



**Bozza documento sulla**

# **Rifondazione della Medicina Generale**

**Approvata dal Consiglio Nazionale FIMMG**

**Roma 30 e 31 marzo 2007**



**Il presente documento è sottoposto all'esame ed alla discussione di tutti gli iscritti alla FIMMG.**

**I Segretari generali e di Settore delle Sezioni provinciali sono impegnati dal Consiglio nazionale ad organizzare assemblee degli iscritti per presentare il documento, fornire le informazioni richieste e raccogliere giudizi e proposte di modifica.**

**A tutti i Segretari provinciali sarà fornita una griglia di osservazione per aiutarli a misurare, per quanto possibile, il grado di consenso generale rilevato.**

**Il documento sarà corretto ed approvato nella stesura definitiva nel Convegno quadri che si terrà a Roma nel mese di giugno 2007.**

**Gli iscritti che volessero far pervenire direttamente all'Esecutivo nazionale proprie osservazioni o proposte potranno inviarle al seguente indirizzo email:**

**[rifondazionemg@fimmg.org](mailto:rifondazionemg@fimmg.org)**

**Vi ringrazio per la collaborazione**

**Giacomo Milillo  
Segretario generale nazionale FIMMG**



## **INTRODUZIONE**

Questo documento vuole rappresentare uno stimolo per coloro che avvertono il disagio dell'organizzazione sanitaria attuale e intendono contribuire alla rinascita responsabile di un nuovo equilibrio tra i diversi livelli di cura.

I malati e l'opinione pubblica sono sempre più consapevoli della distanza crescente tra le esperienze personali e familiari ed i limiti concreti dell'organizzazione sanitaria.

Il malato deve tornare ad essere il vero progetto sanitario del medico responsabile della sua cura.

Il cambiamento in atto nel sistema sociale europeo ridisegna in tutti i Paesi la struttura dei propri sistemi sanitari con una migliore definizione del ruolo assegnato alle cure primarie e della loro capacità di rispondere alle richieste di assistenza dei cittadini, con conseguente maggiore possibilità di governo dei percorsi di diagnosi e cura.

La letteratura sembra indicare l'esigenza, soprattutto manifestata dai gruppi di popolazione maggiormente vulnerabili, di disporre di una assistenza di base che offra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso.

Questo vale soprattutto per l'ampio spettro delle malattie croniche che rappresentano la grande maggioranza dei problemi affrontati dalla medicina generale oggi, impegnata più sul fronte delle patologie croniche che non acute e spesso chiamata ad affrontare problemi legati a manifestazioni acute in pazienti cronici.

La qualità della cura nelle malattie croniche e in pazienti fragili richiede la continuità della assistenza non solo nelle 24 ore, ma per lunghi anni, richiede in sostanza di potersi fare carico del paziente per tutto il suo ciclo di vita anche con capacità di relazione ed umane.

Nei prossimi anni non si dovrà solo provvedere all'ordinario adeguamento della programmazione, a marginali modifiche del ciclo "bisogno → domanda → offerta", ma realizzare uno straordinario riaggiustamento del sistema sanitario che, senza stravolgerlo, lo prepari alle sfide del prossimo futuro. La parola d'ordine sarà, domani più che ieri, una perfetta integrazione sinergica tra servizi ospedalieri e medicina generale così da rispondere alla domanda di salute della popolazione con più efficienza e con più efficacia.

Dall'analisi dei contesti nasce la definizione delle linee essenziali del modello di Sistema Sanitario che devono coniugare miglioramento delle condizioni di salute, reingegnerizzazione degli interventi, introduzione di un sistema di qualità, riorientamento delle risorse a un uso più efficace senza penalizzare i cittadini, ma anzi potenziandone il ruolo di protagonisti delle scelte.

Tutto questo richiede la definizione di un modello organizzativo della medicina generale capace di favorire aggregazione, garantire continuità delle cure nel tempo, offrire alti livelli di flessibilità e adattabilità a sistemi regionali o locali di organizzazione dei servizi sanitari.

**Il cambiamento non deve naturalmente compromettere i valori positivi della medicina generale attuale, in particolare la lista di assistiti, il rapporto fiduciario medico/assistito e l'autonomia professionale che solo la condizione di libero professionista convenzionato può garantire, ma aggiungere a questi ed altri fondamentali quanto necessario a migliorare le nostre condizioni di lavoro e la possibilità di esprimere a pieno le nostre potenzialità professionali nel SSN.**



## **I LIMITI DELLA MEDICINA GENERALE**

L'impostazione attuale della medicina generale si può far risalire alla legge istitutiva del SSN.

In essa il medico di medicina generale - al centro del Servizio ed al fianco del cittadino - aveva una giusta collocazione, ma con il grave handicap (un limite che oggi può continuare ad ostacolare lo sviluppo di cure primarie più adatte ad affrontare i problemi di salute attuali dei cittadini), quello di essere un libero professionista convenzionato in una organizzazione programmata, governata e gestita da dipendenti, senza poter contare su diritti certi di parificazione funzionale con gli stessi.

Un altro elemento fondamentale che ha impedito alla medicina generale di progredire è stato ed è quello di avere una retribuzione fondata, prima esclusivamente, oggi prevalentemente, sulla quota capitaria comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni contenute nella convenzione.

È evidente che un simile sistema di retribuzione fa sì che ogni spesa comporti una riduzione del guadagno; la maggior parte dei medici, come è umanamente comprensibile, è stata orientata a minimizzare le spese per massimizzare i guadagni. Tutto ciò senza avere occasioni credibili di investimenti di terzi in fattori di produzione.

Il terzo grave difetto, strutturale della medicina generale, è rappresentato dalla differenza fra i criteri di dimensionamento della pianta organica (il così detto rapporto ottimale) per cui deve essere inserito un medico ogni 1000 assistibili, e la possibilità di ciascun medico di acquisire un numero molto maggiore di scelte (1500). Questa differenza è sempre stata voluta dalla parte pubblica per favorire una concorrenza qualitativa fra i singoli medici, cosa che di fatto non si è verificata.

I finanziamenti disponibili, quindi, venivano dirottati dalla dipendenza nelle attività della dipendenza, mentre la medicina generale restava indietro sul piano organizzativo, dello sviluppo delle competenze specifiche e della capacità di erogare direttamente prestazioni, ed i medici erano tutti concentrati a conquistare e conservare il maggior numero possibile di assistiti coltivando così isolamento e autoreferenzialità.

Queste situazioni, che più dettagliatamente verranno descritte di seguito, hanno creato l'emarginazione che ha reso e continua a rendere difficile il nostro inserimento a pieno titolo nel SSN.

L'esperienza di molti Medici di famiglia, impegnati nelle politiche sindacali, insegna quanto la volontà politica espressa in alcuni accordi regionali, faticosamente condivisi e sottoscritti, sia stata precaria nel tempo e spesso immediatamente vanificata nella sua applicazione a livello aziendale, dove la medicina generale è considerata un corpo estraneo, una dispersione di risorse, perché lontana dalle consuete filiere, difficilmente modificabili, di comando e di governo.

L'aziendalizzazione introdotta dalla 502 ha ulteriormente aggravato questa condizione e neppure la 229 l'ha attenuata. Per effetto delle autonomie regionali determinate dal federalismo, cominciano, in alcune regioni, a presentarsi spinte che cercano di modificare il nostro stato giuridico da liberi professionisti convenzionati parasubordinati ad erogatori o al contrario a dipendenti.

La medicina generale è tirata in direzioni diverse, deve confrontarsi con regole diverse in ogni regione e anche con diritti del cittadino diversi fra ASL della stessa regione e, come in un'immagine retorica medioevale, rischia di essere smembrata.

Tutte le aggressioni che la medicina generale subisce sono conseguenza diretta della nostra emarginazione strutturale e, se da un lato vanno combattute, dall'altro non possono essere considerate la causa prima del nostro disagio ed esaurire la nostra attività nell'opporci ad esse. Sarebbe come accanirsi nel trattamento della tosse in una polmonite batterica e non fare nulla per debellare l'infezione e l'infiammazione che la determinano.



**Se in oltre venti anni di attività sindacale non siamo riusciti ad invertire la tendenza all'emarginazione della nostra categoria, nonostante la nostra piena consapevolezza della sua insostituibilità, significa che fino ad ora non abbiamo saputo incidere sui problemi fondamentali.**

## **LA RIFONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE**

La medicina generale non potrà affermarsi fino a quando non sarà modificata la sua collocazione nel sistema e non avrà trovato investimenti e soluzioni per rimediare alla nostra deriva individualistica.

L'offerta di prestazioni e di servizi della medicina generale è ancora oggi generalmente considerata molto qualificata. Il problema è come mantenere un buon livello qualitativo in un contesto dove il quadro demografico epidemiologico, i meccanismi di finanziamento, la rivoluzione tecnologica e scientifica, cambiano profondamente i termini di riferimento.

È giunto dunque il momento di rivendicare la "rifondazione della medicina generale", chiedendo al Governo e alle Regioni di scolpire nella legge diritti e doveri certi e costanti nel tempo della medicina generale, per dare maggiore definizione all'attuale stato giuridico di parasubordinazione.

Va esplorata quindi la possibilità di costruire un provvedimento legislativo che ridisegni un ruolo professionale certo e intangibile della medicina generale come disciplina specifica.

