

Verso la riforma della Medicina Generale: conoscersi per rinnovarsi. Risultati del questionario relativo alla conoscenza della Medicina Generale e alle sue prospettive future

Cesare Liberali, Alessandro Rubino, Alessandro Colombo, Emanuele Antonio Vendramini*

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito istituzionale e la recente crisi epidemica ne ha acuito la rilevanza. Una riforma della sanità territoriale sembra ormai improcrastinabile, ed è essenziale che gli attori del sistema conoscano i propri stakeholder. Si è voluto, quindi, cambiare il punto di vista provando a indagare la Medicina Generale attraverso gli altri protagonisti del SSN. I corsisti DIAS e DSC della Lombardia hanno risposto a un questionario, validato da un panel di esperti, al fine di indagare le loro conoscenze e prospettive future riguardo la figura del MMG. I risultati offrono molti spunti di riflessione. Le risposte sono state eterogenee, dimostrando una parziale conoscenza della MG e una grande differenza di aspettative sul futuro di questa professione.

* Cesare Liberali, Medico di Medicina Generale, Asst Ovest Milanese.

Alessandro Rubino, Medico di Medicina Generale, Asst Pavia.

Alessandro Colombo, Direttore dell'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo.

Emanuele Antonio Vendramini, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Esistono però alcuni fondamentali punti di convergenza, utili per la riorganizzazione delle cure primarie.

Parole chiave: medicina generale, riforma, sistema sanitario, cure primarie, territorio, management.

Towards the reform of General Practice: To know each other in order to renew ourselves Results of the survey about the knowledge of General Practice and its future

The renewal of health systems is at the centre of institutional debate and the recent epidemic crisis has sharpened its relevance. The reform of primary care seems uncrustinable and the actors of the system need to know their stakeholders. It has been changed the point of view investigating GP through the other main characters of the NHS.

The DIAS and DSC students from Lombardy answered to a survey, validated by a panel of experts, in order to investigate their knowledge and future prospects about the GP figure. The answers were heterogeneous, ad it demonstrates a par-

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Peculiarità della Medicina Generale
3. La formazione e la carenza dei MMG
4. Rapporti con gli specialisti
5. Obiettivo e destinatari del progetto
6. Materiali e metodi
7. Risultati e breve commento alle risposte più significative
8. Discussione
9. Conclusioni

tial knowledge of GP and a great difference of expectations about the future of this profession.

However, there are some fundamental points of convergence, useful for the reorganization of primary care.

Keywords: General Practice, Reform, Health System, Primary Care, Territory, Management.

Articolo sottomesso: 17/08/2022,
accettato: 09/03/2023

1. Introduzione

Le cure primarie includono tutti i servizi che sono il primo contatto per il cittadino (Garattini, Curto e Freemantle, 2016).

Dal punto di vista delle politiche sanitarie la funzione principale delle cure primarie è quella di coordinamento delle cure all'interno di tutto lo spettro di servizi dell'assistenza sanitaria. Indipendentemente dal tipo di sistema sanitario, il Medico di Medicina Generale (MMG) è il perno delle cure primarie in tutta Europa, essendo il professionista in prima linea per la gestione di qualsiasi problema di salute dei cittadini.

Inoltre, i MMG sono considerati cruciali nell'attività di *gate-keepers* come filtro alle cure specialistiche di secondo e terzo livello (Bashshur *et al.*, 2016).

Il carico di lavoro per le cure primarie è in costante aumento in questa epoca di invecchiamento della popolazione, e ancora di più per i MMG a causa della carenza di professionisti in tutta Europa (Garattini e Padula, 2018).

A tal proposito, è emblematico che il XIII Report di Health Search, istituto di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), registri

un graduale e significativo incremento del carico di lavoro tra il 2009 e il 2018 (da 7,1 contatti paziente/anno nel 2009 a 10,1 contatti paziente/anno nel 2018) (XIII Report Health Search, 2020).

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale, e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da COVID-19 ne ha accentuato rilevanza ed essenzialità (Rapporto OASI, 2020).

La Medicina Generale occupa, da sempre, un fondamentale e insostituibile ruolo all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano.

La pandemia COVID-19 ha messo in luce tutte le criticità del sistema e accelerato la sua indispensabile riorganizzazione.

Pertanto, una riforma del territorio e della Medicina Generale sembra, ai più, ormai necessaria e improcrastinabile (Badinella Martini, Garattini e Mannucci, 2021).

Questa riforma dovrà cercare di risolvere un problema cruciale per la sopravvivenza del SSN, di cui si discute da decenni: l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella del territorio e delle cure primarie (Proposta di PNRR 2021, doc. XXVII).

2. Peculiarità della Medicina Generale

I MMG sono liberi professionisti convenzionati, a differenza dei colleghi ospedalieri che sono assunti con contratto da lavoratore dipendente (tranne alcune eccezioni, come per esempio gli specialisti ambulatoriali convenzionati) (Garattini, Badinella Martini e Mannucci, 2020).

Il MMG è un libero professionista convenzionato con il SSN: instaura

quindi un rapporto privatistico di lavoro autonomo-professionale con i connotati di parasubordinato (Accordo Collettivo Nazionale, ACN, Medicina Generale, 29 luglio 2009 e s.m.i.). Il rapporto tra il SSN e i MMG è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli ACN stipulati (ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991) con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale (la rappresentatività viene definita in base al numero di deleghe, e quindi di iscritti).

L'ACN disciplina i rapporti con i MMG ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

L'ultimo ACN per la disciplina dei rapporti con i MMG risale al 2009: questa data da sola è in grado di far capire come da tempo la Medicina Generale sia stata lasciata ai margini dei grandi cambiamenti che hanno interessato il SSN negli anni.

Secondo l'articolo 59 dell'ACN vigente, il compenso dei medici convenzionati per l'assistenza primaria è suddiviso in quota fissa e quota variabile.

La quota fissa, definibile anche quota capitaria, è negoziata a livello nazionale ed è calcolata sul numero di assistiti e ponderata in base alle loro fasce di età.

La quota variabile può essere divisa a sua volta, semplificando, in due parti.

Una prima quota variabile è finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresi la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, l'indennità di collaboratore di studio medico e l'indennità di personale infermieristico.

Una seconda quota variabile è calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazioni e servizi, concordata a livello regionale e/o aziendale (che potremmo definire *fee-for-service*).

Essa è per esempio attribuibile a prestazioni aggiuntive (PIPP), assistenza programmata, assistenza domiciliare programmata (ADP), assistenza domiciliare integrata (ADI), assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni e attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, possesso e utilizzo di particolari standard strutturali e strumentali, ulteriori attività o prestazioni richieste dalle Aziende.

Secondo quanto previsto dall'ACN, il medico ha inoltre la possibilità di aggregarsi volontariamente in forme associative (rete e gruppo) con un aumento delle fasce orarie coperte da assistenza, grazie anche alla condivisione delle cartelle cliniche dei pazienti afferenti alla rete o al gruppo (in questa seconda forma associativa i medici condividono anche gli spazi fisici, il personale di studio e infermieristico).

Nonostante gli art. 26, 26 bis e ter sanciscano l'obbligatorietà di alcune forme associative, molti MMG lavorano ancora come medici singoli: solo il 71% dei MMG in Lombardia lavora in associazione con altri colleghi, solo il 40% dei MMG ha personale di studio e il 25% l'infermiere di studio (AIR 2020 Accordo Integrativo Regionale – Regione Lombardia).

