

I nostri medici di base

1 – Il contesto

L’Italia conta una popolazione di circa 60 milioni di abitanti.

Secondo i recenti dati ISTAT la disoccupazione a marzo 2020 era pari al 8,4% con circa il 20% della popolazione al di sotto della soglia di povertà. Il reddito lordo pro-capite è pari a circa 30.000 Euro e scende a circa 10.000 Euro per il 20% della popolazione.

Seconda solo alla Spagna nei paesi OCSE, in Italia l’aspettativa di vita raggiunta è di 83 anni, con una sempre più ridotta differenza tra uomo e donna. Il 22,3% della popolazione ha oltre 65 anni e ha un’aspettativa di vita di ulteriori 18 anni dei quali si stima 9,6 anni senza particolari problematicità e i restanti con disabilità o malattie. Solo il 51% degli ultrasessantacinquenni non presenta patologie croniche, mentre il 32% ne presenta una e il restante 17% due o più.

Le disuguaglianze socio economiche che esistono tra le Regioni italiane portano l’aspettativa di vita delle regioni del nord a essere maggiore di 3 anni rispetto a quelle del sud, con uno scarto pari a 5 anni nel caso delle persone con maggiore istruzione.

L’invecchiamento della popolazione è causato sia dalla bassa natalità sia dalla diminuzione della mortalità. L’Italia, nel 2018, ha registrato un tasso di natalità confermato in tutte le Regioni, pari a 7,3 ogni 1.000 abitanti, in riduzione rispetto al decennio precedente quando nascevano quasi 10 bambini ogni 1.000 abitanti.

Nello stesso periodo, la popolazione residente anziana (over 75) è invece aumentata del +2,1% medio annuo. Si attende un ulteriore aumento della popolazione anziana (over 75) del +58,7% (+1,0% medio annuo) a livello nazionale.

La spesa sanitaria pubblica e privata italiana, nel 2018, è stimata in circa 3.428 euro, significativamente inferiore (circa il 15%) rispetto alla media OECD che è di 3.992 euro.

In Italia il numero dei medici è tra i più alti d’Europa: disponiamo in media di 4 medici ogni 1000 abitanti contro una media europea di 3,6 medici ogni 1000 abitanti. Purtroppo questo numero è destinato a diminuire drasticamente nei prossimi anni a fronte del pensionamento di molti medici ivi inclusi i Medici di Medicina Generale (MMG), i nostri medici di base.

Il Medico di Medicina Generale all’interno del distretto sanitario, rappresenta sul territorio il reale elemento *pivot* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): è il primo punto di contatto del cittadino con il sistema e lo snodo nella presa in carico continuativa del paziente.

L'Italia è il paese dove i MMG hanno il minor numero di attrezzature sanitarie in Europa, il numero minore di infermieri e di personale amministrativo a supporto.

Se si analizzano i dati del decennio 2007-2017 tratti dall'Annuario Statistico del SSN relativi all'assistenza primaria si osserva che, mentre il numero di MMG mostra complessivamente un *trend* di leggero decremento (da 46.964 a 43.731, -6,9%), a cambiare radicalmente è stata la composizione degli stessi: la percentuale di MMG con oltre 27 anni di anzianità è passata dal 32,2% al 73,5%.

L'Eurostat riporta che ad oggi Italia il rapporto è di circa 72 MMG per 100.000 residenti mentre in Germania 70, in UK 75, in Francia 90.

Purtroppo dall'analisi effettuata dalla FIMMG il numero dei Medici di Medicina Generale nei prossimi anni diminuirà drasticamente passando dai 54.000 presenti nel 2019 a 44.000 unità nel 2022 (15.000 pensionamenti a fronte di soli 5.000 nuovi ingressi) per attestarsi addirittura al valore di 32.000 nel 2028 (22.000 pensionamenti a fronte di 11.000 nuovi ingressi previsti).

Similmente sta accadendo per il personale infermieristico in cui si rilevano ad oggi 5,8 infermieri ogni mille abitanti, contro una media europea di 8,5.

Nonostante la carenza di organico e di risorse, il sistema italiano è stato nel tempo efficace nella gestione delle cure primarie e questo ha normalmente portato le persone a non essere ospedalizzate. La percentuale di ammissioni in ospedale per patologie croniche come asma, bronco pneumopatia cronica ostruttiva, diabete è tra le più basse in Europa.

Il sistema dell'assistenza territoriale italiana è stato da sempre efficiente soprattutto nell'evitare le morti premature e ha una delle percentuali più basse di mortalità per le cause di malattie trattabili o prevenibili. Ciò riflette la buona assistenza primaria dove il MMG agisce come filtro e si adopera, insieme agli altri professionisti, nel prevenire e gestire le patologie croniche.