Questa ipotesi di "rifondazione della medicina generale" ha raccolto l'attenzione del Ministro Livia Turco, che fin dall'inizio del Suo mandato ha dichiarato la volontà di dare consistenza reale all'assistenza territoriale, e degli Assessori regionali alla sanità da tempo alla ricerca di nuove modalità di gestione della medicina generale.

Questa è un'occasione che non possiamo perdere, nella quale dobbiamo investire tutte le nostre forze per ottenere un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale, a costo di perseguirla con azioni determinate di mobilitazione della categoria, qualora si rendessero necessarie.

Vogliamo un cambiamento sostanziale che, per essere realizzabile, deve necessariamente godere di un'ampia condivisione costruita attraverso un approfondito dibattito nelle periferie.

Per questo motivo abbiamo ritenuto indispensabile tratteggiare le possibili innovazioni in questo documento, la discussione del quale potrà essere anche occasione di perfezionamento della proposta.

La consapevolezza della difficoltà della strada da percorrere non consente incertezze e ritardi nel mantenimento delle tappe programmatiche sotto riportate per dare concretezza alla sanità del futuro.

**La riforma è indubbiamente radicale e profonda ed occorre quindi prevedere che nel suo percorso attuativo siano definiti strumenti correttivi e passaggi intermedi, per rendere agevole la trasformazione dalla preesistente realtà alla nuova dimensione senza incorrere nel rischio di penalizzare ingiustamente singole posizioni.**



## LA MEDICINA GENERALE OGGI

### L'ACCESSO ALLA MEDICINA GENERALE

La medicina è attualmente formata da quattro settori (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Emergenza territoriale), l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni ma è sostanzialmente indipendente.

Per l'accesso a tutti i settori della medicina generale è richiesto **l'attestato di formazione in medicina generale** (D.L. 368/1999) o titolo equipollente (accesso consentito come da normativa europea ai medici senza attestato abilitati entro il 31/12/1994 - D.M. 15/12/1994).

Alla titolarità dell'incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale si accede per titoli in base ad una graduatoria regolamentata dall'ACN.

Per l'Emergenza Sanitaria Territoriale esiste invece un diritto di priorità di accesso regolato all'anzianità di servizio in Continuità Assistenziale, che precede l'accesso attraverso la graduatoria regolamentata dall'ACN.

Alla Dirigenza Medica Territoriale non è possibile l'accesso essendo l'area ad esaurimento ai sensi della D.L. 502/92 e successive modificazioni.

La Formazione di base presenta allo stato attuale un percorso formativo poco o per niente attento all'evoluzione professionale nelle aree di attività specifiche della Medicina Generale. Si può in pratica affermare che, tranne qualche sperimentazione occasionale, la medicina generale è ignorata durante il Corso di laurea in medicina e chirurgia.

La Formazione specifica prevede invece un percorso formativo coinvolgente per quasi tutti i settori (periodi di formazione teorico-pratiche c/o Medico di Famiglia, Distretti, PS/DEA), tranne per la continuità assistenziale, che più ne avrebbe bisogno, perché rappresenta la prima area di accesso professionale per la quasi totalità dei medici che hanno ottenuto l'attestato di formazione in medicina generale.

Il Corso di idoneità all'Emergenza territoriale di cui all'art. 96 ACN Medicina Generale, pur rappresentando attualmente l'unico riferimento istituzionale relativamente alla formazione professionale di medici che operano nelle Centrali Operative e sui mezzi di soccorso, risulta insufficiente rispetto all'evoluzione organizzativa che ha subito il sistema di emergenza sanitaria in Italia. Quale percorso di formazione definitivo per l'Emergenza sanitaria, anche in considerazione dell'evoluzione a contratto di dipendenza dell'area (D.L. 229/99), è in via di realizzazione il processo di istituzione della Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza e Urgenza (G.U. 23 maggio 2006 n 118). In attesa che vengano attivate nelle Università i corsi di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza sarebbe auspicabile, in questa fase di transizione, la condivisione a livello di Conferenza Stato-Regioni dei requisiti specifici di competenza clinica che devono essere posseduti per esercitare l'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria intra ed extraospedaliera, indipendentemente dal rapporto di lavoro, con la percorrenza di un iter formativo specifico che garantisca l'applicazione delle procedure necessarie per operare correttamente nell'impatto con le urgenze-emergenze, assicurando uno standard comparabile su tutto il territorio nazionale e superando l'attuale soggettivismo interpretativo ed attuativo del sistema Emergenza-Urgenza.

#### • *Dinamiche conseguenti*

***Il medico di assistenza primaria (medico di famiglia - MdF), che assume l'incarico deve investire capitali prima ancora di percepire qualsiasi compenso.***



***Mediamente il MdF riesce a pareggiare le spese necessarie per l'organizzazione dello studio solo quando supera le 500 scelte, tenuto conto che in molte aree geografiche il carico degli oneri di spesa risulta ancora più accentuato in senso negativo.***

## **CARATTERISTICHE DELLA MEDICINA GENERALE ATTUALE**

***Stato giuridico del medico di medicina generale (MMG):*** lo stato giuridico del MMG è di libero professionista convenzionato; è stato definito parasubordinato perché la sua attività è fortemente condizionata dalle norme convenzionali. Questa forma contrattuale, e cioè quella della parasubordinazione, non prevede infatti l'instaurarsi di un rapporto di lavoro dipendente, ma è una prestazione lavorativa in cui le modalità di lavoro, la durata ed il relativo compenso sono stabiliti da un contratto stipulato dalle parti. Per effetto di questa collocazione giuridica il MMG non è soggetto alla gerarchia tipica della dipendenza ed è tenuto a rispondere alla dirigenza aziendale esclusivamente per l'applicazione delle norme convenzionali nazionali e/o regionali.

Numerose e solide argomentazioni, di natura dottrinale e giurisprudenziale consentono di ritenere che l'Istituto della Parasubordinazione possa rivestire, andando ben oltre una valenza di mera natura processuale (L. n. 533 del 1973; art. 409, n. 3 c.p.c. e art. 2113 c.c.), la dignità di una nuova specie giuslaboristica, e più precisamente costituire una "terza via" da affiancare alle due categorie tradizionali del lavoro autonomo e di quello subordinato. Dimostratasi pacificamente la sicura appartenenza dei MMG a detta categoria della Parasubordinazione, verificato che in essa esistono alcune delle necessarie caratteristiche del lavoro subordinato, conservando però, fatto assolutamente rilevante, **una specifica competenza e un'ampia autonomia decisionale**, ne consegue che l'Istituto della Parasubordinazione potrebbe rappresentare appunto la "via ottimale e specifica della professione medica" resa in **campo non puramente libero professionale**, valida per tutti i medici che operano nel S.S.N.

Le convenzioni sono stipulate fra la Conferenza Stato-Regioni e le OOSS rappresentative della categoria e devono rispondere a specifiche caratteristiche previste dal comma 1 dell'art. 8 del D.L. 502/92 e successive modificazioni. Gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) hanno attualmente un carattere regolamentare (fino alla stipula del 270/2000 erano dei DD.PP.RR.) con validità *erga omnes* su tutto il territorio nazionale e possono essere completati con la successiva stipula di Accordi integrativi regionali (AIR).

### ***• Dinamiche conseguenti***

***La politica ospedalocentrica della sanità italiana ha consentito all'organizzazione ospedaliera di espandersi e perfezionarsi, aumentando fortemente il numero degli addetti, mentre la MG ha continuato ad essere finanziata con importi preventivati all'atto della stipula degli ACN, in costanza di addetti.***

***Con l'introduzione dell'aziendalizzazione e dei DRG, l'attenzione dei manager è stata catalizzata dalle voci che avevano acquisito maggiore consistenza, quindi dall'ospedale e dalle voci correlate alla dipendenza. Gli ospedali hanno anche goduto degli investimenti strutturali (art. 20 della Legge inerente l'edilizia sanitaria 1980) dai quali la MG è stata sempre esclusa.***

***Le voci relative all'ospedale e ai dipendenti in genere hanno assunto il significato di vincoli immodificabili, per cui hanno orientato le loro strategie per il pareggio di bilancio verso maggiori entrate, arrivando ad aumentare appositamente l'offerta per cercare di uguagliare le spese.***

***La programmazione, la gestione e in gran parte l'attribuzione dei flussi di finanziamento, a tutti i livelli, è sempre stata di pertinenza della dipendenza, orientata ad investire in attività proprie, indipendentemente da un'effettiva analisi dei costi.***



***Le dinamiche sopra accennate hanno vanificato fino ad ora le decisioni politiche di offrire occasioni di sviluppo alla MG ed anche proposte condivise di meccanismi di “clinical governance” sono rimaste scarsamente applicate per la non competenza specifica o per la mancanza di volontà delle dirigenze Regionali e Aziendali.***

***Così pure hanno fatto fatica ad affermarsi ed hanno vita precaria tutti quei modelli complessi della medicina generale in qualche modo riconducibili alle UTAP, alla Casa della Salute, ai Centri polifunzionali, ecc.***

***Sembra inoltre che il rapporto fiduciario esistente fra il MDF ed il cittadino, che è la base indispensabile per qualsiasi intervento di governo della salute equo, efficace e statisticamente significativo, sia divenuto motivo invece di sfiducia della suddetta dirigenza per investire nelle cure primarie.***

## **I SETTORI DELLA MG ITALIANA**

**Assistenza primaria:** sono i cosiddetti medici di famiglia, titolari del rapporto di fiducia con i cittadini che li hanno scelti; rappresentano il primo punto di accesso al SSN, interpellati per i motivi più disparati, a volte appropriatamente di carattere sanitario, a volte anche di carattere sociale, fiscale, economico, lavorativo, ecc.

