

## In attesa di risposte...



Alessandro Rossi

Siamo tutti ormai convinti che le Cure Primarie nel nostro Paese si trovino di fronte ad un passaggio cruciale. La proposta di trasformare il Medico di Medicina Generale (MMG) da libero professionista convenzionato a dipendente del SSN rappresenta una questione delicata e complessa, con implicazioni giuridiche, economiche ed organizzative. Intorno alla convenienza ed opportunità di questo passaggio, abbiamo registrato, sul fronte delle Istituzioni pubbliche (nazionali e regionali), prese di posizione maggiormente legate a "comunicazioni estemporanee", nella maggior parte dei casi in risposta a ripetute sollecitazioni da parte della stessa Medicina Generale, piuttosto che ad una piena valutazione delle ricadute economiche sul SSN di tale scelta. Ricordiamo come il DM 77/24 avesse già introdotto il ruolo unico e funzioni nuove per il MMG, delineando un modello assistenziale più strutturato ed ancorato ai Presidi di comunità (siano esse Case di Comunità, AFT, UCCP od altro), pur non prevedendo una modifica dello stato giuridico del medico e lasciando intatto il modello di convenzionamento.

Ma non era questa la considerazione principale che ci aveva spinto ad alcune riflessioni. Piuttosto stiamo pensando a come l'intero sistema si stia avvicinando alla riforma organizzativa delle Cure Primarie (ed alla conseguente allocazione di risorse) prevista dal tante volte evocato DM 77. Vale a dire, in termini molto semplici, come potremo arrivare alla fatidica data del giugno 2026, termine in cui si prevede l'apertura di circa 1400 CdC rispetto alle 350 (teoricamente) esistenti in questo momento. Mi domando, a questo punto, quale sia il livello di programmazione della "governance" di questa trasformazione epocale e chi la stia realmente gestendo. Si sono ad esempio previsti i termini numerici del personale (medico, infermieristico, amministrativo) da allocare in tali strutture? E' evidente come la quantificazione numerica delle risorse umane

indispensabili al funzionamento (sperando che il funzionamento sia coerente con una appropriata funzione) delle stesse sia "conditio sine qua non" per l'avvio di una qualunque attività. Per non parlare poi dello stato degli immobili destinati a tali funzioni e dell'attrezzatura necessaria (strumentistica e tecnologica). E poi ancora, come si pensa di avviare al progressivo depauperamento numerico dei MMG (i cui numeri sono stati più volte ricordati in questa Rivista) e, se premettete, ancor di più, come si pensa di ovviare alla cronica mancanza di personale infermieristico perdurante da tempo nell'assistenza territoriale del nostro Paese, praticamente in ogni Regione? Regioni ed Aziende sanitarie non ci risulta abbiano elaborato le stime di questi numeri.

Non solo. Come ricordato di recente da un oculato intervento di Mauro Marin (lettere al Direttore, Quotidiano Sanità online), gli stessi soggetti ancora non pubblicano i dati sui carichi di lavoro dei MMG, al fine di programmare le possibilità e le modalità di integrazione degli impegni orari aggiuntivi presso le CdC, richiesti dal ruolo unico dell'ACN. Il rapporto OASI 2024 (Cergas Bocconi) ha fornito uno spaccato di questi carichi di lavoro molto illuminante e fondato su dati reali: 200/250 contatti a settimana (cioè, più di mille al mese) per MMG, un flusso di comunicazioni e richieste digitali impegnative per 7 giorni su 7, domiciliarità, formazione, tutoraggio. Anche i dati relativi all'ultimo rapporto Health Search 2023 suffragano e dettagliano questo carico di lavoro, in particolare nei soggetti con polipatologia e nei grandi anziani.

Dal nostro punto di vista, sottolineiamo inoltre come i MMG sono tra i professionisti sanitari che hanno maggiormente implementato la digitalizzazione e che pertanto (anche in base alla connessione con il MEF tramite SOGEI) vedono quotidianamente tenuto sotto controllo il proprio flusso di prestazioni. Non ci interessa tanto superare il pregiudizio riguardo alla produttività

dei MMG (come ricordava un famoso barbuto tedesco "si possono cambiare i giudizi ma non i pregiudizi"), quanto piuttosto chiederci come, in assenza di questi dati, possa il programmatore regionale decidere l'impegno dei MMG all'interno delle CdC.

Terza ed ultima riflessione. Un bravo programmatore dovrebbe prevedere una serie di funzioni, attività e compiti da attribuire ad ogni attore coinvolto in un processo di riorganizzazione dei servizi. Ciò significa stabilire degli "standard professionali" ed abbinare a questi delle specifiche "competenze". Facciamo l'esempio di una rilevante patologia cronica, lo scompenso cardiaco (ma si potrebbe far riferimento parimenti a diabete, BPCO ecc.): quali interventi ci si attende debbano essere espletati nei diversi setting assistenziali, che siano essi CdC Hub o CdC spoke (o nel proprio studio, nei casi in cui gli spoke siano impraticabili per motivi di dispersione del

territorio); quali interventi preventivi, diagnostici, di monitoraggio sull'individuo e sull'ambiente familiare; con quale personale di supporto e con quale strumentazione diagnostica; quale utilizzo della telemedicina; con quali obiettivi clinici e quali indicatori per auditing e analisi costo/efficacia. In altre parole, il MMG che entrasse a far parte di un nuovo setting assistenziale, dovrebbe aver chiaro nel dettaglio a quali mansioni viene chiamato, per quali obiettivi e con quali strumenti e risorse.

Per non parlare poi dei rapporti interprofessionali col restante personale medico afferente alla CdC, ad esempio col Direttore del Distretto, col Dipartimento di Prevenzione, col Geriatra territoriale, ecc. Dovremmo al più presto definire, in particolare per i coordinatori di AFT, UCCP, CdC, quali debbano essere le competenze e le "best practice". Parliamo di una serie di competenze per molti versi nuove, sia in termini manageriali, che organizzativi, che re-

lazionali. Il nuovo setting di lavoro fa scaturire in automatico la definizione di nuove competenze. Chi si sta occupando di questo?

La SIMG ha negli ultimi anni rafforzato le attività professionalizzanti connesse anche a questo nuovo ruolo del MMG. Da quelle di tipo manageriale a quelle relazionali, fino alla presentazione al prossimo Congresso nazionale del "Case lab", cioè di un modello che segua il paziente in tutto il suo percorso; una evoluzione dal "caso clinico" al modello di presa in carico in diversi setting assistenziali.

Per concludere. Le domande basilari sono: con quali numeri? con quale programmazione dei carichi di lavoro? con quali standard professionali e competenze? Se non si risponde almeno a queste tre domande, ogni discorso volto alla riorganizzazione delle Cure Primarie rischia di essere illusorio od infondato.



**SIMG**  
SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI  
DI MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE