

Le ombre dell'Accordo integrativo regionale dell'Emilia-Romagna

L'intesa regionale per la Medicina generale viene presentata come un cambio di passo, ma tra i professionisti del territorio prevale la cautela. L'estensione delle fasce di disponibilità e i nuovi modelli organizzativi sollevano dubbi su un possibile aumento degli oneri amministrativi e su una progressiva standardizzazione dell'attività clinica

Alessandro Chiari - *Segretario generale Fismu Emilia-Romagna*

Dopo anni di attesa, la Regione Emilia-Romagna e le principali Organizzazioni sindacali della Medicina generale hanno siglato l'Accordo integrativo regionale (Air). Il documento, che punta a ridisegnare l'assistenza territoriale entro il prossimo biennio, introduce una riorganizzazione profonda della medicina territoriale. Sbandierata come qualcosa di assolutamente rivoluzionario e futurista, l'intesa prevede infatti nuove regole sull'organizzazione del lavoro dei medici di famiglia, sulla continuità assistenziale e sulle opportunità dei servizi territoriali, ma da parte di noi "addetti ai lavori", non si possono evitare critiche e perplessità perché in realtà tutto ciò che l'accordo sbandiera è tutto da realizzare e da progettare attraverso la serie degli accordi locali.

Appena abbiamo avuto per le mani questo esteso documento ci siamo resi conto che i contenuti per i Mmg saranno di difficile digeribilità. **Vincenzo Immordino**, il collega che ha firmato per **Fmt (Federazione medici territoriali)**, ha espresso le proprie perplessità in una nota a verbale che condividiamo con molta preoccupazione. Vero è che l'accordo era vacante dal 2005 e che tutto ciò che è successo da allora è sempre stato firmato anche dal sotto-

scritto ed è anche vero che si è sempre puntato su scommesse sugli Mmg che sono costantemente state vinte, ma questa volta mi sembra di spostarci verso una serie di visioni che ci sembrano più uno slogan gigantesco che una realtà facilmente realizzabile. Qui c'è tutto da inventarsi, tutto da progettare, tutto da scrivere e i tavoli sindacali locali saranno assolutamente calienti e non sarà affatto facile tramutare i pensieri in azioni. Certamente la Regione ha raggiunto i suoi obiettivi politici di fissare dei punti e delle strutture di alta visibilità politica ma crea perplessità circa una vera e reale efficacia assistenziale.

Ruoli diversificati

Crea molta perplessità come attuare realmente le due differenti vie che si prospettano come scelta professionale e lavorativa ai Mmg: da una parte il **ruolo unico**, con tutte le criticità intrinseche che tale modello sottende, in antitesi ai Mmg che manterranno il rapporto convenzionale a ciclo di scelta.

L'opzione del ruolo unico, pur offrendo prospettive remunerative superiori, configura una sorta di parassubordinazione atipica che desta preoccupazione: il rischio concreto è un incremento dei carichi assi-

stenziali e, soprattutto, degli oneri burocratici, con l'aggravante dell'irreversibilità della scelta. Questa modalità, obbligatoria per i nuovi convenzionati, impatterà prioritariamente sulle future leve - qualora il sistema riesca a garantirne il reclutamento - piuttosto che sui colleghi con maggiore anzianità di servizio. Per questi ultimi, specialmente se prossimi al trattamento pensionistico o limitati da condizioni di salute, il mantenimento del rapporto a ciclo di scelta diverrà un percorso quasi obbligato per evitare un impegno lavorativo non più sostenibile.

La crisi del rapporto fiduciario

Le Case della Comunità (CdC), presentate come l'evoluzione delle Case della Salute, appaiono in realtà più come un'operazione di *restyling* d'immagine politica che come una reale progressione assistenziale. Il rischio concreto è lo scivolamento dal tradizionale rapporto medico-paziente a un più impersonale legame paziente-struttura, minando alla base quel rapporto fiduciario che storicamente rappresenta il valore aggiunto del nostro sistema sanitario. Questo mutamento di paradigma segna il tramonto della figura del medico di famiglia per come l'abbiamo conosciuta, depotenziando la li-



bera imprenditorialità del professionista: una forza che, proprio durante la pandemia, si è rivelata indispensabile per la tenuta del territorio, spesso a fronte del sacrificio estremo di molti colleghi. Negli ultimi anni, tuttavia, la qualità del lavoro ha subito un netto deterioramento: il Mmg è stato relegato al ruolo di “sceriffo del territorio”, chiamato a gestire la scarsità delle risorse tra concessioni e dinieghi. È in questa distorsione del ruolo clinico che affondano le radici i crescenti conflitti con l’utenza e l’inaccettabile *escalation* di aggressioni negli ambulatori.

