Il ruolo del Medico di Comunità e delle Cure Primarie: competenze clinico-gestionali per un SSN moderno, efficiente e resiliente alla luce del DM77

Documento strategico della Società Italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie per illustrare principi, formazione e competenze del MCCP

Iter di redazione

Stesura	Revisione	Approvazione
Costantini Luigi, Segretario Scientifico, SIMCCP Gazzaneo Gabriele, Comitato Tecnico Scientifico, SIMCCP Pignatti Fabio, Presidente SIMCCP Lavecchia Vincenzo, Vice-Presidente, SIMCCP Mallamace Michele, Referente Regionale Lazio, SIMCCP Marchesi Luca, Referente Regionale Lombardia, SIMCCP	Elena Corradini, Direttrice SSM Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia Eleonora Tobaldini, Direttrice SSM Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli Studi di Milano Luca Spiezia, Direttore SSM Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università degli Studi di Padova Maurizio Marceca, Direttore SSM Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, Università "La Sapienza" di Roma Paola Andreozzi, Docente SSM MedicIna di Comunità e delle Cure Primarie,Università "La Sapienza" di Roma Pietro Minuz, Direttore SSM Medicina di Comunità e delle Cure Primarie,Università degli Studi di Verona Pignatti Fabio, Presidente, SIMCCP	*Consiglio Direttivo SIMCCP:* Pignatti Fabio Lavecchia Vincenzo Giusti Arianna Santos Dalle Luche Georgia Maffettone Francesco Giangiacomo Nwokocha Virginia Ezinwanne De Virgilio Suglia Cesare Angeloni Gabriele Rubrigi Lorenzo Marazzi Pier Luca Costantini Luigi

Indice delle revisioni

N. e data	Modifiche	Approvazione
Rev. 0 del 31.08.2025	Stesura originale	22.09.2025
Rev. 1 del 27.09.2025	Revisione post - congressuale	27.09.2025

©2025 Società Italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie
Codice Fiscale 94221280368
www.simccp.org
PEC: simccp@postecert.it
e-mail: info@simccp.org

Indice dei contenuti

Iter di redazione **2**
Indice delle revisioni **3**
Presentazione **6**
Premessa **7**
Il contesto culturale e normativo **9**
L'evoluzione del Medico di Comunità e delle Cure Primarie **14**
La formazione del medico di Comunità e delle Cure Primarie in reti integrate Università - SSN **17**
Il Core Curriculum dello Specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie 18
Area 1 – Medicina clinica Generala nell'ambito delle Cure Primarie ed intermedie 18
Area 2 – Integrazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociali 19
Area 3 – Promozione della salute, prevenzione e approccio comunitario 19
Area 4 – Competenze organizzative e di governo clinico 19
Area 5 – Formazione, ricerca e innovazione 20
Area 6 – Competenze trasversali e relazionali 20
Contenuti formativi essenziali per area disciplinare 22
1. Area della Medicina Clinica Generale nelle Cure Primarie e intermedie 22
2. Area organizzativo-gestionale 22
3. Area della prevenzione e promozione della salute 22
4. Area della salute mentale e sociale 23
5. Area della formazione, ricerca e innovazione 23
6. Competenze trasversali 23
Ruoli, mansioni e inquadramento contrattuale del Medico di Comunità e delle Cure Primarie **24**
Ruolo Clinico 26
Ruolo Organizzativo 29
Conclusioni **34**
Bibliografia **36**

Presentazione

In occasione del suo primo Congresso Nazionale a settembre 2025, la Società Italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SIMCCP) rivolge il presente documento ai decisori politici nazionali e regionali, alle amministrazioni locali e alle Direzioni del Servizio Sanitario Nazionale per illustrare i principi, la formazione e le competenze del Medico di Comunità e delle Cure Primarie e il suo ruolo all'interno della riforma della Medicina territoriale in corso.

Premessa

La riforma dell'assistenza territoriale e il ruolo emergente del Medico di Comunità e delle Cure Primarie richiedono una riflessione profonda anche sul piano formativo pre-laurea che coinvolge gli studenti di Medicina e Chirurgia. Oggi il loro percorso di studi rimane prevalentemente orientato all'ambito ospedaliero, trascurando la conoscenza delle reti territoriali, dei servizi distrettuali e delle opportunità professionali che essi offrono.

Questa impostazione ha contribuito a creare un divario tra formazione universitaria e bisogni reali del Servizio Sanitario Nazionale, con il rischio di ridurre l'attrattività delle carriere territoriali e di non favorire nei giovani medici la vocazione alla medicina generale e di comunità. Ne deriva, nel tempo, una progressiva perdita di professionisti dedicati al territorio.

