

POSITION PAPER DELLE COOPERATIVE MEDICHE

Noi sottoscrittori di questo documento siamo professionisti che nel corso degli anni di esercizio della Medicina di Famiglia abbiamo maturato anche una esperienza sia di tipo sindacale in seno alla FIMMG, sia di tipo manageriale nella gestione delle cooperative mediche.

Hanno altresì ritenuto utile sottoscrivere il presente documento anche alcuni presidenti di cooperative mediche che, pur non aderendo a sigle sindacali o appartenendo ad altre sigle, lo condividono nella sostanza e riconoscono il peso dell'iniziativa sindacale svolta dalla FIMMG.

Tutti i sottoscrittori, in questo particolare momento della vita della FIMMG che coincide con una fase critica nel percorso verso il rinnovo di un ACN caratterizzato dalla reale applicazione della Legge Balduzzi dopo quasi 4 anni dalla sua pubblicazione in G.U., sentono forte la necessità di invitare tutte le componenti a compiere uno sforzo congiunto verso una chiara definizione della linea politica sindacale, per l'individuazione di organismi dirigenti con essa coerenti e per sviluppare con rapidità l'iniziativa conseguente.

C'è bisogno di un vera e forte iniziativa sindacale, che risulti efficace sia per l'orientamento degli associati, sia per incalzare la parte pubblica rispetto alle garanzie necessarie alla categoria per il conseguimento/mantenimento di un adeguato ruolo professionale finalizzato all' **autonomia organizzativa** soprattutto nell'ottica della gestione di quei "fattori di produzione" indispensabili allo svolgimento di una professione adeguata rispetto ai bisogni socio-sanitari dei cittadini.

Tempo e risorse che il Sindacato ha destinato ad iniziative collaterali (in particolare di tipo societario, con attività di business non meglio definite, ancorché giustificate da latenze contrattuali) non solo hanno sottratto attenzione al suo scopo istituzionale ed alla sua prassi quotidiana, ma difficilmente potrebbero produrre benefici diffusi ed apprezzati se non addirittura risultare foriere di perdite economiche.

E' per questo che sollecitiamo tutti a riflettere sui contenuti dell'azione sindacale.

Sulla base della nostra esperienza, riteniamo di fondamentale importanza che l'azione del Sindacato debba svilupparsi in modo particolare intorno agli argomenti di seguito indicati, sia per un adeguato e coerente articolato dell'ACN, sia per una più generale e costante iniziativa nazionale e territoriale

- Il rapporto fiduciario individuale medico-paziente è elemento essenziale.

E' stato consolidato e convalidato nel tempo, ha contribuito a garantire un buono stato di salute individuale e collettivo ed una appropriatezza nell'uso delle risorse. Ogni tentativo di snaturare l'essenza è portatore di pesanti conseguenze.

Viceversa va innovato arricchendolo anche per le funzioni ed i servizi garantiti tramite la forma associativa. Le ASL, che spesso vedono il MMG come elemento esterno al sistema, vanno rese consapevoli che la Medicina Generale è percepita come il "servizio pubblico più pubblico" (anche perché gratuito e facilmente accessibile da parte del cittadino). Le ASL devono altresì essere convinte che l'apprezzamento fiduciario del MMG da parte dei pazienti finisce per essere apprezzamento anche del Sistema Sanitario Nazionale di cui il loro medico rappresenta la "porta di ingresso". Ne consegue che ogni azione che intacchi e/o alteri il rapporto fiduciario si traduce in perdita di fiducia anche nello SSN stesso.

Il recepimento delle disposizioni della Legge Balduzzi può avvenire nel contesto di una categoria ancora attiva ed in grado di garantire un effettivo adeguamento organizzativo-strutturale ed impostare correttamente l'ormai imminente fase di ricambio generazionale.

Un ACN che rinviasse i punti cardine dell'organizzazione territoriale all'ACN successivo rischia di trovare un quadro demografico professionale profondamente diverso, in gran parte alle soglie effettive del termine della carriera e quindi scarsamente spendibile.

