

Come riformare la convenzione e gli accordi decentrati con la Medicina Generale?

Questo è stato uno dei temi portati al centro delle giornate della Winter School 2022 di Napoli, organizzata da Motore Sanità e svoltasi di recente. Attraverso un confronto con altre realtà europee si è sottolineato che multidisciplinarietà delle azioni, riconoscimento dei giusti ruoli e sburocratizzazione dei processi sono chiavi di successo per ridisegnare lo studio medico, le forme associative e rispondere ai nuovi bisogni di salute

Il ruolo della Medicina Generale per la messa a terra del DM 71 sarà importante. È questo uno dei temi di punta affrontati nel corso della prima giornata della Winter School 2022 di Napoli, dal titolo *“Cambia la Sanità. Reinventare Processi, Ruoli e Competenze”*, organizzata da Motore Sanità, promossa e divulgata da Mondo Sanità e Dentro la Salute, realizzata con il contributo incondizionato di Gilead, Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson, AmavivA, Daiichi Sankyo, GSK, IBM, Sanofi, Angelini Pharma, Kyowa Kirin, Siemens Healthineers e Teva, nella sessione intitolata *“Riformare la convenzione e gli accordi con la medicina generale: ridisegnare lo studio medico e le forme associative per rispondere ai nuovi bisogni di salute”*.

► Che fare?

Per evitare che le Case di Comunità e gli ospedali di comunità si tramutino in ulteriori strutture costruite, ma scarsamente utilizzate, va rivisto l’impegno di tutti gli operatori coinvolti sotto la guida del distretto socio sanitario, storica proposta della 833 come punto di riferimento della salute del territorio anche in un’ottica *one he-*

alth. Risulta indispensabile quindi analizzare l’impegno della Medicina Generale nella proposta fatta propria dal Ministero della Salute confrontandola con altre realtà organizzative europee, che vanno dall’esperienza portoghese e spagnola tutta proiettata su un filtro e un’offerta valida ed efficace sul territorio, a realtà come quella francese e tedesca maggiormente orientate verso un’offerta ospedalocentrica. Entrambe risultano valide con luci e ombre, ma la realtà italiana della convenzione della medicina generale è unica essendo i medesimi liberi professionisti ma a remunerazione statale, non collimante con le realtà sopra citate. Se il problema della dipendenza può essere relativo, almeno per coloro già operanti nel Ssn, il chi fa chi e che cosa, l’impegno garantito e gli indicatori di risultato necessari sono fondamentali per un nuovo rapporto con la medicina generale che passa almeno attraverso una revisione della convenzione che ne disciplina gli accordi in essere.

Un intervento a tutto campo è stato quello di **Pietro Buono**, Dirigente Staff tecnico Operativo Salute Regione Campania, che va dalla comparazione dei sistemi

europei di formazione dei Medici di Medicina Generale, alla media europea degli assistiti per quella che ad oggi, dopo aver conosciuto il Covid-19 ed il tentativo di trasferire l’assistenza alla comunità, sembra essere la professione più stressata. Ma non solo, l’attenzione è rivolta ai modelli organizzativi per medici e pediatri (dipendenza o in alternativa l’accreditamento con requisiti precisi e circoscritti), alla riduzione dell’onere delle attività di basso valore, alla maggiore diffusione della cura di sé, alla forza lavoro ampliata e qualificata oltre che ai necessari investimenti in strutture fisiche, tecnologie, supplementi salariali in aree difficili e in collaborazioni con il mondo ospedaliero e della specialistica.

“Pnrr Missione Salute, Case di comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità rappresentano ad oggi i pilastri della programmazione sanitaria e dell’offerta di salute per i cittadini - ha spiegato Buono -. Infrastrutture, reti e dotazioni tecnologiche sono le fondamenta su cui costruire i contenuti del Pnrr Salute. Le cifre sulla distribuzione delle infrastrutture attraverso i distretti ed in funzione dei bacini di utenza resta-

no ad ora *target* e *milestone*. Senza una riflessione profonda sugli attori si rischia di non dare voce, da un lato, ai bisogni di salute complessi e globali espressi dai cittadini e, dall'altro, al portato umano delle figure professionali coinvolte".

