

L'analisi del preaccordo nel dibattito tra i Mmg

Una trasformazione del "patto di lavoro" con la parte pubblica così importante come quella risultata dal preaccordo in vista della nuova convenzione, non poteva non scatenare un dibattito anche nelle società scientifiche della medicina generale.

In AIMEF (Associazione Italiana Medici di Famiglia) questo è accaduto soprattutto nella lista di discussione internet intrasocietaria, dove numerosi colleghi si sono animatamente confrontati fornendo uno spaccato significativo del sentire dei Mmg.

Monica Di Sisto

La montagna partorì il topolino. Oppure un macigno tanto pesante che schiaccierà con il suo aggiuntivo peso burocratico la categoria dei Mmg, a tal punto che nessuno ne potrà uscire come ne è entrato. Un cambiamento nell'impostazione del "patto di lavoro" con la parte pubblica così significativo come quello verificatosi con il preaccordo in vista della nuova Convenzione non poteva non determinare un forte dibattito nelle Società scientifiche. In AIMEF questo è successo innanzitutto nelle liste di discussione internet interne, che si sono infiammate costruendo un confronto, ma anche uno spaccato molto significativo del sentire dei Mmg italiani. Una sorta di "termometro" della categoria che, pur con un focus specifico sui contenuti piuttosto che sulle dispute contrattuali, entra nel merito, illuminando alcune linee di tendenza nella categoria. La lista è rigorosamente interna, protetta da tutti i necessari requisiti di privacy, ma alcuni tra i protagonisti del dibattito ci hanno autorizzato a pubblicare "in voce e firma" le proprie opinioni, per allargare la discussione anche al di fuori di AIMEF, soprattutto in vista delle trattative decentrate.

Una selva di incongruenze, piccole e grandi

A guardare il testo del preaccordo con una certa distanza, emotiva e pratica, sembra che tutto giri senza

intoppi. Ma se si scende con lo sguardo "anamnestico" di un Mmg nel dettaglio della lettera, le incongruenze si dispongono a selva. Partiamo dalle forme associative: non si tratta soltanto di essere teoricamente pro o contro, e questo nel dibattito AIMEF è ben chiaro, ma di capire che cosa voglia esattamente la parte pubblica. Qualche esempio? L'art. 3 comma 3 recita che "l'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) è costituita da medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori", senza specificare quali. Il comma 4 aggiunge che "dall'entrata in vigore del presente accordo i Mmg, Pls e specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti convenzionati (che non si capisce, stando all'Acn di oggi, chi possano essere, ndr.) sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP". Peccato che poi, rilevano gli attenti Mmg AIMEF, all'art 4 comma 3 si dice che in vista del prossimo Acn "si sottolinea l'esigenza di procedere verso l'individuazione di forme di collaborazione tra Mmg, Pls e specialista ambulatoriale, incluso quello ospedaliero, con l'individuazione e la definizione dei relativi vincoli di incompatibilità". Il dubbio è legittimo: aderire a una UCCP è un obbligo oppure essa è una "forma ideale" da perseguire con il tempo?

Un altro esempio di incongruenza, acutamente rilevato, riguarda l'art. 6 del preaccordo e cioè il cosiddetto "flusso informativo". Seguendo alla lettera l'articolo, i Mmg non saranno obbligati solo alla trasmissione

delle ricette ma anche dei certificati Inps. Il medico prescrittore in rapporto di convenzione con il Ssn, stando all'art. 6, "è tenuto al puntuale rispetto degli adempimenti così come definito all'art 1 comma 5 del DPCM 28 marzo 2008". Il comma citato recita però che "il ministero dell'Economia predispone periodici report informativi (...) per verificare l'attuazione della ricezione delle ricette mediche e dei certificati Inps", ma non specifica gli adempimenti da rispettare. Tuttavia, sempre nell'art. 6 comma 2 si arriva a decurtare dell'1.15% su base annua il trattamento economico complessivo del Mmg se inadempiente. Ma rispetto a che cosa, ci si chiede? E poi un grave rischio emerge all'orizzonte e attraversa tutti gli interventi: se la figura professionale del Mmg sarà sempre più identificata in colui che ha il compito di raccogliere dati (per lo più non scientifici), di pensare al contenimento della spesa, di smistare le richieste di salute, per le Asl non potrebbe, provocatoriamente, diventare più agevole ed economico assumere e retribuire un semplice impiegato?

