

Mercoledì 29 novembre 2023

Il percorso verso la Casa della Comunità e il ruolo del Medico di medicina generale (MMG). Formazione e sfide professionali.

Dott. Lorenzo Sampietro

Il SSN effettivamente esce rafforzato dal DM 77 2022 ?

Sistema Sanitario Nazionale Legge 833/78



Legge 502/92



Legge 229/99 (Bindi)



D.M. 77 2022



La Missione 6 Salute mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica, ed è articolata in due Componenti:

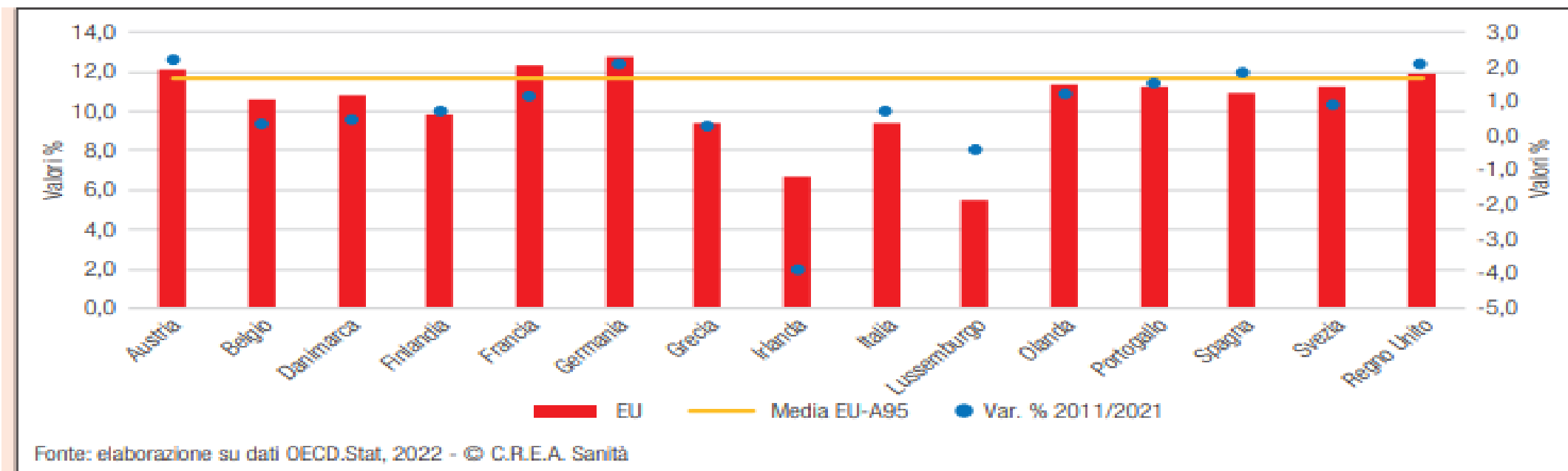
- **Componente 1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale. Ha l'obiettivo di rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), rafforzando l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.
- **Componente 2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La Crisi delle Cure Primarie

-È in atto una vera e propria fuga dall'Assistenza Primaria.

-Sempre meno medici di Medicina Generale sono disponibili, a causa di pensionamenti e diverse scelte.

- I sistemi sono sempre meno finanziati, mentre le popolazioni invecchiano e le necessità di assistenza e i bisogni di salute diventano sempre più pressanti ne consegue che la medicina generale è **in crisi** nei principali modelli europei universalistici e mutualistici.



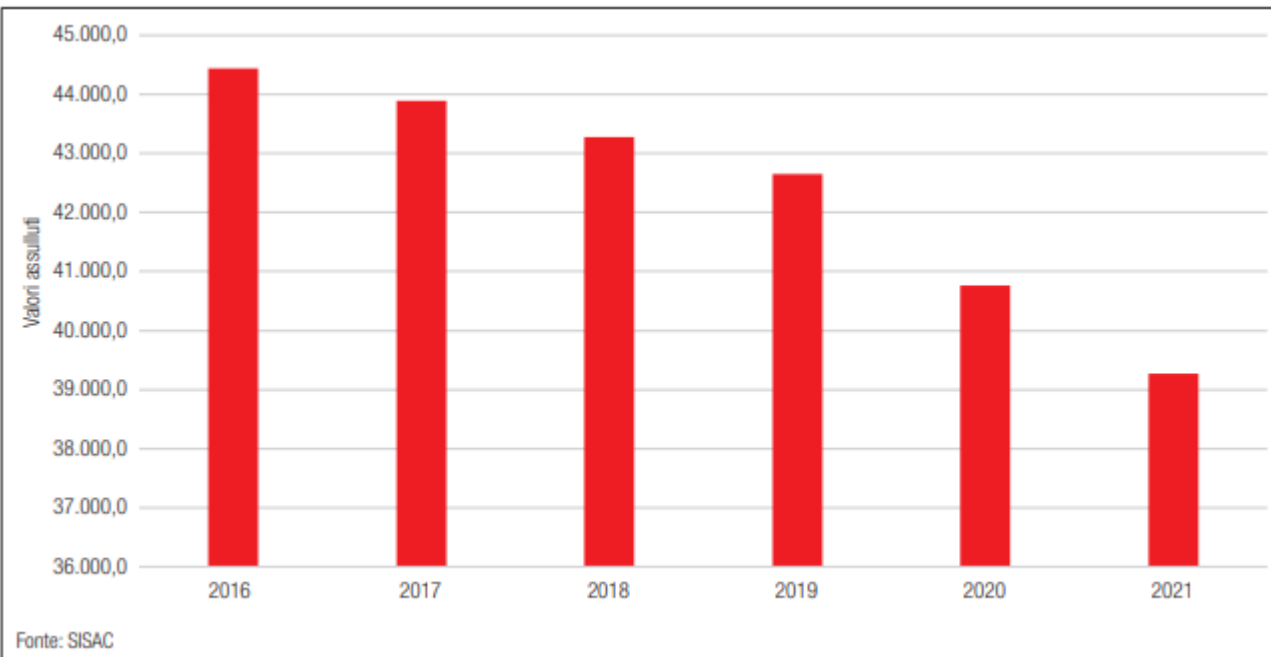
Nel 2021, in Italia, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è pari al 9,5%, -0,2 punti percentuali (p.p.) rispetto all'ultimo anno. L'incidenza della spesa sanitaria italiana sul PIL è inferiore di -2,3 p.p. rispetto alla media dei Paesi EU-Ante 1995 (11,7%). Nell'ultimo decennio nei Paesi EU-Ante 1995 l'incidenza è in media aumentata di 1,4 p.p., in Italia di 0,7 p.p.; il gap è pertanto cresciuto di 0,7 p.p..

La Crisi delle Cure Primarie

In Italia si hanno (dati 2019) 6,16 medici ogni 1.000 abitanti e 4,05 infermieri ogni 1.000 abitanti.

Nel 2018, il 17,89% dei medici lavorava come MMG, a fronte del 21,47% rappresentato dalla media dell'EU

A causa della gobba pensionistica non compensata e degli abbandoni per l'insostenibilità del lavoro , oggi i MMG sono chiamati a gestire anche 1.800-2.000 pazienti e si stanno creando delle zone completamente scoperte dal punto di vista dell'assistenza del medico di medicina generale



MMG in Italia Anno 2021

Regioni	MMG	15-64	>65	Totale	Rapp. Ottimale
P.A. di Bolzano	290	346.624	105.549	452.173	1.559
Lombardia	5.810	6.368.311	2.286.466	8.654.777	1.490
Veneto	2.853	3.103.767	1.142.745	4.246.512	1.488
Friuli Venezia Giulia	738	741.544	319.340	1.060.884	1.438
Valle d'Aosta	76	78.077	30.269	108.346	1.426
P.A. di Trento	330	345.034	121.842	466.876	1.415
Emilia-Romagna	2.776	2.799.960	1.073.202	3.873.162	1.395
Campania	3.539	3.698.861	1.118.545	4.817.406	1.361
Toscana	2.408	2.296.260	952.609	3.248.869	1.349
Piemonte	2.800	2.644.794	1.112.287	3.757.081	1.342
Sardegna	1.057	1.014.827	401.716	1.416.543	1.340
Marche	993	933.339	381.162	1.314.501	1.324
Italia	39.270	37.658.137	13.941.531	51.599.668	1.314
Liguria	1.036	915.885	436.284	1.352.169	1.305
Calabria	1.312	1.189.374	425.625	1.614.999	1.231
Lazio	4.056	3.688.832	1.293.472	4.982.304	1.228
Puglia	2.932	2.522.245	909.396	3.431.641	1.170
Umbria	677	533.186	227.477	760.663	1.124
Molise	235	185.513	76.120	261.633	1.113
Basilicata	434	350.329	131.267	481.596	1.110
Abruzzo	1.016	807.927	316.711	1.124.638	1.107
Sicilia	3.902	3.093.448	1.079.447	4.172.895	1.069

Fonte: SISAC 2021 e ISTAT

Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale proposta dal D.M.77?