L'assistenza primaria italiana è caratterizzata da una buona accessibilità rispetto al territorio su cui opera, garantendo tempi di attesa inferiori alla media di tutta Europa. Infatti secondo *"State of Health in the EU – Italy – Country HealthProfile 2019"* i cittadini valutano molto positivamente il nostro SSN: meno del 6% degli stessi valuta il proprio stato di salute in modo negativo rispetto a una media OCSE dell'8,7%. Queste valutazioni evidenziano una buona performance del Servizio Sanitario Italiano, tuttavia le dinamiche di incremento dei bisogni e contenimento o riduzione delle risorse richiedono lo sviluppo di una strategia e la messa in campo di azioni per la riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Per questo il nostro modello di Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe continuare ad essere: integrato, centrato sulla persona, con un approccio orientato alla comunità, che eroghi servizi di qualità in team, basato sulle migliori evidenze in alleanza con i pazienti e *cargiver*, misurabile e misurato, che dia continuità e globalità di cura e presa in carico, con una forte attitudine agli interventi di prevenzione,

capace di porre grande attenzione al rendimento delle risorse impiegate. Un concetto di assistenza da intendersi in modo dinamico, non statico, ovvero in continuo adattamento rispetto ai cambiamenti del contesto, esterno e interno al sistema.

Il recepimento del Piano Nazionale delle Cronicità, approvato con accordo Stato - Regioni nel 2016 è avvenuto, nei fatti, solo negli ultimi mesi e non risultano ancora definiti formalmente il contributo e gli strumenti di governo tramite i quali la medicina generale debba partecipare a questi processi; in buona sostanza sono sicuramente presenti tanti esempi di team efficienti, ma che purtroppo rimangono, anche nelle regioni più virtuose, esperienze isolate in contraddizione con il tentativo di riduzione delle *unwarranted variations* (variazioni ingiustificate) ovvero dei principi del SSN.

Non abbiamo l'ambizione di trattare tutti gli aspetti dell'assistenza primaria (figure professionali e organizzazione), vogliamo però soffermarci sulla figura professionale del Medico di Medicina Generale, che – come detto – è il motore e il perno su cui poggia l'intero sistema e sulle modalità per cambiare marcia, aggiornando un comparto che non è stato revisionato da troppo tempo e che durante l'emergenza COVID-19 ha sofferto questa situazione.

2 – L'assistenza primaria: focus sulla medicina generale

La medicina generale è disciplinata da una convenzione attraverso un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per poi avere declinazione in accordi regionali e aziendali, dove possono essere inseriti obiettivi e incentivi diversi.

L'Accordo Collettivo Nazionale regola:

- a) assistenza primaria;
- b) continuità assistenziale;
- c) medicina dei servizi territoriali;
- d) emergenza sanitaria territoriale.

L'assistenza primaria è attuata dal Medico di Assistenza Primaria, ovverosia il Medico di Medicina Generale: i nostri medici di base.

La figura del Medico di Medicina Generale è da decenni riconosciuta quale espressione fondamentale delle cure primarie e rappresenta la principale leva per garantire l'accesso diffuso alla salute a tutti i cittadini.

Come già detto il Medico di Medicina Generale rappresenta un elemento *pivot* poiché, all'interno della rete delle cure primarie, costituisce il primo punto di contatto del cittadino con il sistema e il nodo centrale nella presa in carico continuativa del paziente.

Nello specifico, il MMG svolge tre macro-funzioni nell'ambito del SSN:

1. **clinico-assistenziale** per i singoli e per la comunità;
2. **organizzativo-gestionale** in quanto parte di un sistema sanitario;
3. **educativo e comunicazionale** nei confronti delle persone assistite nella duplice ottica della promozione di stili di vita e della responsabilizzazione dei pazienti e dei cittadini verso la propria salute, migliorando l'appropriatezza della domanda di prestazioni e prescrizioni.

Le caratteristiche fondamentali che regolano l'attività del MMG sono:

- **rappporto ottimale:** che regola la distribuzione dei Medici Medicina Generale sul territorio;
- **rappporto fiduciario:** in conseguenza del principio di libera scelta, il MMG è l'unica figura medica del SSN scelta *“ad personam”* dal cittadino: il rapporto fiduciario è di fatti l'elemento insostituibile della medicina generale in quanto fondamentale per garantire l'aderenza terapeutica, per avere un punto di vista unitario nell'assistenza e la gestione dei processi di prevenzione della salute.

In Europa il Medico di Medicina Generale ha diverse tipologie di inquadramento così distinte:

- dipendente in Svezia, Finlandia, Spagna, Portogallo e Grecia;
- libero professionista in Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo;
- convenzionato in Italia, Danimarca, Olanda, Irlanda, Inghilterra.

Mentre le categorie che descrivono il rapporto di lavoro dei medici all'interno del sistema sanitario possono essere facilmente comparate tra i vari sistemi a livello internazionale, la libera professione del MMG italiano trova un equivalente nella figura anglosassone del *“quasi - hierarchy”*, ovverosia un rapporto di lavoro paragonabile alla para-subordinazione italiana.

