

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NEI NUOVI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NEI NUOVI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI

Sommario

Presentazione	3
1. L'unicità del Servizio Sanitario Nazionale. Il fascicolo elettronico della salute	4
2. Lo sviluppo dei servizi territoriali nel PNRR.....	5
3. Fabbisogni e costi aggiuntivi del personale delle Case di comunità e degli Ospedali di comunità.....	8
4. Gli obiettivi territoriali e le potenzialità tecnologiche. La telemedicina nei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e nei piani di assistenza individuale	9
5. Ipotesi di trasformazione del Medico di medicina generale in lavoratore pubblico dipendente: costi e complicazioni	12
6. Distretti e Case di Comunità.....	17
7. L'evoluzione del medico di medicina generale verso la gestione associata di servizi complessi. La revisione dell'Accordo Collettivo Nazionale.....	20
8. Percorsi di accesso, formazione permanente e mobilità tra ospedale e territorio	23
9. L'investimento educativo e formativo. Il criterio di sussidiarietà	25
Profilo degli autori	27

Presentazione

Il presente documento è volutamente essenziale nella proposta di *policy* per la ridefinizione del ruolo dei Medici di medicina generale (Mmg) nel contesto dei nuovi servizi sociosanitari territoriali.

L'esperienza pandemica, il mutato quadro epidemiologico, le straordinarie potenzialità offerte dall'impiego delle tecnologie digitali e dei *big data*, sollecitano ovunque la riorganizzazione dei servizi sanitari nazionali. Nel caso italiano è emersa la necessità di superare i divari territoriali, ricondurre a unità i servizi regionali attraverso l'interoperabilità dei sistemi informativi, rendere ovunque più effettivi i criteri della presa in carico universale, della prevenzione dei bisogni di salute, della continuità e appropriatezza socio-sanitaria-assistenziale attraverso il potenziamento dei servizi di prossimità, valorizzando la stessa casa di abitazione.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha destinato ingenti risorse sulla base di obiettivi ambiziosi quali la diffusione di Case e Ospedali di Comunità. Per quasi tutte le Regioni si tratterebbe di transitare da un estremo all'altro. Se si vogliono tuttavia contenere gli ingenti costi fissi a regime e realizzare modelli regionali convergenti verso la qualità complessiva, occorre considerare questa spesa, almeno in parte, sostitutiva. Non solo aggiuntiva. In particolare, ancor più in presenza dei nuovi investimenti nei territori, si può realizzare finalmente quella razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per la quale sono da tempo disponibili gli standard di riferimento.

A ciò si aggiunga la necessità di riproporre quella cultura sussidiaria che in molte Regioni concorre a garantire una buona integrazione socio-sanitaria evitando di utilizzare solo servizi pubblici diretti e mobilitando la nostra storica *big society*. Il che richiede modelli non rigidi, barocchi, integralmente pubblici, ma soluzioni flessibili che si rivelano ancor più utili nella complessa transizione che ci vedrà impegnati.

Il documento considera soprattutto il profilo della presa in carico opponendo le due ipotesi della anonima soluzione burocratica, da un lato, e della evoluzione della libera scelta del paziente verso un medico di medicina generale associato con altri colleghi, dall'altro. In questo secondo caso, il libero professionista si conferma incaricato di pubbliche funzioni attraverso una nuova convenzione con i servizi sanitari regionali. Ne sono esaminate le più complesse responsabilità e le corrispondenti modalità di remunerazione. Il principio della centralità della persona e il criterio della collaborazione attiva del paziente conducono infatti al rafforzamento - e non alla eliminazione - del rapporto fiduciario con il "suo" medico sotto il controllo pubblico.

In conseguenza, le strutture più prossime ai cittadini dovranno risultare le società tra professionisti, *spoke* rispetto agli *hub* rappresentati dalle Case di Comunità, attrezzate per il monitoraggio da remoto e la telemedicina, capaci di garantire almeno una assistenza di dodici ore.

La situazione attuale, viziata da asimmetrie territoriali e funzionali, dovrebbe risultare profondamente migliorata in termini di omogeneità ed efficacia tanto prevenzionistica quanto assistenziale. Rispetto alla illusoria “fuga” nella assistenza primaria direttamente pubblica, si ipotizza una forte iniziativa politica per elevare il criterio della sussidiarietà nei confronti di professionisti ordinistici più adeguatamente formati, meglio attrezzati, ai quali viene più puntualmente richiesto di garantire standard qualitativi e obiettivi definiti.

1. L’unicità del Servizio Sanitario Nazionale. Il fascicolo elettronico della salute

Le pressioni pandemiche hanno evidenziato rilevanti asimmetrie tra i servizi sanitari regionali e all’interno di essi, con particolare riguardo alla fragilità della “prima linea” costituita dai servizi territoriali. Eppure, già al tempo della riforma del cosiddetto “federalismo fiscale” la programmazione sanitaria nazionale ha indicato il bisogno di una diversa proporzione tra i macrolivelli di assistenza (51% territorio, 5% prevenzione, 44% ospedalità). Il riparto del fondo sanitario avrebbe dovuto gradualmente sostenere questa riallocazione delle risorse secondo costi standard tarati almeno su un livello medio delle spese regionali. Strumenti successivamente prodotti come il DM 70/15 e il Programma Nazionale degli Esiti, periodicamente aggiornato, avrebbero dovuto guidare la razionalizzazione della rete ospedaliera ma sono rimasti largamente inutilizzati. In molta parte del territorio i servizi regionali sono organizzati sugli ospedali, spesso piccoli e pericolosi, con la conseguenza di forti pressioni sui Pronto Soccorso.

Il sistema peraltro non è per nulla unitario dal punto di vista operativo. Il suo assetto “federale” è giustificato dalla necessaria prossimità delle attività di prevenzione, assistenza e cura. Ma l’autonomia dei servizi regionali non avrebbe dovuto giustificare il caotico *procurement* di tecnologie informatiche che ancora oggi non consentono connessioni all’interno di una stessa azienda.

Occorre una cabina di regia che monitori le asimmetrie territoriali, definisca standard omogenei per tutti i sistemi informativi e metta in rete tra loro tutti i centri di erogazione,

valorizzi i sistemi *open data* secondo quanto previsto per i medici dall'allegato informatico al codice deontologico, promuova azioni utili al recupero delle inefficienze nelle prestazioni.

L'AGENAS fu istituita proprio per svolgere questo compito e ora sembra avere ripreso consapevolezza del proprio ruolo. Una infrastruttura digitale unitaria, governata nei suoi criteri operativi da questa Agenzia, può unire tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati. L'imposizione di metodi di *Health Technology Assessment* deve guidare tutti i nuovi acquisti materiali e immateriali.

L'interoperabilità degli attuali sistemi informativi è la condizione necessaria per il Fascicolo Sanitario Elettronico, emblema della unicità del sistema, vero *personal data account* in grado di accompagnare con effettiva continuità il cittadino "dalla culla alla tomba". Oggi le asimmetrie territoriali relative a questo fondamentale strumento sono marcate in termini di implementazione e di utilizzo tanto dei cittadini quanto dei medici. Recenti normative lo hanno aperto a una più diffusa alimentazione ma su base volontaria. Esso deve peraltro evolvere verso analisi dei dati da parte tanto di umani quanto di macchine ma occorrono idonei standard per la accessibilità. L'AGID è già intervenuta per uniformare la gestione dei metadati e le modalità di accesso (tramite SPID) a livello nazionale ma siamo lontani da quell'impiego sistemico che potrebbe consentire la profilazione degli iscritti, il richiamo automatico agli *screening*, la maggiore efficacia delle attività di ricerca e di sperimentazione e molto altro ancora.

Una emblematica, anche se limitata, novità è infine costituita dal Portale della Salute realizzato dall'AGENAS dopo lunghi anni di gestazione. Esso consente al cittadino di navigare tra i servizi disponibili in tutto il territorio nazionale, conoscendone il grado di effettiva disponibilità e le modalità di accesso.

