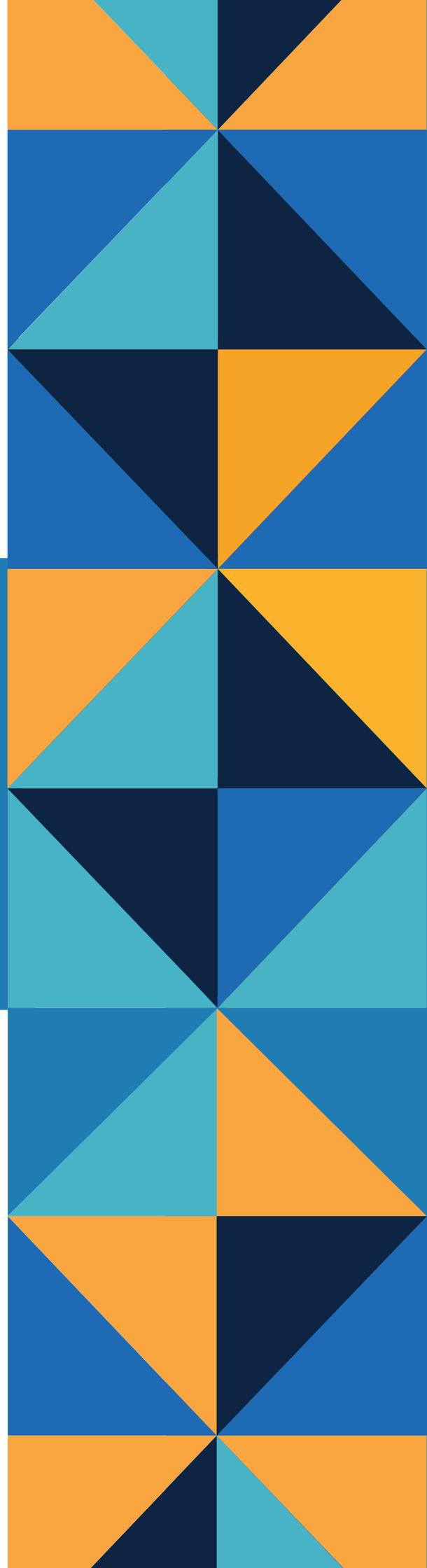


movimento
MMG
per la Dirigenza

Movimento MMG per la Dirigenza

**Medico di medicina generale:
attrattività della professione**



S O M M A R I O

● 01

INTRODUZIONE

● 02

L'ATTRATTIVITÀ DELLA PROFESSIONE

La ricerca internazionale

- Un problema di assistenza sanitaria primaria a livello europeo
- Perché le cure primarie sono percepite come poco attrattive?
- Perché i giovani medici scelgono di abbandonare la professione già intrapresa di mmg?
- Come aumentare l'attrattività delle cure primarie?
- Reclutamento e fidelizzazione del mmg nelle aree rurali/disagiate
- Le preferenze dei pazienti possono influenzare l'attrattività delle cure primarie

La ricerca italiana

- L'indagine "Orgogliosamente MMG"

● 03

IMPLICAZIONI POLITICHE

● 04

CONCLUSIONI

● 05

BIBLIOGRAFIA

Gruppo di lavoro

Antonio Infantino *Bari*

Anna Antonucci *Napoli*

Alberto Arboritanza *Bari*

Federico Bonventre *Trapani*

Michele Bosco *Trapani*

Enzo Bozza *Belluno*

Mario Brigandì *Palermo*

Riccardo Cavalieri *Perugia*

Mila Consiglio *Palermo*

Ilaria Cuoghi *Roma*

Roberta Di Domenicantonio *Roma*

Baldo Di Silvestre *Palermo*

Maria Francesca Falcone *Catania*

Serenella Fasulo *Palermo*

Francesca Gamba *Padova*

Arianna Giusti *Pisa*

Angela Pacchin *Venezia*

Cecilia Ruggiero *Bari*

Federico Savia *Torino*

Carmela Sorci *Palermo*

Giovanni Tiberio *Roma*

Laura Viotto *Roma*

Per la corrispondenza:

movimento@mmgperladirigenza.it

Marzo 2025

01. Introduzione

CONSIDERAZIONI INTRODUTTIVE

Nel mese di gennaio 2024 un gruppo di lavoro del "Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza"¹ ha prodotto e pubblicato il suo "Documento di Posizione" che nasceva dalla necessità di contribuire, con la propria visione di cambiamento, al dibattito in corso sulla riprogettazione delle cure primarie italiane in ragione dell'evidenza della profonda crisi del sistema territoriale a 50 anni circa dalla riforma del 1978.

Una crisi dovuta al radicale mutamento dello panorama socio-sanitario generale e delle conseguenti maggiori esigenze assistenziali derivanti dall'aumento dell'età media della popolazione, con sempre meno giovani a fronte di un numero di anziani in crescita che necessita di cure in percorsi diagnostico-terapeutici sempre più lunghi. Una vera e propria transizione epidemiologica, demografica e sociale perdipiù nel bel mezzo di una impetuosa transizione tecnologica.

In quel documento evidenziavamo come i medici di medicina generale (mmg) si trovassero in sempre maggiore difficoltà di fronte agli aumentati carichi di lavoro dovuti a cause quali l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata burocratizzazione della professione, l'ingresso prepotente e poco controllabile di canali di comunicazione come la posta elettronica e i social media nella professione, l'aumento delle sempre più pressanti e spesso non giustificate esigenze dei pazienti, tutto questo all'interno di un modello organizzativo caratterizzato dal rapporto di lavoro libero-professionale in convenzione, dalla remunerazione a quota capitaria, dal lavoro in forma singola dei mmg ancora fortemente radicato, modello caratterizzato da enormi diseguaglianze territoriali/nazionali ed inadeguatezza strutturale e organizzativa, nella sua visione d'insieme.

In un tale scenario mettevamo in evidenza i forti segnali di disaffezione e di perdita d'interesse per la professione del mmg da parte dei giovani medici per via di un certo numero di borse non assegnate nei corsi di formazione, ma anche di quelli più anziani con numerosi pensionamenti anticipati, fenomeni che, insieme alla mancata programmazione dei fabbisogni del territorio, hanno contribuito all'attuale carenza di mmg sul territorio nazionale.

Il nostro documento, attraverso la disamina di diversi aspetti fra i quali quelli della formazione, dello status giuridico della professione, della previdenza e dei modelli organizzativi della medicina generale, anche europea, concludeva con una proposta programmatica fortemente orientata, in sintesi, all'acquisizione della specializzazione accademica in cure primarie da parte del mmg e alla sua assunzione nel SSN con la qualifica di dirigente medico all'interno del sistema delle Case della

Comunità.

L'anno trascorso, purtroppo, non ha modificato lo scenario ma ha confermato ed aggravato la già scarsa appetibilità dell'ambito delle cure primarie per i giovani medici, tanto che il dibattito degli addetti ai lavori si è concentrato molto su questo tema. Pertanto la principale sfida da vincere nel breve termine è diventata quella di restituire attrattività a tale professione, pena il rischio di estinzione della figura del mmg.

Infatti, in ben 14 regioni italiane su 20 il numero degli effettivi partecipanti al concorso di ammissione al "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale" (CFSMG) per il biennio 2024 - 2026 è stato inferiore al numero delle borse disponibili (in media il 30% delle borse non sono state assegnate) con le più alte percentuali di "disinteresse" in particolare nelle regioni del Nord e del Centro, in alcune ben oltre il 50% (Marche – 67%, Molise – 64%, Liguria – 52%). Un dato in netto peggioramento rispetto ai concorsi precedenti.

Ad aggravare ulteriormente la situazione di carenza intervengono anche le fisiologiche rinunce al momento dell'iscrizione al corso da parte di molti medici assegnatari della borsa e gli abbandoni durante il corso stesso in favore della scelta di iscriversi a una scuola di specializzazione universitaria dove, fra l'altro, il medico percepisce una borsa di studio ben più alta rispetto a quella del medico corsista in medicina generale.

Inoltre per i neo-convenzionati è in corso l'applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale 2019-2021 a partire da gennaio 2025 che comporta il passaggio obbligatorio al c.d. "ruolo unico" che comporta un debito orario di partenza di 38 ore settimanali (dovute fino all'acquisizione dei primi 400 assistiti) da saldare nelle diverse modalità decise dalle ASL (continuità assistenziale, servizi distrettuali, case della comunità, ospedali di comunità, etc. non sempre nel luogo di residenza), debito da scalare in relazione al progressivo incremento del numero degli assistiti in carico oltre i primi 400. I mmg già convenzionati, che hanno facoltà di scegliere se aderire o meno al "ruolo unico", dovranno comunque svolgere anche loro alcune ore nei servizi ASL. Questa nuova misura non è stata ben accolta dalla maggior parte dei mmg per l'evidente peggioramento dei carichi lavorativi e della qualità di vita, con ulteriori ripercussioni sull'attrattività della professione.

Insomma, abbastanza per dover riconoscere unanimemente che la professione del mmg attrae ormai molto poco ed attrarrà ancor meno se non si porranno urgentemente in essere gli opportuni correttivi.