Il MdF ogni volta è di fatto obbligato a fornire una risposta appropriata al bisogno sanitario dell'assistito indipendentemente dal fatto che sia reale o solo percepito dallo stesso. È stato calcolato che solo una piccola percentuale dei contatti fra assistito e MdF da origine a risposte misurabili (prescrizioni di farmaci, indagini diagnostiche, visite specialistiche, certificazioni, ecc.).

La maggior parte dell'attività del MdF non è misurabile con i comuni indicatori di gestione ed è difficoltoso introdurre indicatori di outcome e di output che potrebbero dare una misura realistica e confrontabile dell'attività del MdF, come sostenuto dalla letteratura internazionale specializzata.

Le caratteristiche fondamentali di questa categoria sono le seguenti.

**Rapporto ottimale:** la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio è regolata dal rapporto ottimale. In pratica, per un determinato ambito territoriale viene inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria e fino a 14 anni è garantita l'assistenza pediatrica). Ultimamente in diverse regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti.

**Lista di assistiti e massimale:** ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può cambiare la sua scelta in qualsiasi momento. Per effetto delle scelte ogni medico ha una lista di assistiti. Il numero massimo di iscritti alla sua lista (massimale) è sostanzialmente di 1.500 persone. In conseguenza della libera scelta, il medico di famiglia – ed il PLS- sia l'unica figura medica del SSN scelta “ad personam” dal cittadino, sostanziando in tal modo il rapporto fiduciario come elemento fondante della medicina di famiglia

### **• Dinamiche conseguenti**

***La differenza fra rapporto ottimale (1:1.000) e massimale (1.500) determina fra i singoli medici un rapporto di concorrenza, che originariamente era stato voluto per favorire la competizione sul piano qualitativo, ma che inserendosi in un sistema regolato dalla libera scelta dell'assistito ha creato situazioni di minore rispetto della qualità professionale e ha determinato i presupposti per l'inserimento di normative che limitano l'erogazione delle prestazioni secondo criteri predefiniti.***





***Il massimale viene mediamente raggiunto in 10-15 anni di attività e costituisce il massimo traguardo (professionale ed economico) del MdF. A seguito del meccanismo stesso di determinazione dell'ambito carente, molti medici operano in condizioni tali da non poter mai raggiungere il massimale delle scelte.***

***La concorrenza, oltretutto, ha favorito l'isolamento e l'autoreferenzialità dei medici ed ha posto molti ostacoli alla crescita dell'associazionismo.***

***Disponibilità:*** il Medico di famiglia è tenuto a essere disponibile dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e fino alle 10 dei giorni prefestivi. Deve effettuare in giornata le visite domiciliari richieste fino alle ore 10 ed entro le 12 del giorno successivo quelle pervenute dopo le ore 10. Le visite urgenti recepite devono essere erogate nel più breve tempo possibile.

Il MdF è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 scelte, non inferiore a 10 ore fino a 1.000 scelte e non inferiori a 15 ore fino a 1.500 scelte per 5 giorni alla settimana.

***Struttura del compenso:*** la struttura tradizionale e ancora fondamentale del compenso è su base capitaria. In sostanza il medico riceve un importo costante annuo per ogni assistito iscritto nella sua lista. Questa quota capitaria non rappresenta però il guadagno del medico, perché essa è onnicomprensiva di tutte le spese necessarie ad esercitare l'attività professionale: studio, attrezzature, telefono, autovettura, tasse correlate all'esercizio della professione, pagamento del sostituto in caso di assenza, assicurazioni, ecc.

Inoltre, l'incasso mensile del medico (sostanzialmente un dodicesimo della quota capitaria annua) è versato al lordo delle imposte sul reddito con la sola ritenuta dell'acconto IRPEF (20%) e del versamento previdenziale a suo carico del 5,625% (il rimanente 9,375% a carico dell'Azienda, con lo 0,36% sul solo compenso forfetario, viene da essa direttamente versato all'ENPAM e non entra quindi nell'incasso del medico).

Negli ultimi 10 anni alla quota capitaria esclusivamente legata alla scelta si sono aggiunte altri piccoli pezzi di quote capitarie legate a caratteristiche organizzative:

1. *indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiera:* piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare l'assunzione di personale di studio; sono sempre state limitate a percentuali prestabilite di medici (% più bassa per l'infermiera) e tali quote non sono esaustive delle spese reali dagli stessi sostenute.

2. *quota per le forme associative:* piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare le seguenti alternative forme associative di complessità crescente:

a. *associazione semplice:* quota remunerativa rispetto agli impegni assunti

b. *medicina in rete:* quota che copre i costi e, in qualche caso, minimamente remunerativa

c. *medicina di gruppo:* quota che non copre i costi e non è remunerativa (salvo in qualche regione dove è stata aumentata con gli accordi regionali)

Alla quota capitaria si sono aggiunte voci diverse che concorrono ad una parte del compenso lordo (fino al 20% circa) e che sono quote correlate a prestazione: accessi domiciliari programmati (in non deambulabili e in assistenza domiciliare integrata) e prestazioni di particolare impegno professionale (medicazioni, suture, vaccinazioni, ecc.), nel complesso poco remunerative.

Nell'attuale ACN sono previsti compensi correlati a specifici progetti e ad esiti di processo sulla base di accordi regionali ed aziendali, ancora non perfettamente atualizzati in accordi tra le parti.



• **Dinamiche conseguenti**

**La struttura del compenso ha favorito:**

- 1. che il MdF è sempre meno stimolato a investire nei fattori di produzione, per ottenere maggiori guadagni;**
- 2. che i MdF, in particolare quelli che hanno sviluppato modelli organizzativi più qualificati, vedono più che dimezzati i guadagni reali rispetto agli incassi dai quali bisogna sottrarre le spese necessarie all'esercizio della professione;**
- 3. che agli occhi dei profani gli incassi lordi dei MdF sembrano spropositatamente elevati;**
- 4. che molti MdF, soprattutto all'inizio dell'attività vedono come necessità l'esercizio di una importante quota di libera professione in campi diversi dalla medicina generale, spesso continuata, perchè certamente più remunerativa, anche da massimalisti rendendo residuale l'attività della Medicina generale.**
- 5. che le norme e i modelli organizzativi ancora autoreferenziali non portano la categoria verso una omogeneità nei livelli di impegno professionale.**

**Continuità assistenziale:** Sono i medici che garantiscono l'assistenza territoriale (domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite) nelle ore dalle 20.00 alle 8.00 nei giorni feriali, dalle 10.00 alle 8.00 del giorno successivo nei prefestivi e per tutte le 24 ore nei festivi. Relativamente alla distribuzione vanno verificati gli effetti messi in campo dall'ultimo ACN in termini di rapporto ottimale per la Continuità Assistenziale (CA). Tale rapporto definito in un medico di Continuità Assistenziale ogni 5000 abitanti determina a regime un numero di operatori a livello nazionale pari a circa 12.000-13.000 unità, questo anche in considerazione della variabilità del 30% del suddetto rapporto applicabile a livello regionale. Tale norma in considerazione della sempre maggiore indisponibilità di medici per tale Servizio sta portando, soprattutto nel Nord, ad accordi regionali e/o aziendali che rivalutano il dato medio a favore del dato massimo di 1 medico ogni 6500 abitanti aumentando la difficoltà a processi di integrazione tra MdF e medici di C.A.

Sono presenti, anche se in maniera parcellare, modelli di coinvolgimento dei medici di CA nei processi assistenziali propri delle Cure primarie (Assistenza in RSA, a pazienti fragili, coinvolgimento nell'ADI, ambulatori per i codici bianchi, ecc.).

Tra gli operatori incaricati a tempo indeterminato sono presenti circa il 40 % di medici con doppio incarico (incarico di Assistenza primaria fino a 650 scelte e incarico di Continuità Assistenziale), considerabili nell'ottica di una più agevole integrazione, visto il coinvolgimento se presenti sullo stesso ambito, in un rapporto con l'assistito sia fiduciario che a copertura assistenziale oraria.

Per ragioni diverse tra le regioni del Nord (difficoltà a reperire medici disponibili) e le regioni del Sud (ritardi nelle assegnazioni di incarichi), il settore presenta circa il 30% di addetti temporaneamente incaricati con conseguente mancanza di formazione specifica e di una reale possibilità di continuità delle cure.

• **Dinamiche conseguenti**

**A causa della natura dei compiti istituzionali essenziali, cui il medico di CA viene sempre di più confinato dall'aumento dei carichi di lavoro dovuto alla diminuzione degli addetti, e dei criteri della loro distribuzione territoriale, indipendente da quella dei colleghi di assistenza primaria ed in assoluta assenza di processi di informatizzazione e messa in rete del Servizio, l'attività della CA è sostanzialmente scollegata da quella dei medici di famiglia dello stesso territorio.**

**Struttura del compenso:** I medici di Continuità Assistenziale sono retribuiti con compenso orario.



**Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale:** è un settore bloccato con il D.Lvo 502/92 insieme a quello degli specialisti convenzionati interni; è costituito da medici in regime di convenzione e di dipendenza, retribuiti con compenso orario.

Recentemente il settore degli specialisti è stato riaperto dal D.L. 311/2004, mentre quello della Medicina dei Servizi è rimasto bloccato. In alcune Regioni si è avuta una notevole riduzione degli addetti in regime convenzionale per il passaggio a rapporto di dipendenza (D.Lvo 229/99); la forma convenzionale resta prevalente in Toscana e Lazio, mentre è residuale in Campania, Sicilia e Puglia.