Come si evince da quanto appena descritto, la remunerazione del MMG è legata in piccola parte alle prestazioni eseguite, quasi per nulla alle sue

performance (la loro retribuzione è quasi sempre legata a singole iniziative regionali o locali) e a quanto queste influiscano sulla salute dei pazienti.

Questo sistema rischia di disincentivare le best practice e sfavorire un approccio proattivo alla professione di MMG.

In considerazione del vertiginoso aumento della domanda è possibile che un modello di questo tipo non sia più adeguato alle nuove esigenze.

3. La formazione e la carenza dei MMG

Nonostante la crescente attenzione e il riconoscimento della loro importanza (Colombo e Parisi, 2019), in Italia come in altri Paesi mancano i MMG.

Si calcola che entro il 2028 il saldo tra MMG pensionati ed entranti sarà negativo per 22.000 unità (Scotti, 2018).

Nella classifica per fasce d'età di Eurostat (Eurostat, 2019), l'Italia nel 2017 è al penultimo posto (8,6%) per presenza di medici di età inferiore ai 35 anni (contro per esempio il 32,5% di UK).

Nella fascia tra i 35 e 44 anni, l'Italia è ancora nelle ultime posizioni con una percentuale pari al 17,3%. Solo sei Paesi registrano percentuali più basse. Norvegia e UK sono al terzo e al quarto posto e hanno una percentuale pari rispettivamente al 29,7% e al 29,2%. Se cumulativamente i medici in Italia fino ai 44 anni sono il 25,9% del totale, non sorprende come il 19,1% dei medici abbia un'età compresa tra i 45 e i 54 anni, e soprattutto come il 39,5% abbia un'età tra i 55 e i 64 anni e sia quindi prossima al pensionamento. In quest'ultima fascia d'età l'Italia è il Paese, tra gli EU-28, con la percentuale più alta.

Si può cercare un confronto tra regioni, analizzando altri dati: la Lombardia

è al primo posto per numerosità di MMG, ma essa scende al ventunesimo per numerosità rispetto ai residenti (6,43 per 10.000 abitanti a fronte di una media italiana di 7,3); a maggior conferma della prossima carenza di professionisti, solo il 22% dei 6.143 MMG convenzionati in Lombardia ha un'età inferiore ai 54 anni (Colombo e Bassani, 2019).

Oltre al grande numero di pensionamenti previsti, pochi laureati in Medicina e Chirurgia scelgono di frequentare il corso triennale di formazione in MG.

I corsisti percepiscono una borsa di studio di circa il 50% più bassa rispetto alle altre specializzazioni mediche o chirurgiche.

I giovani medici preferiscono le altre specializzazioni, nonostante il titolo di MMG consenta immediato accesso al lavoro (Colombo e Parisi, 2019).

A differenza degli altri Paesi europei, in Italia il corso di formazione in Medicina Generale è un corso non universitario, non viene quindi riconosciuto come specializzazione e ha durata di tre anni.

Tuttavia, la difficoltà a reclutare medici per la formazione in Medicina Generale è stata notata anche in altri Paesi (Ghoss, Kapila e Ghosh, 2017). Una spiegazione potrebbe essere la percezione negativa della vita lavorativa del MMG rispetto allo specialista (Phillips *et al.*, 2012).

È allarmante notare come i livelli di burnout dei medici delle cure primarie sia in aumento in tutta Europa (Soler *et al.*, 2008): uno studio danese mostra come i MMG con sindrome di burnout siano passati dal 3% nel 2004 all'11% nel 2016.

Quanto appena descritto pone sicuramente il problema della sostenibilità

della professione e allo stesso tempo è un'occasione unica di rinnovamento della MG e delle cure primarie.

In un recente articolo Garattini, Badinella Martini e Mannucci (2020) sostengono che per il SSN italiano la MG sia una professione insostituibile da altre discipline mediche, con specifici compiti e competenze; prospettano quindi la necessità di rendere la MG una specializzazione universitaria indipendente, con l'avvio anche in Italia di dottorati di ricerca nell'ambito delle cure primarie, l'introduzione dell'insegnamento della MG nel corso di laurea e la possibilità per i MMG di ambire a posizioni accademiche.

Gli stessi autori ritengono inoltre importante, al fine di valorizzare la MG, che venga potenziata e messa a sistema la ricerca in questa disciplina, attraverso l'istituzione di dipartimenti universitari di MG, che vengano creati network nazionali/internazionali per la raccolta e condivisione dei dati, oltre alla possibilità di pubblicare su riviste proprie.

4. Rapporti con gli specialisti

Consultando la letteratura, Cricelli (2008) osserva che le strategie per la riorganizzazione della Medicina Generale e delle cure primarie sono sempre state sviluppate a partire dalla Medicina Generale per la Medicina Generale stessa, pensandosi come un universo "semipermeabile" agli altri player del SSN.

Un interessante questionario ha interrogato (Colombo e Parisi, 2019) un gruppo di 355 medici frequentanti il Corso di Formazione specifica in Medicina Generale e 100 loro tutor lombardi su quali fossero le competenze necessarie al MMG e quali le attività fonda-

mentali di questa professione: la maggior parte degli intervistati (52,7%) concorda nel considerare fondamentale l'expertise clinica e diagnostica, e il 51% dei tutor considera le doti relazionali un'abilità fondamentale.

Tuttavia, solo 1,4% degli intervistati considera importante costruire strette relazioni di collaborazione con i colleghi ospedalieri.

Al momento, non esiste un sistema strutturato di relazione tra i MMG e i colleghi ospedalieri, sia che essi lavorino in ospedale sia che siano attivi presso gli ambulatori specialistici territoriali.

L'unica piattaforma che in Lombardia consente la condivisione di informazioni cliniche del paziente è il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale strumento, pur essendo un contenitore di informazioni potenzialmente formidabile, al momento presenta molteplici criticità:

- 1) la navigazione e l'accesso sono molto lenti, non permettendo di fatto allo specialista la consultazione nei tempi di visita prestabiliti;
- 2) non è modificabile dal MMG, che non ha la possibilità di caricare informazioni, documenti o referti di visite;
- 3) non è implementabile per le visite eseguite extra SSR;
- 4) non presenta integrazione con la cartella clinica del MMG;
- 5) è strutturato come un archivio di file PDF in ordine cronologico, non come una cartella clinica, e questo lo rende di fatto inconsultabile: basti pensare al caso di un paziente polipatologico che ogni anno esegue decine di esami e accertamenti, per cui è necessario aprire e scaricare ogni singolo file per sapere cosa

contiene (non è indicato nemmeno di che visita si tratta).

Il MMG, per sua stessa natura, ha sicuramente come obiettivo principale la cura del paziente all'interno di un rapporto fiduciario, tuttavia non può esimersi dal considerarsi parte di un sistema più ampio che coinvolge altre figure all'interno di un percorso di cura organizzato e moderno.

Il lavoro che qui viene presentato si propone di cambiare radicalmente il punto di vista: prova a indagare la Medicina Generale proprio dal punto di vista dei dirigenti ospedalieri e Aziendali, e degli altri protagonisti del SSN con i quali è necessario definire ruoli, competenze, e ambiti di azione per un favorire un'adeguata organizzazione che permetta di rendere le aspettative dei professionisti omogenee e condivise.

5. Obiettivo e destinatari del progetto

L'obiettivo principale è quello di indagare attraverso un questionario la percezione attuale del ruolo della Medicina Generale e l'opinione su alcune proposte futuribili riguardanti la definizione del ruolo all'interno del SSN da un punto di vista esterno, quello dei dirigenti del SSR, sottoponendolo ai discendenti del Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa (DSC) di Accademia Polis Lombardia e del corso di formazione manageriale per Direttori di Azienda Sanitaria (DIAS).

6. Materiali e metodi

È stato proposto un questionario a risposta chiusa o breve (Allegato A) suddiviso in quattro parti:

1) dati descrittivi del campione (6 domande);

- 2) domande relative alla percezione attuale del mondo della Medicina Generale (11 domande);
- 3) aspettative relative agli scenari futuri e allo sviluppo della Medicina Generale, con particolare attenzione alla definizione del ruolo e alla valutazione della performance dei professionisti (10 domande);
- 4) criteri di misurazione del lavoro (3 domande).

Il questionario è stato inizialmente testato su un piccolo campione, e poi rivisto e approvato da un panel di nove esperti composto da:

- 1) professoressa Beretta Giovanna, Presidente ODM Varese;
- 2) professor Borgonovi Elio, SDA Bocconi;
- 3) dottor Brignoli Ovidio, Vicepresidente SIMG, MMG;
- 4) dottor Colombo Alessandro, Direttore Accademia Polis Lombardia;
- 5) professor Epis Oscar Massimiliano, ASST Grande Ospedale Metropolitan Niguarda;
- 6) professor Harari Sergio, Università degli studi di Milano;
- 7) dottoressa Malnis Daniela, ex Direttore Socio Sanitario della ASST Santi Paolo e Carlo di Milano;
- 8) professor Vago Gianluca, Università degli studi di Milano;
- 9) professor Vendramini Emanuele Antonio, Università Cattolica del Sacro Cuore.

Il questionario risultante dalle revisioni degli esperti è stato sottoposto ai partecipanti dei corsi DSC e DIAS dell'Accademia Polis Lombardia (sia a coloro iscritti all'A.A. 2020/2021, sia a quanti hanno partecipato negli anni precedenti). In particolare sono stati

contattati: 75 iscritti ai corsi DSC 1901/1902/1903 e 64 allievi di corsi DIAS 01/02 e integrativo, per un totale di 139 professionisti.

I partecipanti all'indagine hanno avuto otto giorni (dal 09/08/2021 al 16/08/2021) di tempo per rispondere al questionario, da compilare su Google Moduli (il link al questionario è stato inviato per e-mail).

Tutti i partecipanti hanno prestato il consenso al trattamento e alla pubblicazione dei dati.

7. Risultati e breve commento alle risposte più significative

Sono state raccolte 109 risposte totali (il 77,8% del totale degli interlocutori coinvolti). L'età del rispondente più giovane è di 36 anni, l'età mediana è di 55 anni.

Il 92,4% degli intervistati lavora presso strutture pubbliche e il 97,2% di loro lavora da più di 10 anni.

7.1. Domande riguardanti la percezione attuale della Medicina Generale

– Alla domanda: “Quanti pazienti ha in carico in media un medico di Medicina Generale?” il 35,2% degli intervistati ha risposto: 1500 pazienti. Il numero corrisponde al massimo dei pazienti che un MMG può avere in carico. Questa risposta è stata probabilmente influenzata dal fatto che in Lombardia, a causa della contingente carenza di MMG, il carico di pazienti per ogni medico risulta effettivamente attorno a questi numeri.

Quasi tutti i partecipanti al sondaggio hanno individuato un numero compreso tra i 1000 e i 1800 pazienti, che corrisponde al vero in molte realtà. Poche risposte recitano cifre completamente diverse (un partecipante ha

affermato “5.000 pazienti”, un altro “300”).

– Alla domanda riguardante la suddivisione per età dei pazienti, le risposte sono state piuttosto omogenee all'interno del campione, per cui la maggior parte dei partecipanti ha suddiviso il totale degli assistiti come segue: il 30% dei pazienti ha fino ai 50 anni, il 30% conta 51-70 anni, un altro 30% di pazienti è 71-85enni e l'ultimo 10% è composto da ultra 85enni.

Confrontando le risposte illustrate dal grafico con i dati Istat sulle età della popolazione lombarda, si nota come, escludendo dal calcolo percentuale la popolazione 0-14 in carico quasi totalmente al Pediatra di libera scelta, le risposte siano corrispondenti alla demografia della regione Lombardia.

– Riguardo alla domanda: “Quanti contatti ha in media giornalmente un MMG con i propri pazienti?” l'intervallo di risposte è stato molto ampio: da 0 (fortunatamente, solo una risposta) a 130. 62 partecipanti (oltre il 50%) hanno risposto che il MMG ha un numero di contatti giornalieri con i pazienti inferiore o uguale a 30.

Considerando il numero di pazienti in carico al MMG (circa 1500 secondo la risposta precedente), è possibile che il dato risulti sottostimato.

Secondo il grafico presentato dal XIII Report Health Search (2020) della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, tenendo conto del solo ambito clinico, ed escludendo le attività burocratiche amministrative (come per esempio l'attività certificativa), si nota un graduale e costante incremento del carico di lavoro, con un'impennata tra il 2009 e il 2018 (da 7,1 contatti del paziente/anno nel

2009 a 10,1 contatti del paziente/anno nel 2018). La maggior parte dei contatti medico-paziente è rappresentata dalle visite di tipo ambulatoriale, seguite dalla richiesta di farmaci e prestazioni.

– Alla domanda: “Qual è il tempo dedicato dal MMG in percentuale alle seguenti attività?” le risposte sono state omogenee nel campione, in particolare nel considerare preponderante l’attività ambulatoriale (circa il 57% dei partecipanti pensa che il MMG dedichi tra il 20 e il 40% del suo tempo in visite domiciliari, e quasi il 40% dei rispondenti ritiene che ve ne dedichi ancora oltre il 40%), e sostanzialmente nulla l’attività al domicilio del paziente.

È possibile che la percezione del tempo dedicato alle visite domiciliari sia sottostimata in considerazione del fatto che solitamente i pazienti assistiti al domicilio siano relativamente pochi sul totale (sicuramente meno del 10% dei pazienti), tuttavia considerando la complessità di questi pazienti e il tempo necessario alla visita domiciliare è improbabile che questa attività impieghi meno del 10% del lavoro totale.

Sempre secondo il rapporto XIII Health Search (che per limiti legati al tipo di rilevazione non può rilevare le visite domiciliari) il peso delle visite ambulatoriali sul totale dei contatti medico-pazienti è diminuito progressivamente negli ultimi anni, scendendo dal 74% del 2011 al 54% del 2018. A questo andamento si contrappone l’aumento di contatti per effettuare una richiesta di farmaci e prestazioni, con un incremento notevole dal 17% del 2011 al 37% del 2018.

Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2018, stratificato per

fasce di età e sesso, cresce all’aumentare dell’età dei pazienti in entrambi i sessi, fino a raggiungere 23,5 contatti paziente/anno per gli uomini ultra 85enni. Altre attività considerate sono i contatti telefonici, la gestione delle e-mail, l’attività di prescrizione e certificazione (oltre il 41% degli intervistati ritiene che il MMG dedichi oltre il 40% del suo tempo alla prescrizione di farmaci), l’affrontare le patologie croniche o acute non gravi (si evince una preponderanza delle malattie croniche – per metà dei partecipanti il MMG vi dedica tra il 20 e il 40% della giornata lavorativa – su quelle acute, cui oltre il 70% attribuisce tra lo 0 e il 20% del tempo totale).

