

RISERVATO

Posizione delle Regioni e delle Province autonome sui principi guida di un'auspicabile riforma dell'assistenza medico-generica e pediatrica più adeguata alle esigenze della persona

Premessa

Da anni i Servizi Sanitari Regionali stanno lavorando per il potenziamento dell'assistenza territoriale, individuando e sperimentando modelli organizzativi e strumenti di intervento finalizzati a rendere il territorio e il domicilio il principale luogo di cura. I modelli organizzativi proposti si sono orientati alla integrazione multiprofessionale e interdisciplinare, alla valorizzazione delle professioni sanitarie e all'utilizzo dell'ICT per l'analisi dei contesti e per gli interventi di medicina di iniziativa.

Oramai, in tutte le realtà territoriali, sono già state realizzate o sono in fase di avanzata realizzazione le strutture di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria previste dal PNRR, strutture che – come è noto – devono essere in grado di garantire una risposta in fascia oraria ampia ai bisogni della popolazione.

Il sistema di strutture e l'organizzazione prevista dal PNRR (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Infermieri di Comunità e potenziamento dell'assistenza domiciliare) non possono, però, prescindere anche da una diversa possibilità di interazione fra Sistemi Sanitari Regionali e professionisti attivi sul territorio. L'aspetto più rilevante è rappresentato dal tipo di relazione che i professionisti convenzionati intrattengono con il SSN e di come l'impostazione tradizionale di tale relazione non sempre sia in grado di garantire che l'investimento notevole previsto dal PNRR, avente proprio ad oggetto le strutture di assistenza primaria, porti ai risultati auspicati in termini di capacità di risposta ai bisogni delle persone.

In un quadro di questo tipo, l'attuale organizzazione dell'assistenza medico-generica e pediatrica, derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere pienamente valorizzata all'interno dei sistemi regionali, diventando un possibile ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione.

Il documento della Commissione Salute del settembre 2021

Nel mese di settembre 2021, la Commissione Salute si è resa parte attiva e propositiva nei confronti del Governo nazionale, condividendo un documento recante: *“Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR”*.

In tale documento si metteva, tra l'altro, in evidenza che, anche sulla scorta dell'esperienza della pandemia, il rapporto di lavoro dei MMG/PLS con i vari SSR sarebbe dovuto uscire dalle criticità dell'attuale convenzionamento ed essere orientato ad un modello basato su regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte.

Si ipotizzava di risolvere le criticità sopra descritte, immaginando un quadro normativo nazionale semplificato con regole chiare e inderogabili, attraverso l'individuazione di quattro possibili modelli giuridici ed organizzativi dell'assistenza medico-generica e pediatrica, lasciando alla programmazione regionale la declinazione dei principali obiettivi:

1. Dipendenza;
2. Forma di Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN;
3. Forma di Accredimento e Accordi (tipo Privato-Accreditato);
4. Doppio canale: Dipendenza e Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN.

Tali proposte sono state inviate al Ministro della Salute, ma nessuna riforma, come è noto, ha visto la luce per la caduta del Governo dell'epoca.

L'assistenza medico-generica e pediatrica concepita nella legge istitutiva del SSN

Le Regioni e le Province autonome ritengono che oramai, con il PNRR in avanzata fase di realizzazione, una riforma dell'assistenza medico-generica e pediatrica, nella direzione di aderire maggiormente alle esigenze della persona, di perseguire il principio di equità dell'offerta e la coerenza con il disegno programmatico dei modelli e degli *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, non sia più procrastinabile.

Come spesso accade, per progredire occorre innanzitutto rifarsi ai principi ispiratori del passato.

Non è, dunque, privo di significato ricordare che l'articolo 25 (Prestazioni di cura) della legge 23 dicembre 1978, n. 833, legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, a proposito di medicina di base e di pediatria di libera scelta, ai commi 3 e 4, prevede che:

*“L'assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal **personale dipendente o convenzionato** del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino.*

*La scelta del **medico di fiducia** deve avvenire fra i sanitari di cui al comma precedente”.*

Un principio così cristallino, peraltro coerente con quanto previsto anche per gli altri livelli di assistenza (erogazione di prestazioni sanitarie direttamente da parte delle strutture pubbliche oppure per il tramite delle strutture private convenzionate/accreditate), è stato poi, negli anni, disatteso dalla normativa successiva e nell'applicazione pratica (a cominciare dalla mancata previsione di corsi di specializzazione universitaria specifici, che avrebbero consentito l'assunzione di dirigenti medici per l'erogazione delle cure primarie), essendosi imposto come un unico modello giuridico e organizzativo quello della convenzione, sulla base di Accordi Collettivi Nazionali.

