

Medici (di famiglia) per una buona sanità

La Fimmg aveva lanciato un sasso nello stagno con lo slogan: "Tutti uniti nell'interesse supremo della professione medica", invitando le sezioni provinciali, in vista delle elezioni per il rinnovo dei Consigli degli Ordini Provinciali dei Medici, ad adoperarsi, "nel rispetto delle specifiche identità, affinché medici convenzionati, dipendenti e liberi professionisti riescano a realizzare sinergie ispirate ai

principi fondamentali". La FNOMCeO, dal canto proprio, ha rilanciato, convocando a Fiuggi la Prima conferenza nazionale sulla professione medica, che è stata anche il primo momento nel quale il ministro per il Welfare Maurizio Sacconi ha spiegato la sua idea di cure nel territorio e ha confermato la volontà di arrivare in tempi ragionevoli all'avvio delle trattative per il nuovo ACN.

Sembra ormai certo che, nonostante la volontà dei sindacati di aprire le trattative alla ripresa dei lavori parlamentari dopo la pausa estiva, la sostanza del contenuto economico non si sbloccherà che con la manovra di fine 2008. Riguardo al rinnovo dell'ACN, al convegno FNOMCeO di Fiuggi il titolare del Welfare, **Maurizio Sacconi**, ha affermato: "il rinnovo della convenzione può essere l'occasione per migliorare l'integrazione tra le diverse anime del Ssn". Un intervento, quello del neoministro, che è sembrato spostare l'attenzione concentrata dai precedenti Governi, con Utap, Umg e Case della Salute, nella riforma strutturale della rete delle cure, all'idea della rete in quanto tale, come lavoro organizzato in gruppo dei diversi professionisti del territorio, ma anche come rete informatica per la condivisione delle informazioni sensibili del paziente. Rete che, secondo il ministro, "rende compatibile la qualità della vita del medico con un'assistenza che può essere allargata a sette giorni su sette, riducendo la pressione su Pronto soccorso e ospedale".

La convinzione, emersa trasversalmente nei corridoi del Palafiuggi tra le rappresentanze sindacali presenti, è che la messa in rete dei dati non sia finalizzata solo a una maggiore operatività dell'integrazione tra medici, ma anche a un maggiore e più efficace controllo da parte del decisore-finanziatore della qualità e

della quantità delle prescrizioni e delle prestazioni erogate. Ed è forse anche per questo che, mentre gli interventi dal palco, anche sotto la pressione della cronaca, si concentrano molto sulla qualificazione delle cure e della risposta professionale nelle strutture sanitarie, il Tavolo tecnico intersindacale, costituito da qualche mese da rappresentanti sindacali e professionali della MG con il compito condiviso di "delineare gli elementi economici fondamentali del prossimo ACN, partendo dalla ridefinizione della struttura generale del compenso (art. 8) e del trattamento economico (art. 58/59)", si è riunito per cercare di porre insieme alcuni punti fermi.

■ Nuovo ACN: una proposta coordinata

Il risultato di questo lavoro è una proposta economica molto articolata, di cui M.D. è riuscita a visionare una bozza datata 14 giugno e localizzata a Fiuggi, firmata per i Mmg da **Saverio Annunziata** (Fimmg), **Gianfranco Breccia** (Snami), **Ildo Antonio Fania** (Snami), **Dario Grisillo** (Fimmg), **Silvestro Scotti** (Fimmg), **Giuseppe Tortora** (Smi), e per i Pls da **Piero Di Saverio**, **Antonio Improta**, **Giovanni Semprini** e **Paolo Zandara**. Tutti, interlocutori e autori, sottolineano con grande chiarezza che questa messa nero su bianco è solo una prima bozza, un tentativo di definire qualco-

sa di nuovo e di condiviso da non dare assolutamente per definitivo. Fimmg e Snami, per esempio, sono ancora abbastanza lontani sul ruolo unico tra assistenza primaria e continuità assistenziale (CA), mentre il documento immagina già un primo tentativo di progressione di carriera e di "pari opportunità" tra le due figure. "Fotografiamo la realtà - ha spiegato a M.D. **Fiorenzo Corti**, segretario Fimmg Lombardia - nella quale il medico specializzato in MG comincia con le ore di continuità, con le sostituzioni e poi acquisisce nel tempo scelte che gli consentono di passare all'assistenza primaria. Non possiamo non rilevare che alcune delle sue difficoltà in questo passaggio, come l'allestimento dello studio, tutte le spese da sostenere in proprio, la dotazione strutturale e di personale, lo accomunano al Mmg e a questo pensiamo si debba dare una risposta univoca, una soluzione e un'armonizzazione per entrambi". **Silvestro Scotti**, componente dell'esecutivo Fimmg per la CA, dal canto suo, ha sottolineato che il tentativo del Tavolo è quello "di dare alla politica un contributo in positivo, utilizzando il compenso come una leva per promuovere una visione di gruppo delle cure territoriali". **Mauro Martini**, presidente Snami, a Fiuggi ha rilanciato non tanto la proposta comune quanto il progetto Me.Di.Co. (Medicina Distrettuale di Continuità), che non

punta al ruolo unico quanto a una stretta collaborazione tra Mmg e medici di CA. **Salvo Cali**, segretario nazionale dello SMI, ha precisato a M.D. che "il lavoro che si sta facendo è importante per il futuro della professione, ma non ci deve distogliere dal raggiungere, innanzitutto, un obiettivo essenziale per la categoria qui ed ora che pure la proposta contiene: l'adeguamento dei compensi all'inflazione, quel 4.85% di aumento che noi stiamo perseguendo da mesi nella trattativa con la parte pubblica".

