

**FIMMG**  
**PER UNA RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE**

**Indice**

- **Introduzione: dalla pandemia alla riorganizzazione**
- **La Medicina Generale è un LEA**
- **Fiduciarità e Convenzione**
- **Professionalismo**
- **Autonomia organizzativa e Associazionismo**
- **Prossimità, Capillarità e Sostenibilità Ambientale**
- **Innovazione**
- **La PROPOSTA**
- **Appendice: la Formazione Specifica**



## Introduzione: dalla pandemia alla riorganizzazione

La pandemia, in questo lungo periodo emergenziale, ha evidenziato tutti i limiti dell'organizzazione del sistema di Cura nel nostro paese che da tempo richiede una profonda riforma di sistema.

In questo contesto si sono acuite tutte le difficoltà che i professionisti della salute, in particolare i medici, incontrano nel garantire l'assistenza ai cittadini.

La Riforma sollecitata dalla FNOMCeO e sottoscritta da FIMMG “con l'obiettivo di richiamare l'attenzione del Governo e della politica sulla urgenza di una riforma strutturale di filiera del Servizio Sanitario Nazionale soprattutto oggi in cui la pandemia ha rivoluzionato le dinamiche assistenziali di ogni ambito in cui la Professione si trova a operare, evidenziandone criticità e limiti”.

I medici, in particolare i medici di famiglia, si sono fatti carico con sacrificio, generosità e senso di responsabilità di garantire l'assistenza ai cittadini in un contesto organizzativo e logistico condizionato da anni di disinvestimento sul sistema salute del nostro paese ed in particolare sulle cure territoriali.

FIMMG condivide e sostiene l'obiettivo della “questione medica”, esclusa dal PNRR che non investe sui professionisti bensì esclusivamente sulle strutture edilizie.

L'esperienza della pandemia, come tutte le grandi crisi, è oggi una grande opportunità perché si realizzi l'evoluzione delle cure territoriali ed in modo particolare della Medicina Generale.

Il PNRR, nel definire la riorganizzazione delle strutture territoriali, dovrebbe avviare nel nostro Paese la discussione sull'evoluzione dell'intero sistema di cura territoriale che deve avere per la Medicina Generale come punto di riferimento i concetti imprescindibili di

- **fiduciarità**
- **professionalismo**
- **autonomia organizzativa e associazionismo**
- **prossimità, capillarità e sostenibilità ambientale**
- **innovazione**

Il mutare del contesto socio-demografico ed epidemiologico, l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica e diagnostica, rendono indispensabile l'adeguamento dello **standard organizzativo** della Medicina Generale.



Recentemente (maggio 2019), l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha sottolineato i reali "punti di debolezza" delle Cure Primarie e con esse anche della Medicina Generale che sinteticamente possiamo raggruppare in quattro aree: Risorse, Organizzazione, Incentivi, Valutazione. Questo è il perimetro del "potenziamento" delle Cure Primarie e della Medicina Generale. È su queste quattro aree che va concentrata l'attenzione e aperto il confronto per trasformare, attraverso una più robusta Medicina Generale, i Sistemi Sanitari più inclusivi, sostenibili e performanti. Gli argomenti qui proposti si inscrivono alla luce di queste quattro prospettive

## **La Medicina Generale è un LEA**

L'esperienza della pandemia ha evidenziato le problematiche legate soprattutto alla frammentazione di alcune aree strategiche.

Le Case di Comunità possono rappresentare indubbiamente un'ulteriore opportunità solo se realizzeranno un'offerta assistenziale integrativa e non sostitutiva nel sistema attuale delle cure territoriali, opportunità che solo in questo modo sarà di potenziamento come sembra dichiarare politicamente l'investimento del PNRR.

Integrare nella Casa di Comunità il primo punto di accesso, la struttura burocratica amministrativa, la tecnostruttura, le specialità, non può certo migliorare l'accesso al servizio, quanto renderlo sempre più distante dai bisogni quotidiani e "generalistici" dei cittadini.

Un approccio ideologico, teorico, senza alcuna chiarezza circa il ruolo che si svolgerebbe all'interno, ha larghi margini di incertezza circa l'effettiva efficacia e sostenibilità.

