

PROPOSTA DI RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE

Contestualizzazione

Dal punto di vista organizzativo, il distretto sanitario è responsabile della programmazione operativa dei servizi territoriali, del coordinamento delle strutture e della presa in carico della popolazione, tuttavia, questa funzione di governo non è definita attraverso processi organizzativi chiari ed espliciti. È evidente che la presa in carico del paziente non può prescindere dall'impiego ottimale dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma il rapporto tra la nuova infrastruttura territoriale e l'organizzazione professionale della medicina generale resta in larga misura affidato alle scelte organizzative delle singole regioni e delle aziende sanitarie, contribuendo una volta di più alla disomogeneità del servizio sanitario sui territori.

La medicina generale continua ad essere esercitata in solitudine, negli studi medici convenzionati. Alla luce del DM 77/22, la presa in carico richiede un soggetto clinico organizzato, responsabile della gestione dell'assistenza su una popolazione definita. Questa funzione, oggi implicita nella medicina generale, richiede una esplicitazione organizzativa coerente, che può trovare una configurazione adeguata in una **Unità Operativa di Medicina Generale (UOMG)**, evoluzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali in senso multiprofessionale. Fermo restando il rapporto fiduciario dell'assistito con un MMG assegnato, la UOMG, nel suo complesso, garantirà la continuità assistenziale, il governo dei percorsi di cura, nel rispetto dei PDTA e l'utilizzo delle strutture introdotte dal DM 77 come piattaforme operative. Occorre prevedere un responsabile dell'UO di MMG (equivalente ad un primario) che risponde al direttore di distretto e che coordina i MMG facenti capo ad una Casa di Comunità (CdC). L'UO di MG potrà essere assegnataria di obiettivi di budget. Questa soluzione richiede il varo di un'apposita riforma della Medicina Generale, che viene tratteggiata nel box successivo. Per completare questa possibile riforma, occorre intervenire anche sul percorso formativo dei medici di medicina generale, la cui specializzazione è oggi gestita autonomamente dalle singole regioni, in accordo con i sindacati di categoria, a che sarebbe auspicabile venisse portata all'interno delle università, con pari dignità rispetto a tutte le altre specializzazioni mediche.

SCHEMA DELLA PROPOSTA DI RIFORMA DELLA MEDICINA GENERALE

1. Introduzione strutturale della Medicina Generale nel corso di laurea in medicina e chirurgia

In seguito alla riforma di cui al DM 77/2022, la medicina generale è oggi asse portante dell'assistenza territoriale. È necessario che l'insegnamento di questa disciplina diventi parte integrante del corso di laurea magistrale in medicina e chirurgia.

Benefici attesi:

- *ampliamento delle competenze cliniche trasversali di tutti i laureati;*
- *maggiore consapevolezza del ruolo della medicina generale nell'assistenza territoriale;*
- *maggiore attrattività della futura specializzazione dei MMG.*

2. Inserimento della formazione specialistica in Medicina Generale nel sistema delle specializzazioni universitarie

La formazione dei medici di medicina generale dovrebbe essere ricondotta nell'ambito delle scuole di specializzazione universitarie, superando l'attuale gestione regionale e adeguando il valore delle borse di studio (che oggi hanno un valore inferiore alla metà di quello delle borse di studio delle altre specializzazioni mediche).

Benefici attesi:

- *standardizzazione nazionale dei contenuti formativi;*
- *equiparazione rispetto alle altre specializzazioni;*
- *maggiore attrattività della disciplina, anche grazie all'adeguamento delle borse di studio.*

3. Creazione dell'Unità Operativa territoriale di Medicina Generale (UOMG)

Si tratterebbe di una soluzione nuova ed efficace per rompere l'isolamento del medico di famiglia.

L'UOMG opererà sotto la guida di un responsabile di unità operativa scelto tra i MMG (equivalente al primario). Sarà la struttura di coordinamento dei MMG e di integrazione con quella degli altri professionisti operanti nella Casa di Comunità. Garantisce l'assistenza alla popolazione che fa capo alla casa di comunità. Fermo restando il rapporto fiduciario dell'assistito con il MMG scelto, la UOMG garantisce la continuità assistenziale anche nelle ore notturne e festive e il coordinamento dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

Benefici attesi:

