

Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR

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. Inoltre è ormai condivisa la necessità della realizzazione di strutture di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (Case della Comunità), in grado di garantire una risposta in fascia oraria ampia ai bisogni della popolazione.

Sia il PNRR che il documento attuativo del Patto per la Salute 2019-2021 inerente l'assistenza territoriale, delineano una strutturazione standardizzata della componente del SSN che fino ad ora appariva più diversificata nelle singole realtà regionali con situazioni che hanno visto uno sviluppo molto eterogeneo di luoghi di riferimento per i cittadini a livello territoriale.

Il sistema di strutture e organizzazione prevista (Case della Comunità, Ospedali di comunità, Infermieri di Comunità e potenziamento dell'assistenza domiciliare) nei documenti succitati non potrà prescindere 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 appaia non più in grado di garantire che l'investimento notevole, già realizzato in alcune realtà e previsto dal PNRR, che avverrà nelle strutture di assistenza primaria italiane, rischi di non portare ai risultati auspicati in termini di capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

Un sistema che si muove nella direzione di darsi una strutturazione fisica sul territorio, con luoghi di riferimento all'interno dei quali i cittadini, le famiglie e le comunità potranno contare su un insieme di servizi vocati alla presa in carico integrata, difficilmente potrà svilupparsi senza che possano essere strutturati adeguatamente anche i ruoli e le funzioni, nonché le relazioni, con i professionisti che oggi operano nell'assistenza primaria.

Tale sviluppo organizzativo 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. Non ultima la necessità del coinvolgimento delle organizzazioni formali ed informali di rappresentanza dei cittadini.

In un quadro di questo tipo l'attuale organizzazione della Medicina Generale (e della Pediatria di Libera Scelta e in parte la Specialistica Ambulatoriale Interna), derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all'interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione.

Gli accordi susseguitisi negli anni hanno sostanzialmente ricalcato l'accordo originale del 2005 (16 anni fa!) con modifiche non sostanziali che hanno reso i testi dell'ACN in parte ambigui, prestandosi

ad interpretazioni diversificate se non addirittura contraddittorie. Tutto ciò ha fatto sì che non possa essere considerato attualmente un valido strumento di programmazione. I tre livelli di contrattazione previsti peggiorano ulteriormente il quadro, creando disomogeneità nella erogazione dei LEA a livello territoriale. Anche la legge 189/2012 (Balduzzi) non è riuscita a rendere gli ACN un valido strumento di programmazione, limitandosi a dare indicazioni – a volte già realizzate in alcune regioni – per la strutturazione dei nuovi ACN, non affrontando il nodo della personalità giuridica e del rapporto con i SSR dei MMG, dei PLS, e degli Specialisti Ambulatoriali.

In questo contesto va anche rilevato che una delle maggiori carenze del sistema attualmente in campo è che non contempla un sistema di valutazione che abbia delle effettive ricadute e possa costituire un incentivo ad innalzamento del livello di qualità del sistema territoriale, livello che rimane legato, come molti degli aspetti citati, alla attitudine, spesso anche eccellente, dei singoli.

La medicina convenzionata e l'esperienza della pandemia

La pandemia da SARS-COV-2, ha evidenziato ulteriormente che il profilo giuridico del Medico di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta – liberi professionisti convenzionati – (sugli Specialisti Ambulatoriali Interni va fatto un discorso a parte perché il loro processo di “internalizzazione” è in corso da anni e ha permesso che in alcune realtà entrassero nella programmazione regionale/aziendale in modo coerente con i bisogni organizzativi) e i loro ACN, non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando – in una fase post-pandemica – alla gestione delle multi-cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare, ecc.. Basti ricordare che gli accordi nazionali sottoscritti a sostegno delle azioni delle regioni per fronteggiare la pandemia (intesa sull'effettuazione dei tamponi, delle vaccinazioni, ed in alcune regioni utilizzo dei test rapidi) hanno prodotto scarsi risultati, peraltro solo in alcune realtà dove i MMG si sono organizzati in società cooperative e hanno gestito in proprio alcuni HUB vaccinali e centrali di tele-monitoraggio domiciliare per i pazienti COVID+; società non sono previste all'interno dell'ACN, e rappresentano già ora una sorta di modello committente (SSR) – fornitore (cooperative di MMG).