- Il nuovo ACN rappresenta un elemento cardine nella storia della Medicina Generale.

- Il profilo giuridico ed il conseguente rapporto di lavoro che caratterizzano la figura del MMG come soggetto professionalmente autonomo comportano la gestione diretta dei fattori di produzione necessari a garantire gli impegni convenzionali sia individuali che collettivi: l'attuazione della legge Balduzzi non può che rendere tale quadro ancora più stringente e necessario.

Mentre da un canto deve essere consolidata la consapevolezza di una professione che si sviluppa in forme di aggregazione obbligatoria, al tempo stesso dall'altro deve essere chiaro che obiettivi di tipo professionale o di erogazione di servizi con i relativi riconoscimenti economici possono essere conseguiti appieno solo con l'apporto aggiuntivo di figure professionali non mediche, strumentazione diagnostica ed organizzazione: TUTTI sotto la diretta responsabilità del medico e/o della sua associazione di appartenenza.

- Il Patto intergenerazionale.

Una Medicina Generale efficace, diffusa, con compiti crescenti è la condizione per garantirne la sopravvivenza stessa e quindi l'opportunità per il ricambio generazionale.

Non è accettabile, soprattutto per le prospettive di salute dei pazienti e per la sostenibilità del sistema, che nel territorio si duplichino forme organizzate alternative alla Medicina Generale.

La rete territoriale della Medicina Generale, consolidata e diffusa su tutto il territorio, è l'unica, vista la sua contiguità con i bisogni dei cittadini, in grado di dare risposte sia a quelli "tradizionali/di base" sia a quelli emergenti insiti ad esempio nella presa in carico globale della persona affetta da malattie croniche o da fragilità sociale oppure nella gestione territoriale della prevenzione o dei processi di empowerment dei cittadini.

Questo comporterà un progressivo spostamento di risorse verso il territorio che in buona parte dovrebbero finire nel "reddito lordo" dei MMG. Tramite di esso i MMG si potranno far carico di garantire individualmente e collettivamente i servizi necessari, sicuramente a costi più vantaggiosi (basti pensare che attualmente per l'attività svolta costiamo meno del 5% della spesa complessiva delle ASL a fronte della soddisfazione di una domanda quotidiana di dimensioni assai maggiore).

Questa "massa salariale" è la condizione indispensabile per garantire l'effettiva presenza di servizi territoriali forniti dai medici in attività e contemporaneamente l'adeguato sostegno all'ENPAM, per onorare i trattamenti pensionistici dei medici che l'attività l'hanno cessata.

- Il livello associativo da valorizzare prioritariamente è quello dell'AFT, con le modalità indicate dalla legge Balduzzi.

L' AFT, essendo un'aggregazione monoprofessionale con finalità e rapporti interni ben definiti, ha in sé la possibilità di essere già attuata in modo diffuso e rapido.

L'AFT può avvalersi immediatamente della rete di strutture ambulatoriali che i MMG hanno a disposizione e su questa potenziare le nuove offerte di servizio soprattutto per la gestione della cronicità. Sarà necessario personale di studio, infermieri professionali, reti informatiche, dotazioni strumentali, ecc. ed ovviamente un centro principale di riferimento per tutti i medici in essa aggregati. I progetti attuativi dell'AFT dovranno avvenire sulla base degli accordi sindacali quadro sottoscritti dal Sindacato (ACN, AIR ed Accordo Integrativo Aziendale). E' su tale base che potranno essere definiti obiettivi, indicatori di processi e di esito. La condivisione e sottoscrizione comporta il riconoscimento dei fattori di produzione necessari da parte dell'ASL. L'attuazione deve essere riservata all'autonomia organizzativa e professionale della Medicina Generale.

Con tale condizione diffusa e consolidata sarà possibile poi dare concreta attuazione alle UCCP previste dalla Legge Balduzzi.

