

Una nuova Medicina Generale: i nodi della trasformazione contenuti nell'Accordo Collettivo Nazionale per il triennio 2019-2021

Massimo Magi, Luca Del Bene*

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale presenta numerosi elementi di innovazione e cambiamento del ruolo della Medicina Generale e del suo posizionamento nel “sistema delle cure” dell’assistenza territoriale. Tre aspetti chiave mirano a una migliore connessione e integrazione della Medicina Generale con l’intera rete dei servizi rappresentando elementi cruciali per la riuscita del percorso trasformativo: (i) forme organizzative della Medicina Generale (Unità Complesse di Cura Primarie e Aggregazioni Funzionali Territoriali); (ii) connessione/integrazione con le Case di Comunità (iii) istituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria.

Questi aspetti di riorganizzazione andranno coordinati con le previsioni del PNRR e DM 77/22 e la necessaria costruzione di nuovi assetti che coinvolgeranno anche il Distretto. Gli Autori, anche in base alla loro esperienza e conoscenza del settore, esaminano questi temi per definire i

“nodi cruciali” di questo processo di rigenerazione organizzativa e professionale che disancorandosi da schemi e modelli ideologici (dipendenza, presenza fisica ecc.) individuano un percorso di costruzione di un nuovo network per l’assistenza territoriale.

È anche difficile poter dire al momento quanto dell’ipotesi di un approccio “sistemico” della Medicina Generale potrà essere realizzato, stante il recente avvio di questo percorso innovativo. Negoziazione Collaborativa, corrispondenza delle Case di Comunità (CdC) Hub e Spoke con UCCP e AFT, Formazione Specifica per Referenti e Coordinatori UCCP, politiche regionali condivise con gli assetti e bisogni territoriali, potrebbero in questa fase avviare e favorire questo processo virtuoso di chancing management per la costruzione di un nuovo network dell’assistenza territoriale e con esso della Medicina Generale italiana. Al contrario una negoziazione regionale autoreferenziale, differenziazione CdC Hub e Spoke con UCCP e AFT, individuazione di Referenti/Coordinatori per solo ruolo “rappresentativo”, politiche regionali su CdC

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Il nuovo ACN per la Medicina Generale: il perimetro strategico
3. Forme organizzative della Medicina Generale
4. Connessione/integrazione con le Case di Comunità
5. Presenza fisica o funzioni?
6. Istituzione del Ruolo Unico dell’Assistenza Primaria
7. Conclusioni

* Massimo Magi, Medico di Medicina Generale, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

Luca Del Bene, Professore Ordinario di Economia Aziendale, Dipartimento di Management, Università Politecnica delle Marche, Ancona.

direzionale e/o non coerenti con assetti ed esigenze territoriali, potrebbero introdurre rigidità tali da impedire o rallentare lo sviluppo di questo processo.

Parole chiave: Medicina Generale, organizzazione, PNRR, network collaborativo, Case di Comunità, professionalismo.

A new Primary Care: Key transformation points in the national collective agreement for the 2019-2021 triennium

The new National Collective Agreement introduces many elements of innovation and changes in the role of Primary Care and its positioning within the “system of care” of territorial care. Three key aspects aim to better connect and integrate Primary Care with the entire network of services: (i) organizational forms (Unità Complesse di Cura Primarie and Aggregazioni Funzionali Territoriali); (ii) connection/integration with Community Health Centers; (iii) establishment of the Unified Primary Care Role.

These aspects of reorganization will have to be coordinated with the forecasts of the PNRR and DM 77/22 and the necessary construction of new structures that will also involve the Local Health Organization. The Authors, also on the basis of their experience and knowledge of the field, examine these issues to define the “crucial nodes” of this process of organizational and professional regeneration that, disengaging itself from ideological schemes and models (dependence, physical presence, etc.), identifies a path of construction of a new network for territorial care.

These reorganization aspects must be coordinated with the provisions of the

PNRR and DM 77/22, and the necessary establishment of new structures that will also involve the District. The authors examine these issues to reflect on the new role and functions that Primary Care in Italy must assume during this process of organizational and professional regeneration that, disengaging itself from ideological schemes and models (dependence, physical presence, etc.), identifying a path of construction of a new network for territorial care.

It is at present difficult to be able to say how much of the hypothesis of a “systemic” approach to General Practice, will be realized given this recent innovative pathway. Collaborative negotiation, correspondence of Hub and Spoke Community Houses (CdCs) with UCCPs and AFTs, Specific Training for AFT-Referrers and UCCP-Coordination, regional policies shared with territorial arrangements and needs, could at this stage initiate and foster this virtuous process of chancing management for the construction of a new network of Territorial Primary Care and with it of Italian General Practice. On the contrary, self-referential regional negotiation, differentiation of Hub and Spoke CoCs with UCCPs and AFTs, identification of Referents/Coordinators for only a “representative” role, regional policies on directional CoCs and/or inconsistent with territorial assets and needs, could introduce rigidities that could prevent or slow down the development of this process.

Keywords: Primary Care Organization, PNRR, Collaborative Network, Community Houses, Professionalism.

Articolo sottomesso: 07/07/2024, accettato: 04/02/2025

1. Introduzione

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale per gli anni 2019-2021¹ di recente siglato presenta numerosi elementi di innovazione e cambiamento del ruolo della Medicina Generale e del suo posizionamento all'interno del "sistema delle cure" dell'assistenza territoriale anche in relazione a quanto previsto dal DM 77/22². Con il presente testo si vuole offrire una riflessione su tre nodi che sembrano essere cruciali, almeno nell'idea degli Autori e dalla loro esperienza maturata sul campo della negoziazione regionale e nazionale in tema di Accordi per la Medicina Generale, contenuti nell'ACN per una sua trasformazione e lo sviluppo di una maggiore prossimità e integrazione. L'obiettivo è rendere questa area professionale più connessa con l'intera rete dei servizi e l'attuale processo di riorganizzazione. Questo comporta una re-ingegnerizzazione di tutta l'area vasta della Medicina Generale e la costruzione di nuovi assetti e funzioni alle quali anche il Distretto Sanitario è preposto³. I temi di maggiore interesse e su cui verrà concentrata l'attenzione sono dunque discussi in questo lavoro per stimolare l'individuazione circa il nuovo ruolo e funzioni che dovrà assumere

la Medicina Generale in Italia nel suo complesso, anche in considerazione della fase di apertura delle contrattazioni regionali che conseguirà a questo nuovo Accordo Nazionale. Essi sono rappresentati da:

- forme organizzative della Medicina Generale: UCCP e AFT;
- connessione/integrazione con le Case di Comunità;
- istituzione del Ruolo Unico di Assistenza Primaria⁴.

Preliminarmente all'analisi dei predetti punti vale la pena sottolineare il testo dell'art. 2 dell'Accordo che, oltre a delineare quali sono le figure professionali coinvolte ovvero oltre al Ruolo Unico di Assistenza Primaria, la medicina dei servizi territoriali, l'emergenza sanitaria territoriale e l'assistenza negli istituti penitenziari, al c. 3 stabilisce il profilo giuridico del Medico di Medicina Generale (MMG)⁵. Questo ha sollevato anche in tempi recenti numerose discussioni. La sua figura è quella di un professionista che esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale, per il perse-

¹ Il nuovo ACN 2019-2021, siglato in data 08/02/2024, è entrato in vigore a seguito dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 4 aprile 2024. Il testo è disponibile su www.sisac.info/. FIMMG e SNAMI hanno sottoscritto il testo di Accordo mentre con riserva anche di FMT e CISL Medici. La riserva per FMT e CISL Medici è dovuta a un contenzioso sulla rappresentatività in via di definizione.

² DM 77/22: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (22G00085) (GU Serie Generale n. 144 del 22-06-2022).

³ Noto G., Noto A., Borgonovi E. Le basi dell'approccio sistemico al DM77 e della integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione strategica alla attuazione operativa. *Mecosan*, 17/22 p. 134.

⁴ Il Ruolo Unico di Assistenza Primaria di cui D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 prevede che i medici già titolari di incarico di: a) Assistenza Primaria; b) Continuità Assistenziale; assumano la denominazione di medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria. Il Nuovo ACN conferma l'istituzione già sancita con l'art. 31 dell'ACN 2016-2018 del 20 gennaio 2022 del Ruolo Unico del Medico di Assistenza Primaria. All'art. 31 – Ruolo Unico del Medico di Assistenza Primaria ACN 2019-2021 del 08/02/2024 viene previsto che i medici svolgano attività professionale a ciclo di scelta e/o su base oraria, operando nelle AFT e nelle forme organizzative multiprofessionali (UCCP).

