

Lunedì 16 MAGGIO 2016

## Medici di famiglia. Il flop delle aggregazioni funzionali. Cinque regioni a confronto

***Lo Snamì Lombardia ha raffrontato i sistemi di aggregazione funzionale dei medici in 5 regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Abruzzo e Sicilia). Il sindacato: “Anche nelle regioni dove sembra più avanzata la realizzazione delle nuove aggregazioni, la rivoluzione nel territorio non è partita. E anche se si aspetta la nuova convenzione, l’idea è che ci vogliano investimenti pubblici o le novità saranno solo di facciata”***

“Anche nelle regioni dove sembra più avanzata la realizzazione delle nuove aggregazioni di medici di famiglia, la rivoluzione nel territorio non è partita. E anche se si aspetta la nuova convenzione, l’idea è che ci vogliano investimenti pubblici o le novità saranno solo di facciata”. **Maria Teresa Zocchi** ha organizzato la sessione del Congresso dello Snamì Lombardia che ha messo a confronto le varie realtà della Medicina Generale del Paese e tira le somme.

Al congresso Snamì Lombardia di Sarnico - Bg (13-15 maggio 2016) i rappresentanti di cinque regioni si sono confrontati su presente e futuro del medico di famiglia tra assistenza dalle 8 alle 24 e aggregazioni obbligatorie. Sullo sfondo, l’atto d’indirizzo che prevede la fusione di medici di continuità assistenziale e assistenza primaria che potranno essere pagati a scelte, a ore o in modo misto ed entreranno in un “ruolo unico”. “Ma il mondo di questa futura convenzione è tutto da delinearsi, anche nelle regioni come la **Lombardia** che hanno varato una riforma sanitaria e collocato il medico, al pari dell’ospedale, tra gli erogatori di prestazioni, lasciando però la porta aperta all’ingresso di erogatori privati, e società, nelle cure primarie”, dice Zocchi. Che sottolinea: “Le altre regioni non stanno meglio”.

**Partiamo dall’Emilia Romagna.** Qui come spiega il presidente Snamì Parma **Antonio Slawitz**, “si progetta una rete per lo scambio dati tra specialisti, medici di famiglia ed altri sanitari che metta al centro le case della salute. Di queste ultime ne sono operative 72 tra grandi, a più alta complessità assistenziale, medie e piccole; con presenza di mmg, specialisti, servizi di screening, punti di rieducazione funzionale. Di fatto vi sono problematiche nella programmazione della gestione delle Case della Salute in oggetto. Ma l’operatività va di pari passo con la messa a punto del sistema informatico, e qui ci sono problematiche che o la Regione discute con i medici di famiglia o non potranno risolversi facilmente”. In Toscana, già da tre anni sono operative le Aggregazioni funzionali territoriali previste dalla legge Balduzzi del 2012 e ora rese obbligatorie nel testo dell’atto di indirizzo per la nuova Convenzione. Da due anni sono stati nominati i coordinatori di Aft, che sulla base di un percorso concordato tra regione e sindacati hanno seguito corsi di formazione alla gestione dei team solo dopo la nomina, in modo da slegare il più possibile quest’ultima dalle richieste delle aziende sanitarie.

“**La Toscana** è nota anche per aver abbracciato prima tra tutte le regioni italiane il sistema dell’H16, cioè l’abolizione della guardia medica notte e festivi sostituite da una continuità assistenziale 8-24”, spiega **Sergio Baglioni**, segretario Snamì Firenze. “Peraltro, l’H16 in Toscana fin qui non è applicata; e le Aft non hanno certo assorbito le risorse economiche destinate alle indennità di personale rete gruppo e informatica, l’unico elemento di novità fin qui sono le riunioni di governo clinico che vanno rendicontate all’Asl”.

“La **Sicilia** nell’invio di ricette online, ha raggiunto il 90%, in un contesto in cui spicca una software house e dove il medico è retribuito dalla Regione 300 euro l’anno utili ad acquistare il gestionale”, spiega **Francesco Pecora** presidente Snam Catania. “Ma grandi migliorie dall’Ict non ne abbiamo viste. Non c’è de materializzazione: continuiamo a stampare un promemoria che il paziente porta in farmacia per avere la medicina e sul quale il farmacista appone le fustelle. Per esami e visite specialistiche, le prestazioni nel nomenclatore regionale sono diverse da quelle del nomenclatore nazionale. Sarà dura fare ordine”.

“Nella nostra regione – spiega **Nicola Grimaldi** presidente Snam **Abruzzo** - l’8 marzo 2016 sono usciti quattro decreti (16,17,18 e 20) su Aft, unità complesse di cure primarie (Uccp), ospedale di comunità e punti di primo intervento che forse meglio avrebbero fatto ad attendere il nuovo accordo nazionale. Nell’ Uccp, che dovrebbe essere solo un’aggregazione di medici di famiglia più complessa dell’Aft, deve ruotare personale infermieristico, ostetrico, tecnico e persino –inizialmente-veterinario; ci devono essere ecografo, ecg, kit di prima assistenza, e personale amministrativo, almeno due unità. Il responsabile Uccp dev’essere il responsabile del distretto. A giugno saranno definite Aft e Uccp, ma intanto le province di Teramo e Pescara hanno optato per potenziare i vecchi gruppi con modelli di finanziamento diversi tra loro (il secondo è meno sulle spalle del medico) Chieti e l’Aquila puntano su case della salute, e ospedali di comunità, sempre con criteri eterogenei tra loro”.