I medici in regime di convenzione solo con l'ultimo Accordo possono assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgono funzioni diverse nell'ambito dei distretti, sia di supporto che di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, ecc.

In molte regioni del nord e del centro-nord il blocco dovuto al D.L. 502/92 non è stato avvertito perché con il Capo IV del penultimo ACN (D.P.R. 270/2000) si sopperiva alla carenza di tali figure professionali con l'Attività Oraria Programmata (una sorta di incarico semestrale rinnovato più volte e per le solite sedi, ancor oggi vigente in varie regioni, spesso ai limiti della correttezza contrattuale, creando di fatto in molti casi una situazione di sottoccupazione legalizzata).

Per quanto tali attività siano poco conosciute alla maggioranza dei medici di Medicina Generale, buona parte del lavoro che viene svolto all'interno dei distretti e dei presidi territoriali fa capo a queste figure professionali.

**Struttura del compenso:** i medici della Dirigenza Medica Territoriale sono retribuiti con compenso orario.

**Emergenza territoriale:** l'Emergenza Territoriale rappresenta solo una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria dove l'integrazione delle varie competenze professionali che ruotano intorno al problema "emergenza", consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi, la quale, una volta attivata, dall'allarme alla centrale operativa all'ospedalizzazione mirata del paziente, consente la continuità delle cure secondo una sequenza logica di interventi. Ed è proprio in questo contesto che la figura del medico dell'emergenza diventa il referente certo nella gestione di eventi critici, macroemergenze, pazienti critici e non, con la capacità, non solo di intervento terapeutico-assistenziale immediato, ma anche di attivazione mirata di protocolli operativi, atti al ruolo di collegamento tra territorio ed ospedale che garantiscono, oltre la continuità delle prestazioni al cittadino, l'opportunità al personale impiegato, di maturare la necessaria esperienza nella medicina di emergenza-urgenza.

I medici dell'Emergenza Sanitaria – 118, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità assistenziale, si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze espresse dai singoli ambiti regionali o addirittura aziendali. L'applicazione non uniforme della normativa relativa al sistema 118 su tutto il territorio nazionale ha comportato inevitabilmente una disomogenea strutturazione anche dei medici che in alcune regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione secondo il D.L. 229/99; in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN Medicina Generale - Capo V, nelle more del passaggio alla dirigenza medica secondo il D.L. 229/99. Per coprire carenze d'organico spesso vengono impiegati anche medici a rapporto libero professionale.

Si dovrà prevedere la proroga dei tempi previsti dal D.L. 229/99 al fine di permettere alle Regioni che hanno recepito in ritardo quanto previsto dall'art. 8 comma 1 bis del 502/92 e successive modificazioni, di individuare l'emergenza territoriale quale area di attività che, ai fini del miglioramento del servizio, richiede l'instaurarsi di un rapporto di impiego.



Tale orientamento è stato determinato dalla consapevolezza della necessità di favorire la piena integrazione e connessione del sistema dell'emergenza territoriale con il sistema di emergenza-urgenza ospedaliero (nella Medicina d'urgenza) al fine di realizzare una continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero, con univoci criteri di riferimento e di operatività, sulla base di comuni linee-guida e protocolli operativi.

È nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza complessivo che il medico dovrà assumere tutte le specificità di servizio previste nel DPR 27.03.92., con la partecipazione diretta anche nei ruoli di responsabilità gestionali delle attività sui mezzi di soccorso, nelle Postazioni di Primo Intervento, nelle Centrali Operative, in elisoccorso, nelle Strutture Complesse di Medicina d'Urgenza, in Pronto Soccorso e nel Dipartimento d'emergenza-urgenza.

Attualmente l'accesso all'area convenzionata è subordinato al possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, integrato da uno specifico corso di sei mesi in Emergenza territoriale; successivamente la Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza-Urgenza oltre a caratterizzare la figura del medico d'urgenza determinerà il percorso unico per l'accesso al SSN.

**Struttura del compenso:** i medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati sono retribuiti con compenso orario.

### **UNA FALSA SOLUZIONE: LA DIPENDENZA**

La soluzione più semplice potrebbe sembrare quella di trasformare lo stato giuridico dei MMG da libero professionista convenzionato a dipendente. Questa soluzione cozza però con una serie di considerazioni che la rendono meno produttiva a livello di sistema:

1. l'identità tradizionalmente acquisita dalla Medicina Generale, sia nella percezione dei medici che dei cittadini, è difficilmente modificabile in tempi accettabili senza grossi traumi;
2. il maggior costo della dipendenza rispetto al convenzionamento: il convenzionato agisce in regime di economia, non fa spese non indispensabili all'effettuazione delle prestazioni, non accumula vincoli di spesa giuridicamente difficili da rimuovere: sostanzialmente è una vera piccola azienda nella più grande e meno vera azienda sanitaria;
3. la perdita di flessibilità operativa rispetto alle diverse esigenze della popolazione, sia socio-culturali che geograficamente determinate; ciò vale anche in termini di flessibilità di orario di attività, che con la dipendenza, per coprire le esigenze, dovrebbe essere sovradimensionato;
4. il rischio che il MdF dipendente, come l'ospedaliero, impegnato in un'attività oraria diventi eccessivamente efficacista e troppo poco efficientista;
5. l'impossibilità di utilizzare fattori di produzione promiscui (per esempio l'auto, usata prevalentemente per la professione ma anche per la vita privata)

Ci sono poi una serie di motivi che dovrebbero scoraggiare anche i medici di famiglia che vedono nella dipendenza una soluzione di comodità di alcuni istituti quali le ferie, la malattia, l'orario definito, ecc.

1. verrebbe ad essere cancellata l'area contrattuale della Medicina Generale e dovremmo rientrare nell'eterogeneo complesso della Dirigenza medica, fra l'altro andando a rappresentare, nonostante le nostre dimensioni, una minoranza degli addetti.
2. l'attuale contratto di lavoro è fondato sul rapporto di fiducia con il Direttore Generale e consente l'ipotesi di licenziamento per il venir meno dello stesso.



3. la condizione di dipendente ci esporrebbe all'obbligo di rispettare gli ordini di servizio impartiti da dirigenti in posizione gerarchica superiore (direttori di distretto, direttori sanitari, Direttore generale), compresi quelli riguardanti le guardie notturne e festive.
4. sarebbe irreparabilmente compromesso il rapporto fiduciario con l'assistito.

Meglio perseguire soluzioni che, pur recuperando alcuni aspetti positivi della dipendenza, consenta, nell'interesse comune nostro e del sistema, la conservazione di quelli positivi. Ragioniamo dunque nella direzione di un perfezionamento della nostra condizione di liberi professionisti convenzionati parasubordinati.

## LA RIFONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

La medicina generale ha bisogno di interventi fondamentali che la rendano parte integrata del SSN, che superino l'isolamento individuale del professionista e che definiscano gli elementi strutturali necessari al suo esercizio. E' necessario al tempo stesso superare alcune criticità del SSN che ne minano la qualità e ostacolano un'efficiente tutela della salute.

L'obiettivo generale della rifondazione è quindi, da un lato quello di definire con chiarezza funzioni e ruoli certi della medicina generale e, in rapporto ad essi, costruire il modello di relazioni adatto e gli elementi strutturali (logistici, tecnologici, di risorse umane, ecc.) necessari alla sua realizzazione, dall'altro quello, ancora più ambizioso, di influenzare il complesso meccanismo di erogazione delle prestazioni sanitarie. La sola riorganizzazione del servizio, infatti, comporterebbe una modificazione dell'offerta senza influire sulla domanda di prestazioni e quindi sull'appropriatezza del sistema.

In questi anni la crescita enorme della domanda di prestazioni sanitarie, non sempre corrispondente a reali bisogni di salute, ha generato politiche volte a razionalizzare al massimo le strategie d'offerta. Tali iniziative sono insufficienti se non accompagnate da una corretta politica di governo della domanda, imperniata sull'appropriatezza delle prestazioni erogate.

Il medico di medicina generale non può essere più considerato un semplice governatore della domanda, specie quando essa si concretizza in richieste incongrue provenienti da settori specialistici pubblici e privati, né tanto meno un erogatore di prestazioni sanitarie che variano al variare della stessa. Egli deve essere parte integrante di un modello di "presa in carico" nel sistema delle cure primarie, capace di una risposta completa ed integrata che va dal bisogno, alla domanda ed alle prestazioni socio sanitarie in modo tale da coniugare la qualità dell'assistenza con le risorse disponibili.

Sul piano operativo si riconosce un medico fortemente motivato che, attraverso il sistema della presa in carico, costruisce e governa in modo efficiente percorsi di diagnosi e cura appropriati, con l'obiettivo di salvaguardare la salute del cittadino il più a lungo possibile assicurando qualità e continuità degli interventi sanitari.

La rifondazione delle cure primarie si realizza quindi attraverso un **modello flessibile** la cui costruzione richiede modifiche legislative tese a definire ruolo e compiti dei medici di medicina generale, nuove modalità di finanziamento della medicina generale, a garanzia del percorso realizzativo e dei suoi tempi, e dei conseguenti rinnovi contrattuali.

### **RUOLO E COMPITI DEI MMG**

La Medicina Generale affronta i problemi dell'intera popolazione senza esclusioni, è facilmente accessibile con minima differibilità, senza barriere, è centrata sulla persona piuttosto che sulla



malattia, si fa carico longitudinalmente del paziente non essendo limitato il contatto ad uno specifico episodio di malattia.

