



Inviare al ministero le proposte dei sindacati sul riordino: si lavora a un testo unico

# «Le nostre cure primarie»

Cimo, Fimmg, Fimp e Sumai unite: governance e nuovo stato giuridico

Una legge sulla governance che fissi nero su bianco anche i rapporti tra professionisti territoriali e ospedalieri. E un'altra che chiarisca il ruolo giuridico dei convenzionati, confermando la riforma dell'articolo 8 del Dlgs 502/1992 concordata con l'ex ministro Fazio. A partire da quattro punti fermi: lo sviluppo del lavoro di gruppo, la ristrutturazione del compenso con separazione dei fattori produttivi, l'evoluzione verso il ruolo unico della medicina generale e l'integrazione tra Mmg, pediatri e specialisti.

Sono questi i pilastri del documento congiunto elaborato da Cimo, Fimmg, Fimp e Sumai e inviato al tavolo tecnico ministeriale sulle cure primarie. Una proposta che rispecchia la posizione della maggioranza dei convenzionati, fermamente convinti della necessità di non gettare alle ortiche il lavoro svolto con il Governo precedente.

«Per noi - riassume **Silvestro Scotti**, vicesegretario Fimmg - non è cambiato nulla e la riforma dell'articolo 8 resta un passaggio fondamentale». Quella riforma, chiarisce il documento, è «la premessa indispensabile sia nell'ambito del riordino delle cure primarie sia rispetto ai processi di integrazione ospedale-territorio». Ma valorizzare lo stato giuridico dei convenzionati non basta: per le quattro sigle occorre inserire i medici del territorio nella governance per definire la loro «necessaria partecipazione a livello aziendale e distrettuale agli atti di programmazione, coordinamento e verifica delle attività proprie del territorio e di quelle integrate ospedale-territorio».

«Sappiamo che il Ddl sul governo clinico è già a uno stadio avanzato - osserva Scotti - ma è difficile parlare di integrazione quando si ha di fronte un progetto di legge nel quale le cure primarie e i medici convenzionati non sono neanche presi in considerazione». Chiaro il messaggio: la partita del

## Aifa e Mmg puntano all'appropriatezza prescrittiva

Nel rapporto con il farmaco il ruolo del Mmg «è vicino al livello di guardia e poco più in là del non ritorno». Non ha dubbi il «Documento programmatico medicina generale-Aifa» sul «medico di medicina generale e il farmaco: interazione tra medico, paziente e autorità regolatoria», appena licenziato dal gruppo di lavoro sulle cure primarie istituito dall'Agenzia italiana del farmaco in collaborazione con i medici di medicina generale. Gli interventi necessari devono essere culturali e organizzativi perché l'evoluzione più probabile della medicina generale - si legge - è verso un ruolo dedicato a soddisfare il bisogno attraverso tecnologie sanitarie di costo contenuto: farmaco generico, consi-

gli ed educazione sanitaria ecc.

Obiettivo del documento è analizzare i bisogni insoddisfatti dei pazienti rispetto all'assistenza farmaceutica puntando al ruolo del Mmg nella gestione dei farmaci e stimolando l'uso appropriato, efficace, efficiente dei farmaci in base ai bisogni dei pazienti. L'Aifa analizzerà norme, vincoli e/o strumenti per supportare i Mmg, garantendo appropriatezza prescrittiva, equità di accesso ai farmaci, introduzione tempestiva di quelli innovativi e sostenibilità finanziaria della spesa del Ssn. Gli strumenti saranno note, registri e liste di farmaci rimborsabili, incluse quelle degli off-label.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

territorio deve far parte di un progetto più ampio che punti, come affermano i sindacati, a «riaffermare il ruolo del medico quale unico responsabile della diagnosi e terapia dei pazienti e dei processi gestionali che sottendono alle cure». In ogni ambito, senza più distinzioni. «Per questo - rileva **Riccardo Cassi**, presidente Cimo-Asmd - è necessario istituire tavoli regionali e aziendali in cui la dipendenza e la convenzionata possano confrontarsi». Perché il tema vero nascosto tra le pieghe dei vari scandali, ultimo quello del pronto soccorso, è sempre lo stesso: l'integrazione tra ospedale e territo-

