

## **IL DOCUMENTO SMI CONSEGNATO ALLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO**

Egredi onorevoli, egregio presidente ,  
ci preme in questa sede porre alla Vostra attenzione, intanto, gli aspetti culturali che sottendono la questioni derivanti dall'approvazione da parte delle Regioni dell'Atto di indirizzo, che è premessa necessaria per il rinnovo della nuova convenzione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, e che, surrettiziamente, sempre essere diventata la leva per scardinare la continuità dell'assistenza, cosiddetta h24, stabilita dalla vigente legge Balduzzi, a favore di un sistema h16. Così facendo modificando anche il Patto per la salute e il rapporto che si è voluto costruire in questi anni tra rete di emergenza, guardia medica (diurna, notturna), deospedalizzazione e potenziamento del territorio. Con questa operazione mette in discussione il ruolo stesso del Parlamento e la stessa credibilità del servizio sanitario nazionale per la cultura politica che vi è sottesa.

### **Una premessa storica**

In primo luogo credo sia opportuno ricordare che la cosiddetta continuità dell'assistenza affonda le sue radici nella preistoria della sanità pubblica: ospedali e, sul territorio, condotte mediche sono stati chiamati per secoli ad assicurare questo servizio all'interno del quale, almeno sino all'ultimo scorcio del secolo scorso, indistinto era l'intervento di urgenza differibile da quello di emergenza. Gli attori, chiamati in causa per far fronte all'una e all'altra casistica erano appunto quelli sopra ricordati: il pronto soccorso degli ospedali e il medico condotto, la cui eredità in questo campo è stata raccolta nelle ore notturne prefestive e festive dalla cosiddetta guardia medica a seguito della legge di riforma sanitaria. Soltanto a partire dagli anni novanta del secolo scorso il legislatore è intervenuto distinguendo la rete della continuità assistenziale da quella dell'emergenza, indicando percorsi e organizzazioni differenti e affinando nel tempo in particolare le caratteristiche della rete dell'emergenza vuoi con professionisti dedicati vuoi con organizzazioni più stringenti (reti tempo dipendenti per alcune patologie il cui esito dipende fortemente dalla rapidità dell'intervento sanitario e medico, sì, medico). A partire dalla seconda metà degli anni novanta del secolo scorso si è quindi registrato un notevole impegno del legislatore nazionale e di quelli regionali nell'organizzazione della rete di emergenza. Le ragioni di questo impegno sono sotto gli occhi di tutti: la chiusura progressiva di molti ospedali (e conseguentemente dei pronto soccorso annessi) a seguito della contrazione dei posti letto, a sua volta figlia dell'affinarsi della componente diagnostica e delle tecniche chirurgiche che hanno ridotto in misura considerevole la degenza media ospedaliera nonché l'introduzione dei DRG che ha reso sempre più selettivi i ricoveri in ospedale, avviando la rete ospedaliera verso una moderna razionalizzazione, fatta salva la tara della pervasività clientelare della politica, esaltata da un malinteso federalismo.

Appare quindi evidente che la rete dell'emergenza risponde ad una visione moderna dell'intervento sanitario, frutto anche di una specializzazione per patologie che consente, laddove il servizio funzioni adeguatamente (e funziona adeguatamente in buona parte dell'Italia) l'intervento tempestivo a salvaguardia dell'integrità del cittadino in un momento importante di crisi della presenza che, se è vero che fortunatamente può capitare a ciascuno una o pochissime volte nella vita, appunto per questo quella volta che capita ci si attende un intervento qualificato, efficiente e efficace, a salvaguardia della propria integrità. A che altro dovrebbe servire il servizio di emergenza se non risponde in prima istanza a questa esigenza rispetto alla patologia improvvisa e spesso inattesa che può pregiudicare la stessa esistenza della persona offesa?

L'affinamento del servizio di emergenza nonché un adeguato ripensamento del servizio di continuità assistenziale possono svolgere anche un importante ruolo di filtro rispetto al ricorso all'ospedale e al pronto soccorso purché si abbia, meglio si mantenga, la consapevolezza che l'uno e l'altro rispondono a logiche diverse, non fungibili, per quanto a volte sovrapposte, ma necessariamente integrabili.

