

Quale nuovo ruolo del Medico di  
Medicina Generale nella riforma della  
sanità territoriale?

di Carlo Bottari, Paolo De Angelis,  
Paco D’Onofrio e Federico Laus  
*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*



# Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?

**di Carlo Bottari, Paolo De Angelis,  
Paco D'Onofrio e Federico Laus**

*Alma Mater Studiorum* – Università di Bologna

La sanità territoriale è attualmente oggetto di studio al fine di prevedere un adeguato piano di riforma, necessario per garantire, tra l'altro, il rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e dei servizi domiciliari, come invocato e atteso nel PNRR<sup>1</sup>.

Recentemente, il Consiglio dei ministri, nella riunione del 21 aprile 2022, ha deliberato l'autorizzazione del decreto ministeriale, recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»<sup>2</sup>, in sostituzione dell'intesa della Conferenza Stato-regioni (per esito negativo delle ultime sedute), tenuto conto che l'entrata in vigore del predetto provvedimento costituisce una tappa necessaria, secondo quanto previsto dalla programmazione comunitaria, da raggiungere entro il 30 giugno 2022.

Si attende, dunque, l'adozione del prospettato decreto ministeriale che, nell'ultima versione in bozza, sottolinea come l'individuazione dei bisogni socioassistenziali del paziente (che portano alla definizione del Progetto di Salute) determini l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), ma che maggiore è la complessità clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

Il nuovo modello di assistenza territoriale dovrebbe prevedere un Distretto (di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio), la cui programmazione prevederebbe i seguenti standard:

- almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità spoke e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali; tutte

---

<sup>1</sup> Precisamente nel PNRR Missione 6, Componente 1, intitolata *reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*

<sup>2</sup> Accessibile ai seguenti link: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/DM-71-approvato-in-CDM.pdf> e [https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15\\_14674/pnrr-standard-assistenza-assistenza-territoriale.html](https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14674/pnrr-standard-assistenza-assistenza-territoriale.html)



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;

- almeno 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 2.000 - 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;
- almeno 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;
- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

Tale strutturazione rappresenterà il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL, ed è finalizzata a proporre una risposta coordinata e continua ai bisogni assistenziali, anche attraverso l'integrazione multiprofessionale nelle Case di Comunità.

Nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale sono state approntate le prime analisi in merito alle eventuali modifiche nelle relazioni tra SSN e MMG, individuando criticità tanto in relazione all'attuale modello quanto rispetto ai modelli differenti proposti.

Tuttavia, sebbene il dibattito sulla soluzione preferibile sia certamente tutt'altro che concluso, alcune riflessioni si impongono sulle prime eccezioni rivolte alla proposta che individua la dipendenza come modello di riferimento.

All'interno della discussione della riforma del rapporto, ad esempio, il documento recante "Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale determinata da PNRR"<sup>3</sup>, esaminato dalla Commissione Salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome nelle sedute di settembre/ottobre 2021 (e ad oggi in attesa di ulteriori approfondimenti), individua alcune linee alternative di riforma del rapporto tra Servizio e MMG. Secondo tale analisi, 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. Il rapporto di lavoro dei MMG/PLS con i vari SSR dovrà uscire dalle criticità dell'attuale convenzionamento ed essere orientato ad un modello che richiami regole chiare e attività esigibili, con sistemi di monitoraggio e remunerazione legati a risultati di salute e attività svolte. Questo per garantire la fornitura di prestazioni programmate dalle regioni e dalle Aziende Sanitarie, sulla base dei bisogni rilevati. Naturalmente va considerato il ruolo che tali professionisti hanno e soprattutto avranno nel presidio del territorio.

---

<sup>3</sup> Reperibile su <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7650793.pdf>



La riforma della sanità territoriale impone una revisione del rapporto, immaginando un quadro normativo nazionale semplificato con regole chiare e inderogabili, lasciando al livello regionale la declinazione dei principali obiettivi, optando per una delle seguenti distinte tipologie di rapporto con il MMG/PPL: 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. Secondo l'analisi condivisa in Conferenza, le prime tre ipotesi non sono da considerarsi necessariamente mutuamente esclusive, ed idealmente una revisione della assistenza primaria potrebbe prevedere la coesistenza in prospettiva di diverse modalità di relazione, mentre la quarta ipotesi presenta un doppio canale che si adatterebbe all'attuale situazione.

Certamente, la soluzione della dipendenza consentirebbe una collocazione organica in un modello organizzativo, omogeneo su tutto il territorio nazionale, con garanzia di inserimento dei MMG nelle strutture come ora definite anche dal PNRR: Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali.

Alcuni commenti, intervenuti in reazione a tale proposta di riforma, sostengono che la pubblicizzazione del rapporto porterebbe ad una diminuzione dell'assistenza del paziente, a fronte della pretesa impossibilità di garantire la stessa prossimità dello studio medico privato e i tempi di visita a domicilio per la necessaria concentrazione delle sedi pubbliche.

