

FORME COOPERATIVE IN MEDICINA GENERALE

Osservatorio
Professionale

GIOVANNI ARPINO

Presidente S.I.M.G. Regione Campania
Responsabile Nazionale S.I.M.G. Area
Associazionismo

Nel 1997, anno in cui, per la prima volta nella sua storia, il sindacalismo medico si trovò ad affrontare il problema della contrattazione decentrata, in Campania ebbe luogo un evento di notevole importanza per la Medicina Generale (MG) italiana: fu introdotto il principio che era assolutamente legittimo ed opportuno che:

- i Medici di Medicina Generale (MMG) si associassero in società di servizi cooperative e che tali società fossero riconosciute come di potenziale utilità per il S.S.R.;
 - i soci delle cooperative, a fronte di produzione di beni sanitari codificati in ben preciso Istituto contrattuale godessero di un trattamento economico incentivante.
- Giunse a compimento, dunque, un percorso che differenziò in maniera sostanziale la storia del movimento cooperativistico campano da quello nazionale dal quale pure aveva assorbito l'idea originaria di dare alla MG un assetto di impresa che la rendesse strutturalmente competitiva sul territorio, all'interno di un contesto del S.S.N. fortemente "aziendalizzato" dopo la promulgazione della Legge 502 del 1992.

Occorre sottolineare che la carta vincente del "modello campano" fu, in quel momento, il riconoscimento dell'associazionismo cooperativo da parte del S.S.R. nella "forma" contrattuale che nel successivo Accordo Nazionale N. 270 del 2000 determinò la nascita dell'Associazionismo "in rete".

Infatti, oggi, a differenza che nel resto del Paese, l'assetto strutturale della MG campana è caratterizzato da una percentuale di Associazioni in Rete e Medicine di Gruppo, notevolmente più alta in confronto alle associazioni semplici, proprio in virtù del fatto che quasi la totalità delle cooperative della Regione già operavano, in realtà, come tali, nell'anno 2000 e già percepivano l'indennità relativa.

Oggi il 60 % dei MMG della Campania utilizzano infrastrutture informatiche e telematiche complesse con un trend decisamente in crescita.

Il 90 % delle Associazioni in Rete e Medicine di Gruppo sono a loro volta associate in cooperative che raccolgono al loro interno un numero di Medici che oscilla tra il 40 ed il 50 % dell'intera consistenza della MG campana attestata intorno ad un valore di circa 5000 unità.

Nel 2003, con la sottoscrizione del secondo Accordo

Regionale, il percorso intrapreso nel '97 è stato completato secondo un "escursus" la cui logica ha recepito le istanze della natura stessa delle Cooperative in quanto Società di "servizi" non *direttamente* produttrici di "beni sanitari".

Il condensato dell'ulteriore perfezionamento dell'assetto delle Società di Servizi nel panorama delle strutture del S.S.R. è rappresentato dall'articolo 40 di detto Accordo la cui attenta lettura ed esatta interpretazione potrebbe essere utile al lettore per la comprensione di questo articolo.

In estrema sintesi qui si può sottolineare lo schema generale del combinato disposto di detto articolo permettendo che le possibili prestazioni delle S.C.ar.I. sono state classificate in due grandi categorie.

Previa istituzione di un Albo Regionale, le S.C.ar.I. vengono censite ed accreditate nel rispetto di una serie di requisiti specifici attestanti l'idoneità e legittimità della loro natura.

Ciò costituisce il loro titolo per accedere alla fornitura di servizi classificati come sopra detto.

La prima delle due categorie finanziata direttamente dall'Assessorato alla Sanità, costituisce un Capitolato molto dettagliato ed articolato che permette la realizzazione di servizi finalizzati ad assicurare ai soci la trasmissione di dati clinici, epidemiologici e di spesa, alle rispettive AA.SS.LL. aggregati dalla forma più elementare relativa a ciascun medico a quella più complessa in cui la composizione dell'assemblaggio arriva ad interessare più Associazioni ed anche più Cooperative e tratta dati relativi a centinaia di migliaia di pazienti.

La seconda, di cui la definizione delle prestazioni e del finanziamento è demandata alla trattativa aziendale, prevede un ampio ventaglio di opportunità che vanno dalla attuazione dell'A.D.I. alla gestione di ospedali di comunità o di residenze protette, alla cogestione di servizi di telemedicina e di C.U.P., ecc.

Non sfugge la grande novità e la prospettiva rivoluzionaria per la organizzazione dell'intero settore delle cure primarie che il passaggio descritto costituisce.

Di fronte alla enorme potenzialità espressa dalle soluzioni campane per la razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio la grande indecisione e le gravi preoccupazioni che affliggono il sinda-

calismo medico ed angosciano la parte pubblica in questa vigilia per il nuovo Contratto Nazionale, risultano francamente poco comprensibili e condivisibili.

A meno che non le si interpreti alla luce di una avversione istintiva verso il nuovo o come effetto di atteggiamenti culturali dirigistici e centralistici quando non francamente e semplicemente reazionari.

Tuttavia non delle suggestive prospettive contrattuali questo articolo si vuole occupare, anche se viene spontaneo e forte il desiderio di esortare il lettore a rileggere la proposta governativa per la sperimentazione delle U.T.A.P. dopo una attenta e serena riflessione sull'art. 40 e sull'art. 1 bis dell'Accordo Integrativo campano.