La Medicina Generale è e resta la risposta a questo fondamentale problema, rappresentando un sistema di "sanità diffusa" vicina alle persone sia in termini fisici sia di adeguatezza alle richieste. Basti pensare che oggi, in 60.000 studi medici diffusi in tutto il Paese, partecipa sostanzialmente a tutte le attività distrettuali extra-ospedaliere considerate di integrazione ospedale-territorio e si occupa di rispondere alla quasi totalità (97,4%) di richieste di consultazione di un medico fatte dagli italiani (circa 513 milioni, dati del 2018 oggi cresciuti); gli accessi ai 740 PS in Italia nel 2018 sono stati 14.433.427 (2,6%). I numeri ci dicono che le prestazioni di primo livello erogate sul territorio sono talmente superiori da poter affermare che gli accessi impropri al PS non possono essere attribuibili ad una carente risposta da parte del territorio. Il problema del Pronto soccorso è strettamente legato alla



difficoltà di assorbire tutte le persone che si rivolgono ad esso in modo appropriato e che non trovano posto successivamente al primo soccorso nelle sedi adeguate (SIMEU, 2015). Va poi considerato che la difficile situazione economica del Paese orienta spesso molti cittadini a rivolgersi al PS per ottenere prestazioni gratuite che in altre sedi rappresenterebbero costi che il paziente non può sostenere.

Appare evidente che tale riforma necessiti di strumenti di relazione tra i professionisti collegati a obiettivi di salute tali da rendere la fornitura dei servizi omogenea e garantita a tutti i cittadini, a prescindere dalle caratteristiche geografiche o di logistica, sia attraverso la rete diffusa (spoke della medicina di famiglia) sia con l'integrazione nelle Case di Comunità.

Dal 1978 ad oggi poco o nulla è stato fatto, nonostante molto sia stato scritto e molto sperimentato, per rendere la medicina generale un LEA pienamente realizzato in termini di accessibilità, fruibilità, riconoscibilità del servizio ed omogeneità delle prestazioni erogate.

Tutto questo non si è concretizzato per:

- Risorse economiche insufficienti a garantire uno standard uniforme a tutti i cittadini, a partire dai “tetti”<sup>1</sup> che limitano l'organizzazione in associazione (medicine in rete o di gruppo), personale amministrativo e sanitario di supporto.
- Compenso sbilanciato verso la quota capitaria fissa rispetto alla valorizzazione della performance e del raggiungimento di obiettivi di salute.
- Contrattazione decentrata eccessivamente disomogenea negli obiettivi e nelle risorse investite.
- Rallentamento dei rinnovi contrattuali, che fissano l'ultimo vero Accordo “innovativo” al lontanissimo anno 2005.

---

<sup>1</sup> Le attuali percentuali, da calcolarsi sugli assistiti complessivi della Regione, previste dall'ACN del 2005 vigente sono:

- a) il 12% per la medicina di gruppo;
- b) il 9% per la medicina di rete;
- c) il 40% per il collaboratore di studio;
- d) il 8% per l'infermiere professionale.



## Fiduciarità e Convenzione

L'attuale status giuridico del medico di medicina generale (libero professionista convenzionato) è il solo che prevede e consente la libera scelta del cittadino e di conseguenza l'instaurarsi di un **rapporto di fiducia**.

Non è in contrapposizione con l'impostazione data dal PNRR, anzi rappresenta un tassello fondamentale nel garantire un equo accesso al sistema sanitario pubblico ed un volano importante nel concorrere agli obiettivi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza.

Giudicare il rapporto di lavoro libero professionale convenzionato come un orpello è una visione miope, che testimonia la scarsa capacità di cogliere l'opportunità che il periodo post pandemico può dare nel consentire di rendere omogeneo su tutto il territorio nazionale l'accesso al servizio pubblico, con una logica di appropriatezza e professionalismo.

Ingessare la Medicina Generale in rigide strutture dipartimentali, non favorisce certo l'umanizzazione delle cure, quanto ingigantisce un già ridondante apparato tecnostutturale, spersonalizzando e rendendo anonimo il rapporto medico-paziente, che diventerebbe inevitabilmente medico-struttura e paziente struttura con la reale possibilità dell'esternalizzazione dei servizi a soggetti di capitale con interesse privato.