In tanti a vario livello hanno fin qui espresso la propria visione per aumentare l'attrattività di questa professione; invero una lunga teoria di soluzioni, spesso combinate fra di loro, che abbiamo voluto dettagliatamente raccogliere: *tutele per la maternità e la gravidanza, permessi per malattia, riconoscimento dell'infortunio sul lavoro, sburocratizzazione della professione, autocertificazione per i primi 3 gg di malattia, part-time, aumento delle retribuzioni extra-budget, medicina generale nelle*

università come materia di studio, aumento della qualità dell'insegnamento nei corsi, specializzazione accademica, defiscalizzazione in particolare per i mmg che lavorano in zone disagiate, detrazione della quota variabile, fidelizzazione dell'autonomia professionale, valorizzazione della telemedicina e delle televisite, lavorare in team, lavorare nelle associazioni funzionali territoriali (AFT), stimolare l'imprenditorialità del mmg, lavorare in Coop, attribuzione generalizzata di infermieri e segretari clinici, decontribuzione per l'assunzione del personale, implementazione diffusa della diagnostica di 1° livello, detassazione per l'acquisto di strumentazione, aumento della borsa per il CFSMG, tutoraggio da parte di mmg pensionandi, vincolo per i mmg a costituire società tra professionisti, aumento della reputazione e del riconoscimento sociale. In somma una ridda di indicazioni, probabilmente anche in parte utili, ma senza alcun disegno organico e strutturato nel merito, indispensabile per raggiungere lo scopo come vedremo più avanti.

Eppure quello dell'attrattività della professione del mmg non è un problema sentito solo in Italia. Infatti è un argomento molto sentito da anni anche in Europa e oltre, sul quale sono stati condotti numerosissimi studi e pubblicata un gran mole di articoli, e pertanto il nostro obiettivo, vista la grande attualità del tema, è stato quello di avviare una ricerca approfondita per poter offrire alla politica e agli addetti ai lavori un documento di consultazione dove la materia viene rappresentata in modo organico ed approfondito per giungere infine a delineare una serie di interventi, che se applicati, potranno senza dubbio restituire una nuova attrattività al profilo professionale del mmg.

02. L'attrattività della professione

LA RICERCA INTERNAZIONALE

Un problema di assistenza sanitaria primaria a livello europeo

La necessità di rendere più attrattiva la professione per far fronte alla carenza di personale è stata recentemente ribadita anche da WONCA Europe², la sezione regionale europea dell'Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia.

Il rafforzamento dell'assistenza sanitaria primaria è diventato una strategia chiave affinché i sistemi sanitari rispondano efficacemente al crescente numero di pazienti affetti da malattie croniche, e quindi a una crescente domanda di servizi sanitari^{3,4} anche perché studi comparativi hanno dimostrato che i sistemi sanitari con una forte assistenza sanitaria primaria ottengono risultati sanitari migliori a parità di accessibilità e finanziamento^{3,5,6,7}. Sebbene sia stato riconosciuto che, per rafforzare l'assistenza sanitaria primaria nella regione europea dell'OMS, la percentuale di mmg tra tutti i medici dovrebbe essere aumentata⁸, molti paesi si trovano ad affrontare carenze di personale sanitario, attuali e/o previste. Un'altra tendenza comune a livello europeo è il crescente numero di specialisti in relazione ai mmg^{3,6} e questo problema sarà aggravato negli anni a venire dall'invecchiamento dei mmg (con l'età media in quasi tutti gli Stati membri dell'UE che è pari o superiore a 50 anni⁵). Ulteriore dato emergente è quello della crescente femminilizzazione della professione e delle esigenze da questo derivanti.^{9,10}

Oltre la carenza generale di mmg, quasi tutti i paesi si trovano ad affrontare anche squilibri nella loro distribuzione geografica, in difetto nelle aree rurali o scarsamente popolate e in eccesso nelle aree urbane^{11,12}, fenomeno che necessita di opportuna pianificazione¹³.

La causa principale della carenza di personale di assistenza primaria e della sua cattiva distribuzione è stata identificata nella mancanza di attrattività per tale professione¹⁴.

Perché le cure primarie sono percepite come poco attrattive?

In molti paesi europei, Italia compresa, le cure primarie vengono percepite come poco attrattive sia dalla società civile, sia dai medici che dagli studenti di medicina¹⁵. A dimostrarlo è l'edizione del 2016

della “scala di prestigio professionale” olandese dove i chirurghi erano in cima alla classifica e i mmg erano posizionati all’ultimo posto (su 9 posti totali)¹⁶. Tale percezione è rafforzata dal fatto che non in tutti i paesi la medicina generale è riconosciuta come specialità medica o la formazione avviene in ambito universitario, e la partecipazione alla formazione specialistica in medicina generale non è richiesta per essere accreditato come mmg¹⁷. Sebbene la legislazione dell’UE, in particolare la Direttiva 2005/36/CE abbia contribuito al riconoscimento e all’accettazione della medicina generale come specialità medica, i mmg sono ancora non riconosciuti come specialisti in medicina generale in Austria, Italia, Lituania, Slovacchia e Regno Unito¹⁸. Le condizioni di lavoro percepite, l’elevato carico di lavoro burocratico, la mancanza di progressione di carriera e di ricerca scientifica, l’attrattiva delle specialità con tecnologie avanzate, il basso status e prestigio sociale del mmg riducono l’attrattiva dell’assistenza primaria fra gli studenti in medicina¹⁹. Non sorprende che il complesso di queste immagini negative si rifletta nelle preferenze degli studenti di medicina nella scelta di tale percorso professionale.

Perché i giovani medici scelgono di abbandonare la professione già intrapresa di mmg?

Interessante è vedere come molti mmg che hanno lasciato la professione hanno provato sentimenti di dolore e angoscia.

In particolar modo, le principali ragioni che hanno portato i giovani mmg a dare le dimissioni sono state:

- la sensazione di essere sopraffatti dal lavoro: difficoltà nel mantenere un’assistenza di alta qualità, grande responsabilità, mancanza di flessibilità nell’organizzazione del lavoro, carichi di lavoro eccessivi, crescenti richieste da parte dei pazienti (sebbene molti mmg trovassero gratificante e stimolante il contatto con i pazienti e le loro famiglie, alcuni sentivano come un problema la mancanza di rispetto di alcuni pazienti, ma anche un buon rapporto con i pazienti poteva avere una connotazione negativa per alcuni mmg che si sentivano coinvolti troppo emotivamente ed avevano avuto difficoltà a mantenere il giusto distacco), crescenti richieste del sistema sanitario, fattori di stress come le visite notturne e la percezione di lavorare in isolamento;
- la percezione di mancanza di controllo sul proprio lavoro;
- alcuni mmg desideravano fare un’esperienza in un altro percorso di carriera;
- remunerazione inferiore rispetto ad altre carriere in ambito medico;
- la mancanza di riconoscimento da parte della società;
- la grande (e crescente) quantità di compiti amministrativi e burocratici;
- la mancanza di finanziamenti di sostegno alla professione per gestire compiti amministrativi e infermieristici;
- mancanza di separazione tra vita privata e professionale: gli intervistati si sentivano esausti e non avevano più energia per ulteriori attività personali o professionali tanto da abbandonare la professione²⁰.

Come aumentare l'attrattività delle cure primarie?

Non si può prescindere da una fondamentale premessa. Il concetto di “attrattività” non può nella pratica essere disgiunto da altri due importanti concetti chiave, il “reclutamento” e la “fidelizzazione” (*attractivity, recruiting and retaining*). Il reclutamento e la fidelizzazione sono due aspetti importanti nel mercato complessivo del lavoro. Il primo può essere definito come la capacità di attrarre professionisti con le competenze e le qualifiche richieste per occupare posizioni definite nei servizi sanitari; la seconda si riferisce alla capacità di mantenere gli operatori sanitari (ad esempio i mmg) nel sistema sanitario, limitando le perdite ingiustificate (volontarie) verso altre organizzazioni, settori o aree geografiche, all'interno e all'esterno del Paese²¹. Sono concetti finalizzati ad ottenere la stabilità del mmg all'interno del sistema nel quale è inserito. Nessuna strategia finalizzata a rendere attrattiva la professione ha senso se non associata ad altrettanto valide strategie che convincano poi il medico a continuare e a coltivare la professione negli anni.

1. Programmi educazionali per gli studenti in medicina

Le scuole di medicina possono svolgere un ruolo importante nell'aumentare l'attrattività delle cure primarie tra gli studenti di medicina avvicinandoli alla professione di mmg, ad esempio attraverso la presenza di un Dipartimento di Cure Primarie all'interno della scuola^{22,23,24}.

Negli ultimi anni sono stati compiuti vari sforzi per aumentare l'esposizione degli studenti al mondo delle cure primarie, inserendo nei curriculum convenzionali oltre all'insegnamento tradizionale anche tirocini clinico-pratici, corsi di PHC, workshop, coaching o tutoraggio degli studenti, decentralizzazione di istituti o programmi educativi, borse di studio in cambio dell'impegno a lavorare nell'assistenza sanitaria primaria in ambiente rurale o disagiato, rotazioni cliniche nei centri di assistenza primaria, esperienze pratiche in ambiti rurali. Comunque tra i diversi tipi di intervento educativo, solo i programmi longitudinali hanno dimostrato di essere costantemente associati ad una percentuale maggiore di studenti che si indirizzano alle cure primarie¹⁴.

