



La Ri-Fondazione della Medicina Generale

**Documento approvato all'unanimità dal
Consiglio Nazionale FIMMG
Roma, 9 giugno 2007**



Questo documento è il risultato di un lungo lavoro di elaborazione e condivisione interne al Sindacato.

Per almeno sei mesi è stato oggetto di discussione nelle diverse sedi istituzionali comprese le assemblee di tutte le Sezioni provinciali ed è stato corretto ed arricchito in più parti.

Alla fine di questo percorso, il Consiglio nazionale della FIMMG il 9 giugno 2007 lo ha definitivamente approvato con voto unanime.

Ora la “Ri-Fondazione della Medicina Generale” è diventata proposta ufficiale della FIMMG.

Proposta che sarà ufficialmente presentata a tutti i soggetti interessati: ai livelli istituzionali, in particolare al Ministro alla Salute e alle Regioni, alle Organizzazioni Sindacali del mondo sanitario convenzionato e dipendente, alle organizzazioni di tutela dei diritti dei cittadini, alle forze politiche.

La FIMMG sarà sempre disponibile a recepire ogni contributo migliorativo di questa proposta.

Queste pagine non costituiscono quindi una piattaforma rivendicativa, ma un punto di partenza per contribuire al miglioramento di una parte importante del SSN, che è indispensabile mettere in condizione di operare al meglio, in stretta collaborazione con tutte le altre figure professionali, nell'interesse primario dei cittadini.

Giacomo Milillo
Segretario generale nazionale FIMMG



INDICE

A. INTRODUZIONE	pag. 4
B. I LIMITI DELLA MEDICINA GENERALE	pag. 6
C. PERCHE' RIFONDARE LA MEDICINA GENERALE	pag. 9
D. LA MEDICINA GENERALE OGGI	pag. 10
L'accesso alla medicina generale	
Lo stato giuridico del medico di medicina generale (MMG)	
I settori della medicina generale italiana	
La dipendenza: una falsa soluzione	
E. LA RIFONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE	pag. 22
Ruolo e compiti dei MMG	
La presa in carico	
L'area della medicina generale	
L'unità di medicina generale (UMG)	
Possibile modello di UMG	
L'accesso all'area della medicina generale	
La carriera in UMG	
La funzione dirigenziale e l'integrazione nel SSN	
Struttura del compenso	
La formazione	
L'Emergenza sanitaria territoriale	
F. La mozione conclusiva del Consiglio nazionale FIMMG	pag. 45



A. INTRODUZIONE

Questo documento è frutto di un lavoro di analisi e progettazione interno a FIMMG che proponiamo alla discussione di tutti i medici di medicina generale e di tutti gli altri soggetti della sanità.

Questo documento è il riferimento per la nostra azione politica nei confronti delle Istituzioni sanitarie e rappresenterà l'obiettivo di FIMMG di inserire ruolo e funzione dei MMG nell'ambito di un più moderno servizio sanitario nazionale.

Infatti l'opinione pubblica e i pazienti avvertono sempre di più nelle loro esperienze personali e familiari i limiti dell'organizzazione sanitaria e l'esigenza, soprattutto presso i segmenti di popolazione maggiormente vulnerabili, di disporre di un'assistenza territoriale che offra continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso.

Ciò vale soprattutto per l'ampio spettro delle malattie croniche, che rappresentano la maggioranza dei problemi affrontati dalla medicina generale oggi a causa di molteplici fattori tra i quali l'invecchiamento della popolazione.

La qualità della cura nelle malattie croniche e in pazienti "fragili" richiede la continuità dell'assistenza non solo nelle 24 ore, ma per un lungo periodo a volte anni: **richiede in sostanza di potersi fare carico del paziente per tutto il suo ciclo di vita, anche attraverso una continuità relazionale e un sostegno psicologico.**

Nei prossimi anni si dovrà quindi non solo provvedere all'ordinario adeguamento della programmazione, a marginali modifiche del ciclo "bisogno → domanda → offerta", ma anche a realizzare uno straordinario "aggiustamento" del sistema sanitario per prepararlo alle sfide del prossimo futuro. In questa direzione, allo scopo di rispondere alla domanda di salute della popolazione con più efficienza e con più efficacia, è indispensabile un'integrazione sinergica tra servizi ospedalieri e medicina generale.

Le **linee essenziali del nuovo modello di Servizio Sanitario** devono coniugare:

- ▶ miglioramento delle condizioni di salute,
- ▶ re-ingegnerizzazione degli interventi,
- ▶ introduzione di un sistema di qualità e ri-orientamento 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 **nuovo 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 grandi valori positivi della medicina generale attuale - il rapporto fiduciario medico/assistito e l'autonomia professionale - che solo la condizione di libero professionista convenzionato può garantire. Deve, invece, migliorare le nostre condizioni di lavoro e la possibilità di esprimere le nostre potenzialità professionali nel SSN".



Nuovo ruolo organizzativo della Medicina Generale

Per l'evoluzione del Sistema Sanitario

CONTINUITA'
DELL'ASSISTENZA

INTEGRAZIONE
(integrazione sinergica tra
servizi ospedalieri e
medicina generale: efficienza
ed efficacia)

**Paziente al centro
del servizio
sanitario**

FLESSIBILITÀ/ADATTABILITÀ
AI SISTEMI REGIONALI/LOCALI

FACILITA' ACCESSO



B. I LIMITI DELLA MEDICINA GENERALE

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

In quella cornice normativa il medico di medicina generale aveva una giusta collocazione: al centro del Servizio e al fianco del cittadino. Tuttavia la configurazione del ruolo del medico di medicina generale aveva anche gravi limiti:

- **lo status di “libero professionista convenzionato” nell’ambito di una organizzazione programmata, governata e gestita da dipendenti**, che non consente di contare su diritti certi di parificazione funzionale con gli stessi; è questo un fattore che ostacola lo sviluppo di un sistema di cure primarie più adatto ad affrontare i problemi di salute attuali dei cittadini.
- **la retribuzione fondata, prevalentemente, sulla quota capitaria**, comprensiva delle spese necessarie all'erogazione delle prestazioni, che ha impedito alla medicina generale di progredire; è evidente infatti che un simile sistema di retribuzione porti la maggior parte dei medici, come qualsiasi altro professionista, a minimizzare le spese per massimizzare i guadagni. Non esistono altresì strumenti di facilitazione per gli investimenti in beni strumentali.
- **la concorrenza fra singoli medici**, determinata dalla differenza fra i criteri di dimensionamento della pianta organica - il cosiddetto “rapporto ottimale” (un medico ogni 1.000 assistibili ma con la possibilità di acquisire un numero molto maggiore di scelte, fino a 1.500), che è stata voluta dalla parte pubblica allo scopo di favorire una concorrenza non sempre rivelatasi “qualitativa” fra i singoli medici.

I finanziamenti disponibili venivano quindi veicolati a favore della dipendenza, mentre la medicina generale restava indietro sul piano organizzativo, dello sviluppo delle competenze specifiche e della capacità di erogare direttamente prestazioni. E i MdF si sono concentrati a conquistare e conservare il maggior numero possibile di assistiti, coltivando così isolamento e autoreferenzialità.

Queste situazioni hanno creato l'emarginazione che a tutt'oggi rende difficile il nostro inserimento a pieno titolo nel SSN.

La politica “ospedalocentrica” della sanità italiana ha consentito all'organizzazione ospedaliera di espandersi e perfezionarsi, mentre ha costretto la Medicina Generale a essere finanziata con importi preventivati all'atto della stipula degli ACN, in costanza di addetti. Gli ospedali hanno anche goduto degli investimenti strutturali, dai quali la MG è stata esclusa.

Con l'introduzione dell'aziendalizzazione e dei DRG, l'attenzione dei manager delle ASL si è rivolta per la gran parte alle voci che avevano acquisito più consistenza, quindi l'ospedale e le voci correlate alla dipendenza.

Le voci relative all'ospedale e ai dipendenti in genere hanno assunto il significato di vincoli difficilmente modificabili e hanno costretto le Regioni ed ASL ad orientare le loro strategie per il pareggio di bilancio verso maggiori entrate, arrivando ad aumentare appositamente l'offerta per pareggiare le voci di costo.

La programmazione, la gestione e in gran parte l'attribuzione dei fondi, è sempre stata di pertinenza della dipendenza, indipendentemente da un'effettiva analisi dei costi/benefici.

Le dinamiche sopra accennate hanno vanificato fino ad ora le decisioni politiche di offrire occasioni di sviluppo alla Medicina Generale; 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.



L'esperienza di molti medici di famiglia, impegnati nell'attività sindacale, insegna quanto la volontà politica espressa in alcuni accordi regionali, faticosamente condivisi e sottoscritti, sia stata "precaria" e spesso vanificata nella sua applicazione a livello aziendale. Un livello che considera la medicina generale un corpo estraneo e una dispersione di risorse.

L'aziendalizzazione introdotta dalla 502 ha ulteriormente aggravato questa condizione, che neppure la 229 ha attenuato. Per effetto delle autonomie regionali determinate dal federalismo, la medicina generale deve confrontarsi con regole diverse in ogni regione e anche con diritti del cittadino diversi fra Aziende Sanitarie Locali. In pratica gli AIR hanno accentuato le divisioni al nostro interno senza una reale modifica dei modi e dei risultati del nostro lavoro, ma anzi aprendo una pericolosa spirale di nuove attribuzioni dei compiti, i più fantasiosi, pur di strappare benefici marginali.