Tre punti da ridefinire

Giovanni Filocamo, responsabile del Dipartimento Neuroscienze di AIMEF, è tra i Mmg che hanno utilizzato il preaccordo come spunto per ripensare la MG guardandola dalle radici. Il medico di famiglia deve essere per forza associato?, si chiede Filocamo. Le associazioni

territoriali svolgono un compito importante, favoriscono il confronto fra operatori differenti e tendono a migliorare le performance, tuttavia, se si desidera una prestazione qualitativamente valida, non è necessario essere associati in gruppo o in rete, sostiene Filocamo. La funzione principale del Mmg, infatti, è quella di esercitare la professione secondo scienza e coscienza, nell'interesse dell'assistito e secondariamente delle istituzioni. Tutto ciò che tende a modificare questa realtà deve essere condiviso, oppure su base volontaria, ma non deve essere imposto con decreto o incentivato riducendo pesantemente il contributo finanziario di chi non è associato.

Altro spunto di riflessione è sulla disponibilità oraria: non è necessariamente detto che al suo aumento, o a quello del numero delle prestazioni, corrisponda un miglioramento della qualità di queste ultime. Quanto poi al flusso informativo, quello che è certo è che rappresenta un sovraccarico burocratico enorme, che aggiunto alla burocrazia attuale dello studio comporta la quasi completa indisponibilità al lavoro clinico.

Pietro Maria Calderino, responsabile del Dipartimento di Geriatria AIMEF, considera che quanto accade alla professione è anche un po' colpa dei medici stessi che hanno goduto a tralasciare la buona pratica clinica in favore di quelle che giudica inutili e spesso dannose linee guida aziendali o altro, finalizzate a tutto fuorché al bene dei pazienti. Reputa molto comodo rifiutare o "concedere" farmaci o accertamenti trincerandosi dietro direttive Asl. In Inghilterra, tanto amata e così poco studiata, secondo Calderino vengono premiati i medici che raggiungono obiettivi tangibili di salute nei loro pazienti, non coloro che spendono meno; sempre in Inghilterra, dove avevano pur sperimentato le forme associative, stanno provvedendo a mutare la vecchia - costosa - struttura, che noi continuiamo a perseguire acriticamente, in quanto non ha portato benefici economici ai medici e non ha trova-

to il gradimento dei pazienti.

Sul territorio, in realtà, alcuni pezzi previsti dal preaccordo, grazie alla regionalizzazione, sono già operativi. In lista c'è chi ricorda che in Emilia Romagna, per esempio, i Nuclei di Cure Primarie sono già attivi da 6 anni e coprono 12 ore di disponibilità. Filocamo obietta che, personalmente, dopo aver sostenuto per anni la necessità per la medicina di famiglia di costituirsi in gruppo, ha deciso di tornare da solo perché in una realtà come quella di Milano, a fronte di incentivi attribuiti sempre con grande ritardo, i costi delle associazioni sono progressivamente in crescita, tanto che rimangono scoperte molte spese, particolarmente quelle riferite al personale di studio assunto e dei contratti di locazione. Composti da circa 22 medici raggruppati per territorialità, i Ncp in Emilia Romagna sono tenuti a riunioni regolari di confronto, con relativo verbale da depositare alla Asl. Alcuni gruppi aderiscono al Progetto SOLE, che consente loro di realizzare la continuità assistenziale mettendo in rete la cartella clinica dei pazienti e ricevendo referti ed esami dagli ospedali. Già questo, per i Mmg, è un mettere a disposizione i propri dati e subire controlli, ai quali si aggiungono quelli condotti in base agli archivi del servizio farmaceutico regionale che conserva e analizza anche le prescrizioni fatte a penna. Sono i sindacati, tutti, che hanno facilitato questi cambiamenti, ma sono anche i sindacati che, almeno fino ad oggi, sono intervenuti per dirimere e rintuzzare i tagli e le sanzioni della parte pubblica armata di report. Ma è proprio sulla forma sindacale, sul suo ruolo e sulla sua efficacia nell'attuale quadro normativo che si concentra gran parte del dibattito in AIMEF.