■ Ripartiamo dal compenso

Il Tavolo Tecnico Intersindacale, tuttavia, ha tentato di riarticolare l'attuale compenso in tre aree.

1. Area che remunera l'attività professionale, agganciata a dinamiche salariali, cui corrispondono funzioni e compiti del Mmg/PDF (pediatra di famiglia).

2. Area di recupero forfettario delle spese necessarie all'erogazione dell'assistenza, agganciata all'inflazione reale con uno specifico paniere di beni e servizi, con la stessa modalità con la quale l'Istat crea e aggiorna il suo paniere nel calcolare l'inflazione. Un paniere, però, nel quale non ci sia solo l'affitto o l'ammortamento dello studio, ma tutti i fattori produttivi: dall'auto alla benzina, dalle pulizie al telefono e così via.

3. Area del finanziamento del personale, come rimborso anch'esso a piè di lista, con una rivalutazione automatica non soggetta alla contrattazione convenzionale, ma all'aumento del costo dei contratti del personale di studio e degli infermieri.

Per quanto riguarda la prima area il documento prevede la definizione di una quota capitaria unica, che assorba l'assegno *ad personam* e la quota di ponderazione nazionale, agganciandola ad una dinamica salariale. Accanto alla quota capitaria è prevista la retribuzione per ora lavorativa, distinta tra l'ora finalizzata a garantire la continuità assistenziale h. 24 domiciliare, quindi clini-

ca, e quella non clinica, che remunera prestazioni professionali aggiuntive come l'audit nelle équipes territoriali, la formazione sul campo, l'attività di tutor, quella di ricerca e così via.

Secondo il Tavolo va trovato un "punto di equivalenza" tra ore cliniche e quote capitarie. La necessità, infatti, è quella di definire un "compenso minimo garantito", cioè un livello minimo di impegno e di retribuzione garantito a tutti i medici, che in termini economici equivalga ad un "mix" di scelte e di attività oraria. Per Mmg e CA agli esperti il punto d'equivalenza che sembra più idoneo al momento è quello di 1.000 quote capitarie equivalenti a 38 ore cliniche, mentre per i Pls si pensa a 600 quote equivalenti sempre a 38 ore cliniche. Una sorta di "base di carriera" che tenga a bada la pleora senza tagliare le gambe a nessuno.

■ Largo ad équipes e PISST

Il Tavolo ha messo a punto anche una proposta per semplificare le stratificate "forme organizzative" della MG e ricondurle a due, differenziate ed aggiuntive tra loro. Innanzitutto individua un'organizzazione funzionale nella partecipazione all'équipe territoriale, forma aggregativa obbligatoria cui tutti i Mmg/PDF, compresi quelli di CA, dovranno appartenere. Intorno ai loro pazienti si dovrà costruire la presa in carico h. 24, l'integrazione e la risposta alla domanda di salute. Tutti i medici dovranno andare in rete telematica tra loro all'interno dell'équipe, in modo che in ognuna si formi una medicina in rete della MG che connetta Mmg e CA e che si dovrà retribuire con una quota capitaria aggiuntiva fino a che non si raggiungerà la copertura del 100% della popolazione.

Si individua, poi, un'organizzazione strutturale di erogazione delle prestazioni dei Mmg e dei Pls: la medicina di gruppo con quota aggiuntiva da definire in ACN. Il Tavolo propone anche una nuova struttura: il Presidio Integrato So-

cio Sanitario Territoriale (PISST), "contenitore" di riferimento per l'erogazione, da parte dell'équipe, delle prestazioni h. 12 ambulatoriali diurne, da realizzare, però, con una certa gradualità. Il PISST, dotato di personale di studio e di personale infermieristico, ricadrebbe per i costi di gestione in capo alle Asl, a rimborso o direttamente, e si tradurrebbe per i medici anche in un incentivo pari a una percentuale prestabilita della quota minima garantita.

■ Federalismo addio?

Tutto ciò dovrebbe essere contenuto dalla cornice nazionale del compenso, a sottolineare quanto le variabili federaliste sperimentate fino ad oggi dai Mmg pesino nella trattativa della retribuzione futura. La quota capitaria da affidare alla programmazione regionale, infatti, oggi identificata come incentivo per il governo clinico, si dovrebbe finalizzare nel prossimo accordo a obiettivi di salute definiti a livello nazionale. Il Tavolo parla di medicina di iniziativa per pazienti cronici, di prevenzione delle principali malattie ad alto impatto socio-sanitario, della individuazione, prevenzione e gestione della "fragilità".

Questi obiettivi di salute dovrebbero essere garantiti a tutta la popolazione target con interventi ambulatoriali da svolgersi nel PISST, dove ci sarà e negli studi dei Mmg o con interventi domiciliari. Un'altra quota del compenso, autonoma, dovrebbe coprire i servizi e le prestazioni aggiuntive, per medico singolo e per i gruppi, tra le quali comprendere ADI, ADP, bilanci di salute, accessi in RSA o Ospedale di Comunità e tutte le prestazioni di particolare impegno professionale, tra cui inserire diagnostiche strumentali e in telemedicina. Ai Lea regionali, infine, dovranno corrispondere adeguate coperture, perché, dopo l'estenuante inseguimento di una nuova trattativa, la paura che tutto si perda di nuovo nelle dinamiche centro-periferie è tangibile e non negoziabile.