Per questo motivo, la nostra Società Scientifica **ritiene indispensabile proporre l'introduzione**, all'interno del corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, a partire dal terzo anno, di **un insegnamento specifico di Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie**, dotato di un proprio settore scientifico disciplinare (SSD). Tale insegnamento consentirebbe agli studenti di conoscere sin dai primi anni la realtà del territorio, sviluppare competenze e sensibilità per la presa in carico globale e maturare scelte professionali più consapevoli. Al tempo stesso, rappresenterebbe il presupposto necessario per formare la futura classe dirigente di ricercatori e docenti universitari, capace di consolidare e sviluppare ulteriormente la disciplina in ambito accademico e scientifico.

Questa premessa si colloca come cornice culturale al presente documento, che intende valorizzare la figura dello specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie e delinearne compiti, competenze e ruolo strategico nel sistema sanitario.

Il monitoraggio dell'attuazione del DM 77/2022[1], riferito al primo semestre 2025, restituisce l'immagine di un'Italia che avanza a due velocità diverse nel rinnovamento dell'assistenza territoriale. Regioni come Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana stanno procedendo con una buona aderenza agli standard previsti, mentre molte aree del Sud e delle Isole si trovano ancora in una fase iniziale o in forte ritardo. Le Case della Comunità, elemento centrale della riforma, vedono una realizzazione parziale: su oltre 1700 strutture previste, poco più di un terzo risulta effettivamente operativo con almeno un servizio attivo, e una percentuale ancora inferiore risponde pienamente agli standard qualitativi richiesti dal DM 77. Più avanzato, invece, risulta il quadro delle Centrali Operative Territoriali, che hanno superato il target comunitario stabilito dal PNRR, specialmente in regioni come Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio. Gli Ospedali di Comunità mostrano una situazione più critica, con significative disparità territoriali, in particolare al Sud. Sul fronte dei servizi domiciliari, l'Assistenza Domiciliare Integrata raggiunge una copertura elevata in quasi tutte le Regioni, ma restano differenze importanti nella qualità e nella disponibilità di alcuni servizi accessori, come l'assistenza specialistica o la fornitura di dispositivi. La presa in carico di pazienti fragili in contesti di complessità clinico-assistenziale e organizzativa viene supportata dalla nascita delle Unità di Continuità Assistenziale. Le cure palliative domiciliari, altro asse portante della medicina di prossimità, mostrano una buona diffusione in alcune realtà come Emilia-Romagna e Veneto, ma ancora troppi limiti in regioni come Sicilia, Calabria e Molise.

La difficoltà di completare la rete territoriale nei tempi previsti appare legata a vari fattori: i ritardi nell'utilizzo delle risorse PNRR, la carenza di personale adeguatamente formato, l'assenza in molte Regioni di modelli organizzativi realmente integrati. Se non si interverrà in maniera decisa, il rischio è quello di ampliare le disuguaglianze territoriali, tradendo lo spirito di equità e universalità che anima il Servizio Sanitario Nazionale.

Serve ora un impegno concreto per accelerare l'attuazione delle reti territoriali, investendo nella formazione, nel reclutamento e nell'integrazione professionale, per trasformare davvero i principi del DM77 in una realtà accessibile e tangibile per tutti i cittadini. Siamo in un momento storico critico: il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sta affrontando una grave carenza di medici e soprattutto un utilizzo non adeguato delle risorse con frammentazione ultra specialistica. In tale contesto, appare doveroso ottimizzare l'impiego di tutte le risorse professionali disponibili e valorizzare nella programmazione le figure competenti, come gli specialisti in MCCP. Questo documento descrive i differenti ruoli organizzativi e clinici nei quali operano tali professionisti all'interno del SSN, descrivendone i vari inquadramenti giuridico-contrattuali, le relazioni funzionali all'interno dell'organigramma aziendale e le principali mansioni ricoperte.