⁵ Il presente lavoro tratterà esclusivamente dell'assistenza primaria, perché maggiormente coinvolta nel processo di trasformazione in atto dell'assistenza territoriale, sottolineando in questa sede l'importanza degli altri settori al momento fuori da questa analisi perché troppo complessa da trattare unitariamente.

guimento delle finalità del SSN. Viene chiarito dunque quell'ambiguo paradigma che voleva che l'innovazione e il miglioramento delle attività di questo professionista e di tutta la sua area professionale all'interno del SSN, avvenisse solo attraverso il passaggio alla dipendenza (Garattini, 2021) i cui effetti, come osservano altri Autori, sarebbero peraltro dannosi in termini di "diminuzione dell'assistenza al paziente, flessibilità organizzativa e maggiori costi" (Sacconi, 2021). Questa posizione di Libero Professionista Convenzionato risponde più adeguatamente ai criteri di un rinnovato professionalismo determinato anche dal mutato concetto di salute⁶. Egli deve coniugare sapere specifico, autonomia organizzativa, responsabilità professionale con flessibilità e sostenibilità "aprendo in questa ottica a un profondo rinnovamento del sistema" (Tousijn, 2008, p. 156), evitando rigidità e riduzionismi interpretativi. Come anche dei livelli assistenziali territoriali dove i criteri della qualità delle cure, dell'aggiornamento, dell'importanza del lavoro in équipe, e un rapporto più "democratico" con il paziente (Tousijn, 2008, p. 162) e di maggior prossimità, sono in grado di potenziare processi di cura e presa in carico. Questa "terza logica" definita professionalismo⁷

⁶ Dalla tradizionale definizione del 1948 dell'OMS ripresa anche dal documento di Alma Ata nel 1976 ovvero salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplicemente assenza di malattia o infermità, nel 2009 un documento "Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' Report of the meeting December 10-11, 2009" delinea un nuovo concetto di salute più dinamico e meno statico che fa più riferimento alla capacità di far fronte alle avversità della vita, di adattarsi e autogestirsi, riprendendo anche concetti espressi già da altri Autori (Illich, 1977, p. 292; Vicarelli, 2013, p. 256; Ingrosso, 2016).

⁷ Per professionalismo si intende un'organizzazione del lavoro improntata a conoscenze specialistiche in grado di fornire servizi particolarmente importanti, potere di organizzare e controllare il proprio lavoro. Cfr. Friedson

marca una significativa differenza rispetto al managerialismo burocratico e alla mera logica di mercato che spesso hanno attraversato, condizionandola, non sempre positivamente, la gestione e le scelte delle politiche sulla salute e della sanità. Benché oggi si parli di un "nuovo professionalismo" (Tousijn, 2013, p. 185) la prospettiva della "terza logica" a esso sottostante e da cui deriva ci consente di analizzare sotto una lettura critica quella narrazione delle vicende che riguardano la Medicina Generale e che già da tempo viene letta e valutata con una sorta di "disattenzione selettiva" (Schön, 1993, p. 25) nei confronti della sua modalità di pratica professionale e organizzazione del lavoro. Questo ha impedito in più di un caso una valutazione più obiettiva e attenta del suo operato, preferendo l'idea di una "pubblicizzazione" della figura del MMG (Maciocco, 2021), non priva di vetero-ideologismi, che talora hanno precluso un completo svilupparsi di un "nuovo paradigma cognitivo e organizzativo" (Vicarelli, 2013, p. 14) *professionale*. Infatti, in una prima fase della riflessione sullo sviluppo di un nuovo assetto dell'assistenza territoriale, anche in risposta alla pandemia dei Medici di Medicina Generale, l'attenzione si è fortemente focalizzata sulla questione della "dipendenza", attribuendo a tale condizione un valore e un significato del tutto fuorvianti rispetto al buon esito di questa trasformazione. Invece che considerare i veri nodi di un processo che punta alla riorganizzazione e alla rigenerazione delle reti curanti e della comunità per mantenere "il SSN al centro del sistema di convivenza e di

E. (2002). *Professionalismo – La Terza Logica*. Bari: Ed Dedalo.

salute del nostro Paese” (Ingrosso, 2024, p. 20) che richiede flessibilità, multiprofessionalità, capacità di autonoma organizzazione, competenze specifiche e proattività, si è spostata l’attenzione su problema non centrale e di scarsa rilevanza pratica e difficilmente realizzabile della modifica della figura giuridica del MMG. In questo modo il vero tema, centrale per la costruzione di un sistema in grado di elaborare risposte concrete ai bisogni assistenziali della popolazione, è rimasto ai margini soprattutto in una prima fase di questo dibattito riguardante il DM 77/22 e i suoi contenuti. Lo sviluppo del potenziale innovativo delle attuali ipotesi di rinnovamento dell’assistenza territoriale in un contesto complessivo di maggiore integrazione/connessione è stato di fatto messo in un secondo piano.

Il nuovo paradigma declinato dal DM 77/22 prevede alcuni contenuti fondamentali per la strutturazione e lo sviluppo di un nuovo modello di assistenza territoriale che sappiano rendere il SSN più vicino alle Comunità e progettato con le persone e per le persone. In particolare:

- lo sviluppo di strutture di prossimità per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, socio-sanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- la stratificazione della popolazione come strumento di analisi dei bisogni della popolazione finalizzata alla programmazione e alla presa in carico;
- la Sanità di iniziativa;
- l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali in una logica di tipo collaborativo;

- il potenziamento della domiciliarità delle cure;
- lo sviluppo dei Sistemi Informativi e Informatici, Telemedicina e digitalizzazione;
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti

che rappresentano gli elementi portanti di una nuova visione e una diversa progettualità per la rete dell’assistenza territoriale (Giarelli, 2024, p. 33) e del ruolo della Medicina Generale al loro interno che con esse si connette e si relaziona.

2. Il nuovo ACN per la Medicina Generale: il perimetro strategico

Il nuovo ACN per la Medicina Generale individua quattro obiettivi di politica sanitaria e affida alla programmazione regionale la finalizzazione degli AA.II.RR. alle esigenze assistenziali del proprio territorio, anche attraverso la definizione di indicatori di performance, di processo e di risultato su obiettivi di salute dei cittadini tenendo conto di questi obiettivi prioritari di Politica Sanitaria (art. 4).

- a) Il *Piano Nazionale della Cronicità* che avvia la transizione del macroprocesso di gestione delle cronicità da una logica assistenziale improntata a un modello di standardizzazione, a uno di stratificazione in grado di adattarsi “alle specificità cliniche, sociali e personali dell’individuo trattato” (Tozzi, 2023, p. 23), definisce il ruolo del MMG nell’ambito del coordinamento clinico per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza assi-

curando, così, maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

- b) Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale⁸ che prevede una attiva e obbligatoria partecipazione dei Medici di Medicina Generale nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.
- c) L'accesso improprio al Pronto Soccorso definito all'interno di un quadro di presa in carico globale del cittadino e dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale, ripensando ai modelli di domanda/offerta e promuovendo un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. L'integrazione nelle reti territoriali dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (v. nota 4) e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, coinvolgendoli nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio. Questione che peraltro rimane ancora irrisolta per una serie di problematiche e logiche interdittive, che hanno ancora impedito, tra le altre cose, la mancata applicazione del D.M. 29 luglio 2022 n. 226 sulla diagnostica di primo livello. L'uti-

lizzo di questa opportunità per avviare una successiva fase negoziale che avrebbe potuto definire un adeguato coinvolgimento proattivo dei MMG e delle loro modalità organizzative in questo ambito, attribuendo a tale questione una maggiore possibilità di concreta realizzazione che al momento appare molto complessa da poter affrontare in chiave risolutiva.

- d) Governo delle liste di attesa e appropriatezza dove a fronte della programmazione regionale circa le prestazioni necessarie e coerenti con i fabbisogni della popolazione, deve essere previsto specificamente il coinvolgimento e la partecipazione dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria anche per l'erogazione delle prestazioni attraverso il coinvolgimento delle forme organizzative dei Medici di Medicina Generale nei processi di budgeting aziendali, auspicando anche in questo ambito un coinvolgimento della Medicina Generale di una presa in carico più completa e proattiva anche attraverso la diagnostica di primo livello in grado di poter dare già una prima risposta a molti dei problemi che si presentano nel setting della Medicina Generale⁹.

⁸ Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2020-2025 adottato con Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione al livello essenziale di assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", anche attraverso le strategie vaccinali da applicare in maniera uniforme nel Paese. Ha lo scopo primario di armonizzare le strategie vaccinali messe in atto nel Paese per garantire alla popolazione, indipendentemente da luogo di residenza, reddito, livello socio-culturale e status giuridico, i pieni benefici derivanti dalla vaccinazione. Rappresenta uno strumento di protezione sia individuale sia collettiva da realizzarsi attraverso l'equità nell'accesso ai vaccini. Il Piano promuove un approccio One Health che considera la necessità di una visione organica e armonica delle relazioni tra ambiente, animali ed ecosistemi umani per affrontare efficacemente i rischi potenziali, o già esistenti, per la salute. <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/piano-nazionale-vaccini-2023-2025> (ultimo accesso 30/04/2024).

⁹ Il DM 29 luglio 22 n. 226 prevedeva il riparto delle risorse di circa 236 mil di euro alle regioni per il fabbisogno delle apparecchiature sanitarie di supporto ai Medici di Medicina Generale e i pediatri di libera scelta (diagnostica di primo livello) con la istituzione, entro 90 giorni dalla entrata in vigore del Decreto stesso, di un tavolo tecnico congiunto (art. 2 c. 3) per definire le modalità di rilevazione delle attività erogate, le specifiche tecniche della documentazione relativa agli atti medici eseguiti con il supporto delle apparecchiature, le modalità di alimentazione del FSE, gli indicatori minimi di processo e di risultato ecc. Tale tavolo tecnico avviato con circa due anni di ritardo (6 maggio 2024) si è poi successivamente interrotto dal mese di settembre 2024. Il Decreto pur non essendo esente da alcune criticità, che scaturiscono dalla fornitura diretta dei dispositivi ai Medici di Medicina Generale da parte di Regioni e ASL (modalità e tempi di consegna, utilizzo, manutenzione e gestione ecc.), avrebbe comunque

Questi quattro macrotemi di politica sanitaria, definiscono un perimetro dentro il quale occorre rendere coerenti i contesti organizzativo-professionali della Medicina Generale con i processi di progettazione e programmazione definiti dalle nuove norme indicate dal PNRR e in particolare dal DM 77/22.