Le Regioni e le Province autonome chiedono che venga approvata una norma che riformi la materia dell'assistenza medico-generica e pediatrica, ripartendo proprio da quei principi ispiratori recati dalla legge istitutiva del SSN, rendendoli però effettivamente esigibili, in modo da conseguire una migliore e più flessibile programmazione sanitaria dell'assistenza primaria, maggiormente aderente ai bisogni delle persone e che tenga conto delle peculiarità dei territori amministrati.

I principali punti di attenzione della riforma prospettata

In estrema sintesi, è auspicabile che la riforma dell'assistenza medico-generica e pediatrica non prescinda dai seguenti punti di attenzione:

1. Trasformare l'attuale modello formativo dei medici del ruolo unico da corso di formazione specifica gestito dalle Regioni a **corso di specializzazione universitaria** (l'assunzione in qualità di dirigenti medici nelle Aziende del SSN, infatti, presuppone obbligatoriamente il possesso di una specializzazione); questo a prescindere da quello che sarà, in concreto, il regime di impiego del medico (dipendenza o convenzione). Tale aspetto evidentemente non è necessario per i PLS;
2. Individuare **parametri di riferimento standardizzati**, sia in termini di **rapporto medico/residente** per definire il **numero di medici e pediatri per le cure primarie** di cui si necessita per l'erogazione del servizio e per l'attivazione di idonei corsi di specializzazione a livello nazionale, con garanzia di attivare in ogni Regione e Provincia autonoma almeno un corso di specializzazione e assegnazione di borse di studio congrue rispetto alla popolazione residente, sia in termini di **quota assistito/residente** per definire le **risorse economiche necessarie alla copertura dei fattori di produzione** per l'erogazione del servizio;
3. Consentire alle Regioni e alle Province autonome di programmare i posti di volta in volta da coprire per l'assistenza medico-generica e pediatrica ricorrendo, a seconda delle esigenze e delle peculiarità territoriali, al **reclutamento di dirigenti medici** oppure al **convenzionamento** sulla base dell'ACN vigente;
4. Introdurre un **regime transitorio**, nelle more che entrino a regime i corsi di specializzazione universitaria di cui al punto 1, al fine di consentire, fin da subito, il **reclutamento di dirigenti medici per le cure primarie** (ipotizzando, per esempio, che il reclutamento possa avvenire anche prima del termine del corso di specializzazione o definendo le equipollenze con altre specialità);
5. Integrare il DPR n. 483/1997 per inserire **i dirigenti medici che si occupino di cure primarie** nel sistema di reclutamento della **dirigenza medica** e definirne il percorso di **confluenza nel CCNL della dirigenza dell'Area Sanità** con apposito atto di indirizzo del Comitato di Settore (in questo momento, non esiste nessun contratto collettivo nazionale che permetta alle Regioni e alle Province autonome di assumere personale da adibire alla erogazione delle cure primarie; eventualmente si potrebbe trovare una forma contrattuale da applicare per analogia all'attività svolta presso le strutture previste dal PNRR);
6. Consentire agli attuali MMG/PLS in convenzione che volessero farlo di **optare per la dirigenza medica**, con percorsi agevolati in termini di riconoscimento dei titoli abilitativi (così come già accaduto in passato per altre discipline specialistiche);
7. Rendere **più appetibile il ruolo dei medici per le cure primarie**, consentendo ai nuovi assunti o ai nuovi convenzionati la facoltà di accrescere il proprio patrimonio di conoscenze **accedendo, anche in sovrannumero e mitigando i vincoli orari di frequenza attualmente previsti, a talune scuole di specializzazione** di particolare interesse nell'ambito delle cure primarie (ad es. geriatria; cardiologia; etc.);
8. Prevedere la possibilità di trasformare l'attuale modello convenzionale, basato su ACN, in una forma di **vero e proprio accreditamento**, con modifica sostanziale di ACN ovvero

approdando ad Accordi del tipo privato-accreditato, rivolti preferibilmente non al singolo medico ma a gruppi di medici che operino prevalentemente nelle Case della Comunità;

9. Prevedere, fin da subito, nelle more che vadano a regime i modelli sopra delineati, **obblighi normativamente cogenti per gli attuali medici convenzionati**, ove necessario, anche al fine di garantire l'attuazione di quanto già previsto dall'ACN 2024, in termini – per esempio – di debito orario e di prestazioni da garantire, di luoghi ove operare prevalentemente e di strumenti informatici da adottare, che siano sottratti alla contrattazione collettiva di livello nazionale e locale, **in modo tale da assicurare l'effettivo avvio delle strutture e dell'organizzazione prevista dal PNRR**;
10. Definire le **ricadute economiche** complessive della riforma, prevedendone la **copertura integrale**.