

Documento Sisac: l'identikit del nuovo Mmg

Si volta pagina e con decisione: il vecchio medico di medicina generale va in pensione. Questo è il repentino pensiero che sovviene leggendo il documento consegnato dalla Sisac ai sindacati della MG (che potrebbe subire modifiche prima che M.D. vada in stampa) per il rinnovo dell'Acn. Quello che emerge è il ritratto di un medico di famiglia tutto da scoprire, anche perché, stando a quanto proposto, buona parte di quello che il Mmg andrà a fare si prevede che dovrà negoziarlo con governatori e direttori generali.

Monica Di Sisto

Per obbligo e senza ulteriori fasi transitorie. La parte pubblica sembra irremovibile: il vecchio Mmg va in pensione, e anche se ha una certa età non deve fare resistenza al "nuovo che avanza", computer incluso. Quello che le organizzazioni sindacali, forse, non si aspettavano di dover fronteggiare, o almeno non tutte, era l'energia con la quale la Sisac avrebbe tentato di imporre la sua visione della medicina di famiglia e quanto avrebbe pesato in questa partita l'esperienza degli anni scorsi, nei quali via via le successive convenzioni - e legislature - hanno affastellato forme organizzative di diversa natura e spirito, senza però cancellare il pregresso.

■ I compiti: una partita da giocare localmente

All'art. 29 del testo proposto dalla Sisac, la parte pubblica apre la strada a un possibile impiego dei Mmg nei modelli organizzativi territoriali molto più "elastico" rispetto a quello sperimentato fino ad oggi. Nella vecchia convenzione, infatti, si prevedeva che il Mmg dovesse provvedere, all'interno del perimetro disegnato dai Livelli essenziali d'assistenza, alla gestione del paziente ammalato in condizioni acute, alla gestione delle patologie croniche e a quella dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata. Stando invece alla riformulazione operata dalla Sisac, questa specificazione viene a cadere e al Mmg sono affidati, più genericamente, compiti

clinici, oltre a quello di assicurare la comunicazione con i pazienti e di gestire gli strumenti professionali. È vero che in altri punti della convenzione si entra più nel dettaglio, ma l'emendamento proposto non sembra né neutro né casuale.

■ Lavori in corso sul rapporto ottimale

Uno dei "punti caldi" nei quali il nuovo Accordo mette le mani è quello del rapporto ottimale tra Mmg e pazienti, che è stato un terreno di scontro tra organizzazioni sindacali e Governatori praticamente dal giorno successivo all'entrata in vigore del vecchio Acn. Il nuovo testo, infatti, all'art. 33 conferma che, fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1.000 abitanti residenti o frazione di 1.000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell'anno precedente. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell'assistenza primaria e - si è aggiunto - "per l'intero territorio regionale" un diverso rapporto medico/popolazione residente. Su questa spinosa vicenda è intervenuto di recente anche il Consiglio di Stato che, con la sentenza n. 1802/2009, ha rigettato l'appello promosso dalla Regione Friuli Venezia Giulia contro la deliberazione del Tribunale Amministrativo Regionale che aveva dato ragione a due medici che si erano

appellati contro la decisione di innalzare il rapporto ottimale a un Mmg ogni 1.300 residenti o frazione di 1.300 superiore a 650, in quanto l'accordo aveva determinato un esubero del 30% dei medici attualmente convenzionati rispetto alle necessità determinate con il nuovo rapporto convenzionale. Nel nuovo Acn si aggiunge che la variabilità del rapporto deve essere concordata nell'ambito degli Accordi regionali e comunque fino a un aumento massimo del 30%, e così facendo, pur limitando i danni potenziali, si annulla la possibilità per i Mmg di ricorrere in futuro contro i potenziali esuberanti, come hanno fatto invece i Mmg del Friuli Venezia Giulia.

■ Addio medico solitario

Un altro cambiamento importante introdotto dal nuovo testo all'art. 14 è quello che vuole che l'aderire a una forma associativa non sarà più una libera scelta del Mmg, ma sarà requisito necessario per accedere alla convenzione. Il preaccordo, infatti, aveva già stabilito con chiarezza che tutti i medici di medicina generale partecipino obbligatoriamente alle aggregazioni funzionali territoriali e che entro sei mesi dall'entrata in vigore del nuovo accordo le Regioni, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali firmatarie, avrebbero dovuto individuare le aggregazioni funzionali idonee a essere portate avanti. Il tutto, dunque, è accelerato da un'autonoma decisione della parte pubblica che, per di più,

ha scelto di tagliare via di netto alcune modalità organizzative messe in campo con l'Acn del 2005 senza prevedere alcuna fase transitoria.

■ Bye bye équipe territoriali

La Sisac nel testo presentato alle organizzazioni sindacali ha cancellato all'art. 26, con un agile tratto di pena, tutti i riferimenti alle équipe territoriali e alle sperimentazioni organizzative in corso, tranne le Unità complesse di cure primarie e le aggregazioni funzionali. In realtà questa forma multidisciplinare aveva consentito a Regioni e Aziende di realizzare forme di integrazione professionale dell'attività dei singoli operatori tra loro per la continuità dell'assistenza in attività strategiche per l'integrazione socio-sanitaria quali: la prevenzione e cura delle dipendenze da droga, alcol e farmaci; la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; la tutela dei disabili e anziani; le patologie in fase terminale; le patologie da HIV; la tutela della salute mentale; l'inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Attualmente tutte le sperimentazioni in corso in questo ambito, stante i documenti in discussione, verranno sospese se non necessariamente riclassificate nelle nuove forme, incentivi compresi.

Proprio come per le équipe, la parte pubblica intende mandare immediatamente in pensione, e senza fasi transitorie di acclimatamento, tutte le forme organizzative della medicina generale. Su questo punto l'opposizione delle sigle della MG è univoca e unanime, come c'era da aspettarsi. Finché le Unità complesse di cure primarie non saranno una certezza, infatti, i sindacati ribadiscono che le vecchie forme vanno preservate e ai medici che ne fanno parte vanno garantiti gli incentivi pattuiti nella convenzione 2005. Si perché tutti gli incrementi di stipendio sulla parte variabile del compenso - relative soprattutto ad attività in forma associative, collaborazione informatica, collaboratore di studio e personale infermieristico - strappati alla

parte pubblica, che ricapitolano all'art. 59 sul Trattamento economico, recano una bella aggiunta comma per comma che li limita "fino all'entrata in vigore di quanto previsto dall'art. 26 ter", e cioè fino alla definizione dei "Requisiti e funzioni minime dell'Unità Complessa delle Cure Primarie". Rimane da capire come (e soprattutto con quali risorse) si accompagnerà la transizione alla nuova organizzazione della medicina di famiglia, organizzata su aggregazioni funzionali e Unità complesse di cure primarie, visto che richiederà tempo e si concluderà davvero soltanto con l'intesa sul II biennio normativo.

■ Come organizzarsi lo decide il Governatore

Finora il Mmg svolgeva la sua attività di norma presso il proprio studio e, in base alla decisione del singolo e a fronte di un apposito incentivo monetario, poteva o meno far parte di un insieme di studi con altri colleghi, dando luogo a forme organizzative funzionali diverse. Più recentemente alcune Regioni hanno avviato la sperimentazione, prevista dal precedente Acn, di forme organizzative strutturali (Utap, Nuclei, Unità di cure primarie, ecc) negoziando l'adesione dei singoli medici sempre a fronte di apposito incentivo monetario. Di conseguenza l'assetto organizzativo della medicina generale è a tutt'oggi la risultante di una autonoma decisione del singolo medico e della disponibilità finanziaria della Regione. Il nuovo principio introdotto agli art. 45, 59 bis e 59 ter mira invece a ricondurre lo sviluppo dell'assetto organizzativo dei servizi doverosamente alla programmazione regionale e aziendale. In parole povere: a che tipo di raggruppamento il medico debba appartenere lo decideranno la Regione e l'Azienda, in base alla programmazione strategica che metteranno in campo e ai fondi di cui disporranno. C'è chi la ritiene una ricollocazione di responsabilità nelle giuste sedi, insomma, chi invece teme che responsabilità e arbitrio siano state distinte fino a oggi da un confine troppo sottile a

livello regionale e che questo determinerà un impoverimento coatto delle esperienze in corso.

■ Siamo tutti informatici provetti

Con la nuova convenzione tutti i Mmg, a prescindere dalla loro età e anzianità di convenzionamento, saranno sottoposti all'obbligo della stampa informatizzata di almeno il 70% delle ricette. È sparito, infatti, dall'articolo 59 dell'Acn sul trattamento economico, il comma 12 che prorogava fino al 2010 l'obbligo della prescrizione informatizzata per i medici con anzianità di laurea compresa tra i 20 e i 30 anni. Scomparso anche il comma 13, che escludeva da questo nuovo obbligo i Mmg con 30 o più anni di anzianità. Con questo ulteriore colpo d'acceleratore, dunque, anche i Mmg più anziani che si sono dimostrati, fino ad oggi, tra i più restii a utilizzare i software di gestione e le "diavolerie" informatiche per organizzare il proprio lavoro, dovranno cambiare rotta o prepararsi al rischio di perdere la convenzione. Una via d'uscita? Assumere un collaboratore/trice di studio esperto informatico, delegandogli la trascrizione di tutti gli atti clinici.

■ Un contratto senza fine

Secondo quanto proposto dalla parte pubblica, il nuovo Acn dovrebbe entrare in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza Stato-Regioni e rimanere in vigore fino alla stipula del successivo Accordo, visto che si è provveduto a cancellare dal comma 1 dell'art. 11 la data della scadenza. Per la Sisac la modifica equivale ad affermare che la convenzione resta in vigore finché non è approvata la successiva, ma le organizzazioni sindacali sono preoccupate dal fatto che l'assenza di indicazioni sulla data possa diventare un alibi per rinviare all'infinito l'apertura delle trattative per il rinnovo. Un brutto sogno, dunque, potrebbe trasformarsi in un incubo dal quale non risvegliarsi mai.

I medici di famiglia sono avvisati.