■ **Sindacato sì, sindacato no, sindacato ma!**

La provocazione la lancia **Antonio Infantino**, responsabile del Dipartimento di Pneumologia AIMEF: ricorda, infatti, di aver avuto per

alcuni anni la doppia iscrizione a Fimmg e Snam. Da circa due anni si dice "ideologicamente libero da sindacati di sorta". C'è chi pensa, infatti, che lo schiacciamento della trattativa dai contenuti sulle forme, dalla sostanza scientifica ai puri risparmi, sia stata anche accelerata ed enfatizzata dal potere prevalente assunto, nell'ambito della MG, dai sindacati rispetto alle società scientifiche. Perché è chiaro che se il cambiamento passa principalmente dalle ragioni dell'euro, piuttosto che da quelle della scienza, e da entrambi i lati del tavolo, questo non può che deprimere i contenuti professionali dei testi normativi concordati. È questa una ragione di più per lo schierarsi di chi dice di non capire assolutamente chi plaude all'accordo raggiunto, e tantomeno chi ci si accodi.

Elevate punte di istigazione alla discussione si raggiungono con **Massimo Bisconcin**, segretario nazionale AIMEF. Si parte riconoscendo una quota di realismo nell'operato di chi questa tornata ha scelto di non rimanere fuori dai tavoli, "ci mancherebbe solo che ora si facesse mancare l'opera di interdizione, pur debole, che si può fare a livello periferico" commenta Bisconcin. È il modello stesso di sindacato, definito "neoplastico e metastatizzante", che non va più, come non vanno più quelle isteriche forme di protesta che durano un solo giorno. "Decuplichiamo le quote - contropropone ironicamente, ma non troppo - paghiamo dieci volte tanto, e costriniamo i nostri rappresentanti a diventare dei professionisti senza delega in bianco, ma con uno specifico mandato, come succede agli amministratori delegati: se sbagliano, pagano. Facciamo diventare i nostri "sindacati" dei veri e propri centri terziari che forniscano servizi concreti e di qualità, che siano i nostri fornitori di valore aggiunto". L'ultima illusione: "che ciascuno di noi tolga almeno due iscritti a chi firma l'infirmità".

Ma c'è chi sullo sparare indistintamente addosso ai sindacati non ci sta e non rinuncia a rilanciare in

alto: “Nella mia lunga attività come Mmg ho vissuto tutte le stagioni della medicina di famiglia - racconta **Tristano Orlando**, membro del Consiglio direttivo - e ricordo bene la mia “domanda di convenzione con l’INAM e tutte le altre mutue: della serie *Questa è la minestra e quella la finestra*. Poi tutto è cambiato e adesso la sanità è gestita e finanziata dal potere politico, il quale attra-

verso i propri rappresentanti regionali ha un’idea ben precisa di che cosa vuole dai medici convenzionati. Ma vi immaginate se non ci fosse qualcuno a rappresentarci? Altro che accordo! Vuoi la convenzione? ci chiederebbero, rispondendoci che queste sono le regole, prendere o lasciare!”. La via d’uscita proposta? Secondo Orlando è una sola: “non è più tempo di praticare la me-

dicina di attesa - sottolinea ai propri colleghi - bisogna virare verso la medicina di iniziativa. Quando ci è stata proposta l’Adi o l’Adp ho sentito delle reazioni terribili e analoghe a quelle di oggi. Ma oggi Adi e Adp costituiscono un importante strumento di lavoro in favore dei pazienti più deboli”. Il dibattito continua: rispetto alla sfida della qualità nessun Mmg vuole farsi da parte.

