

LA MEDICINA GENERALE OGGI

L'Accesso alla medicina generale

La medicina è attualmente formata da quattro settori (Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei Servizi, Emergenza territoriale), l'accesso ai quali ha caratteristiche comuni ma è sostanzialmente indipendente.

Per l'accesso a tutti i settori della medicina generale è richiesto **l'attestato di formazione in medicina generale** (D.L. 368/1999) o titolo equipollente (accesso consentito come da normativa europea ai medici senza attestato abilitati entro il 31/12/1994 - D.M. 15/12/1994)

Alla titolarità dell'incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale si accede per titoli in base ad una graduatoria regolamentata dall'ACN.

Per l'Emergenza Sanitaria Territoriale esiste invece un diritto di priorità di accesso regolato dall'anzianità di servizio in Continuità Assistenziale, che precede l'accesso attraverso la graduatoria regolamentata dall'ACN.

Alla Dirigenza Medica Territoriale non è possibile l'accesso essendo l'area ad esaurimento ai sensi della D.L. 502/92 e successive modificazioni.

La Formazione di base presenta allo stato attuale un percorso formativo poco o per niente attento all'evoluzione professionale nelle aree di attività specifiche della Medicina Generale. Si può in pratica affermare che, tranne qualche sperimentazione occasionale, la medicina generale è ignorata durante il Corso di laurea in medicina e chirurgia.

La Formazione specifica prevede invece un percorso formativo coinvolgente per quasi tutti i settori (periodi di formazione teorico-pratiche c/o Medico di Famiglia, Distretti, PS/DEA), tranne per la continuità assistenziale, che più ne avrebbe bisogno, perché rappresenta la prima area di accesso professionale per la quasi totalità dei medici che hanno ottenuto l'attestato di formazione in medicina generale.

Il Corso di idoneità all'Emergenza territoriale di cui all'art. 96 ACN Medicina Generale, pur rappresentando attualmente l'unico riferimento istituzionale relativamente alla formazione professionale di medici che operano nelle Centrali Operative e sui mezzi di soccorso, risulta insufficiente rispetto all'evoluzione organizzativa che ha subito il sistema di emergenza sanitaria in Italia. Quale percorso di formazione definitivo per l'Emergenza sanitaria, anche in considerazione dell'evoluzione a contratto di dipendenza dell'area (D.L. 229/99), è in via di realizzazione il processo di istituzione della Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza e Urgenza (G.U. 23 maggio 2006 n° 118). In attesa che vengano attivate nelle Università i corsi di specializzazione in Medicina di Emergenza-Urgenza sarebbe auspicabile, in questa fase di transizione, la condivisione a livello di Conferenza Stato-Regioni dei requisiti specifici di competenza clinica che devono essere posseduti per esercitare l'attività di Medico dell'Emergenza Sanitaria intra ed extraospedaliera, indipendentemente dal rapporto di lavoro, con la percorrenza di un iter formativo specifico che garantisca l'applicazione delle procedure necessarie per operare correttamente nell'impatto con le urgenze-emergenze, assicurando uno standard comparabile su tutto il territorio nazionale e superando l'attuale soggettivismo interpretativo ed attuativo del sistema Emergenza-Urgenza.

- *Dinamiche conseguenti*

L'accesso per titoli con graduatoria, e non per concorso, ha di fatto escluso la MG dal circuito del clientelismo politico, emarginandola dall'attenzione dei politici.

Il medico di assistenza primaria, detto anche medico di famiglia (MdF), che assume l'incarico deve investire capitali prima ancora di percepire qualsiasi compenso.

Si può dimostrare che mediamente il MdF riesce, nel migliore dei casi, a pareggiare le minime spese necessarie solo quando supera le 500 scelte, tenuto conto che in molte aree geografiche il carico degli oneri di spesa per l'organizzazione dello studio risulta ancora più accentuato in senso negativo.

Caratteristiche della medicina generale (MG) attuale

Stato giuridico del medico di medicina generale (MMG): lo stato giuridico del MMG è di libero professionista convenzionato; è stato definito parasubordinato perché la sua attività è fortemente condizionata dalle norme convenzionali. Questa forma contrattuale, e cioè quella della parasubordinazione, non prevede infatti l'instaurarsi di un rapporto di lavoro dipendente, ma è una prestazione lavorativa in cui le modalità di lavoro, la durata ed il relativo compenso sono stabiliti da un contratto stipulato dalle parti. Per effetto di questa collocazione giuridica il MMG non è soggetto alla gerarchia tipica della dipendenza ed è tenuto a rispondere alla dirigenza aziendale esclusivamente per l'applicazione delle norme convenzionali nazionali e/o regionali.

Numerose e solide argomentazioni, di natura dottrinale e giurisprudenziale consentono di ritenere che l'Istituto della Parasubordinazione possa rivestire, andando ben oltre una valenza di mera natura processuale (L. n. 533 del 1973; art. 409, n. 3 c.p.c. e art. 2113 c.c.), la dignità di una nuova specie giuslaboristica, e più precisamente costituire una "terza via" da affiancare alle due categorie tradizionali del lavoro autonomo e di quello subordinato. Dimostratasi pacificamente la sicura appartenenza dei MMG a detta categoria della Parasubordinazione, verificato che in essa esistono tutte le caratteristiche del lavoro subordinato, constatato come fatto assolutamente rilevante l'esistenza nella professione medica **di una specifica competenza e di un'ampia autonomia decisionale**, ne consegue che l'Istituto della Parasubordinazione può rappresentare appunto una "via specifica della professione medica" resa in **campo non libero professionale**", valida per tutti i medici che operano nel S.S.N.

Le convenzioni sono stipulate fra la Conferenza Stato-Regioni e le OOSS rappresentative della categoria e devono rispondere a specifiche caratteristiche previste dal comma 1 dell'art. 8 del D.L. 502/92 e successive modificazioni. Gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) hanno attualmente un carattere regolamentare (fino alla stipula del 270/2000 erano dei DD.PP.RR.) con validità *erga omnes* su tutto il territorio nazionale e possono essere completati con la successiva stipula di Accordi integrativi regionali (AIR).

- *Dinamiche conseguenti*

Storicamente e fino alla metà degli anni '90 le USL, e con esse gli ospedali, hanno goduto di un pagamento a piè di lista che ha consentito, soprattutto ai secondi, di espandersi e perfezionare la loro organizzazione, aumentando fortemente il numero degli addetti anche non medici, mentre la MG ha continuato ad essere finanziata con importi preventivati all'atto della stipula degli ACN, in costanza di addetti.

