

Nuovo assetto delle cure territoriali: l'accordo siglato con il ministero

Malgrado resti l'incognita della fase attuativa, esprimono soddisfazione le sigle sindacali per l'accordo siglato al Tavolo tecnico ministeriale inerente al riordino delle cure primarie e l'integrazione ospedale territorio in cui sono state accolte alcune significative istanze dei rappresentanti di categoria tra cui: ruolo e accesso unico, ristrutturazione del compenso, passaggio alla dipendenza del 118, integrazione ospedale territorio sia a livello aziendale sia regionale

Rappresenta sicuramente un passo avanti l'accordo siglato presso il ministero della Salute sulle cure primarie e integrazione ospedale territorio. A testimoniarlo è la soddisfazione, seppur moderata, espressa dalle sigle sindacali (Cimo-Asmd, Sumai, Fimmg, Smi, Fimp, Intesa-FPCgil Medici, Intesa Cisl Medici, Cisl Fp, Uil Fp e Ugl Medici) che hanno partecipato al Tavolo tecnico. Non mancano però distinguere e riserve. Un esempio è la nota lasciata a piè di pagina del documento da **Annalisa Bettin** per Intesa Cisl Medici in cui si sottolinea: "si tratta di una firma su di un documento tecnico che deve essere riportato ad un tavolo politico" a cui segue la riserva espressa da **Nicola Preiti** per Intesa-FPCgil Medici "per il mancato impegno al superamento della figura della guardia medica per la piena integrazione con gli altri professionisti". Una sottolineatura che ha innescato una vera e propria diatriba con la Fimmg-CA secondo cui accesso e ruolo unico bastano già ad assicurare quel graduale riordino che serve per ammodernare la CA. Secondo Fimmg la firma dell'accordo sancisce finalmente l'accettazione della ridefinizione dei ruoli professionali e

il recepimento della ristrutturazione del compenso. Fp-Cigil Medici rimarca il fatto che nel documento l'ICT sia uno strumento irrinunciabile per l'integrazione funzionale delle cure primarie. Smi ribadisce che il testo siglato rappresenta una soddisfacente mediazione in cui sono state accolte alcune significative istanze dei sindacati di categoria, ma resta l'incognita della fase attuativa. **Maria Paola Volponi**, Responsabile Nazionale Smi Area Convenzionata, al riguardo tiene a precisare che "il ministero non ha esplicitamente palesato quale sarà l'utilizzo del documento, ci si augura che sia la base di partenza della discussione in Conferenza Stato Regioni e nella definizione del nuovo Piano sanitario nazionale e di quelli regionali".

In calce al documento non c'è la firma del rappresentante Snamì. Secondo quanto si legge sul sito di Snamì Campania (snamicampania.blogspot.com) la motivazione di tale scelta è racchiusa nella non condivisione del fatto che: "una serie di riunioni indette per l'integrazione ospedale-territorio con la partecipazione di sigle di tutti i comparti, compresi i dirigenti, finisca per dare una linea per la riforma del territorio. Si appro-

fitta di un incontro programmato per altri fini, per dire agli operatori convenzionati del territorio cosa devono fare e come". Il documento siglato è additato come una: "controriforma dove si intravede una sorta di pericoloso intersecarsi di ruoli fra dirigenti e convenzionati. (...) La medicina generale o è dominus del territorio o non esiste più. Noi non vogliamo abdicare alla funzione di "regista" del percorso di salute che i pazienti che ci scelgono ci affidano". Questi i primi commenti a caldo. L'analisi e le criticità del documento ministeriale sono state poi affrontate da Snamì a Torino nella Consulta delle Regioni assieme ai responsabili nazionali dei settori della medicina generale. In tale consesso il sindacato ha elaborato anche una propria proposta di riforma delle cure primarie, esplicitando quanto già indicato nei cinque punti inviati al ministero (M.D. 2012; 4: 9)

► Il dissenso di Snamì

La Consulta delle Regioni Snamì ha ritenuto che il testo dell'accordo non centri le problematiche del riordino delle cure primarie e dell'integrazione ospedale-territorio, sia in termini di analisi delle criticità sia nelle solu-

Il testo siglato

Tavolo tecnico riordino cure primarie e integrazione ospedale-territorio

Obiettivi da perseguire:

- Presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali.
- Appropriatelyzza delle cure.
- Riorganizzazione dell'assistenza territoriale incentivando le forme evolute di aggregazione dei professionisti.
- Promozione della sanità d'iniziativa.

1. Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche richieste.

2. Integrazione mono-professionale e multi-professionale per favorire, l'integrazione ed il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, anche attraverso la costituzione di Aft e Uccp, nonché valorizzare l'integrazione tra i medici convenzionati ed i medici dipendenti, attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli aziendali e regionali, facilitando l'intero percorso di cura del paziente.

3. Ristrutturazione del compenso prevedendo una distinzione delle fonti e dei meccanismi di finanziamento destinati alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale,

spese di gestione, spese automezzo, ecc.).

4. Sviluppo dell'ICT (*Information and Communication Technology*) che rappresenta uno strumento irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere ai fini di servizio, gestionali e di governo clinico, fermo restando quanto previsto al punto 3.

5. Individuazione nel distretto la sede territoriale di riferimento, strettamente legata al territorio di competenza, dove attuare il coordinamento della gestione dell'assistenza.

6. Riorganizzazione del sistema di Emergenza ed Urgenza al fine di garantire una continuità tra ospedale e territorio, evidenziando la necessità del passaggio alla dipendenza dei medici di emergenza sanitaria o comunque l'esigenza di una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza.

7. Formazione dei professionisti: definire i percorsi formativi in maniera funzionale ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie. Rimodulare il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici, completando lo stesso nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario. Favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio per garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedono la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati.

zioni propositive e ha esplicitato le seguenti considerazioni:

► Ruolo unico ed accesso unico.

Si è favorevoli se si intende per ruolo unico un canale preferenziale per i medici di un comparto ad accedere ad un altro comparto della medicina generale. Si è contrari se si intende per ruolo unico una confusione di ruoli in un futuro dell'assistenza in cui "tutti fanno tutto". La CA, emergenza e assistenza primaria devono continuare ad avere ruoli e compiti distinti ma "integrati". Si è contrari anche se il ruolo unico prelude alla scomparsa

tout court della CA, come si paventa da parte di alcuni sindacati.

► Ristrutturazione del compenso.

Snami è favorevole alla distinzione fra fattori di produzione e compensi professionali. A patto che non ci sia un arretramento nella retribuzione complessiva attualmente percepita e che i fattori di produzione, ancorché a carico o compartecipati da parte pubblica, non vadano ad incidere sulla fiscalità complessiva del singolo convenzionato. Inoltre occorrerà studiare un percorso legislativo che esenti i Mmg dalla ulteriore imposi-

zione dell'Irap, in linea, del resto, con la giurisprudenza attuale. Si è perplessi inoltre sull'ipotesi di fornirci direttamente personale e strutture.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code