Non c'è consenso su quali siano le motivazioni che spingano uno studente in medicina a prendere in considerazione una carriera nell'assistenza sanitaria primaria. La popolarità della medicina generale oscilla nel corso della formazione medica, ma senza uno schema chiaro. Ad esempio, è stato riscontrato che la percentuale di studenti svizzeri che considerano le cure primarie una scelta di carriera attrattiva diminuisce nel tempo²⁵, mentre uno studio condotto in Polonia, la preferenza della medicina di famiglia ha mostrato un aumento dal 17% degli studenti del primo anno al 30% di tutti gli studenti del sesto anno²⁶. In Germania, la crescente carenza di mmg ha portato il governo ad avviare l'innovativo piano strategico “Masterplan Medizinstudium 2020” per aumentare l'attrattività dell'assistenza sanitaria primaria (*Allgemeinmedizin*) per gli studenti di medicina. L'assenza di un momento chiaro ed efficiente in cui focalizzare gli interventi volti alla promozione della medicina generale sottolinea l'importanza di promuovere l'attrattività dell'assistenza sanitaria primaria durante tutto il periodo della scuola di medicina e non solo al

suo termine^{5,19}.

Ulteriori fattori in grado di aumentare l'attrattività, suggeriti dagli stessi studenti all'interno di interviste ad hoc, sono risultati essere i modelli di ruolo come insegnanti o tutor incontrati durante il percorso universitario ma anche nella vita privata (avere un parente mmg in famiglia o il proprio mmg). Emerge inoltre che durante il corso di studi mancano spesso docenti dotati di valore e leadership, e pertanto gli studenti percepiscono negativamente l'immagine della disciplina. Emerge inoltre che l'insegnamento non deve essere troppo generico e focalizzato sul punto di vista bio-psico-sociale della disciplina, ma anche sugli aspetti di tipo clinico e sui tirocini che dovrebbero essere di maggiore qualità.

In generale gli studenti percepiscono la medicina generale come una professione avente uno status inferiore e una retribuzione inferiore rispetto ad altre professioni mediche²⁰.

2. I fattori intrinseci nell'attrattività delle cure primarie

Il concetto di "attrattività" strettamente correlato alla motivazione a svolgere un determinato compito o lavoro, è basato su una serie di fattori che possono essere suddivisi in intrinseci ed estrinseci²⁷. Tra i primi (fattori motivanti), che sono biologicamente innati ovvero espressione vocazionale di preferenze per certe attività per il semplice gusto di affrontarle in assenza di qualsivoglia pressione esterna, vi sono la spinta personale e interiore al rapporto diretto interpersonale, la spinta a coltivare il rapporto a lungo termine con i pazienti, l'atmosfera lavorativa, il senso di appartenenza, l'autonomia decisionale, etc.

Tra i secondi (fattori c.d. igienici), estrinseci al lavoro svolto, identificabili come quel tipo di motivazione che spinge ad agire sulla base di fattori esterni, anche culturali e sociali, troviamo lo stipendio, il riconoscimento sociale, la complessità del lavoro, i carichi di lavoro, la sicurezza sul lavoro, le politiche aziendali, il bilanciamento fra vita privata e professionale, etc.

Naturalmente il peso dei fattori estrinseci mette i primi in discussione^{28,29} anche se in definitiva le motivazioni estrinseche (ad es. la possibilità di un maggior guadagno "sic et simpliciter" quale quello che potrebbe derivare da una professione declinata in maniera imprenditoriale) non sembrano assumere un interesse preponderante rispetto a quelle intrinseche della professione medica²⁷.

3. L'ambiente di lavoro, le condizioni di lavoro e l'equilibrio tra lavoro e vita privata

L'ambiente di lavoro può essere definito come il luogo, le condizioni e le influenze circostanti in cui le persone svolgono un'attività lavorativa. Le condizioni di lavoro comprendono l'orario di lavoro (ore lavorate, periodi di riposo e orari di lavoro), la retribuzione, le condizioni fisiche e mentali cui si è sottoposti nell'ambiente di lavoro. Tutti questi aspetti svolgono un ruolo importante oltre

che sulla attrattività anche nel reclutamento e nella fidelizzazione dei professionisti delle cure primarie³⁰ e hanno effetto sulla qualità dell'assistenza fornita³¹.

Il salario è tra gli elementi che più influenzano l'attrattività dell'ambiente di lavoro per gli operatori sanitari ed è un fattore importante nelle strategie di reclutamento e fidelizzazione³². La retribuzione gioca costantemente un ruolo nella scarsa attrattività della medicina generale come carriera tra gli studenti di medicina¹⁵. In molti paesi europei la retribuzione del mmg è infatti significativamente inferiore rispetto a quella delle altre specialità mediche.

Oltre agli stipendi si è visto come i professionisti sanitari rispondono positivamente agli incentivi legati alla qualità dell'ambiente di lavoro, comprese le opportunità di sviluppo e crescita professionale, di collaborazione interprofessionale, di autonomia professionale e di migliore equilibrio tra lavoro e vita privata^{33,34}. In particolare un ambiente di lavoro favorevole alla famiglia è ritenuto particolarmente importante nel settore sanitario a causa della sua dimensione di genere³¹ in considerazione della sua femminilizzazione^{35,36}. Tra gli interventi in tal senso vi sono il congedo di maternità/parentale, la fornitura di servizi di assistenza all'infanzia e la possibilità di orari di lavoro flessibili^{31,32}.

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) promuove un orario di lavoro equo come strategia fondamentale per migliorare le condizioni lavorative, bilanciando le esigenze dei dipendenti con quelle delle organizzazioni³². Recenti evidenze suggeriscono inoltre che i livelli di stress sono ridotti quando i professionisti ricevono supporto dai colleghi³¹. Inoltre, l'adozione di nuove tecnologie può contribuire a diminuire lo stress e migliorare la soddisfazione lavorativa, eliminando compiti ripetitivi e favorendo una maggiore collaborazione tra i professionisti, ad esempio attraverso l'uso di dispositivi mobili o consulti video tra équipe mediche in contesti urbani e rurali³².

4. Sviluppo di modelli di assistenza sanitaria primaria attrattivi per i medici di medicina generale

I modelli di assistenza sanitaria primaria variano a livello internazionale, da ambulatori autonomi gestiti da singoli medici a grandi centri sanitari gestiti da team multiprofessionali⁷. E' fondamentale per la creazione di modelli più attrattivi tener conto delle preferenze stesse degli operatori sanitari.

Tra gli elementi o le caratteristiche dei vari modelli di assistenza sanitaria primaria vi sono:

a. Tipo di studio/ambulatorio: In generale, i mmg più anziani (50+) preferiscono lavorare in studi individuali, mentre i loro colleghi più giovani o quelli meno giovani che hanno già intrapreso l'esperienza dello studio condiviso, preferiscono lavorare in gruppo all'interno di strutture adeguate per dimensioni al contesto organizzativo. Ciò riflette gli ambiti in cui lavorano abitualmente i professionisti, ma l'effetto dell'età è visibile anche tra i mmg più anziani che lavorano in studi condivisi che apprezzano meno la collaborazione con altri mmg rispetto ai loro

colleghi più giovani³⁷;

b. Lavoro multidisciplinare: Il lavoro multidisciplinare in assistenza primaria può aumentare l'attrattiva della professione stessa. Lo sviluppo di reti interdisciplinari locali può infatti ridurre l'isolamento professionale (in particolare laddove i medici di assistenza sanitaria primaria lavorano comunemente in studi individuali) e può fornire interessanti opportunità di formazione³⁸. Tuttavia, affinché i team multidisciplinari siano attrattivi, richiedono chiarezza su ruoli e responsabilità³⁹;

c. Leadership clinica: La presenza di leader forti nei team multidisciplinari forniscono buone opportunità di apprendimento⁴⁰. Ciò è apprezzato da molti professionisti sanitari, in particolare dai medici che lavorano in contesti comunitari che sono a rischio di isolamento professionale e dequalificazione³⁸;

d. Servizi nelle cure primarie: Avere l'opportunità di collaborare strettamente con medici specialisti in team multidisciplinari attraverso l'integrazione dei servizi migliora l'attrattiva delle cure primarie⁴¹. Laddove i mmg siano in possesso di specializzazioni/competenze aggiuntive, potrebbe essere utile integrare e valorizzare tali capacità nelle cure primarie, anche per favorire la collaborazione con il livello secondario delle cure (GPwSI/GPwER)^{42,43,65,66,67};

e. Forma contrattuale flessibile: Nella gran parte (66,7%) dei paesi europei con sistema sanitario universalistico tipo Beveridge i mmg hanno la possibilità di essere inquadrati tanto come dipendenti che come convenzionati, in diversa percentuale da paese a paese. Finanche in Francia e Germania dove vige un sistema sanitario mutualistico tipo Bismark, e dove i mmg sono prevalentemente liberi professionisti, esiste una quota di mmg dipendenti⁴⁴. Per quanto al rapporto di lavoro dipendente questo intercorre con istituzioni nazionali, regionali, locali ma anche con privati (es.: assicurazioni, GPs partner in UK)¹. La possibilità di scelta della modalità contrattuale più adatta alle proprie prospettive lavorative ed al proprio equilibrio vita-lavoro incide senza alcun dubbio sull'attrattiva della professione;

f. Opzioni di carriera: la carriera del mmg, nella letteratura internazionale soprattutto di estrazione anglosassone, vede un ventaglio di possibilità di collocazione di questa figura: il mmg impegnato nello sviluppo professionale di altri colleghi (*appraisal*), nelle organizzazioni caritatevoli (*charity*), nei servizi dirigenziali delle aziende sanitarie (*commissioning services*), nell'insegnamento e tutoraggio degli studenti o dei giovani mmg (*education*), in affiancamento nei servizi d'emergenza (*emergency*), come mmg con speciali interessi o competenze cliniche aggiuntive da utilizzare nel setting delle cure primarie (*general practitioner with extended role* o *general practitioner with special interests*), come consulenti in politica sanitaria (*health policy*), come sostituti di altri mmg (*locum/bank GP*), come divulgatori nei media (*media*), come esaminatori dell'accuratezza dei certificati di decesso (*medical examiner*), come esperti in ambito medico legale (*medico-legal*), come medici di guardia notturna e festiva (*out-of-hours*),

come mmg in libera professione o per conto del SSN (*private/partner GP*), come mmg per persone in custodia (*police/prison*), come mmg nei servizi di telemedicina (*remote/digital*), come mmg ricercatore (*research*), come mmg dipendente (*salaried*), come mmg nelle amministrazioni militari (*defence medical services*), come mmg nelle case farmaceutiche (*pharmaceutical*)⁴⁵.