Con l'introduzione dell'aziendalizzazione e dei DRG, l'attenzione dei manager è stata catalizzata dalle voci che avevano acquisito maggiore consistenza, quindi dall'ospedale e dalle voci correlate alla dipendenza. Gli ospedali hanno anche goduto degli investimenti strutturali (art. 20 della Legge inerente l'edilizia sanitaria 1980) dai quali la MG è stata sempre esclusa.

Le voci relative all'ospedale e ai dipendenti in genere, inoltre, hanno assunto il significato di vincoli imm modificabili, per cui hanno orientato le loro strategie per il pareggio di bilancio verso maggiori entrate, arrivando ad aumentare appositamente l'offerta per cercare di uguagliare le spese. Assurdamente, in qualche regione le offerte delle diverse aziende sanitarie hanno assunto

significato di concorrenza rispetto ad altre aziende sanitarie, determinando un meccanismo di promozione del consumo e di aumento della spesa complessiva che la Regione, alla fine, deve sostenere.

La programmazione, la gestione e in gran parte l'attribuzione dei flussi di finanziamento, a tutti i livelli, è sempre stata affidata a personale dipendente, che è stato naturalmente orientato ad investire in attività della dipendenza, indipendentemente da un'effettiva analisi dei costi (per es. per anni le vaccinazioni antinfluenzali sono state affidate ai medici igienisti e/o ai medici di funzione pubblica, non chiedendosi quanto sarebbe stato il costo complessivo della singola vaccinazione comprendendo anche il personale e consentendo una valutazione di bilancio riferita solo alla spesa del vaccino e delle siringhe. Così si è fatto per diverse prestazioni preferendo sottolineare una carenza di organici ed accumulando vincoli di spesa da ripetere indipendentemente dal risultato delle prestazioni erogate. Nei progetti di vaccinazione antinfluenzali l'attuale coinvolgimento dei MdF ha permesso un aumento della copertura vaccinale della popolazione a rischio, a fronte di un risparmio di spesa facilmente dimostrabile).

Le dinamiche sopra accennate hanno vanificato fino ad ora anche le decisioni dei politici di offrire occasioni di sviluppo della MG. Dal 1996 la categoria ha infatti chiesto di realizzare, in modo sia pure embrionale, quei meccanismi che oggi costituiscono la "clinical governance", ma anche quando queste proposte hanno trovato l'assenso dei politici, sono rimaste scarsamente applicate per l'incompetenza specifica o per la mancanza di volontà dei dirigenti dipendenti delle Regioni e delle Aziende sanitarie.

Per le stesse dinamiche hanno fatto fatica ad affermarsi e, dove si sono realizzati, hanno vita precaria tutti quei modelli complessi della medicina generale in qualche modo riconducibili alle UTAP, alla Casa della Salute, ai Centri polifunzionali, ecc.

I Settori della MG italiana

Assistenza primaria: sono i cosiddetti medici di famiglia, titolari del rapporto di fiducia con i cittadini che li hanno scelti; rappresentano il primo punto di accesso al SSN, interpellati per i motivi più disparati, a volte appropriatamente di carattere sanitario, a volte anche di carattere sociale, fiscale, economico, lavorativo, ecc.

Il MdF ogni volta è di fatto obbligato a fornire una risposta appropriata al bisogno sanitario dell'assistito indipendentemente dal fatto che sia reale o solo percepito dallo stesso. E' stato calcolato che solo una piccola percentuale dei contatti fra assistito e MdF da origine a risposte misurabili (prescrizioni di farmaci, indagini diagnostiche, visite specialistiche, certificazioni, ecc.).

La maggior parte dell'attività del MdF non è misurabile con i comuni indicatori di gestione ed è difficoltoso introdurre indicatori di outcome e di output che potrebbero dare una misura realistica e confrontabile dell'attività del MdF, come sostenuto dalla letteratura internazionale specializzata.

Le caratteristiche fondamentali di questa categoria sono le seguenti.

Rapporto ottimale: la distribuzione dei medici di famiglia sul territorio è regolata dal rapporto ottimale. In pratica, per un determinato ambito territoriale viene inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore a 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria e fino a 14 anni è garantita l'assistenza pediatrica). Ultimamente in diverse regioni si è scelto di aumentare il rapporto ottimale in misura diversa prevedendo l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100 o 1.200 o 1.300 abitanti.

Lista di assistiti e massimale: ogni cittadino ha diritto a scegliere liberamente il proprio medico fra quelli che operano nel suo ambito territoriale e può cambiare la sua scelta in qualsiasi momento. Per effetto delle scelte ogni medico ha una lista di assistiti. Il numero massimo di iscritti alla sua lista (massimale) è sostanzialmente di 1.500 persone. In conseguenza della libera scelta, il medico di

famiglia – ed il PLS- sia l'unica figura medica del SSN scelta “ad personam” dal cittadino, sostanziando in tal modo il rapporto fiduciario come elemento fondante della medicina di famiglia

- ***Dinamiche conseguenti***

La differenza fra rapporto ottimale (1:1.000) e massimale (1.500) determina fra i singoli medici un rapporto di concorrenza, che originariamente era stato voluto per favorire la competizione sul piano qualitativo, ma che inserendosi in un sistema regolato dalla libera scelta dell'assistito ha creato situazioni di minore rispetto della qualità professionale e ha determinato i presupposti per l'inserimento di normative che limitano l'erogazione delle prestazioni secondo criteri predefiniti. Il massimale viene mediamente raggiunto in 10-15 anni di attività e costituisce il massimo traguardo (professionale ed economico) del MdF. Ci sono medici che, a seguito del meccanismo stesso di determinazione dell'ambito carente, operano in condizioni tali da non poter mai raggiungere il massimale delle scelte. La concorrenza, oltretutto, ha favorito l'isolamento e l'autoreferenzialità dei medici ed ha posto molti ostacoli alla crescita dell'associazionismo.

Disponibilità: il Medico di famiglia è tenuto a essere disponibile dalle 8 alle 20 dei giorni feriali e fino alle 10 dei giorni prefestivi. Deve effettuare in giornata le visite domiciliari richieste fino alle ore 10 ed entro le 12 del giorno successivo quelle pervenute dopo le ore 10. Le visite urgenti recepite devono essere erogato nel più breve tempo possibile.

Il MdF è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 scelte, non inferiore a 10 ore fino a 1.000 scelte e non inferiori a 15 ore fino a 1.500 scelte per 5 giorni alla settimana.

Struttura del compenso: la struttura tradizionale e ancora fondamentale del compenso è su base capitaria. In sostanza il medico riceve una importo costante annuo per ogni assistito iscritto nella sua lista. Questa quota capitaria non rappresenta però il guadagno del medico, perché essa è onnicomprensiva di tutte le spese necessarie ad esercitare l'attività professionale: studio, attrezzature, telefono, autovettura, tasse correlate all'esercizio della professione, pagamento del sostituto in caso di assenza, assicurazioni, ecc.

Inoltre, l'incasso mensile del medico (sostanzialmente un dodicesimo della quota capitaria annua) è versato al lordo delle imposte sul reddito con la sola ritenuta dell'acconto IRPEF (20%) e del versamento previdenziale a suo carico del 5,625% (il rimanente 9,375% a carico dell'Azienda, con lo 0,36% sul solo compenso forfettario, viene da essa direttamente versato all'ENPAM e non entra quindi nell'incasso del medico).

Negli ultimi 10 anni alla quota capitaria esclusivamente legata alla scelta si sono aggiunte altri piccoli pezzi di quote capitarie legate a caratteristiche organizzative:

1. ***indennità per il collaboratore di studio e/o per l'infermiera:*** piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare l'assunzione di personale di studio; sono sempre state limitate a percentuali prestabilite di medici (% più bassa per l'infermiera) e tali quote non sono esaustive delle spese reali dagli stessi sostenute.
2. ***quota per le forme associative:*** piccola quota capitaria annuale aggiuntiva finalizzata ad incentivare le seguenti alternative forme associative di complessità crescente:
 - a. ***associazione semplice:*** quota remunerativa rispetto agli impegni assunti
 - b. ***medicina in rete:*** quota che copre i costi e, in qualche caso, minimamente remunerativa
 - c. ***medicina di gruppo:*** quota che non copre i costi e non è remunerativa (salvo in qualche regione dove è stata aumentata con gli accordi regionali)

Alla quota capitaria si sono aggiunte voci diverse che concorrono ad una parte del compenso lordo (fino al 20% circa) e che sono quote correlate a prestazione: accessi domiciliari programmati (in

non deambulabili e in assistenza domiciliare integrata) e prestazioni di particolare impegno professionale (medicazioni, suture, vaccinazioni, ecc.), nel complesso poco remunerative.

Nell'attuale ACN sono previsti compensi correlati a specifici progetti e ad esiti di processo sulla base di accordi regionali ed aziendali, ancora non perfettamente attualizzati in accordi tra le parti.

- *Dinamiche conseguenti*

La struttura del compenso ha favorito:

- 1. che il MdF è sempre meno stimolato a investire nei fattori di produzione, per ottenere maggiori guadagni;*
- 2. che i MdF, in particolare quelli che hanno sviluppato modelli organizzativi più qualificati, vedono più che dimezzati i guadagni reali rispetto agli incassi dai quali bisogna sottrarre le spese necessarie all'esercizio della professione; inoltre la forbice di differenza retributiva fra MMG e categorie della dipendenza si è enormemente accentuata a sfavore dei primi;*
- 3. che agli occhi dei profani gli incassi lordi dei MdF sembrano spropositatamente elevati;*
- 4. che molti MdF, soprattutto all'inizio dell'attività vedono come necessità l'esercizio di una importante quota di libera professione in campi diversi dalla medicina generale (ma meno del 20% dei medici di tutte le età esercita libera professione non strettamente correlata alla medicina generale), che spesso, essendo più remunerativa dell'attività pubblica, viene continuata anche da massimalisti rendendo residuale l'attività della Medicina generale.*

Le norme e i modelli organizzativi ancora autoreferenziali consentono che la categoria non presenti omogeneità nei livelli di impegno professionale.

Continuità assistenziale: Sono i medici che garantiscono l'assistenza territoriale (domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite) nelle ore dalle 20.00 alle 8.00 nei giorni feriali, dalle 10.00 alle 8.00 del giorno successivo nei prefestivi e per tutte le 24 ore nei festivi. Relativamente alla distribuzione vanno verificati gli effetti messi in campo dall'ultimo ACN in termini di rapporto ottimale per la Continuità Assistenziale (CA). Tale rapporto definito in un medico di Continuità Assistenziale ogni 5000 abitanti determina a regime un numero di operatori a livello nazionale pari a circa 12.000-13.000 unità, questo anche in considerazione della variabilità del 30% del suddetto rapporto applicabile a livello regionale. Tale norma in considerazione della sempre maggiore indisponibilità di medici per tale Servizio sta portando, soprattutto nel Nord, ad accordi regionali e/o aziendali che rivalutano il dato medio a favore del dato massimo di 1 medico ogni 6500 abitanti aumentando la difficoltà a processi di integrazione tra MdF e medici di C.A.

Sono presenti, anche se in maniera parcellare, modelli di coinvolgimento dei medici di CA nei processi assistenziali propri delle Cure primarie (Assistenza in RSA, a pazienti fragili, coinvolgimento nell'ADI, ambulatori per i codici bianchi, ecc.).

Tra gli operatori incaricati a tempo indeterminato sono presenti circa il 40 % di medici con doppio incarico (incarico di Assistenza primaria fino a 650 scelte e incarico di Continuità Assistenziale), considerabili nell'ottica di una più agevole integrazione, visto il coinvolgimento se presenti sullo stesso ambito, in un rapporto con l'assistito sia fiduciario che a copertura assistenziale oraria.

Per ragioni diverse tra le regioni del Nord (difficoltà a reperire medici disponibili) e le regioni del Sud (ritardi nelle assegnazioni di incarichi), il settore presenta circa il 30% di addetti temporaneamente incaricati.

- *Dinamiche conseguenti*

A causa della natura dei compiti istituzionali essenziali, cui il medico di CA viene sempre di più confinato dall'aumento dei carichi di lavoro dovuto alla diminuzione degli addetti, e dei criteri della loro distribuzione territoriale, indipendente da quella dei colleghi di assistenza primaria ed in assoluta assenza di processi di informatizzazione e messa in rete del Servizio, l'attività della CA è sostanzialmente scollegata da quella dei medici di famiglia dello stesso territorio.

Struttura del compenso: I medici di Continuità Assistenziale sono retribuiti con compenso orario.

Medicina dei Servizi e Dirigenza territoriale: è un settore bloccato con il D.Lvo 502/92 insieme a quello degli specialisti convenzionati interni; è costituito da medici in regime di convenzione e di dipendenza, retribuiti con compenso orario.

