

# Medicina Generale futura missione (im)possibile?

Potenziare la MG quale presidio centrale per l'assistenza territoriale e per la sostenibilità del Ssn non è un'impresa impraticabile e bisogna cominciare il prima possibile senza arroccarsi su progetti 'avveniristici'. Per uscire dall'empasse: "La Medicina Generale deve partire da quello che è e dagli strumenti che ha". Ha dichiarato a M.D. *Medicinae Doctor* il Segretario Generale della Fimmg Silvestro Scotti

**Anna Sgritto**

**P**otenziare la MG quale presidio centrale per l'assistenza territoriale e per la sostenibilità del Ssn non è un'impresa impossibile e bisogna cominciare ora senza arroccarsi su progetti 'avveniristici' che hanno bisogno di tempo. Il fattore tempo, per questo comparto, rappresenta una vera e propria criticità, viste le difficoltà che attanagliano l'esercizio della MG nel nostro Paese. Difficoltà che il Segretario Generale Nazionale della Fimmg, **Silvestro Scotti**, ha ben evidenziato nell'ultimo Consiglio Nazionale del sindacato:

- la minore attrattività di tale professione che si manifesta nella diminuzione della partecipazione ai bandi e alla frequenza del corso di formazione specifica in MG, nonché del successivo inserimento di nuovi medici;
- il costante aumento del fenomeno delle dimissioni di medici in giovane età e da poco convenzionati;
- il pensionamento anticipato dei medici in attività che è sceso, in media, sotto la soglia dei 68 anni;
- il carico di lavoro, asfissiante e irrazionale dell'attività burocratica;
- l'aumento dei costi che erodono in maniera significativa il reddito dei Mmg.

**In che modo si può rispondere, nel breve periodo, a tali situazioni che sembrano cronicizzate e stanno portando quasi all'estinzione della figura professionale**

**incarnata dai Mmg? M.D. *Medicinae Doctor* lo ha chiesto proprio a Silvestro Scotti.**

"C'è la necessità che la MG parta da quello che è e dagli strumenti che ha - dichiara Scotti - cercando di migliorarli e di evolverli per poi arrivare ad un progetto che salvi il finanziamento del Pnrr, ma lo salvi trasformandolo rispetto alle intenzioni che sono state dichiarate fino ad oggi".

In primis bisogna dare una risposta alla carenza dei Mmg sui territori. "Abbiamo una grande carenza di medici che è stata determinata da errori di programmazione di un *management* di livello medio, che non è riuscito a programmare numeri così semplici, come quelli della programmazione dei Mmg, calcolati sulla popolazione. Questo problema oggi è peggiorato dall'aumento dei costi energetici che sono triplicati per la gestione di uno studio di MG. La conseguenza è che, chi può, si fa due conti e anticipa il pensionamento, perché l'aumento pensionistico non compenserà quanto lui dovrà sborsare, non solo per i costi energetici, ma anche per l'inflazione che si rifletterà su tutti i costi dello studio, affitto compreso. Gli emolumenti dei medici di famiglia sono fermi all'accordo siglato per il 2018. Motivo per cui è necessario chiudere subito l'accordo 19-21. Continuare a ritardare tale atto significa continuare ad

accelerare la fuga dei medici e a spingere i giovani medici a lavorare a gettone nella cooperativa di turno o per i privati, piuttosto che entrare in un sistema che rischia di avere costi troppo alti rispetto alla redditività che gli viene garantita e ai carichi di lavoro previsti".

► **Questo sul piano 'pratico', c'è poi un problema politico.** "Come si fa - precisa Scotti - a discutere di un modello di riforma territoriale non portando il più rapidamente possibile la discussione contrattuale nei tempi in cui siamo? L'Accordo 19-21 è propedeutico alla definizione dell'ACN 2022-2024 che allinea il contratto, per attività e finanziamenti, alle nuove progettualità espresse nella missione 6 del Pnrr e nel Decreto 77 in cui si può avere concretezza delle risorse stanziate, programmate nelle finanziarie per la riforma territoriale (90 milioni nel 2022 fino ad arrivare al miliardo nel 2026)".

**L'efficacia della riforma della medicina territoriale è fortemente legata alla interconnessione e comunicazione multiprofessionale e interprofessionale che si dovrebbe affidare ad un altro importante cambiamento: la digitalizzazione della sanità e del Ssn.**

"La speranza di una interconnessione a livello di comunicazione multiprofessionale e interprofessionale anche con ope-

ratori non medici grazie alla rivoluzione digitale, per il momento, è estremamente deludente". "Piuttosto - chiosa Scotti - ho la percezione che anche lo sviluppo del digitale nel nostro Paese avvenga per silos. Un esempio di ciò sono stati i processi digitali delle piattaforme vaccinali e dei tamponi Covid fatti dalle singole Regioni. Il medico di famiglia quando un suo paziente si vaccina o ha un tampone positivo in un'altra Regione non ne è informato perché le piattaforme regionali non visualizzano tali informazioni. Il processo della gestione dei dati mi sembra ancora troppo legato alla valorizzazione di un potere che oggi ognuno vuole mantenere all'interno del proprio orticello. Condividere il dato, le prestazioni significa anche far evolvere il livello assistenziale minore verso uno di intensità maggiore. Siamo di fronte ad un sistema che deve decidere una volta per tutte se vuole elevare le cure primarie ad un livello di intensità assistenziale maggiore. Se ha questa finalità, è chiaro che a quel punto è fondamentale l'interconnessione. Al Mmg serve la possibilità di avere un punto di riferimento specialistico di secondo livello che all'inizio gli servirà con maggiore frequenza per confrontarsi rispetto a un suo modello di minore competenza, ma nel tempo il Mmg migliorerà le sue prestazioni e ne avrà sempre meno bisogno o meglio ne avrà bisogno in maniera sempre più appropriata".