[1] Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)

Il contesto culturale e normativo

La Primary Health Care (PHC) è considerata il perno per affrontare le sfide socio-sanitarie imposte dalla transizione demografica, epidemiologica e sociale. Nell'attuale contesto internazionale è in atto un cambiamento culturale profondo che mira a passare da un modello di salute centrato sull'ospedale a un approccio basato sulla Primary Health Care.
Questo cambio di paradigma è descritto emblematicamente dalla dichiarazione di Alma Ata nel 1978, che riconosceva la salute come diritto umano universale e che definiva la PHC come "parte integrante del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale […] rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro"[2]. Inoltre, la dichiarazione chiedeva un accesso universale ed equo ai servizi sanitari essenziali; sottolineava l'importanza della partecipazione della comunità e del coinvolgimento attivo degli individui nella creazione di sistemi sanitari; evidenziava l'importanza dell'educazione sanitaria e della prevenzione delle malattie.
In quello stesso anno, in Italia, nasceva il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) i cui principi fondanti come universalità, uguaglianza, equità e solidarietà erano in perfetta sintonia con i principi della dichiarazione di Alma Ata e rappresentano tuttora un patrimonio socio-culturale da preservare, in linea con l'art.32 della nostra costituzione.

[2] Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 6-12 settembre 1978. La dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria. Alma Ata, URSS, 1978.

Tuttavia, nei decenni successivi i progressi a livello mondiale non furono uniformi, e, pertanto, nel 2008, l'OMS ha rilasciato un nuovo documento dal titolo "Primary Health Care: Now More Than Ever" riaffermando i valori della dichiarazione di Alma Ata e ribadendo l'importanza e la centralità delle Cure Primarie, anche come risposta alle sfide della contemporaneità e all'aumentare delle disuguaglianze nell'accesso alle risorse sanitarie[3]. Vi sono, infatti, numerose evidenze che mostrano come la medicina generale, praticata al pieno delle sue competenze costitutive e integrata in un sistema di cure primarie di qualità, abbia un impatto significativo sulla salute della collettività [4] e sul risparmio di risorse pubbliche[5].

Pertanto, la Medicina Generale/Medicina di Famiglia a livello internazionale è stata riconosciuta come una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie[6]. La sua diffusione a livello accademico è ritenuta fondamentale per rispondere al meglio alle sfide sanitarie globali[7].

---

[3] Macinko J. et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, Doi: 10.1111/1475677300149, 2003

[4] Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly, DOI: 10.1111/1468000900409, 2005; De Maeseneer et al. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment, BJGP, 2008 DOI 10.3399/bjgp08X263721.

[5] WONCA Europe, Definizione Europea della Medicina Generale, 2011. https://www.woncaeurope.org/file/27674b39-8f00-4577-b7d7-3fa912e93305/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf

[6] Carelli F. EURACT statement on family medicine undergraduate teaching EURACT: European Academy of Teachers in general practice/family medicine. European Journal of General Practice. 20. 10.3109/13814788.2014.946009., 2014

[7] WONCA Europe, Definizione Europea della Medicina Generale, 2023. https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf

In occasione del 40esimo anniversario dalla dichiarazione di Alma Ata, nel 2018 è stata convocata la conferenza di Astana, Kazakistan, che ha declinato in maniera più moderna le risposte alle problematiche portate alla luce nel 1978[8]. Ha sottolineato la necessità di un'assistenza centrata sulle persone, integrata e di qualità, ponendo l'accento su resilienza, sostenibilità e responsabilità. Ha introdotto l'importanza della salute digitale, dell'innovazione e delle pratiche basate sull'evidenza. Ha posto maggiore enfasi sulla copertura sanitaria universale (UHC) e sugli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG). La dichiarazione ha inoltre richiesto un rinnovato impegno politico, finanziamenti adeguati e partnership più forti tra governi, società civile e settore privato per rendere la PHC più reattiva ed efficace nel complesso panorama sanitario globale di oggi.

Nel 2023 anche la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) ha rilasciato un nuovo documento in cui sottolinea la connessione tra PHC e i nuovi approcci alla salute One Health e Planetary Health, riflettendo sulla necessità di azione da parte dei professionisti della PHC per la creazione di un futuro più sostenibile[9].

Nuove opportunità e centralità delle strutture sanitarie territoriali sono fornite dalle tecnologie digitali applicate alla salute e dalla sempre più estesa utilizzazione della telemedicina, per la quale è istituita di recente una piattaforma nazionale gestita da AGENAS con funzioni di televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio/controllo, che permettono una interconnessione tra medici, personale sanitario, cittadini e strutture amministrative. L'implementazione di tali servizi offre ed ancor più offrirà un supporto alla decisione medica e alla continuità assistenziale portando in periferia, nelle case dei cittadini, le possibilità di monitoraggio e cura. Uno spostamento verso le strutture territoriali delle attività a vantaggio soprattutto dei pazienti cronici e fragili o per i quali sia limitata la possibilità di accedere ai servizi socio-sanitari, secondo i principi che hanno ispirato la revisione della organizzazione del sistema del sistema sanitario territoriale come previsto nell'ambito del PNRR Missione 6.