2. Lo sviluppo dei servizi territoriali nel PNRR

Il PNRR stanziava complessivamente 15,63 miliardi di euro per la Missione 6 dedicata alla Salute con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione, l'assistenza territoriale e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali, modernizzare la dotazione delle strutture del SSN, digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Nella Linea M6C1 è prevista, al pari di quanto avviene per altre Misure in cui il PNRR coniuga risorse finanziarie e riforme, un ripensamento complessivo della sanità territoriale che prenderà avvio nel 2022 con la stipula del Contratto Istituzionale di Sviluppo tra Ministero della Salute, Regioni e tutti gli enti interessati. La riforma prevede la definizione di un nuovo modello organizzativo assistenziale vicino ai bisogni dei cittadini, inclusi coloro i

quali vivono in zone rurali o svantaggiate, che garantisca equità di accesso ai servizi sanitari e sociali, definisca standard strutturali, tecnologici e organizzativi omogenei per l'assistenza territoriale e favorisca lo sviluppo delle connesse competenze del personale sanitario e non sanitario anche su temi manageriali e della digitalizzazione.

La prima componente del Piano, a cui vengono attribuiti 7 miliardi di euro, identifica come prioritari gli obiettivi di sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso la realizzazione di strutture organizzative di prossimità - Case di Comunità (Investimento 1) e Ospedali di comunità (Investimento 3) - e la dotazione di sistemi di telemedicina a sostegno dell'assistenza domiciliare e di una più efficace integrazione tra i servizi socio-sanitari. In particolare, l'Investimento 3 è dedicato allo sviluppo delle cure intermedie che si dovrebbe realizzare con la diffusione degli ospedali di comunità, strutture ancora viziate da una definizione ambigua che potrebbero offrire legittimazione alla sopravvivenza di quelle molte unità di cura che non corrispondono agli standard minimi di qualità e sicurezza individuati dal DM 70 del 2015. È invece auspicabile una definizione che, con maggiore precisione, comprenda le attività di riabilitazione e quelle di cura a minore intensità quando non sia disponibile la casa di abitazione.

Con riferimento all'assistenza presso il domicilio (Investimento 2), quale luogo più idoneo per la gestione di molte patologie a bassa e media intensità, il PNRR ne prevede il potenziamento destinando 4 miliardi di euro per arrivare nel 2026 a prendere in carico il 10% della popolazione over 65 (circa 1,5 milioni di persone) con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti, con una stima di crescita del numero di persone da seguire a domicilio pari a 800.000 unità.

Il coordinamento dell'attività di assistenza domiciliare e lo scambio di informazioni tra gli operatori, anche con sistemi di telemedicina, è attuato dalla Centrale Operativa Territoriale. Tale struttura è tenuta a garantire il coordinamento dei servizi domiciliari attraverso l'attivazione dei diversi soggetti della rete in funzione dei bisogni del paziente e il passaggio da un setting assistenziale a un altro. Le Centrali dovranno essere organizzate entro giugno 2024 per un costo complessivo di 280 milioni di euro. Esse potranno essere attivate su iniziativa di tutti gli attori della rete socio-sanitaria, primi fra tutti i Mmg e i Pls.

Nel complesso processo di riforma dell'assistenza territoriale delineato dal PNRR le case di comunità rappresentano lo strumento principale per potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio garantendo facilità di accesso ai servizi e presa in carico del paziente secondo il modello della medicina d'iniziativa e della qualità dell'assistenza nelle diverse dimensioni. Essa dovranno, in particolare, garantire: accoglienza e informazione; prenotazione delle prestazioni; valutazione multidimensionale dei bisogni socio-sanitari; assistenza primaria attraverso Mmg e Pls; continuità assistenziale soprattutto per i cronici; prestazioni

specialistiche nell'ambito dei diversi percorsi di cura; programmi di prevenzione (vaccinazioni e *screening*); assistenza ad anziani, famiglie, donne e adolescenti; servizi per la salute mentale e le dipendenze patologiche; servizi di diagnostica e riabilitazione. Più in generale, le case di comunità dovranno coordinare i servizi sul territorio garantendo, oltre alla qualità della presa in carico da parte di Mmg e Pls, l'attenzione di team multidisciplinari e multiprofessionali formati, oltre ai medici convenzionati anche da infermieri di comunità, medici specialisti per le patologie a elevata prevalenza (es. cardiologo, pneumologo, diabetologo ecc.), assistenti sociali e altri professionisti della salute (es. logopedisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici della riabilitazione, ecc.).

I medici e i professionisti delle case di comunità sono figure attualmente già impegnate in attività assistenziali nell'ambito dei Distretti della Asl. Come vedremo, le Regioni in relazione alle caratteristiche dei territori, dovranno valutare la relazione tra Distretti e Case evitando sovrapposizioni e ridondanze burocratiche.

Figura chiave nella casa di comunità è l'infermiere di famiglia, introdotta con il dl. 34/2020, quale referente principale per il paziente e per la comunità nel percorso assistenziale. La casa di comunità, grazie alle tecnologie informatiche, è inoltre in rete con lo specialista ambulatoriale ospedaliero chiamato a intervenire nei diversi luoghi di cura o in telemedicina (es. televisita, teleconsulto ecc.) per la gestione di pazienti cronici complessi e instabili.

Le case di comunità avranno una superficie massima di 800 mq e dovranno prevedere la presenza di 10/15 ambulatori, un punto prelievi, strumentazione polispecialistica (es. radiologia, elettrocardiografia, spirometria ecc.), un punto di accoglienza con sala d'aspetto e locali di servizio per il personale. Il finanziamento previsto per la realizzazione di una casa di comunità è di circa 1.500.000,00 di euro di cui circa 1.280.000,00 per la realizzazione/ristrutturazione della struttura (massimo 1.600 euro a mq) e 270.000,00 per le tecnologie sanitarie e per spese in ICT.

Lo stesso PNRR indica tuttavia tra gli ostacoli all'implementazione del modello il punto di partenza, ovvero le marcate differenze tra Regioni a livello di standard strutturali, tecnologici e organizzativi per l'assistenza territoriale. Vengono inoltre evidenziati ostacoli di tipo organizzativo, tra i quali lo scarso coordinamento tra i diversi professionisti che operano sul territorio, l'elevata disomogeneità nell'offerta di servizi sanitari erogati (LEA), le difficoltà nel coinvolgere gli stakeholder e le comunità territoriali, la diffusa carenza di competenze e lo scarso livello di *empowerment* del cittadino/paziente nella gestione della propria salute. Sono infine evidenti le carenze di tipo finanziario, tra le quali la scarsità di risorse destinate ai servizi territoriali, la difficoltà nel finanziare attività che non hanno un budget dedicato e la carente capacità nel gestire in modo integrato le diverse fonti di finanziamento destinate agli enti che operano nella sanità. Seppur individuando dettagli organizzativi, obiettivi e

risorse, il PNRR non sembra definire in modo chiaro un modello organizzativo di assistenza territoriale demandandone l'attuazione a successivi accordi che non si possono peraltro risolvere solo tra Governo centrale e Regioni attraverso l'AGENAS. Questi devono coinvolgere anche le rappresentanze dei professionisti a partire da quelle dei Mmg per la evidente centralità di queste figure cui compete la prima presa in carico delle persone.

3. Fabbisogni e costi aggiuntivi del personale delle Case di comunità e degli Ospedali di comunità

La Riforma dell'assistenza territoriale prevede l'adozione da parte delle Regioni di standard strutturali, tecnologici e organizzativi aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal PNRR, al fine di garantire omogeneità nell'erogazione dei servizi su tutto il territorio nazionale. Il Servizio del Bilancio del Senato, nella sua analisi della Legge di Bilancio 2022 e della Relazione Tecnica allegata, stima complessivamente in circa 2.175 milioni di euro il fabbisogno finanziario ulteriore rispetto a quanto stanziato dal PNRR in quanto così valuta i costi del personale aggiuntivo nelle Case di comunità, negli Ospedali di comunità e nelle Centrali Operative Territoriali nel periodo 2022-2026. La stima deriva, oltre che dalla implementazione di standard aggiuntivi rispetto al PNRR, anche da un'analisi delle modalità operative di attuazione della riforma e del funzionamento delle nuove strutture in termini di servizi innovativi da erogare, tecnologie da impiegare e personale dipendente e non da reclutare, anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla normativa vigente.

La Riforma dell'assistenza territoriale prevede la realizzazione di ulteriori 200 ospedali di comunità rispetto ai 400 indicati nel PNRR, ciò al fine di garantire il soddisfacimento dello standard di 1 ospedale di comunità per 100 mila abitanti. Obiettivo invero astratto perché dovrebbero essere verificate le caratteristiche epidemiologiche di ciascun territorio. I 200 ospedali di comunità aggiuntivi saranno finanziati con i fondi ex art. 20, legge 11 marzo 1988, n.67.

