



13/09/2018

Al Ministro della Salute
Dott.ssa Giulia Grillo

Alla direzione Professioni Sanitarie del Ministero della Salute
c.a. Dott.ssa Rossana Ugenti
Email: r.ugenti@sanita.it

Alla Sottosegretario del Ministero della Salute
Prof. Armando Bartolazzi
segreteria.bartolazzi@sanita.it

Al capo della Segreteria Tecnica del Ministero della Salute
Dott. Giuseppe Amato
segr.tecnicaministro@sanita.it

e p.c.

Al Coordinamento Tecnico
Commissione Salute
Regione Piemonte
c.a. Dott. Renato Botti
Pec: sanita@cert.regione.piemonte.it

OGGETTO: Fabbisogno Medici di Medicina Generale: un problema complesso che si può affrontare solo iniziando a parlare di riorganizzazione delle Cure Primarie.

Sempre più spesso si parla di carenza di Medici di Medicina Generale e del rischio che questo comporterà, ovvero lasciare i cittadini privi dei medici di riferimento nell'ambito dell'assistenza primaria.

Il Dipartimento di Medicina Generale (SIMeG) dell'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM) ritiene utile, con questo documento, analizzare la reale situazione nel panorama della Medicina Generale. Sempre più spesso, infatti, viene paventata, dalla stampa di settore e non, una prossima carenza dei **Medici di Medicina Generale (MMG)**. Alla base di ciò sembrerebbe esserci il massiccio pensionamento cui andrà incontro una grossa fetta degli attuali MMG in servizio. Secondo i dati Eurostat la popolazione medica italiana, infatti, si presenta tra le più anziane d'Europa, con circa il 52% di medici nella fascia d'età 55-65 anni e, come tali, destinati ad uscire dal mondo



del lavoro nei prossimi anni, e di concerto lo stesso fenomeno si osserverà anche nella categoria dei Medici di Famiglia.

Per capire se realmente tale carenza sia così consistente e per stabilire quale sarà il fabbisogno di MMG nel futuro prossimo, bisogna non solo fotografare la situazione attuale (quanti medici sono ancora in attesa di entrare nella MG, quanti stanno per uscire, e quanti si stanno formando), ma anche **valutare quale sarà il modello futuro di Cure Primarie** che si vorrà adottare in Italia, perché in base a queste scelte potrebbe cambiare sostanzialmente il numero di professionisti necessari nel settore.

Chi può fare il Medico di Medicina Generale

Attualmente ai sensi della normativa vigente possono svolgere l'attività di Medico di Medicina Generale:

- i medici in possesso di un titolo attestante la "Formazione Specifica in Medicina Generale", conseguito a seguito di un corso di formazione
- i medici abilitati alla professione medica prima del 31 dicembre 1994.

Si ritiene opportuno ricordare che tra chi si è abilitato successivamente al 31 dicembre 1994 la possibilità di svolgere un corso regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale è subordinata a due condizioni:

- il superamento di un esame di accesso ai corsi regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG)
- l'accesso in sovrannumero ai CFSMG per chi era iscritto ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 31 dicembre 1991, ai sensi dell'art. 3 della Legge 29 Dicembre 2000, n.401.

L'organizzazione della Medicina Generale

In base all'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e s.m.i. le aree della Medicina Generale che non si occupano di Emergenza-Urgenza sono tre:

- Assistenza Primaria (il cosiddetto medico di famiglia o MMG propriamente detto);
- Continuità assistenziale (ex guardia medica);
- Medicina dei Servizi;
- Medicina Penitenziaria;

Con il titolo attestante la FSMG ed equipollenti è possibile accedere ad incarichi di titolarità di convenzione a tempo indeterminato sia per l'Assistenza Primaria che per la Continuità Assistenziale, essendo la Medicina dei Servizi un settore in esaurimento. Per quanto riguarda la Medicina Penitenziaria, non essendo ancora stati definiti diversi aspetti e non essendo noto il fabbisogno, non sarà oggetto di trattazione in questa sede.

Inoltre, nonostante in base all'art. 3 della legge Balduzzi, n.158 del 13 settembre 2012, tale suddivisione in compartimenti stagni sia già superata attraverso l'istituzione del ruolo unico di Cure Primarie, tale disposizione non è stata ancora recepita dagli accordi contrattuali.

Accanto a questi limiti contrattuali, è opportuno rilevare inoltre che l'attuale organizzazione dell'Assistenza Primaria e della Continuità Assistenziale mostra una scarsa efficienza ed efficacia, su



cui anche la Corte dei Conti recentemente si è espressa (http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=63230).

