

**I MEDICI DI MEDICINA GENERALE(MMG) ADERENTI ALL'ASSOCIAZIONE "MEDICINA E PERSONA",CONSAPEVOLI DELLE CRESCENTI ESIGENZE SANITARIE DELLA POPOLAZIONE E DELLE LIMITATE RISORSE ECONOMICHE DISPONIBILI, PROPONGONO ALLA PARTE PUBBLICA I SEGUENTI PUNTI,PER MIGLIORARE IL SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE NEL NOSTRO PAESE.**

**1)Istituire al più presto Scuole di Specializzazione in Medicina Generale di livello universitario,ma non necessariamente dentro le Università,gestite e dirette da MMG,con il compito di formare i futuri MMG e di provvedere all'aggiornamento e alla formazione permanente di quelli attualmente in servizio attivo.  
Date le attuali lunghe liste di attesa e la futura prevedibile carenza di specialisti,sarà necessario prevedere percorsi formativi certificati per formare MMG dotati di "PARTICOLARI COMPETENZE SPECIALISTICHE".**

**2)Innalzare anche a 2000 unità la quota di assistiti che ogni MMG può prendere in cura,innalzando nello stesso tempo ad almeno circa 1500 assistiti il "numero ottimale" (cioè il numero di assistibili di ciascuna ASL diviso per il numero di MMG attivi nella stessa):questo provvedimento avrebbe numerose benefiche conseguenze:  
a)aumenterebbe gli stipendi dei MMG in servizio,senza maggiore spesa per le ASL  
b)permetterebbe di destinare il risparmio derivante alle ASL dal non aumentare la cifra delle quote capitarie per ogni medico,a spese per il personale amministrativo di supporto ai MMG,allo scopo di ridurre il carico di lavoro di natura burocratico-amministrativa,a tutto vantaggio del lavoro di tipo clinico e assistenziale**

**3)Mantenere il rapporto fiduciario tra il MMG e gli assistiti che lo hanno liberamente scelto.**

**4)Affiancare al pagamento a quota capitaria (=tanto a paziente),anche un pagamento per obiettivi preventivamente concordati a livello nazionale o con l'ASL di appartenenza.**

**5)Eliminare o almeno ridurre tassazioni come l'IRAP,della cui legittimità non è questa la sede per discutere,ma sicuramente controproducenti ai fini assistenziali,in quanto,almeno alla luce di recenti sentenze,si applicano a MMG che investono,senza averne peraltro ritorni economici,in attrezzature diagnostiche e personale di supporto,e non si applicano a MMG che,a parità di reddito,non fanno spese migliorative.**

**6)Incentivare con sgravi fiscali o di altra natura i MMG che affrontano**

**spese di personale o in attrezzature o in ambienti, anche tramite la stipula di mutui, ai fini di una migliore assistenza .**

**Incentivare economicamente e fiscalmente le aggregazioni di più medici di medicina generale nella stessa sede, supportati da personale segretariale, infermieristico e da specialisti, con l'ausilio di attrezzature diagnostiche.**

**7) Incrementare nei distretti la presenza e l'importanza dei rappresentanti dei MMG, da essi liberamente eletti.**

**8) Considerando quanto sia già notevole, ma prevedibilmente in rapida ascesa, il costo per la collettività della medicina cosiddetta "difensiva" e considerando quanto siano limitate le risorse economiche disponibili, è necessario almeno ipotizzare e spingere per opzioni legislative e tavoli di confronto che contemperino la giusta esigenza dei cittadini ad essere curati al meglio e l'altrettanto giusta esigenza dei medici a lavorare con serenità, senza dissipare in accanimento diagnostico e "difensivo" risorse pubbliche notoriamente limitate.**

**9) Come nella civile Gran Bretagna è necessaria una CARTA DEI DIRITTI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.**

**Infatti il nostro sistema legislativo tutela il paziente-assistito, tutela l'Ente, ma non tutela il medico in quanto tale.**

**10) Responsabilizzare i media, che fino ad ora, in un'ottica ottusamente commerciale e irresponsabile, hanno diffuso nella gente una visione della medicina soltanto specialistica: bisogna che alle trasmissioni televisive e sui giornali si parli anche dei limiti e non soltanto dei "trionfi" della medicina specialistica e che anche in quella sede si inizi a parlare di medicina delle evidenze e che sempre più spesso vengano invitati i MMG.**

**A cura di Giampiero Gasparini (Pesaro)**

**Medicina e Persona, sezione Medicina Generale**

Il MMG è un professionista , cioè si espone e assume la responsabilità di quello che fa. Mantenere un rapporto libero-professionale con le persone che fanno ricorso a lui è fondamentale e irrinunciabile.