L'istituzione delle USCA ha sopperito alla difficoltà della medicina generale di organizzarsi autonomamente nel fornire un effettivo supporto per la sorveglianza attiva dei propri assistiti a domicilio. Tali strutture dovrebbero essere considerate come funzionali a una situazione emergenziale e non dovrebbero rappresentare un modello di riferimento stabile, anche se, vista l'attività domiciliare poco coordinata dei MMG vi è una riflessione di livello nazionale sull'utilizzo delle USCA all'interno delle Centrali Operative Territoriali previste dal PNRR. L'attività di sorveglianza, che ha gravato enormemente il lavoro dei Dipartimenti di Sanità Pubblica, avrebbe dovuto essere effettuata dai MMG/PLS ma non esiste uno strumento contrattuale/normativo che permetta alle Aziende Sanitarie di coinvolgere questi professionisti, neppure in una situazione così drammatica come una pandemia globale.

Anche il contributo, in termini di vite umane fornito dalla medicina generale e sul quale il SSN riconosce il valore del sacrificio, avvenuto soprattutto durante la prima ondata della pandemia, è stato soprattutto dovuto ad un modello che non era in grado di fornire strumenti, spazi e organizzazione adeguati in termini di sicurezza e di indicazioni operative per questi professionisti.

La medicina di famiglia ha mostrato estrema debolezza laddove interpretata in modo isolato e ha saputo riorganizzarsi in modo resiliente, laddove erano presenti forme associative in grado di supportare i singoli, rafforzando l'operatività e il sostegno formale informale.

Le possibili prospettive per una Medicina Generale (e PLS?) più funzionale ai bisogni del SSN

Il rapporto di lavoro dei MMG/PLS con i vari SSR dovrà uscire dalle criticità dell'attuale convenzionamento e 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. Questo 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: da questo punto di vista, anche se non citato esplicitamente in ogni singolo passaggio, andrà valorizzato il confronto a tutti i livelli con le rappresentanze dei professionisti.

Le ipotesi oggetto di illustrazione cercano di risolvere le criticità sopra descritte, immaginando un quadro normativo nazionale semplificato con regole chiare e inderogabili, lasciando al livello 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**

Rispetto agli elementi da garantire indipendentemente dalla quale sarà l'evoluzione della relazione fra SSN e MMG, se ne elencano di seguito alcuni di particolare rilievo:

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 PNNR
7. Ridefinizione della Continuità Assistenziale (ex Medico di Guardia)
8. Presenza e ruolo Infermiere di Comunità

Tutte le ipotesi descritte si calano in un contesto che presenta vincoli difficilmente compatibili con una o l'altra delle stesse, ma anche con l'attuale modello di relazioni. Fra tali vincoli sono di assoluto rilievo quello relativo al tetto di costo del personale dipendente; la disponibilità complessiva di risorse per il sistema, molto rilevante in relazione a tutto il percorso di realizzazione del PNNR sul territorio che necessita di importanti risorse; la disponibilità di risorse professionali mediche ed infermieristiche.

Non si è affrontato in modo dettagliato il tema della attuale carenza di MMG rispetto alla quale si ritiene che sia da attuare in tempi brevi una revisione del corso di Corso di Formazione che preveda il tirocinio professionalizzante con inserimento al terzo anno in Medicina Associata con un n° massimo 1.000 assistiti.

Le prime tre ipotesi presentate di seguito non sono da considerarsi necessariamente mutuamente esclusive. Idealmente una revisione della assistenza primaria potrebbe prevedere la coesistenza in prospettiva di diverse modalità di relazione, in modo da valorizzare al massimo le opportunità presenti nei diversi contesti regionali nell’ottica di dare una risposta efficace agli specifici bisogni delle comunità.

