

Sì alla riorganizzazione delle cure territoriali, ma senza stravolgimenti



È questo in sintesi il pensiero espresso dal presidente Snam durante l'intervista rilasciata a *M.D.*

L'impossibilità di investimenti, dovuti all'attuale congiuntura economica, rende irrealizzabili i progetti proposti per riordinare l'assetto delle cure primarie

► **Anna Sgritto**

Non è un caso che **Angelo Testa**, presidente nazionale Snam, nell'intervista rilasciata a *M.D.* tenga a ribadire la netta opposizione del sindacato che rappresenta a eventuali modifiche normative per i medici delle cure primarie finché sarà in vigore il blocco dei rinnovi contrattuali. Sono passati solo pochi giorni dalla riunione tra Sisac e rappresentanti di categoria a cui sono susseguite le non confortanti notizie sulla *spending review* che vede i tagli alla sanità ritornare alla ribalta e sommersi alla sforbiciata di 8 miliardi di tremontiana memoria.

► **La Sisac ha solo proposto di uniformare i testi degli Acn, non di modificarli?**

“Ufficialmente si vorrebbe mettere mano al nostro accordo collettivo nazionale per fare una cosa nobile, eliminare tutte le parti complesse e in contraddizione. Ci siamo dichiarati disponibili a questo tipo di lavoro finalizzato a semplificare le

norme, togliere le parti ridondanti e pleonastiche, ma non siamo però assolutamente d'accordo a inserire nell'Acn una nuova normativa, *in primis* perché la legge prevede il blocco dei rinnovi contrattuali per tutto il 2013 in quanto non c'è la possibilità di investimenti. Senza investimenti non siamo disponibili a modificare nulla. Voglio essere chiaro su questo punto: durante la riunione altri sindacati si sono detti disponibili a inserire parti normative a costo zero. Si tratterebbe di una soluzione che penalizzerebbe ancor di più la nostra categoria. Le Regioni fanno fatica a onorare impegni di pagamenti già previsti e inoltre, su mandato della Sisac, si stanno attivando da un lato a non corrispondere quella parte di emolumento legata alla quota *ad personam* dei medici che andavano in pensione e che doveva essere spalmata sulla categoria e dall'altra a recuperarla laddove fosse già stata pagata. La preoccupazione da me palesata alla fine della riunione con la Sisac non

è dietrologia, ma si basa su palesi evidenze che la Parte Pubblica tenta di fare cassa su emolumenti che già sono dei Mmg”.

► **La linea che Snam ha mostrato in questi anni lo ha portato ad essere identificato come il sindacato del no...**

“Prima di tutto vorrei precisare che Snam è un sindacato che mette al centro del suo mandato la tutela del lavoro del medico. Ciò significa anche ascoltare e prendere in considerazione le istanze presentate dai propri iscritti, scremandole dalle richieste irrealizzabili, ma bisogna comunque avere il coraggio di dare voce anche a posizioni scomode. Detto ciò, devo ammettere che c'è stato un periodo in cui abbiamo impostato la nostra politica sindacale su posizioni molto rigide e di netta opposizione. Ma da tempo questa linea si è profondamente modificata. Le ultime contrattazioni ci hanno visto in una posizione meno arrocca-

ta, abbiamo firmato gli accordi, specificando ciò che condividevamo e facendo mettere a verbale i punti su cui non eravamo d'accordo. Firmare significa rimanere in gioco, poter partecipare ai tavoli successivi cercando di apportare cambiamenti. Una volta non abbiamo firmato e siamo stati assenti da tutte le trattative regionali e locali. Sono convinto che nella contrattazione è necessario lottare finché c'è lo spazio per farlo per poi firmare mettendo un punto fermo su quanto si è riusciti ad ottenere e continuare la lotta nei tavoli regionali e aziendali. Va detto che il nostro è un sindacato che si è rinnovato anche in termini generazionali, è ringiovanito di molto anche nell'età media dei suoi dirigenti. In questi ultimi anni le nostre critiche alle soluzioni di cambiamento prospettate dalla Parte Pubblica sono state accompagnate da proposte alternative. Mi riferisco, per esempio al progetto ME.DI.CO, alla recente proposta di riorganizzazione e integrazione tra ospedale e territorio".