"Non si può - continua Pietro Buono - non considerare il lavoro multidisciplinare svolto durante la pandemia dalle figure emergenti dei farmacisti clinici e degli assistenti dei medici di medicina generale, dagli studi associati, dagli amministrativi, dagli assistenti sanitari, dagli ambiti sociali, dai terapisti della salute mentale e dal Terzo Settore. Un doveroso passaggio, infine, sull'importanza della 'dimensione' dell'infermiere, dimensione tecnica ma anche e soprattutto relazionale, educativa e riabilitativa. In definitiva, dal Pnrr ci si aspetta oltre che risorse finanziarie, opportunità contenutistiche dove le Case di comunità mantengano la connessione profonda della relazione medico-paziente, dove le Centrali Operative intreccino la tela della rete dell'assistenza sanitaria territoriale in maniera tecnologica, utile e semplice e dove gli Ospedali di Comunità rispondano alle esigenze di acuzie minori. Le chiavi di successo sono la multidisciplinarietà delle azioni, il riconoscimento dei giusti ruoli e la sburocratizzazione dei processi".

► Il ruolo unico della MG

Per **Marco Luca Caroli**, Coordinatore Nazionale Sisac - Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, "ridisegnare presuppone l'esistenza di un sistema consolidato differente se non in antitesi con il modello che si vuole adottare, ma la fase che le regioni

stanno cominciando ad affrontare, a seguito della firma dell'Ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale avvenuta il 20 gennaio ultimo scorso, è già di ripensamento del sistema in essere". "Sono convinto - ha aggiunto - che le regioni, nell'analizzare l'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale del 20 gennaio 2022 e conseguentemente nella individuazione di quelle che sono le strade di possibile applicazione del testo, possano trovare degli spunti e, perché no, soluzioni tecniche all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Nell'impianto del docu-

mento, attualmente in fase di approvazione, troviamo già gli elementi fondanti e caratterizzanti il Pnrr, mi riferisco in particolare al ruolo unico della medicina generale che include sia i medici a rapporto a ciclo di scelta che a rapporto orario, alle aggregazioni funzionali territoriali, alla partecipazione dei medici del ruolo unico alle unità complesse di cure primarie. Confido che il lavoro di studio che le regioni stanno svolgendo per applicare l'ipotesi di Accordo sarà tempo guadagnato sulla applicazione del nuovo modello erogativo".

Focus regionali: la Campania

Creare filiere di diagnosi, cura e riabilitazione con attenzione anche alla componente sociale e all'offerta al di fuori delle strutture previste dal Pnrr, in *primis* le farmacie di servizio. Collante delle varie e composite realtà sarà l'implementazione dell'uso della telemedicina e dell'ICT, tramite collaborazioni interregionali e la messa a terra definitiva dei Fascicoli Sanitari. Come rispondono le Regioni? Al momento sembra che la Campania risponda bene almeno per quanto concerne la messa in sistema della digitalizzazione. "In Campania c'è una messa in sistema della digitalizzazione della sanità importante - ha sottolineato **Enrico Coscioni**, Presidente Agenas e Consigliere del Presidente della Giunta Regionale per la Sanità, Regione Campania - . Sono stati finanziati 700 milioni di euro dal Pnrr, con l'obiettivo di avere 200mila persone in teleassistenza entro il 2024 di cui 20mila in Campania.

"La sanità per il domani vive un momento storico - ha spiegato **Antonio Postiglione**, Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema sanitario Regionale - . Sta cambiando su molti livelli e il processo di cambiamento che stiamo vivendo non può non richiedere un adeguamento delle norme per quanto riguarda il personale. Circa la medicina territoriale abbiamo una strutturazione della medicina convenzionata che conta oltre 3.800 medici di medicina generale, 900 pediatri di libera scelta che ci permette di arrivare a numeri importanti".

"Gli obiettivi della Regione Campania - ha sottolineato **Roberta Santaniello**, Ufficio di diretta collaborazione del Presidente Regione Campania - sono cambiate nel tempo, grazie al lavoro fatto in commissione salute. Realizzeremo 33 nuove strutture tra case di comunità ospedali di comunità e centrali operative". Resta però un problema di competenze come fa ben intuire Antonio D'Amore, Direttore Generale Asl Napoli 2 Nord: "Il problema della della sanità è stato proprio il suo modo di gestire la cronicità e il distretto diventerà centrale nella gestione delle cure, ma abbiamo dirigenti in grado di gestire i distretti?".