Difatti in Italia il Medico di Medicina Generale è soggetto all'Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2015 e successive modifiche e integrazioni, che disciplina i rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D. Lgs. n.502 del 1992 e s.m.i.

L'Accordo Collettivo Nazionale stabilisce i vincoli a livello nazionale cui i Medici di Medicina Generale sono sottoposti, nonché il loro trattamento economico che è così suddiviso:

- e) **quota capitaria:** per assistito ponderata, negoziata a livello nazionale;
- f) **quota variabile:** finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata (associazione semplice, rete, gruppo), l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico;

- g) **quota per servizi:** calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale comprendente prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività.

L'Accordo Collettivo Nazionale lascia al MMG la totale discrezionalità del proprio operato nella logica del libero professionista che gestisce e dispone la propria attività.

Ad esempio l'Accordo Collettivo Nazionale non stabilisce il “monte ore” da destinare all'Attività di Assistenza Domiciliare.

L'unico vincolo introdotto riguarda l'Attività Ambulatoriale di cui all' Art. 36: lo studio professionale deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

- 5 ore settimanali fino a 500 assistiti;
- 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti;
- 15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.

Va tenuto conto che il limite dei 1500 assistiti in alcune Regioni è stato portato in deroga fino a 1800 assistiti.

Conseguentemente all'interno della normativa nazionale il *focus* è stato posto principalmente sulle forme organizzative che i Medici di Medicina Generale scelgono di intraprendere per la gestione dell'Attività Ambulatoriale:

1. **forme associative;**
2. **forme aggregative funzionali** (quali le AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali);
3. **forme aggregative strutturali**, le cosiddette Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) vedasi l'ACN 2009, l'ACN 2010, la Legge Balduzzi 189/2012 e il Patto per la salute 2014/2016.

Le AFT, sono aggregazioni mono professionali e dovrebbero essere oggi una forma aggregativa obbligatoria ai sensi di legge. Le AFT condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Sono le Regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, stabilendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi.

Le UCCP sono un modello multi professionale e interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie. Gli accordi regionali – ove presenti - individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti.

Ad oggi Veneto, Toscana e Provincia Autonoma di Bolzano hanno pienamente attivato le AFT, mentre l'Emilia Romagna ha attivato i Nuclei di Cure Primarie (NCP) che costituiscono una forma di aggregazione funzionale obbligatoria già a partire dai primi anni 2000.

Per quanto riguarda le UCCP, le Case della Salute e i Presidi Territoriali di Assistenza propongono modelli e funzioni quasi completamente sovrapponibili, che però hanno avuto rare realizzazioni concrete salvo alcune fortunate eccezioni.

Come anticipato l'Italia purtroppo è il paese europeo in cui i MMG hanno il minor numero di attrezzature sanitarie, di infermieri e di personale amministrativo. In alcune AUSL solo il 6% dei medici ha il collaboratore infermieristico, e solo il 37% dei medici ha il collaboratore di studio.

La Legge 27 dicembre 2019, n. 160 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022” ha sicuramente dei meriti indiscutibili per quanto attiene alla medicina sul territorio seppure non si sia chiarito in alcuni aspetti il modello organizzativo:

- La previsione dell'infermiere di famiglia/comunità non stabilisce in maniera chiara il ruolo, la dipendenza retributiva, la dipendenza organizzativa legata all'erogazione della prestazione.
- La previsione di nuovi fondi per l'acquisto di strumentazione per i MMG ha generato nell'opinione pubblica una polemica rispetto al rischio di inappropriatezza dell'uso della stessa. Non è stato definito in maniera chiara di quale tipologia di strumentazione si debba dotare il MMG e conseguentemente quali prestazioni sia abilitato ad erogare al paziente.

L'attuale modello retributivo del MMG è fondato prevalentemente sulla quota capitaria e in molte regioni non si è riusciti ad attuare una correlazione tra la retribuzione e gli indicatori di performance (es. esiti di salute pubblica o esiti di processo).

Inoltre l'attuale modello non ha favorito gli investimenti strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per sviluppare una medicina territoriale multi-professionale e dotata degli strumenti diagnostici e terapeutici essenziali per rispondere alle sfide attuali della cronicità, con il paradosso che, anche nel caso di creazione di forme aggregative di medicina di gruppo, i singoli contributi non sono sommabili, ma devono essere imputati e spesi dal singolo MMG.