– Tutti gli intervistati considerano inesistente l’attività di telemedicina.

– È interessante notare che secondo il 30% circa degli intervistati il MMG non si occupa per nulla o molto poco (vi dedica meno del 10% del suo tempo) alla gestione delle patologie acute non gravi.

– Gli intervistati hanno idee molto discrepanti sul numero di ore di lavoro di un MMG.

Circa il 70% dei partecipanti ritiene che un MMG mediamente lavori meno di 8 ore al giorno, per il 22% invece il numero di ore di lavoro alla settimana è superiore a 40.

– Le risposte sulla scheda sanitaria e i referti dei MMG hanno mostrato un dato molto interessante.

Al momento il FSE è l’unico strumento strutturato di interazione tra specialistica e MG. In Lombardia ogni medico sceglie e lavora con una cartella cli-

nica che paga a proprie spese, che non comunica e non è sincronizzato con il FSE. Ma più del 65% dei partecipanti al sondaggio ha risposto il contrario. Meno del 50% dei rispondenti conosce le difficoltà di fruizione dei referti sul FSE e quasi nessuno (1%) di loro è a conoscenza del fatto che vengano inviati via mail al MMG.

– La quasi totalità degli intervistati (il 95% del totale) sa che il personale amministrativo e infermieristico dello studio del MMG viene assunto direttamente dal MMG a sue spese, rimborsate in parte dal SSR.

– La richiesta di mettere in ordine di rilevanza i punti di debolezza della Medicina Generale porta alla luce una certa omogeneità di vedute.

I partecipanti al sondaggio concordano che tra i punti deboli della MG vi sia una carenza di risorse strutturali (più del 60% ritiene massimamente e grandemente rilevante il problema) e una difficoltà di interazione con l'ospedale (oltre l'80% lo classifica tra i problemi più rilevanti).

Pur con diversi livelli di rilevanza, non sembra essere un problema la competenza dei professionisti MMG.

7.2. Domande riguardanti il futuro della Medicina Generale

– La domanda riguardante la posizione lavorativa che il MMG dovrebbe occupare, ha diviso gli intervistati.

Innanzitutto, nessuno dei partecipanti crede che il MMG debba lavorare come medico singolo, e allo stesso tempo tutti riconoscono l'importanza della figura professionale (nessuno ha risposto che questa figura debba essere ridimensionata).

Quasi il 40% crede che il MMG debba lavorare all'interno delle nasciture case della comunità (di cui, è interessante notare, non è ancora ben definito il funzionamento), il 27% ritiene che debba essere dipendente del SSN, indipendentemente dalla forma organizzativa, il 23% pensa che debba lavorare all'interno di microstrutture organizzate sul territorio dai medici stessi (con l'ausilio di infermiere e personale di studio assunti direttamente dal MMG), infine meno del 12% collocherebbe il MMG in strutture di medie e grandi dimensioni.

Da queste risposte si evince come la figura del medico singolo sia considerata superata (nonostante un gran numero di MMG continui a lavorare in solitaria), e come vi sia grande ottimismo nei confronti della prossima riforma della medicina territoriale.

È interessante notare come però siano pochi i dirigenti che ritengono che i MMG debbano lavorare in grandi strutture: è quindi probabile che le nasciture case della comunità presenteranno dimensioni medie e piccole, per servire in maniera capillare il territorio.

– In considerazione del grande favore dimostrato verso le case della comunità, che dovranno essere il ruolo fisico di scambio e integrazione tra le varie figure del SSR, sorprende la risposta alla seguente domanda: “Quale ritieni sia la modalità più idonea di interazione tra specialisti e MMG?”.

Meno del 50% dei partecipanti al questionario crede che sia di primaria importanza la condivisione di uno spazio fisico per una corretta interazione, circa il 40% considera che la modalità più idonea sia il contatto telefonico diretto, il 40% ritiene invece

più importante avere una piattaforma digitale unica, con cartelle condivise.

– Singolari sono le reazioni all'affermazione “Non ritengo che sia importante l'interazione tra le due figure”, che si sono polarizzate sul massimo e sul minimo della rilevanza. Dal momento che è condivisa l'importanza della collaborazione tra le varie figure del SSN, e considerando le altre risposte fornite durante il questionario, tutte tendenti a una maggiore condivisione del lavoro e degli obiettivi, è possibile che il quesito sia stato mal interpretato e che la grande maggioranza degli intervistati consideri molto rilevante l'interazione tra MMG e specialisti.

– Una domanda del questionario ha riguardato l'assunzione del personale di studio. Dalle risposte raccolte si evince come per la maggioranza dei partecipanti il MMG possa e debba avere delle competenze di organizzative e manageriali proprie del lavoro autonomo: per il 63,3% il MMG deve essere il responsabile della scelta del personale amministrativo e infermieristico che per il 15% deve essere pagato interamente dal MMG.

– La domanda sulla gestione del paziente cronico ha diviso a metà i partecipanti. Il 51,4% degli intervistati crede che il gestore del paziente cronico non complicato debba essere il MMG, mentre secondo il 44% l'infermiere di famiglia deve gestire il paziente cronico, con la consulenza del MMG.

Questo dato è particolarmente significativo per diversi motivi. In primo luogo, meno del 10% dei dirigenti prevede il coinvolgimento degli spe-

cialisti e delle strutture ospedaliere, a differenza di quanto previsto dall'attuale modello di presa in carico del paziente cronico di Regione Lombardia (attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili: DGR n. X/6551 del 04/05/2017 “Riordino della rete d'offerta”): quasi tutti i partecipanti sembrano concordare sulla necessità che la gestione della cronicità, per lo meno nelle sue forme più semplici, debba essere “esclusiva” del territorio, in un contesto che preveda la collaborazione tra MMG e infermiere.

Un secondo aspetto di grande interesse è che una larga parte dei partecipanti ritiene che sia l'infermiere di famiglia (figura nascente in Lombardia) a doversi occupare in prima istanza della gestione del paziente cronico. Questa risposta allo stesso tempo implica la possibilità per l'infermiere di prendere in carico il paziente, e attribuisce al MMG una competenza clinica già di secondo livello.

– Per quanto riguarda le malattie di cui dovrebbe occuparsi il MMG, la maggioranza del campione concorda sul ruolo fondamentale del MMG nella gestione del diabete (l'80%), dell'ipertensione arteriosa (l'85%), dello scompenso cardiaco (67%), degli screening (il 70%), delle vaccinazioni (69%) e nella promozione di sani stili di vita (quasi l'84%), dell'osteoporosi (63%) e dei disturbi cronici come asma e BPCO (il 72%). Meno rilevante, o poco rilevante, viene considerato il ruolo del MMG nella gestione delle malattie infettive e oncologiche (secondo quasi il 50% del campione) e psichiatriche (per il 70%), nella terapia del dolore (per il 43%). Secondo i dati del XXIII report di Health Search

(2020), le malattie che al momento richiedono un maggior numero di contatti con il MMG sono: l'ipertensione non complicata (19,4%), il diabete (7%), la dislipidemia (5,5%), malattie ischemiche del cuore (4,5%), malattia da reflusso (4,2%). Sono invece residuali i contatti per BPCO, asma e scompenso cardiaco. Dati non del tutto in linea, dunque, con l'opinione degli intervistati.

– Il MMG è stato indagato anche in base al suo comportamento e alla sua modalità di lavoro.