Riteniamo invece di sviluppare, nella cornice di un nuovo ACN, il ruolo fiduciario del medico di medicina generale, collegandolo a funzioni e servizi definiti, omogenei sul territorio nazionale, affinché possa in modo significativo incidere positivamente anche sui livelli di accesso al sistema sanitario nazionale e collegare tale azione anche ai risultati della sua redditualità.

Fiduciarità e libera scelta del cittadino che, in un sistema a lista longitudinale, come più volte ricordato dai documenti OMS, da Alma Ata in poi, rende molto di più di quello che costa, in termini di efficienza che è espressa dal principio del professionalismo, della capillarità, della prossimità e dell'associazionismo.

## Professionalismo

Per professionalismo (Freidson E. 2001) si intende un principio organizzativo della divisione del lavoro differente dalla logica del mercato (privato) e da quella pubblico-burocratica. È dunque una prospettiva della organizzazione del lavoro basata su una "terza logica" caratterizzata da **autonomia organizzativa, responsabilità professionale e sapere specifico**.



- **Autonomia organizzativa** significa capacità di controllare il proprio lavoro scegliendo percorsi realizzativi e gestionali della professione che utilizzano gli strumenti e le risorse ritenute più adatte in quel contesto, per raggiungere i propri obiettivi professionali, individuando setting e modalità operative specifiche in grado di adattarsi ai bisogni delle varie situazioni. La flessibilità e la variabilità sono in questa visione elementi di potenziamento della “risposta professionale” come affidamento sussidiario al medico di famiglia di livello costituzionale a tutela dell’individuo e nell’interesse della collettività, che vedono in questa caratteristica una garanzia di riconoscimento, tutela e promozione dei loro Diritti. L’efficienza che nei sistemi produttivi pubblici e privati si ottiene riducendo i livelli di discrezionalità, qui si raggiunge incrementando la capacità di scelte e di pratiche operative da parte dei professionisti.

L’autonomia organizzativa della medicina generale ha sempre contribuito a realizzare processi adattivi da parte dei medici alla realtà demografica e geografica in cui operano e alle caratteristiche individuali al fine di esprimere al meglio le proprie potenzialità; a incentivare processi di miglioramento dell’organizzazione dello studio medico anche al fine di incrementare il gradimento da parte dell’utenza. Ed è sempre stata un significativo spostamento di compiti e spese e responsabilità dalla pubblica amministrazione, gravata da pesanti procedure normative, contabili e organizzative, verso i medici libero professionisti, più svincolati e flessibili nelle procedure di gestione autonoma dell’attività. La questione dell’Autonomia Organizzativa poi si declina anche con quella dell’Associazionismo più avanti accennata.

L’autonomia deregolamentata può rappresentare un problema. L’autonomia organizzativa legata a profili di rendicontazione, ad indicatori di processo e risultato, è un valore aggiunto. La flessibilità e l’adattamento alle varie realtà locali non può essere lasciata alla libertà dei singoli, ma determinata su alcuni parametri chiari, fissi, non modificabili.

- **Responsabilità professionale** è qui intesa come la capacità di utilizzare le conoscenze e competenze del proprio ruolo e funzione finalizzandole alla tutela e alla garanzia dei Diritti dei Cittadini, assumendosi la diretta responsabilità delle loro realizzazioni. È anche un elemento di auto-governo e di auto-controllo professionale complessivo sul lavoro stesso dei professionisti a tutela dei cittadini.



- **Sapere specifico** è la capacità di acquisire e gestire nel tempo conoscenze speciali e complesse, che consentono di esercitare un lavoro, secondo un costante processo di apprendimento incrementale ed esperienziale, che dura per tutta la carriera professionale. Si fonda su un iniziale “corpus dottrinario” di base ma che è posto in continua tensione ed evoluzione dalle sollecitazioni del progresso e dalle esigenze di una società in costante rapido mutamento. Questo sapere specifico abilita il professionista all’ esercizio della discrezionalità delle scelte, basate sempre su robusti fondamenti teorici e di evidenza di pratiche.