5. Utilizzare la pianificazione del personale sanitario per alleviare le pressioni sul SSN

L'influenza della pianificazione del personale sanitario sull'attrattività dell'assistenza primaria è un aspetto che non dovrebbe essere trascurato. La pianificazione del personale sanitario ha l'obiettivo di garantire che il giusto numero di persone, con le giuste competenze, sia presente nel posto giusto al momento giusto per fornire i servizi necessari a chi ne ha bisogno¹³. Sono pochi i paesi che dispongono di un sistema di pianificazione del personale sanitario ben sviluppato, con particolare attenzione al personale sanitario delle cure primarie. Tale modello esiste nei Paesi Bassi e sembra aver contribuito a mantenere un equilibrio tra l'offerta e la domanda di mmg⁴⁶.

Reclutamento e fidelizzazione del mmg nelle aree rurali/disagiate

Per aumentare il numero di professionisti dell'assistenza primaria è della massima importanza migliorare tali strategie, soprattutto nelle aree remote e rurali. La causa principale della diversa distribuzione geografica è che i medici sono generalmente meno disposti a lavorare nelle aree rurali che in quelle urbane.

Le barriere (percepiti) per gli operatori sanitari che lavorano in aree rurali e remote sono molteplici. Quelle maggiormente rappresentate sono legate al carico di lavoro, alla mancanza di "coraggio clinico" per il fatto di operare da soli in zone remote isolati professionalmente, alla mancanza di sviluppo e crescita professionale, all'equilibrio tra lavoro e vita privata, all'isolamento sociale con scarse opportunità ricreative, alle scarse prospettive di lavoro per il partner e per la scuola dei figli a causa della mancanza di politiche di sostegno alla medicina delle aree rurali/disagiate.

Per converso, gli interventi più efficaci in termini di attrattività possono essere classificati in base alle fasi della vita professionale di un mmg:

- **Prima dell'ingresso nella facoltà di medicina:**
è stato costantemente riscontrato che gli studenti provenienti da un ambiente rurale hanno maggiori probabilità di ritornare nelle zone di provenienza dove poi esercitare la professione e pertanto sarebbe importante facilitare/incentivare l'iscrizione alla facoltà per questi studenti^{48,49,50,51,52}. Tuttavia poiché le aree rurali stanno andando sempre più incontro all'invecchiamento della popolazione a causa dell'emigrazione dei giovani⁵³, il reclutamento di studenti provenienti da ambienti rurali diventerà più difficile negli anni a venire.

- **Durante il periodo formativo:**

una formazione specifica in “rural health” (ormai una vera e propria disciplina) pre e post-laurea, basata su corsi e le rotazioni cliniche in ambienti rurali per gli studenti di medicina e per i neo-laureati (la cosiddetta "pipeline rurale"⁵²) influenzano positivamente la scelta di esercitare la professione nelle aree rurali^{47,48,50}. In generale, un’adeguata preparazione educativa per il servizio rurale, come l’inclusione delle problematiche sanitarie rurali nei programmi di studio o una formazione specifica per fornire un’eccellente assistenza sanitaria primaria alle popolazioni svantaggiate, crea più interesse a lavorare in queste aree e aiuta a preparare i medici a lavorarci^{48,53}.

- **A formazione acquisita:**

l'uso di incentivi finanziari influenza positivamente le decisioni dei mmg di lavorare e continuare a lavorare in aree rurali e remote, così come le opportunità di sviluppo professionale continuo e programmi di supporto personale e della vita familiare^{47,48,50}. Affinché gli incentivi finanziari funzionino, è stato osservato che l’importo del sostegno finanziario fornito deve essere sufficientemente allettante²⁴.

La consapevolezza della partecipazione attiva delle comunità (che configura il modello della *Comprehensive Primary Health Care* o *C-PHC*) è indispensabile in tali contesti più che in quelli urbani, così come la presenza di una organizzazione che superi un’assistenza unicamente affidata alla classica storica figura del mmg singolo. Soluzioni quali la telemedicina, gli ambulatori mobili, ma soprattutto il lavoro in team e la presenza di operatori sanitari di comunità (*community health workers – CHW*)⁵⁴ provenienti da quel determinato territorio, che consentono di fornire assistenza completa e coordinata per i pazienti, sfruttare le diverse competenze e abilità di tutti questi professionisti, migliorare l’accesso a una gamma più ampia di servizi sanitari, sono in grado offrire soddisfazione professionale e pertanto rendere maggiormente attrattivo il lavorare in tali aree⁵⁵.

- **Attività mediche complementari:**

per garantire che i mmg rimangano soddisfatti mentre lavorano in aree rurali e remote, potrebbe essere utile aumentare l’ampiezza delle prestazioni oltre che l’autonomia clinica e gestionale⁵⁰. Le attività mediche complementari retribuite quali l’insegnamento, l’impegno in case di cura, servizi di comunità, oltre alle consultazioni standard sembrano rafforzare l’attrattività di questo ambito⁵⁶.

Le preferenze dei pazienti possono influenzare l’attrattività delle cure primarie

Anche le preferenze dei pazienti svolgono un ruolo chiave ed è importante che i politici e i medici comprendano quali modelli o elementi di modelli rispondono maggiormente alle preferenze e ai bisogni dei pazienti. Ad esempio, in Svezia, i pazienti più anziani e i pazienti con problemi di salute

preferivano l'opzione di registrarsi presso un mmg, mentre i soggetti più giovani ed impegnati lavorativamente preferivano l'opzione di registrarsi presso un team di assistenza sanitaria primaria⁵⁷. Anche in Italia, le preferenze del pubblico tendono verso centri di assistenza sanitaria primaria con molte possibilità diagnostiche anziché studi singoli di medicina generale⁵⁸. Ciò è in linea con i risultati secondo cui i pazienti, soprattutto la popolazione attiva più giovane, percepiscono una migliore qualità dell'assistenza sanitaria primaria, soprattutto in termini di accessibilità e continuità, lì dove gli ambulatori di medicina generale fungono da "sportello unico" e offrono una gamma più ampia di servizi, anche strumentali, da parte dei mmg o di altri medici di assistenza primaria⁵⁹. Pertanto, incoraggiare l'organizzazione di esercizi di gruppo in studi multidisciplinari, centri sanitari comunitari o *cluster* di mmg può avere un effetto positivo sull'attrattività delle cure primarie.

Sul versante della relazione mmg-paziente, nonostante i benefici della continuità relazionale, in particolare per i pazienti con multimorbilità, il modello tradizionale di continuità sta cambiando e potrebbe non costituire un pregiudizio in termini di attrattività della professione. I pazienti con patologie a lungo termine volevano che i loro mmg fossero in primo luogo competenti dal punto di vista clinico, che li visitassero, li ascoltassero, si prendessero cura e dedicassero loro del tempo, indipendentemente dal fatto che li avessero già visti prima, pur ritenendo che la continuità relazionale facilitasse il mmg a conoscere la propria storia, a dare consigli coerenti, ad assumersi responsabilità e ad agire, ad avere fiducia e rispetto nei loro confronti⁶⁰. Il panorama dell'assistenza sanitaria ha subito trasformazioni significative e i mmg hanno compiuto sforzi encomiabili per adattarsi a questi cambiamenti. Tuttavia, le interviste dei ricercatori hanno anche rivelato che questi aggiustamenti comportavano dei compromessi, in particolare il degradarsi del tradizionale rapporto medico-paziente e della reputazione professionale⁶¹.

LA RICERCA NAZIONALE

A fronte della enorme quantità di pubblicazioni internazionali, frutto di un lavoro di ricerca sistematico, non si è stati purtroppo in grado di reperire una consistente bibliografia italiana sullo specifico argomento, a conferma del disinteresse o quanto meno della sottovalutazione del problema a tutti i livelli istituzionali (politica, sindacato, società scientifiche).

Tuttavia siamo in grado di riportare i risultati di quella che è verosimilmente l'unica indagine italiana sul tema centrale dell'attrattività della professione del mmg. Si tratta dell'indagine online "Orgogliosamente MMG" promossa e organizzata dalle Associazioni "Liberi Specializzandi – ALS – Fattore 2a" e "APRIRE – Assistenza PRimaria in Rete – Salute a Km 0" nel periodo 2019-2020⁶².

L'indagine "Orgogliosamente MMG"

L'indagine, che è stata condotta con lo scopo di studiare motivazioni, inclinazioni e aspettative dei medici orientati alla professione di mmg, ha esplorato 4 dimensioni: 1) la scelta della medicina

generale 2) il rapporto fra la medicina generale e l'università 3) il corso di formazione specifica in medicina generale 4) la professione del mmg.

