

Regioni: medici inefficienti, rivedere il contratto

Nella bozza viene proposta anche la dipendenza, senza remunerazioni individuali

Sara Monaci

MILANO

Le Regioni stanno studiando un modo per superare l'attuale modello di medicina di base, che durante la pandemia non si è mostrato efficiente. Stanno dunque preparando un documento condiviso - già in buona parte redatto anche se ancora sotto forma di bozza preliminare - per suggerire al ministro della Salute di rivedere, in tempi brevi, il contratto nazionale e, tra le varie ipotesi, creare un rapporto di dipendenza tra dottori di famiglia e sistema sanitario nazionale.

Il documento inizia con un brutto voto. La Commissione sanità della Conferenza delle Regioni spiega che «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 – e i loro Accordi contrattuali nazionali (Acn) non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando alla gestione delle multi-cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare...hanno prodotto scarsi risultati, peraltro solo in alcune realtà dove i medici si sono organizzati in società cooperative e hanno gestito in proprio alcuni hub vaccinali e centrali di tele-monitoraggio domiciliare».

Si aggiunge anche che «l'istituzione delle Usca ha sopperito alla difficoltà della medicina generale», ma «tali strutture dovrebbero essere considerate come funzionali a una situazione emergenziale e non dovrebbero rappresentare un modello di riferimento stabile».

Ecco quindi i suggerimenti: «1)Dipendenza; 2)Forma di accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn; 3)Forma di accreditamento e accordi (tipo Privato-Accreditato); 4) Doppio canale: Dipendenza e Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn».

Quest'ultima possibilità, anche se non viene qui esplicitato, è ritenuto il percorso più probabile. Si evidenzia che «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» e dovrebbe anche «accompagnarsi ad una revisione del contratto».

Le Regioni sottolineano che sono da garantire «l'obbligo di partecipazione a forme organizzate; fornitura di prestazioni programmate dalla Regione; indicatori di garanzia di presa in carico; assistenza domiciliare; superamento del pagamento di PIPP (prestazioni aggiuntive) e della remunerazione dei singoli interventi domiciliari; obbligo di inserimento nelle strutture del Pnrr; definizione della continuità assistenziale (ex Medico di Guardia); presenza di infermiere di comunità».

Regioni: medici inefficienti, rivedere il contratto

Il documento

Nella bozza viene proposta anche la dipendenza, senza remunerazioni individuali

Sara Monaci

MILANO

Le Regioni stanno studiando un modo per superare l'attuale modello di medicina di base, che durante la pandemia non si è mostrato efficiente. Stanno dunque preparando un documento condiviso - già in buona parte redatto anche se ancora sotto forma di bozza preliminare - per suggerire al ministro della Salute di rivedere, in

tempi brevi, il contratto nazionale e, tra le varie ipotesi, creare un rapporto di dipendenza tra dottori di famiglia e sistema sanitario nazionale.

Il documento inizia con un brutto voto. La Commissione sanità della Conferenza delle Regioni spiega che «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 - e i loro Accordi contrattuali nazionali (Acn) non sono idonei ad affrontare il cambiamento in atto, anche pensando alla gestione delle multi-cronicità, aumento delle fragilità, programmazione dell'assistenza domiciliare...hanno prodotto scarsi risultati, peraltro solo in alcune realtà dove i medici si sono organizzati in società cooperative e han-

no gestito in proprio alcuni hub vaccinali e centrali di tele-monitoraggio domiciliare».

Si aggiunge anche che «l'istituzione delle Usca ha sopperito alla difficoltà della medicina generale», ma «tali strutture dovrebbero essere considerate come funzionali a una situazione emergenziale e non dovrebbero rappresentare un modello di riferimento stabile».

Ecco quindi i suggerimenti: «1) Dipendenza; 2) Forma di accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn; 3) Forma di accreditamento e accordi (tipo Privato-Accreditato); 4) Doppio canale: Dipendenza e Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di Acn».

Quest'ultima possibilità, anche se non viene qui esplicitato, è ritenuto il percorso più probabile. Si evidenzia

che «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» e dovrebbe anche «accompagnarsi ad una revisione del contratto».

Le Regioni sottolineano che sono da garantire «l'obbligo di partecipazione a forme organizzate; fornitura di prestazioni programmate dalla Regione; indicatori di garanzia di presa in carico; assistenza domiciliare; superamento del pagamento di PIPP (prestazioni aggiuntive) e della remunerazione dei singoli interventi domiciliari; obbligo di inserimento nelle strutture del Pnrr; definizione della continuità assistenziale (ex Medico di Guardia); presenza di infermiere di comunità».