

Acn: il Governo propone un Patto con i Mmg

La promessa è arrivata in scivolata, quando tutto sembrava fosse pronto per il lancio di una nuova agitazione sindacale: il Governo ha annunciato di voler sottoscrivere quanto prima con i Mmg un Patto in grado di ridisegnare la sanità territoriale e superare alcuni ostacoli, in particolare la centralità degli ospedali, che impediscono lo sviluppo di un sistema di cure primarie efficaci e che sono antieconomici.

Anna Sgritto e Monica Di Sisto

Un Patto con i Mmg per traghettare dalla teoria alla pratica il nuovo sistema delle cure territoriali. È stata questa la proposta che il ministro per il Welfare **Maurizio Sacconi** ha tirato fuori come un asso dalla manica a Villasimius, nel corso del 63° Congresso nazionale della Fimmg, dopo che l'incontro tra le organizzazioni sindacali e il Comitato di settore, che si era tenuto l'8 ottobre, sembrava avesse mutato completamente la cornice dell'assise sindacale. Una proposta lanciata dopo che il segretario nazionale della Fimmg **Giacomo Milillo** era stato costretto a modificare in tempo reale la sua relazione, per puntualizzare di fronte al ministro del Welfare e al sottosegretario con delega alla Salute **Francesca Martini**, ma soprattutto alla platea di medici di famiglia da tre anni senza contratto, che la categoria non poteva più accettare che Governo e Regioni non affrontassero in modo concreto e urgente la necessità di un cambiamento radicale del Ssn e di un progressivo potenziamento dell'assistenza primaria.

■ La brutta sorpresa del Comitato di settore

Giacomo Milillo ha infatti aperto i lavori di Villasimius sottolineando che il Comitato di Settore: "ha accettato la nostra richiesta di non vincolare il 2% del 4.85% di aumento complessivo agli accordi integrativi stabiliti con le Regioni, ma lo ha fatto solo per il primo triennio". Nel 2009, stando alla delibera della Parte pubblica, si ritorna allo *status ante* attribuendo "la destinazione di quota parte del 4.8% al

potenziamento dei processi di integrazione dei Mmg, dei Pls e degli specialisti ambulatoriali convenzionati in modo inequivocabile e attraverso procedure controllabili da parte delle Regioni su obiettivi di qualità assistenziale (...)".

È il problema del finanziamento delle Regioni che continua a preoccupare la categoria, prospettando un perpetuarsi dell'inappropriatezza. L'auspicio è che il federalismo fiscale possa fare chiarezza e realizzare la collaborazione tra i due livelli istituzionali - il centro e le autonomie locali - che al momento sono lontanissimi proprio rispetto al finanziamento del Ssn. Si spera che questo conflitto di competenze si risolva in modo da garantire l'uniformità del diritto alla salute sul tutto il territorio nazionale senza limitare l'autonomia delle Regioni sul piano dell'organizzazione dei servizi e assicurando meccanismi di solidarietà tra le Regioni più ricche e quelle più povere. Di sicuro, però, ha sottolineato il segretario Fimmg, i Mmg attraverso le loro rappresentanze sindacali e professionali si opporranno al consolidamento di 21 servizi sanitari diversi tra loro in cui si strutturino 21 medicine generali radicalmente differenti.

■ Il ministro Sacconi risponde

Il titolare del Welfare non si è tirato indietro e ha rilanciato: "bisogna superare il criterio ospedalocentrico su cui è improntato il Ssn, e soprattutto bisogna proporre un vero e proprio nuovo patto con i medici di famiglia, che veda il Governo parte attiva nel dare l'indirizzo agli organi tecnici per il rin-

novo della convenzione. La Sisac - ha precisato Sacconi, a confronto con lo scontento della categoria - è un organo tecnico che lavora molto bene, ma lo Stato e le Regioni devono riprendere la guida della situazione e stabilire un contratto di medio e lungo termine che illumini il percorso degli organi tecnici. Bisogna dare loro la visione con una cabina di regia". La sede più opportuna? Sicuramente la risorgente AGENAS, cioè l'ex Assr oggi, Agenzia nazionale per i servizi sanitari.

