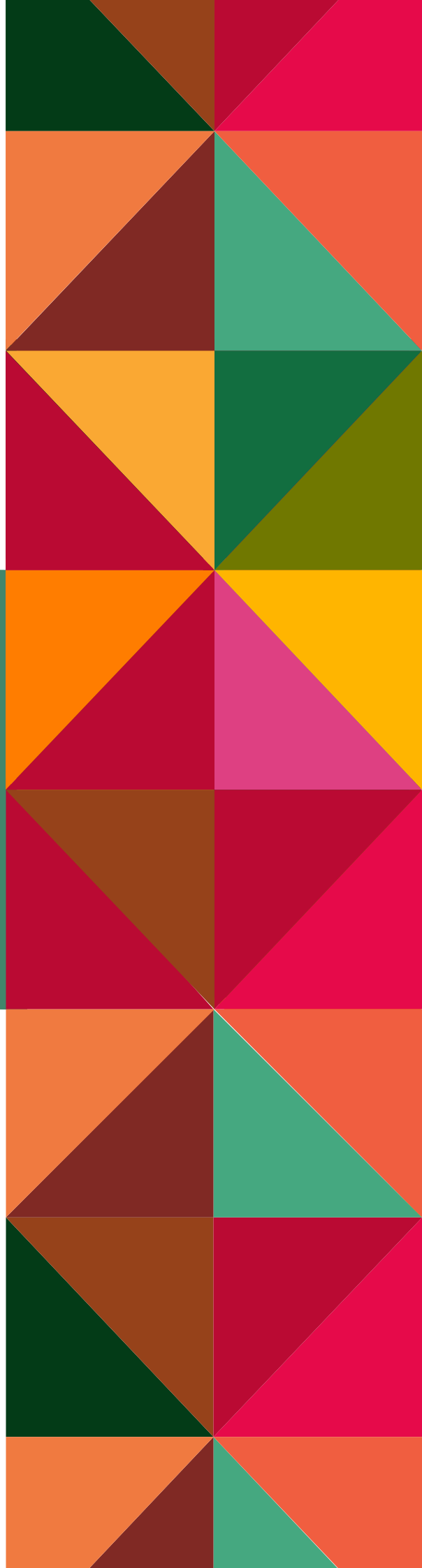


m o v i m e n t o
MMG
per la Dirigenza

Movimento MMG per la Dirigenza

Documento di posizione



S O M M A R I O

• 01

INTRODUZIONE E PREMESSE

Considerazioni introduttive

Attrattività della professione di Medico di Medicina Generale

Storia ed obiettivi del Movimento

Uno sguardo all'Europa

• 02

DOCUMENTO PROGRAMMATICO

Formazione accademica

Status giuridico professionale

- I vantaggi della dipendenza
- Previdenza

Case della Comunità e Organizzazione

- Medicina di prossimità
- Le Case della Comunità
- Transizione tecnologica

• 03

CONCLUSIONI

Modello complessivo e fase di transizione

• 04

BIBLIOGRAFIA

Gruppo di lavoro

Anna Antonucci *Napoli* - MMG

Alberto Arboritanza *Bari* - MMG

Federico Bonventre *Trapani* - MMG

Michele Bosco *Trapani* - MMG

Enzo Bozza *Belluno* - MMG

Mila Consiglio *Palermo* - MCCP

Ilaria Cuoghi *Roma* - MMG

Roberta Di Domenicantonio *Roma* - MMG

Baldo Di Silvestre *Palermo* - MMG

Maria Francesca Falcone *Catania* - MMG

Serenella Fasulo *Palermo* - MMG

Arianna Giusti *Pisa* - MCCP

Antonio Infantino *Bari* - MMG

Mariangela Murdaca *Bergamo* - MMG

Carmela Sorci *Palermo* - MMG

Giovanni Tiberio *Roma* - MMG

Sabrina Valguarnera *Palermo* - MMG

Laura Viotto *Roma* - MMG

Per la corrispondenza:

movimento@mmgperladirigenza.it

01. Introduzione

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

A quasi 50 anni dall'ultima grande riforma dell'assistenza territoriale del 1978 il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) necessita di riforme, perché rispetto a quell'epoca è radicalmente cambiato lo scenario socio-sanitario generale a causa della transizione epidemiologica, demografica e sociale verso le patologie croniche come verso la povertà e la solitudine. Come conseguenza sono mutati i bisogni di salute delle persone ed i luoghi di cura per farvi fronte. Rispetto a questa transizione occorre un nuovo modello di cure primarie, differente da quello che vede il medico lavorare da solo applicando normalmente il modello della medicina d'attesa. Il modello più promettente è invece quello di una nuova configurazione del servizio che metta insieme diversi professionisti con competenze avanzate che lavorino in team multiprofessionali e che siano proattivamente impegnati nella medicina preventiva e d'iniziativa prima ancora che nella cura delle malattie¹.

Il SSN presenta difficoltà nel rispondere alle mutate esigenze della popolazione a causa dell'attuale frammentazione delle cure primarie e della scarsa integrazione tra i vari livelli di cura (ospedali, strutture intermedie, cure primarie). Nell'ultimo decennio ci sono stati tentativi di rafforzare il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) attraverso la creazione di forme associative delle cure primarie, l'integrazione con altri professionisti, l'uso di alcune tecnologie e il coinvolgimento in attività di prevenzione. Tuttavia i progressi verso tale modello sono stati e sono ancora lenti ed eterogenei a causa della mancata implementazione a livello regionale e locale, tanto che in diverse regioni italiane i MMG che lavorano da soli sono ancora la maggioranza².

Mai come in questo momento i MMG si trovano in difficoltà di fronte a un aumentato carico di lavoro dovuto sia all'invecchiamento della popolazione, con pazienti quindi di più complessa gestione, che all'aumentata burocratizzazione del lavoro, spesso dovuta agli interventi della parte pubblica per contenere la spesa, cosa che confligge con un contratto che, essendo in larga parte basato sulla quota capitaria, impedisce in molti casi un'adeguata funzione di gatekeeping per il timore delle revoche. In uno scenario quale quello descritto, i segnali di disaffezione e di scarsa attrattività della professione sono sempre maggiori, con i giovani che preferiscono una specializzazione accademica al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) e alla convenzione, e gli anziani che appena possibile anticipano il pensionamento, contribuendo entrambi i fenomeni a determinare la carenza di MMG su tutto il territorio nazionale. Rispetto a questa nuova realtà occorre quindi una visione di sistema e di servizio radicalmente diversa, che prenda atto dei limiti manifesti della scelta fatta in passato, quella di affidare un pilastro fondamentale del SSN quale è quello delle cure territoriali a un corpo di liberi professionisti in convenzione, e pertanto fuori dal SSN, scelta che appare ormai inadeguata.

Un SSN efficiente non può prescindere dall'unificazione contrattuale di tutti gli operatori che vi lavorano, in particolare con la previsione che tutti i MMG, cominciando dai giovani a inizio carriera, siano progressivamente inseriti nel SSN come dipendenti con inquadramento nel ruolo della Dirigenza Medica, lasciando la possibilità di scelta ai MMG già in convenzione. Ciò consentirebbe di realizzare quell'integrazione organizzativa necessaria a fronteggiare le mutate esigenze, e contestualmente di garantire ai MMG i diritti e le tutele dei lavoratori e con questi il giusto equilibrio vita-lavoro che, insieme ad altri interventi, possano restituire attrattività alla professione. Sarà pertanto fondamentale rimuovere modelli organizzativi radicati che hanno ormai assunto un vero e proprio ruolo di disfunzioni del sistema.

Il "Documento di Posizione" che ci accingiamo a leggere, curato da un movimento indipendente di medici delle cure primarie favorevoli al nuovo paradigma descritto, nasce con la finalità di aprire le menti di tutti gli attori coinvolti all'approfondimento dei temi, alla riflessione e al cambiamento. Il documento vuole essere anche una sorta di "policy brief", un suggerimento per i decisori politici che sono chiamati a fare delle scelte che incideranno sul nostro sistema socio-sanitario per i prossimi 50 anni assumendosi per questo una forte responsabilità politica trattandosi di scelte che rivestono indiscutibilmente un interesse nazionale.

ATTRATTIVITÀ DELLA PROFESSIONE DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE³

Come evidenziato nelle considerazioni introduttive, i limiti dell'attuale modello organizzativo delle cure primarie si fondono con la sempre minore attrattività della professione di Medico di Medicina Generale identificata come la causa principale sia della loro carenza che della loro cattiva distribuzione geografico-territoriale⁴. Per questo una delle sfide da vincere nel breve periodo è quella di restituire attrattività a tale professione.