Nello scenario globale precedentemente descritto e in parte a causa della crisi pandemica da Covid-19, l'Italia si è data col DM 77 l'obiettivo di realizzare una nuova rete di assistenza territoriale e rendere attuativo quanto indicato dalla Component 1 Missione 6 (M6C1) del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) (10). La rete di Assistenza Territoriale mira a valorizzare l'Assistenza Sanitaria Primaria (11), intesa nell'accezione più ampia del termine (cure + care + coordination), così come era stata intesa dall' OMS nella Dichiarazione di Alma Ata.

---

[8] Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 25-26 ottobre 2018. Dichiarazione di Astana sull'assistenza primaria. Astana, Kazakistan, 2018.

[9] Windak A, Rochfort A, Jacquet J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. Eur J Gen Pract. 2024 Dec;30(1):2306936. doi: 10.1080/13814788.2024.2306936.

Nel nuovo disegno organizzativo territoriale di prossimità sono definiti alcuni dei presidi socio-sanitari in cui l'assistenza primaria viene erogata: Case della Comunità (CdC), Ospedali di Comunità (OdC), le Unità di Continuità Assistenziale e soprattutto il domicilio del paziente ("casa come primo luogo di cura"), potenziando l'assistenza domiciliare integrata (ADI) anche grazie al supporto della telemedicina. L'ADI rappresenta, pertanto, uno dei nodi della rete assistenziale interconnesso ad altri anche grazie alle Centrali Operative territoriali (COT). La COT, all'interno di un Distretto sociosanitario di circa 100.000 abitanti, ha un ruolo centrale per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi territoriali. Si sta prefigurando una rete territoriale di assistenza sanitaria primaria in cui sociale e sanitario dialogano.

Per questa ragione viene costituito il "punto unico di accesso PUA", che, a nostro avviso, dovrebbe evolvere in PUASS (Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario) includendo quindi anche la dimensione socio-assistenziale. Il PUASS rappresenta la prima porta d'ingresso al SSN dove operatori accolgono il cittadino e forniscono risposte ai bisogni complessi nella loro globalità, secondo il principio di *Comprehensiveness*[10], avvalendosi di metodi e strumenti di lavoro ispirati al modello di approccio bio-psico-sociale[11]. La presa in carico dei bisogni della popolazione è estesa dall'attuazione del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure non urgenti, implementato con lo sviluppo delle Centrali Operative 116117.

Il DM 77 rilancia in modo inequivocabile il valore della Comunità, vera protagonista della nuova riorganizzazione territoriale. La Comunità intesa come una libera aggregazione di individui che, condividendo un territorio, usufruiscono dei servizi socio-sanitari ma, al contempo, influenzano e co-progettano l'erogazione degli stessi in maniera attiva e partecipata. In altre parole, le maglie della rete assistenziale socio-sanitaria si infittiscono grazie alla confluenza di reti formali e informali con l'intento di arrivare anche al cittadino più fragile, più distante dai tradizionali modelli di presa in carico.

A fianco di questa evoluzione, l'organizzazione funzionale dell'assistenza sanitaria primaria ha acquisito nell'ultimo decennio sempre maggiore consistenza, a partire dall'istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie[12] e, più recentemente,

---

[10] Primary Health Care Performance Initiative. Deep Dive – Comprehensiveness. https://improvingphc.org/sites/default/files/Comprehensiveness%20deep%20dive%20-%20v1.1%20-%20last%20updated%203.9.2020.pdf

[11] Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460

[12] Legge 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201

la contrattazione nazionale che ha incardinato la Medicina convenzionata all'interno di tali strutture funzionali, arrivando a disporre di una quota significativa dell'impegno orario dei Medici del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta in attività clinica all'interno delle strutture distrettuali[13]. Non da ultimo, negli Accordi Collettivi Nazionali aumenta il debito informativo dei professionisti verso il SSN.

In conclusione, il sistema dell'assistenza sanitaria primaria sta evolvendo come organizzazione complessa e strutturata. Deve essere in grado di elaborare dati integrati per erogare salute in una prospettiva di medicina di popolazione e di stratificazione del rischio. Deve rispondere ai bisogni dei cittadini garantendo la presa in carico e l'erogazione delle prestazioni rispondenti a un Progetto di Salute il più possibile individualizzato. In quanto organizzazione complessa, deve essere in grado di raccogliere ed elaborare dati sul proprio funzionamento e avere la possibilità di governare il cambiamento per il miglioramento della qualità, con la finalità ultima di garantire la piena erogazione dei LEA in modo omogeneo ed equo sul territorio di competenza.