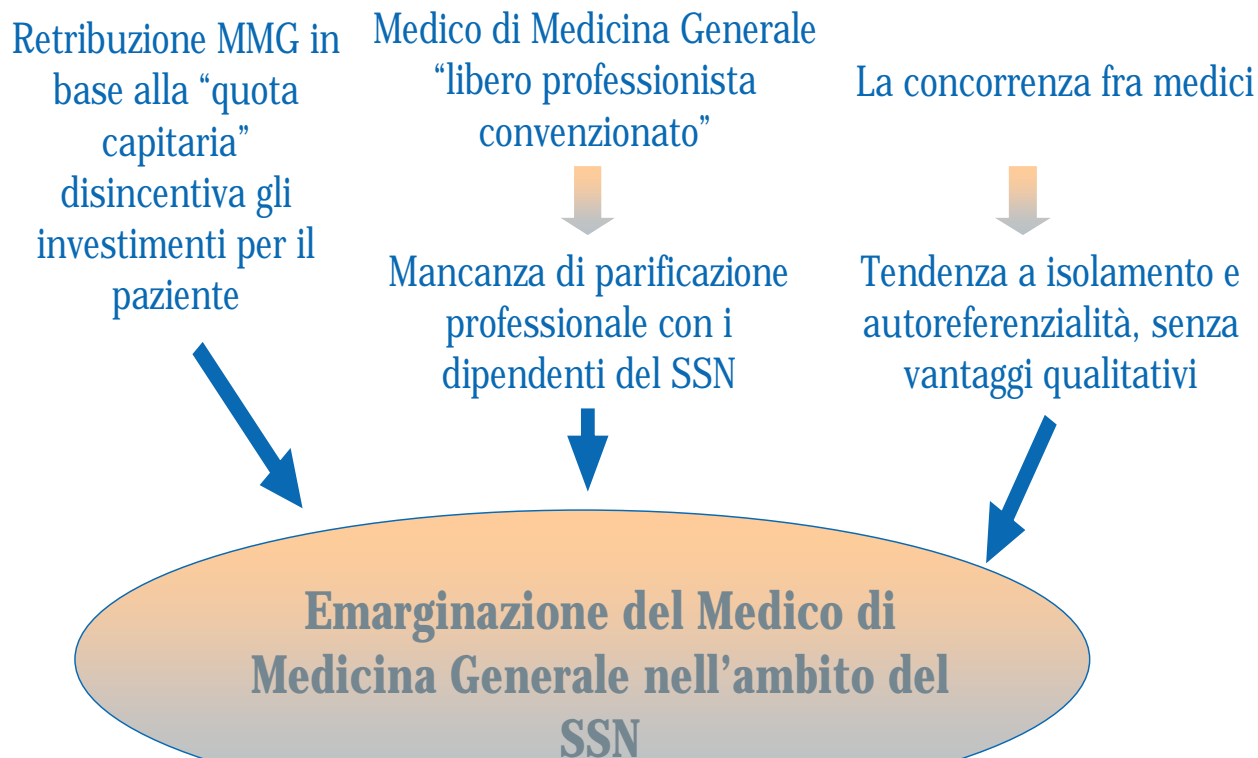
In alcune regioni si avvertono pressioni a favore della modificazione del nostro stato giuridico: da liberi professionisti convenzionati para-subordinati ad erogatori o, al contrario, a dipendenti.

Tutte le spinte che la medicina generale subisce in varie direzioni, sono conseguenza diretta della nostra emarginazione strutturale ed è questa condizione, dunque, che deve essere contrastata, riscrivendo un ruolo e un'identità diversa per la medicina generale.

“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”.

Perche' rifondare la medicina generale?

I limiti dell'impostazione attuale (legge istitutiva del SSN)





C. PERCHE' RI-FONDARE LA MEDICINA GENERALE

Un ruolo e un'identità diversa per la medicina generale può essere realizzato solo attraverso una collocazione nuova nel sistema sanitario e identificando le strade più opportune in termini di investimenti e funzioni per un suo organico inserimento nella medicina territoriale.

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

Occorre un provvedimento legislativo che ridisegni un ruolo professionale elevato della medicina generale legittimata quale disciplina specifica, nell'ottica di una **“Ri-Fondazione della medicina generale”** che fornisca basi solide al suo progresso.

“Non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie”.

Tale prospettiva deve godere però di un'ampia condivisione anche all'esterno della nostra associazione. Tale condivisione dovrà essere costruita attraverso un approfondito dibattito con tutti i soggetti interessati. Questo confronto potrà essere anche occasione di ulteriore perfezionamento di questa proposta.

“La riforma è indubbiamente radicale e profonda. Occorre quindi prevedere, nel suo percorso attuativo, passaggi intermedi e la definizione di strumenti correttivi, per rendere agevole il passaggio a una nuova dimensione senza incorrere nel rischio di penalizzare ingiustamente singole posizioni”.

Nella fase di progressiva realizzazione del cambiamento, per i medici più vicini all'età pensionabile, potranno essere anche studiate, in accordo con l'Ente di previdenza, modalità per un pensionamento volontario anticipato meno penalizzante dell'attuale.



D. LA MEDICINA GENERALE OGGI

L'ACCESSO ALLA MEDICINA GENERALE

La medicina è attualmente formata da quattro settori, l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni ma è sostanzialmente indipendente:

- **Assistenza primaria,**
- **Continuità assistenziale,**
- **Medicina dei Servizi,**
- **Emergenza territoriale.**

Per l'accesso a tutti questi settori 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 prevede un percorso formativo non attento all'evoluzione professionale nelle aree di attività specifiche della Medicina Generale. In pratica, tranne qualche sperimentazione occasionale, la medicina generale è ignorata durante il Corso di laurea in medicina e chirurgia, finendo per instillare nei neo-colleghi l'errata ipotesi che la medicina generale non esista e che, al di là dell'Università, vi sia un mondo di persone non qualificate e inesperte.

La Formazione specifica prevede invece un percorso formativo sia teorico che pratico con esperienze in quasi tutti i settori ad eccezione della Continuità assistenziale, settore che invece rappresenta un'area fondamentale: la prima 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.

Come 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** per esercitare l'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria intra ed extra-ospedaliera, - indipendentemente dal rapporto di lavoro, - attraverso un periodo formativo specifico che garantisca l'applicazione delle procedure necessarie per operare nell'impatto con le urgenze-emergenze, e assicuri uno standard comparabile su tutto il territorio nazionale, superando l'attuale soggettivismo interpretativo ed attuativo del sistema Emergenza-Urgenza.



Relativamente alla sostenibilità economica: il medico di assistenza primaria (Medico di famiglia) 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, anche se in molte aree geografiche il carico degli oneri di spesa è ancora più accentuato.

LO STATO GIURIDICO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

Lo stato giuridico del MMG è di libero professionista convenzionato che opera in regime di parasubordinazione perché la sua attività è fortemente condizionata dalle norme convenzionali. Questa forma contrattuale non prevede infatti un rapporto di lavoro dipendente, ma 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, conservando una specifica competenza e un'ampia autonomia decisionale, possa rappresentare la via ottimale e specifica della professione medica "resa in campo non puramente libero professionale", valida per tutti i medici che operano nel SSN.

Le convenzioni sono stipulate fra la Conferenza Stato-Regioni e le OOSS rappresentative della categoria e devono rispondere a specifiche caratteristiche previste dal D.L. 502/92 e successive modificazioni.

Gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) hanno attualmente un carattere regolamentare con validità *erga omnes* su tutto il territorio nazionale e possono essere completati con la successiva stipula di Accordi integrativi regionali (AIR).



L'allocazione delle risorse del sistema sanitario italiano

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

Libero professionista "convenzionato"

Penalizzato dalla struttura di remunerazione e dal finanziamento dello sviluppo organizzativo - strumenti & strutture

Strutture ospedaliere e dipendenti favoriti tradizionalmente nell'allocazione delle risorse

Introduzione DRG e aziendalizzazione confermano l'allocazione verso voci di spesa consistenti -strutture ospedaliere e dipendenti -

- Nessuna analisi comparata costi-benefici tra medicina generale e dipendenti ospedalieri per la programmazione dei bilanci sanitari che considerano dipendenti e strutture "variabili indipendenti"
- Hanno protetto l'organizzazione ospedaliera e non hanno fornito occasioni di sviluppo alla Medicina Generale



I SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE ITALIANA

- Assistenza primaria
- Continuità assistenziale
- Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale
- Emergenza territoriale

Assistenza primaria

I Medici di Famiglia (MdF), rappresentano il primo punto di accesso al SSN per i pazienti che li hanno scelti; raramente il loro è unicamente un ruolo di soggetto sanitario ma più spesso di soggetto di riferimento sociale in ambito più largo, consigliere familiare, assistente sociale, psicologo familiare etc

Solo una piccola percentuale dei contatti fra assistito e MdF dà origine a risposte misurabili - prescrizioni di farmaci, indagini diagnostiche, visite specialistiche, certificazioni, ecc.- in quanto spesso, il paziente esprime bisogni percepiti ma non reali o oggettivi in funzione della evoluzione in atto nella percezione di “benessere” e “disturbo psicofisico”.