La quarta ipotesi presenta un doppio canale che si adatterebbe all’attuale situazione.

Dipendenza

Questa 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.

- **Vantaggi:** collocazione organica in un modello organizzativo, omogeneo su tutto il territorio nazionale, con garanzia di inserimento dei MMG nelle strutture come ora definite anche dal PNR: Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali.

Questa ipotesi potrebbe andare incontro alla copertura delle sedi dislocate in aree ad oggi non gradite dai MMG, anche se tali aree poi risulterebbero comunque difficili da coprire in assenza di una programmazione nazionale sull’accesso ai corsi di formazione specialistici adeguati, come già avviene per le aree disagiate di altre attività mediche, in una situazione di scarsa offerta di risorse umane. Programmazione delle attività coerente con gli obiettivi regionali e Aziendali. Applicazione di sistemi di valutazione consolidati e maggior governo dei professionisti.

Criticità: In questo caso è necessario un atto normativo nazionale che renda compatibile l’incremento della dotazione organica con i tetti di spesa del personale e permetta l’inquadramento dei MMG nella dipendenza anche se non possiedono un titolo di specializzazione.

Per allargare la platea dei dipendenti in assistenza primaria sarebbe inoltre opportuno un decreto che specifichi le equipollenze fra alcune specialità e l’attestato del CFSMG.

Andrebbe poi valutata la necessità di modificare la legge 189 del 2012, di cui si riportano il comma 2 e 3 dell’articolo 1:

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l’assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell’assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

3. Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato

dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse fi gure professionali.

Questa ipotesi richiederebbe un iniziale importante investimento in quelle regioni che non hanno già investito nella rete delle strutture territoriali, prevedendo di fornire ambienti, strumentazioni e personale di supporto alla Medicina Generale. Andrebbe fatta una valutazione relativa al costo del lavoro e alla necessità di aumentare significativamente gli organici se si applicassero le regole della dipendenza rispetto ad orari di lavoro, tutela di malattia e infortunio, ferie. Tale aumento di organico risulta difficilmente programmabile nell'attuale situazione di carenza di professionisti. Altra criticità importante è quella previdenziale, che potrebbe essere affrontata in una prima fase utilizzando anche le disposizioni di cui all'art. 8 commi 1-bis e 2-bis del D.Lgs. 502-92.¹ Nel tempo andrebbe però considerata la ricaduta su ENPAM del passaggio di quota parte dei medici di assistenza primaria, sempre più rilevante numericamente, alla contribuzione INPS, **anche valutando la possibilità che per il ruolo specifico venga mantenuta la contribuzione ENPAM.**

¹ Nell'ambito del percorso di definizione della figura del MMG-PLS nell'ambito della dipendenza si potrebbero utilizzare anche le disposizioni di cui all'art. 8 commi 1-bis e 2-bis del D.Lgs. 502-92.

Il comma 1-bis dell'art. 8 prevede(va) per le regioni la possibilità di "individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego". A tal fine i medici titolari di incarico a tempo indeterminato da almeno 5 anni (di rapporto convenzionale) erano inquadrabili a domanda nel ruolo sanitario (ergo dipendenti) nei limiti delle dotazioni organiche approvate.

Il comma 2-bis dell'art. 8 prevede(va) quindi che al momento di tale inquadramento in ruolo (dipendenza) il medico convenzionato potesse optare per "il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso ENPAM". A tutt'oggi ancora abbiamo MET (tutti quelli passati alla dipendenza) che sono passati alla dipendenza in forza delle procedure di cui al comma 1-bis e che, da dipendenti, versano all'ENPAM.

Sarebbe quindi possibile riprendere i contenuti del comma 1-bis, ampliandone la portata anche alle figure del MMG-PLS dall'attuale previsione delle sole emergenza territoriale e medicina dei servizi, le finalità, ovvero la valutazione da parte delle regioni della necessità di un miglioramento del servizio, potrebbe restare ed essere comunque calzante. Il comma 2-bis a questo punto garantirebbe lo strumento per la "neutralità di impatto" della manovra in merito alla contribuzione, sia verso i diretti interessati, che verso ENPAM che manterrebbe i versamenti.