[13] Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, Accordo Collettivo Nazionale. Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni https://www.sisac.info/anteprimaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=20240408092317568

L'evoluzione del Medico di Comunità e delle Cure Primarie

Nel 1982 il profilo del Medico di Comunità viene presentato all'ultimo congresso dei medici condotti ad Acireale: un medico "che nella sua attività professionale sapesse adottare una visione globale dei problemi dei suoi assistiti e tenesse conto che le persone da lui assistite fanno sempre parte in qualche modo di una famiglia - la comunità base - ma che, nello stesso tempo, le stesse persone nella società moderna fanno parte anche di altre comunità (…) con ognuna delle quali egli interagisce e ne subisce le influenze, dalle quali dipende in parte la sua salute, globalmente considerata"[14].

Nel 1996 partendo dal profilo presentato ad Acireale nel 1982 alcuni illuminati attivisti, tra cui il Professor Paccagnella, portarono l'assistenza sanitaria all'interno dell'Università istituendo l'attuale scuola di specializzazione in Medicina di Comunità. L'obiettivo era quello di formare una figura professionale per il territorio del tutto peculiare ma di fondamentale importanza per il suo approccio olistico.

Paradossalmente, nel susseguirsi di dichiarazioni internazionali e in controtendenza rispetto ai principali Paesi europei, l'affermazione di questa innovativa figura professionale - fondata su un percorso formativo accademico - ha visto scarso interesse in Italia per molti anni. Solo negli ultimi dieci anni si sono visti sviluppi significativi, ma non ancora completi. La scuola di specializzazione in Medicina di Comunità, incardinata nell'Area dei Servizi, è stata poi riorganizzata col Decreto Interministeriale 68/2015[15] nella Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, incardinata nell'Area Medica e avente come ambiti di competenza la Medicina Clinica Generale e l'Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base. Un successivo atto normativo[16] ha riconosciuto l'equipollenza tra disciplina di MCPP e cure palliative. Anche la programmazione delle borse di studio di specializzazione in tale scuola ha visto un netto incremento negli ultimi cinque anni, anche se l'assegnazione di tali borse è stata per ora inefficace. Questa bassa efficacia è ben motivata dalla scarsa attrattività della professione dovuta a poca chiarezza nelle prospettive di inquadramento, mansioni e carriera che può offrire nel contesto attuale di riforma dell'assistenza sanitaria primaria.

---

[14] AA. VV.. 56º Congresso Nazionale ANMC, Acireale 19-24 settembre 1982, "Il profilo professionale del Medico di Comunità" - Centro Nazionale tecnico organizzativo e di ricerca per la formazione continua - Roma

[15] Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Decreto 4 febbraio 2015. Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria. GU Serie Generale n.126 del 03-06-2015 - Suppl. Ordinario n. 25.

[16] Ministero della Salute, Decreto 11 agosto 2020, Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni, recante «Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» - Area psicologica e medicina di comunita' e delle cure primarie. GU Serie Generale n.216 del 31-08-2020

Se da una parte il DM 77 definisce chiaramente i “contenitori” (strutture, fisiche e virtuali) in cui l’assistenza viene erogata anche dal Medico di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, risulta meno definito il “contenuto”, ovvero l’inquadramento del professionista e la relazione funzionale all’interno della nuova rete territoriale. Nella descrizione funzionale dell’équipe multiprofessionale offerta dal DM 77, Il Medico di Comunità e Cure Primarie occupa il primo ruolo insieme a MMG, PLS e Medici dei Servizi (vedi estratto della tabella 1 DM 77 sottostante).

Tabella 1. Attribuzioni funzionali di MMG, PLS, Medico di Medicina di Comunità, Medici dei Servizi, Infermiere e Specialista, come descritto nella Tabella 1 del *DM 77/2022 , nella forma pubblicata in Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.144, pag. 18*	
MMG e PLS e **Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi**	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo.

Nel quadro della riorganizzazione delle cure primarie il ruolo di Medico di Medicina Generale è evoluto nel Medico di Assistenza Primaria (MAP), termine che comprende anche la Continuità Assistenziale (CA).

Il MAP si caratterizza per l’integrazione delle tre dimensioni:

- Care (presa in carico globale e continua del paziente)
- Cure (gestione clinica)
- Coordination (coordinamento multidisciplinare delle risorse sanitarie e sociali)

In questo senso, il MAP è chiamato non solo a curare, ma anche a prendersi cura e a coordinare l'intervento di altri professionisti e servizi, all'interno della rete territoriale.