Il fine stesso del Professionalismo non è quindi il profitto della logica privata, né la organizzazione managerial-burocratica del lavoro dipendente, bensì la prospettiva etica all’interno della quale si iscrive la sua opera e ad essa si ispira. Tale prospettiva costituisce il principio fondativo della professione (salute, giustizia, benessere, prosperità, ecc,). Esso è dunque legato a quei valori rappresentati dai diritti di civiltà e cittadinanza delle società avanzate. Il professionista esercita un servizio indipendente, anche se non di autonomia assoluta dal contesto sociale e dalle sue regole di funzionamento, puntando alla qualità del lavoro, piuttosto che alla sola efficienza economica. Egli opera perseguendo un costante equilibrio fra l’interesse del cittadino che a lui si è affidato e tenendo conto anche delle esigenze della collettività in cui opera. In questo senso la sua funzione nel moderno contesto sociale è quella di favorire lo sviluppo e la costruzione della Comunità e del suo benessere in quanto, in ultima analisi, garantisce nello specifico ai cittadini, attraverso la sua attività professionale, la fruizione dei loro diritti.

### **Prossimità, Capillarità e Sostenibilità Ambientale**

La Medicina Generale deve essere in grado di coniugare tre istanze che possono sembrare in contraddizione tra loro ma che sono fondamentali per garantire l’equità dell’accesso alle prestazioni e l’efficacia dell’assistenza.

Per **prossimità** (“minima distanza”) si intende la presenza del medico vicino al paziente, vicino al suo luogo di vita, nella sua casa (domiciliarità) o nella residenza per anziani (residenzialità) quando necessario.

Per **capillarità** si intende, in senso figurato, la capacità della medicina generale di essere prossimo a prescindere dal contesto demografico e geografico in cui si trova la comunità che assiste, dal quartiere ad alta densità abitativa alla cittadina rurale, dal contesto collinare a quello delle valli montane fino alle piccole isole o altre realtà eccezionalmente isolate. Si introduce quindi il concetto di “medico per chilometro quadrato” che approfondiremo in seguito.



Prossimità e capillarità possono a prima vista e per uno sguardo poco attento identificare sistemi apparentemente dispersi. In realtà rappresentano un valore aggiunto alle caratteristiche di una buona assistenza. Oggi sono requisiti irrinunciabili per lo sviluppo della Medicina Generale anche per l'impatto positivo che determinano sulla sostenibilità ambientale dei sistemi di cura e assistenziali e dunque sulla salute complessiva della popolazione. La diffusione dei punti di cura e assistenza sul territorio, rende più prossimi e vicini alle persone e ai loro bisogni le possibilità di presa in carico e di risposte assistenziali, evitando spesso lunghi, complicati, talvolta impossibili spostamenti verso i centri di cura, lunghe attese, utilizzo di svariati mezzi per il trasporto. L'accentramento delle strutture di cura appesantirebbe il sistema, rischiando di riprodurre e incrementare il fenomeno delle liste di attesa e della difficoltà di accesso, invece che snellirlo e azzerarlo. Il concetto di "densità" di MMG e dei microteam in grado di erogare assistenza e diagnostica di primo livello, diventa un modo per ridurre, così possiamo dire, "l'impronta carbonica" di vecchi sistemi di assistenza e cura che spesso rappresentano oltre ad un modello non più sostenibile per l'impatto sull'ambiente, un costo sociale elevato per le famiglie e le persone, soprattutto in una dinamica di invecchiamento e incremento delle cronicità.

In tale ottica è imprescindibile sviluppare in qualsiasi contesto **l'associazionismo** tra i medici. L'associazionismo è stato un fattore fondamentale nello sviluppo della medicina generale, ma oggi va associato a funzioni chiare, definite, omogenee seppur adattabili a ogni contesto geografico, passando da un significato più strutturale nelle aggregazioni a maggior densità di popolazione fino a quello più funzionale attraverso la rete tra medici lontani fra loro. In ogni caso è imprescindibile sviluppare il confronto tra i medici, anche a fini formativi, la progettualità di gruppo, il raggiungimento di obiettivi comuni, la condivisione di personale di supporto (anche su sedi diverse e lontane tra loro), la capacità di effettuare revisioni e audit sulla qualità dell'assistenza offerta.

## Innovazione

La medicina generale si trova ad un bivio. Imboccare un più marcato percorso di innovazione o rimanere al palo di una professione autocentrata e poco proattiva. Questa innovazione si declina all'interno di un triangolo di questioni rappresentate da: ICT - DIGITALIZZAZIONE - PERSONALE di STUDIO.