Il problema affonda le sue radici nella percezione che l'assistenza sanitaria primaria non sia un'opzione di carriera "attraiva"⁵. Per gli operatori sanitari, l'attrattività è principalmente legata all'ambiente di lavoro, alle condizioni di lavoro e all'equilibrio tra lavoro e vita privata. Nella maggior parte dei contesti tutto ciò è rafforzato da sostanziali differenze formative, retributive e di status professionale tra specialisti e MMG a sfavore di questi ultimi. A tutto questo si aggiunge il fatto che in alcuni paesi europei fra i quali l'Italia, la Medicina Generale non è riconosciuta come specialità medica che non è richiesta per essere accreditato come MMG⁶. Non sorprende che questa immagine negativa si rifletta nelle preferenze degli studenti di medicina nella scelta di altri indirizzi professionali.

Le strategie più efficaci per migliorare l'attrattività dell'assistenza sanitaria primaria possono essere ricondotte alla combinazione di una serie di interventi quali:

- la formazione degli studenti di medicina, che si avvalga di programmi educativi diversificati oltre

all'insegnamento tradizionale, come workshop, tirocini clinici e tutoraggio⁴. Le scuole di medicina possono svolgere un ruolo importante nell'aumentare l'attrattività delle cure primarie tra gli studenti di medicina facendo conoscere tale realtà fin dalle fasi iniziali del percorso formativo, ad esempio attraverso la presenza di un dipartimento di medicina di famiglia all'interno della scuola⁷;

- le condizioni di lavoro, a partire da una adeguata remunerazione cominciando dal periodo formativo, che è l'intervento più efficace per attirare studenti di medicina e medici verso le cure primarie. I professionisti rispondono positivamente anche a incentivi collegati alla qualità del lavoro, comprese le opportunità di sviluppo professionale, la collaborazione interprofessionale, l'autonomia professionale e un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata. Le condizioni di lavoro riguardano diversi aspetti, dall'orario di lavoro alla retribuzione e finanche al luogo, alle condizioni generali dell'ambiente di lavoro nel quale si svolge l'attività. Questi aspetti svolgono un ruolo importante nel reclutamento e nel mantenimento dei professionisti delle cure primarie⁸. L'equilibrio tra lavoro e vita privata è un elemento importante della qualità del lavoro. Vari fattori contribuiscono a facilitare questo equilibrio, tra cui l'orario di lavoro e la disponibilità di congedi retribuiti o il congedo di maternità/parentale, la fornitura di opportunità di assistenza per i figli e l'uso di orari di lavoro flessibili. In considerazione della femminilizzazione della forza lavoro dei medici di assistenza sanitaria primaria, soddisfare le esigenze in evoluzione dei medici di base focalizzati sulla famiglia è di particolare importanza per il reclutamento e il mantenimento dei MMG^{9,10,11,12};
- i modelli organizzativi, che tengano in considerazione la tipologia dei luoghi di lavoro, il lavoro in team multidisciplinari, lo sviluppo della leadership clinica, l'integrazione dei servizi, le possibilità di carriera e sviluppo. Un ulteriore aspetto che influenza l'attrattività delle cure primarie è il modello di cure primarie. I team multidisciplinari possono aumentare l'attrattività per le cure primarie. Lo sviluppo di reti interdisciplinari locali può ridurre l'isolamento professionale e può fornire interessanti opportunità di formazione¹³. In generale, i medici di famiglia più anziani (50+) preferiscono lavorare in studi individuali, mentre i loro colleghi più giovani preferiscono lavorare in studi condivisi. Nel complesso sembra esserci una preferenza, soprattutto tra la popolazione attiva più giovane, per un modello di "sportello unico", in cui tutti i servizi di assistenza primaria possono essere serviti nello stesso edificio. Pertanto, incoraggiare l'organizzazione di esercizi di gruppo in studi multidisciplinari, centri sanitari comunitari o gruppi di MMG può avere un effetto positivo sull'attrattività delle cure primarie, soprattutto in considerazione della sperimentata mancanza di opportunità di consulto e supporto tra pari da parte di molti MMG¹⁴;
- interventi rivolti ad attirare i MMG verso le aree rurali o disagiate, quali l'iscrizione di studenti provenienti da zone rurali (è stato costantemente riscontrato che gli operatori sanitari provenienti da un ambiente rurale hanno maggiori probabilità di esercitare nelle zone rurali), rotazioni cliniche in ambienti rurali per gli studenti di medicina, supporto familiare, incentivi finanziari durante la formazione post-laurea (borse di studio) e anche successivamente. Però, affinché gli incentivi finanziari funzionino, è stato osservato che l'importo del sostegno finanziario fornito deve essere sufficientemente allettante^{15,16,17,18,19,20}.

La necessità di rendere più attrattiva la professione per far fronte alla carenza di personale è stata recentemente ribadita anche da WONCA Europe²¹.

STORIA DEL MOVIMENTO E OBIETTIVI

Il “Movimento MMG per la Dirigenza” è nato spontaneamente nel 2020, per iniziativa di alcuni MMG indipendenti estesi poi su tutto il territorio nazionale. La nascita di tale movimento è avvenuta contestualmente all’istituzione da parte del Consiglio Europeo di un piano di ripresa definito “Next Generation EU” e di un fondo di ripresa a esso collegato definito “Recovery Fund”, in risposta alla crisi socio-sanitaria che tutti i paesi europei stavano affrontando in quel momento a causa della pandemia da Covid-19, crisi che ha mostrato quanto l’Italia necessitasse di un potenziamento dell’assistenza territoriale.

Strumento attuativo per accedere a tale fondo di ripresa è stato il “Recovery Plan”, meglio noto in Italia come “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR), articolato in 6 aree tematiche strutturali di intervento definite “missioni” di cui la n° 6 dedicata alla Salute con l’obiettivo di riorganizzare il SSN e le cure primarie in particolare rafforzando e sviluppando le reti di prossimità e i presidi territoriali, nonché l’apparato digitale di tutto il sistema promuovendo inoltre la formazione del personale sanitario e la ricerca scientifica.

Obiettivo di questo movimento fin dalla sua nascita è stato quello di contribuire con la sua *visione al rinnovamento del sistema delle cure primarie/territoriali e alla ridefinizione della figura professionale del MMG* evidenziando dall’interno i limiti del sistema attuale, promuovendo e alimentando inoltre un movimento di opinione relativo in particolare a:

- superamento del percorso formativo del CFSMG bandito dalle Regioni ed espletato dagli Ordini dei Medici da sostituirsi con un Corso Universitario di Specializzazione;
- superamento dello status lavorativo di MMG convenzionato da trasformarsi nello status giuridico professionale di medico dipendente del SSN con la qualifica di Dirigente Medico con tutte le funzioni del ruolo;
- identificazione delle Case della Comunità (CdC), secondo il DM 77/2022, quale luogo di lavoro dei MMG in ragione dell’inadeguatezza infrastrutturale e funzionale degli attuali studi professionali privati dei MMG rispetto alle mutate esigenze sia ordinarie che straordinarie del SSN nel suo ambito territoriale oltre che come sedi per l’implementazione del modello della medicina di comunità/prossimità per le cure primarie.

UNO SGUARDO ALL'EUROPA

I paesi europei differiscono per lo status occupazionale dei MMG. Nei seguenti 18 paesi i MMG sono prevalentemente liberi professionisti: Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, **Danimarca**, Estonia, Germania, Ungheria, **Irlanda**, **Italia**, Lettonia, Lussemburgo, **Norvegia**, Romania, Slovacchia, Svizzera, Turchia europea, Paesi Bassi e **Regno Unito**. In questi paesi la grande maggioranza dei MMG ha solitamente accordi/contratti con un'assicurazione sanitaria o con un'autorità sanitaria²².

In **Finlandia**, **Islanda**, **Lituania**, **Polonia**, **Portogallo**, **Slovenia**, **Spagna** e **Svezia** tutti o la maggior parte dei MMG sono dipendenti dalle autorità nazionali, regionali o locali. Nella maggior parte di questi paesi l'assistenza sanitaria è finanziata attraverso i bilanci governativi (fiscalità generale)²².

Nel Regno Unito una parte rilevante di MMG (GPs salaried) sono dipendenti di altri MMG liberi professionisti (GPs partner) o di altri appaltatori non medici.

In grassetto sono evidenziati quei paesi che si sono dotati di un SSN sul cd. modello Beveridge, gli altri afferiscono invece al cd. modello Bismarck basato sulle assicurazioni sociali di malattia. La Svizzera si distingue per aver adottato il sistema dell'assicurazione nazionale obbligatoria²³.

Lo schema di pagamento dei MMG che lavorano in modo indipendente è solitamente un mix di quota capitaria e pagamento a prestazione. Viene segnalato il pagamento esclusivamente a prestazione per Cipro, Francia e Svizzera. Nella metà dei paesi con MMG dipendenti questi hanno uno stipendio fisso mentre nell'altra metà alla base fissa prevalente si associa una minima parte collegata alle prestazioni effettuate e/o ad una quota capitaria.

Rappresentiamo ora il caso emblematico del Regno Unito dove da alcuni anni è in corso una profonda riflessione sul modello di SSN adottato oltre settant'anni orsono (1948), riguardo all'opportunità di transitare da un modello basato su MMG liberi professionisti imprenditori, piccoli ambulatori privati e medicina d'attesa verso un modello basato su MMG dipendenti dello Stato, grandi infrastrutture statali e medicina proattiva di prossimità.