► **Resta il fatto che Snami è stato molto critico sull'accordo siglato al Tavolo Tecnico ministeriale...**

"Il lavoro del Mmg si è modificato radicalmente assieme alla società e il tutto è avvenuto in tempi rapidi. È chiaro che bisogna rispondere a questi cambiamenti, ma quello che contestiamo sono le modalità fin qui attuate. Il medico e in particolare il Mmg, ha perso molto del suo potere di acquisto, anche il suo prestigio professionale è stato fortemente messo in discussione. Nel frattempo il suo ruolo puramente clinico è stato corrosato da pesanti incombenze burocratiche. Una serie di ammodernamenti, come l'informatizzazione, sono entrati nella professione a costo

zero, creando un aggravio di spesa alla professione. In tale contesto premere l'acceleratore su cambiamenti strutturali è controproducente, così come è impensabile ipotizzare soluzioni che prevedano finanziamenti al di fuori delle logiche del momento in cui viviamo. È inutile concentrarsi e spendere energie verso modelli di assistenza, magari validi sulla carta, ma che non si potranno realizzare per la congiuntura di recessione economica in cui ci troviamo. È da qui che nascono le perplessità espresse sulla proposta di riordino delle cure primarie. In particolare sul ruolo unico abbiamo tenuto a precisare che siamo favorevoli a un canale preferenziale per i medici di un comparto ad accedere a quello della medicina generale. Siamo contrari se si intende una confusione di ruoli in un futuro dell'assistenza in cui "tutti fanno tutto". La Continuità Assistenziale, emergenza e assistenza primaria devono continuare ad avere ruoli e compiti distinti, ma integrati. In merito alla ristrutturazione del compenso Snami si è espresso favorevolmente sulla distinzione fra fattori di produzione e compensi professionali. Abbiamo però voluto mettere i puntini sulle i sul fatto che tale ristrutturazione non segni 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. L'offerta di salute sul territorio deve essere sicuramente migliorata per rispondere alla nuova domanda di salute, ma la soluzione dell'h. 12/24, per esempio avrebbe come effetto quello di dilatare la domanda e quindi i costi. Pensare che la medicina generale possa arginare i codici bianchi è alquanto inverosimile. Inoltre c'è il rischio non

solo di congestionare gli studi dei Mmg, ma di non risolvere il problema. Mettiamo il caso che un cittadino, colto da un lieve malore, si rechi presso lo studio del Mmg (sempre aperto), il quale potrebbe prescrivergli degli esami per approfondire il problema. Tenuto conto dei tempi di attesa, non sarebbe avulso dalla realtà pensare che per ovviare a questo problema quel cittadino scelga di recarsi in Pronto soccorso per accelerare i tempi. Non dimentichiamo che il 70% degli accessi in ospedale è un codice verde, per cui non si paga il ticket e solo il 10% sono codici bianchi per cui si paga un piccolo contributo. Il grande errore che si sta facendo è quello di proporre un unico modello per una situazione come quella italiana che vede realtà completamente differenti. È fondamentale rispettare la specificità dei nostri territori che sono estremamente variegati. Come possiamo non considerare il fatto che vi sono zone servite da ospedali e da strutture sanitarie di alto livello e territori con un ospedale a 100 km o sottodimensionato per il bacino di utenza. Oppure territori rurali in cui sono presenti più medici di famiglia e frazioni abitative accorpate che dispongono di un solo Mmg. La verità è che finora non abbiamo mai voluto approfondire la diversità di una medicina praticata nelle aree metropolitane da quella esercitata in aree rurali e montane".

www.qr-link.it/video/0912



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