

## Limiti e opportunità dell'associazionismo che verrà

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*Tra le novità introdotte con la preintesa per la medicina generale sicuramente le forme associative rappresentano la parte più controversa. Ma all'atto pratico potrebbero rivelarsi sia un'opportunità inedita sia una fonte di rischio per gli attuali equilibri consolidati e, tutto sommato, funzionali*

L'associazionismo medico sul territorio ha due facce, in funzione del valore aggiunto che può fornire ai soggetti a esso cointeressati.

Da un lato abbiamo le associazioni virtuali "a distanza" in cui i Mmg aderenti interagiscono per obiettivi di tipo culturale e professionale, con ricadute indirette sulla popolazione in termini di migliore assistenza.

Questa tipologia di associazionismo ha una valenza tutta "interna" alla professione, senza interfaccia con l'ambiente, in quanto le relazioni professionali in prevalenza sono a distanza, rese possibili da network telematici, sia per la gestione dei dati clinici dei pazienti sia per catalizzare gli scambi di esperienze e di dati finalizzati allo sviluppo professionale continuo sul campo (formazione, ricerca, ecc.). Le reti telematiche si possono rivelare fondamentali per tenere insieme e rafforzare la "comunità di pratica" dispersa della MG, facendo da tessuto connettivo tra i vari studi per armonizzare e coordinare gli interventi sul campo e rafforzare l'identità culturale della categoria.

### ■ Aggregazioni funzionali

A questo modello associativo sembra fare riferimento l'art. 2 della preintesa in MG, che definisce compiti e funzioni delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), a cui sono tenuti a partecipare tutti i Mmg sulla base delle future regolamentazioni regionali (M.D. 2009; 1: 8). Proprio perché l'art. 2 enfatizza gli aspetti culturali delle aggregazioni funzionali territoriali, sorprende l'assenza di espliciti riferimenti alle reti informatiche a loro supporto, specie per gli scambi informativi tra i medici di CA e i Mmg, indispen-

sabili per un efficace raccordo tra i due comparti. L'art. 2 infatti non fa cenno a strumenti elettronici per l'interazione "a distanza" tra medici della medesima AFT, in particolare per la continuità assistenziale h. 24 e 7 giorni su 7. Certamente le finalità delle aggregazioni funzionali territoriali - in cui fanno capolino riferimenti al governo clinico, audit, revisioni tra pari - potranno rappresentare un'opportunità di crescita professionale e di socializzazione per una categoria divisa e dispersa come quella dei medici di medicina generale, anche se gli intenti programmatici non trovano riscontri pratici nell'articolo sui flussi informativi, come sarebbe stato naturale.

Complementari alle AFT a distanza sono le forme associative "in presenza", vale a dire quelle basate sulla condivisione di una sede e di una organizzazione professionale, dove l'interazione dei professionisti avviene in un luogo fisico comune e permette economia di scala, nonché l'offerta di una gamma più ampia di servizi rivolti agli assistiti, che quindi ne beneficiano direttamente nel momento in cui avviene il contatto con la struttura e la consultazione tra medico e assistito. Questa seconda tipologia, rivolta verso l'ambiente e la comunità locale (quartiere, rione, frazione o piccolo paese), richiede una motivazione e un progetto che sorge dal basso, magari incentivato con provvedimenti opportuni, e quindi tempi lunghi per la realizzazione e per la raccolta dei frutti. Va da sé che non si possono obbligare i medici a stare forzatamente assieme, condividendo spazi e forme organizzative, se non esiste tra loro una sintonia di fondo, reciproca stima e adesione volontaria a un progetto.

### ■ Unità Complesse di Cure Primarie

Le Unità Complesse delle Cure Primarie (Uccp), introdotte dall'art. 3 della preintesa (M.D. 2009; 1: 8; 2: 6) sembrano prefigurare una sorta di allargamento delle attuali medicine di gruppo in sintonia con le varie sperimentazioni attuate a livello regionale negli ultimi anni (UTAP, Case della Salute ecc.), ma occorrerà attendere le diverse normative regionali attuative della convenzione nazionale.

Invece di proseguire sulla strada degli attuali incentivi, che fino a ora avevano dimostrato una certa efficacia nel favorire nuove aggregazioni come i gruppi, si è scelto un percorso più impegnativo che, a partire dall'adesione obbligatoria da parte di tutti i medici di medicina generale, rimette in discussione le diverse indennità vigenti. La rimodulazione degli incentivi per collaboratori, infermieri e informatica, a supporto delle Unità Complesse, comporterà una fase di passaggio dagli attuali assetti e quindi incertezze rispetto alla scelte future, senza adeguate garanzie di un mantenimento degli attuali standard, specie per i medici che oggi lavorano in gruppo. La transizione dall'attuale assetto potrebbe influenzare negativamente l'attuazione dei compiti previsti per le Uccp senza dubbio ambiziosi e non certo alla portata di tutte le Regioni, in particolare per quanto riguarda la copertura dell'assistenza sulle 24 ore e sui 7 giorni su 7. Fortunatamente è stata inserita una clausola di salvaguardia per le attuali indennità, che restano in essere fino alla stipula degli accordi regionali previsti dall'art. 3 al comma 2. L'orizzonte temporale per la messa a

regime delle Unità Complesse di Cure Primarie è quello della prossima convenzione quadriennale, di cui l'art. 3 della preintesa costituisce un'anticipazione per ora destinata a restare sulla carta, visti i tempi strettissimi per la definizione degli accordi regionali attuativi.

### ■ Prospettive

L'art. 3 sulle Uccp non tiene in debito conto delle dinamiche sociali che stanno alla base delle aggregazioni professionali volontarie. La formula "sede unica o sede di riferimento", a proposito delle forme complesse, potrà

evitare l'esclusione ai *single* che, grazie a questo *escamotage* lessicale, parteciperanno alle Unità complesse pur continuando a lavorare da soli e continuando a percepire le indennità per i collaboratori.

Questa formula consentirà forse di salvare capre (le attuali medicine di gruppo) e cavoli (i medici *single*), senza peraltro indurre combiamenti significativi nel senso della nascita di nuove medicine di gruppo. Probabilmente per via dei tempi risicati e delle lungaggini regionali tutto resterà come oggi, salvo disincentivare nuove aggregazioni dal basso (come invece è accaduto in questi anni con i gruppi sorti spontaneamente grazie agli incentivi). L'impressione è che l'introduzione dell'adesione obbligatoria a due forme associative segni uno scioglimento verso una malcelata dipendenza e verso relazioni funzionali da "ordine di servizio", tipiche della subordinazione, che rischiano di restringere in modo proporzionale gli spazi di autonomia della professione.

## Preintesa per la Convenzione

### Art. 3 - Requisiti e funzioni minime dell'Unità Complessa di Cure Primarie

**Comma 2** - Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali e agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico (...).