

ODG

N. 448

Ruolo e organizzazione della Medicina Generale nel Servizio Sanitario Regionale piemontese - Collegato alla Proposta di deliberazione n. 126 (Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione)

Presentato da:

UNIA ALBERTO (primo firmatario) 15/12/2025, COLUCCIO PASQUALE 15/12/2025, DISABATO SARAH 15/12/2025

Richiesta trattazione in aula

Presentato in data 15/12/2025

*Al Presidente del
Consiglio regionale
del Piemonte*

ORDINE DEL GIORNO n. 448

ai sensi dell'articolo 18, comma 4, dello Statuto
e dell'articolo 103 del Regolamento interno

OGGETTO: *Ruolo e organizzazione della Medicina Generale nel Servizio Sanitario Regionale piemontese - Collegato alla Proposta di deliberazione n. 126 "Artt. 11 e 12 della legge regionale n. 18/2007. Adozione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030. Approvazione"*

Premesso che:

- la Medicina Generale è parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA– Livelli Essenziali di Assistenza) e rappresenta un tassello fondamentale per garantire l'equo accesso dei cittadini al sistema sanitario pubblico;
- l'attuale status giuridico del medico di medicina generale (MMG– Medico di Medicina Generale) come libero professionista convenzionato è l'unico modello che assicura la libera scelta del medico da parte del cittadino e, di conseguenza, un reale rapporto di fiducia, elemento imprescindibile per l'efficacia delle cure;
- tale modello non è in contrapposizione con l'impostazione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), ma anzi costituisce una componente essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di rafforzamento della sanità territoriale;
- la Medicina Generale si fonda su professionalismo, autonomia organizzativa, responsabilità professionale e sapere specifico, intesi come:
 - capacità di adattare l'organizzazione del lavoro ai contesti demografici e geografici;
 - assunzione di responsabilità diretta nella tutela dei diritti dei cittadini;
 - costante aggiornamento delle conoscenze e uso di evidenze scientifiche nella pratica clinica;
- l'autonomia organizzativa dei MMG ha storicamente consentito:
 - processi adattivi rispetto alle diverse realtà territoriali;
 - miglioramento continuo dell'organizzazione dello studio medico, anche in termini di gradimento da parte degli assistiti;
 - spostamento di compiti, spese e responsabilità dalla pubblica amministrazione verso professionisti più flessibili, con effetti positivi in termini di efficienza;
- prossimità, capillarità e associazionismo sono cardini del modello di Medicina Generale:
 - prossimità come "minima distanza" tra medico e paziente, anche al domicilio o nelle residenze per anziani;
 - capillarità come presenza dei medici anche in aree rurali, collinari, montane e isolate, fino al concetto di "medico per chilometro quadrato";
 - associazionismo come strumento per superare l'isolamento professionale del singolo medico, promuovendo lavoro in rete, condivisione di personale di supporto, progettualità di gruppo e audit sulla qualità dell'assistenza;
- l'emergenza sanitaria recente ha dimostrato:

- la possibilità di semplificare rapidamente i carichi amministrativi;
- che la Medicina Generale costituisce la più ampia e capillare rete di assistenza sanitaria pubblica, con oltre 3.000 studi medici sul territorio regionale;
- l'esistenza in Piemonte di una risorsa importante rappresentata da oltre 500 medici in formazione specifica in Medicina Generale, in grado di rafforzare la risposta territoriale;
- la Medicina Generale è in grado di mettere in campo:
- un rapporto di conoscenza e fiducia con gli assistiti, idoneo a garantire un'assistenza personalizzata e multidimensionale;
- integrazione con altre professionalità sanitarie;
- una distribuzione capillare delle sedi;
- gestione in economia delle risorse;
- cultura dell'appropriatezza prescrittiva e organizzativa.