Infatti, a fronte di una transizione epidemiologica, demografica e sociale che sta investendo il sistema paese e sta modificando drasticamente i bisogni di salute della popolazione, poco o nulla è cambiato nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria rispetto al 1978, anno in cui sono nati il SSN e il Medico di Medicina Generale successivamente affiancato dal medico di continuità assistenziale.

Ad oggi, la maggior parte dei Medici di Medicina Generale lavora da sola, in assenza di collaboratori e con rudimentali strumenti diagnostico-terapeutici, riuscendo con difficoltà a garantire la presa in carico di tutta la popolazione assistita. D'altra parte, la continuità assistenziale (ex guardia medica), immutata rispetto al momento in cui è nata, vede il medico lavorare da solo nella maggior parte delle realtà regionali, in assenza di personale infermieristico di supporto e, a causa di una mai avvenuta integrazione del servizio con gli altri professionisti del distretto territoriale, si trova spesso a non poter rispondere in maniera appropriata ai nuovi fabbisogni di salute.

Appare, quindi, necessaria e non più procrastinabile una riforma di tutto il sistema delle Cure Primarie.

La paventata carenza di MMG: quanto è reale?

La paventata carenza di MMG è al centro ormai da tempo di numerosi studi (http://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=38420, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61885) che tentano di analizzare e definire lo stato di carenza delle diverse Regioni prendendo in considerazione le seguenti variabili: dati relativi al numero di pensionamenti ricavati dall'ENPAM, produzione di neo-diplomati in MG e numero di iscritti nelle Graduatorie Regionali di Assistenza Primaria a livello nazionale. In particolare, per facilitare una lettura "funzionale" delle graduatorie regionali, FIMMG Emilia Romagna ha validato un metodo per individuare nel totale degli iscritti, coloro che sono realmente interessati ad acquisire la convenzione ("La legge di Pacman").

Le analisi condotte, però, presentano alcune criticità e non prendono in considerazione alcuni elementi fondamentali che elenchiamo di seguito:

- **mancanza di una visione globale che includa la Medicina Generale in toto, come pensata dall'ACN, ossia l'assistenza primaria e la continuità assistenziale** nell'ottica di una valutazione complessiva del settore delle "Cure Primarie";
- **mancanza di una visione nazionale**, che unisca i dati risultanti da ogni singola regione al fine di ottenere un quadro completo della situazione, finalizzato alla formulazione di proposte e all'adozione, su scala nazionale, di adeguate e concrete soluzioni per fronteggiare il prossimo verosimile stato di carenza;
- **Sottostima del numero di medici interessati alla Convenzione**, poiché nelle categorie degli "accumulatori lenti" e "quiescenti" vi sono medici diplomati in MG che non lavorano nell'assistenza primaria e pertanto non aggiornano il punteggio.
- **quantificazione dei Medici di Medicina Generale titolari in Continuità Assistenziale e in Medicina dei Servizi**, che in un'ottica di ruolo unico diventerebbero un bacino notevole di potenziali MMG in Assistenza Primaria;
- **quantificazione dei medici equipollenti abilitati prima del '94;**



- **quantificazione dei medici soprannumerari** frequentanti il Corso di Formazione in Medicina Generale, in possesso dei requisiti di cui alla legge n. 401/2000, art. 3;
- **possibilità, o meglio auspicio, che nel prossimo futuro si applichi una riorganizzazione del sistema di Cure Primarie, nel quale sia previsto un rapporto ottimale o massimale differente grazie all'inserimento del MMG in equipe multidisciplinare e ad una maggiore integrazione con gli altri Servizi del Distretto.**
- **ulteriori elementi dinamici** relativi al riassetto delle cure primarie e ai nuovi bisogni di salute della popolazione.

A conferma delle nostre perplessità si ritiene opportuno citare, per le interessanti analisi effettuate, lo studio fatto da FIMMG Formazione Puglia e lo studio condotto da Andrisani G. e Pesolillo G. in Abruzzo (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato7311902.pdf>, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61207), dalle cui conclusioni emergono riflessioni interessanti. Vengono ipotizzati, infatti, diversi scenari che mostrano un aumento sia del rapporto ottimale che del rapporto massimale, da cui si evince che una riorganizzazione delle Cure primarie possa cambiare radicalmente il fabbisogno quali – quantitativo dei Medici di Medicina Generale e di conseguenza i rapporti massimale ed ottimale, oltre a modificare in modo dinamico le aree definite carenti.