In assenza di finanziamenti dedicati da parte del SSN, è stata particolarmente penalizzante la carenza di collaboratori di studio, spesso introdotti tardivamente, in modo non sistematico e senza criteri di competenza specifica. In generale il medico di medicina generale deve sostenere queste spese sottraendole alla propria retribuzione senza poterle detrarre come gruppo o associazione: l'unico modo per attivare i benefici fiscali è la costituzione di una cooperativa o di una società di servizi; tale modalità ovviamente appesantisce la gestione dell'attività del singolo MMG sottraendo quindi tempo e risorse all'attività assistenziale.

Tutto ciò premesso va letto alla luce del fatto che il MMG è inquadrato in regime convenzionale per cui è retribuito con oneri a carico della finanza pubblica pur non essendo un dipendente pubblico. Difatti opera nel quadro delle direttive e degli obbiettivi generali dell'Accordo Collettivo Nazionale pur mantenendo l'autonomia di un libero professionista operando con "logiche di mercato e concorrenza"; pertanto è spesso difficile far convergere verso gli stessi obbiettivi di sanità pubblica due soggetti (MMG e AUSL) giuridicamente e funzionalmente così diversi.

3 – La crisi COVID-19

Lo scenario fin qui descritto era prima del COVID-19.

L'emergenza pandemica ha accentuato alcune di queste criticità e in particolar modo ha posto maggiormente l'attenzione sulla gestione sanitaria sul territorio: abbiamo letto molti articoli e notizie di stampa in cui si è asserito con forza che è venuto a mancare il controllo sul territorio e la presenza della medicina generale.

Dall'emergenza la prima lezione che abbiamo imparato è che l'ospedale senza la medicina territoriale è cieco, poiché viene a mancare la capillarità e quindi la continuità relazionale con i pazienti.

Nelle Regioni che hanno maggiormente sofferto la diffusione della pandemia l'assenza o il mancato intervento tempestivo della medicina territoriale ha causato un grande afflusso, spesso tardivo, di pazienti gravi direttamente agli ospedali.

Abbiamo imparato – ma già avremmo dovuto saperlo – che le epidemie si battono dapprima sul territorio e successivamente anche in ospedale.

L'organizzazione attuale della Medicina Generale, delle Cure Primarie e dei Servizi Territoriali è stata purtroppo spesso inadeguata e incapace di affrontare questa sfida anche per incapacità di coordinarsi con il resto del SSN.

Troppo spesso i Medici di Medicina Generale sono stati lasciati soli nel decidere, in virtù del loro *status* di liberi professionisti, senza indicazioni. Hanno dovuto spesso compiere scelte etiche sulla gestione dei pazienti sospetti COVID-19, che sono rimasti a casa senza diagnosi, senza terapia precoce, senza un'assistenza domiciliare strutturata e con la paura costante di contagiare i familiari.

In breve tempo questo vuoto di indicazioni e protocolli ha lasciato posto all'isolamento dei Medici di Medicina Generale. Il risultato è che ogni medico ha agito secondo il proprio buonsenso, e quindi spesso ognuno diversamente dagli altri. Qualcuno è stato sopraffatto dalla paura e qualcuno dall'eroismo: abbiamo avuto casi di medici blindati nei propri ambulatori, altri di medici che continuavano ad andare presso le abitazioni dei pazienti, privi dei dispositivi di protezione e senza la possibilità di fare tamponi né di definire la terapia con la conseguenza che i Medici di Medicina Generale sono una delle categorie che ha pagato il prezzo più alto in termini di vite umane.

Per rispondere all'emergenza sono state create le Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) quando sul territorio il presidio dei MMG era già presente e richiedeva unicamente di essere coordinato e gestito.

Anche in termini di formazione va ripensato il percorso dei MMG: in questi giorni si è assistito al paradosso in cui il privato, ovverosia un'azienda farmaceutica, si sia offerto di formare i futuri medici sostituendosi di fatto allo Stato nei suoi compiti colmando così un vuoto istituzionale.

È inutile nascondersi: esiste una dicotomia tra l'Azienda Sanitaria e il Medico di Medicina Generale. Fortunatamente come in ogni macro sistema ci sono le eccezioni, i casi positivi, ma questa separazione esiste e rende il sistema troppo poco reattivo e troppo poco capace di adattarsi alla complessità.

È forse quindi arrivato il momento di ripensare il ruolo di questo attore fondamentale nel panorama della Sanità Nazionale così da poter garantire una società più giusta ed equa in termini di accesso ai servizi e di diritto alla salute.

È necessaria una scelta coraggiosa, è necessario superare la convenzione attuale.

Il vero nodo per attuare una reale trasformazione del sistema è stabilire in maniera netta se sia più efficace un MMG dipendente del Servizio Sanitario Nazionale oppure un MMG libero professionista che si assuma in toto le proprie responsabilità verso gli assistiti.