L'accordo in pillole

L'ipotesi dell'Air prevede una revisione del nomenclatore tariffario a partire dal 01.10.2026 (o, in alternativa, dal 01.01.2027), con nuovi parametri per l'assistenza domiciliare (Adi e Adp), le prestazioni orarie, le medicazioni e i servizi accessori. Un punto di rilievo riguarda il ripristino dello *status quo* operativo per i giorni prefestivi, annullando le disposizioni precedenti.

Il piano economico introduce inoltre:

- **Incentivazione strutturale:** Incrementi per l'adesione alle Case di Comunità e l'istituzione di un fondo dedicato alle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali)

per sostenere l'estensione oraria negli studi di medicina di gruppo dotati di personale infermieristico e di segreteria.

- **Premialità di sistema:** Indennità per l'abbattimento del debito informatico, la compilazione del Pss (Piano socio-sanitario), il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e la presa in carico delle cronicità.

Tuttavia, l'erogazione di tali risorse non sarà incondizionata: l'intero impianto è vincolato a indici di produttività estremamente rigorosi, che condizionano la reale sostenibilità economica dell'accordo per il singolo professionista.

L'illusione della produttività

Secondo il progetto regionale, le équipes di Aft dovrebbero garantire l'accessibilità agli studi medici fino a 12 ore al giorno, indipendentemente dalla sede fisica del professionista. Il fulcro di questo potenziamento è il modello delle Unità complesse di cure primarie: forme organizzative multiprofessionali integrate nelle Case di Comunità, dove Mmg, pediatri, specialisti, infermieri e assistenti sociali collaborano per gestire bisogni di salute complessi.

L'obiettivo dichiarato è favorire l'integrazione con la rete aziendale, atti-

vando ambulatori ad accesso diretto per le urgenze minori e interfacciandosi con la centrale 116-117. In questo scenario, i Cau (Centri assistenza urgenza) verrebbero rinominati “Ambulatori di Aft della Medicina generale”, mantenendo l'attuale dotazione tecnologica per le prestazioni urgenti non differibili, con modelli dedicati anche per le aree disagiate. Tuttavia, dietro questa facciata organizzativa, si scorge il consueto sistema di incentivazione legato alla massificazione della prestazione: un incremento reddituale vincolato esclusivamente all'asfissiazione dei carichi di lavoro. Quella “cravatta” che già oggi sentiamo stringere, rischia di trasformarsi in un cappio con un nodo scorsoio sempre più stretto, su uno sgabello precario che ci consegna definitivamente alle ganasce delle aziende.

Sorgono dubbi legittimi su queste catene produttive di fordiana memoria, che richiamano aforismi sinistri sulla libertà attraverso il lavoro. Come cantava **Demetrio Stratos** con gli **Area**: “L'estetica del lavoro è lo spettacolo della merce umana”. Una merce che, in questo nuovo assetto, sembra aver smarrito la propria autonomia intellettuale e clinica in favore della catena di montaggio sanitaria.

LE ISTITUZIONI: “UNA RIFORMA STRUTTURALE PER IL TERRITORIO”

Mentre il sindacato (Fmt) esprime preoccupazione, la Regione difende l'impianto dell'accordo definendolo un passo avanti necessario per l'omogeneità delle cure e la tutela dei professionisti. Qui di seguito, i punti salienti dell'intervento di **Massimo Fabi, direttore generale e coordinatore della rete ospedaliera regionale**, incaricato dalla Regione alla trattativa: “Con questo atto vengono ridisegnate le fondamentali organizzative, strutturali e operative del medico di assistenza primaria, figura che riveste un ruolo prezioso e insostituibile nel nostro sistema sanitario. Promuoviamo la condivisione di spazi, competenze e professionisti, rafforzando gli standard regionali per garantire equità su tutto il territorio. Sarà assicurata una presa in carico multidisciplinare e integrata,

grazie alle équipes multiprofessionali operative nelle CdC i cittadini potranno accedere agli studi medici delle Aft fino a 12 ore al giorno, per cinque giorni a settimana, con un potenziamento specifico per la gestione delle cronicità.

Siamo inoltre molto soddisfatti per il rafforzamento delle tutele destinate ai professionisti: l'accordo introduce misure concrete per favorire la conciliazione tra vita e lavoro e garantire diritti fondamentali, a partire dalla genitorialità. È un traguardo che non esitiamo a definire storico: migliorerà la salute pubblica e la qualità del lavoro medico. Un ringraziamento va a tutte le **Organizzazioni sindacali** per il lavoro complesso, a tratti impervio, ma sempre orientato al bene comune”.