L'importanza di questo esempio per il nostro Paese, che trent'anni dopo, nel 1978 (L. 833), si è ispirato a tale modello per la costituzione del suo SSN, è fondamentale per fare tesoro di quanto sta accadendo in quella realtà in vista della riforma del SSN italiano. Quello che accadrà in Italia se si continuerà a insistere sul modello libero professionale convenzionato dei MMG, peggio se declinato in maniera "imprenditoriale" come si legge, è già visibile nel Regno Unito che normalmente ci precede nelle esperienze. Sarebbe un gravissimo errore non tenerne conto.

Nel Regno Unito i Medici di Medicina Generale possono lavorare come liberi professionisti (partner) in convenzione con il National Health Service (NHS) e che possono lavorare in società tra di loro, o

come dipendenti, che ricevono un salario su base oraria e possono essere assunti dai partner stessi o anche da società private.

Il modello della partnership è da anni in crisi per via di un aumentato carico di lavoro, in un contesto di aumentata richiesta di visite mediche e di aumentata complessità dei problemi presentati dai pazienti, che non trova sufficiente compensazione dalla remunerazione a quota capitaria, pesata per alcuni fattori relativi ai pazienti, ma che resta fissa rispetto all'aumentato carico di lavoro. Pertanto il numero dei partner è in netta diminuzione e molti MMG preferiscono essere dipendenti tanto da giungere alla richiesta che sia data a tutti i MMG la possibilità di essere assunti come dipendenti del NHS^{24,25,26}.

L'idea di dare la possibilità ai "General Practitioners" (GPs) di diventare dipendenti del NHS si è intrecciata poi con quella di poterli così contestualmente farli lavorare in maniera integrata in un "SSN di prossimità", che possa meglio prendere in carico i pazienti e migliorare la qualità delle cure offerte.

A documentare tale proposta di transizione si riporta nel box di seguito traduzione e sintesi di un rapporto sulla situazione attuale del SSN inglese e sulle progettualità in corso, prodotto dall'IPPR – Institute for Public Policy Research nel 2020²⁶.

In Inghilterra la Medicina Generale necessita di cambiamenti fondamentali. Ciò è evidenziato da quattro fattori principali: variabilità nella qualità dell'assistenza, difficoltà nell'accesso alle cure, invecchiamento della popolazione, riduzione della forza lavoro per via dello stress dovuto all'aumentato carico di lavoro.

I pazienti richiedono sempre più che le cure siano preventive, integrate, accessibili e personali.

Il nostro modello attuale non è più adatto allo scopo: non è impostato per reagire a questi cambiamenti e soddisfare le mutate aspettative. La maggior parte dell'assistenza primaria viene ancora fornita da piccoli studi indipendenti di MMG in un modello di "industria artigianale" (di solito un piccolo gruppo di MMG collabora con infermieri e un po' di supporto amministrativo in uno studio di proprietà privata). Questa è un'eredità ricevuta alla creazione del SSN che ha visto i MMG rimanere come appaltatori indipendenti (piccole imprese in partenariato) piuttosto che affrontare la nazionalizzazione come hanno fatto molti ospedali.

La medicina generale indipendente su piccola scala limita il tipo di assistenza che il sistema di cure primarie è in grado di offrire. Questo sistema spesso non è in grado di offrire un accesso rapido e senza interruzioni al team più ampio di assistenza primaria (ad esempio supporto per la salute mentale, farmacia, ecc.).

L'alternativa è l'assistenza primaria basata su organizzazioni e strutture più grandi. Secondo questo modello, come risultato delle economie di scala, è possibile oltre che conveniente investire in orari di apertura più ampi, diagnosi e cure nella comunità e dotarsi di un team più ampio di professionisti sanitari per supportare il MMG nella fornitura di cure integrate.

Il più grande ostacolo alla realizzazione del "SSN di prossimità" in Inghilterra è il modello di partnership e il contratto GMS. I MMG "partner" sono finanziati principalmente attraverso contratti nazionali chiamati GMS per la fornitura di servizi essenziali. Il finanziamento GMS è costituito dalla somma globale delle quote capitarie pesate per età, sesso dei pazienti e ad altri fattori. I partner finanziano i loro costi in questo modo e trattengono eventuali eccedenze come profitti. Questo non incentiva i MMG a innovare ed espandere l'offerta. Le recenti iniziative per offrire finanziamenti aggiuntivi alle federazioni, che hanno richiesto aumenti in ragione dell'erosione dei profitti per l'aumento dei costi, rappresentano un passo in avanti, ma alla fine proteggono un modello fallimentare.

Pertanto è necessario un "new deal" per la medicina generale per superare le criticità in essere, il quale dovrebbe essere composto da quattro principi chiave in tutta l'Inghilterra:

- ***Organizzare l'assistenza per fornire un "SSN di prossimità"***

Un "new deal" per la medicina generale riconoscerebbe che il modo migliore per lavorare insieme come una squadra è lavorare insieme in un'unica squadra. Il modo migliore per fornire assistenza integrata ai pazienti è che questa venga fornita da un centro di assistenza primaria integrato;

- ***Offrire a tutti i MMG il diritto di divenire dipendenti del SSN***

In particolare a tutti i MMG appena abilitati dovrebbe essere offerto un ruolo retribuito all'interno del SSN. Nel breve termine i MMG dovrebbero avere il diritto di rifiutare questa offerta (ad esempio per mantenere il loro modello di partnership), ma nel tempo i politici dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di porre fine a tale diritto. Ciò si basa sulle tendenze esistenti che si allontanano dal modello di partnership e sulla popolarità tra i cittadini di tale possibilità. Ciò può sembrare radicale. Ma in realtà sta già cominciando ad accadere. Il modello di partnership è in declino con il numero di partner che diminuisce di anno in anno. Anche nel breve periodo trascorso dalla pubblicazione del Five Year Forward View, i MMG dipendenti sono aumentati di 3.000 unità e ora costituiscono quasi un terzo di tutti i MMG, mentre il numero dei partner è diminuito in misura simile. Se queste tendenze continueranno al ritmo attuale, i MMG dipendenti diventeranno la maggioranza entro il 2026;

- ***Riformare i nuovi ruoli del MMG***

Questo allo scopo di creare progressione di carriera, tempo per l'assistenza e carichi di lavoro realistici. I carichi di lavoro dovrebbero essere ridotti di modo che il tempo così liberato sia

utilizzato per lo sviluppo della carriera, lo sviluppo di altre specializzazioni come la gestione, il mondo accademico o tipi specifici di assistenza (comprese le cure di fine vita e la salute mentale). I MMG desiderano sempre più flessibilità (ad es. una carriera che può comportare l'incarico, la ricerca o il lavoro in un altro settore delle cure) e un maggiore equilibrio tra lavoro e vita privata. Infine, ci sono preoccupazioni per la salute dei MMG a causa dello stress e del superlavoro: da un sondaggio condotto su 1.000 medici di famiglia è emerso che due su cinque hanno un problema di salute mentale. In particolare, essere un partner spesso comporta un onere amministrativo significativo e rischi finanziari che i MMG spesso non sono né formati né predisposti ad affrontare. Queste tendenze fanno da cornice alla nostra richiesta di procedere verso l'accoglienza dei MMG nella famiglia del SSN;

- ***Una trasformazione radicale delle infrastrutture di assistenza primaria***

Le infrastrutture di assistenza primaria rappresentano un ostacolo importante all'offerta del "SSN di prossimità". Quattro MMG su 10 ritengono che il proprio studio non sia adatto allo scopo, mentre il 70% ritiene che la propria sede sia troppo piccola per fornire più servizi. Ciò rende impossibile realizzare la visione di un'assistenza integrata basata su team multiprofessionali. Tutto questo non sorprende: molti MMG lavorano in case a schiera e bungalow che semplicemente non possono offrire un'assistenza integrata di comunità. Il modello libero professionale in partnership è al centro di questa crisi, con i MMG che possiedono e gestiscono il patrimonio immobiliare. Ciò ha contribuito a bassi investimenti nel settore con partner incapaci o riluttanti ad assumersi il rischio finanziario di investire nel settore dell'assistenza primaria e il SSN giustamente riluttante a fare grandi investimenti in quella che è essenzialmente proprietà privata.

02. Documento programmatico

FORMAZIONE ACCADEMICA

Si ritiene indispensabile e ormai improcrastinabile che la formazione del MMG, attualmente affidata ai CFSMG tenuti dalle Regioni molto spesso in collaborazione con gli Ordini dei Medici, organismi che non hanno certo finalità formative, avvenga all'interno di un corso di specializzazione accademica equiparandosi così alla gran parte dei paesi europei dove la formazione del MMG avviene nelle Università.