I partecipanti sono concordi nel considerare essenziale un ruolo proattivo nella gestione della cronicità (oltre il 60%) e considerano importanti le capacità manageriali del MMG (circa il 53%). Molto meno importanti vengono invece considerate le immediate reperibilità telefonica e fisica (accesso senza appuntamento), che evidentemente non vengono considerate strumenti efficaci alla riduzione delle presentazioni improprie in PS (per il 52% del campione la reperibilità telefonica è poco importante, e per il 75% lo è ancora meno la presenza fisica in studio).

– Per quanto riguarda la telemedicina, solo il 28% dei rispondenti ritiene che essa sia uno strumento di lavoro che presenta ancora troppi limiti per essere applicato su larga scala, contro la maggioranza del campione che invece la ritiene un ottimo strumento di lavoro. Anche sulla figura a cui è più opportuno affidare la gestione della telemedicina, il campione si è diviso a metà tra quanti scelgono la figura del MMG e coloro i quali preferiscono la figura infermieristica.

Questo “dualismo”, già riscontrato nella risposta sulla presa in carico del

paziente non complicato, è sicuramente un tema di grande interesse.

I partecipanti sono concordi nel considerare che questo strumento venga inserito all'interno di un percorso di presa in carico strutturato da parte del MMG, e allo stesso tempo che il MMG non possa occuparsi da solo e in esclusiva della gestione di questa risorsa, ma allo stesso tempo non possa essere escluso dalla gestione degli strumenti di telemedicina.

Allo stesso tempo, viene considerato poco o per nulla rilevante che siano gli ospedali a occuparsi direttamente di telemedicina.

– Le ultime risposte da commentare riguardano la misurazione dei risultati.

Dalle risposte raccolte si evince come gli outcome clinici debbano essere privilegiati rispetto agli altri indicatori (secondo l'83% del campione). I partecipanti (in parte specialisti ospedalieri) si mostrano inoltre disposti alla condivisione dei risultati e degli obiettivi con il MMG: l'83% degli intervistati crede infatti che la valutazione dell'attività debba essere condivisa tra MMG e specialisti.

Secondo oltre l'80% degli intervistati, di scarsa o nulla rilevanza sulla valutazione di MMG dovrebbe essere data, secondo i partecipanti, al numero di pazienti in carico e al numero di prescrizioni fatte.

Poca importanza viene anche attribuita al numero di ore di disponibilità telefonica (per il 65%).

Mediamente rilevante viene considerato il numero di visite fatte, grande attenzione viene data agli outcome clinici (considerati molto rilevanti per il 63%, la maggior parte, degli intervistati), e altrettanta uniformità di giudi-

zio vi è nel considerare molto rilevante la stesura di corretti percorsi di prevenzione e cura fatti per i pazienti (secondo il 67% dei partecipanti).

È interessante notare come in più risposte emerga l'importanza del MMG non solo nella cura del paziente cronico, ma anche nell'ambito della prevenzione, per esempio screening, vaccinazione, promozione dei corretti stili di vita.

8. Discussione

Dalle risposte al questionario è possibile trarre alcuni interessanti spunti di riflessione.

Nonostante la maggioranza degli intervistati conosca il numero di pazienti, la popolazione in carico e il lavoro del MMG, permangono aree di minor conoscenza, e una certa disomogeneità nelle risposte del campione.

Infatti, pochi partecipanti al sondaggio sanno che tutti i referti quotidianamente caricati dagli ospedali sono di difficile consultazione per il MMG (meno del 50%), sono infatti inviati in formato PDF, e per leggerli occorre scaricare e aprire ogni singolo file.

È curioso come proprio sull'unico strumento strutturato tra ospedale e MG (a una sola via), il FSE, vi sia il maggior numero di risposte sbagliate.

Ciò potrebbe essere legato al fatto che al momento lo strumento risulta poco accessibile, oltre che per i MMG, anche per gli specialisti ospedalieri, risultando al momento poco utilizzabile.

L'investimento sull'infrastruttura informatica e la creazione di una piattaforma unica condivisa sono gli strumenti che i partecipanti al questionario considerano più rilevanti al fine di favorire gli scambi di informazioni tra MG e specialistica. Questo mezzo presenterebbe il grande vantaggio di

poter reperire con immediatezza le informazioni dei pazienti, il MMG contribuirebbe insieme ai laboratori e alla specialistica ad arricchirlo e garantirebbe un maggior controllo sul percorso di salute del paziente, oltre che sul tipo e sul numero di prescrizioni fatte.

Al momento le prescrizioni compilate in ospedale (spesso su ricettario rosso non dematerializzato) non trovano riscontro informatico e spesso il MMG finisce per prescrivere nuovamente gli stessi esami al paziente.

Gli altri strumenti di interazione che hanno trovato riscontro positivo tra gli intervistati sono il contatto telefonico diretto e la video-visita congiunta. Entrambi questi strumenti, già utilizzati in passato, si sono dimostrati inefficaci se utilizzati su larga scala, a causa della difficoltà organizzative (richiederebbero lavoro aggiuntivo *ad hoc* sia per l'ospedale sia per il MMG) e la scarsa disponibilità di risorse (se è vero che mancano i MMG, gli specialisti non sono certo in esubero).

Le domande sul futuro della Medicina Generale hanno incontrato risposte eterogenee, che non permettono di individuare una linea comune sui compiti propri del MMG. Ciò suggerisce l'opportunità di ragionare in termini di percorsi e ruoli, piuttosto che in termini di figure professionali.

Pur all'interno di una disomogeneità di vedute che caratterizza quasi tutte le risposte al questionario, e in particolare quelle riguardanti le aspettative future sulla Medicina Generale, emerge un'immagine positiva del MMG.

Infatti, la maggioranza degli intervistati ritiene che il MMG lavori un numero di ore adeguato (il 22% ritiene che lavori più di 40 ore settimanali) e la preparazione dei professionisti non

sembra essere una criticità al momento (criticità, che viene invece individuata nella mancanza di risorse strutturali).

Viene sostanzialmente archiviata la figura del medico singolo, che lavora senza la collaborazione di personale infermieristico e amministrativo. Nessuno dei modelli futuribili di MG, secondo gli intervistati, prevede un MMG che lavori da solo.

Questo dato apre a due considerazioni. In primo luogo, più della metà dei MMG in attività (il 60% dei MMG non ha collaboratore di studio, e solo il 25% lavora con l'infermiere di studio) non lavora con una organizzazione adeguata alle esigenze del momento, risultando così non sufficientemente efficaci. La seconda considerazione è di tipo economico: è necessario stanziare risorse affinché tutti i MMG possano collaborare con personale amministrativo e infermieristico, oltre che con altri colleghi MMG.

Gli intervistati riconoscono al MMG una autonomia gestionale nella possibilità di scegliere il personale con cui collaborare: solo per il 27% degli intervistati il MMG dovrebbe essere dipendente del SSN. In un recente editoriale il professor Lega (2021) propone un modello "ibrido" tra dipendenza e libera professione prospettando "un diverso patto di ingaggio della Medicina Generale [...]. Per esempio, organizzando uno specifico sistema di governance ristretta e allargata molto più strutturato e continuo rispetto all'intermittenza di quelli attuali. Offrendo simboli e loghi aziendali per le sedi dei MMG. Promuovendo una comunicazione istituzionale dell'attività dei MMG, di cosa fanno, alla pari di quanto avviene con la comunicazione aziendale, i giornali e

gli organi di comunicazione aziendali. Istituito premi aziendali per i MMG che si distinguono, parlando loro come se parlassimo ai dipendenti, informandoli, coinvolgendoli molto di più e ben oltre gli obblighi formali. In altre parole, sviluppando una politica e strategia chiara e robusta di inclusione e gestione dei MMG (e PLS) nei processi aziendali". In questa visione, i MMG pur mantenendo il contratto libero professionale potrebbero partecipare ai processi delle aziende come parti integranti della filiera.