La responsabilità e i compiti del MMG sono :

1. Funzione storica di primo accesso al SSN per la fase acuta e la gestione di piccole patologie
2. La prevenzione nella popolazione sana
3. La gestione della cronicità
4. La tutela e l'educazione della persona assistita anche per evitare il rischio di richiesta o effettuazione di percorsi diagnostici e/o terapeutici inappropriati

## PROPOSTE

1. Al primo posto l'aspetto *formazione* specificato in :

- insegnamento della MG nel Corso di Laurea
- Scuola di Specialità
- formazione in itinere dedicata alla miglior gestione delle patologie croniche e fragilità emergenti ( geriatria, neurologia, psichiatria... )
- accesso dei giovani in formazione nelle associazioni fra medici

2. Al secondo posto *implementazione e coordinamento dell'associazionismo dei MMG e del lavoro in rete / equipe* con le altre figure professionali operanti nel territorio attraverso una logica di sussidiarietà vera che valorizzi in primo luogo i modelli in atto misurati come efficaci ed efficienti e autonomia locale di scelta della forma aggregativa più opportuna , fornisca percorsi agevolati all'aggregazione (es. contratti dedicati , mutui agevolati , detrazioni fiscali ) e preveda il concorso degli enti locali e del privato ( sociale e non ) nel sostenere gli oneri di sviluppo della rete di Cure Primarie

3. *Ridefinizione del ruolo strategico del MG* e del contratto in base al raggiungimento di obiettivi strutturali e di processo

4. *Promozione della responsabilità del cittadino* nell'accesso alla rete di servizi e nell'uso delle risorse

5 *Incremento dell'offerta di servizi* dedicati alla prevenzione e alla cura del disagio giovanile ( DCA, dipendenze etc )

Gli accordi nazionali, regionali e locali devono prevedere come interlocutori non solo i sindacati, ma anche le società scientifiche, le associazioni professionali, e le esperienze attive dei medici sul territorio.

E' urgente rivedere il meccanismo di accesso dei giovani medici alla medicina del territorio, secondo realismo e libertà : i medici giovani con i richiesti requisiti formativi che per anni hanno affiancato un singolo medico o una medicina di gruppo devono poter subentrare al medico che per raggiunti limiti di età esce dalla convenzione.

A cura di Fernanda Bastiani ( PR ) e Andrea Missiroli ( MI )

.

Medicina e Persona , sez. Medicina Generale

## **Come valorizzare il ruolo del MMG ? In primis **garantirne la sopravvivenza****

### *La situazione attuale*

Nati nel 1978 (dello stesso anno la Conferenza di Alma Ata che ridefiniva il concetto di salute ) con la legge 833 , ispirata al modello inglese e che poneva fine al sistema mutualistico, i MMG negli ultimi 10 anni hanno dato prova di adattamento creativo alla crescente importanza assunta dalle cure territoriali a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'incremento delle patologie croniche , e si sono mossi anche in un'ottica di integrazione socio sanitaria . b )Lo hanno fatto anche in assenza di una legislazione adeguata e di contratti dedicati organizzandosi i più ( 70 % ed oltre ) in gruppo , associazione e rete (26,7% in gruppo, 30% in associazione, 16,2 % in rete , 25,9 da soli , 1,2 altro, dati di una recente survey SISAC su 10 regioni ) . c)L'assenza o la latitanza di stato e regioni hanno spesso reso difficile il cambiamento frapponendo ostacoli burocratici alla libera aggregazione e rendendo complicati anche i più semplici percorsi di integrazione. Alcune regioni come l'ER hanno investito molto sul territorio , altre come la Lombardia hanno privilegiato le strutture ospedaliere pubbliche e private. d) Negli ultimi 3 anni a fronte di un aumento del 30% degli accessi ambulatoriali, e quindi del carico di lavoro, le ospedalizzazioni sono diminuite del 20% ed è stato possibile documentare un contenimento della spesa sanitaria territoriale ( peraltro di molto inferiore a quella ospedaliera) in termini di prescrizione di farmaci e di prestazioni diagnostiche. Nonostante i passi compiuti e in un contesto di rapidi cambiamenti , fra i MMG serpeggia oggi un atteggiamento rinunciatario, quasi di auto esclusione e protesta passiva, complici un governo che ha dato dimostrazione di scarsa disponibilità ad atteggiamenti sussidiari e forze sindacali sempre meno rappresentative e capaci di proposte condivise . E' oggi necessaria un'iniezione di energia e una consegna di stima e responsabilità per guardare con fiducia al futuro.