Nell'università italiana dal 1996 esiste già una scuola di specializzazione orientata alla medicina generale e alle cure primarie nel senso più ampio del termine, che è la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SSMCCP) istituita con Decreto MURST 3 luglio 1996 e poi riordinata dal Decreto Interministeriale MIUR-Salute n. 68 del 4 febbraio 2015 e dall'allegato ordinamento didattico. Tale percorso formativo già possiede i requisiti minimi europei per l'esercizio della medicina generale (Direttiva Europea 2005/35/CE, art. 28, commi 3 e 5), perché oltre alla gestione e direzione dei servizi territoriali, altri ambiti professionali di competenza di questa scuola sono la medicina clinica generale e le cure primarie. A tutto questo con il DM 11 agosto 2020 si è aggiunta la competenza di tali specialisti nell'ambito delle cure palliative. Ma ad ulteriore completamento di tale core curriculum si propone che in esso confluisca il CFSMG con le sue specificità per arrivare alla creazione di una scuola di specializzazione unica e segnatamente ad una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie (SSMGCCP) che preservi comunque l'equipollenza con la SSMCCP. Questo garantirebbe una formazione uniforme, completa e certificata, dei futuri medici di assistenza primaria alla quale contribuirebbero docenti sia ospedalieri che del territorio con adeguato curriculum formativo, e consentirebbe l'unificazione delle carriere fra le due attuali realtà (MMG e specialisti in MCCP) in considerazione del fatto che il CFSMG è attualmente, per legge, il solo titolo abilitante alla professione di MMG. Alla luce di tutto questo apparirebbe come un passo indietro e uno spreco di risorse costituire una scuola di specializzazione ex-novo.

Sarà questo il titolo necessario perché questa nuova figura specialistica possa esercitare la sua professione tanto nelle Sedi Distrettuali con compiti organizzativi, gestionali, di coordinamento e di vigilanza, che nelle CdC/OdC (e nella transizione, anche negli ambulatori medici sul territorio) con

compiti clinici, che nelle Università per attività di insegnamento e ricerca scientifica. Questo offrirà la possibilità di ampliare e diversificare gli sbocchi di carriera formalizzando così un percorso di crescita professionale attualmente fuori dalle prospettive del MMG a causa del totale appiattimento dell'impostazione del percorso professionale del medico convenzionato con il SSN per come è oggi (la carriera del MMG inizia e termina nello stesso modo).

Accanto al suddetto corso di specializzazione riteniamo indispensabile la creazione di un Settore Specifico Disciplinare (SSD) per la Medicina Generale, Cure primarie e di Comunità come anche la creazione di un analogo Dottorato di Ricerca con il pieno inserimento della disciplina in omologhi Dipartimenti Universitari, che potrebbero essere anche sede della formazione di tutti gli altri operatori destinati ad essere impiegati nell'ambito delle cure primarie. Le attività pratiche andranno inderogabilmente svolte all'interno delle CdC e comunque presso i luoghi di lavoro dei MMG tutor. Questo tipo di formazione, come già accennato, consentirebbe anche di dare slancio alla ricerca scientifica peculiare dell'ambito delle cure primarie che in Italia non è stata mai sviluppata.

Come logica evoluzione di questo progetto formativo si auspica l'inserimento della materia di "Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie" nel programma d'insegnamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia sia perché trattasi di una disciplina assolutamente originale non assimilabile a nessuna delle altre materie di studio, sia perché propedeutica alle scelte professionali consapevoli del futuro medico che non può non essere introdotto alla conoscenza approfondita dell'ambito delle Cure Primarie/Territoriali e delle sue particolarità, se è vero come è vero che questo rappresenta il primo punto di contatto con il SSN da parte dei cittadini e pertanto il primo dei due pilastri di cui si compone il SSN stesso. Non è più solo pensabile che questo insegnamento, oggi, non diventi strutturale in tutte le Università italiane.

Nelle more di questa transizione, crea perplessità la possibilità che i medici del CFSMG svolgano assistenza primaria "a ciclo di scelta" in completa autonomia prima ancora di aver concluso l'iter formativo e verificato l'acquisizione delle competenze, alla stessa stregua dei più esperti MMG. Questa possibilità, fino ad oggi espressamente negata, viene oggi consentita come soluzione emergenziale in risposta alla carenza di MMG e non certo per l'interesse formativo del corsista, etichettandola paradossalmente come "formazione-lavoro". Infatti tale metodologia formativa non è propriamente applicabile al contesto della medicina generale perché, per ovvi motivi, dovrebbe essere svolta in stretta connessione temporo-spaziale (quindi con supervisione diretta) con la figura del MMG formatore, cosa quasi impossibile da realizzare. E' di tutta evidenza che una formazione-lavoro che non preveda un reale affiancamento, non solo non consente la graduale crescita professionale del corsista e la sua graduale assunzione di responsabilità, ma soprattutto potrebbe recare pregiudizio alla sicurezza dei pazienti e al diritto costituzionale del cittadino di fruire di un servizio sanitario di qualità. Auspichiamo che tale "soluzione" non diventi strutturale.

In definitiva riteniamo che solo partendo da una ristrutturazione della formazione come qui descritta si possa intraprendere quel percorso di rivalorizzazione della professione del MMG che possa rendere nuovamente attrattivo questo sbocco di carriera.

STATUS GIURIDICO PROFESSIONALE

I vantaggi della dipendenza

Riteniamo indispensabile che i medici dell'assistenza primaria cambino il loro status giuridico professionale da medici convenzionati a medici dipendenti del SSN con la qualifica di Dirigenti Medici come avviene per i medici ospedalieri. Tale status giuridico è adottato già in diversi Paesi europei (Spagna, Portogallo, Svezia, Finlandia, Islanda, Polonia, Lituania, Slovenia)²².

Le motivazioni alla base di tale esigenza, con utilità tanto per il SSN che per i medici e per i cittadini, sono numerose perché lo status di MMG dipendente:

a. consentirebbe l'unificazione contrattuale di tutti gli operatori del SSN

con la ricaduta positiva di rendere il sistema maggiormente governabile. L'esistenza di diversi inquadramenti contrattuali con cui esercitano i diversi professionisti della salute (convenzionato e dipendente, e pertanto, parasubordinato e subordinato) rende per questo difficoltosa l'organizzazione dell'assistenza e ostacola la costituzione dei team multiprofessionali. Con particolare riguardo al MMG, dall'istituzione del SSN del 1978 ad oggi, ben 45 anni orsono, lo status contrattuale è quello di un professionista parasubordinato convenzionato con il SSN, la cui attività è regolamentata nel perimetro degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e degli Accordi Integrativi Regionali (AIR). Questo comporta una contrattazione continua con la parte pubblica, spesso conflittuale, su ogni aspetto della professione (economico, organizzativo, assistenziale, etc.) con le ovvie conseguenze che diventano particolarmente gravi dal momento che occorre puntare su un sistema di cure primarie integrato, efficace ed efficiente. Inoltre l'effetto di tale contrattazione a livello regionale si traduce in un impianto spesso notevolmente diverso dell'attività professionale del WMMG nelle diverse regioni d'Italia, sia per quanto al trattamento economico che per quanto alle modalità di lavoro la cui variabilità si riverbera sui livelli di assistenza ai cittadini, sui carichi di lavoro e sugli utili economici del medico. Basti solo pensare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, al fatto che in alcune regioni i MMG ricevono importanti indennità per l'assunzione di personale di studio (segretariale ed infermieristico) ed in altre no, e che dove tali indennità vengono erogate non tutti i medici ne godono per indisponibilità dei fondi, o ancora alla diversa valorizzazione delle prestazioni che il MMG eroga (vaccinazioni, medicazioni, terapia infusionale, etc.) o agli incentivi sull'appropriatezza prescrittiva introdotti recentemente. Disuguaglianze inaccettabili sia dal punto di vista del medico-lavoratore che dal punto di vista della qualità del servizio offerto;

b. consentirebbe a tutti i MMG di godere dei diritti e delle tutele dei lavoratori

al pari dei colleghi ospedalieri (ferie, congedi, permessi retribuiti, part-time, diritto allo studio, sicurezza sul lavoro, malattia, infortunio, maternità/paternità, allattamento, indennità di richiamo alle armi, permessi per cariche pubbliche ed elettive, contributi figurativi, trattamento pensionistico della dirigenza, ...), tanto più importanti per le donne-medico che numericamente hanno già sopravanzato i loro colleghi uomini;

c. porterebbe ad una retribuzione prevalentemente “a salario”,

equiparabile a quella della dirigenza ospedaliera (caratterizzata dall’essere piena e quantificabile fin dal primo giorno di servizio, su base oraria, equa fra pari, con scatti di anzianità, indennità varie, tredicesima mensilità e TFR).

