

Cure primarie tra trattative decentrate e modelli organizzativi

I tavoli regionali per la definizione della parte variabile del compenso per i Mmg sono al palo. Nonostante l'autunno inoltrato, le Regioni bloccano qualsiasi impegno di spesa aggiuntivo prima di capire che cosa succederà rispetto al finanziamento del Fondo Sanitario Nazio-

nale. Questo, però, non sta fermando l'evoluzione della medicina generale e della sua organizzazione sul territorio. Per esempio, in Piemonte e nel Lazio alcuni cambiamenti sono già in corso e suscitano diffidenze e opposizioni in parte della categoria.

Monica Di Sisto

■ Piemonte: sperimentazione, ma non per tutti

Chissà se ora che la resurrezione del ministero della Salute si avvicina, casi come questi potranno essere gestiti meglio con una cabina di regia più strutturata. Succede, però, che un solo sindacato firmi, nel cuore dell'estate, un accordo sulla sperimentazione dei Gruppi di Cure Primarie (Gcp) e che i tanto agognati (e attesi) aumenti arrivino solo al 6-7% dei Mmg piemontesi. Il problema lo ha sollevato il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) che ha inviato in merito una lettera aperta al viceministro **Ferruccio Fazio**, al presidente della regione Piemonte, **Mercedes Bresso**, e all'assessore alla Sanità regionale, **Eleonora Artesio**, contestando il protocollo regionale del 20 luglio sulla sperimentazione biennale dei nuovi Gruppi di cure primarie. I firmatari della "lettera aperta", il segretario regionale Smi, **Antonio Barillà**, e il responsabile del settore dei medici convenzionati, **Gianmassimo Gioria**, hanno sottolineato nel documento che "i contenuti dell'accordo suscitano forte preoccupazione, perché si premia enormemente circa il 6-7% dei medici di famiglia in Piemonte, riconoscendo a essi, attraverso dei discutibili e superati obiettivi, un aumento dello stipendio di circa il 30-40% (parliamo di un incentivo di circa 2.500 euro mensili), innescando di fatto un

meccanismo di progressiva disparità che penalizza oltre il 90% degli altri medici della Regione".

Lo Smi riferisce che "il protocollo comporta l'attivazione di Gcp da parte di gruppi di medici (massimo 58 gruppi, uno per distretto) senza possibilità di inserimento di qualsivoglia altra realtà (per esempio i medici in rete)". E non basta: "quei pochi medici dei Gruppi di Cure Primarie oltre a percepire il citato aumento di stipendio - evidenziano dallo Smi - avranno l'affitto e le spese dello studio pagati per il 70% e incrementati del 25% i compensi del personale di studio e infermieristico (ulteriore disparità coi medici non in Gcp) e continueranno, pure, a percepire l'indennità di gruppo".

Inoltre c'è un forte argomento organizzativo che il sindacato solleva: con l'accordo infatti si attiva l'obbligo per visite domiciliari in giornata, per le richieste recepite sino alle ore 12, invece che dalle ore 10; gli studi dei medici di gruppo devono essere aperti per otto ore invece di sei (impegni che, assicurano dallo Smi, la stragrande maggioranza dei medici di famiglia in gruppo o in rete espleta indipendentemente dalle norme e dalla remunerazione). Inoltre c'è un riferimento alla medicina d'iniziativa (nella fattispecie riferito a patologie cardiovascolari od obesità, basata su un progetto già esistente con un'iniziativa già in carico ai servizi) e generici indica-

tori solo su una minima parte della quota complessiva percepita.

"È altresì grave - hanno denunciato ancora Barillà e Gioria - che nei tavoli tecnici-decisionali e contrattuali, laddove si perpetra un grave atto discriminatorio all'interno di una categoria di professionisti, siano presenti e parte attiva medici direttamente interessati alla sperimentazione, con buona pace del conflitto d'interessi e del rispetto verso gli altri". Costo totale dell'operazione? Tra i 10 e i 15 milioni di euro, una buona fetta del bilancio regionale.