I commi richiamati forniscono anche la copertura normativa sul riconoscimento dell'anzianità da convenzionato dopo il passaggio alla dipendenza (per le varie voci quali indennità di esclusività, posizione ecc.).

Forma di Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN

Questa ipotesi sarebbe perseguibile tramite la definizione di un Accordo Collettivo Nazionale con regole più chiare e stringenti per l'accesso alla convenzione con i Servizi Sanitari Regionali.

Si tratta dell'ipotesi considerata percorribile dalla regione Toscana per la quale il livello avanzato di maturazione raggiunto con un lavoro decennale nelle relazioni con i MMG viene valutato idoneo, anche con il supporto di un ACN innovativo, a garantire la evoluzione del modello territoriale nel senso tracciato da PNRR.

In questo caso è necessario definire alcune direttrici che dovranno essere declinate nel nuovo ACN.

- Vantaggi: 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. La revisione dell'ACN sarebbe sostanziale e dovrebbe eliminare tutti quegli spazi di ambiguità descritti sopra.

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**

Obbligo partecipazione a forme organizzate della medicina generale e adesione ai sistemi informatici regionali/nazionali

L'ACN dovrà prevedere l'obbligo dell'adesione ad una forma organizzata per l'erogazione dell'assistenza primaria, con presenza di personale amministrativo, infermieristico e specialisti di riferimento.

Tali organizzazioni – alle quali viene affidata l'erogazione dell'assistenza primaria in un dato territorio e su un determinata quota di popolazione – andranno definite all'interno della programmazione regionale/aziendale che terrà conto delle specificità dei vari territori. Un'ipotesi di massimale MMG/popolazione assistita potrà essere 1:2000, con l'inserimento di un medico ogni 1500 abitanti, per garantire un'effettiva libertà di scelta da parte dei cittadini e il conseguente rapporto fiduciario.

Il rapporto contrattuale del medico di famiglia dovrà configurarsi comunque sempre come un rapporto individuale con il SSN, ma dovrà rispondere a specifici requisiti, rispetto al raggiungimento dei quali si potrà prevedere una ragionevole, ma non indefinita gradualità.

I requisiti da prevedere per le forme organizzate, nel loro insieme e non per il singolo medico, dovrebbero includere, rispetto ad una popolazione di assistiti di riferimento, la garanzia di coperture orarie certe, la previsione di indicatori di garanzia di presa in carico per le patologie croniche, per assistenza domiciliare e di capacità di risposta in caso di emergenze epidemiche, configurandosi così un rapporto più simile ad un rapporto di “accreditamento” del professionista che di “convenzionamento”.

Una organizzazione strutturata e organizzata secondo criteri chiari e definiti a monte, in termini di personale di supporto, potrebbe determinare un carico di assistiti intorno ai 2000, come del resto avviene in buona parte dell’UE. È evidente che risulta necessario che ciascun medico di famiglia, nello stesso contesto lavorativo, si doti almeno di un infermiere e di una unità di personale amministrativo. È evidente che le forme organizzate della medicina territoriale devono dotarsi di un numero di infermieri e personale amministrativo adeguato alle proprie dimensioni, considerando inoltre la modalità di lavoro associato tra più medici di famiglia nello stesso contesto fisico come la situazione ordinaria, riservando l’attività in forma singola (sempre affiancata direttamente da infermiere e amministrativo) a situazioni eccezionali da giustificare per necessità orografiche.

Anche se le norme nazionali già prevedono che vi sia adesione ai sistemi informativi regionali, i requisiti per la convenzione devono ribadire nello specifico l’adesione ai sistemi informativi e l’utilizzo degli strumenti messi a disposizione dai sistemi sanitari regionali come elemento base del rapporto, al fine di garantire una efficace relazione fra medicina territoriale ed ospedaliera, oltre che con il sistema socio-sanitario.