L'Atto di indirizzo: profili di illegittimità e intervento inappropriato che aumenterà gli sprechi  
Il recente atto di indirizzo emanato dal comitato di settore prevede che l'ACN per la medicina generale assicuri la continuità assistenziale (guardia medica) sino alle ore 24,00 (cosiddetto modello H16). Dalle ore 24,00 alle ore 8,00 le urgenze mediche dovrebbero essere trasferite al 118, organizzazione territoriale dell'emergenza sanitaria.

L'atto di indirizzo discende dal Patto per la salute che, a sua volta, è inquadrato all'interno della cornice giuridica delle leggi nazionali e regionali. La legge cosiddetta "Balduzzi", come tutte le precedenti (d.lgs.vo 502/92 e successive modifiche e integrazioni) recita che l'ACN per la medicina generale deve assicurare la continuità assistenziale H 24. Il Patto per la salute vigente nel rispetto delle superiori norme non solo prevede percorsi distinti e paralleli per l'urgenza medica e l'emergenza (articolo 5 punto 12 e 13 pagina 15), ma addirittura ne implementa l'organizzazione e l'integrazione, con l'istituzione del numero unico per le urgenze (116.117) e la riorganizzazione più efficiente del 118 in ragione dei progressi della diagnostica a distanza (telemedicina). L'uno e l'altro servizio svolgono funzioni completamente diverse, pur integrabili in ragione del possibile ricorso al 118 per interventi che appaiano urgenti e che in un secondo momento acquisiscono carattere emergenziale. Analogamente il 118 potrebbe essere allertato per interventi che sembrando soggettivamente di emergenza, rivelano invece il carattere dell'urgenza o dell'urgenza differibile.

L'atto di indirizzo tende surrettiziamente, quindi, a modificare strutturalmente l'organizzazione dei sottosistemi rispettivamente dell'emergenza e dell'urgenza (addirittura unificandoli dalle ore 24,00 alle ore 8,00) senza avere alcuna potestà normativa in merito, come si evince dalle norme sopra richiamate. Ancor meno questa potestà è in capo all'ACN che invece disciplina il rapporto di lavoro con i medici di famiglia, non già la chiusura o il ridimensionamento delle guardie mediche, tanto meno l'organizzazione dell'emergenza territoriale.

Vi è, inoltre, nel merito una presunzione di fondo, un assioma tutto da dimostrare, del quale è anzi dimostrato l'esatto contrario, relativamente al potenziamento dell'assistenza diurna in forza del dirottamento delle ore di servizio trasferite a questa dall'assistenza notturna. Come se la presenza di più medici di famiglia durante le ore diurne dovesse scongiurare il ricorso al pronto soccorso, intercettando i cosiddetti codici bianchi. È noto, dai dati rilevati, che questo assunto è un luogo comune smentito dai fatti. L'inutilità di un semplice incremento delle attività dei professionisti, è ampiamente dimostrata da quelle esperienze già effettuate in diverse parti d'Italia con l'istituzione di punti di guardia medica nelle ore diurne. Punti che non hanno prodotto i risultati auspicati in assenza di dotazioni diagnostiche e specialistiche adeguate. Insomma come inviare nel terzo millennio soldati a fare la guerra forniti soltanto della...clava!

È evidente che i temi del riordino da un lato delle cure primarie, con l'epocale corollario della cronicità, dall'altro dei servizi di emergenza e urgenza non possono essere declinati

all'interno di una regolamentazione contrattuale ma necessita di un intervento normativo quanto mai necessario e attuale.

L'eventuale istituzione dell'H16 ridurrebbe significativamente l'offerta sanitaria ai cittadini e, in discontinuità con i 150 anni di storia del nostro Paese, per la prima volta dalla lontana istituzione della condotta medica farebbe venir meno un servizio essenziale, dovendo ovviamente il 118 di altro occuparsi, se non vogliamo pregiudicarne irreparabilmente la funzionalità.

Infine: nella improbabile ipotesi che l'ACN venisse sottoscritto secondo quanto indicato dal superiore atto di indirizzo, un terzo degli attuali incarichi di continuità assistenziale (circa 5000) verrebbe meno con un importante riverbero negativo sull'occupazione medica, pur precaria.