Analogamente, lo specialista in MCCP possiede competenze estese alla gestione clinica complessa e alla integrazione organizzativa dei percorsi assistenziali, ma con alcune differenze sostanziali:

- Il MCCP ha una formazione specialistica post-laurea mirata alla clinica (già intesa come assistenza sanitaria primaria - decreto MURST 1996) , ma anche all'organizzazione dei servizi e alla programmazione sanitaria di base.
- Il MAP, pur evolvendo rispetto al vecchio MMG, manca di una formazione specialistica codificata e strutturata a differenza dello specialista MCCP.
- La prospettiva del MCCP è più sistemica e comunitaria, mentre il MAP, pur ampliando il proprio ruolo, rimane principalmente ancorato alla relazione diretta medico-paziente.

Pertanto, pur riconoscendo l'importanza dell'evoluzione del ruolo del MMG/MAP, è imprescindibile valorizzare il contributo degli specialisti in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP), il cui apporto rappresenta un elemento determinante per la costruzione di un sistema di cure primarie moderno, efficiente e resiliente e che genera valore. La loro duplice connotazione clinico-gestionale, unita a competenze specifiche nella presa in carico delle fragilità, costituisce il tratto distintivo di questa figura professionale, rendendola irrinunciabile qualunque modello organizzativo si intenda adottare.

In questo scenario, emerge con forza la necessità di riconoscere lo specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie come una risorsa strategica, dotata al tempo stesso di solide competenze cliniche per la costruzione del progetto di salute del paziente e di capacità organizzativa per il governo dei processi clinico-assistenziali..

Di seguito verranno espresse in maniera più approfondita le caratteristiche della formazione del Medico di Comunità e delle Cure Primarie che rendono tale profilo ideale per il ruolo di referente clinico per il progetto del paziente all’interno delle UCCP.

La formazione del medico di Comunità e delle Cure Primarie in reti integrate Università - SSN

La Medicina di Comunità e delle Cure Primarie è una disciplina specialistica di ***Area Medica***, inserita nella ***classe della Medicina Clinica Generale e Specialistica*** (al pari di Pediatria, Medicina Interna, Geriatria, etc.), che forma specialisti idonei a svolgere attività di medicina clinica generale, cure palliative e attività di organizzazione dei servizi sanitari di base/servizi territoriali.
La rete formativa in cui lo specialista matura le sue competenze è una rete formativa integrata Università-SSN che comprende oltre ai reparti ospedalieri anche gli ambulatori dei MMG e i PLS, i le strutture del Dipartimento di Cure Primarie e dei Distretti Socio-Sanitari.

Il DIM 68/2015 afferma che *"lo Specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie deve avere maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nei campi della diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie acute e croniche con particolare riferimento al contesto della rete di cure primarie. In particolare, lo specialista deve avere sviluppato conoscenze e competenze professionali specifiche della valutazione multidimensionale dei bisogni di salute, della formulazione di piani assistenziali integrati e della stesura di percorsi assistenziali che consentano di garantire la continuità assistenziale tra diversi ambiti di cura, ospedalieri, territoriali e domiciliari e tra diversi servizi e competenze professionali. Sono specifici ambiti di competenza professionale le cure primarie, la medicina generale, la gestione e direzione dei servizi territoriali quali distretti, Servizi/Unità di Cure Primarie e di Medicina di Comunità, case della salute, cure palliative territoriali, strutture residenziali intermedie non ospedaliere, etc. Lo specialista in Medicina di Comunità acquisisce anche specifiche competenze ed esperienze negli interventi di: promozione della salute e prevenzione con approccio comunitario; presa in carico delle persone con patologie croniche e/o disabilitanti in tutte le fasi della malattia comprese le terminali; reinserimento comunitario delle persone con disabilità; organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari territoriali e dei percorsi assistenziali ospedalieri-territoriali.*

Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie è quindi uno specialista formato per lavorare in équipe multi-interprofessionali, che cura e si prende cura della persona così come indicato nei principi *Primary Health Care*[7]. L'approccio bio-psico-sociale utilizzato dal Medico di Comunità e delle Cure Primarie per la presa in carico dell'assistito è esplicato attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni di salute della persona e del contesto ambientale e relazionale in cui essa vive, da cui scaturisce la redazione del PAI (piano assistenziale individuale). Lo Specialista in MCCP si occupa al contempo della salute del singolo e della comunità operando sia con ruoli clinici che organizzativi, secondo il concetto che un'efficace assistenza clinica non può prescindere da un buon contesto organizzativo e una valida programmazione. Inoltre, lo specialista in MCCP valuta lo stato di salute della comunità attraverso la stratificazione del rischio e il profilo epidemiologico della

popolazione di riferimento. Egli contribuisce con specifici progetti di comunità (Community Building) a indirizzare i servizi sui bisogni della popolazione individuati (promozione della salute; educazione sanitaria; prevenzione e diagnosi precoce; presa in carico e gestione del paziente mediante erogazione di interventi personalizzati; valutazione della qualita' delle cure erogate).