Pur essendo la nostra organizzazione delle Cure Primarie considerata fra le migliori del mondo per capillarità e accessibilità, siamo gli ultimi in Europa ad avere un percorso formativo dignitoso , non esiste a tutt'oggi una scuola di specialità in MG mentre Università , aziende , enti locali stanno disputandosi l'onere e il diritto di insegnamento . Le scuole di MG oggi presenti in ambito nazionale sono prive di coordinamento e condivisione dei contenuti formativi, le cattedre sono assegnate con criteri politici , sindacali e sono blindate. Durante il corso universitario di Medicina e Chirurgia non esiste l'insegnamento della MG. Per tutti questi motivi i giovani non sono motivati a scegliere questa professione anzi neppure, purtroppo, la conoscono. Senza un valido percorso formativo non ci sarà futuro. Indispensabile una migliore programmazione del numero dei MMG altrimenti secondo alcune stime fra qualche anno ne mancheranno circa 10000.

### *Le proposte*

**La dignità professionale e il ruolo del MMG** devono essere anzitutto garantiti da una specifica formazione e questo è anzitutto compito dello Stato : contenuti e metodi della Scuola di Specialità in Medicina Generale dovranno essere individuati a livello nazionale per garantire l'uniformità della formazione , includendo in essa l'insegnamento della Mg nei corsi di laurea di tutte le facoltà di Medicina e Chirurgia presenti sul territorio nazionale.

1. **Valorizzazione del rapporto di fiducia medico-paziente** : La tenuta di questo rapporto è in parte garantita dalla responsabilità del medico e in parte dalla libera scelta del paziente che gli si affida. Il mantenimento della libera professione in regime di convenzione e di una quota capitaria possono fornire allo scopo migliori garanzie rispetto al rapporto di dipendenza ( auspicato dai vertici Fimmg ma osteggiato dalla sua base ) e semplificare le procedure contrattuali che andranno integrate con un sistema di pay for performance.
2. **Come ridefinire il ruolo del MMG anche in rapporto ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e integrazione con gli altri segmenti del SSN ?**  
Domande 17-18

La strada sin qui intrapresa ( aggregazione dei medici , costituzione dei NCP e Dipartimenti di Cure Primarie, estensione oraria dell'apertura degli ambulatori fino ad H12 ed oltre ) è quella giusta e va decisamente implementata. Governo e regioni devono però poter investire su un' evoluzione certa della professione che renda possibile l'erogazione di servizi complessi a livello delle cure primarie. Quello che manca è un accresciuto livello di qualità nell'erogazione delle cure ottenuto non attraverso la ricerca di un'eccellenza alla portata di pochi bensì quella di un miglioramento per gradi dei singoli processi che sia alla portata del maggior numero possibile di colleghi . Per questo ancor prima di definire modelli, indicatori di processo e passaggi organizzativi occorre individuare quali esperienze già in atto abbiano dato prova di qualità , efficienza ed efficacia e siano in qualche modo "esportabili " in altri ambiti nazionali ( molte sono infatti fra le varie regioni le differenze e le specificità che vanno salvaguardate qualora rispondano a requisiti di efficienza ed efficacia) e coordinate in un progetto unitario. L'utilizzo di programmi informatici regionali ( tipo S.o.l.e.) può essere uno strumento adeguato per l'implementazione e la valutazione dei processi e per interfacciare territorio ed ospedale. Le nuove strutture organizzative territoriali, ambulatori in cui più medici lavorano assieme, devono altresì essere supportate dal punto di vista logistico , strumentale , legale e contrattuale . Inoltre è indispensabile che il passaggio fra la situazione precedente nella quale il medico offriva il proprio ambulatorio a un servizio pubblico sostenendone le spese, a quella attuale, senz'altro più dispendiosa dal punto di vista economico, veda la partecipazione finanziaria degli Enti Locali ma soprattutto del privato e del volontariato secondo una logica di sussidiarietà , come peraltro previsto dal recente Decreto Turco. Sono necessarie e lo saranno sempre di più nuove strutture in grado di ospitare l'aggregazione dei MMG , i servizi infermieristici , la specialistica e i

servizi sociali ( *non chiamiamole però case della salute* ! ). Poiché il SSN non ha risorse sufficienti può incentivare l'iniziativa di Enti Locali , farmacie, associazioni di volontariato e aziende private interessate a investire in sanità e disponibili a fornire immobili e risorse in cambio ad esempio di benefici fiscali , detrazioni ecc. In questi ultimi anni il MMG ha lavorato in perdita spendendo per la professione più di quanto potesse permettersi. Ora tutto ciò non è più sostenibile essendo gli emolumenti inadeguati all'avanzare dell'inflazione. I capitoli di spesa inerenti la gestione degli ambulatori non possono più essere a carico dei MMG.