Nonostante la pandemia COVID-19 in corso abbia momentaneamente spostato l'attenzione dalla cronicità, essa rappresenta la grande sfida del SSN. Dalle risposte al questionario emerge come quasi tutti i dirigenti siano concordi nell'assegnare al MMG un ruolo di primaria importanza in questo campo. Sorprendentemente, e con grande differenza rispetto all'attuale modello di presa in carico della cronicità, i centri specialistici ospedalieri non vengono considerati come riferimenti nella gestione della patologia cronica non complicata.

Emerge invece con forza la figura dell'infermiere. Il 44% dei partecipanti al sondaggio individua nell'infermiere un possibile responsabile della gestione del paziente cronico non complicato. Inoltre, è interessante notare che, seppur un alto numero di rispondenti sia favorevole alla gestione infermieristica della cronicità semplice, quasi tutti concordano che il riferimento medico per l'infermiere debba essere il MMG, e non il centro specialistico. Queste risposte rispecchiano una fiducia in tutte e due le figure professionali con uno skill mix che porterebbe sia l'infermiere sia il MMG a occuparsi di problematiche

con un livello di complessità progressivamente maggiore.

Considerando le dimensioni della sfida che il SSR deve affrontare nella gestione del paziente cronico, è possibile che anche l'introduzione della figura dell'infermiere di comunità non sia sufficiente. Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (Epicentro 2020, ISS) non solo mancano medici e MMG, ma anche infermieri. Nel 2006 la carenza di infermieri ammontava a circa 60.000 unità (FNOPI, 2020). In Italia ci sono 5,6 infermieri ogni 1.000 abitanti, contro 10,5 di Francia e 12,8 di Germania. Stando ai numeri attuali, dal punto di vista delle risorse umane, non solo mancano MMG ma mancano anche potenziali infermieri di comunità.

Sicuramente è possibile importare infermieri da altri Paesi, e la formazione di un infermiere è più veloce e meno onerosa rispetto alla formazione di un MMG, tuttavia creare e formare una figura nuova, da subito performante, in un contesto di carenza di risorse umane non è sicuramente una sfida semplice. In un recente studio inglese (Nelson, 2019) è stato dimostrato che avvicinare nuovi ruoli non medici alla Medicina Generale non è un processo semplice. In particolare, gli autori dello studio hanno posto l'accento sulla necessità di una definizione chiara dei ruoli, in modo da gestire correttamente percorsi formativi e le aspettative, sia dei professionisti sia degli stakeholder coinvolti.

In Italia, in particolare in Lombardia, sta emergendo con sempre più credibilità un'altra figura professionale nell'ambito delle cure primarie: i farmacisti, che per esempio da anni si stanno occupando di telemedicina.

Purtroppo, un limite del questionario è sicuramente quello di non aver inclu-

so la figura del farmacista tra le figure oggetto d'indagine.

Una filiera produttiva può funzionare solo quando i ruoli e le competenze sono definiti; è necessario che l'aumento delle figure che si occupano di cure primaria vada di pari passo con una ridefinizione chiara dei ruoli e dei compiti, al fine di non generare frustrazione delle aspettative degli operatori stessi e dei loro stakeholder.

Anche sulle domande riguardanti la telemedicina si è osservata una certa eterogeneità di vedute; nonostante il 28% del campione ritenga che la tecnologia disponibile non sia ancora all'altezza della sfida, vi è un generale ottimismo verso questo tipo di soluzione.

Come per la gestione della cronicità, anche le opinioni sull'attribuzione della responsabilità della telemedicina si dividono tra chi crede che debba essere gestita da infermieri sul territorio, e chi crede che debba avere come riferimento gli studi dei MMG.

Tuttavia, per i partecipanti l'aspetto più rilevante della gestione degli strumenti di telesalute è che questi vengano utilizzati all'interno di un percorso di cura, e che questo percorso preveda il coinvolgimento del MMG. Troppo spesso, come dimostra l'esperienza clinica, le prestazioni sono erogate e eseguite in maniera quasi "afinalistica", scollegate tra loro e con una calendarizzazione che non consente diagnosi e follow-up corretti.

Il ragionamento per percorso, piuttosto che per singola prestazione si riscontra anche nelle risposte alle domande riguardanti la valutazione del lavoro del MMG: i partecipanti sono concordi nel considerare rilevante come metro di giudizio il numero di percorsi di prevenzione e cura.

Ci si spinge addirittura oltre: con una logica completamente innovativa, i partecipanti considerano corretto che la valutazione venga condivisa tra i medici (specialisti e MMG) che si occupano di gestire il paziente all'interno di un percorso (secondo quasi l'80% delle risposte).

Condividere gli obiettivi è uno step fondamentale per imporre un cambio di passo e motivare tutti i professionisti della filiera a un confronto e a una sinergia sostanziale.

Grande attenzione viene anche posta sugli outcome clinici: la maggior parte del campione (oltre l'80%) li ritiene un elemento molto rilevante per la valutazione dei MMG. A tal proposito, è opportuno aprire una riflessione. Per vocazione e per storia il MMG si occupa anche e soprattutto della parte di cittadini più poveri e in difficoltà. Valutare i professionisti sugli outcome clinici vorrebbe dire svantaggiare i MMG che lavorano nelle aree socialmente più complesse, o coloro che si occupano della popolazione più fragile, dove è molto difficile raggiungere gli obiettivi. Un modello di valutazione in cui gli outcome hanno il peso maggiore, presuppone una condivisione degli obiettivi con il paziente. Il rischio di una selezione dei pazienti da parte dei MMG sarebbe concreto, ottenendo così l'effetto opposto di emarginare i soggetti più fragili.

Il lavoro presenta alcuni limiti. In primo luogo, va riconosciuta la scarsa numerosità del campione (109 partecipanti). Il questionario, inoltre, non ha previsto domande sulla figura del farmacista, e un quesito (come già scritto nell'analisi dei risultati) non è stato posto in modo chiaro. Forse la partecipazione degli autori come colleghi e compagni di aula di molti inter-

vistati, potrebbe aver alterato la loro spontaneità.

9. Conclusioni

Il SSN, la medicina territoriale e la Medicina Generale stanno vivendo un momento di profondo rinnovamento in termini culturali, organizzativi e generazionali.

Un recente editoriale pubblicato dal BJGP (Shah, Ahluwalia e Spicer, 2021) evidenzia come la MG stia attraversando un momento di smarrimento, in quanto rimasta sostanzialmente immobile negli ultimi quarant'anni all'interno di un contesto completamente cambiato.

La mancanza di una identità riconoscibile si riscontra anche nell'eterogeneità delle risposte fornite dagli intervistati sui compiti del MMG.