Preaccordo, accordi decentrati e implicazioni professionali ed economiche

di **Mauro Marin** Medico di medicina generale, Pordenone, AIMEF

Operatività delle innovazioni del nuovo accordo collettivo nazionale per la medicina generale è di fatto delegata alle disponibilità economiche per la contrattazione regionale con le organizzazioni sindacali firmatarie, per cui la sottoscrizione da parte dei sindacati rappresentativi è determinante per influire sulle future scelte organizzative dell’assistenza primaria a livello regionale. Il nuovo accordo, se realizzato, comporterà un gravoso impegno aggiuntivo di lavoro per il medico. Ma la sua realizzazione effettiva dipende da un corrispondente e responsabile impegno economico delle Regioni che non è scontato e in assenza del quale le innovazioni resteranno sulla carta. È importante che tutte le organizzazioni sindacali diano il loro contributo alla definizione degli accordi regionali, che dovranno dare concretezza o meno alle intenzioni espresse, con i necessari correttivi. Ciò sarà possibile solo per quelle sigle sindacali che firmeranno l’intesa nazionale. Il governo del processo assistenziale degli assistiti in carico non è una novità: in altri termini già l’art. 3, comma 5 dell’allegato H all’Acn 2005 attribuiva al medico di assistenza primaria la responsabilità unica dell’assistenza integrata. Ma quando non viene definita una precisa autorità di coordinamento, vin-

colante nei confronti degli altri operatori, l’attribuzione di responsabilità rimane una vuota enunciazione, come ha già dimostrato l’Acn 2005.

A proposito di UCCP

L’autorizzazione ad attivare “Unità complesse di cure primarie” dovrebbe essere preceduta da una verifica seria del rispetto di criteri minimi uniformi nazionali anche negli accordi regionali per garantire il miglior utilizzo dei relativi finanziamenti pubblici ed evitare distorsioni che possono apparire un danno erariale, come per esempio in Friuli dove sono state autorizzate Utap che non coprono l’assistenza per 24h/24h e sono composte da due soli medici con la disponibilità di personale amministrativo per 52 ore alla settimana a collaboratore, quando invece il Parlamento europeo ha sancito che l’orario dei dipendenti non può superare le 48 ore settimanali. La giurisprudenza peraltro ha già stabilito ripetutamente che gli accordi regionali possono integrare, ma non modificare gli accordi nazionali.

L’obbligatorietà di aggregarsi, l’impegno a garantire una continuità assistenziale 24h/24h, l’onerata trasmissione informatica di dati sanitari spaventa molti medici. Ma, in realtà, senza ingenti risorse finan-

ziarie regionali questi progetti non saranno ancora realizzabili, se non come sperimentazioni locali limitate. Inoltre, non è affatto provato che l’ampliamento dell’orario degli studi medici riduca gli accessi impropri al Pronto soccorso. Questi spesso sono una incondizionabile scelta degli utenti che sanno di poter ottenere così subito accertamenti strumentali e visite specialistiche, non ottenibili nello studio del curante. È provato invece che l’ampliamento dell’orario di studio medico aumenta il numero e quindi il costo delle prescrizioni: più si fanno visite, più si fanno esami, diagnosi e prescrizioni di farmaci. Quando le Aziende sanitarie riceveranno dai medici diagnosi codificate, prescrizioni di farmaci, esami e ricoveri avranno raggiunto l’obiettivo di verificare i carichi di lavoro del medico, la sua appropriatezza rispetto a linee guida ed il rispetto delle note Aifa. Ma questo lavoro amministrativo aggiuntivo ha un costo da sostenere e riduce la disponibilità temporale del personale per assistenza diretta agli utenti. Nell’ottica degli utenti, la disponibilità dei dati sanitari per tutti i servizi del Ssn sarà utile per coloro che si presenteranno in Pronto soccorso o a visite specialistiche da medici che potranno accedere subito per via informatica alle loro diagnosi e terapie in corso.