Recentemente il settore degli specialisti è stato riaperto dal D.L. 311/2004, mentre quello della Medicina dei Servizi è rimasto bloccato. In alcune Regioni si è avuta una notevole riduzione degli addetti in regime convenzionale per il passaggio a rapporto di dipendenza (D.Lvo 229/99); la forma convenzionale resta prevalente in Toscana e Lazio, mentre è residuale in Campania, Sicilia e Puglia. I medici in regime di convenzione solo con l'ultimo Accordo possono assumere incarichi a tempo pieno (38 h/settimana), svolgono funzioni diverse nell'ambito dei distretti, sia di supporto che di responsabilità nell'organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, ecc.

In molte regioni del nord e del centro-nord il blocco dovuto al D.L. 502/92 non è stato avvertito perché con il Capo IV del penultimo ACN (D.P.R. 270/2000) si sopperiva alla carenza di tali figure professionali con l'Attività Oraria Programmata (una sorta di incarico semestrale rinnovato più volte e per le solite sedi, ancor oggi vigente in varie regioni, spesso ai limiti della correttezza contrattuale, creando di fatto in molti casi una situazione di sottoccupazione legalizzata).

Per quanto tali attività siano poco conosciute alla maggioranza dei medici di Medicina Generale, buona parte del lavoro che viene svolto all'interno dei distretti e dei presidi territoriali fa capo a queste figure professionali.

Struttura del compenso: i medici della Dirigenza Medica Territoriale sono retribuiti con compenso orario.

Emergenza territoriale: l'Emergenza Territoriale rappresenta solo una delle fasi operative del sistema dell'emergenza sanitaria dove l'integrazione delle varie competenze professionali che ruotano intorno al problema "emergenza", consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi della catena dei soccorsi, la quale, una volta attivata, dall'allarme alla centrale operativa all'ospedalizzazione mirata del paziente, consente la continuità delle cure secondo una sequenza logica di interventi. Ed è proprio in questo contesto che la figura del medico dell'emergenza diventa il referente certo nella gestione di eventi critici, macroemergenze, pazienti critici e non, con la capacità, non solo di intervento terapeutico-assistenziale immediato, ma anche di attivazione mirata di protocolli operativi, atti al ruolo di collegamento tra territorio ed ospedale che garantiscono, oltre la continuità delle prestazioni al cittadino, l'opportunità al personale impiegato, di maturare la necessaria esperienza nella medicina di emergenza-urgenza.

I medici dell'Emergenza Sanitaria – 118, originariamente tutti convenzionati a 38 ore settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla Continuità assistenziale, si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze espresse dai singoli ambiti regionali o addirittura aziendali. L'applicazione non uniforme della normativa relativa al sistema 118 su tutto il territorio nazionale ha comportato inevitabilmente una disomogenea strutturazione anche dei medici che in alcune regioni sono diventati dirigenti inquadrati nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'urgenza e accettazione secondo il D.L. 229/99; in altre sono medici dell'emergenza territoriale convenzionati secondo l'ACN Medicina Generale - Capo V, nelle more

del passaggio alla dirigenza medica secondo il D.L. 229/99. Per coprire carenze d'organico spesso vengono impiegati anche medici a rapporto libero professionale.

Si dovrà prevedere la proroga dei tempi previsti dal D.L. 229/99 al fine di permettere alle Regioni che hanno recepito in ritardo quanto previsto dall'art. 8 comma 1 bis del 502/92 e successive modificazioni, di individuare l'emergenza territoriale quale area di attività che, ai fini del miglioramento del servizio, richiede l'instaurarsi di un rapporto di impiego.

Tale orientamento è stato determinato dalla consapevolezza della necessità di favorire la piena integrazione e connessione del sistema dell'emergenza territoriale con il sistema di emergenza-urgenza ospedaliero (nella Medicina d'urgenza) al fine di realizzare una continuità terapeutica tra il territorio e l'ambiente ospedaliero, con univoci criteri di riferimento e di operatività, sulla base di comuni linee-guida e protocolli operativi.

E' nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza complessivo che il medico dovrà assumere tutte le specificità di servizio previste nel DPR 27.03.92., con la partecipazione diretta anche nei ruoli di responsabilità gestionali delle attività sui mezzi di soccorso, nelle Postazioni di Primo Intervento, nelle Centrali Operative, in elisoccorso, nelle Strutture Complesse di Medicina d'Urgenza, in Pronto Soccorso e nel Dipartimento d'emergenza-urgenza.

Attualmente l'accesso all'area convenzionata è normativamente subordinato al possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, integrato da uno specifico corso di sei mesi in Emergenza territoriale; successivamente la Scuola di Specializzazione di medicina di Emergenza-Urgenza oltre a caratterizzare la figura del medico d'urgenza determinerà il percorso unico per l'accesso al SSN.

Struttura del compenso: i medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale convenzionati sono retribuiti con compenso orario.

LA RIFONDAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

La medicina generale ha bisogno di interventi fondamentali che la rendano parte integrata del SSN, che superino l'isolamento individuale del professionista e che definiscano gli elementi strutturali necessari al suo esercizio.

L'obiettivo generale della rifondazione è quindi quello di definire con chiarezza funzioni e ruoli certi della medicina generale ed, in rapporto ad essi, costruire lo schema organizzativo attraverso il quale il singolo professionista, insieme ad altri colleghi, costituisce l'Unità di medicina generale, entità uguale su tutto il territorio nazionale, ma con caratteristiche tali da consentirle di essere utilizzata in qualsiasi modello organizzativo regionale (UTAP, Casa della salute, rete distribuita sul territorio, ecc.); ed infine di definirne gli elementi strutturali (logistici, tecnologici, di risorse umane, ecc.) necessari al loro espletamento.

La rifondazione della medicina generale non può realizzarsi attraverso un rinnovo convenzionale o l'approvazione di una legge, ma richiede un percorso articolato che può essere individuato correttamente, con l'aiuto di esperti di diversi settori, in base al progetto complessivo che si vuole costruire.

Per questo motivo nelle pagine seguenti si cercherà di descrivere il "risultato" desiderato dal processo di rifondazione, omettendo per il momento l'individuazione dei provvedimenti, salvo precisare che, in rapporto alla gerarchia delle norme, sarà temporalmente necessario procedere prima alle modifiche legislative, che definiscano anche le modalità di finanziamento della Medicina Generale, e poi a quelle contrattuali.

Certamente, a fondamento di tutto il processo ci deve essere estrema chiarezza su ruolo e compiti dei medici di medicina generale e garanzie su un percorso realizzativo coerente in un lasso di tempo definito.