Per le Case di comunità si prevede complessivamente nel periodo 2023-2026 la realizzazione (nuova costruzione o ristrutturazione di strutture esistenti) di circa 1.350 strutture, ovvero 1 ogni 45.000 abitanti circa. Resta invariato il numero delle Centrali operative territoriali pari a 600 (1 per ogni distretto).

Per ciascuna struttura il PNRR ha individuato tipologie professionali e loro dimensionamento per il funzionamento, successivamente ridefiniti alla luce degli standard organizzativi che

hanno previsto l'inserimento di personale medico, infermieristico e amministrativo aggiuntivo. Nello specifico nella Casa di comunità il PNRR prevede la presenza di 8 infermieri, 10 Mmg e 5 amministrativi. Diversamente la Riforma prevede 12 infermieri, di

cui uno con il ruolo di coordinatore, 8 amministrativi e un incremento delle ore di lavoro dei Mmg presso la struttura pari a 104 ore/annuo per medico. Il costo incrementale prodotto dall'inserimento di tali risorse è stato stimato, per il periodo 2023-2026, in circa 1.200 milioni di euro.

Analogamente nelle Centrali operative territoriali si prevede l'inserimento, a differenza del PNRR, di una risorsa aggiuntiva come supporto alle attività. Il fabbisogno finanziario per le figure professionali aggiuntive rispetto al PNRR è, per il personale convenzionato afferente alle case di comunità, di circa 460 milioni di euro per il periodo 2023- 2026; per il personale dipendente aggiuntivo, per il periodo 2022- 2026 di circa 1.700 milioni di euro.

A regime e a partire dal 2027, così come indicato nella Relazione del Servizio Bilancio al Senato, il costo annuale a carico dello Stato per il personale aggiuntivo sarà di circa 1 miliardo di euro. Come definito nel PNRR non si prevedono finanziamenti per il personale la cui copertura finanziaria dovrebbe essere garantita dai risparmi ottenuti dalla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale con impatti positivi sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri e degli accessi inappropriati al pronto soccorso.

Le Regioni dovrebbero difendere la loro autonomia anche allo scopo di evitare, se lo vogliono, ulteriori appesantimenti del prelievo integrativo IRPEF. Esse hanno margini significativi nelle economie di gestione se, grazie ad un approccio olistico, concentrano o trasformano la offerta ospedaliera conseguentemente alla riduzione dei ricoveri inappropriati e a una efficace politica per la cronicità.

4. Gli obiettivi territoriali e le potenzialità tecnologiche. La telemedicina nei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e nei piani di assistenza individuale

Il PNRR, la crisi pandemica e le più recenti disposizioni legislative nazionali e regionali hanno disegnato una nuova architettura dei servizi territoriali e delle cure intermedie orientata a garantire una maggiore facilità di accesso ai servizi sanitari e sociali anche per coloro i quali vivono in zone rurali e disagiate, e una presa in carico del cittadino secondo il modello della medicina di iniziativa e dell'approccio *One – Health* incentrato sui bisogni della persona in termini non solo di cura ma di stili di vita, prevenzione, scelte alimentari e sostenibilità ambientale.

L'implementazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali ha lo scopo di promuovere un'assistenza di prossimità più proattiva che reattiva. Si vuole favorire l'*empowerment* del paziente e del *caregiver* nel processo di cura così da

fornire risposte ai bisogni individuali della persona e della comunità in cui questa è inserita. E' possibile realizzare una stratificazione del rischio in quanto premessa per percorsi assistenziali di diversa intensità per la gestione dei cronici prevedendo il coinvolgimento di team multiprofessionali e multidisciplinari (es. Medico di medicina generale, care manager, specialista ospedaliero ecc.) nei diversi luoghi di cura (es. Ospedale, Ospedale di Comunità, domicilio, Case di comunità, RSA, Hospice ecc).

La tecnologia, intesa non solo come telemedicina ma come digitalizzazione, *Internet of Things*, robotica, sensoristica, intelligenza artificiale e domotica, è un elemento strategico e abilitante rispetto agli obiettivi di assistenza socio-sanitaria del PNRR per il prossimo quinquennio. Le Regioni e i loro enti operativi avranno a disposizione 1 miliardo di euro per finanziare iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali per la salute e l'assistenza e per realizzare progetti di telemedicina avanzata a supporto dell'assistenza domiciliare per cronici, fragili e anziani che necessitano di continuità assistenziale tra i diversi setting o, in periodi pandemici e non solo, di distanziamento sociale.

L'obiettivo di garantire il maggior livello di prossimità assistenziale mettendo in atto azioni e progetti finalizzati alla permanenza del paziente presso il proprio domicilio, soprattutto per patologie a bassa complessità, è rinvenibile anche nella Missione 5C2 del PNRR ("Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore") nella quale sono previsti stanziamenti a sostegno delle persone vulnerabili e per prevenire l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Destano particolare interesse le iniziative già finanziate anche con il contributo di soggetti privati e no profit (es. *Progetto Home care design for Parkinson Disease* della Fondazione Zoe – Zambon Open Education in collaborazione con l'Università di Firenze) finalizzate alla progettazione e alla realizzazione di ambienti domestici facilmente vivibili da persone anziane o fragili, affette da problematiche motorie o neurologiche (es. malattie neurodegenerative). L'attivazione di partnership tra soggetti istituzionalmente diversi (pubblico, privato, no profit) può rappresentare il canale per raggiungere tali obiettivi attraverso la realizzazione di soluzioni abitative tecnologicamente avanzate, arredate e organizzate in modo tale da creare situazioni confortevoli e di supporto alle persone fragili, consentendo loro di restare nel proprio ambiente, costantemente monitorate dal caregiver, dal Mmg o da altre figure professionali.

L'emergenza sanitaria del Covid ha contribuito ad accelerare il processo di utilizzo della telemedicina come la televisita, la telerefertazione, il telemonitoraggio e il teleconsulto evidenziando, al di là delle differenze regionali, una diffusa accettazione di tali strumenti a

livello politico-istituzionale (es. rimborsabilità da parte del SSR delle televisite), organizzativo (personale sanitario) e territoriale (pazienti e associazioni di pazienti). Risulta infatti in crescita la propensione dei cittadini all'impiego di soluzioni di *digital health* e in particolare all'uso di App e dispositivi per l'automonitoraggio nonché il ricorso a consulti online per la risoluzione di problemi sanitari di bassa e media complessità. Numerose aziende private stanno incoraggiando l'adozione di sistemi di telemedicina e app destinando ai propri dipendenti, e ai loro familiari, soluzioni di digital health per semplificare l'accesso alle cure, per la gestione in autonomia delle patologie e per ricevere consigli e supporto online anche su aspetti di natura psicologica in conseguenza della pandemia. L'utilizzo di tali strumenti consente al dipendente/paziente di risparmiare tempo, fare prevenzione e accedere con maggiore facilità ai servizi sanitari (Osservatorio sul Capitale Umano, Mercer, 2021).

Si assiste dunque a un graduale cambio di paradigma del rapporto medico-paziente che vede l'assistito non più come soggetto inconsapevole e passivo ma come soggetto informato e attivo nel processo di gestione della propria salute, ancor prima dell'insorgere della patologia (*Patient empowerment*). Ciò avviene anche attraverso l'utilizzo di dispositivi *wearable* per la rilevazione di dati biometrici che consentono l'automonitoraggio da parte del paziente e, in connessione con il Mmg, del proprio stato di salute. Tali strumenti trovano applicazione anche per la gestione di pazienti inseriti in Progetti di Assistenza Individuale (PAI) o Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDTA) per le patologie croniche. In questi il Mmg può attivare iniziative di telemonitoraggio per acquisire parametri vitali del paziente, come il livello della glicemia, la frequenza cardiaca, la pressione, la saturazione dell'ossigeno nel sangue. Il Mmg potrebbe così monitorare periodicamente e da remoto lo stato di salute del proprio assistito, fornirgli indicazioni su accertamenti da effettuare, indirizzarlo verso stili di vita idonei rispetto alla sua situazione clinica o indicargli, nel caso di superamento dei valori soglia segnalati tramite sistemi di *alert*, il passaggio da un setting assistenziale a un altro. L'attività di monitoraggio a distanza potrebbe essere effettuata anche attraverso la somministrazione online di questionari finalizzati al rilevamento degli stili di vita, delle abitudini alimentari e a quanto altro a lui utile per intervenire in via preventiva. Ciò avrebbe impatti positivi non solo sul paziente, che rimarrebbe nel proprio domicilio o nella struttura che lo ospita, ma sul medico stesso soprattutto se impegnato in zone rurali e disagiate, consentendogli di garantire continuità e qualità dell'assistenza, ottimizzando il proprio carico di lavoro e, nel periodo pandemico, riducendo il rischio di infezioni.