Risulta evidente, quindi, come a fronte di un siffatto numero di variabili e di uno scenario socio – assistenziale in evoluzione, le conclusioni basate esclusivamente sul numero dei pensionamenti siano semplicistiche e rischino inoltre di banalizzare il problema.

Riteniamo utile un'analisi più approfondita di quello che sarà il reale panorama futuro per stimare per tempo la reale necessità di MMG da formare e non generare carenze né surplus di queste figure professionali.

Un nuovo modello di cure primarie per nuovi bisogni di salute: quanti e quali MMG servono?

E' in corso una **transizione demografica, epidemiologica e sociale**, rappresentata da aspetti quali:

- l'invecchiamento della popolazione;
- l'aumento della prevalenza di patologie croniche e multimorbidità accanto ad una riduzione degli anni vissuti in salute;
- il ritardato accesso al mondo del lavoro e l'impoverimento delle reti sociali con conseguente carico assistenziale sui care – giver.

In questo scenario, nel quale i bisogni di salute della popolazione muteranno qualitativamente e quantitativamente, **il sistema di Cure Primarie dovrà assumere un ruolo centrale** assolvendo le seguenti funzioni:

- **coordinamento delle cure e dell'assistenza socio-sanitaria territoriale** per garantire la continuità e longitudinalità della cura;
- **Approccio proattivo** (medicina d'iniziativa) ed empowerment del paziente e dei care – givers;
- **presa in carico globale e integrata della persona**, con un approccio orientato agli individui, alla famiglia ed alla comunità.
- **prevenzione delle malattie e promozione della salute**, al fine di impedire l'instaurarsi delle cronicità, prolungando la vita libera da malattia e da disabilità.



In questo contesto **il Medico di Medicina Generale** è una figura centrale in quanto **diventa il coordinatore dell'assistenza sanitaria primaria** e parte integrante di equipe multidisciplinari costituite da diversi professionisti delle cure primarie.

Sebbene tale cambiamento sia stato richiesto con urgenza a più riprese dall'OMS (Alma Ata 1978, World Health Report 2008) e siano disponibili consistenti evidenze riguardo il favorevole rapporto costo/efficacia dei sistemi sanitari basati su Cure Primarie forti (Starfield), in Italia la Medicina Generale, nonostante quanto previsto dal Decreto Balduzzi, rimane ancorata a dinamiche di stampo mutualista, troppo legata alla contrattualizzazione delle singole prestazioni, frammentata tra Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale, incapace di rinnovarsi e di dar luogo al cambiamento strutturale e culturale necessario per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

In considerazione delle previsioni ISTAT inerenti lo scenario epidemiologico, demografico e sociale dei prossimi decenni, è ipotizzabile che, in assenza di un reale rinnovamento del sistema di Cure Primarie e dell'impianto culturale della Medicina Generale, anche un consistente aumento delle borse destinate alla FSMG ed il conseguente aumento del numero totale di MMG non sarebbero sufficienti a rispondere alla complessità assistenziale di fronte alla quale ci troviamo e dunque a risolvere il problema della carenza nel prossimo futuro.

Crediamo pertanto che, contemporaneamente alla doverosa ricerca di soluzioni tampone atte a fronteggiare l'attuale carenza, sia necessario e urgente **investire nella Formazione dei futuri MMG** migliorandone la qualità al fine di generare Professionisti capaci di contribuire al rinnovamento ed alla riorganizzazione del sistema di Cure Primarie e di lavorare sul territorio e con le comunità in modo multidisciplinare e proattivo.

Per tali motivi il Dipartimento di Medicina Generale del SIGM ritiene opportuno:

- l'attuazione, attraverso il recepimento nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e negli Accordi Integrativi Regionali, di quanto previsto dalla legge Balduzzi circa la riorganizzazione delle Cure Primarie;
- la produzione di decreti che mirino alla riforma dell'assistenza territoriale al pari di quanto già avvenuto sull'assistenza ospedaliera con il DM 70/2015
- stimare il reale fabbisogno di MMG tenendo conto della possibile riorganizzazione del sistema di Cure primarie e stabilire il numero annuo di borse destinate alla FSMG sulla base di tale fabbisogno.
- valorizzare la FSMG con l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure primarie partendo dalla costruzione di un core curriculum basato sulle competenze di questa nuova figura professionale.

S.I.G.M. Segretariato Italiano Giovani Medici

S.I.Me.G. Dipartimento della Medicina Generale