3. Forme organizzative della Medicina Generale (Fig. 1)

L'ACN 19-21 definisce un assetto organizzativo indicato al Capitolo II che all'art. 8 comma 2, istituisce le forme organizzative coerentemente con quanto previsto già dal c.d. Decreto Balduzzi¹⁰ e successivamente ripreso dal DM 77/22 la cui attuazione è comunque demandata agli AA.II.RR. (c. 3). Si è preferito quindi considerare la trattazione di queste forme a partire da quest'ultimo ACN con il riferimen-

favorito la stipula di accordi integrativi regionali con i Medici di Medicina Generale e i pediatri di libera scelta (art. 3 c. 3), anche ai sensi dell'ACN 30 ottobre 2020 (ACN per il rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello – www.sisac.info/ – N.d.R.) per garantire prossimità dell'assistenza ed erogazione di prestazioni di competenza dei Medici di Medicina Generale nonché dei pediatri di libera scelta ai soggetti fragili affetti da patologie croniche (art. 2 c. 2) contribuendo a un miglior governo delle liste di attesa e degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

¹⁰ Le forme organizzative della Medicina Generale (AFT e le UCCP) vengono istituite nella ACN 2009 art. 12 e successivamente previste dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189 (Decreto Balduzzi) – Art. 1: Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono:

- forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché
- forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

to all'art. 1 del DM 189/12 (Decreto Balduzzi), in quanto vengono definiti in maniera più chiara e articolata ruolo e funzioni di detta organizzazione mono e multiprofessionale della MG, con maggior valore di cogenza rispetto alla sola previsione dei precedenti ACN. Prima ancora di questo ultimo accordo si è data scarsa attuazione alla formazione di dette strutture mono e multiprofessionali. Nell'ultimo ACN si conferisce alle Regioni la definizione, ai sensi della normativa vigente degli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali, nonché agli Accordi Integrativi Regionali l'attuazione di quanto previsto da detti atti programmatori. Pertanto, le Regioni definiscono in tutto il territorio regionale le forme organizzative monoprofessionali (l. a) costituite dai Medici di Medicina Generale a ruolo unico e le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali (l. b) la cui istituzione dovrà tenere conto delle caratteristiche territoriali, demografiche salvaguardando i criteri della equità di accesso alle cure anche attraverso una gradualità della complessità organizzativa. Inoltre, dovrà essere realizzato un collegamento funzionale tra AFT e forme organizzative multiprofessionali tramite idonei sistemi informatici e informativi (l. c).

3.1. Forma organizzativa multiprofessionale

La forma organizzativa multiprofessionale è il massimo grado di integrazione/connessione con le attività del distretto. È definita anche UCCP, Unità Complessa di Cure Primarie. Opera all'interno di (art. 9 c. 1):

- Case di Comunità;
- strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento (Hub) ed eventuali altre sedi (Spoke);
- sede di riferimento di AFT,

che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi (art. 9 c. 1).

Ha un carattere multiprofessionale che si esprime attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Inoltre, la Regione definisce per le eventuali sedi dislocate nel territorio il livello di complessità organizzativo-strutturale, anche minimo, in relazione a specifiche caratteristiche geografiche (art. 9 c. 2).

Realizza i propri compiti attraverso (art. 9 c. 4):

- a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;
- b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale;
- c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo

anche i referenti di AFT di Medicina Generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

3.2. Forma organizzativa monoprofessionale

L'altra modalità organizzativa in cui si articola la Medicina Generale è quella della AFT (art. 29) ovvero delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, forme organizzative monoprofessionali che sono costituite dai Medici di Medicina Generale a Ruolo Unico di Assistenza Primaria ovvero quelli operanti a ciclo di scelta e quelli a rapporto orario che condividono percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, secondo quanto previsto all'articolo 8 dell'Accordo 8 febbraio 2024 (c. 2). L'AFT garantisce l'assistenza per l'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana a una popolazione non superiore a 30.000 abitanti, fermo restando le esigenze legate alle aree ad alta densità abitativa (c. 3). Rappresenta l'organizzazione di prossimità dinamica della Medicina Generale in quanto garantisce la diffusione capillare dei presidi dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria nell'ambito dei modelli organizzativi regionali e può disporre di una sede di riferimento individuata dall'Azienda o dai medici componenti (c. 4). La AFT è priva di personalità giuridica (c. 5) e i medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione sia per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative che non possono fornire prestazioni mediche proprie del Medico di Medicina Generale regolamentate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati (c. 5).

I compiti dell'AFT (c. 6) sono:

- a) assicurare l'erogazione a tutti i cittadini che a essa afferiscono dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), nonché l'assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46;
- b) realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, estesa all'intero arco della giornata e per sette giorni alla settimana, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente;
- c) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.

La AFT realizza questi compiti sulla base di un modello organizzativo regionale, in pieno raccordo con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il team multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività. Altro elemento significativo in questo processo di transizione che coinvolge la Medicina Generale è che all'istituzione delle AFT (art. 47 lettera D c. I), come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 46 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale e organizzativo dell'attività dei medici a ciclo di scelta, a eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I¹¹, costituiranno il *fondo aziendale dei fattori produttivi*. Si tratta dei compensi per l'attività in forma

associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico o altro professionista sanitario, come determinati dall'articolo 59, lettera B dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. che già erogati ai medici alla data di costituzione del fondo stesso confluiranno in detto fondo.

Se a questa norma si associa il fatto che in nessuna parte dell'ACN 19-21, viene confermata o prevista la possibilità di istituire nuove forme associative come già conosciute, ovvero secondo le tradizionali forme di rete o di gruppo, normate fino all'ACN 2005, risulta evidente che il modello dell'associazionismo subirà una profonda revisione in ambito regionale anche a seguito dell'assorbimento degli altri incentivi per la gestione dei fattori produttivi (funzione informativo-informatica e personale di studio).

Questo pone il problema di definire un modello regionale che necessariamente dovrà confrontarsi con il precedente regime della Medicina Generale che prevedeva la sua organizzazione in modelli associativi di rete e di gruppo¹² e dei relativi fattori produttivi. Tali incentivi hanno rappresentato una modalità per favorire lo sviluppo dell'associazionismo medico attraverso il quale la Medicina Generale ha aderito, con una dinamica esponenziale, nel corso degli anni. Dall'autoreferenzialità e isolamento alle forme più condivise di lavoro

¹¹ Quota annua variabile di ammontante complessivamente a € 3,08 + 1,66 + 1,90 per paziente/anno.

¹² ACN 23 marzo 2005 – Art. 54 Forme associative della Assistenza Primaria ovvero modalità organizzative del lavoro e di suddivisione funzionale di strutture di più professionisti. Delle tre forme originariamente individuate: associazione (semplice N.d.R.) – rete – gruppo, la prima è andata nel tempo a esaurimento non potendo essere più realizzata con l'ACN del 2005, rimanendo pertanto realizzabile solo la modalità associativa del gruppo e della rete.

professionale¹³. Ora se tali incentivi verranno riassorbiti nel Fondo Aziendale dei Fattori Produttivi e tali forme dovranno necessariamente essere riorganizzate all'interno delle AFT, si profila un passaggio critico e particolarmente delicato. Sarà compito della negoziazione regionale e aziendale identificare una adeguata modalità organizzativa e di condivisione dei fattori produttivi all'interno della AFT (definibile intra-AFT), che non disperda e penalizzi quel "capitale professionale" derivante dallo sviluppo dell'associazionismo, organizzazione del lavoro e del Personale di Studio. Questo ha fortemente contribuito al disancoramento da un modello di eccessiva autoreferenzialità e solitudine dei MMG e, cosa non secondaria, creato un "nuovo" mercato del lavoro connesso con la Medicina Generale: il Personale di Studio Medico. Tutto ciò anche in considerazione del fatto che le AFT non potendo ricoprire una veste di personalità giuridica avranno la necessità di individuare adeguati "strumenti" per l'acquisizione e la gestione dei fattori produttivi e personale di collaborazione e supporto destinati alla loro attività¹⁴.

È ragionevole e auspicabile pertanto ipotizzare che saranno individuati assetti organizzativi intra-aggregativi in grado di definire adeguati modelli di organizzazione del lavoro e di con-

divisione di strutture e fattori produttivi tra i professionisti, compatibili con quanto fino a ora costruito, implementando un suo ulteriore sviluppo in termini di costruzione di reti collaborative e proattive. Dovranno essere individuate nuove modalità che, pur assicurando e mantenendo gli standard strutturali, strumentali e organizzativi già realizzati "all'epoca" dell'Associazionismo, dovranno garantire la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri medici e con le previste forme in particolare della Casa di Comunità Hub e Spoke. Da tale considerazione nasce una "ipotesi organizzativa della Medicina Generale" prevedendo una "Organizzazione intra-AFT" che dovrà raccogliere le funzioni e gli scopi della medicina associativa (rete e gruppo e i relativi fattori produttivi – Fig. 1) e dovrà confrontarsi con la costruzione delle Case di Comunità. Che questo aspetto risulti essere sempre più centrale e strategico nella definizione dei nuovi assetti organizzativi della Medicina Generale lo dimostrano le due iniziative di recente intraprese da FIMMG e ENPAM che hanno siglato la prima nel maggio 2024 una intesa con LegaCoop. In essa sono avanzate proposte volte ad affrontare questa fase storica di ridefinizione delle cure territoriali conseguente alla pandemia; alla implementazione delle linee di investimento del PNRR; all'attuazione degli atti conseguenti, sostenendo lo sforzo di FIMMG nella definizione di Accordi Collettivi Nazionali idonei al reale sviluppo delle Cure. Viene condivisa una progettualità su quattro aree strategiche considerate fondamentali e prioritarie per una reale offerta di servizi sanitari e il miglioramento dello stato di salute

¹³ "La pratica dei Medici di Medicina Generale per tradizione rigorosamente individuale è in fase di profonda trasformazione dopo che la Convenzione del 2000 ha introdotto incentivi per favorire l'associazionismo" (Tousijn 2008, 154).