In un'ottica di presa in carico globale del paziente il Mmg, insieme agli altri professionisti coinvolti nel percorso assistenziale, dovrà alimentare e usare il Fascicolo Sanitario Elettronico per visualizzare, nel rispetto della normativa in materia di privacy, referti clinici, esami diagnostici e di laboratorio del proprio assistito. Essi, opportunamente integrati con i dati generati dall'attività di auto o telemonitoraggio, consentiranno al medico di effettuare, anche

attraverso sistemi di intelligenza artificiale, diagnosi precoci e analisi predittive del rischio rispetto all'insorgenza di determinate patologie. Se è positivo l'obiettivo di utilizzare il FSE quale strumento principale di accesso ai servizi sociosanitari e fonte di dati per l'ottimizzazione delle prestazioni, non appare convincente il percorso per realizzarlo. La stessa ipotesi di una Piattaforma Nazionale Dati, che offre alla libera volontà delle amministrazioni un catalogo centrale di connettori automatici, sembra riproporre esperienze fallimentari del passato. Non si tratta solo di individuare le opportune modalità tecnologiche ma di combinare il ridisegno dei servizi territoriali con una intesa Stato-Regioni sulla confluenza obbligatoria di tutti i dati - clinici, generati dai pazienti, prodotti dai sensori ambientali, ecc. - nel FSE.

L'analisi continuativa dei dati di cui al PNRR richiederebbe infatti la piena alimentazione del fascicolo elettronico piuttosto che la ulteriore introduzione di nuovi e non meglio definiti: "sistemi informativi per la rilevazione dei dati clinici in tempo reale". Il PNRR prevede peraltro entro il 2025 e con uno stanziamento di 200 milioni di euro che l'85% dei medici di medicina generale alimenti e utilizzi regolarmente il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale obiettivo può essere conseguito inducendo le Regioni a realizzare l'attesa cooperazione applicativa con i sistemi gestionali dei MMG e promuovendo la formazione per l'aggiornamento digitale.

Come descritto nel PNRR, l'efficace riorganizzazione della rete di assistenza territoriale nei diversi contesti regionali e l'impiego di avanzati sistemi di telemedicina, contribuirà in modo determinante a garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario nel suo complesso anche oltre l'orizzonte temporale dei finanziamenti del PNRR (2026). Ovviamente, questi trend tecnologici aumentano e non sostituiscono l'intelligenza e la capacità professionale del medico che avrà sempre bisogno di realizzare quantomeno la prima visita in presenza.

5. Ipotesi di trasformazione del Medico di medicina generale in lavoratore pubblico dipendente: costi e complicazioni

Il medico di medicina generale è un libero professionista convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. L'originalità di questa relazione di lavoro sta nel tempo indeterminato e nel contratto collettivo nazionale quale fonte regolatoria. Caratteristiche tipiche del lavoro subordinato ma che, coniugate con la flessibilità e la responsabilità proprie del lavoro autonomo, hanno dato luogo a una lunga esperienza positiva proprio per questi profili. Non rilevano poi per i professionisti ordinistici i criteri della eterodirezione e della etero-organizzazione. E ciò vale ancor più per i medici che operano secondo scienza, coscienza,

appropriatezza delle soluzioni ai bisogni di salute del paziente, anche quando ricevono direttive o obiettivi di carattere amministrativo.

D'altronde, da tempo l'ordinamento riconosce figure private (inclusi altri professionisti ordinistici) incaricate di pubbliche funzioni. Si tratta di un fenomeno assai vasto e che non ha dato sin qui luogo a processi inversi di "internalizzazione" di queste attività. Il cittadino apprezza la libertà di scelta (quando è effettiva) del Mmg come il rapporto fiduciario che si instaura perché è fonte di stabilità e di una relazionalità certamente diversa da quella con un anonimo burocrate della pubblica amministrazione.

Le criticità hanno, infatti, origine da altre ragioni che questo documento considera ipotizzando profonde modifiche nel contenuto negoziale collettivo che oggi conduce nei fatti a valutare allo stesso modo i migliori e i peggiori.

Le due principali tipologie di Mmg sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica). I "Medici di famiglia" (circa 43000) forniscono assistenza di primo livello attraverso circa 60 mila studi di prossimità e la presenza nel domicilio dell'assistito ovunque si trovi, incluse le zone più disagiate, come nelle strutture residenziali. Egli è responsabile dell'erogazione di cure integrate e continuative a ogni singola persona indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Cura ciascuno nel contesto della famiglia, della comunità e della cultura di appartenenza, adattandosi quindi alle condizioni di contesto in quanto parte di una vita più o meno buona.

Con riferimento alla proposta di "pubblicizzazione", ovvero di una trasformazione in dipendenti dei servizi sanitari regionali, gli effetti sarebbero dannosi in termini di diminuzione dell'assistenza al paziente, flessibilità organizzativa e maggiori costi. In particolare, si individuano:

1. minore partecipazione del paziente che perde libertà di scelta e rapporto fiduciario
2. maggiori costi indotti nella massa salariale della dirigenza medica pubblica dall'ingresso massivo di professionisti che provengono da un assetto retributivo pubblico particolare e si confrontano con il reddito di altri colleghi che uniscono abitualmente prestazioni pubbliche e private;
3. rigidità contrattuali e di legge (ferie, permessi, assenze e sostituzioni) che determinano orari di reperibilità più limitati per gli utenti, alta inamovibilità, insindacabilità dell'operato e in particolare del rispetto degli standard di servizio previsti;

4. minore formazione continua dei pubblici dipendenti rispetto all'autoapprendimento dei liberi professionisti oltre agli obblighi formativi che possono essere disposti dalle convenzioni;
5. moltiplicazione degli operatori necessari dovuta ai vincoli sull'orario di lavoro;
6. maggiori difficoltà nel coordinamento con altri medici e nella mobilità verso il paziente;
7. impossibilità di garantire la stessa prossimità dello studio medico privato e i tempi di visita a domicilio per la necessaria concentrazione delle sedi pubbliche;
8. oneri più consistenti per la finanza pubblica in relazione ai costi delle strutture e degli strumenti, ora a carico dei professionisti;
9. quota di compenso collegata alla *performance* usualmente ridotta e poco incentivante nel lavoro pubblico;
10. certa insostenibilità finanziaria dell'Enpam, la cassa previdenziale dei medici che operano nella libera professione.

L'ipotesi di una transizione, ancor peggiore se lunga, da un regime all'altro con il permanere "ad esaurimento" delle posizioni destinate a cessare è stata praticata solo all'interno del lavoro subordinato pubblico per assorbire differenze contrattuali in occasione di fusioni tra enti.

In questo caso l'esperimento avrebbe effetti devastanti sui cittadini-pazienti perché sommerebbe due modelli di servizio radicalmente diversi con l'effetto probabile di riunire i vizi dell'uno e dell'altro.

Occorre piuttosto, come meglio si dice altrove, una drastica evoluzione della libera professione convenzionata che di fronte alle nuove responsabilità e opportunità di oggi e di domani deve organizzarsi in forme associate secondo il modello di cui all'art. 10 della legge 183/2011, già significativamente sperimentato da altre professioni come commercialisti, consulenti del lavoro, ingegneri, architetti e che ha portato, anche attraverso adeguamenti dei regolamenti previdenziali delle singole Casse, a non perdere contribuzioni. Un esempio è dato dalle società operanti nel settore odontoiatrico che versano un contributo integrativo pari allo 0,5 % del fatturato annuo alla gestione «Quota B» del Fondo di previdenza generale, ai sensi della legge di bilancio per il 2018.

Al contrario, come già osservato, sarebbero davvero distruttivi dell'equilibrio finanziario gli effetti del trasferimento di una moltitudine di professionisti dall'Enpam (Gestione previdenziale dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale) alla Cassa specifica dell'Inps.