Proprio la pandemia ha dimostrato l'evidenza che l'ICT rappresenta un potente strumento di gestione dell'assistenza e del rapporto con i pazienti in grado di migliorare la qualità dell'assistenza erogata se correttamente utilizzata. Dalla ricetta





dematerializzata, al video-consulto all'invio dei dati dei dispositivi multiparametrici, alle applicazioni per la organizzazione delle attività di studio, il tradizionale rapporto medico-paziente con questi strumenti si è rafforzato, confermando nella sua fondamentale importanza il concetto di fiduciarità, fornendo una possibilità di rinnovamento e rafforzamento, fidelizzando i cittadini alle competenze professionali del Medico che si aggiornano e sviluppano costantemente con il modificarsi del contesto e dei bisogni, incrementando disponibilità e prossimità.

La tecnologia poi oggi consente di sviluppare e rendere facilmente utilizzabili dispositivi di primo livello utilizzabili in maniera appropriata e funzionale, declinando in maniera innovativa il concetto di prossimità. Sia nello studio che al domicilio oggi è possibile fornire risposte rapide ed attendibili nelle principali patologie a più elevato impatto sociale (ipertensione, BPCO/Asma, Cardiopatia Ischemica, ecc.) che si presentano al medico di medicina generale. Sono la causa delle principali cronicità e su di esse un approccio proattivo non solo migliora la qualità della vita della popolazione ma conferisce maggiore sostenibilità al sistema delle cure, contribuendo a sviluppare il massimo di "salute possibile" per ogni persona. La telemedicina oggi rappresenta una concreta possibilità di rafforzare quella prospettiva di cure territoriali e domiciliari che sono la vera scommessa da vincere per il futuro dei sistemi di cura.

La terza questione è quella del Personale di Studio, ovvero professionisti che, appositamente formati, affiancano il medico in una logica collaborativa e di lavoro sinergico per implementazione delle attività sanitarie e sociali che si realizzano nello Studio del Medico: Il Collaboratore di Studio sul versante amministrativo-gestionale, l'infermiere sul versante di cura della persona e più recentemente anche l'Assistente Sociale che rappresenta la figura in grado di facilitare l'avvio di percorsi di presa in carico e la promozione delle risorse formali ed informali della Comunità, in un'ottica di integrazione socio-assistenziale, riconoscendo nello Studio del Medico di Famiglia il luogo di prima presentazione delle situazioni di disagio e difficoltà di molti Cittadini. Se il medico oggi sempre più deve integrare la sua opera in una rete collaborativa di professionalità e organizzativa, deve condividere la responsabilità delle proprie attività con soggetti che appositamente preparati condividano con lui gli obiettivi professionali della medicina generale, sapendo coordinare questa rete complessa e collaborativa di saperi e competenze.



## LA PROPOSTA

Lo strumento per determinare la riorganizzazione della medicina generale è certamente un nuovo ACN che dovrà prevedere adeguati strumenti per il raggiungimento degli obiettivi fin qui descritti.

**1. Definizione di uno standard clinico assistenziale e organizzativo della medicina generale** per attività clinico-assistenziali uniformemente garantite sul territorio nazionale.

Il singolo MMG, attraverso l'ACN, è titolare del rapporto fiduciario e di libera scelta del cittadino.

L'offerta assistenziale, sulla base dei criteri definiti dal contratto nazionale viene garantita dal MICROTEAM - unità elementare MMG, personale sanitario e amministrativo - il cui standard organizzativo minimo deve essere individuato in base ai compiti assistenziali e definiti nell'atto di indirizzo e in un nuovo ACN.

- I **microteam** sono organizzati, in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione assistibile, in modalità associative diverse con possibilità di condivisione del personale di studio, degli spazi, della rete informatica etc. Il personale di studio del MicroTeam è assunto direttamente dal MMG (o fornito da cooperativa o società di servizi) secondo il relativo e specifico contratto nazionale di lavoro.
- Le **associazioni** della medicina generale dell'ambito territoriale o di parte di esso, sempre in relazione al bisogno assistenziale ed al contesto locale, sono organizzate in **AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale**, forme organizzative monoprofessionali funzionali e non strutturali, di cui fanno parte i MMG a Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta e quelli a quota oraria assegnati alla medesima AFT, integrati in un modello H12 / H16 / H24 a seconda delle caratteristiche, esigenze e progettualità del territorio in cui sono inserite.
- Le AFT, o più AFT insieme, possono rappresentare l'unità cosiddetta "spoke" della **Casa della Comunità**. In tale contesto, unità spoke, vengono erogati i servizi di primo livello e l'accoglienza.
- Il modello funzionale rappresenta una **modalità di rete con la Casa della Comunità (CdC)** dove per motivi di carattere contestuale territoriale e assistenziale (eventualmente da definire) il collegamento tra la CdC (HUB) e gli