Questo consentirebbe di:

1. *abbandonare il sistema di retribuzione a quota capitaria* (che potrebbe essere conservata solo per una minima parte dello stipendio come avviene in Spagna e in Portogallo) che costituisce la modalità di pagamento del MMG convenzionato, che in troppi casi genera la sudditanza del medico rispetto alle richieste spesso pressanti del paziente e condiziona in modo rilevante l’appropriatezza prescrittiva con tutte le conseguenze immaginabili sul gatekeeping, sulla spesa sanitaria e non ultimo nei rapporti fra colleghi. L’abbandono del sistema a quota capitaria o la sua consistente limitazione, grazie al miglioramento indiretto dell’appropriatezza delle prestazioni, consentirebbe enormi vantaggi economici indiretti per il SSN con la possibilità di recuperare parte degli investimenti;
2. *poter limitare la quota per servizi*, che può determinare un aumento non sempre giustificato delle prestazioni;
3. *di poter evitare la variabilità dello stipendio dipendente dalla quota capitaria e dagli effetti distorsivi di quote legate ad eventuali obiettivi di processo e di esito* (farmacoeconomia, prestazioni di diagnostica, riduzione accessi PS, miglioramento indicatori di salute, formazione, tutoraggio, incontri per audit condiviso, self-audit, domiciliarietà, residenzialità, telemedicina, progetti, ricerca clinica, statistiche, vaccinazioni, ...). Tale sistema di pagamento è identificabile con il termine di “Pay for Performance” (P4P);
4. *poter garantire una qualità dell’assistenza prevedibile* in quanto il sistema P4P è ritenuto dalla letteratura internazionale come molto complesso da realizzare e da monitorare, oltre che difficile da valutare in termini di reale impatto sulla qualità delle cure, spesso descritta come non elevata. Un pannello troppo ampio di obiettivi sarebbe mediamente difficile da seguire da parte dei medici portandoli alla demotivazione ovvero alla scelta solo degli obiettivi più remunerativi o più semplici da raggiungere, mentre un pannello con un limitato numero di indicatori potrebbe portare a trascurare gli aspetti delle cure non misurati o incentivati. Inoltre la quota legata ad obiettivi non dovrebbe essere così ampia da dirottare sforzi eccessivi sugli aspetti incentivati delle cure²⁷. Il sistema di pagamento P4P, in quanto collegato ad incentivi economici, può infatti “spiazzare” la motivazione intrinseca alla miglior pratica clinica normalmente presente nei medici, mentre il pagamento “a salario” preserva tale motivazione e riesce a realizzare una migliore qualità complessiva delle cure²⁹.

A tale proposito va ricordato che la medicina generale è la “medicina della complessità”, quella che deriva dalla gestione di pazienti affetti da malattie croniche e da multimorbilità, per le quali il meccanismo di P4P non è il migliore per garantire un’assistenza di alta qualità. Crediamo pertanto che per evitare tali possibili effetti distorsivi il pagamento “a salario” debba costituire la parte preponderante della remunerazione del medico;

d. consentirebbe una maggiore collaborazione tra colleghi

grazie al deciso cambio di paradigma verso il lavoro in associazione all'interno di sedi uniche e pertanto anche alla maggiore possibilità di individuare pratiche condivise (comportamentali, prescrittive, gestionali, ...). L'attuale sistema, basato ancora in prevalenza su studi singoli, non consente questo;

e. migliorerebbe il rapporto di fiducia con il paziente

grazie all'implementazione dei team multiprofessionali in grado di generare migliori risultati di salute e maggiore soddisfazione dei pazienti³⁰, e alla collaborazione tra colleghi. Va detto che il rapporto di fiducia medico-paziente da diversi anni sta vivendo una crisi profonda e nessun medico può ritenersi escluso. Le cause di tale crisi relazionale sono numerose e complesse, e spesso nascono paradossalmente proprio dai progressi della medicina: dalla mancanza di tempo dei medici sempre più oberati dai carichi di lavoro, dal consumismo sanitario, dalla sottovalutazione della generalità rispetto alla specialità, dall'ampliamento degli strumenti diagnostici, dalle numerose leggi e norme a tutela dell'appropriatezza prescrittiva e tanto altro³¹. Tutto questo sta mettendo a dura prova la tenuta della relazione medico-paziente e la sua continuità, che sono alla base del rapporto di fiducia come sinora conosciuto. Di più, al MMG è demandata l'applicazione di norme che l'assistito vive come lesione dei propri diritti con la conseguenza che la mancata prescrizione di farmaci non rimborsabili, la mancata prescrizione di accertamenti diagnostici per assenza di giusta motivazione (obbligatoria per legge) o la richiesta di certificazioni di malattia improprie, operazioni spesso delegate al MMG, che rientrano sempre più frequentemente tra le cause di revoca "immediata e senza necessità di motivazione" del medico che per questo si trova in condizioni di subordinazione. La crisi di tale relazione è facilitata dal comportamento spesso disomogeneo tra colleghi rispetto a tali aspetti che l'isolamento professionale del MMG convenzionato facilita;

f. consentirebbe comunque la possibilità della libera scelta del medico da parte del paziente

come avviene in quei paesi europei dove i MMG sono dipendenti (Spagna, Portogallo, ...); a titolo esemplificativo attraverso il link seguente è possibile entrare nel portale della comunità di Madrid dal quale è possibile simulare la scelta del proprio MMG in un qualsiasi "Centro de Salud" dell'area interessata: "<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/libre-eleccion-sanitaria>³²";

g. consentirebbe al SSN di garantire con certezza la capillarità dell'assistenza

perché il numero dei medici di assistenza primaria è in costante diminuzione: 1) per l'effetto combinato del sempre maggiore numero dei pensionamenti non adeguatamente compensato dai subentri per il disallineamento rispetto ai nuovi laureati; 2) per la sempre minore attrattività di questa professione per un complesso di motivi. Questo non consente più la copertura capillare del territorio in particolare al di fuori dei grossi centri urbani perché tali sedi sono sempre meno opzionate dai

giovani medici. Il SSN con i suoi MMG dipendenti sarebbe in grado di mettere in campo modelli di assistenza anche nelle zone disagiate e per questo meno appetibili, come accade in paesi europei quali Spagna o Portogallo;

h. consentirebbe di acquisire l'autonomia professionale del Dirigente Medico

atteso che in ragione del rapporto di lavoro parasubordinato con le ASL e della conseguente sempre maggiore regolamentazione amministrativa e normativa della sua attività (percepita come ostacolo alla libertà del libero professionista), il MMG convenzionato gode sempre meno dell'autonomia professionale del vero operatore sanitario autonomo³³ ;

i. consentirebbe al medico di svolgere esclusivamente attività clinica

senza doversi occupare e preoccupare di aspetti gestionali legati all'eventuale necessità di doversi avvalere di o peggio dover costituire società cooperative o di servizio, e di tutte le incombenze e controlli che queste comportano. Tali attività caratterizzano piuttosto attività di tipo imprenditoriale cui il medico non è certamente normalmente né vocato né preparato;

l. consentirebbe di azzerare tutte le voci di spesa per l'esercizio della libera professione

convenzionata che sono numerosissime e gravano sul MMG a partire dal primo giorno di attività quando lo stipendio è ancora zero essendo questo legato alla quota capitaria. A titolo esemplificativo ma non esaustivo si elencano tali voci di spesa: acquisto/leasing/mutuo/affitto studio professionale, arredo/attrezzature/strumenti medicali, climatizzazione, hardware, software, piattaforme informatiche per telemedicina, acqua, luce, gas, telefono, Internet, TARI, rifiuti speciali, pulizie ordinarie, stipendio segretaria/infermiere, manutenzione ordinaria/straordinaria, sanificazione ambientale, adempimenti sicurezza, adempimenti privacy, commercialista, consulente del lavoro, assicurazioni, cooperativa, materiale per medicazioni, materiale di consumo/cancelleria, carburante, medico sostituto. Sono costi in costante aumento a causa dell'inflazione e non compensati dal mancato incremento contrattuale degli emolumenti ormai da anni; possono essere assorbiti solo da quei MMG, che non sono certo la maggioranza, che svolgono attività professionali parallele a quella convenzionata con il SSN. Peraltro il passaggio di tali incombenze al SSN consentirebbe di realizzare economie di scala e soluzioni gestionali qualitativamente migliori.

m. consentirebbe di eliminare il "rischio d'impresa"

comunque insito nell'attività del MMG per quanto in convenzione, essendo a suo carico pressoché tutti i fattori di produzione utili all'erogazione del servizio (vedi voci di spesa). Tale rischio d'impresa è tanto più alto quanto maggiore è l'investimento in modo particolare in infrastrutture ed organizzazione e tanto più alto quanto più limitate sono le possibilità di guadagno. Infatti va tenuto ben presente che l'attività del MMG non è assimilabile a quella di un vero libero professionista perché in ragione del tipo di rapporto di lavoro intrattenuto con il SSN

inquadabile come lavoro parasubordinato, i guadagni del MMG convenzionato non possono crescere oltre un certo limite. Basti pensare a come, di fronte ad una fase di inflazione, un vero libero professionista possa tutelarsi aumentando le tariffe professionali, possibilità che resta preclusa al MMG. Il rischio d'impresa aumenta poi considerevolmente se l'investimento viene fatto in associazione/società con altri investitori in ragione della possibile instabilità di tali aggregazioni;

n. consentirebbe di migliorare la qualità della vita

perimetrando l'attività professionale all'interno degli orari di servizio e degli altri diritti e tutele del personale dipendente. Un grosso pregiudizio in tal senso riviene da quella che potremmo definire come la "sindrome da smartphone", condizione di stress determinata dall'eccesso di messaggi, email, utilizzo del telefono senza soluzione di continuità che affligge il MMG convenzionato (per la particolare natura del suo rapporto con i pazienti) da quando è diventata consuetudine quella di utilizzare applicazioni di messaggistica elettronica introdotta durante la recente pandemia. Il medico dipendente potrebbe vedersi riconosciuto il "diritto alla disconnessione" oggi negato al medico convenzionato.