Secondo simulazioni realizzate da Enpam, il passaggio alla dipendenza dei Mmg e dei Pls genererebbe una voragine di ben 84 miliardi di euro nell'arco temporale di verifica della sostenibilità dell'Ente richiesta dalla vigente disciplina. Le figure che seguono (fonte Enpam)

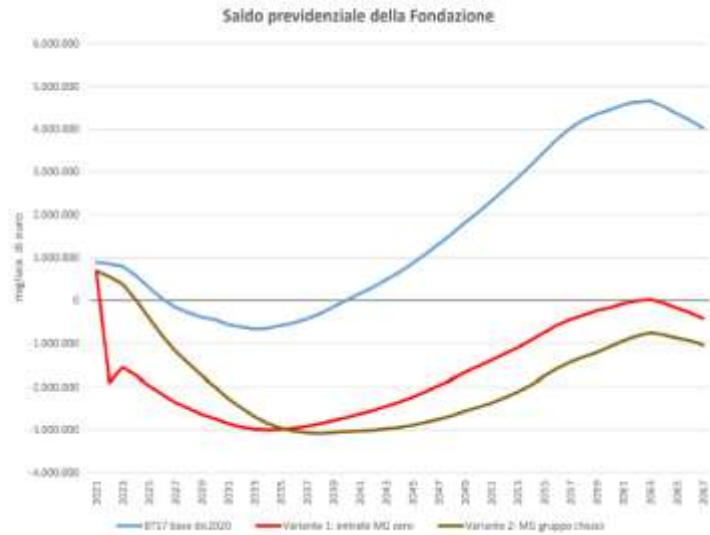
considerano gli impatti nelle due ipotesi di interruzione immediata di tutto il flusso contributivo Mmg/Pls e di riduzione del flusso a seguito di trasferimento all'INPS dei soli nuovi medici. Le conseguenze sul saldo previdenziale, sul saldo totale, sul patrimonio con proiezioni a 50 anni e a 25 anni sono evidenti e perfino intuitive se si considera l'incidenza di queste due categorie di professionisti sull'insieme delle entrate contributive della Fondazione (1.486.712.907 euro su 3.235.734.671 euro nel bilancio 2020). Di seguito (Fonte: Centro studi Enpam) sono rappresentati gli impatti sulla Fondazione derivanti da una interruzione totale del flusso contributivo del Mmg (Variante 1) e dalla riduzione del flusso conseguente al trasferimento della contribuzione dei soli nuovi Mmg ad altro Ente (Variante 2):

- sul saldo previdenziale
- Sul saldo totale
- Sul patrimonio con una proiezione di 50 anni
- Sul patrimonio con una proiezione di 25 anni

Varianti Gestione MG a zero:

1. tutte le entrate contributive a zero
2. nuovi contribuenti a zero

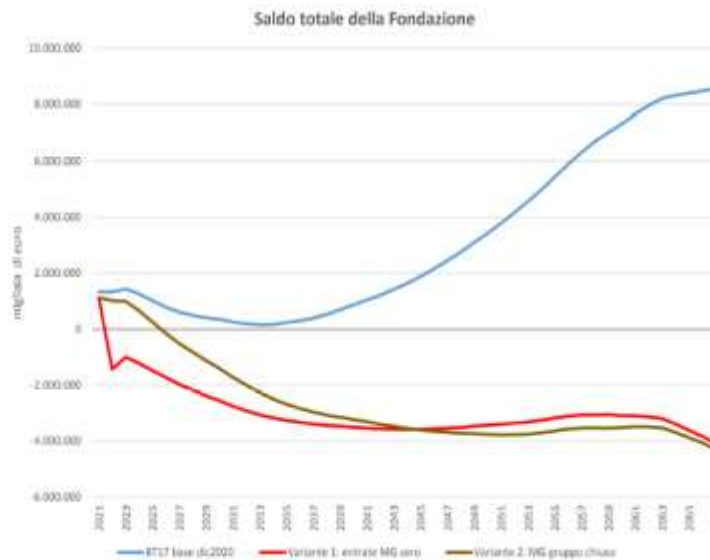
SALDO PREVIDENZIALE



Varianti Gestione MG a zero:

1. tutte le entrate contributive a zero
2. nuovi contribuenti a zero

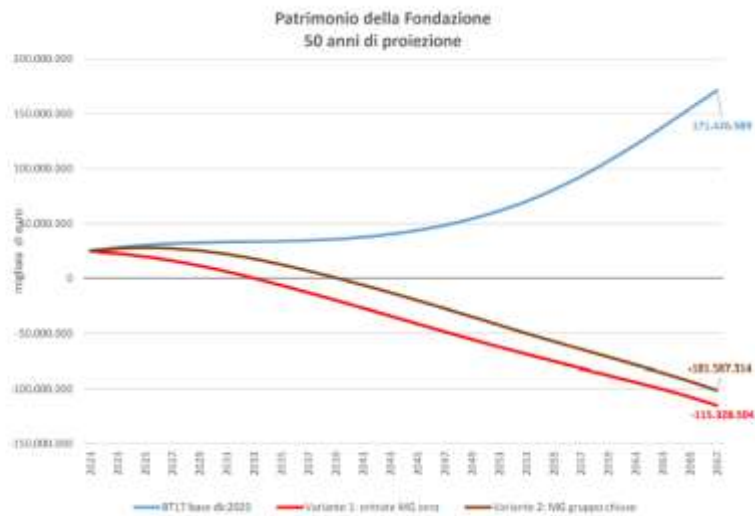
SALDO TOTALE

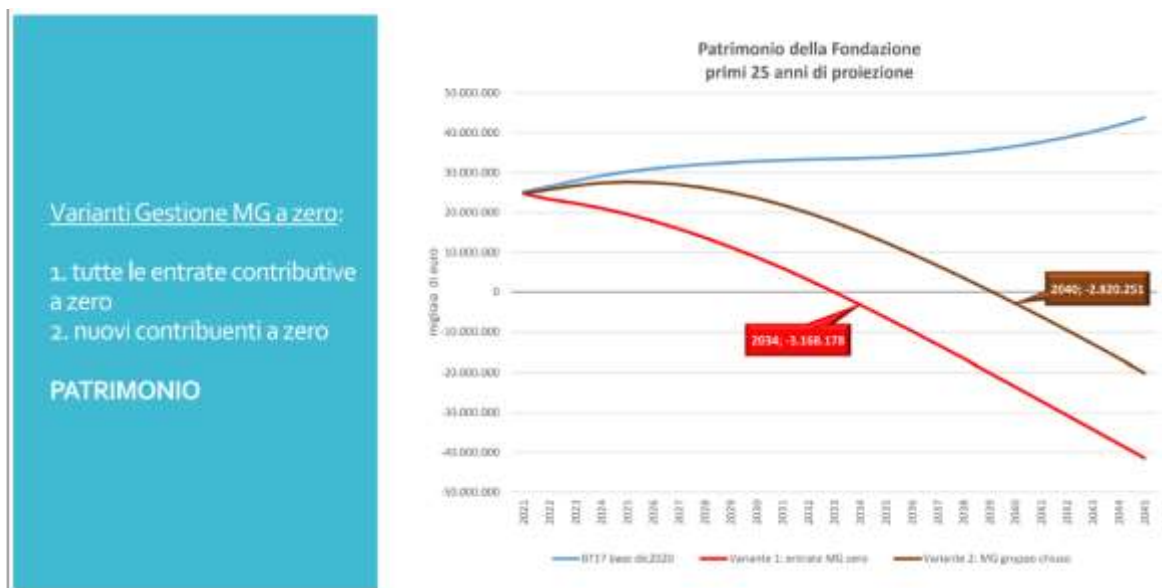


Varianti Gestione MG a zero:

1. tutte le entrate contributive a zero
2. nuovi contribuenti a zero

PATRIMONIO





6. Distretti e Case di Comunità

Il DPCM 12 Gennaio 2017 ribadisce l'articolazione dei servizi socio-sanitari regionali nei tre macrolivelli di assistenza che abbiamo già considerato: Prevenzione collettiva e Sanità pubblica, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera.

