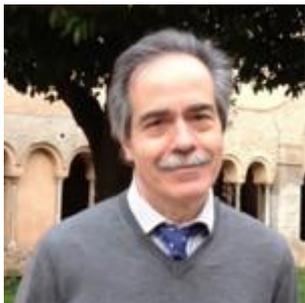


# Medici di famiglia divisi? Non può che essere così, vista la mancanza di un progetto unitario

Roberto Polillo

***Purtroppo in politica (e il sindacato a torto o ragione è un soggetto politico a tutti gli effetti) le alleanze si costruiscono sugli obiettivi e sulla reciproca fiducia. Ebbene il vero punto di discriminazione è allora il seguente: possono gli obiettivi della FIMMG valere erga omnes? E la mia risposta è decisamente no***



La discussione sullo sciopero indetto dalla FIMMG e sulla mancata adesione delle altre OOSS, che hanno giudicato tale iniziativa inutile e contraddittoria, ha sollevato un intenso dibattito che, inaugurato da [Fassari](#), ha visto tra gli altri l'intervento di [Cavicchi](#), di [Preiti](#) ed ora di [Zingani](#)

Gran parte della questione si basa sulla valutazione da riservare alla legge Balduzzi, alla sua efficacia, e alle conseguenze derivanti dall'avervi previsto un diverso modello organizzativo isorisorse (Preiti).

All'origine del punto di rottura (di un fronte sindacale che non ha mai trovato una sua intrinseca unità) c'è dunque di sicuro il giudizio di merito sulla legge Balduzzi, che la FIMMG continua a difendere e le altre sigle ad avversare fino a chiederne l'abrogazione; questo tuttavia non sembra l'unico e il principale nodo irrisolto

Per quanto riguarda la legge ho già avuto modo di esprimere il mio giudizio su una guida pubblicata dal *Sole 24 ore* immediatamente dopo l'approvazione del testo e che qui riporto non per autocitazione ma perché le conseguenze, che oggi sono a tutti visibili, erano già evidenti per qualsiasi persona dotata di esperienza e buon senso

*“In termini di miglioramento dell'offerta sanitaria il testo, dunque, non sembra in grado di superare la storica debolezza del nostro sistema di cure primarie e propone una aggregazione dei diversi professionisti della medicina territoriale che rischia di essere più formale che sostanziale. Di fatto i MMG potranno ampliare (forse e solo se le regioni troveranno le risorse necessarie) il loro orario di lavoro all'intero arco diurno, mentre il servizio prefestivo, festivo e notturno resterà, ancora per lunghi tempi, appannaggio dei vecchi medici di guardia medica, anche causa il blocco del rinnovo degli ACN. Una organizzazione che potrebbe dunque restare immutata rispetto all'esistente e che potrebbe presentare come unica novità la sede unica per le due tipologie di attività. Fatto quest'ultimo, però già possibile e già realizzato in alcune esperienze regionali.*

*C'è da dire inoltre che l'articolo 13 dell'ACN 29 luglio 2009 aveva già normato i criteri di costituzione e funzionamento delle UCCP in maniera sicuramente più convincente da quanto riportato nel testo appena approvato. Nell'ACN infatti è già prevista la partecipazione alle UCCP di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali e vengono previste per le UCCP una serie di attività di livello avanzato tra cui:*

- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria.

La legge Balduzzi, dunque, è stata una operazione del tutto legittima da parte della FIMMG ma altrettanto inutile dal punto di vista dei risultati attesi. In altri termini con l'assunzione di certificata paternità da parte della FIMMG il sindacato ha cercato di rafforzare quella vocazione politica inaugurata da Mario Falconi e che ha trovato nel suo principale competitor, uscito vincitore dallo scontro, un emulo ancora più convinto; e da qui la retorica stucchevole e più volte reiterata che l'interesse esclusivo della FIMMG sia la difesa, coltello tra i denti, della sanità e del servizio sanitario. Sembra di ascoltare Adam Smith nel suo appello accorato al

birraio: “mi rivolgo non al suo altruismo ma al suo egoismo perché solo attraverso l’interesse privato può svilupparsi economia e competizione”. Peccato però che alla FIMMG non interessi affatto il mercato, ma anzi punti da sempre alla costituzione del “cartello” delle cure primarie.

Ed infatti la FIMMG per difesa del SSN intende il controllo monopolistico delle strutture del territorio. Anzi il suo obiettivo più volte dichiarato è il ritiro dello stato e l’affidamento diretto ed esclusivo ai MMG e alle loro cooperative della gestione integrale di tutto ciò che non è ospedale

Un proposta irricevibile non meno di quella che proponesse di sottoporre ad autorizzazione obbligatoria da parte del notaio di tutti gli atti che impegnano il cittadino nei confronti della P.A. dal pagamento delle multe alla richiesta di sussidi.

Certo la realtà dell’oggi è che le convenzioni restano al palo non diversamente da quanto accade nella dipendenza; una situazione intollerabile che induce Fassari a chiedersi come sia possibile che di fronte ad un attacco così pesante alla professione, i sindacati invece di unirsi si comportino come i capponi di Renzo.

Purtroppo in politica (e il sindacato a torto o ragione è un soggetto politico a tutti gli effetti) le alleanze si costruiscono sugli obbiettivi e sulla reciproca fiducia. Ebbene il vero punto di discriminazione è allora il seguente: possono gli obiettivi della FIMMG valere erga omnes? E la mia risposta è decisamente no. La FIMMG ha un concetto delle cure primarie che non tiene minimamente conto dell’attuale quadro epidemiologico. L’invecchiamento della popolazione e la forte prevalenza delle patologie croniche richiede lo sviluppo di un sistema integrato tra attività sanitarie e sociali che necessita di una direzione strategica pubblica. Il lavoro in team è realizzabile solo in strutture centralizzate, compatibilmente con la struttura orografica del territorio e aggiuntive agli altri studi, in grado di erogare servizi in loco e a domicilio seguendo i principi della medicina dell’iniziativa e del *chronic care model*.

Tutto l’opposto di quanto vorrebbe realizzare la FIMMG con l’apertura nei giorni festivi dei propri studi associati in cui il MMG, forte del suo ruolo di libero professionista in convenzione, si comporterebbe come un piccolo imprenditore in proprio. Troppo comodo mantenere tale stato giuridico di indipendenza e pretendere la gestione integrale del bene pubblico per eccellenza: l’assistenza pubblica. E poi se così fosse le UCCP e gli studi si trasformerebbero in ospedaletti difettivi H12/24 privi di qualsiasi utilità reale nel campo della emergenza e urgenza (che di ben altro necessita) la cui unica funzione risulterebbe essere l’ampliamento (ben remunerato), del numero di ore a disponibilità del pubblico. Un po’ poco forse per chi si erge a paladino esclusivo della sanità pubblica.

Per quanto riguarda invece la fiducia il problema non è dissimile. La FIMMG, come ha sempre fatto pretendendo di sedersi in solitudine al tavolo delle trattative, vuole imporre la superiorità dei numeri per egemonizzare il campo, chiamando strumentalmente allo sciopero gli altri “sindacatini” quando e come sembra opportuno ai suoi dirigenti. E anche questo non è accettabile da chi ritiene con altrettanta convinzione e spesso a maggior ragione, nonostante l’esiguità dei numeri, di rappresentare meglio le necessità di un moderno sistema sanitario.

Fonte:  **quotidianosanità.it**  
Quotidiano on line di informazione sanitaria

pubblicato su: 