3. **L' integrazione con gli altri segmenti del SSN in un sistema continuo** è ancora da costruire, causa una prevalenza culturale e organizzativa del sistema ospedaliero che però non è abituato a interfacciarsi con il territorio. I PDT ospedalieri non prevedono percorsi successivi alla dimissione condivisi con il territorio nel quale troppo spesso domina invece la confusione di comportamenti e percorsi . L'integrazione poi fra i vari servizi del territorio diventa irrinunciabile anche nell'ottica di un coinvolgimento sempre maggiore con il sociale. Si potrebbe individuare come primo step l'unificazione dei dipartimenti di Emergenza extraospedalieri e di Cure primarie al fine di raggiungere e facilitare una copertura giornaliera H24. Come secondo step iniziative di incontro che favoriscano la conoscenza ed il dialogo fra i vari professionisti operanti sul territorio allo scopo di affrontare assieme problemi e criticità e programmare gli interventi in modo più informale ma più efficace rispetto a quello sin qui esperito fra vertici aziendali e sindacali delle varie categorie. La formazione in itinere della MG attraverso ECM deve tener conto della specificità di questa disciplina, inutili risultano essere le lezioni cattedratiche avulse dal contesto in cui si opera, proficui invece i corsi formativi in cui ospedale e territorio si interrogano sull'efficacia delle rispettive prese in carico dei pazienti ed elaborano percorsi di diagnosi e terapia condivisi ed idonei a realizzare una continuità assistenziale coinvolgendo quando occorra servizi sociali e volontariato . Questi incontri fra ospedale e territorio sono già in molti luoghi una realtà e seppur non istituzionalizzati forniscono una traccia sulla quale da subito è possibile incamminarsi.
4. **La responsabilizzazione della persona e della famiglia** è un punto di partenza irrinunciabile anche nell'ottica di un'apertura H24 degli ambulatori che all'interno di un'offerta oraria più ampia potrebbe incrementare la domanda e di conseguenza un uso incongruo ed un abuso delle risorse. L'attuale opinione diffusa è che il SSN dia il diritto ad avere tutto, subito e gratis e gli ambulatori dei MMG sono spesso considerati gli unici luoghi in cui si può far man bassa di tutto gratuitamente. Sono sempre più frequentati da persone mosse dal capriccio più che da una reale e documentabile necessità. Nei loro confronti il MMG è spesso impotente perché lasciato solo ad arginare la domanda crescente di prestazioni improprie e ad esercitare un' educazione efficace del paziente. Solo un progetto condiviso da aziende , regioni enti locali e stato di *educazione alla responsabilità* del cittadino e della società in genere può sortire risultati utili e duraturi : il MMG deve poter avere

fra le mani strumenti adeguati per convincere il paziente che questa strada da percorrere è l'unica possibile. In questi anni le aziende sanitarie hanno esercitato nei confronti dei MMG pressioni e richieste tese alla responsabilizzazione nell'uso dei farmaci e delle prescrizioni ottenendo spesso il risultato di un risparmio nella spesa, che si trasformava poi in incentivi ai manager aziendali e ai medici virtuosi. Questa logica del premio può essere mantenuta, qualora non eccessivamente dispendiosa, ed estesa a tutti i cittadini virtuosi in termini di benefit ad es. fiscali. Devono essere inoltre chiari e ben esplicitati attraverso un'adeguata campagna di informazione i LEA così come le prestazioni che il SSN non ritiene essenziali e per le quali il cittadino deve in parte contribuire. Il realizzarsi di un'efficace alleanza terapeutica non può prescindere dall'informare il cittadino sulla legittimità delle aspettative in termini di salute e dall'invito a fare un uso responsabile delle risorse a disposizione.