Sulla bozza di nuova convenzione: un danno ai cittadini, una occasione persa per i medici. Con queste premesse le tanto celebrate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) partono col piede sbagliato. Esse rappresentano, nei fatti, la generalizzazione obbligatoria dell'associazione monoprofessionale tra medici di medicina generale, più volte criticata per la sua inconsistenza, buttando alle ortiche la medicina di gruppo, che ha rappresentato fino ad ora l'unica forma di aggregazione che ha funzionato. Teoricamente la AFT potrebbe essere formata da medici che lavorano da soli, che si raccordano funzionalmente per garantire l'H16, per cui un cittadino, per poter ottenere assistenza in mancanza del proprio medico di famiglia, dovrebbe fare lo slalom tra più ambulatori per trovare quello disponibile.

Il referente dell'AFT sarà remunerato attingendo ad uno dei fondi già in essere, determinando così per contratto una riduzione, anche se modesta, della retribuzione contrattuale. Il fondo per gli accordi regionali (che ammonta attualmente a circa 40 milioni di euro) sarà infatti quasi completamente assorbito da questa voce. Una smaccata riallocazione di risorse in favore di pochi medici.

Ma non è l'unica criticità sul piano retributivo. Mentre la quota capitaria rimane tristemente invariata rispetto al 2010 (e che rinnovo contrattuale è, senza un minimo incremento retributivo!), nella quota variabile delle AFT confluiscono tutti gli incentivi previsti per associazioni e personale di studio previsti dall'ACN 2005. Queste risorse dovranno essere ripartite tra tutti i medici di medicina generale, dato che la partecipazione alle AFT è obbligatoria, mentre prima erano attribuite a coloro che garantivano più avanzati livelli assistenziali. Se la matematica non è un'opinione, se recupero risorse dal 50% dei medici che godevano delle indennità aggiuntive per ridistribuirle al 100%, per forza di cose la quota che ciascuno potrà ricevere si riduce alla metà. È vero, c'è la norma che salvaguarda le retribuzioni attuali, che saranno dunque "cristallizzate" in un nuovo assegno ad personam, che non potrà però più incrementarsi né contrattualmente né per un eventuale aumento delle scelte. In pratica si sta programmando nel tempo, con il pensionamento dei medici più anziani, una rilevante contrazione della retribuzione contrattuale dei medici di medicina generale.

I nuovi assegni ad personam inoltre assorbiranno tutte le risorse che dovrebbero concorrere al fondo per le AFT che quindi come potrà essere finanziato? Le uniche risorse disponibili provengono dalla contrazione del numero di occupati in continuità assistenziale. Se i turni si riducono di circa 2/3, dato che i turni notturni copriranno dalle 20 alle 24 invece che dalle 20 alle 8 del mattino, avremo nel tempo un ridimensionamento di pari misura delle piante

organiche a rapporto orario e nell'immediato il mancato rinnovo degli incarichi a tempo determinato. Nel contempo i cittadini subiranno la scomparsa dell'assistenza medica notturna e il SSN l'intasamento delle chiamate al 118 e dei pronto soccorso ospedalieri.

Il ruolo unico dei medici delle cure primarie, che dovrebbe essere inteso come inserimento a tempo pieno nella medicina generale, è stato ridimensionato ad incarico di 24 ore, con le quali dovranno essere garantiti i turni serali e festivi e i "buchi" negli orari di apertura degli studi medici in modo da garantire la assistenza nell'intera giornata.

Le UCCP, poi, sono le grandi assenti in questa convenzione. Vengono genericamente definite "forme organizzative complesse" multi professionali (quindi con specialisti di varie discipline e altro personale), con sede di riferimento all'interno di strutture pubbliche individuate dalla regione, e alle cui attività "partecipano" obbligatoriamente, non è ben chiaro come, i medici di delle cure primarie. L'articolo 7) dice poco sulle UCCP e glissa del tutto su organizzazione e finanziamenti di tali strutture, demandati quindi per intero alle regioni. Ciò approfondirà il solco esistente tra i diversi Ssr.

Ci sono poi altri aspetti criticabili: le tutele, gravemente carenti, se non peggiorative rispetto al precedente ACN (gravidenza ecc.), ma anche la formazione obbligatoria, i provvedimenti disciplinari, le regole della contrattazione e della rappresentanza.

Questa "bozza di ACN" è disarmante: la rifondazione delle cure primarie non è nemmeno accennata, riducendosi alla previsione di Associazioni Funzionali Territoriali che si riducono solo a un vuoto coordinamento mono professionale. Ci auguriamo che si tratti solo di una ipotesi di massima, buttata lì per saggiare le reazioni, perché è evidente che non si prefigura nessun miglioramento dell'offerta assistenziale ai cittadini.

## **Le conclusioni**

Infine: questa è anche la sede per entrare, anche se sommariamente, nel merito della necessaria riorganizzazione dell'offerta sanitaria territoriale, compresa quella relativa all'urgenza e ai bisogni sanitari assistenziali che, in assenza di strutture alternative, trovano risposte inevitabilmente al pronto soccorso con le immagini impietose che i servizi giornalistici spesso ci propongono, non coerenti certamente con la qualità complessiva del servizio sanitario nazionale che, nonostante tutto, rimane ancora uno dei migliori al mondo, ancorché la qualità quotidiana percepita dai cittadini non risponde a questa narrazione che spesso tende a nascondere dietro la retorica importanti criticità e ritardi.

Non si comprendono, inoltre, le ragioni che hanno ispirato la conferenza stato-regioni ad emanare un atto di indirizzo che sopprime di fatto la continuità dell'assistenza per come da secoli è organizzata, demandandone i compiti al neonato servizio di emergenza istituito per fare fronte ad altre finalità. Probabilmente il venire meno della consapevolezza di cosa abbia significato e significhi ancora il servizio sanitario nazionale e l'ansia, dettata dall'urgenza, di dare comunque risposte alla fase critica di contenimento della spesa e di scarsità di risorse economiche. Il rimedio rischia di essere peggiore del male che si vuole combattere.

Appare quanto meno singolare che qualcuno continui a pensare che le convenzioni possano impattare in modo significativo sull'offerta dei servizi territoriali, quando invece il problema è appunto rappresentato dalla loro inadeguatezza a fronte di una mutata, inedita ed epocale domanda di salute conseguente alla aumentata attesa di vita, alla longevità e alla diffusione delle cronicità, che nelle fasi critiche coinvolgono inevitabilmente anche i servizi di emergenza

e di continuità assistenziale. Non è colpa del medico di famiglia, tanto meno dell'organizzazione della medicina generale e della pediatria di libera scelta il mutato scenario nosologico, a fronte del quale la politica continua a ricorrere a strumenti assolutamente inadeguati per affrontare il problema.

Contratti e convenzioni sono a valle delle scelte politiche che riguardano l'offerta sanitaria e i professionisti adeguano i loro contratti a questa offerta, non già la determinano. Con il rinnovo delle convenzioni non si appalta infatti l'assistenza sanitaria ai medici e ai pediatri (che questi da soli non possono certamente farcela), con una visione vecchia e inadeguata, bensì si disciplinano le modalità con le quali i medici intervengono all'interno di questi processi. Solo chi è affetto da strabismo autoreferenziale, ancorato ad una visione della medicina generale di tipo prestazionale, continua a confondere i due livelli.

È preoccupante la sottovalutazione delle attuali criticità epocali, ma forse è figlia del nostro tempo. Forse si è chiusa una fase storica, quella che ha consentito l'istituzione del servizio sanitario nazionale: stanchi e logori appaiono i protagonisti reduci di quella stagione, rinchiusi nella difesa di poche posizioni di privilegio, privi di uno sguardo prospettico. È invece quanto mai necessario recuperare al dibattito politico le ragioni e il profondo significato del servizio sanitario nazionale, le sue fonti d'ispirazione che oggi appaiono ai più misconosciute. È l'ora di rimettere in campo idee ed energie, di aprire una nuova stagione di rilancio del SSN. La forza può venire solo dalle nuove generazioni. Mettiamole rapidamente in campo.