

# MANIFESTO STRATEGICO

Per poter far fronte a nuove e vecchie emergenze

## 1. PREMESSA

La drammatica esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in evidenza limiti ed errori del servizio sanitario italiano.

Un tema centrale delle diverse proposte di riorganizzazione della sanità, anche alla luce dei consistenti investimenti previsti, riguarda le cure sul territorio e la loro articolazione. Dall'esperienza di questi mesi è risultato evidente il ritardo e le difficoltà nel gestire sul territorio i servizi necessari per evitare l'ospedalizzazione e garantire adeguate cure alle persone colpite dal virus.

Inoltre nelle prossime settimane si porrà il problema di come gestire sul territorio, e non solo nelle strutture, una vaccinazione di massa che riguarda circa 60 milioni di persone. Un riferimento essenziale per questa campagna sarà rappresentato dalla medicina di famiglia che già oggi effettua la maggioranza delle campagne vaccinali sull'influenza, i cui numeri però sono di molto inferiori.

I Medici di Medicina Generale, in diverse realtà regionali e locali, hanno realizzato importanti progetti. Tratto comune delle esperienze positive, anche nelle campagne vaccinali, è la presenza di forme associative della medicina generale, dove le più avanzate sono gestite da cooperative costituite da Medici di Medicina Generale (MMG). Queste cooperative a livello nazionale sono oltre 200, e vi partecipano più di 9.000 medici, il 15% del totale dei Medici di Medicina Generale convenzionati.

In questo momento particolare quindi, fino alla fine dell'attuale pandemia COVID-19, l'organizzazione della medicina generale deve necessariamente essere messa nelle condizioni di realizzare presidi COVID-19 interni alle forme associative in grado di affiancare gli ospedali nel fronteggiare la pandemia. Questa organizzazione è già stata attuata in molti territori dalle cooperative di MMG.

## 2. CRITICITÀ

Alcuni hanno sostenuto che i Medici di Medicina Generale avrebbero dovuto fare più visite domiciliari, più tamponi molecolari, più test rapidi, più vaccini antinfluenzali e ora più vaccini anti-COVID, e infine test sierologici per verificare l'acquisita immunizzazione da vaccino e la sua durata. Ma, giusto o sbagliato che sia, nessuno ha analizzato le condizioni di rischio in cui, in assenza di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), i medici e gli assistiti hanno vissuto negli ambulatori; e nessuno ha spiegato i motivi del perché i Medici di Medicina Generale non hanno potuto fare più di quel che hanno fatto, che è stato comunque molto.

Per entrare più nel dettaglio, un elemento di grave carenza in gran parte della medicina generale attuale è la dimensione logistica. In molti casi infatti il medico si è trovato impossibilitato a operare adeguatamente perché:

- Nel proprio ambulatorio non era in grado di separare gli accessi dei pazienti COVID-19 da quelli ordinari a causa delle ridotte dimensioni dello stesso;
- Non aveva sufficiente personale dedicato a tutte le nuove necessità, quali ad esempio sanificazioni continue, mansioni infermieristiche crescenti, attività amministrative e gestione della contattabilità telefonica travolgente (ad oggi in Italia vi è ancora un numero molto consistente di Medici di Medicina Generale che operano da soli senza personale di studio);
- La collocazione stessa dell'ambulatorio era, ed è ancora oggi, inadeguata (vedi ambulatori nei condomini).

Da sempre si afferma che il ruolo fondamentale del MMG dovrebbe essere al centro del Sistema Sanitario Nazionale. Ma, per poter esercitare questo ruolo centrale, anche alla luce delle nuove sfide quali cronicità, fragilità, nuove povertà, il Medico di Medicina Generale deve dotarsi di una organizzazione adeguata.

### 3. CARATTERISTICHE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

Come l'esperienza ha fatto emergere, nella riorganizzazione sono centrali i seguenti requisiti:

- Una sede strutturalmente adeguata;
- Fare parte di una forma associativa (nello specifico quelle previste nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2009 e dalla Legge Balduzzi del 2012);
- La presenza del personale di studio (amministrativo e infermieristico);
- Disponibilità di risorse finanziarie in ambito del Servizio Sanitario Regionale correlate a obiettivi di risultato superando la logica dell'incentivo forfettario.