La maggior parte dell'attività del MdF non è quindi misurabile con i comuni indicatori di gestione ed è difficile individuare ed introdurre indicatori che possano dare una misura realistica e confrontabile dell'attività complessiva del MdF.

Le caratteristiche fondamentali dell'Assistenza primaria sono:

- **Rapporto ottimale**, che regola la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio. 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, massimale, rapporto fiduciario**: In conseguenza della libera scelta, il medico di famiglia – così come il PLS - è l'unica figura medica del SSN scelta “ad personam” dal cittadino: *il rapporto fiduciario è dunque elemento fondante ed insostituibile della medicina di famiglia.*
- Ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può modificare la 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.

Lo scarto fra rapporto ottimale e massimale determina fra i singoli medici un rapporto di concorrenza, originariamente progettato per favorire la competizione sul piano qualitativo. Tuttavia, normative che limitano l'erogazione delle prestazioni secondo criteri predefiniti e la condizione dell'assistito che solo parzialmente può essere in grado di valutare la prestazione professionale ha sviato il criterio della qualità professionale quale fondamento della competizione tra MMG.

Il massimale viene mediamente raggiunto dal MdF in 10-15 anni di attività e costituisce l'unico traguardo insieme professionale ed economico del MdF, traguardo che tuttavia, per il meccanismo stesso di determinazione dell'ambito carente, molti medici non possono raggiungere. In ogni caso ci si chiede se quest'unico traguardo professionale e di remunerazione sia equilibrato, attestando un plafond alla carriera del MdF a circa metà della vita professionale.



- **Disponibilità:** il MdF esprime la sua attività in un arco temporale compreso fra le 8 alle 20 nei giorni feriali e fino alle 10 nei giorni prefestivi. Deve effettuare in giornata le visite domiciliari richieste entro le 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 della remunerazione:** è ancora principalmente su base capitaria. In sostanza il medico riceve un importo costante annuo per ogni assistito iscritto nella sua lista omnicomprensivo di tutte le spese necessarie ad esercitare l'attività professionale. Inoltre, l'incasso mensile del medico 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% (ENPAM).

Conseguenze della struttura del compenso su base capitaria

➤ Medico di famiglia meno stimolato ad investire in fattori di produzione

➤ Percezione fuorviante da parte dell'opinione pubblica del reddito dei MdF

➤ Per MdF che hanno adottato modelli organizzativi più evoluti i guadagni reali si dimezzano rispetto al fatturato (dal quale vanno sottratte le spese)

➤ Attività di Medicina Generale a inizio carriera è residuale per MdF, a vantaggio di campi di specializzazione diversi

➤ Norme e modelli organizzativi ancora "autoreferenziali" che portano la categoria verso disomogeneità nei livelli di impegno professionale



Il MdF non ha incentivi per investire nella struttura professionale e nell'offerta organizzativa in quanto non gode di finanziamenti agevolati e non esistono possibilità di progressiva remunerazione una volta raggiunto il massimale. Di fatto da metà circa del percorso professionale del MdF non esistono altri obiettivi di crescita professionale.

Non solo, ma i MdF che realizzano modelli organizzativi più qualificati vedono più che dimezzati i guadagni reali e ciò costituisce un disincentivo alla modernizzazione della categoria.

Molti MdF, soprattutto all'inizio dell'attività, considerano necessario ai fini economici l'esercizio di una importante quota di libera professione in campi diversi dalla medicina generale, rendendo residuale l'attività della Medicina generale.

Negli ultimi 10 anni alla quota capitaria esclusivamente legata alla scelta del paziente si sono aggiunte altri minimi elementi di quote capitarie legate a caratteristiche organizzative:

1. *indennità per incentivare l'assunzione di collaboratori di studio e/o infermieri*
2. *quota per le forme associative: piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare le seguenti alternative forme associative di complessità crescente:*
 - *associazione semplice: quota remunerativa rispetto agli impegni assunti*
 - *medicina in rete: quota che copre i costi e, in qualche caso, minimamente remunerativa*
 - *medicina di gruppo: quota che non copre i costi e non è remunerata (salvo in qualche regione dove è stata aumentata con gli accordi regionali)*
 - *Altre forme associative (medicina in associazione complessa, cooperative, ecc.): introdotte in alcune regioni per superare un sistema associativo considerato rigido e non sempre corrispondente alle esigenze dell'assistenza*

Altre voci della remunerazione sono correlate a prestazioni fino ad un massimo di circa il 20% del compenso lordo: 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.

Continuità assistenziale

Sono i medici di Continuità Assistenziale, retribuiti con compenso orario, a garantire l'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive.

Relativamente alla distribuzione, vanno verificati gli effetti dell'ultimo ACN in termini di rapporto ottimale per la Continuità Assistenziale (CA). Tale rapporto viene definito per un medico di Continuità Assistenziale ogni 5.000 abitanti; ciò determinerebbe un numero di circa 12.000-13.000 unità a livello nazionale tenendo conto della variabilità del 30% del suddetto rapporto applicabile a livello regionale. La difficoltà a reperire medici per questo Servizio sta portando, soprattutto nel Nord, ad accordi regionali e/o aziendali che accettano 1 medico ogni 6.500 abitanti aumentando così la difficoltà a processi di integrazione tra MdF e medici di CA.

Sono presenti, anche se in modo minoritario, 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 (Assistenza primaria e Continuità Assistenziale), considerabili nell'ottica di una più



agevole integrazione 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.

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, indipendenti da quelli 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.

Ciò genera una iniziale e purtroppo, molte volte, definitiva disaffezione verso la Medicina Generale che poi si riflette nella vita professionale futura.

Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale

E' un settore bloccato dal D.L. 502/92; è costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione, retribuiti con compenso orario.

Recentemente il settore degli specialisti (inizialmente bloccato dal medesimo D.L. 502/92) è stato riaperto dal D.L. 311/2004, mentre quello della Medicina dei Servizi è rimasto bloccato. Alcune Regioni hanno registrato una notevole riduzione degli addetti in regime convenzionale per il passaggio a rapporto di dipendenza (D.L. 229/99); la forma convenzionale resta prevalente in Toscana e Lazio, mentre è residuale in Campania, Sicilia e Puglia. Solo con l'ultimo Accordo i medici in regime di convenzione possono assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgono funzioni diverse nell'ambito dei distretti, sia di supporto sia 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.

Settore poco noto alla maggioranza dei medici di Medicina Generale, svolge buona parte del lavoro all'interno dei distretti e dei presidi territoriali.

Emergenza territoriale

Rappresenta 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, 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, con una capacità di intervento terapeutico-assistenziale immediata e 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: in alcune regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione (D.L. 229/99); in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN Medicina Generale, nelle more del passaggio alla dirigenza medica (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.

LA DIPENDENZA: UNA FALSA SOLUZIONE PER LA MEDICINA GENERALE

Trasformare lo stato giuridico dei MMG da libero professionista convenzionato a dipendente potrebbe sembrare la soluzione più semplice. Tuttavia questa soluzione risulta non praticabile per una serie di motivi che la rendono scarsamente 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. la dipendenza ha costi maggiori rispetto al convenzionamento: il convenzionato è attento ai costi, non fa spese non indispensabili all'effettuazione delle prestazioni, non accumula vincoli di spesa difficili da rimuovere; sostanzialmente è paragonabile a una vera "micro azienda" all'interno del settore della sanità pubblica;
3. si avrebbe una perdita di flessibilità operativa rispetto alle diverse esigenze della popolazione, sia socio-culturali che geograficamente determinate; ciò vale anche in termini di flessibilità dell'orario di attività, che con la dipendenza, per coprire le esigenze, dovrebbe essere sovradimensionato;
4. il rischio che il MdF dipendente, come l'ospedaliero, a causa dei vincoli orari possa diventare meno attento ai temi di bilanciamento dei conti e dell'efficienza dell'intero scenario nel suo complesso eccessivamente efficacista e troppo poco efficientista a causa dei vincoli orari;
5. si determinerebbe l'impossibilità di utilizzare fattori di produzione promiscui (per esempio lo studio inserito nell'abitazione del professionista o l'auto, usata prevalentemente per la professione ma anche per la vita privata) e si richiederebbero investimenti pubblici maggiori.

Diversi motivi dovrebbero inoltre scoraggiare anche i MdF che potrebbero vedere nella dipendenza la "comodità" di alcuni istituti quali le ferie, la malattia, l'orario definito, ecc.

Infatti, in relazione all'ipotesi di trasformare lo stato giuridico dei MMG da libero professionista convenzionato a dipendente, è opportuno considerare i seguenti punti:



1. il rapporto fiduciario con l'assistito verrebbe irreparabilmente compromesso.
2. verrebbe cancellata l'area contrattuale della Medicina Generale e i MdF rientrerebbero nell'eterogeneo complesso della Dirigenza medica, andando fra l'altro a rappresentare, nonostante le dimensioni della categoria, una minoranza degli addetti;
3. 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;
4. la condizione di dipendente imporrebbe l'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;
5. La pianta organica sarebbe dal punto di vista numerico largamente inferiore a quella attuale;

“E’ dunque preferibile perseguire soluzioni che, pur recuperando alcuni aspetti interessanti della dipendenza, consentano, nell’interesse comune dei MdF e del sistema, la conservazione dei prevalenti aspetti positivi esistenti. Lavoriamo dunque nella direzione di un perfezionamento della nostra condizione di liberi professionisti convenzionati “parasubordinati”.