L'importanza di questa indagine è notevole per diversi motivi: perché è molto recente, perché fatta su tutto il territorio nazionale (20 regioni), per il campione non trascurabile di medici intervistati (n. 566), per la varietà e tipologia del campione (57,4% frequentanti il CFSMG, 25,6% in attesa di frequentarlo e 17% già diplomati) [Fig. 1], per la giovane età media degli intervistati (circa 30 anni) [Fig. 2], perché data la modalità online di raccolta dei dati appare meno influenzabile da possibili condizionamenti, perché non commissionata, perché promossa da due associazioni prive di conflitti d'interesse e non ultimo perché, come già detto, è forse l'unico studio del suo genere condotto in Italia per valutare con dati oggettivi l'attrattività della professione di mmg in Italia.

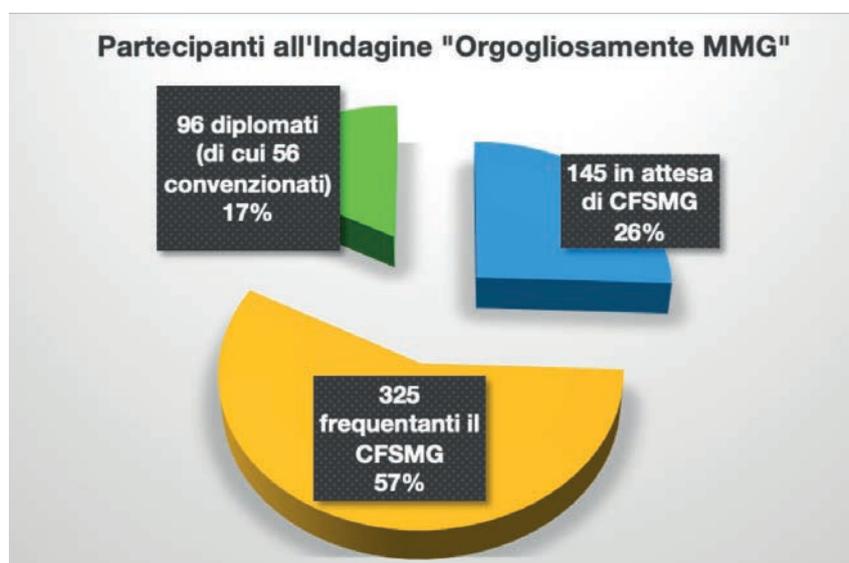


Figura 1



Figura 2

I risultati di questa indagine sono molto significativi ed articolati, e contengono anche indicazioni per le eventuali soluzioni.

In sintesi è emerso che:

- le attività formative sulla medicina generale quando presenti (solo in un quinto delle università italiane), sono poco o nulla soddisfacenti (73%) ed avvengono troppo tardi nel percorso formativo dello studente in medicina; tra le proposte di miglioramento, c'è che tale offerta formativa vada implementata e anticipata cronologicamente rispetto al sesto anno (95%) introducendo tirocini (63%), possibilità di ricerca e tesi (37%) ed inoltre mmg fra i docenti (70%);
- la quasi totalità dei partecipanti riferisce di aver avuto il proprio contatto professionale con la mg solo in occasione dei tirocini pre-laurea (46%) o per l'esame di stato (47%);
- la scelta della medicina generale deriva dal gradimento di tale ambito rispetto a quello ospedaliero (79%) anche per l'approccio olistico e relazionale con il paziente, ma anche quale ripiego rispetto al mancato accesso ad una scuola di specializzazione universitaria (24%). Solo una bassissima percentuale di medici ospedalieri transita alla medicina generale per la sopraggiunta disaffezione dal lavoro in ospedale (2%);
- il 40% del campione non si ritiene soddisfatto delle attività formative teoriche del CFSMG mentre sale al 72% l'insoddisfazione per le attività pratiche ritenute eccessivamente ossessive e poco professionalizzanti; tra le proposte di miglioramento quella dell'implementazione di corsi specifici di diagnostica di primo livello (64%) e dell'attività pratica (46%);
- il tema della specializzazione del mmg è molto sentito tanto da essere ritenuto causa di insoddisfazione tra i medici in formazione (80%) e addirittura causa dell'alto abbandono del CFSMG (58%); il 77% ritiene che il CFSMG debba trasformarsi in una specializzazione universitaria oppure in una specializzazione pur mantenendo la connotazione regionale (88%); pressoché unanime la necessità di parificazione della borsa a quella delle altre specializzazioni (90%) [Fig. 3];



Figura 3

- solo il 3% dei partecipanti intende lavorare da solo, mentre ben il 74% auspica di lavorare in forme organizzative complesse e multidisciplinari con sede unica (Case della Salute/Centri Polifunzionali Territoriali 38%, medicine di gruppo 36%). [Fig. 4]

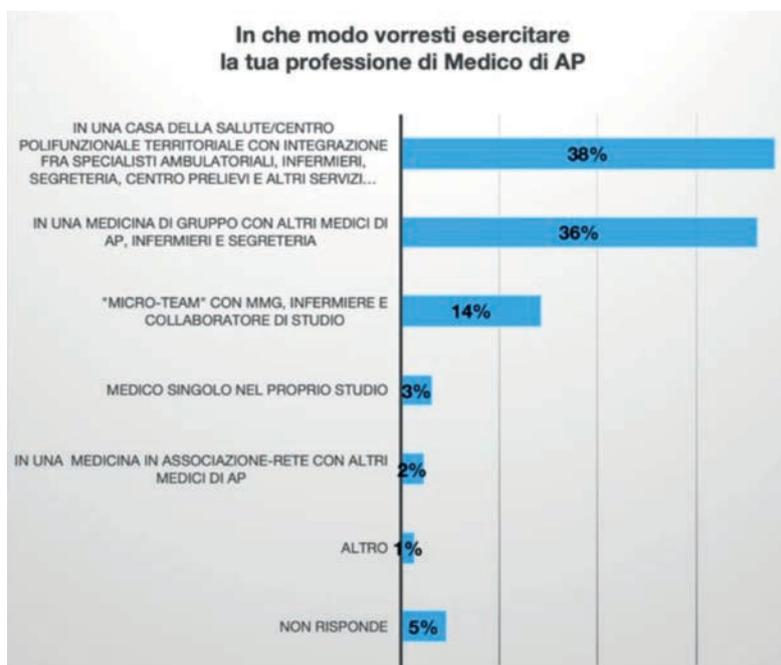


Figura 4

- fra le condizioni professionali più invise sono risultate l'eccessiva burocratizzazione della professione (78%), la scarsa integrazione con gli specialisti (64%) e la marginalizzazione della medicina generale sia politico-istituzionale, che nel mondo medico in generale, che sociale (49%);
- la maggioranza dei partecipanti, il 49%, ritiene che il passaggio ad un contratto di lavoro come dipendente del SSN possa contribuire a migliorare le proprie condizioni di lavoro, rispetto al 46% di chi non la pensa allo stesso modo. [Fig. 5]

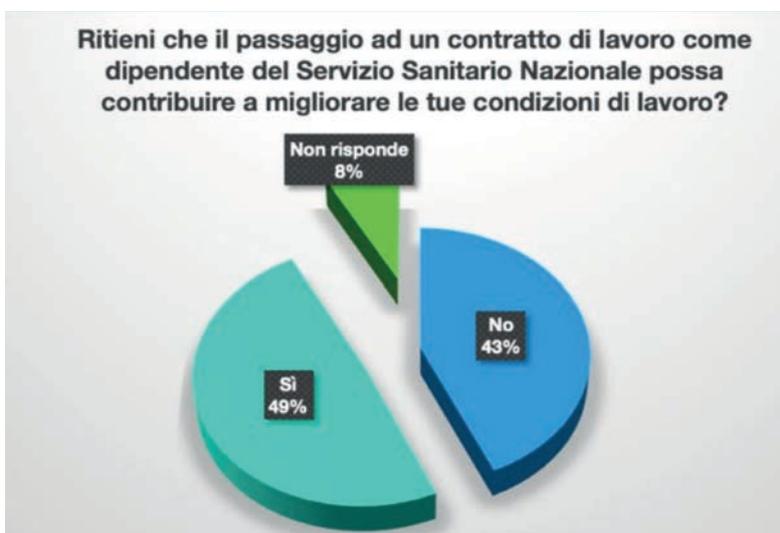


Figura 5

Dall'indagine non sono emersi spunti di rilievo rispetto alle aspettative di tipo economico fatta eccezione per la differenza esistente della borsa di studio del CFSGM rispetto a quella delle specializzazioni accademiche.

E' interessante rilevare come i dati emersi da questa ricerca, fatte salve le differenze esistenti fra i diversi paesi dove le pubblicazioni sono state prodotte, appaiono in linea con quelli emersi dalla letteratura internazionale, secondo i quali la gran parte dei giovani medici sembrerebbe voler fare ancora il medico nel senso più nobile del termine, mantenendo certamente l'approccio olistico relazionale, ma in maniera più adeguata ai tempi ed alle sfide della complessità grazie ad una formazione di qualità, al lavoro in team multiprofessionali e multidisciplinari all'interno di strutture diverse dagli studi singoli (indicazione ricorrente nella gran parte delle fonti bibliografiche internazionali), va da se con un riconoscimento economico almeno adeguato alle medie europee. Tutto questo sembra dimostrare l'interesse per una autonomia di tipo professionale piuttosto che libero-professionale/imprenditoriale.