Su questo aspetto, va sottolineato infatti che nei diversi territori dove si è privilegiata un'efficace organizzazione i risultati sono stati decisamente buoni. Decisivo in tal senso e assolutamente inderogabile è risultato il fatto che il personale fosse dipendente dai medici attraverso una cooperativa di MMG costituita dai medici stessi; ciò in quanto il coinvolgimento del personale di studio, in tale situazione, è molto più facile e attuabile che con personale distaccato da ASL/ATS e dunque proveniente da esperienze lavorative totalmente diverse.

### 4. SITUAZIONE NORMATIVA

Quello che molti non sanno è che le forme associative e gestionali della medicina generale, fortemente efficaci, **sono da molti anni già previste** nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2009 e dalla Legge Balduzzi del 2012, ma non sono mai state realizzate. Si tratta di:

- **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** ex Art. 26 bis (con ruolo unico del Medico di Medicina Generale (MMG) più Medico di Continuità Assistenziale (MCA), assicurando un tipo di assistenza H24);
- **Unità Complessa delle Cure Primarie (UCCP)** ex Art. 26 ter (dotato di Infermiere Professionale, Personale Di Studio e specialisti);
- **Cooperativa di Medici di Medicina Generale** ex Art. 54 comma 3 e comma 14 (abilitate, in quanto soggetto fiscalmente adeguato, a firmare un contratto di affitto o comodato, assumere personale, stipulare convenzioni con ospedali, sottoscrivere contratti, ecc.).

Quindi, sapendo che le norme già ci sono, di grande utilità sarebbe progettare e avviare livelli progressivi di organizzazione (secondo Art. 26 bis e ter e Art 54 comma 14), alla stregua di:

- **I° livello di AFT** con compiti e incentivi come da *Allegato 1*;
- **II° livello di AFT** con compiti e incentivi come da *Allegato 2*;
- **III° livello di AFT** con compiti e incentivi come da *Allegato 3*.

Per fare questo sarebbe sufficiente censire le situazioni potenzialmente pronte per avviare il I° livello di forme associative tipo rete (AFT potenziali) che siano già abbastanza grandi e che siano servite da cooperative di MMG.

## 5. FORMA ASSOCIATIVA DA IMPLEMENTARE – AFT (AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE)

Caratteristiche di un'AFT che garantisce concentrazione dei fattori di produzione e capillarizzazione territoriale dei servizi:

- È composta da venti MMG (salvo deroghe motivate) o, se fosse vigente il ruolo unico, da venti fra MMG e MCA;
- È accessibile per presa in carico H24 sette giorni su sette nel territorio;
- È dotata di un Hub aperto H12 con presenza di MMG e personale di studio;
- È dotata di uno Spoke per garantire comunque la presenza di MMG e personale di studio anche nei piccoli comuni o nei piccoli quartieri delle aree urbane.
- Utilizza una cooperativa di MMG della quale tutti i medici che compongono l'AFT fanno parte, che mette in comune i fattori di produzione del reddito (logistica, beni e servizi, personale, tecnologia) sia in termini di concentrazione dei fattori di produzione che di garanzia di capillarizzazione dei servizi anche nelle piccole comunità. La cooperativa inoltre fornisce le competenze manageriali necessarie all'effettivo funzionamento dell'AFT e al raggiungimento degli obiettivi di salute della popolazione che ad essa afferisce.
- Nell'immediato dell'emergenza SARS-CoV-2, l'AFT ha la capacità di realizzare e gestire un Presidio COVID-19 e cronici (con rotazione di un MMG ogni venti giorni) per eseguire vaccinazione anti-COVID, test sierologici per la verifica della acquisita capacità anticorpale, tamponi rapidi e molecolari, il tutto potendo effettuare le

incombenze amministrative necessarie con l'utilizzo di personale di segreteria. Questa organizzazione consente ai MMG di affrontare la vaccinazione anti-COVID in sicurezza per sé e i propri assistiti.