**studi medici (SPOKE)** è di natura funzionale. Trovano sede nella CdC i servizi di carattere generale (Assistenza Domiciliare, UVI/UVD/UVGM, PUA, CUP, punto prelievi, riabilitazione, ecc.) e **l'assistenza viene erogata prevalentemente nello studio e/o al domicilio del paziente attraverso le Unità Professionali Territoriali (MicroTeam)**, indipendentemente dai modelli associativi utilizzati (singolo, rete o gruppo).

- Il collegamento funzionale prevede la condivisione delle informazioni assistenziali, la risposta h24 alla cosiddetta indifferibilità (116.117), modelli di presa in carico proattiva e la strutturazione di un servizio di telemedicina e di diagnostica di primo livello nello studio (SPOKE) del MMG, anche come sede di riferimento, che potrà essere singolo o associato, anche al fine di sviluppare una rete di assistenza domiciliare per i fragili e le cronicità.
- In particolare le CdC possono rappresentare uno strumento di integrazione delle prestazioni erogate nel territorio, attraverso la creazione di reti di prossimità, strutture e attività di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale in modo da coordinare i servizi offerti sul territorio, favorire la multidisciplinarietà dei professionisti della salute nella integrazione socio-sanitaria, nonché la domiciliarità delle cure che diventa il luogo elettivo della assistenza e dell'accompagnamento lungo i percorsi di salute. In tutte queste attività, il ruolo in presenza dei medici di famiglia nella Casa di Comunità non può essere confuso con un sistema di guardia medica ma come la presenza dello specialista della persona.
- **In questa prospettiva la organizzazione della medicina generale si trova in una posizione favorevole e appropriata per conferire al nuovo modello delle Case di Comunità quella necessaria flessibilità, integrazione, sinergia e progressività necessarie alla loro piena realizzazione anche in relazione a fattori contestuali quali le condizioni oro-geografiche, densità e dispersione di popolazione, diffusione degli studi medici, domiciliarità, ecc., e assistenziali come la fiduciarità del rapporto, conoscenza approfondita e di lunga durata, prossimità, approccio pro-attivo, presa in carico complessiva, estensività, ecc., favorendo la costruzione di un modello HUB-SPOKE in grado di costruire e rafforzare una rete di prossimità e pro-attività territoriale.**



**2. Obiettivi di salute prioritari.** La Medicina Generale resta il primo e principale attore della presa in carico del singolo cittadino, della famiglia e della comunità a lui affidata nel campo della:

- **Prevenzione**, dagli stili di vita alla vaccinazione alla promozione agli screening.
- **Gestione della Cronicità attraverso lo strumento della medicina di iniziativa**, affermando il ruolo di fulcro della medicina generale attorno a cui si sviluppa il Piano Nazionale della Cronicità.
- **Gestione delle acuzie non complicate**, attraverso un modello di risposta assistenziale h24 sette giorni su 7, anche attraverso l'integrazione con altri servizi.
- **Domiciliarità e Residenzialità** come luogo di cura e assistenza privilegiato per la non autosufficienza, disabilità e fine vita in linea con gli obiettivi del PNRR.
- **Sorveglianza epidemiologica**: grazie alle funzioni di diagnostica di primo livello ad oggi è possibile configurare anche alla luce del prossimo piano pandemico nazionale, una rete di sorveglianza per le principali malattie infettive conosciute e per quelle la cui presenza si sta evidenziando nel nostro Paese.

**3. Diagnostica di I livello:** nell'ambito del modello organizzativo standard della medicina generale è necessario che il MicroTeam si doti di adeguati strumenti di diagnostica di I livello per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali integrati in cooperazione applicativa con i sistemi informatici regionali e/o nazionali.