03. Implicazioni politiche

Aumentare l'attrattività, il reclutamento e la fidelizzazione delle cure primarie fra gli studenti di medicina e i medici non è solo una questione di finanziamenti ma anche di iniziative differenti e, come evidenziato ampiamente dalla letteratura, esistono diverse opzioni a tale riguardo. Anche se la scelta e la natura specifica degli interventi dipenderanno, tra l'altro, dal sistema sanitario che si desidera avere e dalla situazione socio-economica del Paese, le azioni politiche per ottenere tale risultato possono essere sintetizzate nei punti seguenti²⁸:

- In considerazione della mancanza di consenso sulla fase in cui gli studenti di medicina sono più aperti a una scelta di carriera nell'assistenza primaria, dovrebbero essere sviluppati programmi di studio sull'assistenza primaria strutturati, sfaccettati ma soprattutto longitudinali in tutta le scuole di medicina;
- Per aumentare l'attrattività dell'assistenza primaria e diminuire la carenza di mmg oltre ad interventi di reclutamento e fidelizzazione, devono essere utilizzate azioni combinate quali interventi sulla formazione medica, introduzione di nuovi modelli di assistenza, implementazione di strutture ad hoc, ...) ed anche nuove opzioni contrattuali come ad es. un contratto di lavoro dipendente⁶³;
- Disporre di un modello di pianificazione per il personale a medio-lungo termine;
- Poiché molti fattori che influiscono sull'attrattività, il reclutamento e la fidelizzazione degli operatori delle cure primarie nelle aree rurali/disagiate vanno oltre il perimetro di competenza dei responsabili delle politiche sanitarie (ad es. opportunità professionali per entrambi i coniugi, strutture educative per i bambini, alloggio, servizi, sovvenzioni, sussidi, prestiti, ...) è necessaria una collaborazione interministeriale per sviluppare politiche efficaci e sostenibili;
- Poiché l'assistenza primaria nelle zone rurali offre molti aspetti che gli studenti di medicina e i medici apprezzano molto (come la relazione con il paziente) ma allo stesso tempo presenta una serie di svantaggi (percepiti), potrebbe essere utile sviluppare modalità di lavoro in cui i mmg siano contrattualmente impiegati in una struttura urbana, ma lavorino per un numero predeterminato di giorni in una struttura rurale vicina.

04. Conclusioni

Il quadro delle motivazioni e delle aspettative deluse che sono alla base della progressiva perdita di attrattività della professione di mmg fra i giovani medici che intendono approcciarsi alla medicina generale sembra essere sufficientemente chiaro e completo per poter tracciare una precisa strategia di rilancio di tale fondamentale figura sulla scorta delle indicazioni rivenienti dalla letteratura.

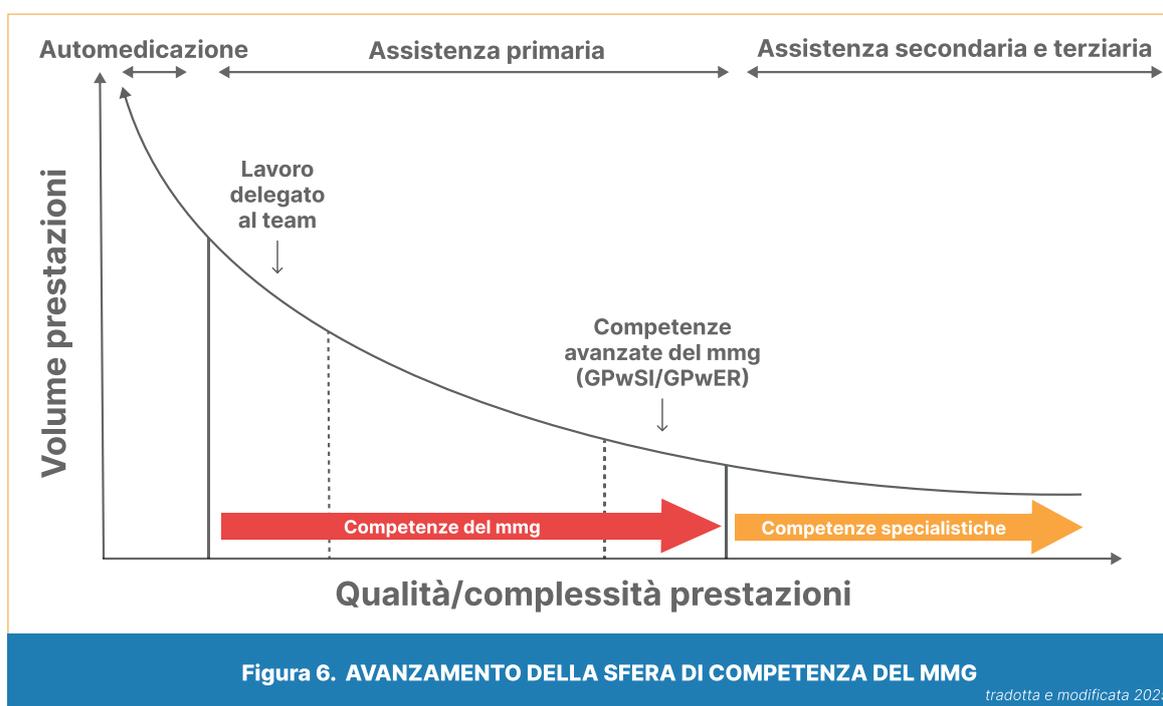
Sulla base di queste, ferma restando la necessità di esporre precocemente gli studenti di medicina all'ambito delle cure primarie durante il corso di laurea, il profilo, il contesto e le prospettive professionali in grado di restituire attrattività alla professione del mmg descrivono un medico che, rispetto alla realtà italiana, dovrebbe poter ambire a:

1. conseguire il titolo di specialista in medicina generale e cure primarie a conclusione di una specifica formazione accademica post-laurea acquisendo così dignità e considerazione sociale al pari delle altre specializzazioni mediche universitarie (in 11 università italiane è presente la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie che già potrebbe rispondere a questa esigenza);
2. accedere alla formazione continua e all'aggiornamento professionale nelle sedi di lavoro mai da solo ma sempre a strettissimo contatto con una consolidata e forte leadership;
3. lavorare stabilmente all'interno di strutture che possano configurare un ambiente di lavoro di standard elevato, allo stesso tempo confortevole e funzionale, idoneo per dimensioni, dotazioni, ambienti dedicati e fruibilità da parte dell'utenza in relazione alle caratteristiche della popolazione del territorio e delle necessità contingenti (campagne vaccinali, percorsi di sicurezza in caso di epidemie, emergenze...); tali strutture dovrebbero poter esaltare le competenze degli operatori nel rispondere alle esigenze dalle più semplici alle più complesse (da questo punto di vista le case/ospedali/ambulatori di comunità, capillarmente distribuiti su tutto il territorio nazionale, possono rispondere allo scopo);
4. lavorare in team multiprofessionali e multidisciplinari (medici specialisti, infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali, dietisti, etc.), supportato da personale amministrativo e di segreteria che possa sburocratizzare quanto più possibile l'attività lavorativa;
5. svolgere la propria attività principalmente ma non esclusivamente nei confronti di quei pazienti che lo avranno scelto in modo da salvaguardare una relazione interpersonale fiduciaria e duratura nel tempo particolarmente nella gestione longitudinale delle patologie croniche;
6. avere a disposizione ed essere in grado di utilizzare tecnologia sanitaria (dispositivi medici, sistemi ICT, sistemi AI, telemedicina, ...) adeguata al contesto territoriale e assistenziale;
7. avere la possibilità di un inquadramento contrattuale da dirigente medico dipendente del SSN che possa garantire in primis la reale e completa integrazione/organizzazione all'interno dei diversi servizi del SSN (sinergie ospedale-territorio su tutte) in relazione ai bisogni della comunità e alle

caratteristiche di ogni territorio (aree rurali e/o disagiate), insieme al giusto equilibrio vita-lavoro, all'acquisizione dei diritti e tutele dei lavoratori previste dai CCNL (forme di occupazione oraria flessibile come il part-time, malattia, ferie, maternità, etc.);

8. avere la possibilità di accedere a forme di lavoro flessibile quali ad es. forme contrattuali libero-professionali in convenzione con il SSN, che possano rispondere a diverse esigenze lavorative e personali;
9. veder riconosciute incentivazioni, facilitazioni, turnazioni e supporto organizzativo per il lavoro in aree rurali/disagiate periferiche e ultraperiferiche (montagna, piccole isole, ...);
10. accedere ad una varietà di percorsi di carriera, anche modificabili o integrabili nel tempo (attività di assistenza, di assistenza integrata da formazione master nell'ambito di specifici interessi clinici, dirigenza nei distretti, dirigenza nelle CdC, ricerca clinica, insegnamento universitario, cure palliative, ...solo per citarne alcuni).

Il grafico seguente riflette in particolare la necessità della crescita professionale del mmg e la migliore definizione del suo ruolo. A tale riguardo si fa rilevare che le indicazioni in esso contenute risalgono al 2006⁶⁴ [Fig.6].



Il grafico mostra come, attualmente, nell'ambito delle cure primarie, la sfera d'azione del mmg occupi una parte sostanziale delle necessità/prestazioni in termini di volume, indipendentemente dalla tipologia. D'altra parte la sempre maggiore super-specializzazione richiesta alla medicina ospedaliera

con l'avanzare delle conoscenze e della tecnologia, impone all'ambito specialistico (secondario e terziario) di doversi necessariamente dedicare a prestazioni di più alto livello di complessità ma di numero inferiore rispetto all'ambito dell'assistenza primaria.

In un tale scenario è indispensabile che il mmg debba aumentare la qualità del suo lavoro fino ad occupare quegli spazi d'azione di minore livello di complessità lasciati scoperti dalle competenze specialistiche in evoluzione (spostandosi tutti più a destra nel grafico).