Sulla scia di quanto recentemente affermato dal presidente del Consiglio, Sacconi aggiunge anche che per ridisegnare la sanità territoriale è necessario superare *in primis* l'ostacolo della centralità degli ospedali, ostacolo allo spostamento di risorse su distretti e territorio, sottolineando che gli ospedali sono antieconomici. Il Governo si impegna a favorire questo cambiamento, ha assicurato Sacconi "perché crede in nuovi modelli organizzativi già concretamente avviati in alcune Regioni". Il ministro propone un Patto di medio/lungo termine tra Mmg, Stato e Regioni. Tra l'altro, ha tenuto a precisare Sacconi dando man forte a quanto affermato da Milillo, si dovrà necessariamente mettere mano alla quota capitolaria nell'ambito di una "complessiva rivalutazione del medico di famiglia" perché quella attuale non contempla i nuovi modelli erogativi richiesti ai Mmg e quindi non promuove abbastanza le associazioni funzionali. È anche necessario, però, mettere la parola fine al paradosso dell'Irap per i Mmg, tassazione che, secondo il ministro, per la categoria va modificata.

■ Agitazione sospesa ma non archiviata

Nel Documento finale del Congresso Fimmg si è preso atto dell'impegno del ministro del Welfare e delle Regioni per una conclusione della trattativa. Tuttavia, come aveva spiegato ai rappresentanti del Governo lo stesso segretario nazionale del sindacato, i Mmg veglieranno sulla trattativa pronti a "opportune azioni sindacali e a dichiarare lo stato di agitazione qualora continuasse l'atteggiamento miope rispetto alle esigenze di cambiamento della medicina dei famigliari". Il problema della categoria, infatti, non è solo economico. "Siamo disposti anche a sacrifici - ha spiegato Milillo - purché si intervenga realmente a una rifondazione del settore che tolga il medico di famiglia da una condizione marginale e gli assegni il ruolo che gli spetta nella medicina territoriale, che porterebbe grandi benefici all'intero sistema".

L'Italia, in realtà, come ha sottolineato la stessa Fimmg nella traccia-guida del suo Congresso, non ha più molto tempo a disposizione. L'invecchiamento della popolazione e il correlato aumento dei malati cronici e non autosufficienti, richiede una profonda revisione dell'attuale welfare, sia in termini di razionalizzazione dei sistemi di finanziamento e di spesa complessivi, sia in termini di sinergia delle componenti previdenziali, di assistenza sociale e sanitaria. Come indicato nel Libro Verde di consultazione pubblica *"La vita buona nella società attiva"*, presentato a luglio dal ministro Sacconi, in sintonia con quanto riconosciuto a livello internazionale, i medici hanno ribadito che è di fondamentale importanza trasformare l'approccio assistenziale/paternalistico alla condizione di malattia e di disagio sociale in un affiancamento e una responsabilizzazione del cittadino per aiutarlo a prevenire, per quanto possibile,

tali condizioni. Per quanto riguarda in particolare la tutela della salute dei cittadini, essa può essere realizzata solo trasformando l'attuale impostazione di attesa del Ssn in un'impostazione di iniziativa, che si prenda cura della persona fin dalla nascita e la segua costantemente senza aspettare la manifestazione della malattia, in una logica di prevenzione dei fattori di rischio e promozione di corretti stili di vita. Questa prospettiva richiede la presenza di servizi sanitari e sociali vicini ai luoghi di vita dei cittadini, servizi fortemente integrati fra loro e parte della comunità cui ciascuno appartiene, come già affermato nella dichiarazione di Alma Ata fin dal 1978. Un risultato che si può ottenere solo con una medicina generale forte di adeguate strutture e finanziamenti. Non basta che verificare se la conciliante promessa del ministro Sacconi reggerà alla prova della imminente Finanziaria.

Ma per il cambiamento servono risorse

Che cosa significa mettere al centro del Ssn il Mmg? Vuol dire non soltanto spostare servizi dall'ospedale al territorio, ma soprattutto risorse finanziarie "attraverso una capacità di razionalizzazione dei percorsi assistenziali" e grazie a una medicina generale (MG) che si assuma maggiori responsabilità e ruolo all'interno del percorso di cura. Il sottosegretario con delega alla Salute Francesca Martini, quando si è trattato di anticipare i possibili contenuti del nuovo patto tra Ministero, Regioni e Mmg, non ha mostrato incertezze: "bisogna riservare la fase acuta al ricovero e puntare sulla prevenzione, sulla capacità di continuità assistenziale e su quella di monitoraggio del paziente, soprattutto per anziani e cronici".