Considerato che:

- la proposta dei medici di medicina generale individua alcuni cardini fondamentali per l'evoluzione dell'assistenza territoriale in Piemonte, e in particolare:
 1. Superamento della frammentazione dei compiti tra Medici di famiglia, Continuità Assistenziale e altre figure, attraverso la piena realizzazione del Ruolo Unico e delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), come previsto dall'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) e dagli Accordi Integrativi Regionali;
 2. Superamento del modello di lavoro "solista" del singolo medico, a favore di un lavoro di squadra organizzato in Micro-Team e AFT, dotati di:
 - personale di studio qualificato;
 - diagnostica di primo livello;
 - forte integrazione con strutture ospedaliere, distretti e servizi socio-assistenziali;
 3. Passaggio da una "medicina di attesa" a una "medicina di iniziativa", in grado di governare in modo proattivo la gestione della cronicità e della fragilità;
 4. Presa in carico dei bisogni di salute h24, 7 giorni su 7, con:
 - condivisione di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) e Gestioni Integrate;
 - razionalizzazione dell'uso delle risorse;
 - audit professionale tra pari per ridurre la variabilità dei comportamenti;
 - percorsi chiari per l'assistenza domiciliare programmata (ADP) e integrata (ADI) e per le cure residenziali e intermedie;
 5. Sviluppo di un'adeguata infrastruttura informatico-telematica, che consenta:
 - interoperabilità tra i sistemi informativi regionali e nazionali;
 - condivisione della cartella clinica tra MMG;
 - sviluppo della telemedicina e della diagnostica di primo livello anche nello studio del medico;
- la proposta individua la necessità di definire uno standard clinico, assistenziale e organizzativo per la Medicina Generale, con:
 - un'offerta assistenziale garantita dal MMG e dal team di studio (sanitario e amministrativo);

- standard organizzativi minimi ancorati ai compiti assistenziali e ai bisogni di salute della popolazione assistita;
- possibilità di forme associative diverse, con condivisione di personale, spazi, rete informatica;
- le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), o più AFT insieme, possono rappresentare Case di Comunità “spoke” della Casa della Comunità “hub” prevista dal PNRR, con:
 - erogazione di servizi di primo livello e di accoglienza nelle unità spoke (studi dei MMG);
 - concentrazione dei servizi di carattere generale (Assistenza Domiciliare, UVI/UVD/UVGM – Unità di Valutazione, PUA – Punto Unico di Accesso, CUP – Centro Unico Prenotazioni, punto prelievi, riabilitazione, ecc.) nelle Case della Comunità hub;
 - ruolo dei medici di famiglia nella Casa della Comunità non come “guardia” ma come “specialisti della persona”;
- la Medicina Generale viene individuata come attore centrale nei seguenti obiettivi di salute prioritari:
 - prevenzione (stili di vita, vaccinazioni, screening) come investimento strategico per ridurre i costi sanitari e migliorare lo stato di salute della popolazione;
 - gestione della cronicità tramite Medicina di iniziativa e Gestione Integrata, in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità;
 - gestione delle acuzie non complicate con una risposta assistenziale h24, sette giorni su sette;
 - domiciliarità e residenzialità come luoghi privilegiati di cura per non autosufficienza, disabilità e fine vita, in linea con gli obiettivi del PNRR;
 - sorveglianza epidemiologica basata sulla diagnostica di primo livello, anche in relazione al piano pandemico nazionale;
- è ritenuto necessario dotare gli studi dei Medici di Medicina Generale di adeguata diagnostica di primo livello, integrata informaticamente con i sistemi regionali e nazionali, per migliorare tempestività, appropriatezza e capacità di presa in carico.