La Medicina Generale assicura promozione, prevenzione, cura, riabilitazione, supporto sul piano psicologico e sociale. Si colloca nell'interfaccia tra malattia e infermità ed integra gli aspetti etici e umanistici del rapporto medico-paziente con il "decision-making" clinico.

Le sei competenze costitutive della Medicina Generale sono: la gestione delle cure primarie, le cure centrate sulla persona, le abilità specifiche nel problem solving, l'approccio integrato, l'orientamento alla comunità, l'applicazione del modello bio-psico-sociale;

Secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data nel 2002 da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) i MMG sono specialisti formati ai principi della disciplina sulla base delle caratteristiche di seguito elencate, che ne definiscono, in modo più esteso, le peculiarità professionali:

- a) la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza ed incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

Lo sviluppo delle competenze del medico di medicina generale, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione, alle aspettative dei nuclei familiari e della collettività, si orienta a formare professionisti che, oltre alla conoscenza profonda delle procedure complesse della loro professione, siano in grado di offrire non singole prestazioni, ma esiti complessivi derivanti da processi di cura razionali ed appropriati, integrati nella rete di cure primarie.

Le competenze del MMG sono classificabili in tre categorie:

## **CLINICA**

1. **individuale**: azioni di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione finalizzate al mantenimento della migliore condizione possibile di salute
2. **di comunità**: funzioni integrate di medicina di iniziativa preventiva e clinica, coerenti con gli obiettivi ed i programmi di attività concordati a livello regionale e aziendale



## GESTIONALE

3. **professionale ed organizzativa**: partecipazione alle attività di programmazione e gestione del Servizio sanitario a tutti i livelli (locale, regionale e nazionale), applicazione di modelli organizzativo-professionale di gestione dello studio. trasferimento sul personale appositamente formato di attività di office e nursing;

4. **certificativa**: relativa alla condizione di salute nei casi previsti dalla legge per la tutela degli interessi dell'assistito e del funzionamento del SSN

## COMUNICATIVA

5. **educativa ed informativa**: sviluppo e diffusione della cultura sanitaria, conoscenza del Servizio sanitario nazionale e regionale e delle sue regole, di counseling

6. **negoziale**: realizzazione di una alleanza per la salute con il cittadino svolta attraverso la indicazione dei migliori percorsi di cura e lo sviluppo di una coscienza orientata alla necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale.

## LA PRESA IN CARICO

Il crescere costante nel nostro Paese per numeri e peso assistenziale del fenomeno fragilità, che coinvolge in particolare persone anziane e malati cronici, richiede la presenza di una rete socio-sanitaria organizzata e dinamica in grado di farsi carico dell'assistenza.

I criteri che devono ispirare l'organizzazione di questa rete assistenziale sono i seguenti:

- Continuità e globalità delle cure nelle 24 h e per tutto l'arco della vita del cittadino
- Individuazione di obiettivi di assistenza e di risultato in termini di salute, raggiungibili attraverso processi di cura basati su prove di efficacia e ottenibili con forme di medicina di iniziativa, per le patologie croniche a più elevata prevalenza (diabete, BPCO, malattie cardiovascolari). Ciò implica il passaggio da una logica di rapporto domanda-offerta (secondo cui il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie si adegua passivamente al variare della domanda), ad una di processi-obiettivi (si identificano obiettivi di salute realistici da raggiungere e si costruiscono processi adeguati per raggiungere tali obiettivi)
- Sostenibilità economica del servizio, che solo una struttura territoriale è in grado di fornire
- Integrazione con i servizi sociali di assistenza
- Capacità di orientare il cittadino verso un uso appropriato dei servizi disponibili
- Livelli uniformi su tutto il territorio nazionale.

Il medico di famiglia ha quindi in carico un compito, oltre che di diagnosi e cura, di educazione sanitaria intesa non solo come predica dei comportamenti virtuosi dal punto di vista salutistico, ma anche di costruzione della consapevolezza del cittadino delle reali possibilità della medicina.

La proposta di UMG che segue, tiene conto di tutti questi aspetti prevedendo un sistema di presa in carico della salute del cittadino complessiva e continuativa.



## **L'AREA DELLA MEDICINA GENERALE**

Nel prossimo futuro è prevista una diminuzione dei medici in attività legata alle dinamiche di pensionamento dei prossimi anni ed all'effetto del numero programmato nei Corsi di laurea.

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ogni anno vengono formati 1.560 mmg</li><li>▪ 1.560 mmg X 10 anni = 15.600</li><li>▪ Da oggi al 2017 andranno in pensione 25.500 mmg</li></ul> <p>SALDO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ 15.600 – 25.500 = 9.900 medici in meno</li><li>▪ Circa 11.000.000 di pazienti senza medico</li></ul> |
|--|

Tenendo presenti i futuri risvolti occupazionali legati a tale diminuzione emerge la necessità di individuare nuove modalità di organizzazione e l'istituzione dell'area della medicina generale che comprenda tutti i professionisti che attualmente svolgono compiti ed attività ad essa riferibili.

Questi soggetti sono dotati di una conoscenza specialistica in grado di garantire, alle persone che si rivolgono al loro operato, il pieno godimento del diritto alla tutela alla salute.

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso conoscenze e competenze che richiedono discrezionalità e autonomia, con livelli differenziati di organizzazione dell'attività professionale, determinati dalla esigenza di dare risposte flessibili e appropriate ai cittadini.

L'area della medicina generale deve essere definita per legge in modo da stabilire diritti e doveri degli appartenenti, soprattutto in relazione alle diverse funzioni che possono ricoprire nell'ambito del SSN nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza loro affidati.

All'area della medicina generale sono riferibili attività orarie e/o con scelte in carico (attuale assistenza primaria).

I due tipi di attività devono essere fra loro compatibili.

Il nucleo fondamentale organizzativo di base dell'attività di Medicina Generale che si propone è l'Unità di Medicina Generale (UMG).

## **L'UNITÀ DI MEDICINA GENERALE (UMG)**

L'attivazione di UMG è il punto di partenza di un percorso di valorizzazione del ruolo della medicina generale nell'ambito delle cure primarie e nel sistema di erogazione dei servizi sanitari.

Tale percorso si basa sulla condivisione di un comune orizzonte di riferimento caratterizzato dai seguenti elementi:

- Riconoscimento delle cure primarie come ambito di risposta alla maggior parte dei problemi sanitari e di governo dei percorsi diagnostico terapeutici dei cittadini;
- Riconoscimento del rapporto di fiducia tra medico di medicina generale e assistito, fondato sulla libera scelta, come valore su cui sviluppare i rapporti tra medicina generale e i servizi sanitari e socio sanitari territoriali, recuperando la centralità del medico di medicina generale;
- Necessità di sviluppare un sistema di relazioni tra professionisti delle cure primarie e professionisti delle cure specialistiche, che riconosca da un lato gli ambiti di responsabilità professionale della medicina generale, come condizione per assicurare continuità ai percorsi diagnostico terapeutici degli assistiti, e valorizzi dall'altro la competenza specifica degli specialisti nell'ambito di linee guida condivise





- Individuazione delle UMG come risposta alla crescita della complessità dei problemi assistenziali a cui la medicina generale deve fornire una risposta e come ambito in cui poter sviluppare autonomia organizzativa e responsabilizzazione sui risultati
- Necessità di costruire e formalizzare ambiti di confronto permanente in cui affrontare le problematiche connesse allo sviluppo delle cure primarie e costruire comuni indirizzi e progetti;
- Opportunità di coinvolgere i medici di medicina generale nei processi di programmazione e controllo aziendali, individuando e sperimentando strumenti operativi adeguati;
- Promozione e partecipazione a iniziative di formazione/ricerca funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione

### **L'UNITÀ DI MEDICINA GENERALE (UMG) È L'UNITÀ ORGANIZZATIVA ELEMENTARE A CUI AFFERISCONO I MEDICI DELL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE**

Questa unità è compatibile con gli attuali modelli strutturali dell'assistenza territoriale (UTAP, Casa della Salute e tutte le altre forme associative) potendo ricomprenderli o esserne elemento costitutivo.

L'UMG ha una propria identità funzionale ma può agire anche in modo integrato con altre figure professionali per aumentare lo spettro di prestazioni offerte (specialisti convenzionati, ospedale, ecc.) o per partecipare ad attività socio-assistenziali (assistenti sociali, personale di distretto, ecc.).

I componenti di una UMG possono concentrare la loro attività in un'unica sede fisica, anche insieme ad altre UMG e ad altri servizi, oppure essere distribuiti in studi singoli o di gruppo sparsi sul territorio a seconda delle necessità oro-geografiche, della programmazione locale e di quella propria dell'UMG stessa.

Le caratteristiche emergenti sono quindi:

- La medicina generale è organizzata in Unità (UMG); tutti i medici di medicina generale ne fanno necessariamente parte.
- Le UMG sono costituite indicativamente da 20-25 medici di medicina generale (15-20 Medici di A.P. e 4-6 a esclusivo o prevalente rapporto orario) ed assistono una popolazione di 20-25.000 cittadini (a seconda del contesto orogeografico e della programmazione).
- Le UMG assicurano un'assistenza di 10/12 ore ambulatoriali e 24H domiciliari.
- Le UMG priva di personalità giuridica, può essere supportate da società di servizio.
- La UMG può essere collocata in una sede unica, ma può anche, come sarà necessariamente prevalente, prevedere che i MMG abbiano la possibilità di esercitare in studi diversi, magari individuando fra tali studi uno di riferimento.