Ruolo e compiti dei MMG

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

Secondo i principi espressi dalla Definizione Europea di Medicina Generale/di Famiglia data nel 2002 da WONCA Europa (la sezione europea dell'associazione mondiale dei medici di famiglia) i MMG sono specialisti formati ai principi della disciplina sulla base delle caratteristiche di seguito elencate, che ne definiscono, in modo più esteso, le peculiarità professionali:

- a) la medicina generale è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;

- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza ed incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

Le competenze del MMG sono classificabili in tre categorie:

CLINICA

1. **individuale**: consiste nelle azioni di educazione sanitaria e prevenzione, di attività clinica e di indirizzo riabilitativo finalizzata al mantenimento della migliore condizione possibile di salute
2. **collettivo**: sia in seno ad una organizzazione strutturata che funzionale, consiste in una assunzione di funzioni integrate di medicina di iniziativa preventiva e clinica, comprendenti l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi concordati a livello regionale e aziendale

GESTIONALE

3. **professionale ed organizzativa**: consiste nella partecipazione alle attività di programmazione e gestione del Servizio sanitario a tutti i livelli (locale, regionale e nazionale), applicare modelli organizzativo-professionale di gestione dello studio saper trasferire sul personale appositamente formato e sotto la propria responsabilità attività di office e di nursing in grado di orientare verso risposte appropriate i percorsi di cura/salute dei cittadini,
4. **certificativo**: relativa alla condizione di salute nei casi previsti dalla legge per la tutela degli interessi dell'assistito ed ai fini del funzionamento del SSN

COMUNICATIVA

5. **educativa ed informativa**: finalizzato allo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria ed al mantenimento della salute attraverso la personalizzazione delle indicazioni e degli orientamenti e la conoscenza del Servizio sanitario nazionale e regionale e delle sue regole
6. **negoziale**: finalizzata alla realizzazione di una alleanza per la salute con il cittadino e svolta attraverso la indicazione dei migliori percorsi di cura, attraverso lo sviluppo di una coscienza orientata alla necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, la donazione di sangue, plasma e organi.

L'area della medicina generale

L'area della medicina generale deve comprendere tutti i professionisti che svolgono compiti ed attività ricomprese nella medicina generale.

Questi sono soggetti dotati di una conoscenza specialistica in grado di garantire alle persone che si rivolgono al loro operato il pieno godimento dei diritti di cittadinanza che nella fattispecie è rappresentato dal diritto alla salute. Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la capacità di controllare il proprio lavoro tramite un complesso sistema di conoscenze e competenze in grado di dominare concetti e teorie astratti e di richiedere l'esercizio di una notevole discrezionalità e

autonomia professionale, con livelli differenziati di organizzazione dell'attività professionale, determinati dall'esigenza di dare risposte appropriate ai cittadini.

Questa deve essere definita dalla legge per stabilire diritti e doveri degli appartenenti, soprattutto in relazione alle diverse funzioni che possono ricoprire nell'ambito del SSN, e dalla programmazione in modo che siano individuati con certezza i Livelli Essenziali di Assistenza loro affidati.

Le attività di questi medici possono essere di due tipi, caratterizzati da diverso tipo di retribuzione: attività oraria e attività capitaria (attuale assistenza primaria). In generale i due tipi di attività sono fra loro compatibili.

Nel prossimo futuro è prevista una diminuzione dei laureati in medicina legata alle dinamiche di pensionamento dei prossimi anni ed all'effetto del numero programmato nei Corsi di laurea. Tenendo presenti le future dinamiche occupazionali legate a tale diminuzione emerge la necessità di individuare nuove modalità di accesso e di organizzazione nell'area della medicina generale.

Il nucleo fondamentale organizzativo di base dell'attività di Medicina Generale che si propone è l'Unità di Medicina Generale (UMG).

L'Unità di Medicina Generale (UMG)

L'Unità di Medicina Generale (UMG) è l'unità organizzativa elementare (una specie di atomo) ed imprescindibile, di cui tutti i medici di medicina generale fanno necessariamente parte.

Questa unità prescinde dal modello organizzativo dell'assistenza territoriale, potendosi adattare a modelli fisici (UTAP, Casa della Salute ed altri eventuali) di cui possono essere elementi costitutivi o parte degli stessi, come pure a modelli a rete (gruppi di cure primari). L'UMG ha una propria identità e composizione non modificabile e non scindibile, potendo però agire anche in modo integrato con altre figure professionali per aumentare lo spettro di prestazioni offerte (specialisti convenzionati, ospedale, ecc.) o per partecipare ad attività socio-assistenziali (assistenti sociali, personale di distretto, ecc.).

I componenti di una UMG possono concentrare la loro attività in un'unica sede fisica, anche insieme ad altre UMG e ad altri servizi, oppure essere distribuiti in studi singoli o di gruppo sparsi sul territorio a seconda delle necessità oro-geografiche, della programmazione locale e di quella propria dell'UMG stessa.

Le caratteristiche emergenti sono quindi:

- La medicina generale è organizzata in Unità (UMG); tutti i medici di medicina generale ne fanno necessariamente parte.
- Le UMG sono costituite indicativamente da 20-25 medici di medicina generale (15-20 Medici di .A.P. e 4-6 a esclusivo o prevalente rapporto orario) ed assistono una popolazione di 20-25.000 cittadini (a seconda del contesto orogeografico e della programmazione).
- Le UMG assicurano attività oraria e/o capitaria per garantire un'assistenza di 10-12h ambulatoriali e 24h domiciliari.
- Non ha necessariamente personalità giuridica, ma può essere supportata da società di servizio..
- I MMG hanno la possibilità di esercitare sia in una sede unica che in studi diversi, compreso il proprio.
- Deve possedere un proprio sistema informativo con collegamento in rete, ove possibile collegato al sistema aziendale e/o regionale..
- Deve essere potersi avvalere di personale sanitario e non, secondo standard definiti.
- Deve essere coordinato da un MMG, che svolga anche funzioni di interfaccia tra l'UMG e la struttura aziendale di riferimento (Dipartimento di cure primarie, distretto).
- Al suo interno, tra i componenti, può prevedere figure di coordinamento di specifiche attività (informative, formative, progetti assistenziali, ecc.).