¹⁴ Art. 29 comma 5 ACN 08/02/2024 – La AFT è priva di personalità giuridica. I medici partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione sia per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative; in ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche proprie del Medico di Medicina Generale regolate dal presente Accordo e dagli accordi decentrati.

dei pazienti: Modelli Organizzativi e società di servizio a supporto, Strutture e servizi domiciliari e residenziali, Sanità integrativa, Sedi e Infrastrutture, Struttura informatica¹⁵.

La seconda ha invece promosso un progetto complessivo per gli sviluppi delle Case di Comunità Spoke affidando a un fondo immobiliare il compito di realizzare in tutto il territorio nazionale degli studi professionali idonei per il lavoro in team, dotati di un'interconnessione efficiente (per la telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico e le applicazioni dell'intelligenza artificiale) e di tecnologie specifiche per l'assistenza primaria. Il fondo immobiliare realizzerà le case "Spoke" offrendole ai medici interessati in affitto o in leasing¹⁶. Inoltre lo stesso Consiglio Nazionale della FIMMG del 29/06/24 ha condiviso la necessità di incrementare l'attività per lo sviluppo di strumenti a sostegno all'autonomia organizzativa, come le società di servizio per la fornitura dei fattori di produzione dell'assistenza, al fine di supportare la creazione delle forme associative della Medicina Generale e del lavoro di équipe, la realizzazione delle sedi principali delle AFT e degli Spoke, anche attraverso le progettualità proposte dall'ENPAM¹⁷. A tale proposito l'Ente Previdenziale dei Medici ha realizzato uno specifico Fondo creato con Colliers Global Investor denominato "Salute Insieme" che provvederà a investire nei princi-

pali settori della tecnologia sanitaria, nelle strutture assistenziali, nelle attrezzature mediche creando un ponte di collegamento con i grandi Hub chiamati Case di Comunità che dovranno essere realizzate su tutto il territorio nazionale con i fondi del PNRR¹⁸.

Il funzionamento interno della AFT sarà disciplinato da un apposito regolamento definito nel Comitato Aziendale e potrebbe essere questo documento, al netto di altre disposizioni derivanti dalla negoziazione regionale, a definire questi assetti organizzativi del lavoro intra-AFT, recependo per esempio indicazioni derivanti dalla contrattazione regionale. Si pone però un'ulteriore tematica che andrà adeguatamente affrontata e che per la sua importanza si vuole solamente accennare. Ovvero il ruolo che viene conferito ai "luoghi" della negoziazione: Comitato Regionale (art. 11) e Comitato Aziendale (art. 12). Questi, costituiti dai rappresentanti delle OO.SS. e Parte Pubblica, diventano anche uno degli ambiti della gestione complessiva di questa fase di transizione dei modelli organizzativi e di condivisione della Medicina Generale. In particolare, il Comitato Aziendale che, con la definizione del regolamento di funzionamento interno della AFT e del monitoraggio del Fondo Aziendale per la Medicina Generale, assume di fatto un ruolo gestionale e manageriale complessivo delle AFT. Il problema risiede nel tipo di competenze necessarie per espletare tali funzioni che devono integrare quelle di tipo rappresentativo necessarie per partecipare a questi tavoli¹⁹, ma che ancora non

¹⁵ <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1716367592.pdf> (ultimo accesso 22/06/2024).

¹⁶ <https://www.enpam.it/2024/olivetii-enpam-medici-di-famiglia-il-rilancio-della-professione-passa-dalla-gregazione/> (ultimo accesso 22/06/2024).

¹⁷ Mozione Finale Congresso Nazionale FIMMG 29/06/24.

<https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=469&lang=it&art=5722> (ultimo accesso 2/7/2024).

¹⁸ Cfr. riunione del Comitato Consultivo della Medicina Generale del 21 novembre 24 e www.tech2doc.it/it (ultimo accesso 24/11/2024).

¹⁹ Il Comitato Regionale (art. 11 c. 10) ha funzioni

è chiaro chi, dove e come potranno essere definite.

Ultimo elemento poi che caratterizza questa forma organizzativa monoprofessionale, la cui partecipazione dei medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria è obbligatoria, risiede nella necessità di una connessione funzionale tra loro, mediante una struttura informatico-telematica di collegamento, tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni medico della AFT a informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per una efficace presa in carico e garanzia di continuità delle cure (c. 9).

Per le forme multiprofessionali UCCP il Direttore Generale nomina tra le figure operanti nell'Azienda il Coordinatore (art. 10) che ha durata triennale e ha funzioni di collaborazione e organizzazione dei percorsi assistenziali, raccordo con i referenti di AFT, collaborazione per la definizione delle attività, gestione del budget e rilevazione e valutazione dei fabbisogni. Quindi da questo testo di evince che non solo i MMG ma anche altri professionisti operanti nel distretto potranno essere nominati a ricoprire questo ruolo e sarà interessante capire come e quanto questa eventuale figura "altra" possa essere compatibile con le funzioni e il ruolo a

progettuali, di monitoraggio, di proposta formativa, formulare pareri e monitoraggio sugli Accordi aziendali, indirizzi sulla formazione regionale, programmazione sanitaria regionale, avanzare proposte di interesse per la Medicina Generale e promuovere richieste di pareri alla SISAC. L'attività del Comitato Aziendale (art. 12 c. 10) è principalmente orientata a formulare pareri sulla programmazione aziendale e distrettuale e il PFA – Piano Formativo Aziendale monitora l'applicazione degli accordi ed esprime pareri nonché definisce il regolamento di funzionamento interno delle AFT e ne monitora il funzionamento. Per tale motivo a questo comitato è anche attribuita una componente di tipo gestionale.

essa attribuito nell'ambito professionale della Medicina Generale e quali le competenze costitutive del ruolo assegnato dovranno essere assunte.

L'AFT invece individua al suo interno un Referente e il suo sostituto (art. 30) con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 29, comma 12, ovvero stabilite dal Comitato di Azienda ex art. 11 ACN 08/02/2024, con funzioni di integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali e raccordo funzionale con la forma organizzativa multiprofessionale di riferimento, di coordinamento delle attività dei medici che compongono la forma aggregativa. Dovrà garantire la continuità dell'assistenza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Inoltre, tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei Medici di Medicina Generale componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD)²⁰. Anche per questa figura sarà necessario individuare quale formazione e competenze specifiche dovranno essere applicate a questa funzione finalizzate a una operatività volta a un cambiamento culturale "fondamentale che ogni seria trasformazione organizzativa richiede e senza la quale non potrà che ridursi

²⁰ DPR 229/99 – Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Art. 3-sexies c. 2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto. Questo aspetto apre una questione, quella per la quale va chiarito se questa figura sostituirà il c.d. membro di diritto che in alcune regioni (es. Marche) viene individuato sulla base di un profilo di competenze mentre in altre è elettivo (Piemonte, Friuli) o andrà a incidere sui due componenti della Medicina Generale dell'UCAD individuati sulla base di un criterio elettivo, espressione dei MMG del distretto come stabilito dall'art. 25 comma 4 Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 – testo integrato con l'ACN 29 luglio 2009.

nelle migliori delle ipotesi a mera razionalizzazione dell'esistente" (Giarelli, 2024, p. 37).

4. Connessione/integrazione con le Case di Comunità

Veniamo ora a una questione fondamentale che gli AA.II.RR. nell'ambito della programmazione regionale dovranno affrontare. Quello della integrazione con le Case di Comunità, con le loro funzioni Hub e Spoke e il processo di riorganizzazione della Medicina Generale e di tutte le altre strutture e funzioni individuate dal DM 77/22. La stessa UCCP potrà avere una collocazione diversa nell'ambito del distretto e non necessariamente nella Casa di Comunità, ma anche in strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, o ancora nella sede di riferimento della AFT. La norma dell'art. 9 dell'ACN 08/03/2024 infatti non definisce una precisa organizzazione e corrispondenza dei rapporti e connessioni tra Case di Comunità e funzioni Hub e Spoke AFT e UCCP, lasciando di fatto alla Regione e alla conseguente fase negoziale con la Medicina Generale l'individuazione di un modello, che in coerenza con i contenuti dell'ACN ne stabilisca gli assetti organizzativi secondo un modello-tipo coerente²¹. Una volta definito il nuovo assetto organizzativo della Medicina Generale in forme monoprofessionali e multi-

professionali, processo non ancora completato in molte regioni, andranno individuati i livelli organizzativo-operativi di queste forme, affinché questa robusta riorganizzazione basata sulla programmazione regionale e definita dagli AA.II.RR. risulti compatibile con lo sviluppo del contesto indicato da PNRR e DM 77/22. Il rischio è che si definisca un "percorso parallelo" o di "sovrapposizione di funzioni e competenze" perdendo l'opportunità di realizzare quei livelli di rete connessa e integrata alla base della riorganizzazione della assistenza territoriale nella epoca del post-Covid. Questo potrebbe rallentare se non peggiorare i processi di trasformazione in atto. Il venir meno di un "approccio sistemico" favorirebbe "il prevalere di logiche di mero adempimento cioè di attenzione più ai contenitori e ai formalismi che ai contenuti e di un utilizzo debole dei potenziali di innovazione profonda di tali norme" (Noto G. *et al.*, 2022, p. 115). Inoltre, in mancanza di questa visione, il pericolo di "congestione" e "sovrapposizione" di funzioni e "sovrappollamento" di strutture e soggetti operanti in ambito territoriale/distrettuale potrebbe realmente diventare piuttosto concreto²².