MdF da convenzionato a dipendente?

Penalizzazioni a livello di sistema



➤ Perdita di flessibilità oraria con inevitabile aumento delle risorse umane impiegate

➤ Perdita attenzione ai costi/minor efficienza

➤ Impossibilità di utilizzo di fattori di produzione promiscui



E. LA RI-FONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

La medicina generale ha bisogno di interventi fondamentali che la rendano parte integrata del SSN, superando l'isolamento individuale del professionista e definendo gli elementi strutturali necessari al suo esercizio. Al contempo è necessario superare alcune criticità del SSN che ne condizionano la qualità e ostacolano un'efficiente tutela della salute.

Parliamo di Ri-Fondazione anche se crediamo che la struttura fondamentale della Medicina Generale sia di grande valore e debba essere conservata, ma sia necessario garantirle solide fondamenta che la ancorino saldamente al SSN, condizione necessaria ad esprimere il massimo delle sue potenzialità.

Obiettivi generali della ri-fondazione della medicina generale sono quindi:

- creare le condizioni di una continua e garantita partecipazione della categoria ai momenti di programmazione e gestione del SSN in modo da poter influenzare il complesso meccanismo di pianificazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, in quanto la sola riorganizzazione del servizio si limiterebbe a modificare l'offerta senza influire sulla domanda di prestazioni
- correggere e/o rimuovere i fattori che hanno contribuito all'emarginazione della medicina generale quali (concorrenza, struttura del compenso, ecc.)
- definire nel pieno della chiarezza funzioni e ruoli certi della medicina generale per costruire, in rapporto ad essi, il modello di interrelazioni nella sanità e gli elementi strutturali (logistici, tecnologici, di risorse umane, ecc.) necessari alla loro realizzazione

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 deve più essere considerato un semplice "calmieratore" della domanda, specie quando essa si concretizza in richieste incongrue provenienti da settori specialistici pubblici e privati, né tanto meno un semplice erogatore di prestazioni sanitarie.

Il medico di medicina generale 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 l'obiettivo è di avere 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 la costruzione di un modello flessibile, basato su identità e riconoscimento del ruolo della medicina generale più integrata nel sistema delle cure primarie ma fondato su basi solide. Ciò richiede modifiche legislative che definiscano con chiarezza l'area professionale della medicina generale e il ruolo e i compiti dei medici appartenenti, nuove modalità di finanziamento della medicina generale a garanzia del percorso realizzativo e del cambiamento, la ristrutturazione radicale degli accordi convenzionali" inseriti in un quadro complessivamente diverso.



L'obiettivo principale della rifondazione della Medicina Generale

Ovviare alle criticità del SSN che hanno ostacolato l'efficiente tutela della salute e definire un nuovo modello

➤ Innovare la normativa per determinare un nuovo ruolo e funzione della Medicina Generale

➤ Correggere i fattori che hanno emarginato la Medicina Generale (concorrenza, struttura compenso, percorso di carriera, investimenti)

➤ Garantire la partecipazione costante della Medicina Generale ai momenti di programmazione del SSN per poter incidere in modo organico su domanda e offerta delle prestazioni

➤ Definire del modello strutturale (risorse umane, tecnologia, logistica etc) in funzione del quale definire gli elementi di realizzazione della riforma

➤ Il MMG deve diventare parte integrante nel sistema delle cure primarie in modo da coniugare la qualità dell'assistenza con le risorse disponibili



RUOLO E COMPITI DEI MMG

La Medicina Generale affronta i problemi dell'intera popolazione senza esclusioni, è facilmente accessibile, si concentra sulla persona piuttosto che sulla malattia, assicura promozione, prevenzione, cura, riabilitazione, supporto sul piano psicologico e sociale. Colloca le proprie prestazioni nell'interfaccia tra malattia e infermità ed integra gli aspetti etici e umanistici del rapporto medico-paziente con il "decision-making" clinico.

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

Secondo la **Definizione Europea elaborata nel 2002 da WONCA Europa** (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia), la Medicina Generale/di Famiglia:

- a) 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, 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 un'efficace comunicazione tra medico e paziente;
- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue secondo i 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 si orienta a formare professionisti che, oltre alla conoscenza profonda delle procedure complesse della loro professione, siano in grado di offrire 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**

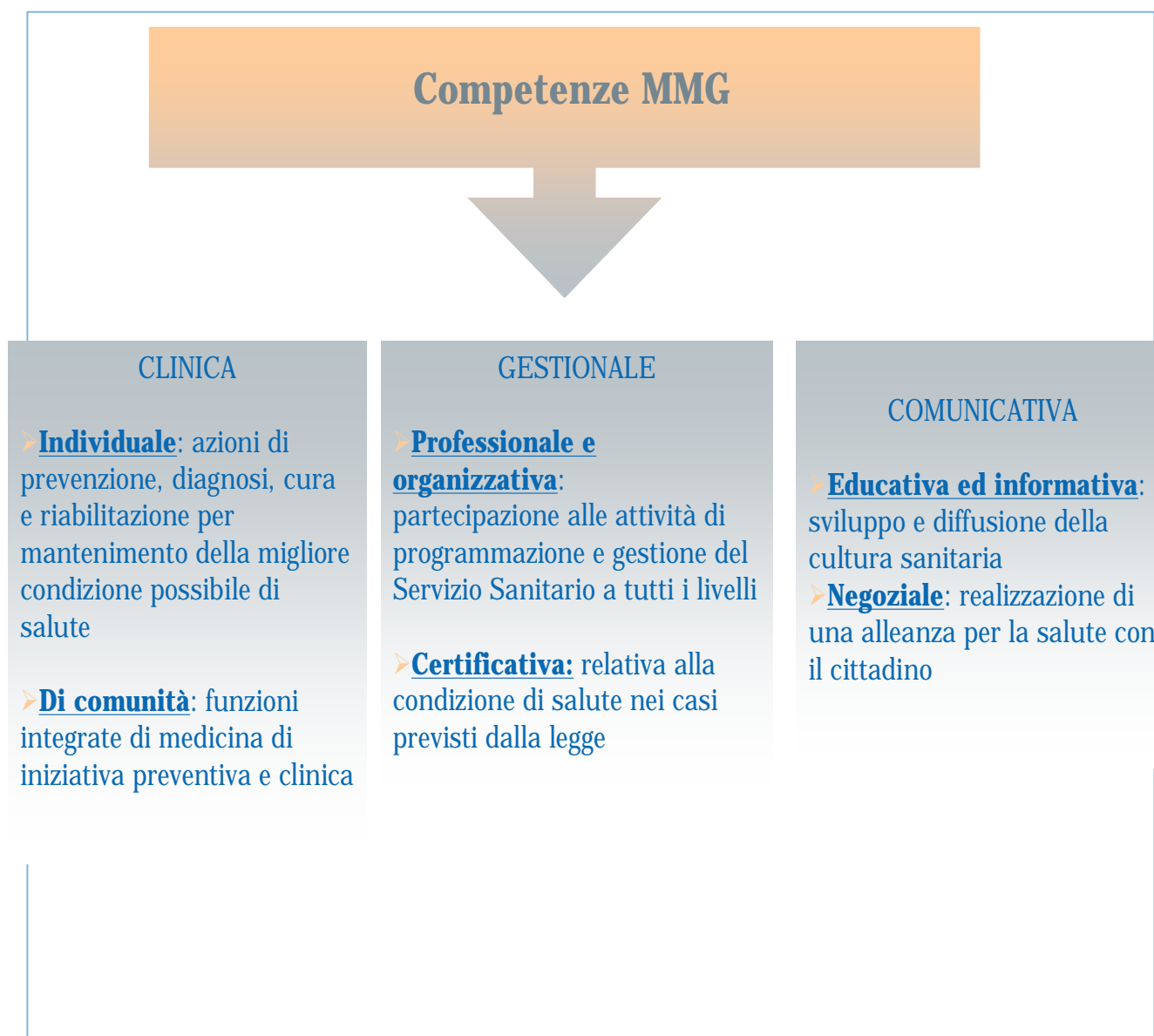
1. **individuale**: azioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, finalizzate al mantenimento della migliore condizione possibile di salute;
2. **di comunità**: funzioni integrate di medicina di iniziativa preventiva e clinica, coerenti con gli obiettivi ed i programmi di attività concordati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

La crescita costante (per numeri e peso assistenziale) nel nostro Paese 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.

L'organizzazione di questa rete assistenziale deve essere ispirata dai seguenti criteri:

- continuità e globalità delle cure nelle 24 h e per tutto l'arco della vita del cittadino;
- individuazione di obiettivi di assistenza (outcome) 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 ad una logica di obiettivi e processi adeguati a raggiungerli;
- 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 MdF ha quindi un doppio compito: di educazione sanitaria e di costruzione della consapevolezza del cittadino sulle reali possibilità della medicina.