Ogni UMG:

- deve possedere un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile collegato al sistema aziendale e/o regionale.
- Deve essere potersi avvalere di personale sanitario e non, secondo standard definiti.
- Deve essere coordinato da un MMG, che svolga anche funzioni di interfaccia tra l'UMG e la struttura aziendale di riferimento (Dipartimento di cure primarie, Distretto).
- Al suo interno, tra i componenti, può prevedere figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.).



L'UMG deve rappresentare un'opportunità per:

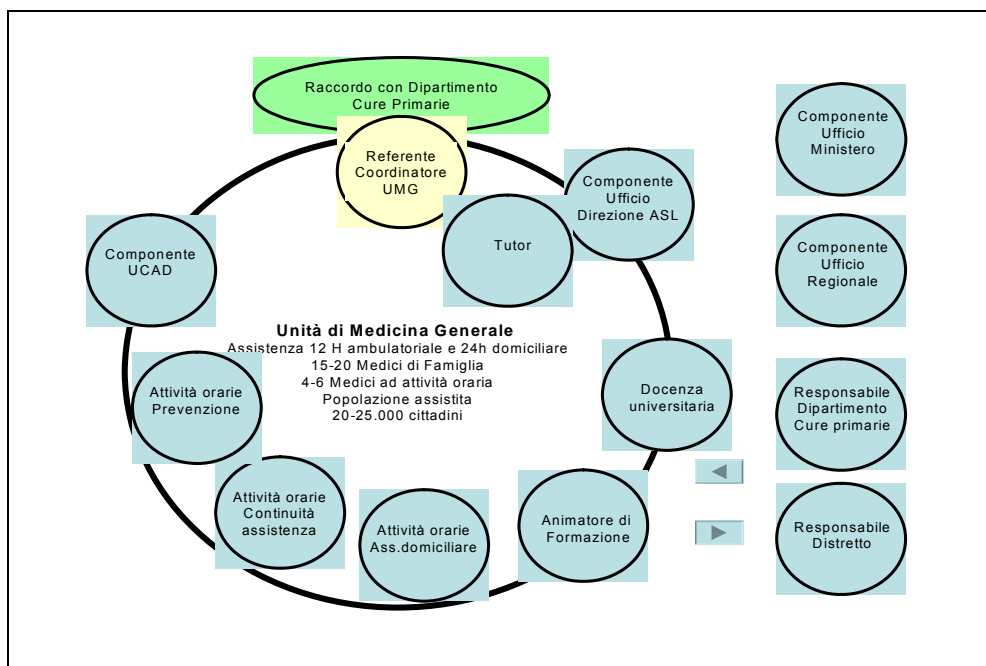
- sollevare il MMG da funzioni improprie, affidandole ad altri soggetti che operano in stretto collegamento col medico nella rete;
- valorizzare le funzioni tendenti ad accrescere il valore dell'atto professionale rafforzando l'aspetto assistenziale e relazionale attraverso il rapporto fiduciario con il paziente: ascolto attivo, prevenzione, medicina di iniziativa, domiciliarità, residenzialità, presenza in ospedale, continuità delle cure;
- realizzare una centrale gestionale del sistema di cure italiano ed insieme un'area di sviluppo e di crescita sociale ed economica in grado di recuperare in breve risorse, in forma diretta e/o indiretta;
- impostare e realizzare modelli di "Clinical Governance".



### **POSSIBILE MODELLO DI UMG**

- 25 Medici di Medicina Generale
- 4 Infermieri di cui 1 con funzione di coordinamento per le cure domiciliari: ADI, dimissioni protette, attività socio-assistenziali, ecc.
- 1 "Case Manager" che può essere anche di provenienza dal personale socio-assistenziale (personale OSA)
- 3 Unità per la gestione attiva degli archivi dei pazienti finalizzata alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di cui una per la gestione del rischio clinico e la sorveglianza dei soggetti fragili
- 8 Collaboratori di studio a tempo pieno o frazionabili (circa 320 ore settimanali di attività)

Gli standard sopra descritti hanno solo valore esemplificativo e possono essere modificati in relazione alle specifiche esigenze locali, nell'ambito della programmazione regionale.



## **L'ACCESSO ALL'AREA DELLA MG**

L'assunzione dell'incarico a tempo indeterminato in medicina generale avviene per i medici con attestato (o equipollenti) con attività oraria a tempo pieno (36-38 ore settimanali).

La carenza si realizza quando nell'ambito dell'UMG un medico della stessa unità si trasferisce o va in pensione o lascia comunque l'incarico.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi a tempo indeterminato in Medicina Generale i medici con attestato (o equipollenti) sulla base di una graduatoria nazionale.

Il medico neo-convenzionato inserito nella Area della medicina generale svolge inizialmente attività professionale oraria, rivolta alla popolazione assistita dalla UMG nella quale si realizza la carenza.

La possibilità di assumere scelte per il singolo medico si realizza in base ad entrambi i seguenti criteri:

1. anzianità di servizio (almeno 3-5 anni)
2. presenza di una carenza calcolata in base ad un rapporto ottimale fra medici con scelte e popolazione.

Dopo ulteriori 3-5 anni il medico dell'UMG, sia che abbia un'attività esclusivamente oraria, sia che abbia acquisito scelte, può progredire nella carriera ed acquisire la possibilità di svolgere determinate funzioni.

**L'attività** del MMG si svolge secondo due modalità: attività di tipo fiduciario e attività di tipo non fiduciario.

### ➤ **Attività di tipo fiduciario (quota capitaria)**

Attività professionali connesse con una scelta elettiva del cittadino, sulla base di un rapporto di fiducia nei confronti di quel determinato professionista. Il MMG acquisisce assistiti in carico secondo modalità corrispondenti all'attuale assistenza primaria basata sul rapporto di fiducia rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore.

### ➤ **Attività di tipo non fiduciario (oraria o per obiettivo)**



Sono attività non direttamente connesse con una scelta elettiva da parte di un cittadino ma necessarie a supportare efficacemente le attività di assistenza fiduciaria.

Fermo restando il monte orario di 36 (38 o 40 ore settimanali), l'attività oraria è organizzata all'interno dell'Unità dovendo essere articolata fra:

1. Attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale
2. Attività di assistenza domiciliare programmata, integrata e residenziale, attività assistenziali programmate quali progetti prevenzione, ambulatori dedicati a malattie croniche, prelievi o prestazioni PPIP (ecg, eco, TAO)
3. Attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.)
4. Attività di formazione, docenza e audit (dentro e fuori l'UMG)
5. Attività organizzative e gestionali dentro l' UMG (coordinatore UMG) e fuori dall' UMG (attività dirigenziale)
6. Tutoraggio ed attività seminariale universitaria e di formazione specifica, attività valutativa per l'esame di stato.
7. Attività di ricerca

Esse sono remunerate a quota oraria o a quota per obiettivo e comunque fanno riferimento a prestazioni erogate direttamente ai cittadini o all'interno dell'Area delle Cure Primarie.

### **LA CARRIERA IN MG**

Sono ormai presenti nella categoria gravi elementi demotivanti e demoralizzanti alimentati dalla burocratizzazione del lavoro, dalla ridotta libertà professionale e soprattutto dalla mancanza di una carriera organizzata.

La progressione di carriera alimenta la crescita professionale, sviluppa la creatività, stimola la formazione continua, fornisce le motivazioni, che sono il vero motore dell'attività professionale.

In nessun altro lavoro, professionisti altamente qualificati si attendono di lasciare a 70 anni con lo stesso livello di carriera con cui avevano iniziato 30 o 40 anni prima

Da anni il MG svolge anche funzioni non strettamente di assistenza primaria: quelle legate alla didattica (animatore, tutore, docente, audit), alla ricerca, al management sanitario (gruppi di lavoro, commissioni distrettuali, aziendali o regionali).

Si sente forte, adesso, la necessità di riscrivere tutte queste funzioni che ruotano attorno al core del MMG (il prendersi cura del paziente, della salute della comunità, della gestione delle cure primarie), fondamentali per favorire la crescita professionale.

#### **La carriera è:**

- una necessità per valorizzare e per assolvere in modo più efficace le attività emergenti di insegnamento e ricerca, accanto all'assistenza;
- una opportunità per acquisire funzioni dirigenziali riconosciute.

#### **Requisiti**

Per esplicitare le funzioni di carriera bisogna avere un minimo di convenzionamento nell'area di MG, di 5 anni e requisiti specifici che devono rispondere a criteri di professionalità a garanzia del servizio da svolgere.

Ad ogni progresso di scaglione, salvo diverse determinazioni individuali, deve corrispondere un set di funzioni determinate. In particolare, maturata una certa anzianità di servizio, il medico non deve



più essere obbligato a svolgere attività di guardia medica notturna e festiva, sia che abbia acquisito scelte, sia che abbia sempre e continui a garantire solo attività oraria.

Le funzioni di carriera rientrano nelle attività orarie o per obiettivo.

La progressione di carriera può essere con o senza riduzione di scelte/ore.

La progressione di carriera non implica un percorso esclusivamente verticale ma circolare nel senso che all'interno dell'area ogni medico può decidere quale potrà essere la funzione che più lo realizza. È prevista la reversibilità del percorso.