5. Presenza fisica o funzioni?

Come già altri AA. hanno osservato (*Ibidem*) questi assetti organizzativi, al di là di una presenza fisica del MMG in determinate strutture piuttosto che in altre, ridefiniscono delle funzioni complessive del singolo medico che vengono assunte a seconda del livello organizzativo in cui opera e si colloca e ne potenziano la funzione e il ruolo

²¹ Cfr. art. 9 c. 1 ACN 08/02/2024: La forma organizzativa multiprofessionale (UCCP) opera in forma integrata all'interno di Case di Comunità, strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento (*Hub*) ed eventuali altre sedi (*Spoke*), compresa la sede di riferimento di AFT, che, dislocate nel territorio, possono essere caratterizzate da differenti forme di complessità. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

²² Oltre al Distretto e alle Case di Comunità Hub e Spoke il DM 77/22 prevede la creazione delle UCA – COT – centrale 116117 – Infermiere di Famiglia ecc.

all'interno del sistema. Queste possono essere divise in due aree:

- 1) funzioni aggregate per lo sviluppo dinamico della prossimità, relativamente alla partecipazione nelle AFT da realizzare con la propria autonoma organizzazione;
- 2) funzioni integrate per incrementare la connessione professionale, la multidisciplinarietà e il coordinamento professionale, con la partecipazione alle UCCP anche attraverso la propria autonoma organizzazione.

I compiti professionali in capo a ogni singolo medico a Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo fiduciario (art. 43 c. 6) e a ciclo orario (art. 43 c. 7) che potremmo definire di base o minimi corrispondono a quanto previsto dall'art. 43 e 45 del ACN 08/02/24 ed erogati dal singolo professionista, indipendentemente dal contesto aggregativo e/o organizzativo in cui si colloca. La nuova organizzazione della Medicina Generale definisce compiti aggiuntivi derivanti dalla partecipazione alla forma aggregata monoprofessionale (AFT), ovvero all'interno della propria area professionale anche attraverso la presenza degli altri medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria e con il contributo della propria autonoma organizzazione professionale (es. Collaboratore di Studio, Infermiere di Studio, Assistente Sociale, diagnostica di primo livello ecc.) e compiti aggiuntivi derivanti dalla partecipazione alla forma integrata delle UCCP (Tab. 1). I compiti della forma aggregata (AFT) derivano dalla partecipazione obbligatoria del MMG a questa forma organizzativa. Questi saranno declinati a loro volta dalle modalità organizzative intra-

AFT stabilite dalla contrattazione regionale, e verosimilmente andranno di fatto a sviluppare il vecchio associazionismo (es. sede unica per una forma erogativa tipo medicina di gruppo o sedi singole per la precedente medicina di rete o altre forme individuate, personale di studio, funzione informativo-informativa, diagnostica di primo livello ecc.) che potranno anche coesistere nella medesima AFT con la individuazione o meno di una sede di riferimento per tutta la forma aggregativa.

Queste funzioni e compiti "aggregati" (art. 29 c. 6 e 8) possono inoltre essere integrati dagli AA.II.RR. in attuazione a quanto stabilito dalla programmazione regionale, implementando modelli correlati al grado di complessità della presa in carico assicurata alla popolazione di riferimento (art. 29 c. 10). A titolo puramente esemplificativo potrebbero essere ricomprese in questa funzione derivante dalla partecipazione alle forme aggregate le attività della Continuità Assistenziale in attività diurne, diagnostica di primo livello in ambulatori dedicati per medicina proattiva, campagne vaccinali e informative, empowerment e family learning (Tab. 2).

Le attività, gli obiettivi e i livelli di performance della AFT saranno parte integrante del programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater, comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e la valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituirà un elemento per l'erogazione delle parti variabili del trattamento economico dei medici componenti la stessa AFT (c. 11)²³.

²³ Senza entrare nello specifico dettaglio, la quota variabile del trattamento economico del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, è finalizzata

I compiti definiti dalla partecipazione alla forma integrata multiprofessionale ovvero quelle rese con la partecipazione del MMG eventualmente anche con la propria autonoma organizzazione alle UCCP, quindi con altre professionalità e competenze, in una ottica di multidisciplinarietà (art. 9 c. 4), riguardano la programmazione delle attività con il distretto, la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione, la programmazione di audit clinici e organizzativi. A titolo esemplificativo possono rientrare nell'ambito di questa funzione le attività erogate nel sistema della residenzialità²⁴, ADI, formazione, audit, programmi di ricerca, UVD, valutazioni multidimensionali, partecipazione a sessioni di programmazione e valutazione organizzativa e clinica, sessioni di peer-review, UCAD, comunità di pratiche ecc.

Ora ponendoci dal versante della progettazione delle istituende Case di Comunità e assumendo le possibili funzioni complessive per le quali esse sono state progettate, possiamo ipotizzare un loro possibile ruolo come (Giudici, Preti, 2023):

- strutture polivalenti per la erogazione di prestazioni e servizi,
- quartier generale di un team multiprofessionale-multidisciplinare di professionisti operanti in ambiti, strutture e reti diffuse sul territorio;
- ambito in cui la continuità dei servizi e degli operatori raggiunge la vera unitarietà e integrazione delle competenze e interventi (ADI – UVD-I-FoC-Assistenti Sociali);
- punto di riferimento per le cure primarie per la presa in carico dei pazienti cronici e medicina di iniziativa;
- rappresentare i nodi che rafforzano una rete di assistenza sanitaria territoriale visibile e ben individuabile ai cittadini per la risposta ai bisogni, in particolare quelli non-urgenti.

Queste “funzioni complessive variamente assemblabili contribuiscono a ipotizzare tre possibili macro-modelli” (Giudici, Preti, 2023, p. 117) per le Case di Comunità con o senza la presenza fisica del MMG il quale nell'ambito dei compiti e funzioni che abbiamo indicato prima come singola, aggregativa, integrativa/di connessione (Tabb. 1 e 2) è comunque a esse collegato per la formazione di una macrorete curante territoriale, che possiamo definire complessa e collaborativa (Ingrosso, 2016, p. 134) in grado a sua volta di costituire un network complessivo di governance territoriale a cui può essere data una valenza di prossimità attraverso le AFT o una più integrata/connessa attraverso le UCCP a seconda delle esigenze territoriali, di contesto, possibilità e condizioni.

I modelli possibili, almeno in questa fase iniziale di avvio di nuovi assetti assistenziali territorio, potrebbero essere:

- Casa di Comunità con funzioni prevalentemente erogative, sostanzialmente

all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa e alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica. Le risorse della quota variabile di cui alla presente lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati e in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico.

²⁴ Si preferisce utilizzare il termine “sistema della residenzialità” piuttosto che il più conosciuto e utilizzato “cure intermedie” perché, mentre il sistema della residenzialità fa riferimento a un luogo di gestione appropriata della cronicità associato a un grado variabile di bisogno sociale (RSA, Hospice, OdC ecc.), le “cure intermedie sembrano indicare un sistema a metà tra territorio e ospedale, piuttosto che la individuazione di un luogo a maggiore appropriatezza per la gestione delle cronicità, mettendo in evidenza una impostazione ospedalocentrica più orientata a un modello gerarchico e verticale che a un concetto di rete. Cfr. anche Giarelli, 2024.

Tab. 1 – Compiti del medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria

Compiti base del MMG* art. 43 c. 6 ACN 08/02/2024 Ciclo fiduciario	Compiti base del MMG* art. 43 c. 7 ACN 08/02/2024 Ciclo orario	Compiti del MMG in Aggregazione – AFT Art. 29 c. 6-8	Compiti del MMG Integrativi – UCCP Art. 9 c. 4 ACN 08/02/2024
Visite domiciliari avuto riguardo sulle condizioni di non trasportabilità del paziente	Erogazione di prestazioni assistenziali non differibili, in sede ambulatoriale o a domicilio secondo i modelli organizzativi regionali, con particolare riferimento alla funzionalità del Numero Unico Europeo 116117	Assicurare l'erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali e uniformi di assistenza	Programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento
Assistenza domiciliare programmata – Integrata e residenziale	Annotazione nella scheda sanitaria individuale del paziente della propria valutazione e attività	Assistenza ai turisti ai sensi dell'articolo 46	Partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione
Consulto con lo specialista	Continuità dell'assistenza notturna, diurna, ferial e festiva	Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza	Progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale
Partecipazione a campagne vaccinali secondo le modalità definite dalla Regione e/o dalle Aziende	Proposte di ricovero e prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile e secondo le disposizioni vigenti in materia	Utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, del FSE	Programmazione di audit clinici e organizzativi,
Redazione del PAI per il paziente cronico nel rispetto degli atti di programmazione e regionale	Integrazione nei programmi di assistenza domiciliare, residenziale e nella rete delle cure palliative e la partecipazione ai programmi di medicina d'iniziativa	Continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata.	
Attività prescrittiva (ex Art. 45 ACN 08/02/2024) e Certificazioni (malattia lavoratori, idoneità sportiva non agonistica infortuni sul lavoro, riammissione scuola dell'obbligo, riammissione al lavoro alimentaristi e per le prestazioni di ADI – ADP e ADR)	Attività prescrittiva (ex Art. 45 ACN 08/02/2024) e Certificazioni (malattia dei lavoratori dipendenti, fino a un massimo di tre giorni, assenza per malattia dei lavoratori turnisti, riammissione al lavoro degli alimentaristi, constatazione di decesso l'integrazione nei programmi di assistenza domiciliare, residenziale e nella rete delle cure palliative, partecipazione ai programmi di medicina d'iniziativa come previsto all'Allegato 1 ACN 8/2/2024.	Promozione della medicina di iniziativa, presa in carico della cronicità e pazienti con bisogni complessi Integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale	

Legenda. FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico; MMG: Medico di Medicina Generale; PAI: Progetto di Assistenza Individuale integrata; ACN: Accordo Collettivo Nazionale; ADP: Assistenza Domiciliare Programmata; ADR: Assistenza Domiciliare; AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali; UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie; ADI: Assistenza Domiciliare Integrata.