Al fine di garantire una formazione uniforme, efficace e chiaramente definita sul territorio nazionale, risulta necessario individuare un Core Curriculum condiviso che definisca in modo sistematico le competenze attese dallo Specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie al termine del percorso formativo.

Il Core Curriculum dello Specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie

Il seguente Core Curriculum nasce dall'elaborazione collettiva della SIMCCP, integrando le linee guida e i riferimenti normativi vigenti, i regolamenti delle Scuole di Specializzazione e le esperienze formative maturate sul territorio nazionale. Si propone come standard di riferimento nazionale e strumento di orientamento per la progettazione e la valutazione dei percorsi formativi specialistici MCCP, definendo le competenze in uscita e promuovendo una figura professionale in grado di rispondere in modo competente, critico e integrato ai bisogni della popolazione e del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo Specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie è un medico che opera con responsabilità clinica, organizzativa, educativa e comunitaria nell'ambito dei servizi territoriali, delle cure primarie e delle reti di continuità assistenziale, sviluppando competenze interdisciplinari trasversali e relazionali, fondate su un approccio bio-psico-sociale e orientato alla giustizia sociale.
Secondo i vigenti piani formativi delle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, questa formazione è garantita da un percorso di quattro anni. Nello specifico la scuola di specializzazione prevede un anno e mezzo circa di frequenza in strutture ospedaliere (nei reparti per acuti, lungodegenze, emergenza-urgenza, rete di cure palliative/terapia del dolore e negli ambulatori specialistici) e due anni e mezzo circa di tirocini nei servizi territoriali (Casa della Comunità, Ospedale di Comunità, ambulatorio MMG/PLS, Cure Palliative territoriali, Direzione di Distretto e Dipartimento/UOC di Cure Primarie, altri servizi territoriali sulla base della specificità di ogni contesto formativo).

Le competenze del Medico specialista in MCCP sono suddivise in sei macro-aree:

Area 1 – Medicina clinica Generala nell'ambito delle Cure Primarie ed intermedie

- Diagnosi e gestione clinica di patologie acute e croniche nei diversi setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, strutture intermedie OdC, RSA, hospice;

- Presa in carico integrata e multidimensionale del paziente, con la gestione di multimorbilità, fragilità e disabilità;
- Continuità assistenziale, transizione fra i setting e dimissioni protette;
- Gestione del dolore e cure palliative;
- Valutazione multidimensionale, redazione e gestione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Area 2 – Integrazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociali

- Costruzione e gestione di percorsi assistenziali complessi;
- Coordinamento dell'equipe multiprofessionale;
- Collaborazione con i MMG, PLS, medici specialisti d'organo e medici specialisti in medicina interna, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi, farmacisti territoriali e ospedalieri, educatori professionali;
- Partecipazione e conduzione di UVM, UVMD e tavoli integrati;
- Promozione della governance territoriale (CdC, COT, ecc).

Area 3 – Promozione della salute, prevenzione e approccio comunitario

- Progettazione, sviluppo e attuazione di interventi di medicina d'iniziativa e salute pubblica verso adulti e bambini;
- Analisi dei bisogni di salute e determinanti sociali;
- Programmazione e realizzazione di attività di educazione sanitaria e prevenzione;
- Capacità di coinvolgimento della comunità e di sviluppo di progettualità finalizzate all'empowerment della popolazione e promozione della salute anche attraverso la progettazione di interventi di community building;
- Collaborazione con enti locali, scuole e istituti, terzo settore;
- Promozione dell'equità e contrasto alle disuguaglianze.

Area 4 – Competenze organizzative e di governo clinico

- Organizzazione e gestione di servizi territoriali e Cure Primarie (distretto, dipartimento di cure primarie, Case della Comunità, COT, Ospedali di Comunità, ecc.);
- Monitoraggio e valutazione della qualità e dell'appropriatezza dei servizi sanitari territoriali:
    - ➔ Qualità e sicurezza: audit clinico, PDTA, KPI;
    - ➔ Appropriatezza prescrittiva, farmacovigilanza (ivi compresa la stewardship antibiotica), note AIFA;
- Utilizzo di strumenti informatici e gestione dei flussi informativi;
- Partecipazione all'accreditamento dei servizi territoriali e alla programmazione sanitaria.