- *completare e dare concretezza alla previsione del DM 77 di gestione dell'assistenza sulla popolazione che fa riferimento alla CdC, che tuttavia il decreto non disciplina in modo esplicito;*
- *superare le AFT, rivelatesi inadeguate, evitando inutili doppioni;*
- *rottura dell'isolamento del medico di famiglia;*
- *contribuire a decongestionare il pronto soccorso.*

4. Redistribuzione degli studi dei MMG e PLS, tenendo conto della distribuzione della popolazione assistita, favorendo l'aggregazione di medici che facciano capo alle case di comunità

Gli studi dei MMG e PLS devono essere distribuiti sul territorio per assicurare un servizio di prossimità agli assistiti. La casa di comunità potrà ospitare una parte degli studi, compatibilmente con la distribuzione della popolazione assistita. Ciascun MMG e PLS, a prescindere dalla localizzazione fisica del proprio studio, farà capo all'UOMG con sede presso la CdC. Alla CdC il MMG e il PLS deve garantire una parte delle proprie ore di lavoro per attività comuni e per coprire la continuità assistenziale h24, 7 gg su 7. In tutti questi casi, l'ubicazione dello studio dovrebbe essere definita in accordo con il direttore del distretto, avendo chiare le esigenze complessive del bacino di utenza.

Le AFT sono state disciplinate con atti legislativi nel 2012, in un'epoca in cui non esistevano le case di comunità. Alla luce della riforma dell'assistenza territoriale, esse vengono superate e le loro funzioni assorbite dall'UOMG. Gli obiettivi attribuiti alle AFT, come aggregazioni virtuali, possono più efficacemente essere conseguiti dalle UOMG.

Benefici attesi:

- *reale continuità assistenziale in assenza del medico titolare;*
- *integrazione multiprofessionale e superamento dell'isolamento professionale;*
- *promozione del lavoro d'équipe;*
- *migliore pianificazione territoriale.*

5. Abilitazione dei MMG e dei PLS all'esecuzione di esami diagnostici di primo livello

Previo percorso formativo certificato, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono poter eseguire direttamente esami di primo livello nelle Case di Comunità, anche con il supporto della telerefertazione.

Benefici attesi:

- *maggiore tempestività diagnostica e continuità assistenziale;*
- *riduzione delle prescrizioni e maggiore appropriatezza clinica;*
- *riduzione delle liste d'attesa.*

6. Evoluzione del rapporto contrattuale dei MMG e dei PLS

L'attuale regime convenzionale appare sempre meno coerente con la crescente integrazione del medico di famiglia nell'organizzazione del SSN. Si propone l'assunzione dei nuovi MMG e PLS, con contratto di lavoro subordinato, senza oneri aggiuntivi, garantendo possibilità di sviluppo professionale e accesso progressivo ai ruoli dirigenziali interni. Ai medici già in servizio potrebbe essere lasciata facoltà di opzione (convenzione

– vs – rapporto di lavoro subordinato). L'orario di lavoro sarà pari a 38 ore settimanali per tutti i MMG, come per gli altri medici dipendenti. Almeno 20 ore saranno ore di studio (oggi sono al massimo 15, o 18 per i medici che superano il tetto dei 1.500 assistiti), al servizio dei propri pazienti, le restanti ore devono essere a disposizione della casa di comunità e/o del distretto. Resta immutata la possibilità di scelta del medico di medicina generale da parte degli assistiti e il mantenimento del rapporto fiduciario, continuativo, dell'assistito con il proprio MMG. Una quota della retribuzione del MMG deve essere ancorata al numero di assistiti che lo hanno scelto, e avrà carattere premiale.

Benefici attesi:

- *maggior integrazione organizzativa;*
- *migliore adesione ai principi della riforma dell'assistenza territoriale.*

7. Piattaforma informatica unica e interoperabile, per tutti i MMG e PLS

La frammentazione dei sistemi informativi regionali rappresenta un ostacolo all'efficienza operativa. Si propone l'adozione di una cartella clinica elettronica unica per i MMG e PLS, interoperabile con tutti gli applicativi regionali e con il Fascicolo Sanitario Elettronico. La cartella clinica elettronica deve essere certificata dal ministero, e dovrebbe essere acquisita dalla regione attraverso gara pubblica.

Benefici attesi:

- *riduzione delle attività amministrative manuali;*
- *miglioramento della qualità e completezza del dato clinico;*
- *maggior integrazione informativa tra livelli assistenziali;*
- *più tempo disponibile per l'assistenza ai pazienti.*