L'intenzione, invece, è quella di individuare e mettere a fuoco alcuni ulteriori punti di questa materia che possono più da vicino riguardare la platea cui si rivolge la rivista della S.I.M.G. che mi ospita.

L'Associazionismo in rete (tralascio di parlare della forma cosiddetta "semplice" che considero il classico escamotage sindacale per rimorchiare anche le frange della categoria meno propense a sperimentare nuovi modi di lavorare) se lo si considera solo per gli obiettivi previsti nel D.L. N. 270 è ben poca cosa, anche se risolve il problema di migliorare la qualità dell'accesso del cittadino al MMG nell'arco delle 12 ore.

Limitare però la dottrina delle associazioni all'assolvimento di questa unica funzione è autolesionistico. Allargare gli orizzonti di ciò che le associazioni in rete possono esprimere senza immergerle in un contesto organizzativo e strutturale più complesso è utopistico perché gli obiettivi sono irrealizzabili.

L'associazionismo cooperativo, che nel D.L. 270 viene rimandato alla contrattazione regionale, se nell'approccio alla definizione di un suo possibile ruolo all'interno dei vari SS.SS.RR., non tenesse conto del problema della "dottrina" delle associazioni da cui le cooperative della MG *devono* essere composte, ridurrebbe la sua caratteristica di società di servizi solo alla implementazione organizzativa e logistica di ulteriori funzioni e compiti del MMG senza però aiutarlo a individuare il suo prodotto, migliorarne la qualità, definirne la esclusività e, infine, mettergli il "bollino" per venderlo sul mercato.

Se, poi, il tentativo di individuare il "prodotto" e metterlo sul mercato lo si facesse al di fuori di norme contrattuali stipulate nel modo tradizionale e lo si vendesse fuori del S.S.N. si rischierebbe di entrare in conflitti di interesse di cui le cronache degli ultimi anni 90 hanno già testimoniato la pericolosità.

Si rischierebbe, insomma, di invischiare le S.C.ar.l. della MG in una palude molto pericolosa.

La sintesi e l'applicazione contrattuale di queste riflessioni/contraddizioni, rappresentano l'originalità dell'esperienza campana.

Le Associazioni sono state messe in condizioni di definire il "prodotto" principale dei loro soci attraverso gli

istituti dell'art. 1 bis e dell'art. 45 in modo perfettamente compatibile con il livello di performance infrastrutturale che già era in loro possesso.

Le Cooperative, con l'art.40, hanno sviluppato il percorso normativo e finanziario con il quale "tarare" le loro performances logistiche ed organizzative per ulteriormente perfezionare tale "prodotto" e collocarlo sul mercato del S.S.R.

Il prodotto, per coloro che *non* si prenderanno la briga di andare a leggere l'A.I.R. campano, è, ovviamente, la gestione del Processo di Assistenza in modo valutabile in tutte le sue articolazioni e nelle diverse patologie e la definizione razionale delle competenze del primo, del secondo e del terzo livello delle cure secondo le indicazioni di linee guida condivise.

Tutto ciò attraverso lo sviluppo di una metodologia di raccolta dei dati clinici ed epidemiologici secondo uno schema predefinito e finalizzato che realizzi uno schema flessibile ma affidabile di auto valutazione "in itinere" configuri, dal punto di vista pedagogico, l'applicazione pratica dei presupposti dello Sviluppo Professionale Continuo.

Il compito delle Cooperative è quello di creare i presupposti del marketing e favorire la loro applicazione del territorio affinché tale prodotto non rimanga l'esercizio autistico di gruppi di "kamikaze" ma costituisca una massa critica di potenza tale da restituire alla Medicina Generale, *veramente*, il ruolo centrale nel S.S.N. che, a chiacchiere, tutti le assegnano da quando è entrata in vigore la Legge 833.

L'esperienza campana, rappresenta un tentativo di proporre qualcosa di nuovo e di originale per superarte l'*empasse* in cui tutto il S.S.N. vive da molto tempo, stretto com'è tra le contraddizioni che ha sviluppato nel suo interno dal 1978 in poi e la grave crisi scatenata dall'introduzione, con la Legge 502 del 1992, del finanziamento predefinito e della aziendalizzazione.

Rappresenta la proposizione di un nuovo complesso Progetto per la Professione del MMG con il quale si spera di aprire uno sbocco positivo ad una crisi che soffoca in una rete vischiosa di leggi, regolamenti, circolari, note, esenzioni, cavilli ed arzigogoli fantasiosi, l'esercizio di una nobile arte.

Il percorso non è facile ma, almeno, alimenta la fede in una possibile fuga dalla demenzialità in cui sempre più si addentra il Sistema.

In quanto Progetto per la Professione, la tematica dell'associazionismo e del cooperativismo con tutte le implicazioni che sono veramente tantissime ed interessanti, viene a proporsi come oggetto di studio ed approfondimento della nostra Società.

L'area dell'associazionismo recentemente deliberata dal C.P.N. della S.I.M.G. testimonia che l'attenzione è viva e che il cammino verso una forte sinergia tra la realtà della Professione e la sua espressione più alta è iniziato.