Lo studio di medicina di famiglia così organizzato, potrà anche essere allocato all’interno delle case della comunità oppure esternamente ad esse, ma funzionalmente collegato con le stesse e con il Distretto. Naturalmente va prevista una flessibilità secondo l’organizzazione regionale.

I medici, per garantire le caratteristiche di “accreditamento” sopra richiamate, potranno utilizzare società di servizi (anche sulla base dell’esperienza delle cooperative di servizi di medici già operanti ad esempio in Lombardia ma non solo), che dovranno a loro volta fornire, al medico e all’ Azienda sanitaria locale, specifici standard di garanzia sotto il profilo dell’organizzazione del servizio e dei supporti forniti. Tali standard vanno definiti in modo cogente a livello nazionale per evitare opportunismi.

Instaurazione del rapporto convenzionale

L’instaurazione del rapporto convenzionale dovrà avvenire secondo i criteri sovra esposti, prevedendo meccanismi di penalizzazione nella non accettazione e/o non apertura dell’attività entro massimo prefissato di giorni dall’assegnazione della sede carente. Va previsto anche l’obbligo, da parte delle organizzazioni sopra descritte, di farsi carico degli assistiti che erano in carico al MMG che ha cessato la propria attività, valutando anche il carico assistenziale. Va prevista la possibilità, da parte delle regioni, di sviluppare modelli organizzativi/servizi di supporto all’attività dei MMG in attesa dell’assegnazione della sede carente.

Ridefinizione della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)

L'organizzazione attuale del servizio di continuità assistenziale vede un impiego inappropriato delle risorse e una attività non integrata con gli altri servizi di assistenza primaria, sia per carenze strutturali che per un alto turnover dei professionisti. Altro aspetto meritevole di considerazione è lo scarso utilizzo, spesso peraltro inappropriato, di tale servizio nelle ore notturne, dalle 24 alle 8 del mattino. Una analisi condotta in una realtà regionale nel 2015 sull'utilizzo dei servizi di PS e di continuità assistenziale evidenziava due dati significativi: il 90% dei circa 2 milioni di accessi al Pronto Soccorso si è verificato dalle ore 8 alle ore 24 e l'80% di questi accessi non era urgente, ovvero poteva essere gestito dal territorio (medici di famiglia e/o medici di guardia medica). Nel medesimo periodo, l'analisi della attività della guardia medica per singola Azienda Unità Sanitaria Locale evidenziava una attività concentrata quasi esclusivamente nelle ore diurne (8-20) e principalmente basata su consulenze telefoniche, più che visite domiciliari, mentre dalle 24 alle 8 del mattino la media delle chiamate/interventi era 1, max 2, per sede. È evidente che sarebbe più appropriato individuare modelli organizzativi che prevedano un presidio della continuità dell'assistenza, da parte delle forme organizzative sopra descritte di MMG, dalle 8 alle 24, lasciando ad una integrazione 116117 con il servizio del 118 nelle ore notturne, dalle 24 alle 8 del mattino. Va prevista la possibilità, da parte delle regioni, di sviluppare modelli organizzativi/servizi di supporto all'attività dei MMG dalle 20 alle 24. Va inoltre rilevato che in diverse aree del paese il personale impiegato nel servizio di continuità assistenziale è significativamente più numeroso che in altre realtà regionali.

Definizione criteri di autorizzazione e accreditamento

Autorizzazione:

I requisiti di autorizzazione dei gruppi professionali sono la laurea ed abilitazione oltre ai requisiti di autorizzazione specifici per gli spazi utilizzati, se messi a disposizione dal gruppo. Nel caso in cui le aziende prevedano di mettere a disposizione gli spazi per le attività erogate, l'autorizzazione degli spazi rimarrà in capo alle Aziende e il gruppo di professionisti sarà autorizzato sulla sola base del requisito della laurea ed abilitazione professionale. Requisito di autorizzazione dovrà essere anche una idonea rete informatica che permette il collegamento con la rete regionale/nazionale.

Per i gruppi che sono formati da diverse tipologie di professionisti i requisiti di autorizzazione sono quelli previsti per lo specifico esercizio professionale.