In entrambi i casi dovrà comunque essere garantito e tutelato il rapporto fiduciario tra il paziente e il proprio Medico di Medicina Generale: vero elemento vincente del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

4 – I tentativi di miglioramento dell’attuale sistema

La Regione Veneto nel suo Piano Socio Sanitario Regionale 2019/2023 ha previsto tre possibili modalità di relazione tra azienda e professionisti convenzionati dell’assistenza primaria per la gestione della cronicità semplice:

1. le tradizionali forme di aggregazione;
2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN;
3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata a soggetti privati accreditati.

Si è sostenuta l’idea di superamento del MMG come unico possibile attore dell’assistenza primaria entrando in una logica di mercato in cui i “concorrenti” possibili possono essere i MMG come li conosciamo, il servizio pubblico o il privato accreditato. In questa visione, nella Regione Veneto, si mantiene forte il ruolo del distretto committente, programmatore e valutatore del servizio, si sostiene l’integrazione del MMG nella produzione, lo si incarica come soggetto accreditato e si fa leva su un meccanismo virtuoso competitivo dove il governo è affidato al distretto socio sanitario.

La Regione Lombardia ha implementato maggiormente un modello basato sull’esternalizzazione. I suoi cittadini con patologie croniche, assistiti da almeno due anni, sono invitati ad aderire alla nuova opportunità dalla Agenzia di Tutela della Salute territoriale: il cittadino sceglie il gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e con quest’ultimo sottoscrive un “Patto di Cura” di validità annuale. Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il “Piano di Assistenza Individuale” (PAI), anch’esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto.

Svolgono funzione di gestore i soggetti risultati idonei a seguito di valutazione da parte delle Agenzie di Tutela della Salute e nello specifico:

- Medici di Medicina Generale/Pediatrici di Libera Scelta appartenenti ad aggregazioni funzionali (es. Cooperative);
- Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate.

Ad ogni paziente è assegnato un “*Clinical Manager*”: un medico che redige e sottoscrive il Piano di Assistenza Individuale (PAI). Da quel momento il gestore accompagna il paziente nel percorso di cura, programmando visite, esami e altre necessità di cura, affiancandolo nell’attuazione dell’intero piano terapeutico. In questo modo il modello lombardo in parte ha sganciato l’erogazione della prestazione dai MMG (che possono continuare a svolgere le proprie attività organizzandosi per aggregazioni) e l’ha affidata al soggetto intermedio (ATS) che ha funzioni programmate e negoziali, togliendo al distretto il ruolo sinora svolto.

A questi due modelli che stanno provando a superare il vecchio concetto di Medico di Medicina Generale si aggiunge la forte provocazione presentata dal Dott. Luca Foresti (CEO del Centro Medico Sant'Agostino) in un suo recente articolo del Sole 24Ore secondo cui: *“La proposta che vorrei avanzare è quella di una medicina di base che diventa un servizio erogabile da aziende, oltre che singoli medici. L’idea è che venga aperta alle aziende sanitarie – pubbliche e private – la possibilità di offrire il servizio di medicina generale, misurando criteri di qualità clinica e di servizio come elementi per il mantenimento della convenzione e mantenendo la parte remunerativa uguale a quella attuale, ovvero per capita e in uguale quantità per persona. I cittadini devono poter continuare a scegliere a quale servizio vogliono accedere, usando quindi le loro scelte come criterio di ciò che funziona e ciò che non funziona.”*

Ovviamente al momento resta una provocazione senza una definizione delle modalità attuative. (es. definizione numero pazienti per medico; obbligatorietà o meno dell'MMG, controllo sull'operato)

5 – Strategie e interventi necessari

La complessità dell'organizzazione dell'assistenza primaria è una condizione permanente che richiede una chiara strategia per puntare agli obiettivi di salute pubblica, ma è necessario costruire una società più sana per supportare la sostenibilità del sistema.

Si dovranno impiegare le risorse nelle aree che possono produrre maggiori ricadute positive per la popolazione secondo gli esiti della ricerca scientifica: l'ottica della *population health* impone di agire sulle politiche di promozione della salute e su un sano stile di vita.

È necessario valorizzare il capitale umano, vero motore del sistema, elevandone la fiducia verso il sistema stesso e, conseguentemente, aumentando la fiducia della popolazione.

Ciò sarà possibile attraverso quattro leve:

1. **Incentivare l'impegno** per mezzo di integrazioni contrattuali che prevedano riconoscimenti supplementari per le attività aggiuntive svolte in ricerca, didattica, assistenza, per attività usuranti e disponibilità ai trasferimenti;
2. **Incentivare la performance** misurando prima di tutto gli esiti di salute, l'avvenuta profilazione dei pazienti, l'appropriatezza e l'efficienza dei soggetti impegnati nell'assistenza e nella cura;
3. **Ristrutturare i meccanismi di formazione** lasciando che siano gli esiti della ricerca scientifica, le comunità e le società scientifiche a tracciare i percorsi formativi anche misti (sul territorio e in ospedale), disseminando *best practices* e linee guida, supportando ambiti di

aggiornamento e confronto più efficaci, attivando formazione congiunta interdisciplinare a partire dagli ambiti universitari per potere davvero essere in grado di lavorare in una logica integrata e di team;

4. **Investire sul personale non medico** soprattutto per la gestione del paziente in termini di educazione, *empowerment* e coordinamento attraverso i diversi *setting* di cura - sia sociale che sanitario - all'interno del percorso clinico-assistenziale.

