



## I perché di SNAMI del NO al preaccordo per la medicina territoriale del 22 dicembre 2008

**Mauro Martini**

Presidente Nazionale del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

*Un breve excursus storico:* come noto, il 22 dicembre 2008 è stato siglato da parte della stessa SISAC e di altre OO.SS. rappresentative della Medicina Generale la pre-intesa per il rinnovo dell'ACN della Medicina Generale per il quadriennio normativo 2006-2009 e il biennio economico 2006-2007; in tale data, SNAMI, pur avendo preso attivamente parte alle trattative, ha prodotto un documento nel quale si riservava la decisione della firma dopo aver consultato la propria base, attraverso gli strumenti consentiti dal proprio Statuto, cosa che è stata attuata mediante lo svolgimento del Congresso Straordinario convocato, nei termini di Statuto, ad Ostia Lido il 9 gennaio 2009.

*Perché tutto questo?* Dalla lettura del documento della pre-intesa, firmato dalle altre OO.SS., sono emerse numerose perplessità inerenti il futuro della categoria e sono, altresì, evidenti i tentativi di modificare il rapporto duale medico-paziente (vedi aggregazioni di medici), specifico della Medicina Generale, alle logiche della programmazione sanitaria, in un'ottica tesa più al soddisfacimento delle esigenze della "governance" clinica, intesa come risparmio "tout-court", con un contemporaneo sottofinanziamento del territorio, su cui si intende far ricadere la maggior parte delle competenze, in evidente contraddizione con le intenzioni più volte ribadite di rivalutazione dello stesso; ma non dobbiamo dimenticare che se i medici del territorio sono professionisti, non possiamo accettare un ristoro economico ampiamente al di sotto del recupero dell'aumento dell'inflazione reale ed eroso dagli aumenti dovuti alle spese sostenute dalla categoria per mantenere gli studi professionali, con l'aggiunta poi che parte pubblica vuole finanziare gli accordi regionali con gli incentivi, fin qui corrisposti, ai medici, sia singoli che in associazione, con una evidente perdita in termini, non solo economici, ma anche previdenziali. Queste le principali criticità che hanno portato alla *giornata nazionale di protesta del 6 febbraio 2009 a Roma* contro i contenuti di questo accordo, con uno sforzo tangibile per far conoscere questo accordo a tutti i Medici di Medicina Generale d'Italia in modo da evidenziare la posizione critica di SNAMI al fine di ottenere emendamenti a questo articolato secondo i principi del Sindacato. Secondo la volontà del Congresso straordi-

nario di Ostia del 9 gennaio 2009 siamo costretti a sottoscrivere la pre-intesa per il biennio economico 2006-2007 solo al fine di garantire la presenza SNAMI ai tavoli regionali e aziendali per consentire una incisiva difesa istituzionale della categoria pur nella consapevolezza delle criticità esposte che, comunque, dovranno essere sottolineate in sede di firma.

SNAMI, nel frattempo, ha tenuto stretti contatti con il mondo politico e ha presentato a vari livelli il suo progetto per la ristrutturazione della medicina del territorio ovvero il *Progetto Me.Di.Co.* (Medicina Distrettuale di Continuità). *Che cosa è?* Conosciamo la necessità di conformare le "Cure primarie" al mutato scenario di assistenza sanitaria dovuto all'aumento dell'età media dei cittadini/pazienti e al bisogno della presa in carico delle cronicità, della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra professionisti operanti nel territorio e riteniamo indispensabile dare efficace risposta ai bisogni di natura sanitaria, evitando l'impiego non appropriato delle risorse dell'ospedale, visto il concetto di "presa in carico" H 24 dell'assistito. Abbiamo quindi proposto il Progetto di ammodernamento e ottimizzazione della Medicina Generale attraverso il potenziamento dell'Assistenza Primaria e l'implementazione della Continuità Assistenziale definito Progetto Me.Di.Co. con un'embricazione di compiti tra l'Assistenza Primaria e la Continuità Assistenziale.

### Compiti dell'Assistenza Primaria

Il compito dell'Assistenza Primaria è quello di prendersi carico degli Assistiti mediante la riappropriazione della gestione delle patologie croniche, in un'ottica di "governance clinica" tesa il più possibile ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili e di dare anche la risposta al trattamento delle urgenze differibili che si possono gestire a domicilio.

Il Medico di Assistenza Primaria deve riappropriarsi delle specifiche competenze della Medicina Generale attualmente sottrattogli dalla proliferazione dei costosi centri specialistici, gestendo direttamente le cronicità al fine di realizzare nel proprio studio una serie di azioni mirate ed utili alla gestione uniforme, programmata e maggiormente finalizzata delle patologie croniche, che

hanno un alto impatto sui consumi di prestazioni e di servizi, garantendo un grado maggiore di efficacia e di efficienza nell'erogazione degli interventi e, riducendo progressivamente il carico burocratico, accorciando le liste di attesa; senza dimenticare, anzi rafforzando, la prevenzione. Questo compito è attuabile senza modificare l'attuale strutturazione e disposizione degli studi dei MMG sul territorio che, con la loro parcellizzazione, offrono già un ottimo servizio vicino al paziente/cittadino, ma semplicemente condividendo e mettendo "in rete" i dati sanitari o, se vogliono, per una migliore organizzazione del lavoro, utilizzando la medicina di gruppo laddove, nelle diverse realtà territoriali, potrebbe rappresentare una risposta più adeguata. Il Medico di Assistenza Primaria dovrà inoltre riappropriarsi dell'educazione e dell'informazione sanitaria (come ad es. nelle scuole, nei centri anziani, ecc.) e gestire la formazione pre- e post-Universitaria della Medicina Generale.

### **Continuità Assistenziale H 24**

Considerando che la presa in carico H 24 del paziente è un punto cruciale per permettere la giusta programmazione e allocazione delle risorse e, soprattutto, per la corretta risposta del territorio alle esigenze summenzionate, S.N.A.M.I. ha individuato nel sistema della Continuità Assistenziale (CA) organizzata sull'intero arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, il cardine sul quale far ruotare il sistema dell'H 24, rivalutando professionalmente, economicamente e funzionalmente

questo Servizio, prevedendo comunque l'integrazione con i Medici di Assistenza Primaria, per quanto di loro competenza su un piano di collaborazione fra pari, pur con ruoli distinti. L'aspetto economico globale di questa proposta è particolarmente interessante. Infatti applicando la normativa attuale, avremo in tutta Italia circa 4000 nuovi incarichi di CA (un aumento del 40% di posti di lavoro nel settore!), con un aumento del costo stimato di solo circa 300 mln di euro. Infine applicando le 38 ore settimanali, ogni operatore ha una retribuzione annua pari a quella di un Medico di Assistenza Primaria con 1000 scelte in carico, senza, naturalmente, le spese di quest'ultimo; il tutto senza calcolare gli eventuali aumenti regionali già in essere o quelli nazionali che si contratteranno.

Il Servizio è organizzato con l'apertura dei Presidi 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Gli operatori hanno un incarico di norma di 38 ore settimanali, compatibili con altre forme di incarico convenzionate, specificatamente con l'Assistenza Primaria, e con le attività territoriali programmate con conseguente rimodulazione delle ore di servizio. I Medici di CA possono partecipare a programmi di gestione degli Assistiti in ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) ed in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) in accordo con i Medici di Assistenza Primaria interessati alle attività territoriali e possono accedere all'Assistenza Primaria mediante l'assegnazione delle carenze che tenga conto dell'anzianità di servizio, con un meccanismo simile al trasferimento dei titolari di Assistenza Primaria.