Previdenza

Non esiste nessun pregiudizio nel passaggio alla dipendenza del MMG in termini previdenziali. I contributi già versati passerebbero integralmente dall'ENPAM all'INPS e quelli da versare andrebbero direttamente all'INPS anziché all'ENPAM.

Ciò detto, anche dal punto di vista pensionistico riteniamo più vantaggioso lo status giuridico professionale di medico dipendente del SSN la cui aliquota pensionistica attuale è del **32,65%** (nella misura del **8,85%** a carico del medico e del **23,8%** a carico del SSN) a fronte del versamento contributivo del MMG convenzionato che è invece del **25%** (nella misura del **14,625%** a carico del medico e **10,375%** a carico del SSN).

Appare quindi evidente che sia di gran lunga preferibile il passaggio alla dipendenza del MMG, perché come si può ben vedere il contributo dello Stato nel costruire la futura pensione è maggiore per i medici dipendenti rispetto a quelli convenzionati.

CASE DELLA COMUNITÀ ED ORGANIZZAZIONE

Medicina di prossimità

La medicina di prossimità è una modalità di assistenza in cui ci si avvicina proattivamente alle persone per promuovere la loro salute, prevenire e diagnosticare precocemente le patologie, fornendo cure e prestazioni socio-sanitarie ai cittadini, anziani, fragili e malati cronici attraverso strutture, servizi e operatori proattivi, presenti sul territorio e vicini alla comunità³⁴.

Deve essere ben chiaro che il concetto di prossimità esprime un modello di erogazione dell'assistenza ed in esso una relazione, non solo una "minima distanza" misurabile con parametri come il metro.

Si tratta quindi di un modello di cure primarie orientato alla prevenzione, alla medicina di iniziativa, alla studio del territorio e dei suoi determinanti di salute, alla crescita della cultura sanitaria ed al coinvolgimento dei pazienti in particolare attraverso l'assistenza territoriale nella comunità di riferimento e/o a domicilio sulla base dei principi della Comprehensive Primary Health Care (C-PHC) enunciati nel documento OMS "The world health report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever"³⁵, redatto in occasione del 30° anniversario dalla Dichiarazione di Alma Ata, sostenuti e divulgati in Italia dalla "Campagna Primary Health Care" con il "Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia"³⁶.

L'esigenza di implementare l'approccio di prossimità nasce dalla transizione demografica, epidemiologica e sociale in atto cui consegue una crescente domanda di salute per rispondere a bisogni complessi e complessivi dei pazienti cronici. Per gestire al meglio tali pazienti non è sufficiente il tradizionale approccio della medicina d'attesa che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato ed è impossibile restaurare la condizione di salute originaria³⁶;

Come dimostrato in letteratura, servizi sanitari fondati su un sistema di cure primarie solido e ben organizzato dal punto di vista di una assistenza di prossimità capillare e vicina alla comunità sono associati ad una maggiore equità nell'accesso ai servizi essenziali, a migliori risultati di salute della popolazione e non ultimo al contestuale contenimento dei costi³⁷.

Per realizzare tali obiettivi il PNRR supporta il potenziamento delle reti di prossimità, in particolare tramite la creazione di strutture e presidi territoriali come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e la telemedicina. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, l'investimento mira a prendere in carico il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni entro il 2026. Anche questo contribuirà molto alla realizzazione di un sistema di assistenza capillare.

Le case della Comunità

La recente pandemia ha evidenziato i limiti infrastrutturali degli studi professionali privati dei MMG definiti presidi del SSN all'interno dell'ACN della Medicina Generale del 24/04/2022 (art. 35 comma 1) dei quali se ne descrivono i pochi essenziali requisiti (art. 35 commi 2 e 3). Infatti durante la pandemia l'accesso agli studi dei MMG è stato fortemente limitato da questo aspetto oltre che dalla mancanza di dispositivi di protezione individuale. Pertanto si ritiene non possano più ambire a tale altisonante definizione studi che sulla base dei requisiti di cui sopra possono, e purtroppo spessissimo lo sono, essere costituiti anche da soli 2 ambienti con bagno senza ulteriori specifiche a cominciare dalla metratura, ed addirittura essere inseriti ai piani alti di appartamenti per civile abitazione. Né si comprende il motivo per cui altre strutture private convenzionate con il SSN giuridicamente assimilabili (poliambulatori, laboratori, etc.) debbano invece rispondere in maniera dettagliata quanto cogente a standard quali-quantitativi di ben altro livello.

Le CdC dal punto di vista infrastrutturale rispondono invece appieno alle esigenze ordinarie e straordinarie dell'assistenza territoriale. Come dimostrato dalla letteratura nazionale ed internazionale, la presenza di strutture del tipo delle CdC è in grado di ridurre gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri³⁸ e di ottenere migliori risultati nella gestione delle patologie croniche rispetto alle cure primarie standard, ottenendo tra le altre cose un miglioramento della qualità della vita correlata alla salute e il miglioramento di vari parametri biomedici³⁹. L'importanza fondamentale di dotarsi di idonee infrastrutture è stata ancora una volta recentemente ribadita dal Royal College of General Practitioners⁴⁰, che rappresenta e supporta i MMG (GPs/Family Physicians/Primary Care Physicians) su tutte le questioni chiave relative alla professione, e che con oltre 50.000 associati rappresenta il più grande organismo professionale di medicina del Regno Unito.

Altro obiettivo che si pongono le CdC è quello di essere presidi territoriali del SSN vicini al cittadino, obiettivo in verità irraggiungibile con la distribuzione di una CdC ogni 50.000 abitanti prevista nel DM 77/2022. Riteniamo molto più rispondente alle finalità di capillarità dell'assistenza e della "medicina di prossimità" la distribuzione delle Case della Salute (CdS) come previste dal DM 10/07/2007 (Ministro Livia Turco) che prevedeva una CdS ogni 10-15.000 abitanti, ma che non ha mai trovato piena attuazione. Pertanto strutture più piccole ma più razionalmente e capillarmente distribuite sul territorio. Condividiamo l'idea che le CdC implementate grazie al PNRR siano la fase iniziale di un progetto più ampio, che prevede un numero di strutture maggiore che vada a coprire in modo capillare ed efficiente tutto il territorio nazionale³⁷.

In tali strutture dovranno lavorare stabilmente i MMG di quel determinato comune a favore dei cittadini di quel determinato ambito comunale. Riteniamo giustificabile il modello Hub&Spoke solo qualora questo venga inteso come una suddivisione funzionale in base ai servizi offerti, ma non riteniamo invece ipotizzabile che i medici mantengano i propri studi privati, in forma singola o associata, con la funzione di CdC Spoke, e che oltre all'attività nel proprio studio vadano poi anche a svolgere

attività aggiuntive nelle CdC Hub, per di più non indirizzate ai propri assistiti. Crediamo in un sistema composto di CdC sia Hub che Spoke pubbliche, capillarmente diffuse sul territorio, nelle quali ogni medico sia assegnato ad un singolo presidio territoriale. E perché questo si possa realizzare è necessario che ogni comune d'Italia, dal più piccolo paese di montagna o isola minore alla grande città metropolitana, abbia da una a più strutture pubbliche rapportate al bacino d'utenza anche per le dimensioni che saranno di volta in volta sempre minori fino ad unità elementari (ad es. nel paesino di montagna) gestite da microteam costituiti solo dal MMG, infermiere di famiglia e personale di segreteria. Tale flessibilità del modello dimensionale dovrà anche rispecchiarsi nella semplificazione di alcuni requisiti attualmente previsti come obbligatori per le CdC Spoke nel DM 77/2022 e nel "Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di Comunità"⁴¹ come ad es. la presenza di "servizi ambulatoriali specialistici". Questo permetterebbe che ogni comune sia fornito di uno o più presidi, evitando che ci siano, come previsto in tale documento, CdC che possano servire anche più comuni, quandanche collocati in posizione baricentrica, con l'effetto di "scoprirne" altri.

Tale capillare distribuzione è pienamente rappresentata dal modello spagnolo in essere, costituito dai "Centros de Salud" e dai "Consultorios locales" (come si chiamano i piccoli centri di salute ubicati nei paesi con meno di 15.000 abitanti)⁴².