Solo una Sanità che misura i risultati può essere una Sanità di valore.

Occorre concentrarsi non solo sulla misurazione delle ospedalizzazioni evitabili per pazienti con patologie croniche o prescrizioni appropriate in ambito sanitario primario, ma anche sulle misure di esperienza PREMs (*Patient Reported Experience Measures*) e PROM (*Patient Reported Outcome Measures*) nella logica del miglioramento continuo della qualità.

Solo così avremo un Servizio Salute sempre più innovativo e aperto all'uso delle tecnologie, all'intelligenze artificiali, alla telemedicina, alle "App" per la gestione della patologia. Per questo motivo le nostre aziende sanitarie sembrano e sono troppo spesso in ritardo rispetto al progredire dell'innovazione scientifica.

Esempio ne sia il processo dell'*operational management*, che – nato fuori dagli ambiti sanitari – è oggi parte strutturale della gestione sanitaria nel resto del mondo avanzato.

Dobbiamo continuare a guardare il mondo, che corre, e raccogliere gli spunti di miglioramento che oggi sappiamo sono fortemente guidati dalle evidenze e dai dati: la disponibilità delle informazioni, il loro buon utilizzo, la garanzia della protezione dei dati, l'estrazione di conoscenza dai dati per guidare le decisioni strategiche sono attività che la gestione sanitaria deve prendere in carico strutturando appositi servizi/unità funzionali che supportino il management e la politica.

6 – La proposta di Spazio Aperto

L'emergenza COVID-19 ha solamente accentuato drammaticamente le criticità che già viveva la medicina generale con la sua dicotomia rispetto al resto del SSN e ha riportato ancora maggiormente l'attenzione sul territorio: come riportato sopra abbiamo letto in molti giornali che è mancato il territorio e la medicina generale.

Ecco come di fronte a tutto ciò è forse davvero il momento di ripensare il ruolo di questo attore fondamentale, assumendoci le responsabilità di ciò che non è stato fatto.

La proposta di Spazio Aperto consiste in 5 punti che, attuati congiuntamente, possono ridare centralità al MMG nel suo fondamentale ruolo di assistenza ai pazienti:

1. Istituzione delle Scuole di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie

La valorizzazione della formazione specifica in medicina generale può essere assicurata solo attraverso l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie (proposta che singolarmente è stata già avanzata da realtà riconosciute a livello nazionale come la SIMG - Associazione Italiana Giovani Medici e Movimento Giotto).

La Scuola di Specializzazione dovrebbe avere durata di 4 anni e dovrebbe prevedere la creazione di uno specifico Settore Scientifico Disciplinare (SSD).

Al suo interno si dovrebbe prevedere una eguale distribuzione tra carico didattico frontale erogato dall'università e il tutoraggio sul campo gestito dalla componente integrata dei nuovi docenti di Medici di Medicina Generale, selezionati in base ai criteri stabiliti di concerto tra loro stessi e l'Università, nonché comprendere - come per le altre specialità - un tirocinio pratico integrato nella rete dei servizi territoriali e ospedalieri.

Il percorso formativo dovrà permettere il riconoscimento delle esperienze pregresse in altre discipline al fine di garantire il riconoscimento del bagaglio esperienziale, culturale e professionale già conseguito.

L'inserimento all'interno di un percorso formativo specialistico integrato università-territorio dei futuri MMG permetterebbe agli stessi di erogare attività clinico-assistenziale sottoposta a tutoraggio all'interno delle equipe territoriali multi-professionali, a differenza di quanto accade attualmente e in maniera del tutto similare al resto degli specializzandi delle discipline mediche.

2. Dipendenza dal Servizio Sanitario Nazionale

La proposta prevede il passaggio dei MMG dallo *status* di liberi professionisti ad un inquadramento all'interno del Servizio Sanitario Nazionale al fine di garantire una convergenza verso gli obiettivi comuni di salute pubblica, continuando sul percorso intrapreso con le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e della medicina di gruppo.

L'integrazione e il raccordo dei MMG all'interno della AUSL e con la AUSL stessa dovrà essere demandato ad un organismo di coordinamento tra i MMG e la Direzione Generale e Sanitaria della AUSL. Questo coordinamento avrà la gestione di problematiche operative e cliniche, così da garantire una reale integrazione tra i due sistemi, permettendo di governare e di accelerare la

costruzione delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che oggi solo in rari casi hanno visto una implementazione operativa.