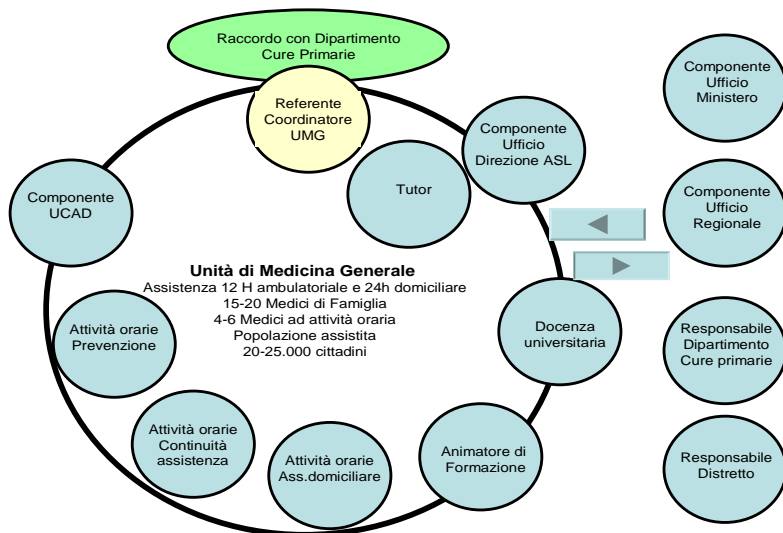
L'UMG deve rappresentare un'opportunità per:

- sollevare il MMG da funzioni diventate improprie, affidandole ad altri soggetti che operano in stretto collegamento col medico nella rete;
- valorizzare nuove funzioni tendenti ad accrescere il valore dell'atto professionale, in particolare privilegiando quelle che rafforzano l'aspetto assistenziale e quindi il rapporto fiduciario con il paziente: ascolto attivo, prevenzione, medicina di iniziativa, domiciliarità, residenzialità, presenza in ospedale;
- puntare ad un recupero di risorse, in forma diretta e/o indiretta ed in un arco di tempo di circa 3 anni, per l'investimento strutturale teso a fare della UMG la centrale gestionale del sistema di cure italiano ed insieme un'area di sviluppo e di crescita sociale ed economica;
- rappresentare la funzione organizzativa di base per la "Governance Clinica".



Possibile modello di UMG

- 25 MMG (20 AP + 5 a rapporto orario, modulabili)
- 4 Infermieri di cui 1 con funzione di coordinamento per le cure domiciliari: ADI, dimissioni protette, attività socio-assistenziali, ecc.
- 1 "Case Manager" che può essere anche di provenienza dal personale socio-assistenziale (personale OSA)
- 3 Unità per la gestione attiva degli archivi dei pazienti finalizzata alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, di cui una per la gestione del rischio clinico e la sorveglianza dei soggetti fragili
- 8 Collaboratori di studio a tempo pieno o frazionabili (circa 400 ore settimanali di attività).



Gli standard sopra descritti hanno solo valore esemplificativo e possono essere modificati in relazione alle specifiche esigenze locali, nell'ambito della programmazione regionale.

L'accesso e la carriera

L'assunzione dell'incarico a tempo indeterminato in medicina generale avviene per i medici con attestato (o equipollenti) con attività oraria a tempo pieno (36-38 ore settimanali).

La carenza si realizza quando nell'ambito dell'UMG un medico della stessa unità si trasferisce o va in pensione o lascia comunque l'incarico.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi a tempo indeterminato in Medicina Generale i medici con attestato (o equipollenti) sulla base di una graduatoria regionale.

Il medico neo-convenzionato inserito nella UMG svolge, per almeno 2 anni, esclusivamente attività professionale oraria, rivolta alla popolazione assistita dalla stessa Unità.

La possibilità di assumere scelte per il singolo medico si realizza in base a due criteri:

1. l'anzianità di servizio (almeno 3-5 anni)
2. la formazione di una carenza calcolata in base ad un rapporto ottimale fra medici con scelte e popolazione inferiore a 1 a 1300.

Dopo ulteriori 3 anni il medico dell'UMG, sia che abbia un'attività esclusivamente oraria, sia che abbia acquisito scelte, può progredire nella carriera ed acquisire la possibilità di svolgere determinate funzioni.

Comunque, se il totale delle ore è di 36 o 38 o 40, deve vigere il rapporto massimale orario = massimale scelte.

La carriera in MG è:

- una necessità per valorizzare e per assolvere in modo più efficace le attività emergenti di insegnamento e ricerca, accanto all'assistenza;
- una opportunità per acquisire funzioni riconosciute nella dirigenza

La progressione di carriera può essere all'interno della UMG con o senza riduzione di scelte/ore, oppure all'esterno nelle attività dirigenziali distrettuali/aziendali/regionali/ministeriali con o senza riduzione di scelte/ore.

L'attività oraria

Fermo restando il monte orario di 36 (38 o 40 ore settimanali), l'attività oraria è organizzata all'interno dell'Unità dovendo essere articolata fra:

1. attività notturna, diurna, feriale e festiva, domiciliare e ambulatoriale
2. assistenza domiciliare programmata e residenziale
3. attività assistenziali programmate (progetti prevenzione, ambulatori dedicati a malattie croniche)
4. prelievi o prestazioni PPIP (ecg, eco, TAO)
5. attività relative alla gestione del sistema informativo (analisi epidemiologiche, ecc.)
6. attività di formazione e audit (dentro e fuori l'UMG)
7. attività organizzative e gestionali dentro l' UMG (coordinatore UMG) e fuori dall' UMG (attività dirigenziale)
8. docenza universitaria
9. Ricerca

L'attività capitaria

Oltre alle funzioni sopraelencate è possibile acquisire assistiti incarico con meccanismo di compensazione scelte/ore; ciò inizia con la possibilità di acquisire assistiti in carico (elenco degli assistiti) e corrisponde, più o meno all'attuale assistenza primaria.

La funzione del medico con attività capitaria è strettamente connessa al rapporto di fiducia che lo lega al paziente.

L'integrazione nel SSN

Alle varie posizioni di carriera del MMG devono poter corrispondere funzioni dirigenziali; non è importante che il medico abbia lo stato giuridico di dirigente, ma che la Legge dica che può assumere funzioni equiparate. Per accedere a queste funzioni oltre ad un'anzianità minima e alla formazione potrebbe essere previsto un accesso per titoli od altro meccanismo di selezione.

Durante il periodo in cui il MG svolge attività dirigenziale, qualora sia prevista incompatibilità, le scelte saranno affidate all'UMG o ad un medico individuato dallo stesso titolare delle scelte sulla base del meccanismo delle sostituzioni.

Per accedere a queste funzioni è prevista l'acquisizione di requisiti specifici; tali requisiti devono rispondere a criteri di professionalità a garanzia del servizio da svolgere.

Il medico di MG deve poter svolgere funzioni dirigenziali:

A livello di UMG

- coordinatore generale e vice (interfaccia tra l'UMG e la struttura aziendale di riferimento) coordinamento di particolari funzioni all'interno dell'UMG (informativa, progetti assistenziali, ecc.)