5. **Domande 19-21 .Dove e come favorire l'assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti ?** Il distretto è il luogo che può farsi carico delle persone più fragili. Anzitutto incentivando progetti formativi, rivolti a tutti quanti operano sul territorio, in campo geriatrico, neurologico e psichiatrico, affinché queste fragilità emergenti vengano individuate e prese in carico con le cure adeguate. In secondo luogo fornendo al MMG gli strumenti necessari all'assistenza domiciliare e il supporto istituzionalizzato di altre figure professionali ( infermiere, nutrizionista, fisioterapista, assistente domiciliare, etc ). Per tale motivo anche l'attività ambulatoriale deve essere dimensionata con l'aiuto di personale di segreteria che ottimizzi il tempo dedicato ai pazienti, sottragga al medico incombenze inadeguate al suo ruolo e sia efficace filtro a richieste improprie. I pazienti con disabilità gravi devono poter essere seguiti al domicilio e la loro assistenza deve essere programmata in termini di tempo e risorse dedicate. **Quali le migliori pratiche e percorsi...?** Dare al MMG una vera centralità di ruolo e responsabilità anche nell'organizzazione dei percorsi di cura. Oltre a realizzare come accennato in precedenza un percorso di continuità ospedale- territorio è necessario che il territorio oltre all'assistenza domiciliare fornisca una rete di supporto sanitario ma anche sociale in grado di far fronte ad ogni emergenza 24 ore su 24 sia nelle cure mediche che nella fornitura di ausili strumentali e di supporti sociali. L'organizzazione del lavoro deve essere incentrata sulla responsabilità prima ancora che sul ruolo o sulla definizione di mansioni ristrette e tutte le parti devono essere poste nelle condizioni di poter collaborare e condividere la stessa mission. Necessaria la collaborazione fattiva, in fase progettuale ed attuativa con tutte le associazioni di volontariato e no profit che oggi nel nostro paese in modo capillare costituiscono una grande risorsa nel reperire i mezzi, le risorse umane ed economiche per realizzare opere di solidarietà sociale finalizzate al bene della persona.

**Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale...?**

Anzitutto ricordando sempre che il malato è una persona che si affida ad altre persone, i professionisti . E questo è un rapporto che è difficile eludere né si può configurare riduttivamente a scambio di utenze e prestazioni. Quindi garantire sempre al cittadino la libera scelta del dove e da chi farsi curare . I percorsi e le prese in carico offerti dalla rete dei servizi non sempre possono essere esaurienti e non devono mai essere l'unica opportunità.

### **PROPOSTE PER L' ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

1. Realizzazione o implementazione di NCP strutturati con inserimento di : infermiere professionali , segretarie, fisioterapista , psicologo, assistente sociale (di quartiere o paese ) con accesso periodico e orario di ricevimento dedicato.
2. Accesso diretto nei NCP di alcune specialità di base ( Oculistica, ORL, Ginecologia, Cardiologia, Urologia, Psichiatria ) e screening urologici , ca colon retto, Pap test .
3. Apertura degli ambulatori 8-20
4. Dalle 20 alle 8 Medico di Guardia inserito nell'organico NCP
5. Dotazione di strumentazioni di 1 e 2 livello ( ECG, spirometro, ecografo , holter pressorio , ecodoppler aa. inferiori )
6. Inserimento di medici in formazione ( cfr. specializzandi ) nell'organico NCP
7. 1 MMG all'interno della struttura avrà il compito di coordinare attività e ricerca

### **PROPOSTE PER LA FORMAZIONE CONTINUA**

1. Prevedere almeno 7 giorni lavorativi all'anno retribuiti per corsi professionali di alto livello , anche fuori sede.
2. Presenza dei MMG nella commissione ECM
3. Valutazione periodica del MMG tramite società professionali / ordini ( ? )

### **PROPOSTE DI RESPONSABILITA AZIENDALE e MANAGERIALE**

1. Inserire MMG con incarichi apicali in Distretti e Dipartimenti di Cure
2. Inserire 1 MMG in staff alla Direzione Generale

### **PROPOSTE PER UN NUOVO CONTRATTO**

1. Mantenimento del rapporto convenzionale
2. Mantenimento del rapporto di libera scelta
3. Ridefinizione dello stipendio secondo la logica pay for performance , voci :
  - a) quota fissa capitaria calibrata all'età
  - b) quota ev. rimborso spese personale di servizio e segretariale
  - c) quota ev. di incentivo per miglioramenti strutturali dell'ambulatorio
  - d) quota ev. relativa al raggiungimento di obiettivi regionali o aziendali

- e) quota ev. per aggiornamento professionale finalizzato di alta qualità ( nuove tecniche o metodologie di diagnostica e terapia certificate ) e /o attività di audit clinico
- f) quota di ev. attività di assistenza domiciliare integrata e /o prestazioni di particolare impegno professionale
- g) quota di ev. estensione apertura ambulatorio
- h) quota ev. attività di carattere specialistico
- i) quota ev. progetti-obiettivo
- l) quota ev. ricerca , docenze, tutoraggio
- m) quota ev. attività manageriali

a cura di Bastiani Fernanda (PR ) e Alessandro di Pasquale (RMN)

Medicina e Persona , sez. MMG