Allo stesso tempo, il mmg che avanza nella parte destra del grafico può/deve delegare gli aspetti più comuni e meno complessi del suo lavoro ad altre professionalità del suo team di lavoro ma anche al paziente ed alla sua famiglia, fatto che richiede interventi di crescita culturale e dell'autonomia della comunità.

Pertanto, come conseguenza ineluttabile della transizione scientifico-tecnologica ed epidemiologica, è indispensabile che il mmg, per stare al passo, debba progressivamente implementare la qualità e l'organizzazione del suo lavoro (presa in carico, prestazioni, ...) inevitabilmente lavorando in team.

Al confine fra queste sfere d'azione (assistenza primaria da una parte, assistenza secondaria e terziaria dall'altra) possono trovare spazio anche mmg particolarmente qualificati e formati su alcune patologie di maggiore prevalenza nell'ambito delle cure primarie (GPwSI o GPwER o "medici di medicina generale con speciali interessi"^{42,43,65,66,67,68}) a costituire un'assistenza intermedia fra le prime (*intermediate care*) utile sia a facilitare la collaborazione fra gruppi di mmg e specialisti, ma anche ad es. a sopperire in parte all'assistenza secondaria lì dove non disponibile o possa essere difficile da raggiungere (aree rurali/disagiate).

Alla luce di tutto questo, è evidente che il rilancio dell'attrattività di questa professione non può che passare attraverso il cambiamento dell'impalcatura generale dell'intero sistema delle cure territoriali puntando in primo luogo alla qualità piuttosto che alla quantità, alla condivisione piuttosto che all'isolamento, ad una pluralità di sbocchi professionali piuttosto che ad unica prospettiva, ad un mix di forme contrattuali piuttosto che ad una singola.

Quest'ultimo è un aspetto di particolare rilievo in termini di attrattività se si guarda a quanto sta accadendo nel sistema sanitario del Regno Unito, sistema sanitario universalistico cui il nostro neo-costituito SSN si è ispirato nel 1978 scegliendo di affidare l'assistenza primaria a medici convenzionati come fatto da loro ancor prima del 1948, anno costitutivo del NHS (National Health System). Una interessante analisi a tale riguardo è offerta da un recentissimo studio del "Nuffield Trust"⁶⁹.

Il "partnership GP", è il modello con il quale attualmente vengono gestite le cure primarie in UK. E' affidato prevalentemente a medici in convenzione con il NHS (*partner GP*) e per decenni è stato la base stabile della medicina generale inglese e un'aspirazione per i mmg all'inizio della carriera in

grado di conferire uno status più elevato, una migliore retribuzione e un maggior potere all'interno della professione. Le *partnership GP* sono vere e proprie aziende autonome indipendenti e i *partner GP* che le costituiscono operano come appaltatori autonomi fornendo servizi al NHS secondo le specifiche contrattuali sottoscritte. Di fatto è un sistema privatizzato con medici imprenditori a tutti gli effetti che si avvalgono di personale, tra cui altri mmg stipendiati (*salaried*), infermieri, personale amministrativo e manager. La maggior parte di queste *partnership GP* sono società a responsabilità illimitata e pertanto i soci hanno diritto ad una quota potenzialmente illimitata degli utili aziendali ma sono anche personalmente responsabili di tutte la passività finanziare come perdite e debiti. E' di fatto un business associato alla sanità e per questo anche criticato ideologicamente in quanto "a scopo di lucro".

Ma nell'ultimo decennio (settembre 2015 – dicembre 2024) le cose sono cambiate profondamente tanto che sempre meno tirocinanti e mmg ad inizio carriera ambiscono a tale ruolo per gli eccessivi carichi di lavoro e per il rischio finanziario delle *partnership GP*. Di conseguenza il numero dei "partner" è diminuito drasticamente (- 25%). Contemporaneamente è aumentato il numero dei mmg dipendenti (+ 81%) [Fig. 7 e 8]. Anche il profilo d'età dei *partner GP* testimonia la perdita di attrattività del modello *partnership GP*, con la fascia d'età minore di 40 anni che ha mostrato il calo più ripido nel periodo d'osservazione (- 53%) [Fig. 9]. Con la diminuzione dei *partner GP* è diminuito ovviamente anche il numero dei loro studi (- 18%).

Il numero di partner GP è diminuito in modo significativo dal 2015
07/03/2025

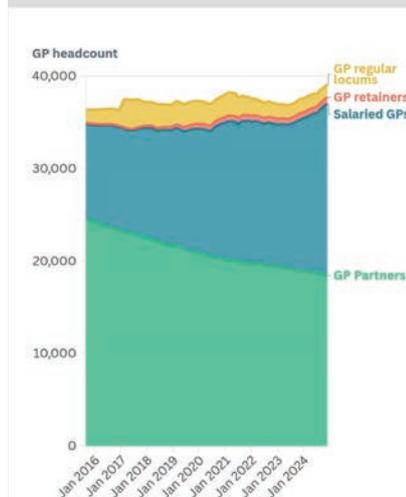


Figura 7

Proporzione di medici di base stipendiati rispetto ai medici di base partner dal 2015 al 2024
07/03/2025

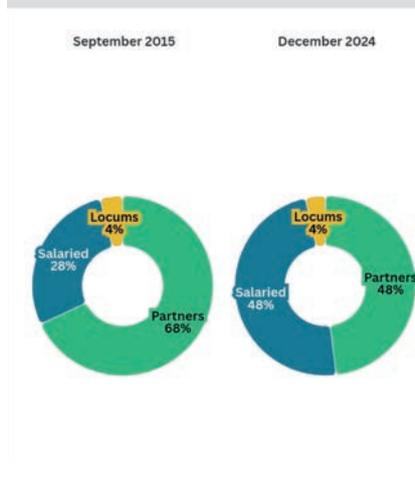


Figura 8

Variazione dei partner GP dal 2015 al 2024, per età
07/03/2025

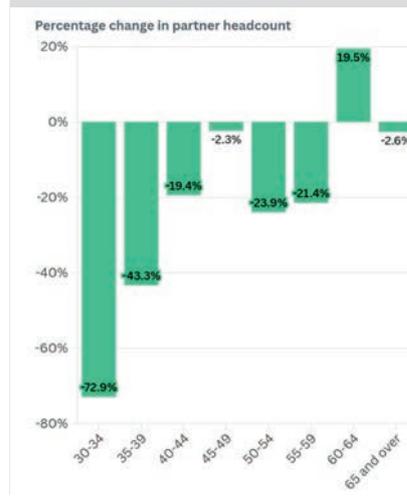


Figura 9

Le domande chiave derivanti da questo nuovo scenario che i decisori politici inglesi dovranno porsi per la tenuta delle cure primarie sono tante, alcune di ordine etico (visto che i servizi della medicina generale sono gestiti “a scopo di lucro”), e tra queste quella di creare opzioni per l’impiego dipendente dei mmg da parte di enti diversi dalle *partnership GP* come gli enti governativi. Tutto questo, ampiamente previsto dagli analisti già più di dieci anni orsono, si sta puntualmente verificando^{70,71,72}.

In conclusione, la perdita dell’attrattività della professione del medico di medicina generale è un problema multifattoriale che richiede interventi articolati ma comunque affrontabili pur nella loro complessità. E’ evidente che il rischio di perdere questo indispensabile pilastro del nostro SSN è più che concreto e pertanto è necessario che il cambiamento venga affrontato con coraggio e determinazione da parte di chi ne ha la responsabilità. Saranno necessari molti e decisi passi in avanti per cambiare lo *status quo* e restituire ai giovani medici l’interesse per questa bellissima professione. Allo stesso tempo sarà necessario anche qualche passo indietro per consentire che le naturali resistenze al cambiamento vengano superate.

Questo lavoro è il nostro contributo.

Movimento Medici di Medicina Generale per la Dirigenza

05. Bibliografia

1. Movimento MMG per La Dirigenza, Documento di Posizione, 22/01/2024.
2. WONCA Europe. WONCA Europe statement for the 73rd session of the WHO regional committee for Europe. 2023.
3. Kuhlmann E et al. Primary care workforce development in Europe: an overview of health system responses and stakeholder views. *Health Policy*, 2018.
4. World Health Organization, The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever). 2008, World Health Organization: Geneva.
5. Kringos DS et al. Building primary care in a changing Europe. *Observatory Studies Series 38*. 2015, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
6. OCSE/UE, La salute in sintesi: Europa 2016 - Lo stato della salute nel ciclo dell'UE. 2016, Parigi: pubblicazioni OCSE.
7. Smith J et al. Securing the future of general medicine: new models of primary care. Nuffield Trust, London, 2013.
8. WHO Regional Office for Europe, Core Health Indicators in the WHO European Region 2015. Special focus: human resources for health. 2015, WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
9. Strazdins E et al. Part-time in general practice—a remedy to a time-based problem? *Family practice*, 2018. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy116>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
10. Van Hassel D et al. Age-related differences in working hours among male and female GPs: an SMS based time use study. *Human resources for health*, 2017. 15(1): p. 84.
11. Kroezen M et al. Recruitment and retention of health professionals across Europe: a literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 2015. 119(12): p. 1517-1528.
12. European Commission, Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. SWD(2012) 93 final. 2012, European Commission: Strasbourg.
13. Kroezen M, Van Hoegaerden M, Batenburg R. The Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting: Results of a European programme to improve health workforce policies. *Health Policy*, 2018. 122(2): p. 87-93.
14. Pfarrwaller E et al, Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a primary care career: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 2015. 30(9): p. 1349-1358.
15. Puertas EB, Arósquiza C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2013. 34: p. 351-358.
16. Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt, Status en imago van de leraar in de 21ste eeuw. 2017, Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt: Maastricht.
17. Michels NR et al. Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. *Education for Primary Care*, 2018: p. 1-5.
18. European Academy of Teachers in General Practice (EURACT), Specialist Training Database. EURACT website. 2019. Available at: <http://euract.woncaeurope.org/specialist->