A livello di Distretto o Azienda

- responsabile di Dipartimento MG per coordinare tutte le UMG
- componente UCAD
- componente Staff Ufficio di Direzione

A livello regionale

- responsabile Ufficio Medicina Generale
- responsabile progetti regionali
- componente Ufficio Medicina Generale
- componente gruppi di lavoro su progetti

A livello nazionale

- responsabile e/o componente Ufficio Medicina Generale Ministero Salute
- responsabile e/o componente gruppi di lavoro ministeriali
- componente Agenzie ministeriali (AIFA, CCP, ISS, ecc.)

Nell'ambito del Dipartimento di Medicina Generale Universitario

- in qualità di Direttore di Distretto
- in qualità di Direttore Generale

Le ultime due sono le uniche qualifiche che possono comportare una esclusività di rapporto; nel caso, al termine del mandato, è automatico il rientro nella UMG, con la garanzia dei livelli retributivi percepiti immediatamente prima della nomina.

Struttura del compenso

Il compenso deve essere strutturato in modo da distinguere nettamente e chiaramente le quote riconducibili all'onorario professionale da quelle destinate alle spese necessarie all'erogazione dell'assistenza (locali, attrezzature, servizi, personale).

In sostanza è necessaria la divisione in tre categorie differenti (più avanti specificate), il cui adeguamento contrattuale biennale deve poter rispondere a dinamiche fra loro diverse:

1. le quote riconducibili all'onorario: soggette a dinamiche simili a quelle della dipendenza
2. le quote riconducibili a rimborso forfetario: devono tener conto dell'inflazione reale anche in relazione ad uno specifico paniere.
3. le quote che rappresentano rimborso a piè di lista: sono automatiche e non soggette alla contrattazione delle convenzioni.

In pratica il compenso potrebbe essere così strutturato:

1. Onorario professionale orario
2. Onorario professionale capitaro
3. Indennità correlate alle funzioni
4. Assistenza domiciliare programmata e integrata
5. Quota Fondo progettuale regionale
6. Quota Fondo progettuale aziendale
7. Prestazioni aggiuntive
8. Contributo spese per fattori di produzione
9. Rimborso spese personale

Onorario professionale orario e capitaro

L'onorario professionale dovrebbe essere congegnato in modo da garantire una retribuzione minima e dignitosa a tutti i medici di medicina generale.

Ciò può essere ottenuto riconoscendo la stessa cifra complessiva annua sia alle 38 ore/settimanali che alle 1.000 scelte (rapporto ottimale) e consentendo a tutti i medici di svolgere attività orarie in proporzione inversa al numero di scelte in carico (38 ore settimanali = 1500 scelte).

Il risultato è esemplificato nella tabella di seguito riportata, che indica i risultati partendo dalla quota capitaria del medico (onorario professionale + quota capitaria di ponderazione) della vigente convenzione.

MEDICO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		(6)	(7)
	h/eq	att.oraria	n. scelte	scelte retr.	compenso att.oraria	compenso scelte retr.	compenso tot.	
A	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00	
B	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00	
C	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00	
D	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00	
E	38	38,0	0	0	3.475,00	-	3.475,00	
F	38	27,9	430	400	2.548,33	1.390,00	3.938,33	
G	38	22,8	645	600	2.085,00	2.085,00	4.170,00	
H	38	19,0	762	750	1.737,50	2.606,25	4.343,75	
I	38	19,0	799	750	1.737,50	2.606,25	4.343,75	
K	38	15,2	923	900	1.390,00	3.127,50	4.517,50	
J	38	13,9	1190	950	1.274,17	3.301,25	4.575,42	
L	38	6,3	1280	1250	579,17	4.343,75	4.922,92	
M	38	3,8	1362	1350	347,50	4.691,25	5.038,75	
N	38	3,8	1383	1350	347,50	4.691,25	5.038,75	
O	38	3,8	1390	1350	347,50	4.691,25	5.038,75	
P	38	2,5	1448	1400	231,67	4.865,00	5.096,67	
Q	38	1,3	1469	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
R	38	1,3	1475	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
S	38	2,5	1435	1400	231,67	4.865,00	5.096,67	
T	38	1,3	1481	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
U	38	1,3	1490	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
V	38	1,3	1493	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
X	38	1,3	1500	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
Y	38	1,3	1500	1450	115,83	5.038,75	5.154,58	
Z	38	-	1545	1500	-	5.212,50	5.212,50	
	950	339	25000	24100			114.790,83	

Dati di riferimento	
Popolazione assistita	51.485.616
Scelte equivalenti a 1 ora	39,47
Compenso ora euro	21,10
Quota cap.riconosciuta a scaglioni	41,7
Massimale	1.500
Rapporto ottimale generale	1.000 h 38
Rapporto ottimale assistenza primaria	1.300
Tot.ore per ass.dom.24h	168
Popolazione assistita UMG	25.000
Numero medici UMG	25
Tot.ore equivalenti disponibili / sett.	950
Spesa MdG 2005	4.797.724.355,97
Spesa per onorari/anno	2.836.836.847,35
Spesa per strutture	1.960.887.508,61

(1) orario settimanale virtuale di riferimento uguale per tutti
(2) attività oraria effettivamente esercitata, dopo aver detratto le ore virtuali corrispondenti al numero di scelte
(3) numero di scelte effettivamente in carico
(4) scelte retribuite a scaglioni crescenti di compenso
(5) quota riconosciuta al singolo medico per attività oraria
(6) quota riconosciuta al medico per scelte retribuite.
(7) compenso complessivo del medico di medicina generale

Con questo tipo di onorario sarebbe possibile un'organizzazione delle attività, all'interno dell'UMG, come rappresentato nella seguente tabella.