La proposta di Unità di Medicina Generale 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 per effetto delle dinamiche di pensionamento e del numero programmato nei Corsi di laurea.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Formazione di 1.560 MMG all'anno▪ $1.560 \text{ MMG} \times 10 \text{ anni} = 15.600 \text{ MMG}$ formati entro il 2017▪ Entro il 2017, andranno in pensione 25.500 MMG SALDO▪ $15.600 - 25.500 = 9.900$ medici in meno▶ Circa 11.000.000 pazienti senza medico nei prossimi 10 anni |
|---|

Da questa dinamica emerge la necessità di individuare nuove modalità di organizzazione e l'opportunità di istituire l'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 a chi si rivolga loro il pieno godimento del diritto alla tutela alla salute.



Questi obiettivi vengono raggiunti attraverso conoscenze e competenze che richiedono discrezionalità e autonomia, con livelli differenziati di organizzazione dell'attività professionale, determinati dall'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, meglio definiti degli attuali, loro affidati.

I professionisti appartenenti all'area della Medicina Generale devono poter garantire la loro attività professionale attraverso attività orarie, per obiettivo o in relazione alle scelte in carico (attuale assistenza primaria). Tali modalità di esplicazione dell'attività devono essere regolamentate in modo da essere tra loro compatibili.

Il nucleo fondamentale organizzativo di base dell'attività di Medicina Generale da noi proposto è l'Unità di Medicina Generale (UMG).

L'UNITÀ DI MEDICINA GENERALE (UMG)

L'attivazione della 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 e valorizzazione 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 organizzativa 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** dei singoli professionisti,
- 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”



L'UMG è l'unità elementare della Medicina Generale, fa parte del Dipartimento di Medicina Generale ed è posta all'interno del distretto. All'interno dell'UMG i medici si organizzano con modalità di studio singolo o in forme più complesse fino eventualmente alle UTAP o alle case della salute.

L'UMG è un'unità produttiva che sviluppa sistemi di assistenza, ricerca e sviluppo. Si può, a tal fine, anche relazionare con UMG extradistrettuali.

L'UMG in pratica non costituisce una struttura fisica, ma è un sistema di relazioni fra componenti della stessa area professionale, nell'ambito del quale possa realizzarsi il coordinamento ottimale dell'azione dei singoli in modo tale da garantire, nel rispetto della necessaria autonomia professionale individuale, quei livelli di assistenza che il singolo operatore non può assicurare.

Questa unità funzionale è eventualmente compatibile con i modelli strutturali dell'assistenza territoriale attualmente in sperimentazione (UTAP, Casa della Salute, Gruppi di cure primarie, 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 sparsi sul territorio a seconda delle necessità oro-geografiche, della programmazione locale e di quella propria dell'UMG stessa. L'UMG, non è una forma associativa e pertanto non cancella o modifica necessariamente le attuali forme associative previste dall'Accordo Collettivo Nazionale o dagli Accordi Integrativi Regionali. I medici appartenenti ad una UMG possono continuare a lavorare in medicine di gruppo diverse o nel proprio studio.

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 o per partecipare ad attività socio-assistenziali.

Caratteristiche di riferimento del modello funzionale:

- la medicina generale è organizzata in Unità (UMG); tutti i medici di medicina generale ne fanno necessariamente parte;
- le UMG sono costituite indicativamente da 15 a 25 medici di medicina generale (a seconda del contesto oro-geografico e della programmazione) ed assistono la popolazione individuata dall'insieme delle loro liste di assistiti (quindi da 15 a 25.000 cittadini);
- le UMG assicurano un'assistenza di 10/12 ore ambulatoriali e 24h domiciliari;
- la UMG è priva di personalità giuridica, può essere supportata da società di servizio;
- la UMG può essere collocata in una sede unica, ma può anche, come sarà probabilmente necessario, prevedere che i MMG abbiano la possibilità di esercitare in studi diversi, magari individuando fra tali studi o in altro luogo una sede di riferimento per l'erogazione dei servizi comuni

Ogni UMG deve:

- possedere un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile collegato al sistema aziendale e/o regionale;
- potersi avvalere di personale sanitario e non, secondo standard definiti;
- 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);
- poter prevedere, al suo interno, figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.); tutte figure di ordine funzionale e non gerarchico, liberamente e collegialmente indicate dai componenti delle UMG e con incarichi definiti nel tempo.

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 risorse, in forma diretta e/o indiretta;
- impostare e realizzare modelli di "Clinical Governance".



LA FIGURA DEL COORDINATORE

La necessità di introdurre momenti di coordinamento fra professionisti che devono conservare un alto livello di autonomia, richiede l'affidamento ad alcuni professionisti (MMG) di tali compiti e responsabilità.

Per evitare la deriva "burocratica" e "gerarchica" in un sistema di relazioni fra pari, si ritiene improponibile l'individuazione di una figura esterna all'UMG e/o interamente dedicata a queste funzioni.

Si ipotizza quindi che l'UMG possa avere diversi responsabili di particolari funzioni di coordinamento, tutti appartenenti ed operanti nelle attività di assistenza della stessa UMG.

A queste funzioni si deve accedere volontariamente, avendo comunque come requisiti uno specifico percorso formativo e il gradimento dei colleghi.

Si ritiene anche auspicabile che, senza rigidità, l'incarico non debba essere a tempo indeterminato, ma definito nel tempo (due o tre anni), eventualmente rinnovabile.

Naturalmente, l'attività deve essere regolamentata e prevista una specifica retribuzione.

Nell'ambito della stessa UMG possono essere previsti più coordinatori, per esempio:

- **Il coordinatore/referente di tutta l'UMG** che deve essere punto di riferimento per l'organizzazione generale interna delle attività e tramite per i rapporti con il Dipartimento e il Distretto
- **Il coordinatore di progetto** che deve curare specifici progetti in cui sono coinvolti i colleghi (per esempio l'assistenza al diabete, la prevenzione cardiovascolare, ecc.)



- **Il coordinatore del sistema informativo** che deve supportare e coordinare i colleghi nell'acquisizione, trasmissione e utilizzazione dei dati, nonché della loro sicurezza
- **Il coordinatore delle attività di audit e formative** per le relative attività

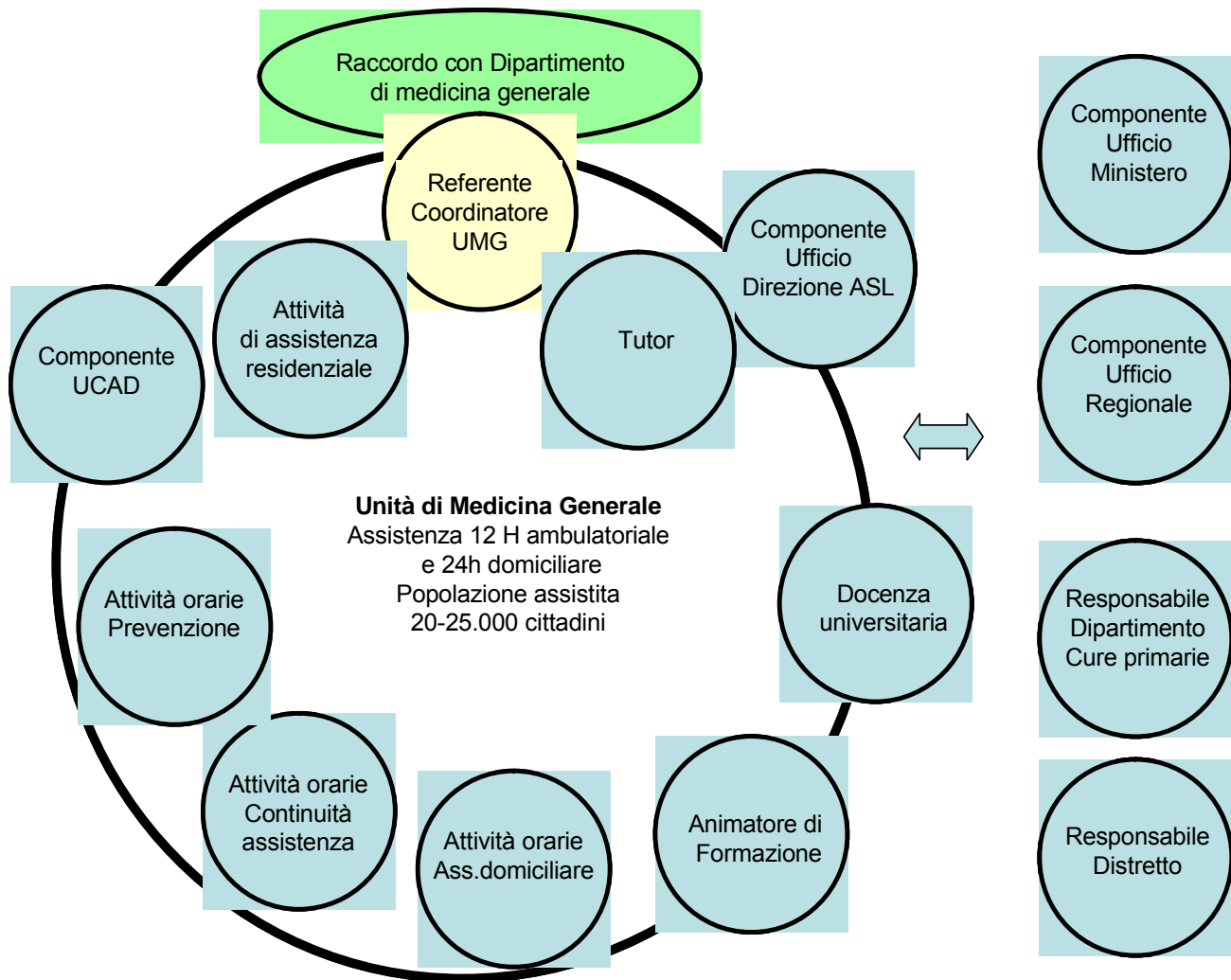
IPOTESI DI STANDARD

Da anni si è raggiunta la consapevolezza della necessità di disporre di personale di supporto all'attività professionale medica con l'ampliamento delle prestazioni non di stretta pertinenza medica.