Il ripensamento dell'organizzazione delle cure territoriali e dei compiti della Medicina Generale è un passaggio delicato e fondamentale per sostenere il SSN universalistico attuale, in Italia. I risultati del questionario sottoposto ai principali stakeholder del MMG (dirigenti di centri specialistici e ATS) permettono di individuare alcuni punti di partenza per il futuro:

- 1) il MMG è destinato a lavorare in forme organizzate (come sarebbe già obbligatorio per legge, secondo l'ACN del 2009), con la collaborazione di personale infermieristico e amministrativo;
- 2) il MMG deve avvalersi della collaborazione degli infermieri sul territorio, di cui deve essere referente clinico;
- 3) il MMG è la figura centrale per la gestione della cronicità e della telemedicina, sia che queste mansioni vengano svolte in prima persona,

- sia che vengano affidate a un infermiere;
- 4) è più opportuno ragionare in termini di percorsi e non di prestazione;
 - 5) il metro di valutazione del MMG deve cambiare, e gli obiettivi devono essere condivisi con i colleghi ospedalieri;
 - 6) l'investimento in strutture informatiche (e non solo fisiche) è un presupposto fondamentale per l'interazione o l'ottimizzazione dei percorsi.

Riferimenti normativi

Accordo Collettivo Nazionale (ACN) Medicina Generale, 29 luglio 2009 e s.m.i.
 Accordo Collettivo Nazionale (ACN) Medicina Generale, 1991 e s.m.i.
 Accordo Integrativo Regionale (AIR), 2020 – Regione Lombardia.
 L'articolo 4, comma 9, della legge n. 412 del 30 dicembre 1991, in materia di Accordi Collettivi Nazionali.
 Il D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., in materia di rapporti con tra SSN e MMG.
 Il DGR n. X/6551 del 04/05/2017, in materia attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili.

BIBLIOGRAFIA

Badinella Martini M., Garattini L., Mannucci P.M. (2021). Libretto di istruzioni per riformare la medicina generale italiana. *Recenti Prog Med*, 112: 182-185. DOI: 10.1701/3565.35455.

Bashshur R.L. *et al.* (2016). The empirical foundations of telemedicine interventions in primary care. *Telemed J E Health*, 22: 342-375. DOI: 10.1089/tmj.2015.0206.

Carenza infermieristica (2020). FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. – Disponibile su <https://www.fnopi.it/aree-tematiche/carenza-infermieristica>. Data di consultazione: luglio 2021.

Cergas Bocconi (a cura di). Rapporto OASI 2020 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Milano: Egea.

Colombo A., Bassani G. (2019). Lack of Doctors, But for What System? Shortage of Clinicians in Italy and Lombardy, and Reflections on Structural Constraints in Training – Carenza di medici: ma per quale SSN? Dati, riflessioni e proposte dalla formazione. AFSSL, Social Healthcare Academy, PoliS Lombardia, Milano.

Colombo A., Parisi G. (2019). Seeking identity in primary care. A survey on GPs trainees in Lombardy. *European Journal of Internal Medicine*, 64: 14-16. DOI: 10.1016/j.ejim.2019.03.015.

Cricelli C. (2008). Le strategie per la riorganizzazione della Medicina Generale e delle cure primarie. *Monitor, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute*, 20: 20-28.

EUROSTAT (2019). Health statistics. Eurostat database.

Garattini L., Curto A., Freemantle N. (2016). Access to primary care in Italy: time for a shake-up?. *Eur J Health Econ*, 17: 113-116. DOI: 10.1007/s10198-015-0732-7.

Garattini L., Padula A. (2018). English and Italian national health services: time for more patient-centered primary care?. *Eur J Intern Med*, 57: 19-21, 25. DOI: 10.1016/j.ejim.2018.09.013.

Garattini L., Badinella Martini M., Mannucci P.M. (2020). Improving primary care in Europe beyond COVID-19: from telemedicine to organizational reforms. *Internal and emergency medicine*. DOI: 10.1007/s11739-020-02559-x.

- Ghoss A., Kapila D., Ghosh T. (2017). Improvements in primary care skills and knowledge with a vocational training program: a medical student's perspective. *Advances in Medical Education and Practice*, 8: 633-634. DOI: 10.2147/amep.s148900.
- Lega F. (2021). Come rilanciare (davvero) la sanità lombarda. www.ilsussidiario.net. – Disponibile su <https://www.ilsussidiario.net/editoriale/2021/1/21/come-rilanciare-davvero-la-sanita-lombarda/2119516/>. Data di consultazione: luglio 2021.
- Nelson P.A. *et al.* (July 2019). Skill-mix change in general practice: a qualitative comparison of three 'new' non-medical roles in English primary care. *British Journal of General Practice*, 69(684): 489-498. DOI: 10.3399/bjgp19x704117.
- Phillips J. *et al.* (2012). How do Medical Students View the Work Life of Primary Care and Specialty Physicians?. *Fam Med*, 44(12): 7-13.
- Proposta di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Doc. XXVII, n. 18, – Disponibile su <http://www.infoparlamento.it/tematiche/Parlamento-varie/proposta-di-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-doc-xxvii-n-18>. Data di consultazione: luglio 2021.
- Scotti S. (2018). Garantire investimenti economici su numero e qualità della formazione dei mmg. FIMMG. – Disponibile su <https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=18&lang=it&d=400&art=259>. Data di consultazione: luglio 2021.
- Shah R., Ahluwalia S., Spicer J. (2021). A crisis of identity: what is the essence of general practice. *British Journal of General Practice*, 71(707): 246-247. DOI: 10.3399/bjgp21x715745.
- Sistema sanitario e risorse umane: l'Italia ha bisogno di infermieri. Epicentro 2020, ISS. – Disponibile su <https://www.epicentro.iss.it/politiche-sanitarie/ocseSistemaSanitario08>. Data di consultazione: luglio 2021.
- Soler J.K. *et al.* (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice Advance Access*, 25(4): 245-265. DOI: 10.1093/fampra/cmn038.
- XIII Report HealthSearch (2020). Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze.



Allegato 1

Caro Collega,
è oramai condiviso che una delle chiavi di miglioramento ed efficientamento del SSN sia la creazione di continuità e fluidità di cure tra le strutture ospedaliere e territoriali.

Questo processo è possibile in un sistema con ruoli e competenze definite e misurabili in cui i vari attori sanno cosa si aspettano gli altri da loro e viceversa. Per definire qual è l'attuale percezione sulla Medicina Generale e quali le aspettative su questa professione ti sottoponiamo questo questionario.

Età
Specializzazione
Dipartimento di appartenenza
Struttura di appartenenza: – Pubblico – Privato
Anni di lavoro: – più di 10 – meno di 10

Presente (10 domande)

- 1) Quanti paziente ha in carico in media un medico di Medicina Generale?
(indicare un numero)
- 2) Di questi riusciresti a dividerli in percentuale per classi di età (indicare il numero in percentuale)
 1. 0-14
 2. 15-50
 3. 51-70
 4. 71-85
 5. >85
- 3) Quanti contatti ha in media giornalmente un MMG con i propri pazienti?
(Indicare un numero)
- 4) La cartella clinica del MMG: (indicare la risposta corretta, una o più risposte)
 1. viene scelta dal MMG ed è a suo carico;
 2. è fornita dalla Regione e uguale per tutti i MMG;
 3. è consultabile dallo specialista;
 4. è sincronizzata con il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico).
- 5) I referti degli esami: (indicare la risposta corretta, una o più risposte)
 1. Sono caricati direttamente nella cartella clinica del MMG per i propri pazienti.
 2. Sono facilmente accessibili sul FSE del paziente da parte del MMG.
 3. Sono inviati via mail al MMG, ma solo per i pazienti che hanno dato il consenso.
 4. Sono in formato PDF.
 5. Sono in formato numerico o di testo.
- 6) Riusciresti a dividere i contatti giornalieri di un MMG per tipologia? (indicare il numero in percentuale)
 - Telefonici

- Mail o altri mezzi informatici:
- Visite Ambulatoriali o Domiciliari:

7) Nella tua opinione in quale percentuale il MMG si occupa di: (indicare il numero in percentuale)

- Prescrizione di farmaci e accertamenti:
- Gestione delle patologie croniche e certificazioni:
- Visite domiciliari Servizio di telemedicina:
- Gestione delle patologie acute non gravi:

8) Il principale punto di debolezza della Medicina Generale secondo te è: (indicare una o più risposte)

1. Deficit Organizzativi.
2. Non adeguata preparazione e aggiornamento dei Medici Scarsa disponibilità verso gli assistiti.
3. Difficoltà di interazione con l'Ospedale.
4. Mancanza di risorse strutturali (diagnostica di primo livello e personale di studio).