Le Origini della professione

Inizialmente il Medico Generalista operava da solo nel proprio ambulatorio e svolgeva molte funzioni. Il suo ruolo e le sue funzioni furono codificate nel 1943, quando fu istituito l'INAM, che erogava "l'assistenza sanitaria generica domiciliare e ambulatoriale".



Suddivisione dei compiti, una volta eseguiti dal medico generico, in attività svolte da più figure professionali (1966 Guardia medica festiva; 1973 Guardia medica notturna; 1975 Assistenza Pediatrica; 1979 Medicina dei servizi ...)



Passaggio dall'esercizio in forma singola alla medicina in gruppo o in rete con altri simili (primo A.C.N. 1978)



Integrazione del Medico di Medicina Generale con altri medici specialisti e professionisti sanitari (2012 L. 158 Balduzzi)

PNRR nuovo modello di assistenza territoriale: il ruolo Centrale del MMG

- Colonna portante della Casa di Comunità è l'**équipe multiprofessionale minima** della quale è protagonista il Medico di Medicina Generale
- Le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente (Spoke)



Eventuali modifiche nelle relazioni tra SSN e MMG

L'attuale organizzazione della Medicina Generale (e della Pediatria di Libera Scelta e in parte la Specialistica Ambulatoriale Interna), derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all'interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione verso la riforma del sistema sanitario Territoriale



Transizione verso modello che richiami regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte

Organizzazione contrattuale MMG in Europa

	ITALIA	GERMANIA	SVEZIA	FRANCIA	GRAN BRETAGNA	SPAGNA
FORMA GIURIDICA	libero professionista convenzionato o con il Ssn	liberi professionisti con contratto stipulato con una compagnia di assicurazione sanitaria	dipendenti stipendiati, sia pubblici che privati	liberi professionisti o dipendenti di strutture multidisciplinari	liberi professionisti o dipendenti di studi	dipendenti pubblici
RETRIBUZIONE	quota fissa su base capitaria e quota variabile basata sulle prestazioni erogate e sul raggiungimento di obiettivi specifici	quota fissa su base capitaria e quota variabile basata sulle prestazioni erogate	quota fissa su base capitaria e quota variabile basata sulle visite e sul raggiungimento di obiettivi specifici	sistema misto di tariffe fisse: su base capitaria per la gestione delle patologie croniche; derivante da accordi con le assicurazioni pubbliche nazionali	definita in contratti a livello nazionale	quota fissa minima alla quale si aggiungono una negoziazione con i sindacati regionali e incentivi derivanti dai livelli di responsabilità ricoperti
FORMAZIONE	corso triennale di formazione in medicina generale	specializzazione accademica in medicina generale con formazione professionale	corso di specializzazione di cinque anni e mezzo con un periodo di	specializzazione triennale in medicina generale	due anni di corso base in medicina generale all'interno di diverse	corso di specializzazione ad hoc


Linee alternative di riforma del rapporto tra Servizio e MMG

Come garantire la fornitura di prestazioni programmate dalle regioni e dalle Aziende Sanitarie, sulla base dei bisogni rilevati?

1. Dipendenza
2. Forma di Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN
3. Forma di Accredimento e Accordi (tipo Privato-Accreditato)
4. Doppio canale: Dipendenza e Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN.

Dipendenza

-collocazione organica in un modello organizzativo, omogeneo su tutto il territorio nazionale, con garanzia di inserimento dei MMG nelle strutture come ora definite dal PNRR: Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali.

 Erogazione delle prestazioni sanitarie in strutture ideate appositamente, dotate di strumentazioni e servizi in linea con gli standard del servizio sanitario, le Case della Comunità, nell'ambito di team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute quali strumenti attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in base alla impostazione del PNRR.

 Efficacia della Presa in Carico

 Impossibilità di garantire la stessa prossimità dello studio medico privato e i tempi di visita a domicilio per la necessaria concentrazione delle sedi pubbliche (possibile soluzione IFeC per il supporto alle visite domiciliari e gli Ambulatori di Prossimità)