Ciò è ancora più necessario se si vuole preparare la medicina generale ad ampliare le proprie attività per meglio rispondere alle esigenze del SSN.

Gli standard di seguito indicati hanno solo valore esemplificativo e possono essere modificati in relazione all'esperienza, alle specifiche esigenze locali e della popolazione assistita, nell'ambito della programmazione regionale e aziendale.

- 4 Infermieri di cui 1 con funzione di coordinamento per le cure domiciliari: ADI, dimissioni protette, attività socio-assistenziali, ecc.
- 1 o più "Case Manager" che può essere anche di provenienza dal personale socio-assistenziale (per Case Manager si intende quell'operatore che sostituisce le funzioni burocratiche e logistiche normalmente garantite dai parenti degli ammalati non autosufficienti);
- 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)





L'ACCESSO ALL'AREA DELLA MEDICINA GENERALE

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 unica nazionale, ferme restando le priorità per i residenti.

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 a questi possibili 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 dell'ambito territoriale.

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.

LE ATTIVITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'attività del MMG si deve poter svolgere secondo diverse modalità e sistemi di retribuzione:

➤ 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, rispettando un meccanismo flessibile di compensazione scelte/ore. Tale attività non deve avere vincoli di orario e deve essere organizzata dal medico secondo criteri di congruità.

➤ 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 e garantire servizi comuni a tutta la popolazione dell'UMG.

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:

- attività di continuità assistenziale notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale
- 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)
- attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.)
- attività di formazione, docenza e audit (dentro e fuori l'UMG)
- attività organizzative e gestionali dentro l' UMG (coordinatore UMG) e fuori dall' UMG (attività dirigenziale)
- "tutoring" ed attività seminariale universitaria e di formazione specifica, attività valutativa per l'esame di stato



- attività di ricerca

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

La compatibilità fra i diversi tipi di attività richiede naturalmente una regolamentazione. Questa potrebbe consistere in una complementarietà fra attività oraria e attività fiduciaria, in modo che al salire delle scelte in carico diminuiscano proporzionalmente le ore da effettuare e viceversa.

A regime tutti i medici di medicina generale dovrebbero arrivare ad articolare la propria attività professionale, potendo peraltro scegliere o di non acquisire mai scelte in carico o di non fare attività oraria al di sopra di un certo numero di scelte o di una certa anzianità di convenzionamento. E' naturale che negli anni necessari a raggiungere la condizione di regime, in particolare sin dall'inizio, non sarà obbligatorio, e forse non sarà neppure necessario, che tutti i medici attualmente in assistenza primaria svolgano attività di tipo orario.

Una certa flessibilità sarà comunque necessaria, data la natura di unità funzionale dell'UMG, e questa potrà essere garantita solo attraverso l'autodeterminazione dei professionisti nell'ambito di un coordinamento demandato all'UMG stessa. Fermi restando i livelli di assistenza che l'UMG deve necessariamente garantire, la soluzione ottimale sta nella possibilità di personalizzare l'impegno del singolo professionista alle sue specifiche esigenze (età, maternità, condizioni di salute, ecc.) per metterlo nelle condizioni di dare il meglio di sé.

LA CARRIERA IN MG

La demotivazione è ormai diffusa nella categoria a causa della burocratizzazione del lavoro, della ridotta libertà professionale e soprattutto dalla mancanza di una carriera organizzata. In nessun altro campo lavorativo, professionisti altamente qualificati si attendono di lasciare l'attività a 70 anni allo 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, legate alla didattica (animatore, tutore, docente, audit), alla ricerca, al management sanitario (gruppi di lavoro, commissioni distrettuali, aziendali o regionali).

“Si avverte fortemente, oggi, la necessità di riscrivere tutte queste funzioni che ruotano attorno all'attività “core” del MMG (il prendersi cura del paziente, della salute della comunità, della gestione delle cure primarie), fondamentali per favorire la crescita professionale”.

Un percorso evolutivo di 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;
- un elemento imprescindibile della motivazione professionale.



Requisiti

Per progredire nei diversi livelli di carriera bisogna avere un minimo di convenzionamento nell'area di MG di 3-5 anni e requisiti specifici che devono rispondere a criteri di professionalità a garanzia del servizio da svolgere.

Ad ogni livello, salvo diverse determinazioni individuali, devono corrispondere determinate funzioni. In particolare, maturata una certa anzianità di servizio, il medico non deve più essere obbligato a svolgere attività di guardia medica notturna e festiva o altre attività da individuare, sia che abbia acquisito scelte, sia che 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 volontaria del percorso.

E' di fondamentale importanza che la progressione di carriera sia fondata su criteri obiettivi e non su decisioni o valutazioni della dirigenza Aziendale o della struttura politica. In ciò risiede una garanzia fondamentale per il cittadino.



LA FUNZIONE DIRIGENZIALE E L'INTEGRAZIONE NEL SSN

È possibile anche un'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 Medicina Generale possono comportare una esclusività di rapporto, anche se sarebbe preferibile, ove possibile la conservazione, anche ridotta, delle attività nell'UMG in modo da mantenere una continuità relazionale; in ogni caso, al termine del mandato, al rientro nella UMG, devono essere garantite attività orarie tali da garantire adeguati livelli retributivi.

L'affidamento di incarichi al di fuori dell'UMG deve tenere conto dell'anzianità di convenzionamento, le attività formative svolte, del curriculum professionale (attività di tipo orario e fiduciario svolte nell'UMG).

Per le funzioni di coordinamento e quelle di tipo dirigenziale all'esterno della UMG ed in particolare per la Direzione Generale di una Azienda Sanitaria, bisogna che venga riconosciuta l'equivalenza tra le attività del MG impegnato nella direzione di strutture organizzative della MG, semplici o complesse, e la posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

Per la Direzione Generale dell'Azienda sarà altresì necessario acquisire il titolo richiesto 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 medicina generale
- 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 o Regionali (AIFA, CCP, ISS, ASSR, ARESS, 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 dall'aver svolto attività fiduciaria.

La carriera

Progressione di carriera (cronologica e volontaria)

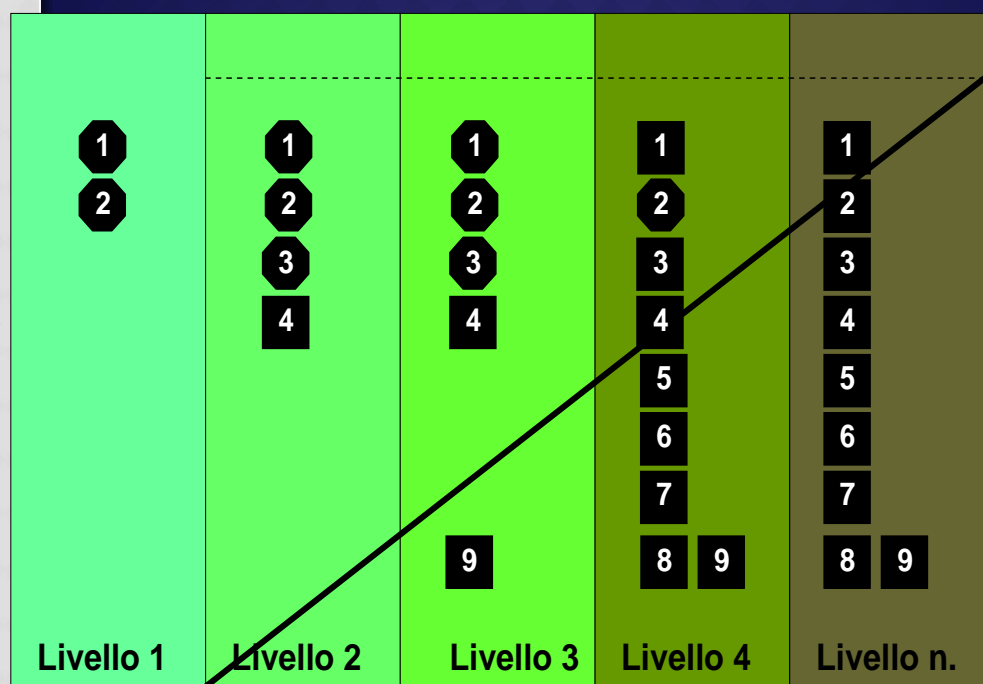
Accesso unico area

---- massimale

— N. scelte

n Attività non fiduciaria obbligatoria

n Attività non fiduciaria facoltativa



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



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: adeguate al conto d'inflazione 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 e onorario professionale capitaro**
- 2. Indennità correlate alle funzioni**
- 3. Assistenza domiciliare programmata e integrata**
- 4. Quota Fondo progettuale regionale**
- 5. Quota Fondo progettuale aziendale**
- 6. Prestazioni aggiuntive**
- 7. Contributo spese per fattori di produzione**
- 8. Rimborso spese per il personale**

1. Onorario professionale orario e capitaro

L'onorario professionale dovrebbe garantire una retribuzione minima e dignitosa a tutti i medici di medicina generale. Ciò potrebbe 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).