Ma è sul tema delle risorse da destinare all'operazione, e sulla loro entità, che si è aperto un nuovo capitolo del serrato confronto tra Governo e Governatori che si annuncia abbastanza controverso. Il prossimo Patto per la salute, infatti, prevederebbe l'ancoraggio dei trasferimenti alle Regioni al costo standard delle prestazioni, cioè al costo lordo per abitante nelle aree con le pratiche migliori. "Il modello che assumiamo - ha sottolineato Sacconi - è quello lombardo-veneto dove il costo standard è di circa 1.600 euro, con una differenza di oltre 300 euro rispetto, per esempio, al Lazio. Se applicassimo da domani questo nuovo criterio avremmo un risparmio immediato di 4 miliardi e mezzo di euro". Il passaggio, ha poi spiegato Sacconi, sarà inevitabilmente progressivo: "I trasferimenti saranno tarati su un costo standard, ma insieme a un fondo di accompagnamento per le Regioni in difficoltà, perché si adattino, che dovrebbe terminare dopo 5 anni".

Il ministro ha goduto di un assist prezioso da parte dei rappresentanti della MG: "Da anni si parla di necessità di promuovere lo svilup-

po dell'assistenza primaria, ma salvo alcune eccezioni - ha sostenuto Milillo - la maggior parte delle Regioni si è limitata a operare cosmesi di bilancio calcolando addirittura tra le spese territoriali quelle degli ambulatori territoriali". Più che i tagli, i Mmg vedono con favore l'introduzione di "criteri semplici da adottare, a patto che non si trasformino in un carico burocratico per il medico". Milillo ha tenuto, tuttavia, a ribadire la sua contrarietà a una definizione dei Lea finalizzata a una semplice riduzione dei costi, "perché comporterebbe inevitabilmente una riduzione della tutela del diritto alla salute". Ha affermato, invece, di essere "favorevole a una revisione, con il contributo di tutta la professione, delle prestazioni garantite in un'ottica di razionalizzazione e di uso più appropriato delle risorse, volto anche a evitare una dispersione delle medesime attraverso un inappropriato carico burocratico per la categoria".

■ Il no "dialogante" delle Regioni

Il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, **Enrico Rossi**, è stato abbastanza critico sulla riprogrammazione delle prestazioni erogabili a partire dai nuovi Lea.

"Le Regioni - ha scandito Rossi - non sono favorevoli alla bozza che ci ha presentato il governo". Sotto accusa, per esempio, le novità previste in radiologia: "Le prestazioni con mezzo di contrasto - ha ricordato Rossi - secondo la bozza sarebbero riservate ai soli malati oncologici, quelle senza mezzo di contrasto a soggetti con patologia traumatica. È inaccettabile, perché i risparmi vanno bene, ma la strada non può essere quella dell'imposizione". Con il nuovo provvedimento, in sostanza, "viene tagliata la possibilità di fare diagnosi. Ma credo che voi medici continuereste a prescrivere quegli esami se rite-

nuti necessari - ha detto - e a quel punto il cittadino che non rientra nei nuovi criteri sarebbe costretto a pagarseli.

La guerra è di contenuti ma anche di cifre: con il taglio sugli esami radiologici, sostiene Rossi, il risparmio sarebbe inferiore ai 500 milioni di euro e non di 1 miliardo come stimato dal titolare del Welfare. Contestata anche la nuova visita radiologica, "concepita come una sorta di filtro". Rossi ha sottolineato, infine, che il disegno complessivo del Governo sulla sanità rischia di essere fortemente penalizzante: "così - ha concluso - non si tiene conto delle differenze demografiche della popolazione". Tutte le Regioni, ha ribadito Rossi, "diranno che questa proposta non va bene. Diremo di no, in uno spirito di assoluta volontà collaborativa".

Ma c'è tra i Mmg chi pone degli interrogativi sulla proposta del Governo. **Claudio Cricelli**, presidente della Simg, crede che "prima di una nuova convenzione è necessario un grande confronto che ridefinisca innanzitutto gli obiettivi di salute del Paese e, di conseguenza, le finalità da condividere con gli operatori sanitari". L'impiego dei costi standard tarato sulla qualità come supporto al management sanitario, ovvero l'essenza della proposta Sacconi, "è infatti una delle ipotesi fondanti delle proposte gestionali e di governance della Simg - ricorda Cricelli. Desideriamo tuttavia sottolineare come i costi standard siano inutili se separati da un processo di programmazione e di definizione delle priorità e degli obiettivi di salute. Una reale programmazione - conclude Cricelli - va fondata sui bisogni e sulla competizione qualitativa". È per questo che alla Simg è sembrato importante chiedere al ministro di poter discutere, con i sindacati, gli strumenti già realizzati per avviare il processo di riforma e di governance. Prima che sia troppo tardi?