## 6. TECNOLOGIE

Nell'organizzazione della medicina generale, anche in AFT correlata a una UCCP, il MMG deve poter utilizzare strumenti tecnologici evoluti di Digital Health, connessi a reti informatiche efficienti e sicure, quali:

- **Cartella Clinica Elettronica (CCE)** in *cloud* con acclusa scheda COVID-19 con tool di interoperabilità per permettere:
  - ❖ Attività di condivisione del database costituito fino a 1500 cartelle (e oltre) di ognuno dei venti medici dell'AFT rendendoli accessibili a tutti i venti medici, anche avendo CCE diverse (già disponibile);
  - ❖ Attività di raccolta dati anonimizzati per misurare, attraverso indicatori di processo, i risultati legati all'adozione di modelli avanzati di gestione delle patologie croniche o dei fragili (già disponibile);
  - ❖ Attività di gestione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) delle patologie croniche, per trattare un malato cronico con un approccio multidisciplinare da PDTA (già disponibile).
- **Strumenti e servizi di:**
  - ❖ Telemedicina, telemonitoraggio e televisita per fragili e cronici e COVID-19 positivi (già disponibile);
  - ❖ Reperibilità/Contattabilità tramite centrali operative (già disponibile);
  - ❖ Tutoraggio finalizzato a supportare il medico nella raccolta dati per vagliare i risultati attraverso degli indicatori ad hoc (già disponibile).

## 7. FORMAZIONE

Il Medico di Medicina Generale e i collaboratori devono avere accesso a servizi e strumenti di consulenza, formazione, comunicazione. Il sistema cooperativa, per il tramite del consorzio Co.S., ha realizzato una Scuola Management, con corsi FAD e frontali, che eroga pacchetti didattici per medici amministratori e personale di studio amministrativo e infermieristico.

## 8. FORMA CONTRATTUALE E LEGISLAZIONE

Il Medico di Medicina Generale è un libero professionista, ancorché convenzionato, che opera secondo una convenzione tra Stato e professionisti o Stato e figure giuridiche. Va sottolineato però che vi sono state diverse mancate attuazioni e violazioni sistematiche di dispositivi legislativi in vigore:

- Accordo Collettivo Nazionale (ACN) del maggio 2009, Art. 26 bis e ter;
- Legge Balduzzi n°189/2012;
- Patto per la Salute del luglio 2014;
- Atto d'Indirizzo del Comitato di Settore;
- Patto per la Salute del luglio 2019.

Una considerazione: quali sono le istituzioni coinvolte? Stato, Regioni, ASL/ATS, OOSS? E di queste, quali hanno effettivamente violato o non applicato i dispositivi legislativi?

- Lo Stato no, le ASL/ATS no, le OOSS no;
- Le Regioni sì: perché (tranne poche eccezioni insignificanti) in una sanità regionalizzata hanno omesso di attuare prima l'ACN di maggio 2009, poi il Patto per la Salute del luglio 2014 (dopo averlo sottoscritto), l'Atto d'Indirizzo del Comitato di Settore, e perché hanno omesso per dieci anni di fare o applicare gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) che promuovessero le AFT e le UCCP e il ruolo unico.

A questo punto si può porre un grande quesito: ma un nuovo percorso sindacale quanto tempo richiederebbe?

- L'ultimo ACN è del Marzo 2005; questo e successivamente quello del Maggio 2009 sono stati in gran parte disapplicati;
- Negli ultimi 10-15 anni si sono sviluppati percorsi paralleli a quello contrattuale assolutamente illegittimi perché contrari agli ACN, alla Legge Balduzzi e al Patto per la Salute, ma in grado di bloccare gli adempimenti nazionali (AFT e UCCP e ruolo unico). Ecco alcuni esempi illuminanti:
  - ❖ In Lombardia: Pot e Presst, pochi esempi e numericamente insignificanti (ma anche Creg e GPC - Gestione Presa in Carico - senza contrattazione regionale);
  - ❖ In Toscana ed Emilia Romagna: Case della Salute (discutibili perché riguardano solo il 20% della popolazione medica e quindi determinanti

un'assistenza sanitaria regionale a doppio binario con cittadini di serie A e di serie B a seconda del MMG da essi prescelto);

- ❖ In Veneto: medicine di gruppo integrate che hanno interessato forse meno del 20% della popolazione veneta (e quindi determinanti un'assistenza sanitaria regionale a doppio binario con cittadini di serie A e di serie B a seconda del MMG da essi prescelto);
- ❖ In Puglia: superrete, supergruppo e centro sanitario territoriale;
- ❖ Nel Lazio: UCP di I°, di II° e di III° livello.