## **LA FUNZIONE DIRIGENZIALE E L'INTEGRAZIONE NEL SSN**

È possibile anche una evoluzione della carriera all'esterno dell'area della MG nel momento in cui si acquisisce la funzione di Direttore di Distretto, di Direttore Generale, di Responsabile di Dipartimento di cure primarie. Durante il periodo in cui il MG svolge attività dirigenziale, qualora sia prevista incompatibilità, le scelte saranno affidate all'UMG o ad un medico individuato dallo stesso titolare delle scelte sulla base del meccanismo delle sostituzioni. Gli incarichi di Direttore di Distretto, di Direttore Generale, di Responsabile di Dipartimento di cure primarie possono comportare una esclusività di rapporto; in questi casi caso, al termine del mandato, al rientro nella UMG, devono essere garantiti adeguati livelli retributivi.

L'affidamento di incarichi al di fuori dell'area UMG devono tenere conto dell'anzianità di convenzionamento, delle attività di tipo orario e fiduciario e le relative funzioni svolte.

Per le funzioni di carriera all'esterno della UMG ed in particolare per la Direzione Generale di una Azienda Sanitaria, bisogna che venga riconosciuto l'equivalenza tra le attività del MG impegnato nella direzione di strutture organizzative della MG, semplici o complesse, alla posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie come previsto dall'art. 3 bis della DL 502/92.

Sarà altresì necessario acquisire il titolo necessario di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Il medico di MG deve poter svolgere funzioni dirigenziali:

### A livello di UMG

- coordinatore generale e vice (interfaccia tra l'UMG e la struttura aziendale di riferimento) coordinamento di particolari funzioni all'interno dell'UMG (informativa, progetti assistenziali, ecc.)

### A livello di Distretto o Azienda:

- direttore di Distretto
- responsabile di Dipartimento di cure primarie
- componente UCAD
- componente Staff Ufficio di Direzione

### A livello regionale

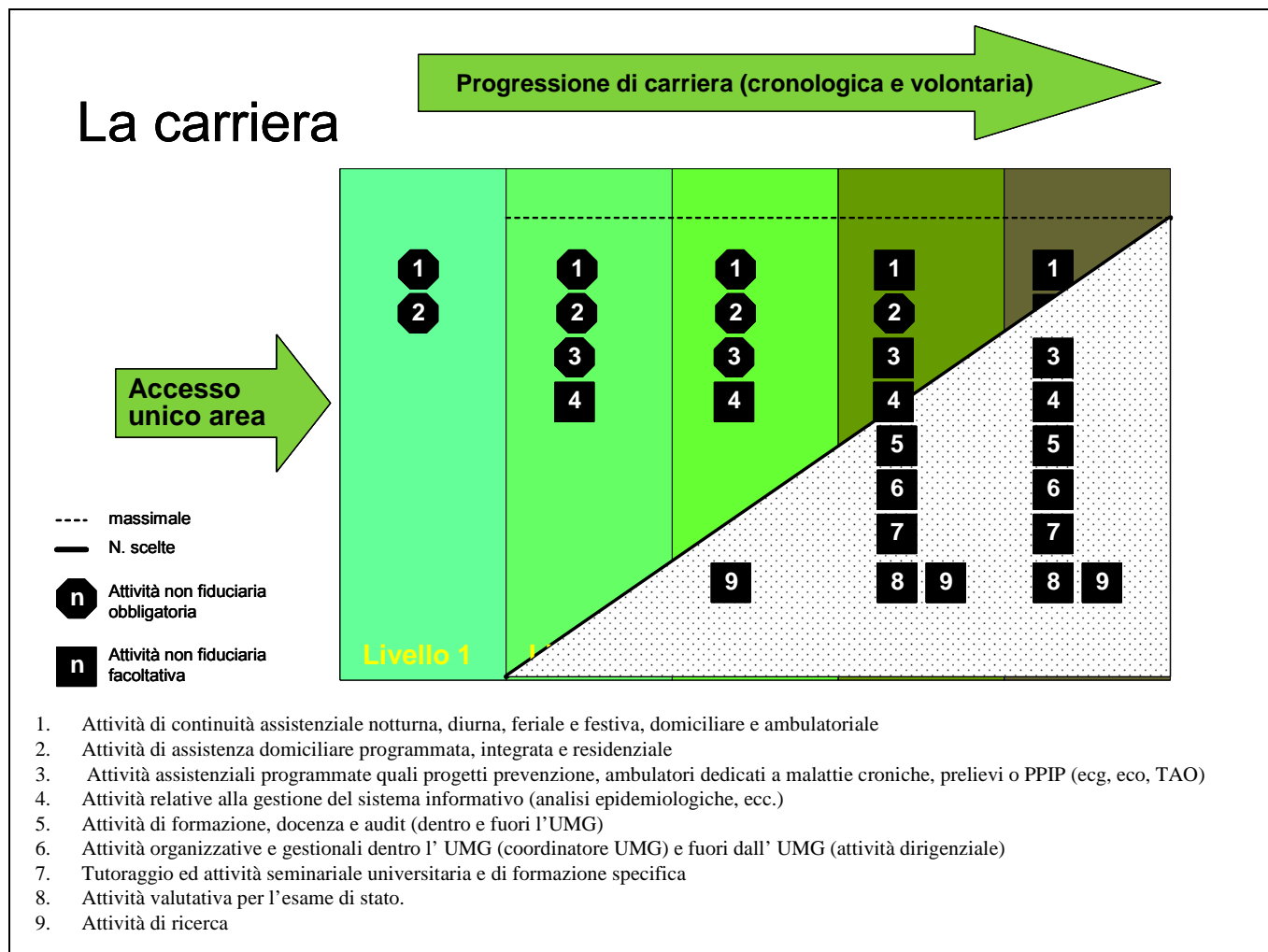
- responsabile Ufficio Medicina Generale
- responsabile progetti regionali
- componente Ufficio Medicina Generale
- componente gruppi di lavoro su progetti

### A livello nazionale



- responsabile e/o componente Ufficio Medicina Generale Ministero Salute
- responsabile e/o componente gruppi di lavoro ministeriali
- componente Agenzie ministeriali (AIFA, CCP, ISS, ecc.)

La progressione di carriera e lo svolgimento delle diverse funzioni deve intendersi possibile, salvo il rispetto di determinati criteri, per tutti i MMG; in particolare deve potersi realizzare fino ai massimi livelli indipendentemente dallo svolgimento di attività fiduciaria.



### STRUTTURA DEL COMPENSO

Il compenso deve essere strutturato in modo da distinguere nettamente e chiaramente le quote riconducibili all'onorario professionale da quelle destinate alle spese necessarie all'erogazione dell'assistenza (locali, attrezzature, servizi, personale).

In sostanza è necessaria la divisione in tre categorie differenti (più avanti specificate), il cui adeguamento contrattuale biennale deve poter rispondere a dinamiche fra loro diverse:

1. le quote riconducibili all'onorario: soggette a dinamiche simili a quelle della dipendenza
2. le quote riconducibili a rimborso forfetario: devono tener conto dell'inflazione reale anche in relazione ad uno specifico paniere.



3. le quote che rappresentano rimborso a piè di lista: sono automatiche e non soggette alla contrattazione delle convenzioni.

In pratica il compenso potrebbe essere così strutturato:

1. Onorario professionale orario
2. Onorario professionale capitario
3. Indennità correlate alle funzioni
4. Assistenza domiciliare programmata e integrata
5. Quota Fondo progettuale regionale
6. Quota Fondo progettuale aziendale
7. Prestazioni aggiuntive
8. Contributo spese per fattori di produzione
9. Rimborso spese personale

### Onorario professionale orario e capitario

L'onorario professionale dovrebbe essere congegnato in modo da garantire una retribuzione minima e dignitosa a tutti i medici di medicina generale.

Ciò può essere ottenuto riconoscendo la stessa cifra complessiva annua sia alle 38 ore/settimanali che alle 1.000 scelte (rapporto ottimale) e consentendo a tutti i medici di svolgere attività orarie in proporzione inversa al numero di scelte in carico (38 ore settimanali = 1000 scelte).

Il risultato è esemplificato nella tabella di seguito riportata, che indica i risultati partendo dalla quota capitaria del medico (onorario professionale + quota capitaria di ponderazione) della vigente convenzione.