Come è noto, la tematica è stata in passato ed è ancora oggi oggetto di dibattito. Tuttavia, è sempre mancata una chiara proposta di ridefinizione del modello contrattuale-retributivo e delle correlate prestazioni da erogare da parte del MMG come di seguito argomentato.

Lasciando ovviamente al decisore politico la scelta del migliore inquadramento all'interno del SSN, l'ipotesi che presentiamo è di valutare l'inquadramento dei MMG direttamente all'interno delle competenze del Ministero della Salute cui spetterebbe la definizione delle priorità e degli indirizzi, nonché l'organizzazione generale del servizio, inclusa la definizione dei criteri dei meccanismi di incentivazione dei MMG, e la supervisione "strategica" del sistema.

Senza, infatti, intervenire sull'assetto di regionalizzazione delle competenze in materia sanitaria, la riforma proposta avrebbe l'obiettivo di riportare a livello centrale i servizi di medicina di base e universale. Il diritto alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo che si traduce, da una parte, nel rispetto dei principi di autonomia e di libera scelta del cittadino-paziente ma, dall'altra parte, va contemperato con il dovere dello Stato a perseguire le migliori soluzioni di organizzazione e predisposizione di strutture e mezzi idonei ad attuare programmi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di intervento per perseguire l'equilibrio psicofisico della popolazione.

Tale soluzione permetterebbe di realizzare il principio di uguaglianza fra i cittadini rispetto all'accesso alle cure primarie e rappresenterebbe una soluzione tesa al modello della salute come "bene collettivo". L'ipotesi prospettata apporterebbe dei benefici in termini organizzativi per facilità di attuazione delle direttive centrali legate all'assistenza primaria, consentendo la creazione di un rapporto diretto *bottom-up* che porterebbe il Medico di Medicina Generale a essere la "sentinella sul territorio" per la garanzia del diritto alla salute.

Conseguentemente il raccordo territoriale con la AUSL di competenza per la gestione degli aspetti organizzativi potrebbe essere demandato al coordinamento tra i MMG e la Direzione Generale e Sanitaria della AUSL stessa come attori posti allo stesso livello.

3. Modifica retributiva in relazione ai risultati di salute pubblica

Al fine di valorizzare il lavoro dei MMG si propone una ridefinizione che valorizzi l'impegno reale che gli stessi offrono a tutti i cittadini, attraverso la definizione di sole due voci:

- Quota Fissa (pari alla somma delle precedenti tre quote: capitaria, variabile e servizi)
- Quota Premiale

La Quota Premiale dovrebbe essere legata alla reale produttività dei MMG secondo misuratori di impatto positivo, tenuto conto della loro capacità di raggiungere le *performance* di salute, quantitative e qualitative, e di lavorare in equipe multi-professionale definite secondo parametri stabiliti in maniera univoca e nazionale. Esempi di tali parametri sono: indicatori di processo delle patologie croniche, adesione agli screening, ricoveri evitati per le patologie sensibili al trattamento territoriale. L'*over-performing*, ovverosia il raggiungimento e superamento degli obbiettivi, potrebbe permettere di aumentare la Quota Premiale di un'ulteriore percentuale predeterminata.

Sotto un profilo giuslavoristico, va ricordato, tra gli altri, l'effetto positivo a vantaggio dei professionisti di medicina generale che, inquadrati all'interno del SSN, potrebbero beneficiare delle garanzie come quelle normalmente previste da un contratto di lavoro dipendente (es. periodo di malattia, maternità, ferie, ecc.) e oggi non rientranti nel tipo di inquadramento della categoria.

4. Definizione standard minimi di servizio e attività

Definizione del “monte ore” minimo che i MMG devono svolgere rispettivamente per:

- Attività Ambulatoriale;
- Attività Assistenziale Domiciliare.

La somma delle ore imputate rispettivamente all'Attività Ambulatoriale e all'Attività Assistenziale Domiciliare costituiranno una parte dell'orario lavorativo settimanale complessivo, così da garantire la fruibilità minima ai cittadini in termini di accesso.

Conseguentemente sarà rimessa al MMG la possibilità di gestire settimanalmente le restanti ore secondo le necessità più opportune (attività formative, attività di governo clinico, attività di equipe) in funzione delle decisioni da lui adottate.

Questi standard potranno essere integrati dall'organismo di coordinamento MMG - AUSL in base al profilo di cura necessario alla popolazione di riferimento del singolo MMG (età, patologia, etc.).

5. Sviluppo di realtà multi-professionali dotate di strutture, tecnologie e servizi

L'inquadramento all'interno del SSN consentirebbe ai MMG l'accesso al sistema integrato complessivo del SSN, così da poter integrare la loro attività all'interno di una equipe multi-professionale UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie), rafforzata da nuove figure come nel caso degli infermieri di comunità.

