



## PATTO SALUTE: la nuova bozza rivoluziona le cure territoriali. MMG organizzati in Unità di Cure Primarie

Publicato Sabato, 08 Giugno 2019



DOCTOR 33 di Mauro Miserendino Fa discutere la nuova bozza del patto per la salute stato-regioni presentata nei giorni scorsi. Il primo dei 19 articoli subordina gli incrementi del Fondo sanitario nazionale (2 miliardi nel 2020 e 1,5 nel 2021, a partire dai 114,4 miliardi di quest'anno) alla possibile stangata che verrà da Bruxelles per rimettere i conti a posto in Italia. Restano immutate le buone intenzioni: abolizione del superticket da 10 euro a ricetta, nuovo ticket commisurato al reddito Isee e al costo della prestazione, scommessa sui fondi extra-Ssn ma solo se davvero integrativi, un'assistenza territoriale dove il medico di famiglia in rete sarà chiamato a coordinarsi con medici ospedalieri "prestati" a strutture che erogano day e week surgery a bassa intensità, sotto forma di ospedali virtuali territoriali, o sono coordinate da infermieri, come gli ospedali di

comunità. E ancora: nuove norme per consentire l'assunzione di medici non specialisti nelle strutture pubbliche e abbassamento del deficit dal 5 al 3% perché una regione sia commissariabile. Le regioni, chiamate ad approvare la bozza in Conferenza, non mandano giù che l'aumento nella dotazione del Fondo sia messo in forse da "obiettivi di finanza pubblica" e "quadro macroeconomico": l'assessore salute laziale Alessio D'Amato ricorda che «alle giunte occorre avere un quadro certo dei finanziamenti, il testo proposto dal ministero apre la strada al taglio del Fondo sanitario nazionale». Il ministro della salute Giulia Grillo rassicura: «Per i tagli alla sanità dovranno passare sul mio corpo». Vediamo alcuni articoli da vicino.

Per il territorio (articolo 10) arriverà a inizio 2020 un Regolamento volto a uniformare i servizi territoriali delle singole regioni affinché nessuna resti indietro nella presa in carico delle cronicità e nella corretta gestione dei pazienti in Pronto soccorso, dove saranno riviste le norme d'accesso dei "codici bianchi". Medici di famiglia e continuità assistenziale, organizzati in aggregazioni funzionali ed Unità di cure primarie, coordineranno la presa in carico anche con medici dipendenti di reparti specialistici, che si prevede di dislocare in ospedali virtuali territoriali e di comunità, dotati di servizi di telemedicina, operativi pure per pazienti urgenti a minor complessità e cronici instabili. Entro 12 mesi dall'avvio del Patto ogni regione presenterà il suo piano di riordino delle cure territoriali. Ma come si diventerà convenzionati o dipendenti? Per i medici di famiglia è prevista l'armonizzazione dei contenuti dei corsi di formazione regionali entro autunno; per gli ospedalieri -articolo 5 sulle risorse umane- è previsto l'impiego a partire da quando sono specializzandi; in linea con gli emendamenti al decreto legge Calabria, saranno assunti con contratto di formazione lavoro finanziato dalla Regione a un certo punto del percorso della scuola, e avranno compiti in linea con le competenze, certificate a loro volta da Ateneo e direttore della struttura dell'ospedale pubblico che li impiegherà-addestrerà. Ma si apre il Ssn anche a medici neolaureati, con competenze non specialistiche, e si valorizzano le professioni non mediche. Stop ai viaggi della speranza; le regioni distingueranno le contabilità relative a pazienti venuti da "fuori". Le prestazioni a frontali o villeggianti saranno coperte dalla programmazione interna, quelle da mobilità passiva saranno oggetto di una contrattazione tra regione "esportatrice" ed "importatrice" che razionalizzi i flussi e li limiti al realmente indispensabile. Il criterio dell'affiancamento della regione virtuosa a quella in rosso è adottato anche all'articolo 4 sui piani di rientro che scatteranno in caso di uscite superiori del 3% alle entrate o anche minori se l'Azienda certifica che non trova le risorse per ripianare. La regione in deficit sceglierà una delle tre "benchmark" (oggi sono Marche, Umbria e Veneto) ed entrerà in un tunnel di rigore da cui si esce dopo nomina governativa di un commissario ad acta e subcommissari (ma se non c'è intesa si arriva al commissario straordinario), due anni di pareggio, e la "sufficienza" nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che presto non sarà più certificata dalla "griglia Lea" ma dagli indicatori del "Nuovo sistema di garanzia-NSG". Chi accetta l'affiancamento avrà un 2% di quota premiale, la regione coach avrà uno 0,5%. Niente premi invece (articolo 12) alle regioni che non aboliscono il ticket da 10 euro sulla ricetta con una revisione delle esenzioni che tenga conto di reddito Isee, patologia, prestazione erogata. All'articolo 11 si affronta il riordino dei fondi integrativi: sono un costo per lo stato ma se offrissero prestazioni di long term care, di contrasto alle malattie degenerative, odontoiatriche, di copertura della compartecipazione versata dal cittadino, vedranno ampliare le loro possibilità. In attesa del Piano nazionale ricerca 2020-2022, si a ricerche finanziate dalle regioni pescando dal fondo sanitario. Revisione del piano di governance della spesa farmaceutica con riguardo ai dispositivi medici e ai farmaci innovativi; investimenti in app per sveltire l'iter del cittadino; sorveglianza dell'erogazione dei Lea; grande tavolo per l'Health Technology Assessment con ministero Economia Aifa Agenas Iss, completano il quadro.