Questo deve essere assunto naturalmente come criterio generale di riferimento, da adeguare alla complessità della carriera e delle attività in sede di contrattazione.

Il risultato è presentato nella tabella di seguito riportata a scopo esemplificativo, che indica i risultati partendo dalla quota capitaria del medico (onorario professionale + quota capitaria di ponderazione) della vigente convenzione, quindi non rappresenta il trattamento economico futuro del medico di medicina generale.



MEDICO	h/eq	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
		att.oraria	n. scelte	scelte retr.	compenso att.oraria	compenso scelte retr.	compenso tot.	
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	
	950	339	25000	24100			114.790,83	

Dati di riferimento	
Popolazione assistita	51.485.616
Scelte equivalenti a 1 ora	39,47
Compenso ora euro	21,10
Quota cap.riconosciuta a scaglioni	41,7
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 MdG 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

In particolare deve essere notata l'ipotesi di prevedere una retribuzione non legata alle singole scelte, ma a scaglioni di 50 o anche di diversa entità. 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, è di garantire una reale tutela della professionista donna o di altri colleghi in condizioni da tutelare.

Si potrebbe 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.

La distinzione dell'onorario professionale dalle altre voci è uno dei presupposti necessari a garantire uguali opportunità di guadagno sia a chi opera in zone ad alta densità di popolazione sia a chi lavora in montagna o su piccole isole, salva la necessità di riconoscere a chi opera in zone "disagiate" specifiche indennità,

2. Indennità correlate alle funzioni

L'indennità di funzione dovrebbe essere riconosciuta in modo da valorizzare 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.

3. 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.

4. Quota Fondo progettuale regionale

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



5. Quota Fondo progettuale aziendale

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

6. 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.). E' naturale che tali prestazioni avranno sempre fini diagnostici interni e non di erogazione verso terzi.

7. Contributo spese per fattori di produzione

Le spese per i fattori di produzione (affitti, auto, servizi, materiale, ecc.) dovrebbero in teoria comparire in fondo alla 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 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.

L'ipotesi del paniere con indicatori ISTAT selezionati può contribuire a contenere il rischio sopra citato.

Inoltre, sulla base di accordi regionali e aziendali, sarebbe possibile adeguare il rimborso forfetario delle spese per fattori di produzione ai servizi e ai loro costi specifici per zona. Per esempio può essere prevista un'indennità per studio aggiuntivo. Tale indennità dovrebbe essere riconosciuta ad ogni medico che esercita l'attività convenzionale in altro studio oltre a quello principale e per ogni studio aggiuntivo rispetto al principale. Questo servirà a mantenere e/o ad incrementare il servizio reso dal medico di MG che lavori ad attività prevalentemente fiduciaria, conservandone la diffusione capillare sul territorio e riconoscendogli ciò che fino ad oggi non gli è mai stato riconosciuto (l'esercizio professionale in più studi nello stesso ambito territoriale determina inevitabilmente una maggior spesa a fronte degli stessi incassi, per cui tutto si trasforma in un'inevitabile diminuzione del guadagno).

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, 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.

8. 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, attraverso società cooperative di servizio, 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.

Oggetto compenso	Parte compenso	Dinamica adeguamento	Periodicità adeguamento
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, per l'erogazione sia della assistenza primaria che della continuità assistenziale, per la quale 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 1,5 miliardi di Euro, a fronte dei 4,8 miliardi di Euro che rappresentano l'attuale spesa per la medicina generale:

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
Totale spesa	€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 e solistica 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.**

L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E LA RI-FONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE.

Nel processo di Ri-Fondazione della Medicina Generale non sembrano trovare posto i professionisti del settore Emergenza Sanitaria Territoriale (118), anche se il Servizio è stato sostenuto ed ha potuto espandersi e raggiungere gli attuali livelli qualitativi grazie al contributo di medici di medicina generale convenzionati.

Se esistesse nel SSN un'area professionale dell'Emergenza Sanitaria questi professionisti, dipendenti o convenzionati dovrebbero confluire in essa, ma così non è.

Riteniamo pertanto chiarire in questo capitolo come l'area della medicina generale possa contribuire al presente ed al futuro dell'Emergenza Sanitaria, continuando a supportarla per dar tempo ai colleghi in essa impegnati di passare alla dipendenza o di dedicarsi all'Emergenza sanitaria da convenzionati, certi, qualora insorgessero problemi, di poter sviluppare la loro carriera professionale nell'area della Medicina Generale.

Il punto di partenza

Il sistema di Emergenza Sanitaria 118 è attualmente radicato sul territorio nazionale.

Ne fanno parte circa 3500 operatori medici, che detengono nella stragrande maggioranza (circa il 90%) un rapporto di lavoro regolato dalla convenzione nazionale per la medicina generale, sebbene nel '99 la legge 229 di riordino del SSN, ha avviato il processo di progressivo passaggio alla dipendenza del personale medico del 118.

Se si esaminano i dati odierni, a distanza di 8 anni dalla promulgazione della legge, la percentuale di regioni che hanno optato per la dipendenza ed il numero di colleghi che sono transitati è davvero minoritaria.

Va altresì tenuto presente che un numero non trascurabile di convenzionati a tempo indeterminato non rientra nei requisiti previsti dalla legge, pertanto gli stessi, pur volendo non potrebbero transitare alla dipendenza.

Va precisato inoltre che in ogni caso il passaggio alla dipendenza è una scelta del medico.

Accesso alle funzioni



L'accesso alle funzioni di medico dell'emergenza oggi è disciplinato da un percorso formativo che prevede il possesso dell'attestato di formazione in medicina generale ed il conseguimento dell'idoneità specifica previo svolgimento di un ulteriore corso professionalizzante.

Funzioni del sistema 118

La presenza del sistema 118 sul territorio, tutela il bisogno di salute del cittadino in particolare nel caso delle patologie acute e traumatiche altrimenti non affrontabili; i medici 118 sono inoltre attori nell'ambito della medicina di iniziativa, nel campo della prevenzione in relazione alle patologie croniche di maggiore rilevanza e costo sociale e nella salvaguardia dell'incolumità nelle maxiemergenze.

La funzione del SET 118 ha una doppia valenza: gestisce il paziente sul territorio e si interfaccia direttamente con l'ospedale.

Da un lato si rapporta con il MMG, dall'altro con il Medico di Pronto Soccorso e si fa garante della corretta trasmissione dei dati giunti a sua conoscenza.

Prospettive di sviluppo

Accesso alle funzioni

Nel 2006 è stata istituita **la scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza**, la quale non potrà produrre specialisti prima del 2013; in ogni caso non potrà soddisfare il fabbisogno di medici dovuto al naturale turnover prima dei prossimi 20 anni.

Per tale motivo sarà necessario che l'accesso all'area dell'emergenza sia garantito oltre che tramite specialità-dipendenza, anche attraverso convenzione.

I medici che accedono all'area per convenzione, in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e del corso professionalizzante specifico, sono equiparati dopo cinque anni di anzianità di servizio agli specialisti in medicina di emergenza.

Fondamentale per la qualità del sistema è la funzione unica dei professionisti indipendente dal rapporto di lavoro.

Funzioni del sistema 118

Le funzioni svolte attualmente dal sistema dell'emergenza dovrebbero essere ulteriormente ampliate con:

- lo sviluppo e la diffusione dei punti di primo intervento (PPI) sul territorio prevedendo in essi anche posti di degenza temporanea, gestite dai medici di emergenza, dove i pazienti non critici possono rimanere qualche ora in osservazione clinica dopo somministrazione di farmaci sintomatici.
- il potenziamento ed il mantenimento della medicalizzazione del territorio in relazione sia all'aumento dell'età media della popolazione e del conseguente aumento del numero di eventi cronici potenzialmente riacutizzabili, sia all'aumento dei codici a media-bassa gravità che richiedono per essere trattati sul territorio un intervento medico mirato.
- L'attività di formazione specifica in tema di emergenza e prevenzione sanitaria.
- Il potenziamento del ruolo di collegamento tra ospedale e territorio.

Integrazione tra le varie figure professionali

Attualmente l'integrazione tra il sistema 118, ospedale e MMG non è totale ed è meramente lasciata alla casualità o alla buona volontà del singolo.



La riorganizzazione delle aree dell'emergenza e della medicina generale deve prevedere lo sviluppo di sistemi di comunicazione attraverso l' informatizzazione e la creazione di una rete integrata per la raccolta accurata dei dati in itinere sullo stato di salute del paziente, al fine di garantire allo stesso, il miglior trattamento, nel più breve tempo possibile e con il minor dispendio di risorse.

Sviluppo di carriera

Di fondamentale importanza è prevedere lo sviluppo di carriera del medico di emergenza convenzionato.