Note. (*) L'articolo 43 dell'ACN 08/02/2024 – Compiti del Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria presenta una trattazione complessa e articolata ed esaustiva delle funzioni, ruolo e compiti del Medico a Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di fiducia e a ciclo orario, a cui si rimanda per una visione più completa (diagnosi, cura, prevenzione, presa in carico, promozione della salute ecc.). Nella tabella sono solo indicati i compiti e obblighi "base" del singolo MMG elencati al comma 6 e 7 che evidentemente non esauriscono il complesso delle altre funzioni aggiuntive in particolare quelle definite dalle forme aggregative (AFT) e integrate (UCCP).

Tab. 2 – Ipotesi di attività in relazioni alle funzioni Singole – Aggregate (AFT) – Integrate e di Connessione (UCCP)

Funzioni singole	Funzioni forma aggregative	Funzioni forma integrative e di connessione
Attività di prevenzione e promozione della salute	Continuità Assistenziale attività diurne	Attività erogate nel sistema della residenzialità (Ospedale di Comunità, RSA ecc.)*
Gestione delle patologie acute e croniche	Diagnostica di primo livello in ambulatori dedicati per medicina proattiva	ADI
Prestazioni aggiuntive e visite ambulatoriali e domiciliari ADP	Campagne vaccinali e informative	Formazione, audit, programmi di ricerca, comunità di pratiche,
Continuità dell'assistenza	Empowerment e family learning	UVD, valutazioni multidimensionali,
Cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito		Partecipazione a sessioni di programmazione e valutazione organizzativa e clinica, UCAD, sessioni di peer-review,
Partecipazione alle attività formative		
Visite occasionali		
Attività certificatoria e prescrittiva		

Legenda. **ADP:** Assistenza Domiciliare Programmata; **ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata; **UVD:** Unità di Valutazione Distrettuale; **RSA:** Residenza Sanitaria Assistenziale; **UCAD:** Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali; **UVD:** Unità Valutativa Distrettuale.

* Pur avendo il sistema della residenzialità una giurisprudenza specifica per i MMG che vi operano ma diversa nelle varie regioni (il modello Lombardo è diverso da quello del Veneto, diverso da quello Marchigiano ecc.), si è voluto sottolineare il concetto che questi ambiti rappresentano luoghi dove realizzare una funzione a elevata integrazione professionale collocabile per esempio nelle specifiche forme a maggior valenza integrativa come, appunto, le Case di Comunità.

la logica delle vecchie Case di Salute, dove trovano posto le Cure primarie, eventualmente anche il MMG a seconda che in quell'ambito territoriale siano valutate prevalenti le esigenze di integrazione (UCCP – eventuale presenza fisica del MMG) rispetto a quelle di prossimità (AFT – collegamento funzionale) e/o le opportunità e disponibilità orientino verso una forma o l'altra, la specialistica poliambulatoriale, la diagnostica e altri servizi sanitari territoriali (ADI-IFoC ecc.);

- Casa di Comunità a elevata integrazione socio-assistenziale dove sono presenti i servizi sociali PUA-UVD. Rappresenta l'ambito della programmazione socio-assistenziale e delle politiche comunitarie inclusive e l'integrazione con l'Ente Locale. I MMG sono in posizione Spoke con le AFT;

- Casa di Comunità propriamente detta ovvero il luogo della massima integrazione dei servizi sanitari e sociali e della co-progettazione con la partecipazione dell'Ente Locale, UCCP – Poliambulatorio. Diagnostica, Strutture residenziali (RSA-OdC). I MMG possono partecipare con UCCP e/o AFT a seconda delle esigenze e opportunità.

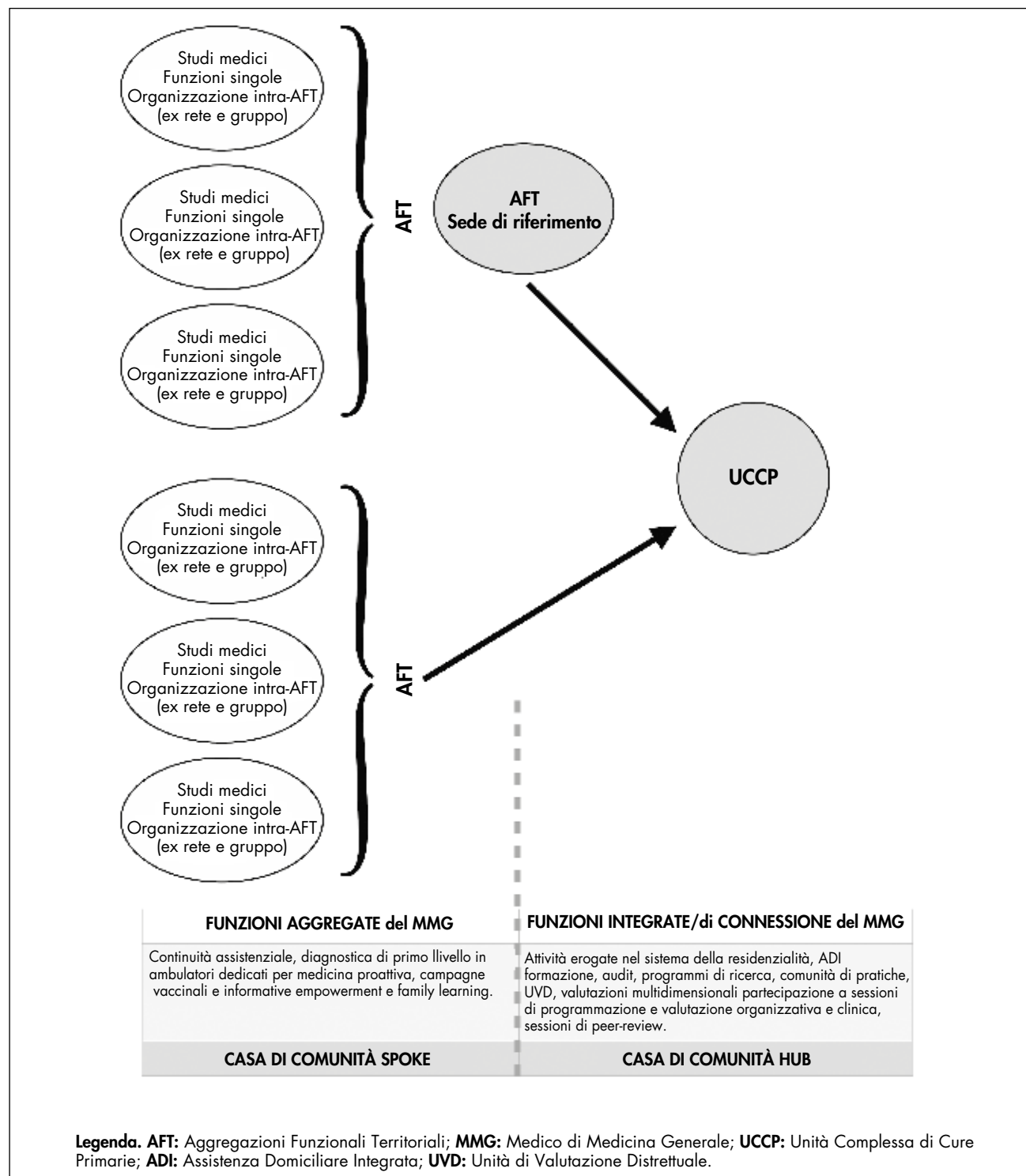
Questi modelli di Casa di Comunità possono dunque avere una loro ulteriore declinazione anche nelle modalità organizzative Hub e Spoke intese come funzioni del Distretto volte a rafforzare in maniera più dinamica la rete assistenziale di prossimità, tramite le AFT (Spoke/AFT), o a renderla più integrata e connessa con i servizi tramite la UCCP (Hub/UCCP). È possibile dunque ipo-

tizzare in questa fase di costruzione preliminare di un nuovo sistema di assistenza territoriale una sostanziale corrispondenza della Casa di Comunità Hub con le funzioni di integrazione/connessione affidate alle UCCP. Quelle per la realizzazione della prossimità affidate alle Case di Comunità Spoke con le AFT. Modello questo che non si esclude a vicenda stante anche il collegamento funzionale che deve essere instaurato tra le due forme, può essere coordinato a “geometria variabile” a seconda delle esigenze e opportunità e soprattutto attraverso i suoi collegamenti informativi e/o “fisici”. Si viene dunque a costituire un rafforzamento della rete assistenziale territoriale, anche per la gestione di condizioni più complesse (Assistenza Domiciliare e Residenziale) ma che possono avere nel setting dell’assistenza territoriale una risposta più appropriata e sostenibile anche in relazione a una maggiore integrazione socio-sanitaria. È del tutto evidente che la discussione sull’obbligo di una presenza fisica o meno del MMG all’interno delle Case di Comunità diventa un argomento di secondaria importanza e fuorviante, rispetto alla necessità di implementare prossimità e integrazione nell’assetto assistenziale territoriale.