MEDICO	att.oraria	L1	L2	L12	M1	M2	M12	ME1	ME2	ME12	G1	G2	G12	V1	V2	V12	S1	S2	S12	D1	D2	D12	tot.ore	ore avanzate
A	38,0	6				6				12				6			6						36	2,0
B	38,0		6				12				6				6			6					36	2,0
C	38,0			12				6				6				12				6			42	4,0
D	38,0				6				6				12						12				36	2,0
E	38,0	5			5			5			5			5							6		31	7,0
F	27,9		5			5																6	22	5,9
G	22,8								5			5									5	5	20	2,8
H	19,0													5			5	5					15	4,0
I	19,0																						0	19,0
K	15,2																						0	15,2
J	13,9																						0	13,9
L	6,3																						0	6,3
M	3,8																						0	3,8
N	3,8																						0	3,8
O	3,8																						0	3,8
P	2,5																						0	2,5
Q	1,3																						0	1,3
R	1,3																						0	1,3
S	2,5																						0	2,5
T	1,3																						0	1,3
U	1,3																						0	1,3
V	1,3																						0	1,3
X	1,3																						0	1,3
Y	1,3																						0	1,3
Z	1,3																						0	1,3
	340,7																						238	102,7

copertura 24h domiciliare

copertura attività diurne programmate

copertura ambul. Prefestivo e festivo

altre attività

Ore settimanali per

Formazione (1,3 per medico)

Animatore formazione (complessivo)

Tutor

Sistema informativo (complessivo)

Ricerca (complessivo)

Coordinamento (complessivo)

32,5

10

10

16

10,2

24

102,7

Indennità correlate alle funzioni

L'indennità di funzione dovrebbe essere riconosciuta in modo da valorizzare sia la quota capitaria che quella oraria, tenendo conto per esempio dei turni orari di superfestività, della responsabilità manageriale ai vari livelli interni alla UMG od esterni tipo Distretto/Dipartimento, della assistenza ad anziani, bambini, patologie croniche e terminali, ecc.

Assistenza domiciliare programmata e integrata

Potrebbe essere modificata con revisione degli allegati G ed H per passare dalla retribuzione dell'accesso alla retribuzione del processo assistenziale nel suo insieme, anche differenziato in relazione alla complessità e intensità dello stesso.

Quota Fondo progettuale regionale

E' inteso come incentivo legato a specifici indicatori di output, in qualche caso di outcome, concordati nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali

Quota Fondo progettuale aziendale

E' inteso come incentivo legato a specifici indicatori di output, in qualche caso di outcome, concordati per le UMG nell'ambito degli Accordi aziendali.

Prestazioni aggiuntive

Per prestazioni aggiuntive non si intendono solo le ex Prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP), ma anche tutte quelle prestazioni, normalmente di secondo livello, che per il progresso della tecnologia possono essere realizzate dai medici di medicina generale, al fine di intercettare i bisogni degli assistiti che altrimenti si dovrebbero rivolgere ad ospedali o strutture convenzionate (ecografie, ecg, doppler, spirometrie, ematochimici, ecc.).

Contributo forfettario spese per fattori di produzione

Le spese per i fattori di produzione (affitti, auto, servizi, materiale, ecc.) dovrebbero in teoria essere riconosciute a piè di lista. Ciò non è possibile perché, a parte il possibile uso promiscuo (che di fatto è estremamente limitato), è difficilmente standardizzabile e quindi poco prevedibile. Inoltre, se riconosciuto come rimborso, annullerebbe i benefici economici della gestione “in economia” che è fondamentale nel determinare i costi complessivi della MG.

Se però è inevitabile ricorrere ad un “contributo forfettario”, trasferendo così sul medico il rischio di dover intaccare i propri guadagni per far fronte alle spese necessarie, questo deve essere chiaramente separato ed individuabile fra le voci del compenso ed essere soggetto a meccanismi di rivalutazione diversi da quelli dell'onorario. Si sottolinea il fatto che il personale dipendente è totalmente esentato da questo rischio, provvedendo l'Azienda a tutte le esigenze strutturali.

In ogni caso, per aiutare il medico a sopportare questo rischio, sarebbe opportuno prevedere forme di finanziamento agevolato, con fondi a rotazione per attrezzature e locali (come avviene per l'artigianato), in modo da rendere meno gravosi eventuali investimenti personali.

Rimborso spese per il personale

Il costo complessivo (compreso quello gestionale) del personale di segreteria, infermieristico e di assistenza socio-sanitaria, i cui standard quantitativi di attività possono essere previsti, deve essere rimborsato a piè di lista.

Le entrate destinate al personale e alle strutture potrebbero anche essere riconosciute in modo diverso e separatamente sulla base di standard se attribuiti non ai singoli professionisti, ma alle UMG.

In tal caso sarebbe opportuno che le UMG assumessero personalità giuridica; questa soluzione potrebbe comunque coesistere con quelle prima presentate, lasciando ai medici la possibilità di scegliere fra le due forme di compensazione delle spese.

Il Finanziamento della Medicina Generale

Il finanziamento della MG andrebbe quantificato identificando, sulla base dei dati annuali consuntivi a disposizione, i costi globali a carico del SSN, sia per l'erogazione della assistenza primaria che della continuità assistenziale. Come è noto, per questa ultima vi è una notevole forbice tra il costo globale del servizio e la remunerazione complessiva dei suoi operatori.

La Formazione

Si riporta di seguito il documento unitario sull'insegnamento e la formazione in medicina generale firmato dalle principali organizzazioni della categoria:

“La comunità scientifica e professionale della Medicina generale, riunita a Roma il 13 gennaio 2007, riafferma in modo unitario la necessità e l'urgenza di promuovere il riconoscimento istituzionale del proprio ruolo clinico, didattico e di ricerca anche attraverso modifiche giuridiche e normative.

Nell'ambito di una crescente frammentazione dell'approccio clinico di tipo specialistico, la Medicina generale si pone come disciplina autonoma in grado di garantire una visione integrata ed olistica dei problemi centrata sulla persona e sul processo e non sulla malattia.

Essa offre dunque un'assistenza sanitaria fortemente umanizzata e adeguata alle esigenze della popolazione del nostro Paese, ma al contempo fortemente legata alle verità scientifiche ed alla medicina basata sulle evidenze cliniche.

Essa è in grado di offrire un corpo di conoscenze scientifiche e professionali e di competenze cliniche per sostenere la totalità dei suoi processi formativi visti come un continuum che procede dalla Formazione universitaria alla Formazione complementare ed alla Formazione continua.

Le caratteristiche della disciplina dovranno inoltre fare parte del percorso formativo di base di tutti gli operatori della salute.

Occorrono pertanto interventi normativi che possano identificare le modalità per:

1. modificare la normativa vigente per consentire l'insegnamento della MG in ambito universitario;
2. creare una specifica struttura equiparabile alle funzioni dipartimentali dedicata alla formazione e alla ricerca che consenta l'integrazione tra le strutture del SSN e quelle universitarie affidata precipuamente a Medici di medicina generale;
3. promuovere l'evoluzione della formazione specifica in Medicina in specializzazione nel rigoroso rispetto delle normative comunitarie e del ruolo del SSN;
4. modificare l'ACN della Medicina Generale per consentire lo svolgimento dell'attività assistenziale, didattica e/o di ricerca integrando tali ruoli nello sviluppo di carriera del MMG.