L'eccezione, tuttavia, né nella pratica né nella teoria trova un obiettivo fondamento. Ad eccezione di rarissimi casi, il MMG, secondo il modello attuale, garantisce una copertura oraria e giornaliera limitata e insufficiente e l'ipotetica prestazione a domicilio è ormai un lontano ricordo. Nella realtà, il rapporto si sviluppa quasi esclusivamente presso lo studio del medico, in locali spesso non adeguati e non realizzati per offrire prestazioni sanitarie, con notevoli problematiche in merito all'accessibilità (frequentemente trattandosi di edifici residenziali con barriere architettoniche) e agli spazi, inadeguati ad offrire prestazioni diverse dal mero colloquio medico/paziente.

La soluzione della c.d. "pubblicizzazione" consentirebbe di offrire prestazioni sanitarie in strutture ideate appositamente, dotate di strumentazioni e servizi in linea con gli standard del servizio sanitario, da identificarsi con la Casa della Comunità quale strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in base alla impostazione del PNRR. Sempre secondo il Piano, in tale struttura fisica opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute. Pertanto, una volta che tali strutture saranno realizzate, nell'ambito del Piano, certamente non vi saranno oneri più consistenti per la finanza pubblica in relazione ai costi delle strutture e degli strumenti, ora a carico dei professionisti.



Tale riforma, invece, consentirà di individuare un punto di accesso chiaro in cui i medici di medicina generale rafforzerebbero il loro ruolo di assistenza sanitaria primaria, potendo operare in un contesto attrezzato e beneficiare della disponibilità contigua di professionisti specialisti, completando la transizione dal medico di famiglia “solista” al medico di medicina generale moderno, compiendo il percorso tracciato dal d.l.158/2012, modificativo del d.lgs.502/1992, sebbene già sollecitato fin dal periodo immediatamente successivo all’istituzione del SSN<sup>4</sup>.

Peraltro, la nuova architettura consentirebbe di procedere realmente alla presa in carico del paziente, che troverebbe nella Casa della Comunità un centro assistenziale di riferimento, senza dover accedere al Pronto Soccorso ospedaliero, investito di ben altro scopo.

Pare indubbio che di tale sviluppo beneficerebbe tanto il paziente quanto il MMG, affiancato da una struttura realmente operativa.

A tali considerazioni occorre affiancarne un’altra, connessa all’eccezione ulteriore relativa alla scarsa prossimità al paziente che l’accentramento del servizio andrebbe a causare. La riforma dovrà inserire nel nuovo sistema la figura dell’infermiere di famiglia o di comunità, come introdotto dal d.l.34/2020, per potenziare la presa in carico sul territorio. L’infermiere potrebbe svolgere, con il coordinamento del MMG, le visite domiciliari necessarie a garantire l’effettiva presa in carico del paziente, peraltro in linea con quanto già espresso nella bozza di decreto ministeriale considerato in premessa.

Anche con riferimento alla formazione ed all’aggiornamento professionale, il rapporto di pubblico impiego consentirebbe non soltanto all’Ordine professionale di appartenenza, ma allo stesso datore di lavoro, uniformemente a linee guida predisposte dal Ministero della Salute, di poter assicurare l’effettiva partecipazione a corsi e seminari a sostegno di una crescita professionale che collochi il MMG in una dimensione di affidabile funzionalità per il SSN. Differentemente, lo status di libero professionista non riuscirebbe ad assicurare un’uniformità nella risposta alle esigenze di salute della cittadinanza, soprattutto nei riguardi di fenomeni epidemiologici diffusi che impongono una visione condivisa su tutto il territorio nazionale.

Si tratta conclusivamente di una soluzione certamente politica, ma che impone un adeguamento normativo che consenta l’incremento della dotazione organica del personale pubblico e permetta l’inquadramento nella dipendenza di tutti i MMG ad oggi in servizio.

Per consentire una valutazione anche in chiave comparata, al fine di fornire un quadro ampio delle soluzioni adottate da Paesi stranieri con riguardo alla tipologia di rapporto tra Servizio Sanitario e MMG,

---

<sup>4</sup> Si pensa ad esempio a Guzzanti E., Longhi T., *Medicina di base e medicina ospedaliera*, in *Federazione Medica*, 9, 1985, pp. 1005-1011.



si riportano di seguito alcuni dati, riassunti in formato tabellare, risultanti da un recente studio elaborato dell'Agenas<sup>5</sup> dedicato alla comparazione tra l'organizzazione delle Cure primarie in alcuni Stati europei.

	<b>ITALIA</b>	<b>GERMANIA</b>	<b>SVEZIA</b>	<b>FRANCIA</b>	<b>GRAN BRETAGNA</b>	<b>SPAGNA</b>
<b>FORMA GIURIDICA</b>	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
<b>RETRIBUZIONE</b>	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
<b>FORMAZIONE</b>	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

<sup>5</sup> Agenas, *Analisi comparata delle cure primarie in Europa*, Supplemento alla Rivista semestrale Monitor, 2022.

		di almeno cinque anni	formazione di 21 mesi		strutture ospedaliere e tre anni di formazione specialistica in medicina generale	
<b>FORMA DI SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITA'</b>	prevalenza di studi privati	prevalenza di studi privati	team con quattro o sei medici, integrati con altre tipologie di personale	prevalenza di studi privati	studi privati in prevalenza multidisciplinari e reti di ambulatori di assistenza primaria	esistono tre modelli di team: 1. base; 2. a gestione integrata tra servizi a più livelli; 3. basato sull'esternalizzazione dei servizi di cure primarie a consorzi pubblici o a partnership con realtà profit