A tale proposito ed a solo scopo esemplificativo, la Spagna in un recente censimento (2021) conta complessivamente circa 28 strutture ogni 100.000 abitanti per un totale di poco più di 13.000 strutture fra centrali, periferiche e rurali, che coprono in maniera molto capillare l'intero territorio spagnolo nonostante sia molto più ampio di quello italiano (superficie territorio: Spagna 504.000 km², Italia 302.000 km²; densità di popolazione: Spagna 94 ab./km², Italia 196 ab./km²). Un esempio concreto della capillarità del SSN spagnolo è dato dal confronto fra due regioni che qui riportiamo:

Regione	Superficie Km ²	Popolazione milioni di abitanti	Densità ab./Km ²	Centri totali	Centros de Salud	Consultorios locales	Orografia
Castilla y Leon	94.226	2,4	25	3.897	247	3.650	Prevalentemente montuosa
Estremadura	41.634	1,0	25	526	111	415	Prevalentemente pianeggianti

La regione Castilla y León e la regione Estremadura hanno la stessa densità di popolazione pari a 25 abitanti/Km². Mentre la prima è una delle regioni più montuose della Spagna, la seconda ha un territorio prevalentemente pianeggiante, diversità che condiziona la maggiore distribuzione dei centri di salute statali nelle regioni più disagiate⁴³.

Passando invece a considerare l'aspetto più strettamente organizzativo, l'attuale articolazione in studi singoli privati della Medicina Generale si è rivelata inadeguata e l'avvento delle forme associative, troppo spesso interpretate piuttosto come condomini, non ha migliorato la situazione.

Il MMG non può più essere lasciato da solo a svolgere un lavoro fondamentale per gli equilibri generali del SSN perché l'efficienza e l'efficacia delle cure territoriali influenzano in modo diretto l'assistenza ospedaliera e la forza di un servizio sanitario. Si rende pertanto necessaria la riorganizzazione della medicina territoriale quanto più possibile orientata ai principi del "Libro Azzurro"³⁶, che alla base veda il MMG lavorare necessariamente in "macroteam" e cioè in associazione con altri MMG affiancati da altre figure professionali, con diversi ruoli e competenze (PLS, medici di altre specialità, infermieri di famiglia e di comunità, assistenti sociali, psicologi, fisioterapisti, ostetriche, personale di segreteria e amministrativo, etc.) in stretta collaborazione fra di loro. Tale modello oltre che sulla qualità generale delle cure inciderà favorevolmente anche sulla soddisfazione del paziente soprattutto grazie al team che del cittadino si prenderà cura, cosa che al momento non è possibile per la stragrande maggioranza dei MMG che lavorano isolati nei propri studi quandanche funzionalmente collegati³¹.

Riteniamo inoltre che le CdC ben si prestino alle più ampie economie di scala a cominciare dal numero di pazienti assistibili al suo interno. Infatti, fatta comunque salva la possibilità di libera scelta del medico come dimostrato, grazie alle sinergie rivenienti dal team multiprofessionale dipendente, che consentirebbero al MMG di dedicarsi maggiormente alle mansioni cliniche, si potrebbero assistere comunità più ampie rispetto al rapporto medico-assistibili di 1/1.500 e fronteggiare meglio anche i cd "*frequent attenders*" che su 1.500 assistiti non superano generalmente il 30%^{44,45}. Questo può risultare strategico in un momento in cui inizia a prospettarsi una critica carenza di MMG nei prossimi 5 anni. Stesse economie di scala potrebbero essere ottenute con il personale di segreteria e soprattutto con gli infermieri di famiglia.

Un altro fondamentale quanto irrinunciabile aspetto che certamente la nuova articolazione infrastrutturale degli ambulatori dei MMG nelle CdC implementerebbe, è quello della sicurezza sul lavoro. Tale aspetto è di sempre maggiore importanza tanto per i MMG stessi che per i medici della Continuità Assistenziale in particolare, questi ultimi particolarmente esposti durante i turni notturni. L'acclarata cd. "femminilizzazione" della professione medica, con punte di donne-medico al di sotto dei 45 anni di età fino al 63,5%, impone tale scelta politica.

Transizione tecnologica

Uno degli obiettivi dichiarati della missione 6 del PNRR è quello di rendere più moderne, digitali ed inclusive le strutture sanitarie italiane, favorendo l'equità di accesso ai migliori servizi sanitari del nostro Paese per tutti i cittadini. Nello specifico i principali obiettivi da raggiungere sono l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche e la digitalizzazione del SSN, il completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e lo sviluppo della telemedicina per l'assistenza territoriale, promuovendo un'ampia gamma di funzionalità come teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio e telerefertazione.

In tale contesto, un importante aspetto sarà quello di conciliare con la "cybersecurity" e con la "privacy" l'enorme quantità di dati che oggi viaggia informalmente su piattaforme di messaggistica digitale.

Sarà necessario integrare i documenti sanitari nel FSE creando un archivio centrale e garantendone l'interoperabilità, in modo da creare le condizioni perché grandi banche di dati possano essere d'aiuto per migliorare i risultati clinici e la ricerca. L'analisi dei dati consentirà anche di monitorare i bisogni sanitari ai fini della programmazione di servizi di assistenza in linea con tali bisogni. Un altro aspetto importante sarà quello di utilizzare le nuove tecnologie per favorire la comunicazione multidirezionale tra paziente, MMG, farmacie, CdC, OdC, ambulatori specialistici, reparti ospedalieri e residenze socio-sanitarie assistenziali, in modo far muovere di più le informazioni e meno i pazienti.

Ma l'aspetto strategico più importante della transizione digitale riguarda la creazione di una cultura digitale, sia tra gli operatori sanitari che tra i cittadini/pazienti, e la formazione di competenze specifiche che permettano di utilizzare le tecnologie e gli strumenti che la sanità connessa ci può offrire.

È convinzione di molti che la digitalizzazione comporterà di fatto la riforma del SSN. Questa è pura illusione se i modelli organizzativi rimarranno immutati, perché per transizione digitale non si intende affatto digitalizzare l'esistente ma mettere le nuove tecnologie digitali a disposizione di nuovi modelli organizzativi profondamente diversi da quelli attuali. Solo in questo modo la rivoluzione digitale potrà pagare in termini di efficienza ed efficacia⁴⁶.

03. Conclusioni

MODELLO COMPLESSIVO

In sintesi, da quanto fin qui esposto emerge una impostazione organizzativa nella quale:

1. vengano inquadrati come Dirigenti Medici in rapporto di dipendenza con il SSN all'interno delle CdC (nelle diverse declinazioni territoriali), previo concorso pubblico, tutti i medici che intenderanno intraprendere la professione di MMG;
2. sarà possibile, su base volontaria, che tutti quei MMG già in servizio ed in convenzione, in possesso del titolo abilitante del CFSMG ovvero del titolo di carriera, lavorino nelle CdC con la qualifica di Dirigente Medico in rapporto di dipendenza con il SSN. Tale opzione andrà eventualmente incentivata;
3. sarà altresì possibile continuare a svolgere l'attività di MMG in convenzione con il SSN nel proprio studio professionale privato per tutti quei MMG già in servizio che non intendano avvalersi dell'opportunità di cui al punto 2), venendosi così a delineare di fatto un sistema misto, convenzionato e dipendente. Riteniamo comunque che questo ruolo dovrebbe intendersi progressivamente ad esaurimento.

Inoltre è noto che sulla base di dati ISTAT aggiornati al 1/1/2023 il numero totale dei comuni italiani è pari a 7.901 unità. Con riferimento ai "piccoli comuni", e fatte salve le piccole differenze legate alla non perfetta omogeneità delle fonti, troviamo che sulle isole minori sono ubicati solo 36 comuni (ANCIM 2023), mentre sul territorio montano ne troviamo 4.509, di cui 2.241 totalmente montani pari all'49,8% e 2.268 parzialmente montani (o collinari) pari al 50,2%⁴⁷. Nella tabella che segue sono rappresentati in dettaglio i dati numerici dei comuni per fasce di abitanti e popolazione residente.

COMUNI	NUMERO	POPOLAZIONE
Comuni montani -> meno di 1000 abitanti	983	511.169
Comuni collinari -> meno di 1000 abitanti	666	387.517
Comuni montani -> tra 1001-3000 abitanti	928	1.629.806
Comuni collinari -> tra 1001-3000 abitanti	1.098	2.058.561
Comuni montani -> tra 3001-5000 abitanti	330	1.259.176
Comuni collinari -> tra 3001-5000 abitanti	504	1.966.789
TOTALE	4.509	7.813.018

ANCI. Atlante dei Piccoli Comuni. 2019

Pertanto se è vero che sul totale dei comuni italiani l'insieme dei piccoli comuni montani/pedemontani rappresenta circa il 57%, è anche vero che l'importanza della montagna si sostanzia prevalentemente in termini di estensione territoriale (circa il 54,3 % della superficie totale nazionale) e assai meno in termini di popolazione (densità di popolazione pari a 61 ab./Km² rispetto alla media nazionale di 196 ab./Km²). La popolazione che risiede nei piccoli comuni delle aree montane/pedemontane non raggiunge il 12,9 % del totale della popolazione nazionale (60.391.000 ab. ISTAT 2019), dato peraltro verosimilmente sovrastimato ad oggi in ragione del progressivo spopolamento di tali comuni, particolarmente nel Mezzogiorno.

Sulla base di tali valutazioni circa 8 milioni di cittadini vivono nei piccoli comuni delle aree montane/pedemontane e delle isole minori (nelle quali risiedono complessivamente circa 200.000 cittadini) e circa 51 milioni nel resto del territorio nazionale.

Ciò detto, i dati riportati non sembrano giustificare il mantenimento dell'attuale modello basato sugli studi singoli dei MMG, ancorché funzionalmente collegati, a discapito delle CdC, in nome delle criticità rivenienti dal contesto montano, modello che se conservato finirebbe per penalizzare l'87% della "restante" popolazione che invece necessita di un radicale cambiamento infrastrutturale ed organizzativo.

È piuttosto di tutta evidenza che vadano adottate soluzioni differenziate con tipologie di CdC a diversa complessità per dimensioni, servizi, dotazioni, personale, etc. a seconda dell'area da servire per evitare modelli rigidi che possano penalizzare un ambito piuttosto che l'altro.

Andranno pertanto definiti più modelli in relazione alle caratteristiche oro/geo/demografiche del territorio che spazino in maniera flessibile da strutture a complessità incrementale nelle quali trovino collocazione i macroteam multiprofessionali variamente composti (idonei per i comuni medio-grandi fino ad arrivare ad una infrastruttura/organizzazione elementare nella quale lavori anche un solo microteam costituito da MMG, infermiere di famiglia e segretaria/o con l'irrinunciabile supporto della telemedicina (idonea per i piccoli comuni delle zone disagiate o disagiatissime).

FASE DI TRANSIZIONE

In relazione alle esigenze temporali di attivazione di questo modello dovranno essere previste norme di legge che facilitino tale storica transizione fino al corretto allineamento di tutte le componenti del modello stesso.

Sarà pertanto necessario aumentare il numero delle scuole di specializzazione in MCCP (in prospettiva scuole di specializzazione in MGCCP) che allo stato attuale sono presenti in solo 11 università italiane, così come il numero delle borse disponibili evidentemente non sufficienti alla formazione di tutti gli specialisti necessari reindirizzando in tale direzione le risorse investite nel CFSGM.

Sarà altresì opportuno rendere attuativo quanto previsto dal DIM 68/2015 con l'effetto di consentire

fin da subito agli attuali specialisti in MCCP di esercitare la medicina generale all'interno del SSN contribuendo inoltre alla copertura di ulteriori zone carenti.

Per quanto riguarda l'ingresso nelle CdC di quei MMG già in possesso del titolo del CFSMG o comunque già in attività come MMG, sarà verosimilmente necessario prevedere la procedura più adatta fra quelle dell'equipollenza, equivalenza, equiparazione, riconversione creditizia o di altra procedura più idonea alla valorizzazione di tali titoli di accesso alle procedure concorsuali che andranno evidentemente semplificate.

BIBLIOGRAFIA

1. OECD. Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies. 2020.
2. De Belvis AG, Meregaglia M, et al. Italy: health system review. Health systems in transition, Vol. 24, No 4. 2022.
3. Kroezen M, Rajan D, Richardson E. Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians? European Observatory on Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 55. 2023.
4. Pfarrwaller E. et al. Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a primary care career: a systematic review. Journal of general internal medicine. 2015.
5. Puertas E.B., Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. Revista Panamericana de Salud Pública. 2013.
6. Michels, N.R., et al., Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. Education for Primary Care, 2018.
7. Kiobassa K, Miksch A, Goetz K. Becoming a general practitioner – Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Family Practice. 2011.
8. International Labour Organization. Working conditions. 2018. Disponibile su: <https://www.ilo.org/global/topics/workingconditions/lang-en/index.htm> [ultimo accesso il 30/10/2023].
9. International Labour Organization. Work-life balance. 2018. Disponibile su: <https://www.ilo.org/global/topics/working-time/wl-balance/lang-en/index.htm> [ultimo accesso il 30/10/2023].
10. Hemphill E., Kulik CT. Recruitment ad analysis offers new opportunities to attract GPs to short-staffed practices. Health Mark Q. 2013.
11. Wiskow C, Albrecht T, De Pietro C. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. European Observatory on Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 15. 2010.
12. Pas B. et al. Feminisation of the medical profession: a strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors' contracted working hours. Human Resource Management Journal. 2011.
13. Miani C. et al. Best practice: Medical training from an international perspective. Rand health quarterly. 2015.
14. Kinouani S. et al. Private or salaried practice: how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study. BMC Med Education. 2016.
15. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010.
16. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. Br J Gen Pract. 2017.
17. Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. Can J Rural Med. 2013.

18. Hogenbirk JC et al. Urban washout: how strong is the rural-background effect? *Aust J Rural Health*. 2015.
19. Campbell DG et al. Regionalisation of general practice training—are we meeting the needs of rural Australia? *Med J Aust*. 2011.
20. Barriball L et al. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. Publications Office of the European Union: Luxembourg. 2015.
21. WONCA Europe. WONCA Europe statement for the 73rd session of the WHO regional committee for Europe. 2023
22. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RD. Building primary care in a changing Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series 38*. 2015.
23. Toth F. Non solo Bismarck contro Beveridge: sette modelli di sistema sanitario. *Rivista Italiana di politiche pubbliche*. 2016.
24. Majeed A. General practice in the United Kingdom: meeting the challenges of the early 21st century. *JRSM*. 2013.
25. Majeed A, Bukman L. Should all GPs become NHS employees? *BMJ*. 2016.
26. Majeed A, Hodes S. Has the covid pandemic changed the debate about nationalising GPs? *BMJ*. 2022.
27. Thomas C, Quilter-Pinner H. Realising the neighbourhood NHS. Delivering a new deal for primary care in England. *IPPR*. 2020.
28. Roland M. Can pay for performance improve the quality of primary care? *BMJ*. 2016.
29. Green EP. Payment systems in the healthcare industry: An experimental study of physicians incentives. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2014.
30. Scottish Health Technologies Group. An evidence review on multidisciplinary team support in primary care. *SHTG Assessment*. Aprile 2023.
31. Asioli F. Medico-Paziente, una relazione in crisi. 2021. Disponibile su: <https://www.esanum.it/today/posts/medico-paziente-una-relazione-in-crisi> [ultimo accesso il 30/10/2023].
32. Portales de la Comunidad de Madrid por temas. Servicios e informacìon. Disponibile su: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/libre-eleccion-sanitaria> [ultimo accesso il 30/10/2023].
33. Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA, Olsen JA. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried potitions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*. 2015
34. Orzella L. Medicina di prossimità. *Care 6*. 2021. Disponibile su: <https://careonline.it/2021/12/medicina-di-prossimita> [ultimo accesso il 30/10/2023].
35. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever.
36. Anghinelli M, Barbeta D, Bersellini B, Canini A, Cicognani A, Consoloni M, Cossutta F et al. Il Libro Azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia. 2021. Disponibile su: https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro_1v.pdf [ultimo accesso il 30/10/2023].
37. Mantoan D, Borghini L. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale. *Monitor 45*. 2021.
38. Nobile L, Berti E, Moro ML, et al. Dossier n. 269-2020 - Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019. 2020.
39. John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous K. The effectiveness of patient-centred medical home based models of care versus standard primary care in chronic disease management: a systematic review and meta-

- analysis of randomised and non-randomised controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020.
40. RCGP General Election Manifesto. Seven Steps to Save General Practice and Safeguard our NHS. Ottobre 2023.
 41. Documento di indirizzo per il metaprogetto della Casa di Comunità. I Quaderni di Monitor. Supplemento alla rivista semestrale Monitor. 2022.
 42. Bettella V, Gentile F, Anaya Cintas F. La medicina di famiglia in Spagna e i “fantasmi della dipendenza“. *Quotidiano Sanità*. 2021. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=100628 [ultimo accesso il 30/10/2023].
 43. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos. Sanidad en un vistazo. Disponibile su: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm> [ultimo accesso il 30/10/2023].
 44. Carmassi C. et al. Frequent attenders in general medical practice in Italy: a preliminary report on clinical variables related to low functioning. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019.
 45. Matalon A. et al. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: Description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Family Practice*. 2002.
 46. Banchieri G, Franceschetti L, Vanucci A. Riformare la sanità. L'esperienza dei pazienti, la gestione della salute, la riduzione dei costi, il benessere degli operatori sanitari. Disponibile su: https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=118031 [ultimo accesso il 05/11/2023].
 47. ANCI – Associazione Nazionale Comuni Italiani. Atlante dei Piccoli Comuni. 2019.

Disponibile su: <https://www.anci.it/atlante-dei-piccoli-comuni/> [ultimo accesso il 30/10/2023].

m o v i m e n t o
MMG
per la Dirigenza