rio. «Sia nella fase di pre-ricovero (vedi codici bianchi in Ps o tempi medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali) - dice il documento - sia in fase di dimissione (vedi farmaceutica, assistenza domiciliare, implementazione di Drg per pazienti cronici ecc.)». Parallelamente Cimo, Fimmg, Fimp e Sumai concordano sull'esigenza di potenziare il sistema di emergenza-urgenza «che deve rappresentare la "terza gamba" della Sanità italiana ovvero la "cerniera" tra ospedale e territorio». Il modello proposto prevede l'attivazione di un Dipartimento di emergenza che comprenda il 118, il pronto soccor-

so, i punti di primo intervento, l'osservazione breve e la medicina di urgenza. Garantendo una «univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza». La proposta passerà ora all'esame del ministro, insieme con altre tre: quella già trasmessa dalla Fp-Cgil medici (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 8/2012), centrata su ruolo unico e abolizione della guardia medica, quella targata Snam, che frena sui modelli h12 e si dice disponibile casomai a «sperimentare forme di ambulatori territoriali dove si altereranno, secondo schemi da definire, i medici dell'intero comparto» e quella che sta mettendo a punto l'Anaao coinvolgendo tutti gli altri sindacati della dirigenza. «È indispensabile una governance del territorio - dice **Mario Lavecchia** (Anaao) - per definire modi e metodi per l'integrazione sia tra professionisti medici sia tra i medici con le altre professioni sanitarie».

L'intento di Balduzzi è quello di arrivare a un testo il più possibile condiviso da proporre alla prossima riunione del tavolo tecnico. Che possa servire come "sponda" anche per il Patto per la salute.

**Barbara Gobbi**  
**Manuela Perrone**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## E QUANDO PROGRAMMARE LA PENSIONE

Sono un medico ospedaliero del Ssn. Compio 60 anni il prossimo settembre. Secondo i conteggi pre-ultima «riforma» avrei maturato 40 anni di contribuzione a febbraio di quest'anno, con uscita prevista per il 1° luglio 2012. Ora invece per quando potrò programmare la pensione? Se comunque decidessi di ritirarmi il 1° luglio 2012 che pensione potrei aspettarmi e a decorrere da quando?

(C.Z.)

Il lettore, non avendo maturato i requisiti previdenziali per il pensionamento entro il 31 dicembre 2011, è soggetto alle nuove norme introdotte dal decreto Monti. Potrà andare in pensione nel 2014 con la maturazione di 42 anni e 6 mesi di contribuzione con trattamento dal mese successivo alla stessa maturazione del diritto senza dover attendere alcuna finestra d'uscita. Qualora decidesse di interrompere il rapporto di lavoro dovrà attendere l'età di maturazione del diritto alla pensione di vecchiaia (66 anni più i mesi di accrescimento in relazione alla speranza di vita).

a cura di **Claudio Testuzza**

## A LAUREA SPECIALISTICA «MAGISTRALE»

Sono un fisioterapista in possesso della laurea specialistica in Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione. Lavoro come dipendente a tempo indeterminato presso una Asl e avendo letto un quesito sulla Vostra rubrica «Sanità risponde» dell'11-17/10/11, n. 38 avente come oggetto «fisioterapisti e coordinamento» dove si evince che chi lavora nella Sanità privata ed è in possesso della laurea specialistica può anche, pur non in possesso del master in coordinamento, essere nominato coordinatore di un servizio di riabilitazione, gradirei chiedere un ulteriore chiarimento in merito. Premesso che (come da norme vigenti ministeriali, universitarie nonché regionali) il fisioterapista in possesso della laurea specialistica magistrale, ha competenza nell'assumere decisioni relative all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari erogati da personale con funzioni riabilitative dell'area medica all'interno di strutture sanitarie di complessità bassa, media e alta;

## SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A** Lavoro e professione
- B** Organizzazione e gestione
- C** Diritti, doveri, etica
- D** Fisco
- E** Previdenza
- F** Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilssole24ore.com oppure possono essere spediti a:  
Il Sole-24 Ore Sanità, «Sanità Risponde»  
Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

- utilizza le competenze di economia sanitaria per la gestione delle risorse umane e tecnologiche disponibili valutando il rapporto costo/benefici;
- utilizza i metodi e gli strumenti della ricerca nell'area dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- programma l'ottimizzazione dei vari tipi di risorse (umane tecnologiche informative e finanziarie);
- progetta e realizza interventi formativi per l'aggiornamento e la formazione;
- sviluppa la capacità di insegnamento per la figura professionale nell'ambito di attività tutoriali e di coordinamento del tirocinio nella formazione di base, complementare e permanente;
- comunica con chiarezza su problematiche di tipo organizzativo e sanitario con i propri collaboratori e con gli utenti;
- analizza criticamente gli aspetti etici e deontologici delle professioni sanitarie anche in prospettiva di integrazione multi-professionale. Desidererei porvi un quesito: nella Asl è obbligatorio essere in possesso del master di coordinamento per svolgere funzioni di coordinatore di un servizio e se sì, perché chi è in possesso della sola laurea specialistica «con competenze nei processi assistenziali gestionali, formativi del personale e di ricerca» non può svolgere questo ruolo? Non è una contraddizione avere competenze per una gestione macroscopica (quale può essere un'intera Asl) e non

poterla applicare in una singola Unità operativa. Chiedo inoltre se sia corretto firmarsi con il titolo di Dott. Mag. facendo seguire il proprio nome e cognome. In merito a tali quesiti vi chiedo se possibile tutti i riferimenti contrattuali e di legge.

(S.C.)

Va premesso che le norme legislative e regolamentari che disciplinano lo svolgimento della professione sanitaria di Fisioterapista e il percorso didattico-formativo che a essa è propedeutico riguardano indistintamente il lavoro pubblico e il lavoro privato, in regime sia di dipendenza sia libero-professionale. Tale disciplina è contenuta originariamente nel Dm Sanità del 14 settembre 1994, n. 741. Detto questo, va anche specificato che l'organizzazione lavorativa e le clausole contrattuali applicabili sono distinte nei due ambiti lavorativi perché distinte sono le peculiarità e il contesto generale di riferimento, nonostante si tratti della medesima professione. Nelle aziende ed enti del Ssn la funzione di coordinamento - che non è un profilo o qualifica ma è un incarico a tempo determinato revocabile - trova la sua fonte normativa nell'articolo 4 del Ccnl del 10 aprile 2008 che prescrive il doppio requisito del «possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'Università... nonché un'esperienza professionale complessiva nella categoria D, compreso il livello economico Ds, di tre anni». È probabilmente una contraddizione che il settore pubblico richieda il master ma non è certamente l'unica differenza tra i due contratti di lavoro. Va ulteriormente segnalato - tanto per ribadire le contraddizioni - che l'incarico di coordinamento può essere attribuito indifferentemente a personale inquadrato in categoria D e in Ds. Le motivazioni per le quali le parti sociali hanno ritenuto di «alzare» i requisiti sono a questo punto secondarie dato che le norme contrattuali pubbliche sono imperative e inderogabili. A titolo di completezza ricordo, in ogni caso, che il possesso del master lo ha imposto alle parti l'Accordo Stato-Regioni dell'agosto 2007. Il titolare di una laurea specialistica può senz'altro utilizzare il titolo di dottore magistrale come prevede il decreto del Miur del 22 ottobre 2004, n. 270 per tutti coloro che hanno conseguito una laurea specialistica/magistrale del nuovo ordinamento o una laurea del vecchio ordinamento.

a cura di **Stefano Simonetti**