

Presentiamo ai nostri lettori il testo di un'intervista a noi concessa dal dottor Silvestro Scotti, Segretario Nazionale della FIMMG, che ringraziamo per la sua disponibilità



Domande & Risposte

Parliamo subito dell'argomento che sta più a cuore alla maggioranza dei medici di medicina generale (MMG): il nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Dopo oltre 10 anni passati senza un nuovo contratto di lavoro per la nostra categoria, quanto ritieni possa essere innovativo il prossimo ACN? Intendiamo dire: quanto cambierà la configurazione professionale della Medicina Generale (MG) italiana e quanto rimarrà ancora legato alla figura di un singolo professionista che cura i propri pazienti? Quanta parte della retribuzione rimarrà ancorata alla quota fissa capitaria e quanto ad obiettivi professionali condivisi?

Innanzitutto va precisato che gli anni trascorsi in assenza di un nuovo contratto di lavoro sono 7 e non 10 e che di questi 7 anni, 5 riguardano un blocco contrattuale deciso Ope Legis.

Anni nei quali né la Professione, né il Sindacato né il Paese potevano permettere azioni rivendicative che sarebbero state ritenute inopportune e fuori contesto.

In questi anni il Sindacato si è interrogato sulle dinamiche di rinnovo normativo in assenza di una seppur minima definizione di risorse da mettere in campo, condizione questa non certo delle migliori per proporre un cambiamento della configurazione professionale della MG italiana.

Solo negli ultimi 8 mesi, il fatto che si

potesse cominciare a parlare di un rinnovo contrattuale non solo normativo ma anche economico, ha reso possibile avviare un confronto vero su come ristrutturare e rendere attuali ai contesti assistenziali Ruolo Compiti e Funzioni di un nuovo MMG.

Appare evidente nella discussione degli ultimi anni di quanto il valore della organizzazione della MG abbia preso il sopravvento sulla efficacia ed efficienza professionale del singolo MMG come se fosse possibile aumentare la capacità di tale figura solo attraverso il superamento del rapporto tra singolo medico e singolo paziente e conseguentemente del valore del rapporto fiduciario. Quello che oggi appare evidente è che ci troviamo di fronte ad un momento storico in cui il ricambio generazionale in presenza di grosse carenze di medici formati per la MG e gli attuali meccanismi di regolazione dell'accesso (ottimale e massimale) possono essere delle criticità trasformabili in opportunità di crescita del modello organizzativo e di proposta assistenziale già a partire dal singolo medico. Un sistema che nell'evolvere i numeri di ottimale e soprattutto massimale condizionando tale evoluzione a contenuti organizzativi e di personale coerenti con un aumentato numero di pazienti può essere la base per riconoscere un aumento della redditività individuale del medico, aumento che potrà essere utilizzato anche per una ristrutturazione del compenso che garantisca una

valorizzazione delle performance assistenziali in percentuali del reddito che dovrebbero garantire almeno una presenza variabile in tal senso del 30%.

Molti sostengono che gli spazi professionali della MG siano oggi sottoposti a progressiva erosione. Da parte di alcune categorie professionali (infermieri, farmacisti), da parte del privato (vedi l'esempio della Lombardia), da parte di Regioni che ci vedono sempre più come "sussidiari" e non centrali per il SSN. Come rispondiamo? Possiamo ancora stare sulla difensiva o rilanciamo il ruolo professionale della MG?

L'erosione dello spazio professionale della MG è evidente se il medico non raccoglie la sfida delle nuove esigenze del SSN e dei cittadini.

Un progetto contrattuale che riaffermi nella sua autonomia organizzativa un Ruolo ad alta intensità assistenziale che parta dal singolo MMG per poi completarsi nella integrazione con gli altri MMG e con altri professioni e professionisti rimane l'unica strada per rilanciare forte del rapporto fiduciario la capacità di personalizzazione delle cure anche su livelli di presa in carico più complessa da parte della MG.

Bisogna evidentemente rilanciare e non affrontare tali cambiamenti facendosi attrarre dalle varie sirene rappresentate da

percorsi di para-dipendenza con l'offerta garantita dei fattori di produzione avendo ben chiaro che chi ti controlla gli strumenti controlla anche la tua qualità, la tua produttività e soprattutto la tua possibilità di miglioramento.

Legge Balduzzi e forme associative. Molto è ancora rimasto sulla carta, con andamenti e obiettivi differenti da Regione a Regione. Come possiamo rimediare? E, soprattutto, siamo ancora dell'idea che questa debba essere una riforma ad isorisorse economiche?

La legge Balduzzi aveva lo scopo di determinare come norma di programmazione un nuovo sviluppo organizzativo della MG negli effetti ha di fatto strutturato uno scontro tra le impostazioni regionali di difesa dei singoli modelli organizzativi e la ricerca della MG di trovare modelli di autonomia organizzativa che però facessero parte delle Governance aziendali.

È evidente che tale riforma richiedeva investimenti strutturali e di personale e che tali risorse dovessero essere individuate sui singoli livelli regionali ma governate da ruoli, compiti e funzioni definiti a livello nazionale. L'assenza di un chiaro progetto di sintesi nazionale delle Regioni su una offerta credibile e uniforme della MG

da sviluppare su tutto il territorio nazionale ha determinato una situazione di stallo che in assenza di risorse nazionali esponeva la trattativa sull'ACN esclusivamente ad una semplificazione e diluizione in favore dei singoli modelli regionali.

Un commento alla legge Gelli sulla responsabilità professionale e in particolare al ruolo che dovrebbero svolgere le Società Scientifiche nel redigere le norme di buona pratica clinica

La legge Gelli apre un nuovo scenario per la MG e il suo vero Decreto attuativo per quest'area non può che essere l'ACN. Rendere la posizione del MdF extraccontrattuale determina la necessità di un nuovo rapporto con l'Azienda Sanitaria soprattutto riferito alla Governance del rischio clinico. Fondamentali saranno i sistemi di Risk Management che nella MG possono essere particolarmente favoriti da uno sviluppo in tal senso dei software gestionali. Il ruolo delle Società Scientifiche e in particolare di quello della Società Scientifica della Medicina Generale risulterà complesso nella necessità di definire sia i concetti di buona pratica clinica nel nostro setting sia di partecipare nella definizione di Linee Guida di altre Società Scientifiche alle parti

di coinvolgimento in queste del ruolo della MG. La possibilità di creare anche grazie alla collaborazione della Società Scientifica indicatori di performance negli ambiti assistenziali della MG rimane un riferimento fondamentale provocato dalle necessità derivanti dall'applicazione della Legge Gelli ma fondamentale anche per la struttura variabile del compenso nell'ACN.

Ci pare che stiamo attraversando un momento diverso e più fecondo dei rapporti tra Sindacato e Società Scientifica della MG. Ci sbagliamo? Quali i prossimi impegni comuni?

Sindacato e Società Scientifica della MG rappresentano due facce della stessa medaglia. Allo sviluppo e al miglioramento di tali rapporti può solo determinarsi uno sviluppo della MG tutta.

La regolazione del Farmaco (AIFA), indicatori di performance (ACN), Risk Management (Legge Gelli) integrazione Ospedale-Territorio (DL 70/15 Agenas) sono solo alcuni degli ambiti in cui un confronto leale e di supporto dell'una componente all'altra potranno realizzare le giuste soluzioni di cui i singoli medici di famiglia hanno bisogno.

Intervista a cura di Alessandro Rossi