In relazione all'anzianità di servizio maturata il medico dell'emergenza ha un'evoluzione di carriera che lo vede coinvolto in attività di formazione e docenza, attività organizzative e gestionali nell'ambito dei sistemi integrati di emergenza (es coordinatore dei PPI), tutoraggio e attività seminariale universitaria e di formazione specifica, attività valutativa per l'esame di stato, attività di ricerca.

Inoltre può svolgere funzioni dirigenziali e di integrazione nel SSN così come previsto per i medici di medicina generale del presente progetto.

In ultimo con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni, il medico di emergenza può a richiesta transitare nelle UMG, accedendo ad un livello di carriera non inferiore al terzo.



MOZIONE FINALE

Il Consiglio Nazionale della FIMMG, riunito a Roma presso l'Hotel Jolly Midas in data 09 giugno 2007 in occasione del Convegno Nazionale Quadri, come deliberato dal Consiglio Nazionale del 26 maggio 2007, sentita la relazione del Segretario Generale Nazionale Giacomo Milillo sulla situazione politico sindacale

la APPROVA.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG successivamente ha dibattuto il documento della "Ri-fondazione della Medicina Generale" che è stato sottoposto, in ottemperanza ai disposti già contenuti nella mozione finale del Consiglio Nazionale del 02 marzo 2007, ad un lungo e capillare vaglio da parte di tutti gli organi collegiali centrali e periferici del Sindacato. Gli interventi dei partecipanti al Convegno Nazionale Quadri, hanno dato vita ad un confronto approfondito e partecipato su tutti i temi che costituiscono la struttura della bozza diffusa.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG

APPROVA

la scelta di impegnare il Sindacato nella pubblicizzazione della proposta e del documento sia ai livelli Istituzionali che nei confronti di tutti i medici italiani e della pubblica opinione, inoltre

INDICA E FA PROPRII

i seguenti temi caratterizzanti l'iniziativa di Ri-fondazione:

- A. **definizione dell'area della medicina generale** come costituita da Medici cui sono affidati compiti di prevenzione diagnosi e cura sia individuale che collettiva, nonché di management, di didattica, formazione e ricerca. In tale area sono ricompresi tutti i medici attualmente appartenenti ai settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e della medicina dei servizi;
- B. **accesso all'area** della Medicina generale unico, tramite graduatoria nazionale, riservato ai medici con attestato di formazione (D.L. 368/1999) ed ai medici equipollenti (D.M. 15/12/1994) con meccanismi di salvaguardia delle priorità di accesso determinati dalla residenzialità;
- C. **ruolo unico** per medici di assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi;
- D. **rapporto di lavoro** di tipo libero professionale convenzionato in regime di parasubordinazione;
- E. **modello organizzativo** elementare: "l'unità di medicina generale" (UMG) cui afferiscono i medici dell'area della medicina generale, caratterizzato da una flessibilità tale da poterlo adattare a modalità erogative diverse anche da un punto



di vista orogeografico e che rappresenta il riferimento per la realizzazione delle seguenti finalità:

- **valorizzare le cure primarie**, da sempre in testa al gradimento della popolazione, come ambito di risposta alla maggior parte dei problemi sanitari e di governo dei percorsi diagnostico-terapeutici dei cittadini;
- **riconoscere e riaffermare il rapporto di fiducia tra assistito e medico di Medicina Generale**, fondato sulla libera scelta, come base su cui sviluppare la collaborazione tra medicina generale ed i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali;
- **sviluppare un sistema di relazioni tra professionisti** che riconosca gli ambiti di responsabilità professionale della medicina generale e che faciliti l'interfaccia con gli altri specialisti per la presa in carico nel contesto di linee guida condivise;
- **individuare le UMG** come ambito in cui poter sviluppare **autonomia e responsabilizzazione** dei singoli professionisti e come soluzione organizzativa necessaria a dare risposta alla crescita della complessità dei problemi assistenziali tra cui la cronicità e la fragilità;
- **coinvolgere i medici di Medicina generale nei processi di programmazione e "governance" aziendali**, individuando e sperimentando strumenti operativi adeguati;
- **promuovere e partecipare 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;
- **sollevare il MMG** da funzioni improprie, investendo nei fattori produttivi, anche attraverso società di servizio anche cooperative;
- **valorizzare** le funzioni tendenti ad accrescere il significato 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** un polo centrale del sistema di cure territoriali ed insieme un'area di sviluppo e di crescita sociale ed economica in grado di recuperare risorse, in forma diretta e/o indiretta;
- **impostare e realizzare** modelli di "Clinical Governance" inseriti in un diverso modello di "governance".

Ogni UMG, al fine di poter articolare l'attività professionale in modo da meglio rispondere alle esigenze di continuità dell'assistenza e di gestione dell'emergenza cronicità, **dovrà essere posta, attraverso l'effettiva dotazione degli strumenti economici e gestionali necessari** nella condizione di:

- **possedere un sistema informativo** con collegamento in rete;
- **potersi avvalere di personale sanitario e non**, secondo standard definiti e con costi riconosciuti dal SSN o SSR;
- **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);
- **poter prevedere**, al suo interno, figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.);
- **conservare e valorizzare la capillarità** dell'assistenza attraverso la rete degli studi medici;



- **poter prevedere una sede di riferimento** dove si concentrano alcuni servizi alla popolazione;
- **assicurare**, nell'ambito del coordinamento e programmazione del Distretto di riferimento, **la continuità delle cure nell'arco delle 24 ore**, nel rispetto dell'autonomia organizzativa dell'UMG e delle particolari esigenze individuali. L'attività del MMG si deve poter svolgere secondo diverse modalità e sistemi di retribuzione: **Attività di tipo fiduciario (quota capitaria), Attività di tipo non fiduciario (quota oraria o per obiettivo)**. La compatibilità fra i diversi tipi di attività richiede naturalmente una regolamentazione. Questa consiste in una complementarietà fra attività oraria e attività fiduciaria, in modo che al salire delle scelte in carico diminuiscano proporzionalmente le ore da effettuare e viceversa, secondo un percorso a livelli che preveda una progressiva adesione volontaria alle attività orarie fino all'esclusiva discrezionalità da parte del MMG, in modo tale, in particolare, che, maturata una certa anzianità di servizio il medico non deve più essere obbligato a svolgere attività di guardia medica notturna e festiva od altre attività da individuare, sia che abbia acquisito scelte, sia che continui a garantire solo attività oraria.

Il Consiglio nazionale della FIMMG,

RIBADISCE

il diritto del MMG all'esercizio di una quota di attività libero professionale e

RITIENE INDISPENSABILE

che l'accesso all'area debba immediatamente garantire la piena occupazione.

Il Consiglio nazionale della FIMMG

AFFERMA inoltre che

- **La progressione volontaria di carriera** deve essere una necessità per valorizzare e per assolvere in modo più efficace le attività emergenti accanto a quella assistenziale:
 1. didattica e formazione
 2. ricerca
 3. compiti di management
- **I medici di medicina generale, da sempre**, hanno fatto un diffuso e ponderoso investimento (strutture, informatizzazione, forme associative, formazione) nonostante la continua e progressiva riduzione del guadagno (lieve aumento dei ricavi e notevole aumento delle spese):
- **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. In sostanza è necessaria la sua divisione in tre categorie differenti, il cui adeguamento contrattuale biennale deve poter rispondere a dinamiche fra loro diverse:
 - **le quote riconducibili all'onorario**: soggette a dinamiche di tipo contrattuale;



- **le quote riconducibili a rimborso forfetario:** devono tener conto dell'inflazione reale anche in relazione ad uno specifico paniere;
- **le quote che rappresentano rimborso a piè di lista:** sono automatiche e non soggette alla contrattazione delle convenzioni.
- **La formazione deve prevedere** interventi normativi che possano identificare le modalità per:
 - modificare la normativa vigente per consentire l'insegnamento della MG in ambito universitario;
 - creare una specifica struttura equiparabile alle funzioni dipartimentali dedicata alla formazione, alla ricerca ed al management che consenta l'integrazione tra le strutture del SSN e quelle universitarie affidata a Medici di medicina generale;
 - promuovere l'evoluzione della formazione specifica in Medicina Generale in specializzazione nel rispetto delle normative comunitarie e del ruolo del SSN;
 - 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.

Il Consiglio Nazionale della FIMMG

RIBADISCE

la necessità che il cambiamento radicale prefigurato dal modello organizzativo/assistenziale proposto, che individua un'assistenza territoriale che offre continuità delle cure, flessibilità, integrazione e facilità di accesso, sia preceduto da una coerente legge di riordino del SSN che offra chiari punti di riferimento e supporto normativo.

Il Consiglio nazionale della FIMMG

DA MANDATO

al Segretario Generale Nazionale ed alla Segreteria nazionale di impegnarsi in un confronto con le controparti istituzionali per raggiungere, attraverso il conseguimento degli obiettivi sopra indicati, un miglioramento dell'intero sistema delle cure territoriali erogate dal SSN.

Il Consiglio nazionale della FIMMG

AFFIDA

al Segretario Generale Nazionale ed alla Segreteria nazionale il compito d'individuare e promuovere le strategie di volta in volta più opportune per rispettare il mandato ricevuto.

APPROVATA ALL'UNANIMITA'
