

Cure Primarie e Pnrr, scenari a breve e lungo termine nel documento delle Regioni

Non viene affermato esplicitamente, ma tra le righe del documento si legge che l'ipotesi del passaggio immediato alla dipendenza per tutti gli attuali Mmg è assai problematico e improbabile. Al momento l'intervento più probabile è quello che contempla due livelli di contrattazione per il prossimo Acn. Lo studio del medico non scompare, ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale, nelle CdC e rispondere a criteri prestabiliti

Giuseppe Belleri - Medico di medicina generale, Flero (BS)

Nel documento presentato dalle Regioni sulla riforma delle cure primarie nel Pnrr in merito allo sviluppo dell'organizzazione dell'assistenza territoriale si legge che si: "dovrà, comunque anche tenere conto di quelle realtà territoriali che, per caratteristiche oro-geografiche, richiedono una distribuzione capillare della medicina generale e della pediatria di libera scelta per rispondere appieno ai bisogni della popolazione di riferimento".

Le indicazioni generali valide per tutte le ipotesi di riforma elencate sono

1. Obbligo di partecipazione a forme organizzate.
2. Fornitura di prestazioni programmate dalla Regione e dall'Azienda Sanitaria.
3. Indicatori di garanzia di presa in carico (*accountability*).
4. Assistenza domiciliare parte integrante dell'attività.
5. Superamento del pagamento di Pipp e della remunerazione dei singoli interventi domiciliari.
6. Obbligo di inserimento nelle strutture del Pnrr.
7. Ridefinizione della Continuità Assistenziale.
8. Presenza e ruolo Infermiere di Comunità.

Il rapporto di lavoro dovrà: "essere orientato ad un modello che richiami regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte. Que-

sto per garantire la fornitura di prestazioni programmate dalle regioni e dalle Aziende Sanitarie, sulla base dei bisogni rilevati. Naturalmente va considerato il ruolo che tali professionisti hanno nel presidio del territorio e nella funzione rispetto al mondo del lavoro".

► Le 4 ipotesi di cambiamento

1. Dipendenza ma con libertà di scelta del medico da parte del cittadino.

La soluzione "vedrebbe rafforzata l'integrazione dei singoli professionisti e con l'organizzazione aziendale, senza minare il rapporto fiduciario medico-paziente, prevedendo anche in questo caso un meccanismo di libera scelta da parte del cittadino". È l'ipotesi con i maggiori vantaggi per la controparte, ma che deve fare i conti con molti ostacoli - oggi insormontabili come finanziamento e la modifica delle riforma Balduzzi del 2012 - vale a dire: fornitura di ambienti, strumentazione personale e per i futuri 47mila Mmg dipendenti, valutazione del costo del lavoro e aumento degli organici dei dipendenti, tutela malattia, infortunio, ferie, carenza di medici per il ricambio generazionale e aspetti previdenziali legati alla sorte dell'Enpam.

2. Forma di Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di Acn.

Lo studio del medico non scompare, ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale e rispondere a criteri prestabiliti.

► Temi da declinare nei criteri di accreditamento per un nuovo Acn

1. Obbligo partecipazione a forme organizzate della medicina generale e adesione ai sistemi informatici regionali/nazionali
2. Instaurazione del rapporto convenzionale
3. Ridefinizione del servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)
4. Definizione criteri di autorizzazione e accreditamento
5. Ridefinizione del sistema di remunerazione
6. Riduzione dei tre livelli di contrattazione a due

In un Acn più snello andrebbero definiti i criteri strutturali, organizzativi, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni, necessari per l'accesso al convenzionamento con il Ssr. Andrebbero definite le modalità di verifica programmata per il raggiungimento degli obiettivi assegnati e introdotto l'obbligo dell'adesione ad una forma organizzata per l'erogazione dell'assistenza primaria, con presenza di personale amministrativo, infermieristico e specialisti di riferimento. La modalità di lavoro associato Mmg nello stesso contesto fisico sarà la situazione ordinaria, riservando l'attività in forma singola (sempre affiancata direttamente da infermiere e amministrativo) a situazioni eccezionali da giu-

stificare per necessità orografiche. Requisiti delle nuove forme organizzative:

- garanzia di coperture orarie certe
- indicatori di garanzia di presa in carico per le patologie croniche e l'assistenza domiciliare
- capacità di risposta in caso di emergenze epidemiche
- carico di assistiti attorno ai 2.000
- presenza di un infermiere e un amministrativo
- adesione ai sistemi informativi regionali
- possibilità di avvalersi di società di servizi (cooperative di medici)

Ridefinizione della CA: si prospettano modelli organizzativi con un presidio della CA inserito nelle forme organizzative della MG, dalle 8 alle 24, lasciando ad una integrazione 116117 con il servizio del 118 nelle ore notturne, dalle 24 alle 8 del mattino.