L'assistenza distrettuale, per la quale si rinvengono in alcune Regioni consolidate esperienze, rappresenta il contenitore che integra e dovrebbe ancor più integrare una vasta gamma di servizi sanitari e sociosanitari riconducibili a:

- ✓ Assistenza sanitaria di base
- ✓ Continuità assistenziale

- ✓ Igiene e salute pubblica del territorio
- ✓ Assistenza farmaceutica
- ✓ Assistenza integrativa
- ✓ Assistenza specialistica ambulatoriale
- ✓ Assistenza protesica
- ✓ Assistenza termale
- ✓ Assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale
- ✓ Assistenza socio-sanitaria residenziale e semi residenziale

Nel contesto del Distretto opera un insieme di professioni mediche, infermieristiche, sanitarie, tecniche e amministrative con lo scopo di prendere in carico il paziente e fornirgli prestazioni e servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, direttamente o attraverso gli altri erogatori dell'Azienda sanitaria o ospedaliera, assicurando comunque continuità assistenziale e una adeguata dimensione interdisciplinare e interprofessionale.

Il Distretto, quindi, rappresenta la sintesi dei bisogni del territorio, la cabina di regia di un sistema complesso che deve necessariamente costituire il fondamentale riferimento per lo sviluppo delle tecnologie e dei servizi di prossimità disegnati dal PNRR come le Centrali Operative Territoriali, le Case e gli Ospedali di Comunità, le forme associate dei Mmg e dei Pls. Le stesse attività di prevenzione non possono che costituire una componente necessaria della nuova visione territoriale.

E' oggi evidente la necessità di garantire un processo ordinato che non può tollerare sovrapposizione di funzioni, ipertrofia amministrativa, disordine nei percorsi assistenziali.

Questa preoccupazione è aggravata dalla constatazione di punti di partenza diversi nei vari territori.

Una indagine svolta da AGENAS nel 2010, *"La rete dei Distretti sanitari in Italia"*, seppur datata, fornisce un quadro orientativo delle tendenze ancora in essere. I Distretti, alla data di rilevazione erano 811 con una media di 85.000 abitanti, superficie media di 440 Km².(maggiore di quanto previsto dal D.Lsg. 229/1999), con forte variabilità tra Regioni: bacino minimo Bolzano con 24.593 abitanti e massimo di 120.280 in Lombardia. E' naturale che nella determinazione del bacino distrettuale vengano compendiati due aspetti: quello orografico ambientale e l'esigenza di assicurare un'organizzazione che garantisca l'erogazione dei servizi essenziali di assistenza. Significative sono a questo proposito le percentuali dei distretti collocati nei diversi ambiti geografici: 7,9% in area metropolitana, 40,7% in area urbana, 33,4% in area extraurbana, 17,4% in area montana, 0,8% nell'area insulare e nelle isole minori.

Un altro studio, prodotto nella fase di prima attuazione delle norme sui servizi territoriali, segnala poi almeno quattro tipologie in progressione dal punto di vista della complessità dei servizi erogati: Distretto classico, Distretto delle cure primarie, Distretto evoluto, Distretto integrato. Queste hanno corrisposto, sin dagli anni '90, alle diverse interpretazioni regionali circa il peso della spedalità, il ruolo del territorio e la diversa consapevolezza dei mutamenti nel quadro epidemiologico con la crescita esponenziale delle cronicità e degli stati di totale o parziale non autosufficienza.

Esistono quindi, anche con riferimento alla organizzazione dei servizi territoriali, più Italie con differenti livelli di efficienza ed efficacia nella risposta ai bisogni.

Appare in conseguenza un esercizio discutibile, in relazione alle indicazioni piuttosto generali del PNRR, quello di voler ricondurre “immediatamente” a uniformità secondo rigidi standard (al più solo indicativi) l’assetto futuro delle Case della Comunità, a partire dalla diversa considerazione dei bacini di utenza alla luce delle caratteristiche morfologiche e di densità abitativa dei luoghi. L’entusiasmo delle possibilità di investimento pubblico non deve far dimenticare la necessità di ridisegnare contestualmente la rete ospedaliera, anche allo scopo di recuperare vecchi immobili inadatti alla spedalità moderna, e di valutare la *legacy* in termini di costi fissi di un reticolo di strutture troppo barocco. Non a caso, alcune Regioni che più hanno sviluppato le Case della Salute, stanno registrando disavanzi particolarmente pesanti e non giustificati dai livelli di servizio. Altre Regioni hanno dimostrato infatti come lo sviluppo dei servizi territoriali si possa accompagnare con forti economie perché contemporaneamente hanno saputo ridimensionare la spedalizzazione inappropriata e gli stessi plessi ospedalieri trasformandoli in strutture di prossimità.

Sarebbe assurdo imporre ora a tutti proprio i modelli più costosi.

L’attuazione del PNRR dovrà privilegiare, nelle funzioni di monitoraggio, l’effettiva crescita delle attività, dei servizi e delle prestazioni esterne all’ospedale a partire dall’assistenza alla casa di abitazione. Gli immobili non sono in sé garanzia di servizi. Questi anzi possono essere oggi valutati quanto a efficacia nel concreto contesto epidemiologico del territorio di riferimento.

Se il modello deve essere flessibile e sostanziale, occorre concentrare l’attenzione sui due livelli necessari, che anche in questa sede definiamo *hub* e *spoke*, con la contemporanea garanzia della connessione attraverso reti tecnologiche utili alla continuità assistenziale, alla telemedicina, al monitoraggio, all’implementazione dei fascicoli elettronici. Meglio disporre di reti adeguate fra più luoghi che di pochi, grandi, immobili non connessi.

La Casa di Comunità *hub* assume quindi caratteristiche inevitabilmente prossime al Distretto e ogni Regione dovrebbe poter valutare se, soprattutto nella fase di prima implementazione, fare coincidere le due strutture o se scegliere la duplicazione prestando attenzione a evitare

ridondanze amministrative e disordine operativo. Prima di produrre nuove strutture fisiche e organizzative, considerata l'arretratezza di molti distretti, sarebbe consigliabile innanzitutto il loro potenziamento secondo gli standard più avanzati.

Il livello *spoke* dovrebbe invece essere certamente organizzato dai Mmg e Pls attraverso le forme associate (e le relative strutture) che la revisione dell'Accordo Collettivo dovrà rendere obbligatorie e incentivare. Il servizio sanitario regionale e gli enti locali interessati potranno al più mettere a disposizione, in via sussidiaria, case *spoke* ai medici "ritardatari" nei processi di auto-organizzazione collettiva. Sono comunque i medici di fiducia associati a dover garantire i punti di ingresso nel servizio sanitario più vicini alla casa di abitazione con la conseguente presa in carico e a dover interagire con la Casa *hub* secondo le scelte appropriate per i propri pazienti. Se la Casa di Comunità avrà anche il compito di garantire un servizio h24, le strutture *spoke* (STP) potranno agevolmente coprire le 12 ore quotidiane.

In sintesi, la primissima linea dei medici associati, ciascuno dei quali dotato di un microteam (personale ausiliario e infermieristico), deve essere prossima, flessibile, attrezzata per la medicina di iniziativa e per i primi bisogni, capace di dialogo con i pazienti a domicilio, le loro esigenze, dialettica con le prestazioni delle Case di Comunità.

Le Case di Comunità costituiscono il rinnovato fulcro dei servizi territoriali, integrano dimensione sanitaria e sociale, si proiettano negli Ospedali di Comunità per le cure a bassa intensità, monitorano il territorio e prevengono le emergenze collettive, vigilano sulla stessa attività delle strutture *spoke* e sugli obiettivi assegnati ai singoli medici che le compongono. Più il modello sarà essenziale, più il paziente sarà centrale.