Accreditamento:

I requisiti di accreditamento, escludendo i requisiti di accesso (laurea, abilitazione, CFSMG..) dovranno riguardare l'organizzazione sopradescritta e la dotazione strutturale che potrà essere definita a livello regionale, anche in relazione agli indirizzi del PNRR e il modello complessivo di sviluppo di assistenza territoriale. In particolare andranno definiti requisiti relativi alla presa in carico della cronicità e di integrazione per la copertura della continuità assistenziale 8-24.

Ridefinizione del sistema di remunerazione

Va superato il modello attuale fondato su un'attività di base (minimale) definita dall'ACN e la successiva introduzione di attività opzionali incentivate, definite prevalentemente a livello regionale. Non dovranno più essere previste le PIPP o la remunerazione degli interventi domiciliari programmati. Un tale modello deve prevedere una ricognizione puntuale delle risorse impiegate oggi sulla MG, per la realizzazione di un fondo da distribuire come quota capitaria omnicomprensiva.

L'attività, con i relativi indicatori strutturali, di processo e di risultato deve essere definita in modo univoco e trasparente a livello di ACN e di AIR ed eventuali difformità devono essere soggette a disincentivazione economica (penalizzazione), fino alla revoca del rapporto contrattuale.

Riduzione dei tre livelli di contrattazione a due

Il livello di contrattazione aziendale si è rivelato uno strumento per remunerare ulteriormente attività già remunerate da accordo regionale o per erogare ulteriori risorse senza ritorni in termini di qualità dell'assistenza, spesso diventando un ostacolo allo sviluppo delle strategie regionali.

I tre livelli di contrattazione, così come strutturati, rappresentano un unicum nel panorama delle trattative con i soggetti aventi rapporto con SSR.

A livello regionale potranno essere discussi obiettivi di salute e standard strutturali e la finalizzazione delle eventuali risorse previste a tal fine dall'ACN. Dovrebbero essere previsti anche meccanismi di penalizzazione da applicare nel caso in cui l'erogazione dei servizi si dimostri sotto standard.

Va poi sottolineato che una modifica così rilevante dei contenuti di ACN richiederebbe un elevato livello di condivisione con le rappresentanze dei MMG.

Forma di Accredimento e Accordi

La previsione di un sistema di relazioni basato sui principi di accredimento e committenza potrebbe rappresentare una strada in grado di garantire la rispondenza alle necessità dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, prevedendo sistemi più flessibili in grado di stimolare la tendenza ad elevare la qualità del servizio oltre alla spinta verso forme organizzative più adeguate alle singole realtà. Anche se al SSN sarebbe richiesto uno sforzo in termini di definizione dei requisiti e di maturazione delle competenze di sistema per la gestione delle relazioni contrattuali, oltre che di un sistema di regole in grado di dare continuità al sistema, potrebbe evitare diverse problematiche. Naturalmente il tema di come approcciare i diritti acquisiti dei MMG rimarrebbe, ma la gestione di un sistema nel quale, idealmente, l'accrédimento di un gruppo di professionisti che venga contrattualizzato per garantire l'assistenza primaria ad un determinato bacino di utenza potrebbe prevedere l'integrazione, all'interno di tale gruppo, anche di MMG titolari di convenzioni a tempo

indeterminato, pur con le innegabili difficoltà del caso. Va detto che un sistema che può al proprio interno prevedere ruoli, e remunerazioni, più flessibili potrebbe rispondere molto bene alle diverse attitudini e necessità dei singoli medici rendendo anche più appetibili le aree periferiche, permettendo comunque di consolidare un sistema di controllo della qualità dell'assistenza strutturato e rilevante.

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.