- Tra i **fattori di produzione** va riservata la massima attenzione alla innovazione tecnologica ed alla possibilità di portare (a costi competitivi) strumentazione diagnostica nella rete di presidi della medicina generale.

Elemento indispensabile è la rete informatica che faccia circolare le informazioni, eliminando spostamenti inutili o complicati dei pazienti secondo una modalità resa possibile attraverso la rete (funzionale ed organizzativa oltre che informatica) della medicina generale, quale solido punto di riferimento.

Le reti di comunicazione, adeguatamente protette per la privacy, devono consentire un effettivo scambio di informazioni cliniche tra gli operatori (MMG, specialisti, infermieri, fisioterapisti, personale di assistenza domiciliare ed in dotazione delle strutture residenziali) commisurato ai loro diritti di accesso. Devono pertanto consentire ad ogni operatore autorizzato diverso dal MMG sia la lettura delle informazioni prodotte dal curante sia l'inserimento di quelle da lui prodotte durante il contatto con il paziente nonché il loro trasferimento nelle cartelle informatizzate utilizzate dai MMG.

I sistemi informatici e le dotazioni diagnostiche dovranno permettere **la riappropriazione delle Capacità Cliniche**, attraverso lo sviluppo di supporti alla decisione professionale e al monitoraggio delle proprie attività anche per restituire al MMG la possibilità di agire efficacemente sullo stato di salute della popolazione a lui affidata.

E' auspicabile che non si ipotizzino megastrutture informatiche di futuribile dubbia attuazione, bensì si parta in modo rapido dalla rete esistente per interconnessioni possibili ed a basso costo.

- **L'AFT non ha né personalità giuridica né capacità di impresa**: ha un riconoscimento istituzionale e definisce un budget da ricevere in assegnazione (comprensivo di obiettivi, indicatori, risorse, incentivi). E' indispensabile che sia supportata da una *cooperativa di servizio*, che garantisce sia la possibilità di attuazione di quanto concordato tramite la gestione dei fattori di produzione, sia l'ottimizzazione dei costi.

In campo di ottimizzazione più AFT possono afferire ad una stessa cooperativa in un equilibrio tra partecipazione, dimensionale territoriale ed ulteriori economie di scala.

In tale forma il riconoscimento economico dei fattori di produzione da parte dell'ASL è direttamente al MMG e con esso anche la corrispondente contribuzione della quota ENPAM.

Sarà cura e competenza dei MMG della AFT fare i contratti con la loro cooperativa di servizio per avere a disposizione quanto necessario (sede, personale, dotazioni strumentali, ecc.) corrispondendo la relativa quota fatturata in regime di esenzione IVA.

La riorganizzazione delle cure territoriali comporta anche la presenza di forme di assistenza diffuse che vanno oltre la rete dei presidi della medicina generale: ADI, RSA, Cure Intermedie, Ospedali di Comunità, Hospice, ecc.

Ognuna di queste deve essere organizzata sotto la responsabilità clinica del MMG.

Tramite l'AFT possono essere garantiti servizi di continuità. Tramite la cooperativa di servizio che supporta l'AFT possono essere previsti strumenti di integrazione con altre forme organizzate di soggetti indispensabili al funzionamento (infermieri, assistenza alla persona, logistica di ospitalità, fisioterapia, specialistica, ecc.).

In una fase storica "delicata" per le importanti scelte da compiere sul piano contrattuale e su quello organizzativo, parteciperemo attivamente in ogni circostanza con lo spirito di dare un contributo di idee e di sostegno ad una azione sindacale indispensabile per la tanto declamata e mai completamente attuata ri-organizzazione della medicina generale.

Riteniamo utile che il Sindacato possa trovare sostegno dall'esperienza quotidiana che i sottoscritti hanno maturato sul campo ed al tempo stesso riteniamo che questo documento rappresenti una concreta dimostrazione delle possibilità oggettive dell'autonomia di una Medicina Generale che gestisca in modo autonomo i "fattori di produzione" dei propri associati.