7. L'evoluzione del medico di medicina generale verso la gestione associata di servizi complessi. La revisione dell'Accordo Collettivo Nazionale

La funzione del Mmg deve essere quindi riconsiderata alla luce dei nuovi compiti e doveri verso il paziente e delle nuove opportunità indotte dalle tecnologie o dai nuovi assetti organizzativi, che comprendono:

- ✓ la relazione funzionale con le Case di Comunità attraverso le nuove reti tecnologiche e periodiche presenze connesse ai bisogni dei propri pazienti;
- ✓ le attività di prevenzione esaltate dalla disponibilità di tecnologie di monitoraggio da remoto attraverso la collaborazione del paziente stesso;
- ✓ la presa in carico delle patologie croniche, inclusi gli stati di maggiore fragilità e di grave non autosufficienza della persona;

- ✓ l'assistenza e cura nella casa di abitazione anche di patologie complesse, come quelle oncologiche o cardio-vascolari che richiedono il continuo aggiornamento dei protocolli terapeutici e delle linee guida;
- ✓ la prossimità del servizio attivando un presidio nell'ambito territoriale di assegnazione anche nel caso di struttura associata, ove la distribuzione della popolazione lo richieda;
- ✓ il carattere continuativo e non episodico della collaborazione con i colleghi specialisti;
- ✓ l'impiego di apparecchiature diagnostiche di base (gestite in proprio o da terzi sotto la sua supervisione) in modo da rafforzare il servizio ai proprio assistiti, evitando disagi e accessi impropri in ospedale;
- ✓ la garanzia di reperibilità per almeno 12 ore al giorno per 6 o 7 giorni nella settimana attraverso la forma associata;
- ✓ la costante interazione con le RSA e gli ospedali di comunità in funzione dei propri assistiti che vi sono ricoverati;
- ✓ l'analisi dei profili socio-sanitari e sociali inerenti ciascun paziente in funzione di un approccio olistico ai bisogni potenziali o attuali di salute;
- ✓ l'utilizzo della telemedicina, del teleconsulto e del telemonitoraggio grazie ad una struttura di supporto tecnico, anche esterna;
- ✓ la primaria opera di implementazione e la capacità di utilizzo dei dati del Fascicolo sanitario elettronico degli assistiti.

La gestione dinamica dell'insieme di queste competenze e attività, in un contesto di servizi territoriali evoluti e tra loro connessi, conduce non solo al superamento dell'esercizio della professione in forma singola ma anche alla promozione di adeguate strutture *spoke* rispetto agli *hub* rappresentati dai Distretti e/o dalle Case di Comunità.

La complessità delle prestazioni, la necessaria integrazione tra colleghi per garantire insieme le 12 ore quotidiane, la collaborazione con figure esperte nell'uso delle tecnologie e nei dati non impediscono ma esaltano il rapporto fiduciario del medico con il paziente. La figura giuridica della Società Tra Professionisti ordinistici (STP), disciplinata dal DL 13/8/2011 convertito nella legge 14/9/2011 n. 148, è stata voluta dal legislatore proprio allo scopo di evitare il dominio, in un mercato dalla domanda più esigente, di anonime società di capitali. Queste società di persone consentono infatti a ciascuno dei medici partecipanti la titolarità del rapporto convenzionale con il SSN e di accogliere la libera scelta dei cittadini garantendo, nel contesto del conseguente rapporto fiduciario, la qualità anche dei colleghi destinati a sostituirlo. La remunerazione e il relativo versamento contributivo sono conseguentemente imputati al singolo professionista che partecipa alle spese della struttura.

Mentre molti atti e documenti si preoccupano di definire il numero degli amministrativi necessari ai diversi livelli territoriali, ci appare più utile la indicazione orientativa di un numero di sei MMG nelle STP spoke per poter garantire un adeguato servizio ai propri pazienti nei termini temporali e professionali ipotizzati. Ovviamente, il numero dei medici può variare nelle diverse circostanze degli assistiti. Ci si augura invece che lo sviluppo delle tecnologie possa progressivamente assorbire in ogni ambito il bisogno di impiegati amministrativi. L'indennità disposta dall'ACN dovrebbe essere dedicata ai costi fissi e ad incentivare le assunzioni di personale infermieristico, OS, *data analyst* in quanto figure più coerenti con lo sviluppo delle strutture *spoke*.

Il passaggio alle autonomie territoriali funzionali organizzate nelle STP può essere accompagnato da un massimale di scelta del singolo medico pari a 2000 pazienti. Situazioni di particolare carenza dei MMG o di particolare qualità certificata dei servizi associati, considerata anche la densità demografica, potrebbero tuttavia condurre al superamento di questa soglia senza penalizzazione economica.

La società può comunque avvalersi di una cooperativa di Mmg per le attività di supporto e il contenimento dei costi di acquisto.

L'Accordo Collettivo Nazionale deve essere in conseguenza ridisegnato e finanziato. In particolare, i criteri di accreditamento vanno aggiornati sia dal punto di vista strutturale (locali per diagnostica, consolle di monitoraggio da remoto dei pazienti, sale di attesa, kit emergenza-urgenza, messa a norma e sicurezza) che organizzativi (personale di studio, infermieri, professionalità socio-sanitarie). Le stesse sanzioni devono essere corrispondentemente riviste. I requisiti di base possono essere incrementati liberamente con modalità di certificazione e adeguati incentivi.

Il corrispettivo per la presa in carico dovrebbe superare l'attuale modello fondato sulla tripartizione tra quota capitaria, quota variabile, quota incentivante.

La quota capitaria fissa andrebbe ridotta e collegata alle attività di monitoraggio di tutti gli assistiti, a quelle di prevenzione per programmi specifici, alle campagne vaccinali. Una seconda componente potrebbe consistere nelle tariffe destinate a remunerare a) la presa in carico delle cronicità commisurate alle patologie interessate b) l'attività diagnostica non correlata alla presa in carico, valutata secondo i parametri della specialistica ambulatoriale c) il confronto con gli specialisti e la attività nelle case e negli ospedali di comunità in analogia alla prima visita. La parte variabile dovrebbe infine essere definita in ciascun ambito territoriale attraverso premialità (o penalità) legate alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni, alla diminuzione dei ricoveri inappropriati in pronto soccorso, alla prescrizione corretta dei farmaci, al governo dell'Assistenza domiciliare integrata e all'attenzione delle situazioni socio-sanitarie e sociali.

Il MMG potrebbe infine maturare, a certe condizioni, dei “debiti” di tempo verso la Casa di Comunità, da saldare quindi con corrispondenti ore di presenza in essa per garantire le 24 ore o per altre attività.

Si tratta di una trasformazione rilevante dell’attività del MMG cui corrisponde un significativo incremento dei costi necessari a sostenerla. È una sfida necessaria per una categoria che alcuni vorrebbero sopprimere muovendo dal pregiudizio per cui sarebbe incapace di evolvere. Gli stessi incentivi pubblici, evidentemente necessari per il passaggio agli studi associati (e attrezzati), comporterebbero minori oneri per lo Stato e maggiori vantaggi per i cittadini nel confronto con la gestione pubblica diretta dell’assistenza e delle cure primarie attraverso le case di comunità spoke. D’altronde, anche l’approccio meramente orario delle funzioni del MMG sarebbe comunque meno efficace della loro attività flessibile e responsabile per progetti di salute delle Aziende Sanitarie, quali strumenti di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socio-assistenziale e della presa in carico.

8. Percorsi di accesso, formazione permanente e mobilità tra ospedale e territorio

L’accesso alla professione di Mmg avviene in Italia (previo conseguimento di Laurea in Medicina e Chirurgia), con il superamento di un corso della durata triennale, attivato dalle Regioni con un bando secondo le indicazioni del d.Lgs. 368/1999, definito con D.M. 07/03/2006.

Il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale costituisce requisito per l’iscrizione alle graduatorie regionali (unica) per la Medicina Generale, finalizzata all’accesso alle convenzioni con il S.S.N./S.S.R. in qualità di Mmg.

Le Regioni concordano, per armonizzare la formazione, uno schema di bando di concorso. Questa intesa nazionale è coerente con i parametri internazionali definiti da WONCA - più nota come “World Organization of Family doctors” che riunisce 53 Paesi membri - la quale asserisce: “La medicina generale è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, una propria attività clinica basata sull’evidenza e una qualità clinica orientata all’assistenza primaria”.

Il medico in formazione deve maturare abilità teoriche, scientifiche, professionali nelle seguenti competenze (individuata e condivisa da WONCA):

1. Gestione dell’Assistenza primaria;
2. Assistenza centrata sulla persona;

3. Approccio globale;
4. Attività di problem solving;
5. Orientamento alla Comunità;
6. Approccio bio psico-sociale.

A queste competenze, in quella che si sta configurando come una vera e propria rivalutazione strategica delle politiche territoriali e non solo, se ne aggiungono altre che anche in questo documento sono considerate:

- ✓ Metodiche di gestione degli aspetti relazionali con i vari attori che convergono sul paziente preso in carico;
- ✓ Conoscenze di base inerenti metodiche di digitalizzazione, telemedicina, nuove tecnologie.