Doppio canale: Dipendenza e Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN

La soluzione del doppio canale potrebbe prestarsi bene ad affrontare in una prospettiva graduale le attuali criticità e la necessità di non mettere a rischio l'investimento fatto sull'assistenza territoriale con il PNRR. Anche in questo caso andrebbero attuate le modifiche normative atte a permettere l'assunzione a tempo indeterminato dei medici con il solo attestato CFSGM (oggi solo i medici specializzati possono essere assunti) e a impiegare come medici di assistenza primaria medici specializzati (definizione delle equipollenze), ma la previsione di un doppio canale permetterebbe di gestire nel tempo il percorso senza dover affrontare tutto il sistema nel suo complesso. Trattandosi di un doppio canale, dovrebbe accompagnarsi ad una revisione dell'ACN che si muova nella direzione soprarichiamata, fissando un sistema di ACN/"accredimento" che faccia sì che i medici che mantengono lo status convenzionale si attengano agli standard definiti a livello nazionale e regionale come descritto sopra. Si tratterebbe di una soluzione che permetterebbe ai più "vocati" di lavorare come dipendenti all'interno del SSR, in strutture regionali (Case della Comunità o luoghi individuati in aree a bassa intensità abitativa) e applicando percorsi e strumenti definiti a livello regionale. Un ulteriore punto a favore sarebbe quello di poter essere introdotto insieme alla approvazione delle norme sulla riforma dell'assistenza territoriale legate al PNRR, che potrebbero rappresentare il veicolo normativo per poter apportare le modifiche necessarie, compresa la probabile modifica del decreto Balduzzi. Ulteriori limiti ed opportunità di tale ipotesi sarebbero quelli già illustrati relativamente alla dipendenza e all'accredimento da realizzare con modifica ACN.

Si tratterebbe inoltre di una ipotesi che, sulla base delle esigenze legate alla demografia professionale e dello stato di evoluzione già realizzato nelle diverse regioni, potrebbe prevedere mix quantitativi anche differenziati fra un canale e l'altro.

Ulteriori osservazioni

- ✓ valutare il *passaggio del CFSGM all'Università* (con comunque governo da parte delle regioni e coinvolgimento nella didattica di dirigenti del SSR e professionisti della MG),

- ✓ 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. A prescindere dai diversi ruoli che l'infermiere potrà assumere all'interno dell'organizzazione distrettuale, risulta di essenziale importanza la presenza fisica nello stesso luogo di lavoro di MMG e infermiere, professionista, quest'ultimo, che anche in tale assetto organizzativo può implementare la propria autonomia e responsabilità.

Proposta per un percorso strategico di modifica ruolo e rapporto con SSN dei MMG (PLS e Specialisti ambulatoriali?)

Il percorso di analisi del contesto e di realizzazione della modifica del ruolo dei medici convenzionati deve vedere una condivisione importante di tutte le amministrazioni regionali e del Ministero della Salute e deve affrontare tutti gli aspetti indicati sopra, sia di carattere programmatico che normativo. È inoltre indispensabile definire una road map chiara con scadenze definite e non dilazionabili nel tempo, anche alla luce degli impegni del governo nei confronti della UE in relazione ai contenuti del PNRR.

A tal fine è importante:

- 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 definita dalla Conferenza delle Regioni e con un mandato chiaro fornito dalla Commissione Salute, 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

La Conferenza delle Regioni si fa parte attiva nei confronti del Ministero della Salute al fine di:

- Emanazione Decreto Ministeriale per riconoscimento, tra i requisiti di accesso alla dirigenza medica del SSN, del CFMGM, prevedendo la riformulazione della legge 189/2012

E successivo

- Inserimento all'interno del Decreto sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale che il ministro dovrà adottare entro la fine del 2021, come da impegno per il PNRR,
 - a) La facoltà delle Regioni di assumere a tempo indeterminato nella dipendenza i nuovi MMG, istituendone il profilo.
 - b) La facoltà delle Regioni di accreditare nuovi MMG, definendone i requisiti.

Demandando alla tornata di contrattazione collettiva 2019-2021, la definizione degli aspetti giuridico-economici di inquadramento della nuova figura professionale di MMG dipendente.

Naturalmente l'approfondimento dei passaggi normativi rappresenta uno degli elementi più rilevanti in stretta relazione con gli orientamenti che verranno assunti.