Ora questi percorsi di aggregazione/integrazione, da intendersi in senso ampio sia dal punto di vista della forma sia della loro possibile configurazione (Provan e Kenis, 2008; Fredrickson e Fredricks, 2007; Klijn e Koppenjan, 2000), possono costituire una soluzione organizzativa per ottenere miglioramenti di tipo gestionale. Fattore basilare per l’efficace funzionamento di un network è costituito dalla cooperazione, che permette la creazione di relazioni stabili funzionali alla definizione e realizzazione di strategie di sviluppo.

L’analisi delle relazioni che intercorrono tra i nodi di un network può avere sia natura strumentale (scambi di beni-servizi-fattori di produzione), sia natura informativa. In quest’ultimo caso la relazione può realizzarsi e creare maggior valore all’intero sistema se le informazioni circolano attraverso un linguaggio specializzato e condiviso, come nel caso per esempio delle AFT e UCCP.

Tra le motivazioni (Powell, 1990) che possono favorire la costituzione di una rete è possibile annoverare la crescente ricerca di flessibilità e apprendimento. Lo sviluppo quantitativo e soprattutto qualitativo dei bisogni ha determinato l’affermarsi di numerosi segmenti di mercato sempre più specialistici. Il network può rappresentare una soluzione ai cambiamenti che intervengono nelle normative, nei bisogni e più in generale nell’ambiente, grazie alla flessibilità della produzione ripartita tra i diversi nodi e allo scambio di informazioni tra i diversi attori (apprendimento). Un altro motivo può essere individuato nella gestione congiunta della produzione (Borgonovi, 2008), come è stato osservato con la catena del valore allargata. Le diverse attività della value chain, che sono svolte da distinti e autonomi *soggetti*, possono invece essere oggetto di un processo di revisione che porta a una integrazione delle diverse parti/fasi (Prahalad e Ramaswamy, 2004; Horne e Shirley, 2009; Lindhal *et al.*, 2008). Le relazioni collaborative, formali e informali, possono rappresentare una soluzione anche per innalzare il livello qualitativo dei servizi mediante la possibilità di acquisire nuove tecnologie per la produzione dei servizi oppure conoscenze altrimenti non disponibili.

**Fig. 1**

Ipotesi organizzativa della Medicina Generale – ex Accordo Collettivo Nazionale 08/02/2024

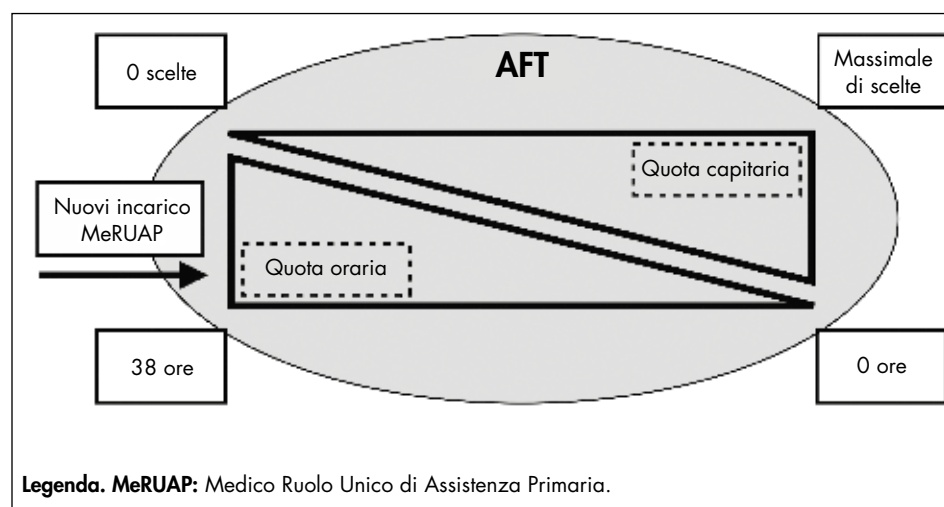
6. Istituzione del Ruolo Unico dell'Assistenza Primaria

Un altro elemento significativo ribadito con il nuovo ACN e che sta alla base della costruzione di questo nuovo sistema è quello della figura del Medico di Assistenza Primaria a Ruolo Unico.

Con la formulazione dell'art. 31 contenuto nel nuovo ACN 8 febbraio 2024 si stabilisce che dall'anno successivo all'entrata in vigore dell'accordo gli incarichi del ruolo dell'assistenza primaria sono conferiti in una sola azienda e comportano un impegno a tempo pieno con una progressiva modulazione dell'attività a ciclo di scelta e su base oraria, dando in questo modo una precisa scadenza per la trasformazione di questa figura. Questo significa che le due figure che conosceamo del medico di CA e di AP scompaiono, rimanendo al loro posto un solo ruolo di AP con due funzioni: una a ciclo di scelta ovvero il medico a regime di scelta fiduciaria che può essere acquisito da ogni singolo cittadino; un'altra su base oraria, che erogherà l'assistenza a ciclo orario garan-

tenendo la continuità assistenziale nelle ore notturne, festivi e prefestivi e attività orarie diurne che potranno essere definite dalla successiva programmazione all'interno delle AFT e che potrà acquisire, ove disponibili, scelte fiduciarie già con il conferimento dell'incarico a quota oraria. In questo modo si acquisisce maggiore dinamicità e potenzialità alla nuova organizzazione soprattutto nella medicina di iniziativa, diagnostica di primo livello, residenzialità e domiciliarità delle cure, continuità dell'assistenza ecc. È pertanto possibile ipotizzare che nell'assegnazione degli incarichi, per esempio di un medico di assistenza primaria a ciclo orario in riferimento a una singola AFT, l'iniziale ingresso che avverrà a quota oraria subirà una progressiva diminuzione a mano a mano che si acquisiranno scelte fiduciarie a motivi di disponibilità di quote fiduciarie (scelte dei pazienti) all'interno della forma aggregativa (pensionamento di medici, incremento della popolazione ecc.) determinando un

Fig. 2
Ruolo Unico



meccanismo “a vasi comunicanti” tra l’attività a scelta fiduciaria e quella oraria compensato dai nuovi ingressi di medici (Fig. 2). Questa dinamica permetterà un equilibrio assistenziale nell’ambito della AFT volto a migliorare l’assistenza e a garantire un maggior equilibrio organizzativo, nonché un rafforzamento del modello di una presa in carico complessiva e della rete di assistenza territoriale.

7. Conclusioni

La necessità di riformare la rete dell’assistenza territoriale nel post-Covid rappresenta una potente opportunità di reingegnerizzazione degli assetti organizzativi e gestionali del sistema delle cure con particolare riferimento agli assetti territoriali.

I nodi trasformativi di questo Nuovo Accordo, alcuni dei quali analizzati nel presente lavoro, ridefiniscono gli assetti organizzativo-gestionali della Medicina Generale (AFT e UCCP), collegandoli, indubbiamente non senza difficoltà, ai modelli assistenziali individuati dal PNRR e dal DM 77/22 attraverso lo sviluppo di prossimità e integrazione/connessione (Case di Comunità Hub e Spoke).

Le implicazioni innovative del nuovo accordo richiedono un approccio consapevole che possa informare il percorso di questo cambiamento. Come sostiene Kotter (2011), sono da considerare anche componenti emotive e legate alla situazione. Nonostante le implicazioni pratiche del change management manifestino indicazioni talvolta contraddittorie (By, 2005), l’individuazione di un sentiero di cambiamento in un’organizzazione sanitaria implica che gli individui debbano transitare da un’identità a un’altra. Secondo Bridges e Mitchell

(2000) la transizione si articola in tre step: la fine, la zona neutra e il nuovo inizio.

L’opportunità o meno di realizzazione di questo processo dipende da alcuni fattori favorevoli e ostacolanti (Tab. 3) che possono rappresentare anche degli obiettivi di buona conduzione di una fase negoziale di successo per il progetto complessivo delle Case di Comunità e favorire un “nuovo inizio”. Prima tra tutti una negoziazione regionale “illuminata” in grado di abbandonare una logica di autoreferenzialità e aprirsi a una prospettiva collaborativa. Da un altro punto di vista questo processo, se non coordinato con le politiche regionali, potrebbe anche rappresentare un nodo ostacolante rischiando di determinare un sovraffollamento di strutture e professionisti nel territorio. Questo creerebbe duplicazione di ruoli e funzioni e competenze: COT – UCA – Case di Comunità Hub Spoke AFT UCCP, IFoC... e un conflitto tra i modelli esistenti senza per altro concorrere a un miglioramento della risposta assistenziale. Si produrrebbe in tale contesto una riduzione della appropriatezza degli interventi e aumento dei costi. Questo porterebbe a un sostanziale fallimento delle opportunità di cambiamento. Una grande responsabilità e una importante funzione, pertanto, si profilano in questa fase di avvio. Quella del processo negoziale regionale, che potrà portare a un rafforzamento della Medicina Generale nella sua funzione centrale di motore dell’assistenza territoriale fortemente integrata e connessa con tutto il sistema. Di contro potrebbe realizzarsi una sua progressiva eclissi e marginalizzazione se non saprà governare in maniera proattiva questi processi di innovazione e

ammodernamento, attraverso una profonda rigenerazione professionale, rigettando modelli di eccessiva autoreferenzialità.