9) Il personale di studio e infermieristico attivo negli studi di Medicina Generale:

1. vengono assunti direttamente dal MMG a sue spese;
2. vengono assunti dall'Azienda Sanitaria e forniti al MMG;
3. vengono scelti dal MMG ma retribuiti dall'Azienda Sanitaria.

10) Nella tua opinione i MMG lavorano in media: (indicare una risposta)

1. Meno di 20 ore la settimana.
2. Tra 20 e 40 ore la settimana.
3. Più di 40 ore la settimana.
4. Non saprei, ma in generale troppo poco.

Futuro (10 domande)

1) Ritieni che il MMG dovrebbe: (indicare una risposta)

1. lavorare all'interno di microstrutture organizzate sul territorio dai medici stessi con l'ausilio di infermiere e personale di studio assunti direttamente dal MMG;
2. lavorare come medico singolo in autonomia;
3. lavorare all'interno di centri e strutture di medie e grandi dimensioni gestite dall'Azienda Sanitaria;
4. ridimensionare il proprio ruolo all'interno del Sistema Sanitario in quanto figura superata;

2) Le patologie croniche come per esempio il diabete e l'ipertensione non complicati: (indicare una o più risposte)

5. dovrebbero essere gestite dal MMG con l'aiuto dell'infermiere di studio ed la richiesta di eccezionali consulenze specialistiche;
6. dovrebbero essere gestite dall'infermiere di famiglia che al bisogno si consulta con il MMG;
7. dovrebbero essere in carico ai centri specialisti con l'ausilio del case manager;
8. dovrebbero essere gestite direttamente dai centri specialisti.





- 3) Nella tua opinione un buon MMG (in scala da 1 a 10 per importanza)
- È sempre reperibile per i suoi pazienti.
 - Visita senza appuntamento in modo che il paziente possa recarsi a qualsiasi ora riducendo gli accessi in PS.
 - Si occupa proattivamente della gestione della cronicità e della prevenzione.
 - Si occupa di produrre tempestivamente ricette e impegnative in modo da agevolare il servizio.
 - Deve avere competenze gestionali e imprenditoriali utili a governare una forma strutturata di accesso con la presenza di infermiere e personale di studio.

- 4) Il MMG nella tua opinione dovrebbe essere valutato? (in scala da 1 a 10 per importanza)

- Sul numero di pazienti in carico.
- Sul numero di ricette e impegnative emessi Sul numero di visite eseguite.
- Sugli outcome clinici dei pazienti con patologie croniche Sul numero di ore di disponibilità telefonica.
- Sul numero di percorsi di prevenzione e cura fatti per i propri pazienti.

- 5) Quale ritieni che sia la modalità più idonea di interazione tra specialisti e MMG? (indicare una o più risposte)

1. Contatto telefonico diretto.
2. Video-visita congiunta.
3. Piattaforme digitali con cartelle condivise.
4. Non ritengo che sia importante l'interazione tra le due figure.
5. Condividere lo stesso ambiente di lavoro fisico.
6. Attraverso il paziente.

- 6) Come dovrebbe essere assunto il personale di studio e infermieristico del MMG? (indicare una risposta)

1. direttamente dal MMG a sue spese;
2. dall'Azienda Sanitaria e forniti al MMG;
3. dal MMG ma retribuiti dall'Azienda Sanitaria;
4. dal MMG attraverso società quali cooperative e società di servizio.

- 7) Considerata l'elevata prevalenza di pazienti cronici la loro presa in carico: (indicare una o più risposte)

1. Può essere svolta dolo del MMG.
2. Può essere svolta allo stesso modo dal MMG e dal Medico Specialista Ospedaliero.
3. Deve essere gestita dall'Azienda Sanitaria che darà il compito esclusivamente di Clinical Manager ai medici coinvolti.
4. Deve essere gestita complessivamente dalle forme organizzate della medicina generale fornendo loro un budget complessivo per patologia.

- 8) Secondo il tuo parere l'attività di telemedicina: (indicare una o più risposte)

1. Andrebbe svolta esclusivamente dal MMG.
2. Andrebbe svolta esclusivamente in ambito ospedaliero, magari avvalendosi di personale infermieristico.
3. Andrebbe svolta dall'infermiere di famiglia, escludendo il MMG.
4. Dovrebbe essere già compresa nell'attività del MMG e quindi non retribuita.
5. Andrebbe strutturata all'interno del percorso di presa in carico complessiva del paziente da parte del MMG.

9) In ordine di importanza di quali di queste patologie dovrebbe occuparsi il MMG: (in scala da 1 a 10 per importanza)

- Diabete.
- Ipertensione Arteriosa.
- Scompenso cardiaco.
- Problemi oncologici.
- Screening.
- Promozione di stili di vita.
- Vaccinazioni.
- Malattie infettive e infezioni.
- Disturbi psichiatrici.
- Artrosi e terapia del dolore.
- Osteoporosi.
- Disturbi respiratori cronici (Asma e BPCO).

10) Pensi che gli strumenti di telemedicina:

1. siano un ottimo strumento per diminuire gli accessi in ospedale e debbano essere gestiti dagli infermieri sul territorio;
2. siano un ottimo strumento per diminuire gli accessi in ospedale e debbano essere gestiti negli studi dei MMG;
3. non siano uno strumento valido di diagnostica;
4. presentino ancora troppi limiti per poter essere utilizzati di routine;
5. siano una deriva pericolosa verso la robotizzazione del lavoro del medico.

Misurazione (3 domande sulla misurazione)

1) Secondo la tua opinione attraverso quale tipologia di indicatori andrebbero misurati i MMG: (indicare una o più risposte)

1. Struttura.
2. Processo.
3. Outcome clinici.
4. Outcome di prestazioni.

2) Riusciresti a fare una breve proposta per ogni tipologia di indicatore sopra indicato?

- Struttura:
- Processo:
- Outcome clinici:
- Outcome di prestazioni:

3) Secondo il tuo parere la misurazione della performance: (indicare una risposta)

1. Andrebbe valutata solamente sull'attività del singolo professionista (MMG o Medico Ospedaliero).
2. Andrebbe valutata sul paziente, quindi fornendo dati esclusivamente sul suo stato di salute.
3. Andrebbe valutata l'attività congiunta di entrambi i medici che hanno in carico il paziente (MMG e Medico Ospedaliero) corresponsabilizzando entrambi sul risultato.
4. Non andrebbe valutata l'attività dei Medici ma esclusivamente quella delle direzioni dell'azienda sanitaria.