■ Lazio: fate largo alle Unità di Cure Primarie

Anche l'accordo del Lazio è arrivato nel cuore dell'estate e ha visto, essenzialmente, le stesse forze contrapposte: Regione e Fimmg da un lato del tavolo, Smi dall'altro. "Riteniamo di aver ottenuto il massimo possibile - scrive la Fimmg Roma - nella comunicazione che accompagna il testo del nuovo accordo. Riteniamo altresì di aver posto le basi per un vero riassetto del sistema di cure extraospedaliere, che, lungi dall'essere completato, consentirà nel futuro prossimo di offrire ai cittadini della nostra Regione una struttura di rete con 800 studi di riferimento della medicina generale liberamente scelti e organizzati dai colleghi. Una struttura che sarà a disposizione già

per le prossime sfide del servizio sanitario regionale, tra cui la pandemia influenzale”.

Il testo prevede, infatti, che le Unità di Cure Primarie (Ucp), integrandosi con la medicina in rete (che deve interessare quasi il 40% dei medici convenzionati, secondo l'accordo) e quella di gruppo (al 40%), diventino il sistema di cure primarie della Regione Lazio. Tre gli obblighi centrali:

1. l'apertura degli studi per almeno 9 ore nel periodo compreso tra le ore 7.00 e le 21.00;

2. il collegamento in rete tra i membri della stessa Unità di Cure Primarie;

3. la messa in rete delle informazioni tra i membri dell'Ucp.

In particolari situazioni nelle zone a popolazione sparsa e sulla base di accordi a livello aziendale e/o distrettuale, per la giornata del sabato e per le giornate prefestive le singole Unità di Cure Primarie o i singoli medici della Ucp potranno garantire, su base volontaria, l'apertura di almeno uno studio per un periodo non inferiore a 3 ore tra le ore 7.00 e le ore 13.00.

Contro questa soluzione si è scagliata, ancora una volta, la rappresentanza Smi che non ha firmato l'accordo ritenendo "inaccettabile" il sovraccarico di obblighi per i medici di medicina generale a fronte di nessun ristoro economico. "È vergognoso che la ristrutturazione dell'assistenza territoriale debba essere realizzata con i fondi degli stessi camici bianchi - ha dichiarato **Pina Onotri**, esponente della segreteria Smi-Lazio - e senza alcun incentivo da parte della Regione. In pratica tutta l'operazione verrà sovvenzionata impiegando le quote corrispondenti agli arretrati e agli aumenti contrattuali nazionali destinati ai medici di medicina generale”.

“In stand-by anche altre priorità più volte rese note a chi di dovere - aggiunge **Paolo Marotta**, coordinatore segreteria regionale Smi-Lazio - in primis l'implementazione della pianta organica della continuità assistenziale (ex guardia medica), la stabilizzazione dei precari e il restyling del

centro di formazione regionale della medicina generale (Ceformeg). La firma dell'Air posta lo scorso 21 luglio da alcuni sindacati - conclude il sindacalista - potrebbe indurre altre Regioni alla chiusura di accordi a isorisorse, con l'implicazione di ulteriore svilimento della categoria”.

■ L'unione fa la forza

C'è anche chi, tuttavia, butta il cuore oltre l'ostacolo e sceglie le forme di collaborazione professionale più strutturate - cooperative di Mmg - come strumento per avere più voce in capitolo nella riorganizzazione dei servizi. Ma per avere più potere negoziale la parola d'ordine è: fare squadra. Nasce così l'Ancom, Associazione nazionale delle cooperative mediche: con molte anime, e un retroterra politico ancora tutto da condividere.

Così, mentre l'avvio dei tavoli regionali, a parte queste poche situazioni che lavorano sugli accordi precedenti, si fa attendere, i Mmg hanno cominciato a esplorare sempre più la formalizzazione societaria delle forme di collaborazione tra medici, per capire se, facendo forza su di sé, riescono a equilibrare la forte pressione che i bilanci regionali, tutti da definire, giocheranno sulle trattative decentrate. Dal IV Congresso nazionale "Federalismo e salute" organizzato a Fiuggi dal Coordinamento nazionale cooperative mediche (Cmcn) è partito, infatti, un percorso a tappe che dovrebbe portare il Cmcn stesso (50 cooperative concentrate in particolare al Sud) e l'altro grande raggruppamento, il Cos Scarl (un consorzio di consorzi regionali, 50 realtà radicate soprattutto al Nord e al Centro), a proporsi come soggetto unico delle cooperative mediche a confronto con istituzioni e sindacati. Nasce così l'Ancom (Associazione nazionale delle cooperative mediche), che negli auspici del coordinatore del Cmcn, **Crescenzo Simone**, dovrebbe orientare l'azione dei coordinatori e funzionare come strumento di *lobbying* con una struttura leggera e forte. L'obiettivo ambizioso è quello

di fare sintesi "in autonomia" dove le Regioni hanno finora fallito: individuare, cioè, un soggetto economico unico che funzioni come modello di riferimento e riunisca tutte le esperienze regionali.

A confronto con questa prospettiva, il percorso che attende le realtà sembra abbastanza impegnativo: Coopfond, la società di gestione del fondo mutualistico per la promozione cooperativa collegato a Legacoop, ha inserito tra le sue priorità la promozione e lo sviluppo di modelli di gestione di presidi territoriali di medicina generale e di integrazione sociosanitaria, soprattutto in quelle aree in cui la cooperazione è ancora poco presente. Per questo spinge alleanze con le realtà più consolidate come il Cos, trovando in questa prospettiva come in quella della patrimonializzazione delle cooperative mediche, fieri oppositori in chi teme che si imbrocchi rapidamente una deriva privatistica.

Il presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**, in un messaggio inviato ai promotori del Congresso, ha sottolineato l'importanza "di delineare nuovi modelli operativi in grado di accrescere l'efficienza delle strutture mediche impegnate sul territorio". Ma non sfugge a chi si misura con la realtà quotidiana della medicina generale, come il segretario Fimmg **Giacomo Milillo**, che serve una legislazione di riferimento che stabilisca diritti e doveri perché le singole cooperative diventino elementi di valore aggiunto al sistema. Lungo lo stivale si va, infatti, dalla *vacatio legis* ai casi come quello della Regione Toscana dove le cooperative sono riconosciute come forme di associazione della medicina generale.

Il veicolo di questa evoluzione è un tavolo tecnico di concertazione con le istituzioni, coordinato da FederSanità-Anci, che sarà sede di confronto, monitoraggio e valutazione delle esperienze più significative di assistenza primaria nelle Regioni. Per i medici di famiglia si tratta di uno spazio dove studiare con attenzione le potenzialità dell'autorganizzazione, senza scivolare nell'autolesionismo.

Senza risorse rischiano anche le Regioni virtuose

Tre articoli essenziali e tabelle correlate: quando il Consiglio dei Ministri ha varato la nuova Legge Finanziaria 2010, senza modificare le previsioni di spesa 2010 e 2011 e aggiungendo il 2012, la spaccatura con le autonomie locali è scattata immediata. I Governatori hanno disertato la presentazione e l'hanno accompagnata con accuse miste al Governo, reo di non aver dato risposte sul Fondo Sanitario Nazionale e di mettere a rischio i livelli essenziali di assistenza. "Non ci sono tasse, non ci sono aggiunte. È una fotografia", ha detto il ministro dell'Economia **Giulio Tremonti**, mettendo la pietra tombale su ogni possibile critica. "La Finanziaria non c'è più - ha aggiunto - è un bene per il Paese". Il passato della manovra che Tremonti ha rivangato a Palazzo Chigi è noto: un testo dalle mille pieghe sottoposto all'esame di Camera e Senato, che subiva le pressioni della politica e delle lobby in mesi di "taglia e incolla" spesso poco edificanti, ma che rappresentavano comunque un processo di gestione democratica dei soldi di tutti. E dall'abbordaggio all'assoluta solitudine decisionale, rivendicano i Governatori, ce ne passa. Soprattutto se si pensa a quel Titolo V "federalizzato" della Costituzione, che in realtà affiderebbe ai Governatori il timone del servizio sanitario (cassa compresa).