È anche difficile poter dire al momento quanto della ipotesi di un approccio “sistemico” della Medicina Generale potrà essere realizzato. Un fattore favorente è quello di prevedere una sostanziale corrispondenza tra funzioni Hub-UCCP e Spoke-AFT dove la partecipazione sia prevalentemente declinata sotto il primato della funzione a seconda del livello organizzativo assunto (prossimità nelle AFT, integrazione/connessione nelle UCCP). Sarà necessario attivare il previsto collegamento funzionale tra le due forme e una modalità di realizzazione coerente con le esigenze di integrazione e/o prossimità dei territori (es. contesto metropolitano densamente popolato, rispetto a un contesto rurale con popolazione più diffusa e dispersa). Essa appare comunque la strategia più logica e funzionale rispetto a interpretazioni più rigide e formali. Adottate a livello regionale, faciliterebbero la soluzione di non pochi problemi organizzativi e gestionali delle stesse Case

di Comunità il cui progetto realizzativo appare ancora molto fumoso e indefinito, favorendo un processo di evoluzione della Medicina Generale e con essa dei modelli trasformativi dell’assistenza territoriale.

Rimane poi aperto il problema delle competenze da possedere per supportare una così robusta trasformazione degli asset assistenziali territoriali che potrebbe rappresentare un potente fattore favorente la trasformazione oppure ostacolarne l’attuazione. Questi processi formativi per fungere da attivatori della trasformazione, infatti, dovranno poter garantire il più ampio sviluppo possibile del potenziale innovativo contenuto in questo disegno complessivo di costruzione di un nuovo network collaborativo per l’assistenza territoriale. Sarà necessario anche un cambiamento di cultura organizzativa e gestionale nell’approccio a questi processi trasformativi più aperti a un maggior confronto con il concetto di professionalismo, alla multiprofessionalità, alla flessibilità organizzativa e all’autonomia responsabile dei professionisti.

Tab. 3 – Fattori favorenti e ostacolanti il processo trasformativo dell’assistenza territoriale

Favorenti	Ostacolanti
Negoziante regionale collaborativa	Negoziante regionale autoreferenziale
Corrispondenza CdC Hub e Spoke con UCCP e AFT	Differenziazione CdC Hub e Spoke con UCCP e AFT
Specifiche formative per Referenti AFT e Coordinatori UCCP	Individuazione di Referenti/Coordinatori per solo ruolo “rappresentativo”
Politica Regionale su CdC condivisa e definita coerente con assetti ed esigenze territoriali che favorisca la transizione	Politica Regionale su CdC direzionale e/o non coerente con assetti ed esigenze territoriali che ostacoli la transizione

Legenda. CdC: Case di Comunità; **UCCP:** Unità Complesse di Cure Primarie; **AFT:** Aggregazioni Funzionali Territoriali.

BIBLIOGRAFIA

ACN 23 marzo 2005 – Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni (testo integrato con le errata corrige del 01/03/06 e del 16/03/06) (ultimo accesso 23/11/2024).

ACN 28 aprile 2022 – Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni (ultimo accesso 23/11/2024).

ACN 30 ottobre 2020 rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello – www.sisac.info/ (ultimo accesso 30/04/2024).

ACN 2019-2021 per Medicina Generale www.sisac.info/ (ultimo accesso 30/04/2024).

Dichiarazione di Alma Ata sulla Assistenza Sanitaria Primaria – https://www.ausl.re.it/allegati/HPH/la-dichiarazione-di-alma-ata_la%20dichiarazione%20di%20alma%20ata.pdf (ultimo accesso 30/04/2024).

DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 – Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

DECRETO 29 luglio 2022 G.U. 27/09/202 Serie Generale n. 226 – Riparto delle risorse per il fabbisogno di apparecchiature sanitarie di supporto ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Invitational Conference 'Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health' Report of the meeting December 10-11, 2009" in – <https://www.healthcouncil.nl/documents/advisory-reports/2010/07/13/invitational-conference-is-health-a-state-or-an-ability-towards-a-dynamic-concept-of-health> (ultimo accesso 30/04/2024).

LEGGE 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (Decreto Balduzzi).

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 approvato in Conferenza Stato-Regioni il 2 agosto 2023 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 21 agosto 2023 (G.U. Serie Generale, n. 194 del 21 agosto 2023) – <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/piano-nazionale-vaccini-2023-2025> (ultimo accesso 30/04/2024).

Piano Nazionale delle Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 in – https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf (ultimo accesso 30/04/2024).

Borgonovi E. (2008). *La tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende è il mezzo*. Milano: Egea.

Bridges W., & Mitchell S. (2000). Leading transition: A new model for change. *Leader to leader*, 16(3): 30-36.

By R. T. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of Change Management*, 5(4): 369-380.

Frederickson D. and Fredericks G. (2007). *Measuring the performance of the Hollow State*. Washington, DC.: Georgetown University Press.

Friedson E. (2002). *Professionalismo – La Terza Logica*. Bari: Ed. Dedalo.

Garattini L., Nobili A. (2021). Per una medicina veramente al passo coi tempi. *Quotidianosanità.it*. – https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98060 (ultimo accesso 30/04/2024).

Giarelli G. (2024). Modelli e Saperi – La salute di Prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale. In Ingrosso M. (a cura di). *Percorsi verso le case di Comunità: proposte e sperimentazioni – Percorsi verso le Case di Comunità: proposte e sperimentazioni*. Perugia, Cultura e salute, 22-37.

Giudici L., Preti L.M. (2023). Le possibili vocazioni delle Case della Comunità. In: Tozzi V., Longo F. (a cura di). *Management della cronicità – Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*. Milano: Egea, pp. 111-130.

Horne M. and Shirley T. (2009). Coproduction in public services. *Cabinet Office*.

<https://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=31899&lang=it> (ultimo accesso 30/04/2024).

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/il-futuro-della-medicina-di-famiglia-in-italia/>.

Illich I. (1977). *Nemesi Medica: l'espropriazione della salute*. Cles (TN): Arnoldo Mondadori Editore.

- Ingrosso M. (2024). La riforma della assistenza sanitaria e sociale territoriale: una navigazione contrastata. In: Ingrosso M. (a cura di). *Percorsi verso le Case di Comunità – proposte e sperimentazioni*. Perugia: Cultura e salute Editore, pp. 7-21.
- Ingrosso M. (2016). *La Cura Complessa e Collaborativa*. Roma: Aracne Editrice.
- Klijn E.H and Koopenjan J.F.M. (2000). Public Management and Network. Foundation of a Network Approach to Governance. *Public Policy Management*, 2(2): 135-158.
- Kotter J. P. (2011). Change management. *Harvard Business Review*, 10.
- Lindahl M., Ölundh Sandström G., Sundin E., Öhrwall Rönnbäck A. and Östlin J. (2008). Learning networks: a method for Integrated Product and Service Engineering – experience from the IPSE project. In: Mitsuishi M., Ueda K. and Kimura F. *Manufacturing Systems and Technologies for the New Frontier*. London: Springer.
- Maciocco G. (2021). Il futuro della Medicina di famiglia in Italia. *Saluteinternazionale.info*.
- Noto G., Noto A., Borgonovi E. (2022). Le basi dell'approccio sistemico al DM 77 e all'integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione strategica all'attuazione operativa. *Mecosan*, 17: 113-136.
- Powell W. (1990). Neither Market nor Hierarchy: Networks forms of organizations. *Research in Organizational Behavior*, 12: 295-336.
- Prahalad C. K., Ramaswamy V. (2004). Co-creation experiences: the next practice in value creation. *Journal of interactive marketing*, 18(3). 5-14.
- Provan K.G., Kenis P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2): 229-252.
- Sacconi M., Del Favero A., Gasparri C., Lucchina C. (2021). *Position Paper Il Medico di Medicina Generale nei nuovi servizi sociosanitari territoriali*, p. 13, Studio Mercer 8/12/21.
- Schon D.A. (1993), *Il Professionista Riflessivo – per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Tousijn W. (2008). Opportunità e vincoli per una nuova logica professionale. In: Speranza S., Tousijn W., Vicarelli G. *I medici in Italia: motivazioni autonomia appartenenza*. Bologna: il Mulino, pp. 147-162.
- Tousijn W. (2013). Dai fini ai mezzi: il nuovo professionalismo. In: Vicarelli G. (a cura di). *Cura e Salute prospettive sociologiche*, pp. 175-197. Roma: Carocci Editore.
- Tozzi V., Listorti E., Ferrara L. (2003). Epidemiologia della cronicità: dalla popolazione alle popolazioni. In: Tozzi V., Longo F. *Management della cronicità – Logiche aziendali per gestire i nuovi setting sanitari finanziati dal PNRR*. Milano: Egea, pp. 13-45.
- Vicarelli G. (2013). Introduzione. In: Vicarelli G. (a cura di). *Cura e Salute prospettive sociologiche*, pp. 175-197. Roma: Carocci Editore.