MEDICO	(1) h/eq	(2) att.oraria	(3) n. scelte	(4) scelte retr.	(5) (6)		(7) compenso tot.
					compenso att.oraria	compenso scelte retr.	
A	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00
B	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00
C	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00
D	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00
E	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00
F	38	27,9	430	400	2.548,33	1.390,00	3.938,33
G	38	22,8	645	600	2.085,00	2.085,00	4.170,00
H	38	19,0	762	750	1.737,50	2.606,25	4.343,75
I	38	19,0	799	750	1.737,50	2.606,25	4.343,75
K	38	15,2	923	900	1.390,00	3.127,50	4.517,50
J	38	13,9	1190	950	1.274,17	3.301,25	4.575,42
L	38	6,3	1280	1250	579,17	4.343,75	4.922,92
M	38	3,8	1362	1350	347,50	4.691,25	5.038,75
N	38	3,8	1383	1350	347,50	4.691,25	5.038,75
O	38	3,8	1390	1350	347,50	4.691,25	5.038,75
P	38	2,5	1448	1400	231,67	4.865,00	5.096,67
Q	38	1,3	1469	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
R	38	1,3	1475	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
S	38	2,5	1435	1400	231,67	4.865,00	5.096,67
T	38	1,3	1481	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
U	38	1,3	1490	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
V	38	1,3	1493	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
X	38	1,3	1500	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
Y	38	1,3	1500	1450	115,83	5.038,75	5.154,58
Z	38	-	1545	1500	-	5.212,50	5.212,50
	<b>950</b>	<b>339</b>	<b>25000</b>	<b>24100</b>			<b>114.790,83</b>

Dati di riferimento	
Popolazione assistita	51.485.616
Scelte equivalenti a 1 ora	39,47
Compenso ora euro	<b>21,10</b>
Quota cap.riconosciuta a scaglioni	<b>41,7</b>
Massimale	1.500
Rapporto ottimale generale	1.000 h 38
Rapporto ottimale assistenza primaria	1.300
Tot.ore per ass.dom.24h	168
Popolazione assistita UMG	25.000
Numero medici UMG	25
Tot.ore equivalenti disponibili / sett.	950
Spesa MtG 2005	4.797.724.355,97
Spesa per onorari/anno	2.836.836.847,35
Spesa per strutture	1.960.887.508,61
(1) orario settimanale virtuale di riferimento uguale per tutti	
(2) attività oraria effettivamente esercitata, dopo aver detratto le ore virtuali corrispondenti al numero di scelte	
(3) numero di scelte effettivamente in carico	
(4) scelte retribuite a scaglioni crescenti di compenso	
(5) quota riconosciuta al singolo medico per attività oraria	
(6) quota riconosciuta al medico per scelte retribuite.	
(7) compenso complessivo del medico di medicina generale	

Naturalmente la tabella sopra riportata ha valore esclusivamente esemplificativo del meccanismo di retribuzione e non degli importi. In particolare deve essere notata l'ipotesi di prevedere una



retribuzione non legata alle singole scelte, ma a scaglioni di 50. Ciò consentirebbe un più equo e corretto calcolo delle ore spettanti rispetto alle scelte in carico e il superamento dell'obbligo di rimborsare singole quote in caso di decessi non registrati dalle ASL.

Un altro traguardo importante che potrebbe essere conseguito attraverso una certa flessibilità autogestita della distribuzione del lavoro, potrebbe essere quella di garantire una reale tutela della professionista donna o di altri colleghi in condizioni specificate da tutelare.

Se infatti il professionista autonomo può scegliere liberamente le modalità con cui organizzare la propria attività libero-professionale e se la professionista dipendente gode di specifici diritti e garanzie di tutela in tal senso, il libero professionista convenzionato oggi, ancora di più nell'UMG, potrebbe comportare una ingiusta penalizzazione della professionista madre.

**Si potrebbe quindi garantire al Medico di Medicina Generale donna, con modalità da concordarsi, di optare per un numero più basso di scelte/ore, senza che ciò pregiudichi la possibilità successiva di incremento dell'orario/numero di scelte.**

#### **Indennità correlate alle funzioni**

L'indennità di funzione dovrebbe essere riconosciuta in modo da valorizzare che quella oraria, tenendo conto per esempio dei turni orari di superfestività, della responsabilità manageriale ai vari livelli interni alla UMG od esterni tipo Distretto/Dipartimento, della assistenza ad anziani, bambini, patologie croniche e terminali, delle attività svolte in campo formativo.

#### **Assistenza domiciliare programmata e integrata**

Potrebbe essere modificata con revisione degli allegati G ed H per passare dalla retribuzione dell'accesso alla retribuzione del processo assistenziale nel suo insieme, anche differenziato in relazione alla complessità e intensità dello stesso.

#### **Quota Fondo progettuale regionale**

È inteso come incentivo legato a specifici progetti obiettivo concordati nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali.

#### **Quota Fondo progettuale aziendale**

È inteso come incentivo legato a specifici progetti concordati per le UMG nell'ambito degli Accordi aziendali.

#### **Prestazioni aggiuntive**

Per prestazioni aggiuntive non si intendono solo le ex Prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP), ma anche tutte quelle prestazioni, normalmente di secondo livello, che per il progresso della tecnologia possono essere realizzate dai medici di medicina generale, al fine di intercettare i bisogni degli assistiti che altrimenti si dovrebbero rivolgere ad ospedali o strutture convenzionate (ecografie, ecg, doppler, spirometrie, ematochimici, ecc.).

#### **Contributo forfetario spese per fattori di produzione**

Le spese per i fattori di produzione (affitti, auto, servizi, materiale, ecc.) dovrebbero in teoria essere riconosciute a piè di lista. Ciò non è possibile perché, a parte il possibile uso promiscuo (che di fatto è estremamente limitato), è difficilmente standardizzabile e quindi poco prevedibile. Inoltre, se riconosciuto come rimborso, annullerebbe i benefici economici della gestione "in economia" che è fondamentale nel determinare i costi complessivi della MG e quelli previdenziali.

Se però è inevitabile ricorrere ad un "contributo forfetario", trasferendo così sul medico il rischio di dover intaccare i propri guadagni per far fronte alle spese necessarie, questo deve essere chiaramente separato ed individuabile fra le voci del compenso ed essere soggetto a meccanismi di rivalutazione diversi da quelli dell'onorario. Si sottolinea il fatto che il personale dipendente è totalmente esentato da questo rischio, provvedendo l'Azienda a tutte le esigenze strutturali.





In ogni caso, per aiutare il medico a sopportare questo rischio, sarebbe opportuno prevedere forme di finanziamento agevolato, con fondi a rotazione per attrezzature e locali (come avviene per l'artigianato), in modo da rendere meno gravosi eventuali investimenti personali.

### **Rimborso spese per il personale**

Il costo complessivo (compreso quello gestionale) del personale di segreteria, infermieristico e di assistenza socio-sanitaria, i cui standard quantitativi di attività possono essere previsti, deve essere rimborsato a piè di lista.

Le entrate destinate al personale e alle strutture potrebbero anche essere riconosciute in modo diverso e separatamente sulla base di standard se attribuiti non ai singoli professionisti, ma alle UMG.

In tal caso sarebbe opportuno che le UMG assumessero personalità giuridica; questa soluzione potrebbe comunque coesistere con quelle prima presentate, lasciando ai medici la possibilità di scegliere fra le due forme di compensazione delle spese.

<b>Oggetto compenso</b>	<b>Parte compenso</b>	<b>Dinamica adeguamento</b>	<b>Periodicità adeguamento</b>
Attività professionale	Onorario	Salariale (come ospedalieri)	Biennale
Spese consumi strutture e attrezzature	Rimborso forfetario	Paniere indicatori Istat selezionati	Biennale
Personale	Rimborso documentato	Rimborso piè di lista (standard predefiniti)	Continuo

### **Il Finanziamento della Medicina Generale**

Il finanziamento della MG andrebbe quantificato identificando, sulla base dei dati annuali consuntivi a disposizione, i costi globali a carico del SSN, sia per l'erogazione della assistenza primaria che della continuità assistenziale. Come è noto, per questa ultima vi è una notevole forbice tra il costo globale del servizio e la remunerazione complessiva dei suoi operatori.

Si è valutato che il modello descritto in questo documento, a regime e con i costi attuali richiederebbe un investimento di un miliardo e mezzo di Euro, rispetto all'attuale spesa per la medicina generale ammontante intorno a € 4.797.724.355, così approssimativamente individuati:

Spesa annua per onorari: 2.835.405.547,23

Spesa annua per rimborso forfetario strutture: 1.853.482.176,00

Spesa annua personale non medico: 1.318.031.769,60

**Per un totale di 6.066.919.492,83**



## **LA FORMAZIONE**

Si riporta di seguito il documento unitario sull'insegnamento e la formazione in medicina generale firmato dalle principali organizzazioni della categoria:

“La comunità scientifica e professionale della Medicina generale, riunita a Roma il 13 gennaio 2007, riafferma in modo unitario la necessità e l'urgenza di promuovere il riconoscimento istituzionale del proprio ruolo clinico, didattico e di ricerca anche attraverso modifiche giuridiche e normative.

Nell'ambito di una crescente frammentazione dell'approccio clinico di tipo specialistico, la Medicina generale si pone come disciplina autonoma in grado di garantire una visione integrata ed olistica dei problemi centrata sulla persona e sul processo e non sulla malattia.

Essa offre dunque un'assistenza sanitaria fortemente umanizzata e adeguata alle esigenze della popolazione del nostro Paese, ma al contempo fortemente legata alle verità scientifiche ed alla medicina basata sulle evidenze cliniche.

Essa è in grado di offrire un corpo di conoscenze scientifiche e professionali e di competenze cliniche per sostenere la totalità dei suoi processi formativi visti come in continuum che procede dalla Formazione universitaria alla Formazione complementare ed alla Formazione continua.

Le caratteristiche della disciplina dovranno inoltre fare parte del percorso formativo di base di tutti gli operatori della salute.

Occorrono pertanto interventi normativi che possano identificare le modalità per:

1. modificare la normativa vigente per consentire l'insegnamento della MG in ambito universitario;
2. creare una specifica struttura equiparabile alle funzioni dipartimentali dedicata alla formazione e alla ricerca che consenta l'integrazione tra le strutture del SSN e quelle universitarie affidata precipuamente a Medici di medicina generale;
3. promuovere l'evoluzione della formazione specifica in Medicina in specializzazione nel rigoroso rispetto delle normative comunitarie e del ruolo del SSN;
4. modificare l'ACN della Medicina Generale per consentire lo svolgimento dell'attività assistenziale, didattica e/o di ricerca integrando tali ruoli nello sviluppo di carriera del MMG.