A questo punto può apparire ovvio chiedersi: perché insistere su AFT, UCCP e Cooperative di MMG (Art 54 ACN maggio 2009) se non le vuole nessuno?

In realtà il problema non sono gli acronimi. Che si chiamino medicine di gruppo integrate, o Reti Funzionali Territoriali (RTF) o medicine di rete<sup>20</sup> o altro ancora non ha la benché minima importanza. Quello che importa realmente è l'efficienza ed efficacia organizzativa, e quindi che siano caratterizzate da dimensioni abbastanza grandi da garantire logistica concentrata/diffusa territorio per territorio, che permettano economie di scala interessanti economicamente, che abbiano strategie terapeutiche comuni (PDTA), e che soprattutto siano per tutti i cittadini superando l'attuale situazione di una sanità diversificata.

Perché insistere sull'applicazione della Legge Balduzzi apparentemente superata? Banalmente perché:

- Una legge finché non è abrogata da un'altra legge non solo non è superata ma, caso mai, è inapplicata, il che andrebbe perseguito, pena evidente inutilità del parlamento che l'ha promulgata;
- Dieci/dodici anni sono stati necessari per elaborare la Legge Balduzzi e il Patto per la Salute, e sarebbe stato già sufficiente l'ACN del maggio 2009, addirittura antecedente alla legge;
- I risultati recenti delle regioni nella lotta al COVID-19 dimostrano tutti i limiti di una sanità eccessivamente regionalizzata e potrebbero costringere a dover rimettere mani al titolo V° della Costituzione.

## 9. MEDICO DI FAMIGLIA E CURE PRIMARIE: QUALE RUOLO?

Di grande importanza sarebbe che la medicina di famiglia avesse un ruolo attivo nei Dipartimenti di Cure Primarie e nei Dipartimenti di Sanità Pubblica per poter partecipare direttamente ai processi di riorganizzazione e gestione di nuovi servizi. Per fare questo la medicina di famiglia dovrebbe essere coinvolta “fattivamente” in ogni organismo di governo del territorio, evitando di inserirla in organismi istituzionali da quaranta o cinquanta componenti nei quali un teorico diritto di parola diventa inattuabile e privo di impatto.

## 10. RISORSE ECONOMICHE

Un altro aspetto di notevole importanza è la possibilità di riconoscere ai Medici di Medicina Generale così riorganizzati un compenso allineato alla media europea, che preveda, oltre a una quota fissa, anche compensi correlati al raggiungimento di obiettivi di salute. È importante riconoscere anche alle cooperative di MMG un finanziamento erogato per coprire i costi dei fattori di produzione. Le cooperative di MMG, previste all’Art. 54 comma 14 dell’ACN di marzo 2005, devono esser riconosciute come organismi istituzionali utili al sistema prendendo ad esempio il modello di riconoscimento della cooperazione sociale (legge N°381 del 1991 che istituisce le cooperative sociali), prevedendo registri regionali in modo che le cooperative di MMG possano essere remunerate direttamente per la fornitura ai MMG, loro soci, dei fattori di produzione necessari (personale, logistica, beni e servizi, tecnologia). Occorre cioè considerare la cooperativa di MMG come funzione pubblica.

## 11. FORME ASSOCIATIVE AZIENDALI

Nel percorso di miglioramento del sistema sarebbe utile promuovere la costituzione e creazione di un gruppo d’impresa (o Consorzio di servizi o Compagnia o Rete d’impresa) che si occupi, in una posizione da General Contractor, di acquisire servizi, prodotti, logistica e personale, formazione, consulenze su modelli gestionali, in modo autonomo dalla dimensione sindacale.