Un esiguo spazio di manovra

Se facciamo due conti, l'esiguo spazio di manovra lasciato ai Governatori è abbastanza chiaro: nel 2010 si prevedono maggiori spese per 567 milioni (379 come maggiori spese correnti, 188 milioni di maggiori risorse ai ministeri) che verranno coperte con 579 milioni di euro di riduzioni. Dal 2010 al 2012 gli interventi sfiorano i 3 miliardi, interamente coperti. La neofinanziaria non tocca la sanità se non per il tan-

gente argomento del pubblico impiego, e per il taglio di 300 milioni di euro per il Fondo sociale, che si somma all'azzeramento del fondo per la non autosufficienza, scaricando sulle autonomie locali responsabilità sociosanitarie non di poco peso economico. Se il ragionamento si sposta al Patto per la Salute, la posizione dei Presidenti delle Regioni è altrettanto critica: "Ci è stato inviato dal Governo un nuovo Patto per la Salute, ma anche questa proposta è sottostimata e non garantisce i livelli essenziali di assistenza sanitari", ribadisce in ogni occasione **Vasco Errani**, che li rappresenta, sottolineando che la sottostima delle risorse si aggira sempre intorno ai 7 miliardi di euro per il biennio 2010-2011. "È lo stesso fabbisogno previsto dalla Finanziaria 2010", spiega sconcolato.

Una proposta inaccettabile

Una puntata ulteriore di questo faccia a faccia tra centro e periferia si è giocata nell'ambito del Festival della Salute di Viareggio, dove il ministro per il Welfare **Guido Sacconi**, ancora nel pieno del mandato rafforzato, in attesa che l'iter parlamentare si concluda ricostituendo l'apposito ministero della Salute, ha ribadito la sua nota linea: i fondi previsti per la Sanità per il biennio 2010-2011 sono sufficienti, visto che la manovra estiva vi aveva destinato 3,5 miliardi in più. Ma c'è di più: Sacconi ha lanciato la proposta provocatoria di chiudere il nuovo Patto sulla Salute non tra Stato e Regioni, "ma tra Stato e Regioni efficienti contro le amministrazioni regionali inefficienti e in favore dei cittadini di quelle Regioni.

Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana dovrebbero, secondo la proposta "prendere per un orecchio le Regioni inefficienti, per costringerle a fare ciò che i loro amministratori non hanno voluto fare".

Ma il fronte non si è spezzato, e l'inedita trasversalità destra-sinistra nell'opposizione dei Governatori al Governo, Errani la racconta così: "Come Conferenza delle Regioni abbiamo già espresso la nostra contrarietà alla proposta avanzata. È perfino ovvio sottolineare che un patto tra le Regioni e il Governo può esistere solo nel momento in cui coinvolge tutte le Regioni. Pensare che il problema (che esiste) delle Regioni in difficoltà si possa affrontare, al contrario, dividendole, ancor prima che sbagliato è irrealistico".

La sfida della qualità nell'erogazione dei servizi e nel governo della spesa, dell'innovazione e della garanzia del diritto alla salute per tutti i cittadini è il riferimento fondamentale. "Per fare questo - ha concluso Errani - occorre che il Governo si renda disponibile a ridiscutere il Fondo Sanitario Nazionale, oggi oggettivamente sottostimato e che abbandoni ogni tentazione di ritorno al centralismo". Dal punto di vista istituzionale, "la cosa più corretta da fare è quella di mettersi tutti intorno a un tavolo - sottolinea Errani - e di fare il quadro di come stanno esattamente le cose".

Il messaggio dalle periferie è chiaro e forte: senza risorse anche le Regioni virtuose perderanno presto la loro virtù. E il ministro incaricato dei Rapporti "decentralizzati", l'ex governatore della Puglia **Raffaele Fitto**, non ha potuto che correggere il tiro ammettendo che il rapporto tra Governo e Regioni deve essere ripristinato in modo corretto e stabile. "Non riuniamo la Conferenza da un po' di tempo, gli argomenti all'ordine del giorno sono tanti e quindi mi auguro che si sblocchi questa situazione in cui la sanità costituisce una priorità assoluta". Nel frattempo, però, il federalismo felice sembra un lontano ricordo, un'eredità scomoda del benessere pre-crisi.