- trainingdatabase. [ultimo accesso il 01/03/2025].
19. Tosetti C, Balduzzi A, Ermini G, Marzo C, Rubini S, Speciali P, Zocchi D. Differenze nella percezione dell'attività di Medicina Generale da parte di studenti in Medicina e Chirurgia prima e dopo un tirocinio curriculare, Rivista Società Italiana di Medicina Generale n. 1 • vol. 27 • 2020.
 20. Lorant V et al. Making general practice attractive: encouraging GP attraction and retention, KCE reports 90C, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg Centre fédéral d'expertise des soins de santé Belgian Health Care Knowledge Centre, 2008.
 21. Barriball L et al. Recruitment and retention of the health workforce in Europe. 2015, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
 22. Lewis M et al. General Practice (Family Medicine): meeting the health care needs of Nepal and enriching the medical education of undergraduates. Kathmandu Univ Med J, 2005. 3(2): p. 1948.
 23. Straand J, de Wit N. The transition of general practice into discipline: tracing the origins through the first four professor in general practice/family medicine, Scandinavian Journal of Primary Health Care, vol. 42, no. 3, 483-492.
 24. Brekke M, Carelli F, Zarbailov N, Javashvili G, Wilm S, Timonen M Tandeter H. Undergraduate medical education in generalpractice/family medicine throughout Europe, a descriptive study, BMC Medical Education 2013, 13:157.
 25. Scherz N et al. Internists' career choice towards primary care: a cross-sectional survey. BMC Fam Pract, 2017. 18(1): p. 52.
 26. Gowin E et al. The attractiveness of family medicine among Polish medical students. Eur J Gen Pract, 2014. 20(2): p. 121-4.
 27. Togna G. La motivazione lavorativa tra fattori igienici, motivanti e di alleanza attiva, <https://istao.it/la-motivazione-lavorativa-tra-fattori-igienici-motivanti-e-di-alleanza-attiva/>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 28. Kroezen M, Rajan D, Richardson E. Strengthening primary care in Europe: How to increase the attractiveness of primary care for medical students and primary care physicians? European Observatory on Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 55. 2023.
 29. Zhao S, Ping J, Zhu H, Ji W, Wang Y, Wang Y. Job characteristics model-based study of the intrinsic motivations for primary care practitioners, Chinese General Practice Journal, Volume 1, Issue 1, April 2024, Pages 3-10.
 30. International Labour Organization, Working conditions (available at: <https://www.ilo.org/global/topics/workingconditions/lang-en/index.htm>, accessed 30/09/2018). 2018. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 31. Wiskow C, Albrecht T, De Pietro C. How to create an attractive and supportive working environment for health professionals. 2010: World Health Organization Geneva.
 32. International Labour Organization, Improving employment and working conditions in health services. 2017, International Labour Organization: Geneva.
 33. Misfeldt R et al. Incentives for improving human resource outcomes in health care: overview of reviews. Journal of health services research & policy, 2014. 19(1): p. 52-61.
 34. Laugesen MJ. Human Resources in Health Care Systems: Reflecting on 'Cross-National Comparisons of Human Resources for Health—what can we learn?'. Health Economics, Policy and Law, 2015. 10(4): p. 375- 379.
 35. Hedden L et al. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. Human resources for health, 2014. 12(1): p. 32.
 36. Hemphill E, Kulik CT. Recruitment ad analysis

- offers new opportunities to attract GPs to short-staffed practices. *Health Mark Q*, 2013. 30(2): p. 144-61.
37. Pedersen LB et al. General practitioners' preferences for the organisation of primary care: a discrete choice experiment. *Health Policy*, 2012. 106(3): p. 246-256.
 38. Miani C et al. Best practice: Medical training from an international perspective. *Rand health quarterly*, 2015. 5(1). 49.
 39. Joo JY, Huber DL. Barriers in Case Managers' Roles: A Qualitative Systematic Review. *Western journal of nursing research*, 2017: p. 0193945917728689.
 40. Davy C et al. Factors influencing the implementation of chronic care models: A systematic literature review. *BMC family practice*, 2015. 16(1): p. 102.
 41. Pitchforth E et al. Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments—scoping review, systematic review, country reports and case studies. 2017.
 42. Chappell D, Reeve J, Thomas K, Bambra C, Shah S, Harrower U, Iqbal Z. Introduction and overview of GPwER in Population Health and Health Inequalities, Publication, RCGP 15 August 2024, <https://www.rcgp.org.uk/your-career/gp-extended-roles/population-health-inequalities-introduction>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 43. GP World, Advice on becoming a GPwER (GP with specialist interest - GPwSI), 2023, <https://www.gpworld.co.uk/news/advice-on-becoming-a-gpwer-gp-with-specialist-int/10/>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 44. <https://www.simccp.org/stampa-e-media/blog-simccp>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 45. Bhutoria S. Work opportunities for GPs, <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/workopportunities-for-gps>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
 46. Van Greuningen M, Batenburg RS, Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. *Hum Resour Health*, 2012. 10: p.21.
 47. Bosmans M, Boerma W, Groenewegen P. Rural primary care. A scoping review. In press, NIVEL: Utrecht. 2019.
 48. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ*, 2010. 88(5): p. 379-85.
 49. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract*, 2017: p. bjgp17X689929.
 50. Viscomi, M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*, 2013. 18(1): p. 13-23.
 51. Hogenbirk JC et al. Urban washout: how strong is the rural-background effect? *Aust J Rural Health*, 2015. 23(3): p. 161-8.
 52. Campbell DG et al. Regionalisation of general practice training—are we meeting the needs of rural Australia? *Med J Aust*, 2011. 194(11): p. S71-4.
 53. Campbell DG et al. Regionalisation of general practice training—are we meeting the needs of rural Australia? *Med J Aust*, 2011. 194(11): p. S71-4.
 54. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/importanza-di-investire-sugli-operatori-sanitari-e-lle-comunita.html#:~:text=I%20Community%20Health%20Workers%20forniscono,strutture%20ed%20offrendo%20supporto%20sociale>.
 55. <https://www.editverse.com/it/ottimizzazione-dell%27accesso-ai-servizi-remoti-per-la-fornitura-di-assistenza-sanitaria-rurale/>. [ultimo accesso il 01/03/2025].

56. Jakob J et al. Participation in medical activities beyond standard consultations by Swiss general practitioners: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 2018. 19(1): p. 52.
57. Hjelmgren J, Anell A. Population preferences and choice of primary care models: a discrete choice experiment in Sweden. *Health policy*, 2007. 83(2-3): p. 314-322.
58. Seghieri C, Mengoni A, Nuti S. Applying discrete choice modelling in a priority setting: an investigation of public preferences for primary care models. *The European Journal of Health Economics*, 2014. 15(7): p. 773-785.
59. Schäfer WLA et al. GP Practices as a One-Stop Shop: How Do Patients Perceive the Quality of Care? A Cross-Sectional Study in Thirty-Four Countries. *Health services research*, 2018. 53(4): p. 2047-2063.
60. Murphy M, Salisbury C, Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 2020; 70 (698): e676-e683.
61. Schrimpf A, Scheiwe E, Bleckwenn M. Insights from end-of-career general practitioners on changing working conditions and generational differences: considerations for future strategies, *BMC Primary Care* volume 25, Article number: 171 (2024).
62. <https://www.aprirenetwork.it/2020/07/11/motivazioni-e-aspettative-dei-giovani-medici-che-siapprocciano-alla-medicina-generale-i-risultati-dellindagine-online-orgogliosamente-mmgi/>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
63. Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 360 del 23 dicembre 1978, art. 25, pag. 17.
64. Trumble S, Pegram R. Generalism in the specialisms. *Australian Family Physician* Vol. 35, No. 7, July 2006.
65. Infantino A. GPwSI: il dibattito continua. <http://www.passonieditore.it/md/2006/30/focuson.htm>. 2006. [ultimo accesso il 01/03/2025].
66. Infantino A. Mmg con speciali interessi clinici: problemi, prospettive e proposte. <http://www.passonieditore.it/md/2008/05/Focus%20on.pdf>. 2008. [ultimo accesso il 01/03/2025].
67. <https://www.siicp.it/scuola-di-alta-formazione/>. [ultimo accesso il 01/03/2025].
68. Thomas K, Barry E, Watkins S, Czauderna J, Allen LA. GP with an extended role in population health. *British Journal of General Practice*. 2020 Jul 21;70(697):378-379.
69. Fisher B. The partnership model in general practice predates the NHS. Is now the time to change it? Briefing, Nuffield Trust. 2025. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/the-partnership-model-in-general-practice-predates-the-nhs-is-now-the-time-to-change-it>. [ultimo accesso il 13/03/2025].
70. Majeed A. General practice in the United Kingdom: meeting the challenges of the early 21st century. *JRSM*. 2013.
71. Majeed A, Bukman L. Should all GPs become NHS employees? *BMJ*. 2016.
72. Majeed A, Hodes S. Has the Covid pandemic changed the debate about nationalising GPs? *BMJ*. 2022.

movimento
MMG
per la Dirigenza