Ci si chiede, pertanto se sono sufficienti sul piano formativo 4.800 ore di cui 2/3 di natura pratica.

Le Regioni avrebbero dovuto programmare i bisogni professionali con maggiore efficienza, considerate le carenze evidenziate, e rappresentare nei singoli territori garanzia di “preparazione” uniforme a livello generale così da formare i professionisti per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza previsti dalla normativa. Ma così non è.

E’ evidente che la sfida del PNRR è di grande portata e di investimento corposo per spostare sul territorio cure oggi gestite a livello ospedaliero con costi e penalizzazioni sul piano dell’efficienza, a partire dal Pronto Soccorso.

Giova, inoltre, sottolineare che vi è una disparità economica di trattamento dei Mmg in formazione (circa 11.000,00 euro) rispetto agli specializzandi ospedalieri (circa 26.000,00 euro) con conseguente demotivazione dei primi che si riflette, oltre che sul percorso formativo, anche sullo “status” percepito talvolta come medico di “serie B” rispetto agli specializzandi in Università.

Per contribuire al risultato atteso del PNRR occorre produrre un salto di qualità anche sotto il profilo formativo e dei criteri di accesso dei Mmg.

Da tempo si auspica (già Elio Guzzanti in “L’Assistenza Primaria in Italia”) che la formazione dei Mmg possa assumere una dimensione universitaria. Ancora oggi la stessa posizione sicuramente è assunta da numerosi studiosi.

Si ritiene, infatti, che nonostante la pur meritoria formazione regionale, bisogna fare un passo avanti mantenendo il territorio come luogo di formazione pratico operativo, passando da uno stato professionale, tutto schiacciato sui compiti routinari di diagnosi/cura/assistenza a una dimensione più ampia, dipartimentale, aperta allo studio e alla ricerca. Lo stesso avviene in più Paesi europei.

Si suggerisce, pertanto, di organizzare in ambito universitario, anche alla luce di già esistenti percorsi simili, la specializzazione in Medicina Generale di quattro anni, base necessaria per l'accesso alla libera professione convenzionata e, come per i Pediatri di Libera Scelta, all'attività ospedaliera. La scuola di specializzazione in Medicina Generale dovrebbe posizionarsi nell'ambito dell'area medica nella classe di Medicina Clinica Generale, ma acquisendo una propria specificità poichè, per contenuti, metodologia e rete assistenziale, si distingue dalla medicina interna. Il passaggio dall'attuale al nuovo regime formativo deve prodursi senza soluzione di continuità per cui dovrà essere valutata la eventuale necessità di una fase transitoria caratterizzata dalla collaborazione tra Regioni e università.

Ne consegue in ogni caso, dato l'incremento formativo di un anno e considerate le carenze professionali, la possibilità per i medici in specializzazione, dopo un percorso iniziale, di assumere incarichi provvisori con responsabilità crescenti, in sostituzione dell'attuale tirocinio presso il tutor, con remunerazione analoga alle altre specializzazioni.

La formazione continua ECM non sarebbe sufficiente a colmare il gap informatico, culturale, tecnologico, operativo senza percorsi formativi di base adeguati. Anzi, la stessa formazione periodica successiva dovrebbe essere sottoposta a certificazione di qualità e a verifiche sostanziali delle competenze acquisite con particolare riguardo all'uso delle tecnologie e alla capacità gestionale.

9. L'investimento educativo e formativo. Il criterio di sussidiarietà

Nell'insieme, le riforme si fanno con le persone. E non solo con un numero di persone adeguato agli obiettivi assunti ma, ancor più, con persone continuamente formate e motivate in relazione alla nuova organizzazione dei servizi socio-sanitari-assistenziali.

In particolare, le nuove tecnologie offrono straordinarie opportunità di prevenzione e di cura che richiedono preparazione di vario genere anche ai non nativi digitali. Si tratta di una sfida soprattutto per le Regioni e le università in termini di programmazione e di capacità educativa-formativa. Medici, medici-ingegneri (è in corso la sperimentazione a Milano dell'unico percorso con iscrizione finale ai due albi) infermieri, Operatori Sociosanitari, analisti di dati, manager gestionali.

Come già osservato, continuiamo a diffidare della grande quantità di amministrativi che i regolatori si sono preoccupati subito di evidenziare come se potessero essere carenti le relative competenze mentre è ragionevole supporre un loro progressivo assorbimento dai processi di automazione. Oltretutto, l'annuncio di assunzioni non è il modo migliore di aprire i negoziati con le organizzazioni sindacali del lavoro pubblico sui necessari percorsi di razionalizzazione e di mobilità.

È consigliabile piuttosto un confronto immediato sui fabbisogni di medici e infermieri a breve e medio termine con le loro rappresentanze. La libertà di scelta dei pazienti deve diventare ovunque effettiva superando le carenze attuali e prospettiche di Mmg e Pls.

Al potenziamento della formazione del personale e dei Mmg il PNRR, nella Linea M6C2 “Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale” destina specifici finanziamenti (Investimento 2.2). Ai Mmg saranno finanziate, entro giugno 2023, 1.800 borse di studio aggiuntive per corsi specifici di medicina generale e, entro giugno 2024, ulteriori 900 borse di studio per i medesimi corsi. Iniziative formative dovranno, inoltre, essere previste per circa 4.500 professionisti del SSN su temi manageriali e digitali (entro giugno 2026) e per circa 150.000 persone sul tema delle “infezioni ospedaliere”. Si prevede inoltre, entro il 2026, l’attivazione di ulteriori 4.200 contratti di formazione specialistica supplementari.

L’ultima considerazione si rivolge alla necessaria applicazione del principio di sussidiarietà. E non solo per la evidente convenienza, sotto vari profili e qui più volte ribadita, di preferire i liberi professionisti convenzionati ai medici dipendenti per tutti i servizi di prossimità. L’ipotesi per cui il pubblico dovrebbe realizzare direttamente un reticolo di case di comunità *spoke* confligge con il buon senso sussidiario che affida innanzitutto alle società tra professionisti tale funzione. Gli oneri per sostenere acquisti di tecnologia o assunzioni da parte delle STP *spoke* saranno sempre infinitamente inferiori alla pretesa pubblicistica di far da sé. Anche la dichiarata volontà di considerare la casa di abitazione quale luogo privilegiato di assistenza e di cura richiede una tale quantità di personale a integrazione dei *caregiver* che solo il coinvolgimento del volontariato e l’affidamento di compiti a enti non profittevoli possono consentire. Una persona gravemente non autosufficiente richiede talora assistenza h24 e il servizio sanitario deve essere in grado di provvedervi. La disponibilità della famiglia ad assisterlo non può essere motivo per approfittarne chiedendo prestazioni illimitate. Di fronte a tali priorità sprechi, sovrapposizioni burocratiche, impostazioni ideologiche rivelano tutta la loro assurdità.

Profilo degli autori

Maurizio Sacconi, coordinatore del gruppo di lavoro. È stato funzionario dell'International Labour Office, agenzia specializzata delle Nazioni Unite con sede a Ginevra e Ministro della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali. Autore di numerose pubblicazioni, collabora con vari *think tank* per i temi afferenti al mercato del lavoro e ai modelli di welfare.

Angelo Del Favero è stato direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Azienda Ospedaliera universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino", di Aziende ULSS (Unità Locali Sanitarie Sociali) in Veneto, Presidente nazionale di Federsanità ANCI. È docente presso l'Università degli Studi di Roma Unitelma Sapienza e presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Cristina Gasparri è consulente di Mercer e della Asl di Rieti per i progetti PNRR. È stata Dirigente responsabile dell'Area Pubblica Amministrazione, Sanità e No profit e dell'Ufficio gare della LUISS Business School. Dottore di ricerca in Economia e gestione delle aziende sanitarie.

Carlo Lucchina è stato Direttore generale dell'Assessorato alla sanità della Regione Lombardia, componente Comitato LEA, collabora con l'Università Carlo Cattaneo LIUC-Centro per l'Economia e management nella sanità e nel sociale e con altri istituti di formazione.

Francesco Verbaro è stato Direttore generale dell'Ufficio per il personale delle pubbliche amministrazioni (Uppa) del Dipartimento della funzione pubblica della PCM e Segretario generale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Collabora con l'Adepp, l'Associazione degli enti previdenziali privati dei liberi professionisti, come senior advisor. È Presidente di Forma.Temp.