Il Consiglio regionale, impegna la Giunta a

- ✓ a riconoscere e ribadire esplicitamente, negli strumenti di programmazione sanitaria regionale e nel nuovo Accordo Integrativo Regionale, il ruolo della Medicina Generale come componente essenziale dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e come tassello fondamentale per l’attuazione del PNRR, valorizzando l’attuale status di libero professionista convenzionato quale garanzia di libera scelta e rapporto fiduciario con il cittadino;
- ✓ a definire, d’intesa con la Medicina Generale e le sue rappresentanze, uno standard clinico-assistenziale e organizzativo minimo regionale per la Medicina Generale, che sia:
 - uniforme sul territorio;
 - commisurato ai bisogni assistenziali della popolazione;
 - collegato a indicatori di processo e di esito e a chiari profili di rendicontazione;

- ✓ a completare e attuare pienamente il Ruolo Unico e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), superando la frammentazione dei compiti oggi esistente tra Medici di famiglia, Continuità Assistenziale e altre figure, in coerenza con l'ACN e gli Accordi Integrativi Regionali;
- ✓ a promuovere il superamento del modello di lavoro “solista” del singolo MMG, sostenendo la costituzione e il funzionamento di Micro-Team e AFT dotate di:
 - personale di studio sanitario e amministrativo qualificato;
 - strumenti di diagnostica di primo livello;
 - percorsi strutturati di collaborazione con ospedali, distretti e servizi socio-assistenziali;
- ✓ a favorire il passaggio da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa, in particolare per la gestione della cronicità e della fragilità, mediante:
 - adozione e diffusione di PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) e Gestione Integrata;
 - strumenti organizzativi e informativi che consentano una presa in carico proattiva della popolazione assistita;
- ✓ a garantire, nell'ambito della rete territoriale, una presa in carico dei bisogni di salute h24, 7 giorni su 7, tramite modelli organizzativi che assicurino:
 - risposta alla cosiddetta “indifferibilità” (anche attraverso il numero 116.117);
 - integrazione funzionale tra MMG, Continuità Assistenziale e altri servizi territoriali;
- ✓ a rafforzare l'assistenza domiciliare (ADP – Assistenza Domiciliare Programmata, ADI – Assistenza Domiciliare Integrata) e le cure residenziali e intermedie, definendo percorsi certi, condivisi e omogenei sul territorio regionale, in linea con il ruolo attribuito alla Medicina Generale nel documento dei MMG;
- ✓ a definire in modo chiaro il ruolo delle AFT e dei Medici di Medicina Generale all'interno delle Case della Comunità, secondo il modello hub–spoke, assicurando che:
 - nelle Case della Comunità hub siano collocati i servizi generali;
 - le sedi dei MMG (spoke) mantengano prossimità e capillarità;

- la presenza del medico di famiglia nella Casa di Comunità sia riconosciuta come presenza dello “specialista della persona” e non come mera guardia;
- ✓ a potenziare e rendere omogenea l’infrastruttura informatico-telematica regionale, al fine di garantire:
 - interoperabilità tra sistemi informativi regionali e nazionali;
 - condivisione, ove previsto, delle cartelle cliniche dei pazienti tra MMG e altri professionisti coinvolti nei percorsi di cura;
 - diffusione della telemedicina e dell’uso della diagnostica di primo livello negli studi dei MMG;
- ✓ a dotare gli studi dei Medici di Medicina Generale di adeguati strumenti di diagnostica di primo livello, integrati in cooperazione applicativa con i sistemi informatici regionali e/o nazionali, in coerenza con quanto indicato nel documento dei MMG;
- ✓ a valorizzare il ruolo della Medicina Generale nella prevenzione, in particolare:
 - promozione di stili di vita sani;
 - campagne vaccinali;
 - adesione agli screening organizzati, considerandoli investimenti strategici per la sostenibilità del sistema sanitario;
- ✓ a riconoscere e utilizzare il potenziale dei medici in formazione specifica in Medicina Generale, favorendo il loro coinvolgimento nella rete territoriale come risorsa strutturale, in continuità con l’esperienza maturata durante l’emergenza sanitaria;
- ✓ a sviluppare, con il coinvolgimento della Medicina Generale, una rete di sorveglianza epidemiologica territoriale basata sulla diagnostica di primo livello negli studi dei MMG, in coerenza con il prossimo piano pandemico nazionale.