3. Forma di Accredimento e Accordi: il modello del privato accreditato. Tale ipotesi, da sostenere con atto normativo di rango nazionale, dovrebbe prevedere:

- Erogazione della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta esclusivamente in forma associata
- Costituzione di soggetti giuridici accreditabili, che ricomprendono un determinato numero Mmg/Pls ed altri professionisti sanitari, e che, fatti salvi i casi in cui sede e strumenti vengano messi a disposizione nell'ambito delle case di comunità, forniscono anche gli strumenti e gli spazi per l'erogazione di prestazioni sanitarie.
- Programmazione regionale per l'affidamento di aree distrettuali da affidare ai soggetti di cui al punto precedente utilizzando lo strumento degli accordi di fornitura che definiscono gli aspetti di servizio e di remunerazione a partire da riferimenti individuati a livello nazionale.

4. Doppio canale: è la combinazione della dipendenza per i futuri Mmg con l'accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn per i Mmg già in attività. Il doppio canale permetterebbe di gestire nel tempo il percorso senza dover ricedere l'assetto di tutto il

sistema nel suo complesso, di inserire le nuove norme assieme a quelle sulla riforma dell'assistenza territoriale legate al Pnrr, comprese le modifiche necessarie della legge Balduzzi, e di adattare la riforma alle esigenze della demografia professionale e allo stato di evoluzione del Pnrr nelle diverse regioni, prevedendo mix quantitativi anche differenziati fra un canale e l'altro.

► Ulteriori osservazioni e proposte

- valutare il passaggio del CFSMG all'Università (con comunque governo da parte delle regioni e coinvolgimento nella didattica di dirigenti del Ssr e professionisti della MG), 11
- definizione di equipollenze rispetto alle specializzazioni compatibili con la normativa europea.
- prevedere un processo graduale di passaggio dall'attuale Acn all'assetto individuato come più utile, in modo da impattare in modo ottimale sul ricambio generazionale ormai ampiamente in atto.
- valutare come disincentivare offerte tendenti a rendere svantaggiosa l'attività in gruppo e supportata da personale (ad esempio offerta gratuita di strutture nei piccoli comuni a medici singoli, offerta di strutture da parte delle farmacie, con possibile sovrapposizione di conflitti di interesse).
- Una valutazione specifica è necessaria per il ruolo essenziale del personale infermieristico. L'infermiere di famiglia e di comunità è oramai una realtà condivisa dai sistemi sanitari regionali e ne sono state definite le competenze. Va valutata attentamente la relazione con i Mmg/Pls, anche a seconda dei modelli regionali più o meno internalizzati.

Il percorso di cambiamento prevede di:

- Definire una data dalla quale i nuovi Mmg/Pls, inseriti nel sistema, accedano o come dipendenti o in forza di un nuovo Acn o come accreditati (data ideale, anche per coerenza con decreto su riorganizzazione assistenza territoriale da Pnrr, sarebbe il 1.1.2022)
- Definire la tempistica entro la quale i medici ora convenzionati passino al

nuovo rapporto di lavoro (nel caso non si opti per il doppio canale o la sola ridefinizione dell'Acn).

Il percorso dovrà prevedere la costituzione di una task force che coordini alcuni tavoli di lavoro che producano in breve tempo:

- **Analisi del contesto attuale:** quanti Mmg, Pls, Spec Amb, forme organizzative, costi generati da Acn, AIR, AAA, ecc.
- **Valutazione impatto economico/finanziario** e in termini di personale di supporto (infermieri, personale amministrativo) per l'ipotesi del passaggio alla dipendenza.

► Commento

Non viene affermato esplicitamente ma tra le righe si legge che l'ipotesi del passaggio immediato alla dipendenza per tutti gli attuali Mmg è assai problematico e improbabile.

La proposta 2 è più dettagliata e più probabile, tanto da costituire quasi le linee guida per il prossimo accordo: resta l'Acn ma solo a due livelli di contrattazione, lo studio del medico non scompare ma dovrà essere integrato nell'organizzazione regionale, nelle CdC e rispondere a criteri prestabiliti. In un Acn più snello "andrebbero definiti i criteri strutturali, organizzativi, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni, necessari per l'accesso al convenzionamento con il SSR. Andrebbero poi definite le modalità di verifica programmata per il raggiungimento degli obiettivi assegnati e abolite tutte le attuali indennità accessorie come Pip e accessi ADI/ADP. Le terza è appare meno fattibile, mentre la quarta è la combinazione della 1 (dipendenza per i nuovi assunti) con la 2, ovvero Acn "snello" con integrazione nelle CdC per gli altri.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF del Documento Regioni

Articolo pubblicato su <https://curprim.blogspot.com/>