I MMG dovranno essere dotati di:

- sistema informatico di supporto per creare la rete dei servizi per lo scambio di informazioni con tutti i nodi della rete SSN (ospedale, farmacia ospedaliera e territoriale, etc)
- sistema informatico per la gestione dei pazienti e il tracciamento dei pazienti cronici;

- attrezzature di supporto quali elettrocardiogrammi, ecografi, apparecchiature radiologiche, integrazione con processi di telemedicina;
- personale di supporto amministrativo;
- referente sociale;
- psicologo (fondamentale in una fase così drammatica per il Paese per le esigenze dei problemi lievi di salute mentale e di disagi dei cittadini);

Tali dotazioni saranno tutte demandate al SSN e messe a disposizione dei MMG che potranno usufruirne con conseguente ulteriore sgravio degli aspetti amministrativo-gestionali a vantaggio del maggior tempo che potranno dedicare all'assistenza del cittadino.

Crediamo che le misure previste nella Legge di Bilancio 2020 e le conseguenti disposizioni attuative con particolare riferimento alle dotazioni di strumentazione diagnostica di base, con uno stanziamento di 235 milioni di Euro, vadano nella direzione ivi auspicata. Crediamo si renda, nondimeno, necessario promuovere anche un pari programma di investimenti in infrastrutture informatiche per favorire (i) l'interconnessione tra i sistemi di medicina generale e gli altri nodi della rete del SSN e (ii) nuove modalità di interazione tra medico e paziente, ora più che mai agevolmente accessibili per disponibilità tecnologica, per costo e per grado di accettazione/educazione digitale da parte della popolazione. Trattandosi, peraltro, di investimenti in attivi fissi, tali investimenti potrebbero essere agevolmente finanziati tramite risorse di programmi europei, incluse le misure straordinarie conseguenti all'emergenza COVID-19, e più che ragionevolmente escluse dai limiti di computo ai fini del rispetto dei parametri del Patto di Stabilità.

In conclusione crediamo fortemente nel Servizio Sanitario Nazionale Italiano e nella sua connotazione pubblica così come dettato dall'Articolo 32 della Costituzione, senza preclusione alcuna al mondo imprenditoriale per quelle realtà che hanno come missione non solo il profitto, ma anche la creazione di valore nel rispetto del principio di sussidiarietà.

Crediamo fortemente nel valore della medicina generale e nel ruolo centrale del distretto, che deve continuare a essere la macro-articolazione organizzativa responsabile dei servizi territoriali.

In base ai dati disponibili raccolti e in base al modello di spesa elaborato, proponiamo una riforma che aiuti il Medico di Medicina Generale a riconquistare la centralità che gli spetta nel compito fondamentale di assistenza ai cittadini della sua comunità, con impatti sui saldi di finanza pubblica, diretti, complessivamente trascurabili e che, nel medio periodo, potrebbero essere più che ristorati da benefici indiretti (es. minor ospedalizzazioni, minor spesa farmaceutica, etc.).

Fonti

- [1] <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/12/30/19G00165/sg>
- [2] <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20G00030/sg>
- [3] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- [4] http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf
- [5] https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1585820851518
- [6] https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf?_1585820851518
- [7] http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanit%C3%A0.pdf
- [8] https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
- [9] <http://www.oecd.org/italy/italy-country-health-profile-2019-cef1e5cb-en.htm>
- [10] http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCN_SHA
- [11] <https://www.istat.it/it/files/2017/07/CS-Sistema-dei-conti-della-sanit%C3%A0-2012-2016.pdf>
- [12] <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=1358&lang=it>
- [13] https://www.rapportogimbe.it/file/3_Rapporto_GIMBE_Sostenibilita_SSN_Capitolo_2.pdf
- [14] http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf
- [15] <http://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201012212148298322&tit=&cat=&ddal=&dal=10/05/2020>
- [16] <http://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201012101813575637&tit=&cat=&ddal=&dal=10/05/2020>
- [17] <http://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201806141307557768&tit=&cat=&ddal=&dal=10/05/2020>
- [18] <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=1358&lang=it>
- [19] <https://www.creasanita.it/index.php/it/performance-s-s-r>
- [20] <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/02/21/medici-italiani-quanti-oggi-quanti-saranno-fra-10-anni/>
- [21] http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=84825
- [22] https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=80816
- [23] https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=24062
- [24] http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=85048
- [25] http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=85057

- [26] <https://www.econopoly.ilsole24ore.com/2019/07/10/scelte-radicali-sanita-medicina-base/>
- [27] http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=80806
- [28] http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=75068
- [29] <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2020-02-19/specializzandi-3-anno-lavoro-anche-strutture-non-accreditate-e-stipendio-variabile-linee-guida-regioni-140007.php?uuid=ACj1JVKB>
- [30] http://www.anao.it/public/aaa_8601424_studio_spesapersonale_23settembre2019.pdf