### Prossimità e diagnostica negli studi dei Mmg: i punti dirimenti

"La MG per strutturarsi, rispetto ad una esigenza reale di presenza sul territorio, deve mantenere la sua prossimità. Attualmente, il nostro contratto contempla le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) attraverso cui possiamo dare una risposta a piccoli quartieri e comunità, creando relazioni con i medici presenti in quel territorio, con le sedi di riferimento afferenti a medici già organizzati in gruppo, in cui praticare una MG più intensa. Io partirei da qui, dal basso non

dall'alto, come si è fatto ipotizzando le Case di Comunità (CdC). Le AFT, ove fossero realizzate le CdC, possono anche traslare in esse, salvaguardando sempre la prossimità. È poi fondamentale mettere in relazione il primo livello di relazione tra la medicina di assistenza primaria a ciclo di scelta con la medicina primaria a ciclo orario (continuità assistenziale) che oggi complessivamente eroga 21 milioni di ore, formalizzate, molto spesso, su orari notturni con interventi minimali. Si deve partire da qui per differenziare l'offerta sanitaria. In un territorio che offre PS, centrali operative del 118 e presidi sparsi di guardia medica, la dotazione organica presente durante un orario notturno, sulla base del numero di interventi, può essere ridotta a vantaggio di una presenza maggiore durante il giorno per rendere l'offerta più continuativa, più efficace ed efficiente sia nella continuità di cura delle h12 e h16 della MG sia nell'attività domiciliare per pazienti già segnalati in collegamento con il distretto/CdC in collaborazione con infermieri e specialisti". "Altro punto fondamentale è la presenza della diagnostica negli studi dei Mmg. Gli studi dei Mmg devono essere dotati di strumenti di prima diagnostica, rete e telemedicina per garantire un'assistenza di prossimità adeguata e non accrescere le diseguaglianze territoriali, partendo dai gruppi di medicina generale organizzati e da quelli delle zone disagiate come prevede il decreto del riparto regionale dei 235 milioni sulla diagnostica di primo livello. Ma servono gli Accordi Integrativi Regionali (Air) il cui ritardo non trova giustificazioni. Io Mmg ho il diritto di comprendere che valore avrà nel mio studio la presenza di tali strumenti e dei servizi erogati con il loro utilizzo rispetto alla presa in carico del paziente e quale sarà la ricaduta sui PDTA, visto che ne conseguirà comunque un risparmio per il sistema, un meccanismo di secondo livello più appropriato, con riduzioni di liste d'attesa e darà valore a quello studio del Mmg

anche rispetto all'accesso in ospedale".

► **La Formazione dei giovani Mmg: un percorso a ostacoli.** L'accesso alla professione è reso ancora più difficile da quanto sta accadendo ai Corsi di Formazione in MG su cui bisogna intervenire al più presto. "Adesso le Regioni stanno pubblicando i bandi previsti per febbraio di quest'anno - spiega il Segretario Generale della Fimmg - Ma non ci possiamo permettere ogni anno un ritardo di queste proporzioni, mentre le pubblicazioni dei bandi delle altre specializzazioni procedono puntualmente. È assurdo".

► **Gli studi dei Mmg sono un'impresa sociale ed etica.** "Ribadisco che se questo è lo stato dell'arte, bisogna intervenire su quello che si può fare senza neanche grandissime risorse". Secondo Scotti, basterebbe soffermarsi sull'inquadramento del Mmg quale libero professionista convenzionato, un soggetto a partita IVA per cominciare a fare la differenza. Tale inquadramento permetterebbe al governo di poter intervenire su capitoli di bilancio che non sono quelli dei Fondi sanitari nazionali e regionali. "Mi chiedo - chiarisce Scotti - se si mettono in campo azioni di aiuto alle imprese, allora perché non aiutare un'impresa sociale ed etica come è quella dello studio di un medico di famiglia, creando, per esempio aiuti sui costi dell'energia? Perché non utilizzare, per esempio, l'evoluzione del reddito di cittadinanza verso l'occupazione per creare un vantaggio decontributivo e defiscalizzante per un Mmg, che dopo un corso di formazione, può assumere qualcuno dei soggetti percettori del reddito, garantendo così un risultato assistenziale e organizzativo ai cittadini e un miglioramento del lavoro e della contribuzione dei carichi di lavoro per il medico?"



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Silvestro Scotti