**4. Ristrutturazione del compenso.** L'evoluzione organizzativa della medicina generale attraverso la definizione di uno standard organizzativo e strutturale determina una revisione dei meccanismi di compenso che si riferiscano in maniera più incisiva alla performance dimostrata.

Pertanto, il compenso sarà ristrutturato sulla base di:

- Quota capitaria (che dovrà prevedere l'impegno sullo standard organizzativo);
- Quota variabile erogata a fronte del raggiungimento di obiettivi di processo quali, a titolo di esempio:



- i. Indicatori di processo legati a specifici obiettivi definiti a livello nazionale e/o regionale (es: domiciliarietà, residenzialità, prestazioni di diagnostica, vaccinazioni, utilizzo della telemedicina, adesione a progetti);
- ii. Indicatori di esito (adesione agli screening e alle vaccinazioni, riduzione accessi in DEA, miglioramento di indicatori di salute);
- iii. Altri progetti (formazione, tutoring, audit, riunioni con colleghi, gestione dei progetti, progetti di ricerca, farmacovigilanza, etc).

**5. Implementazione di un sistema informatico/informativo** che presupponga una nuova impostazione del lavoro di tutti i professionisti in cui il linguaggio comune di base deve essere componente essenziale dell'attività professionale, presupposto del lavoro in rete, pur nella specificità delle competenze e nella capacità di affrontare e risolvere problemi complessi non soltanto attraverso le conoscenze di base e gli skill formativi. L'attuale condivisione della cartella clinica delle medicine di rete e gruppo deve essere estesa a tutta la AFT, compresi i medici della quota oraria, e il patient summary messo a disposizione di FSE e livello specialistico, ospedaliero e di emergenza urgenza. Occorre mettere in atto un poderoso servizio di Telemedicina nelle sue forme espressive di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio, anche con il supporto alla gestione della terapia.

**6. Rendicontazione** degli enormi volumi di attività svolta e relativa raccolta e analisi dati, al fine di poter misurare il LEA Medicina Generale come già avviene per gli altri livelli di assistenza ospedaliera e territoriale

**Lo standard organizzativo e strutturale è requisito per il convenzionamento.**

**Per la realizzazione di quanto descritto è necessario individuare, nella prossima legge di bilancio, un finanziamento specifico e adeguato alla fornitura alla medicina generale delle risorse umane, professionali e strumentali che consentano l'evoluzione del Sistema Medicina Generale.**

**Premessa un nuovo ACN, sulla base di un atto di indirizzo in linea con le necessità evolutive delle cure territoriali e non legato alle dinamiche contrattuali della dipendenza.**



## Appendice: la Formazione Specifica

Si riconosce come opportuna una revisione della Formazione Specifica in Medicina Generale, che renda dinamico il processo formativo, pur rispettando la direttiva 93/16/CEE (che incorpora anche la direttiva 86/457/CEE relativa alla formazione specifica in medicina generale).

Si ritiene che l'attività del medico in formazione in medicina generale debba evolvere dal semplice tirocinio osservazionale, passando ad una forma di Formazione-Lavoro debitamente tutorata, con una graduale acquisizione di responsabilità ed autonomia, e con la parificazione della borsa di studio a quella dei medici in specialità, indipendentemente dall'eventuale trasformazione del corso attuale in specialità universitaria.

Fermo restando che l'accesso al **CONVENZIONAMENTO** come Medico di Medicina Generale titolare di incarico è subordinato al possesso del titolo di formazione o allo status di medico in formazione specifica in Medicina Generale, e che il titolo stesso non possa avere equipollenze o multipli binari volti all'accesso alla sua formazione o al suo conseguimento, può essere valutato il concorso delle Università alla formazione.

L'eventuale accademizzazione del corso di formazione, ovvero il passaggio alla specializzazione universitaria ha come condizione fondamentale che sia strutturato a livello di tutte le università italiane, come per tutte le specialità, di una formazione **pre-laurea** con l'attivazione, della materia di studio specifica tenuta da docenti con formazione specifica ed attività professionale nella Medicina Generale.

La mancanza di questa premessa risulta essere la carenza maggiore del tanto citato corso di "medicina di comunità" che risulta incentrato su una impostazione di tipo igienista.