Area 5 – Formazione, ricerca e innovazione

- Partecipazione attiva a programmi di formazione e aggiornamento continuo;
- Programmazione di attività di formazione rivolta a operatori e alla comunità;
- Introduzione e validazione di innovazioni tecnologiche e organizzative (telemedicina, ecc.);
- Partecipazione alla ricerca applicata ai servizi sanitari, alle cure primarie e alla medicina generale;
- Valutazione critica della letteratura scientifica e uso della medicina basata sull'evidenza.
- Comprensione delle basi biostatistiche della ricerca clinica ed epidemiologica.

Area 6 – Competenze trasversali e relazionali

- Comunicazione efficace con pazienti, caregiver, equipe;
- Strategie di empowerment collettivo;
- Lavoro di gruppo, leadership e gestione dei conflitti;
- Attenzione alla dimensione etica, culturale, spirituale della cura;
- Approccio interculturale e capacità di adattamento in contesti complessi;
- Promozione di una cultura della sostenibilità in sanità e attenzione agli impatti ambientali e sociali delle scelte clinico-organizzative;
- Applicazione dell'approccio One Health e Planetary Health nelle strategie di cura e prevenzione.

Tabella 2. Matrice delle competenze per anno di corso				
Area di Competenza	**1° Anno**	**2° Anno**	**3° Anno**	**4° Anno**
Medicina clinica Generale nell'ambito delle Cure Primarie e Intermedie	Assistenza ospedaliera acuti e lungodegenze; introduzione cure palliative	Assistenza ambulatoriale specialistica e Percorsi Integrati per la Prevenzione e cura delle patologie croniche in età adulta; Medicina Generale nelle cure primarie (MMG) e Pediatria di Libera Scelta; Cure domiciliari e palliative	Medicina Generale nelle cure primarie (MMG) e intermedie (ospedale di comunità) Gestione integrata pazienti complessi, PDTA specialistici e delle complessità-internistiche , continuità ospedale - territorio; Cure Palliative e terapia del dolore. Pediatria di Comunità	Autonomia clinica territoriale, gestione completa casi complessi
Integrazione e coordinamento dei servizi sanitari	Introduzione rete territoriale e interdisciplinarità	Partecipazione equipe multiprofessionali territoriali	Coordinamento UVM, UVMD e gestione di percorsi complessi	Gestione autonoma governance territoriale
Promozione della salute, prevenzione e approccio comunitario	Conoscenza determinanti salute, c-PHC e modello bio-psico-sociale	Medicina d'iniziativa, programmi educativi e prevenzione secondaria	Progettazione interventi comunitari e di salute pubblica	Autonomia in progetti complessi di community building
Competenze organizzative e di governo clinico	Introduzione strumenti qualità e sicurezza clinica Gestione informatizzata dei dati clinici ed epidemiologici	Partecipazione audit clinici, monitoraggio indicatori qualità	Coinvolgimento diretto in processi di accreditamento e governance clinica	Autonomia organizzativa, gestione e valutazione servizi territoriali
Formazione, ricerca e innovazione	Formazione teorica introduttiva	Collaborazione ricerca, partecipazione corsi ECM e seminari	Progettazione e partecipazione attiva attività didattiche e ricerca	Gestione autonoma progetti formativi e ricerca applicata

Contenuti formativi essenziali per area disciplinare

Si elencano, in forma sintetica ma sistematica, le conoscenze da acquisire e gli argomenti essenziali da affrontare nel percorso formativo dello Specialista in MCCP.

1. Area della Medicina Clinica Generale nelle Cure Primarie e intermedie

- Gestione delle principali cronicità: diabete mellito tipo 2, broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, insufficienza cardiaca , ipertensione arteriosa, malattia renale cronica, malattie epato-gastroenterologiche, osteoartrosi, depressione, demenze, etc.
- Patologie acute e subacute in medicina generale (ritenzione urinaria acuta,infezione delle vie urinarie, cefalea, lombalgia, etc.);
- Gestione clinica della fragilità e della disabilità.
- Terapia del dolore e cure palliative di base;
- Principi di farmacologia di base, note AIFA, interazioni, riconciliazione terapeutica e contrasto a all'antibiotico resistenza;
- Gestione della politerapia e deprescribing;
- Vaccinazioni (anagrafe vaccinale, raccomandazioni, strategie);
- Competenza nell'utilizzare strumenti clinici di base: Ecografia, elettrocardiogramma, emogasanalisi, spirometria, test funzionali, ecc.
- Valutazione multidimensionale e uso della Classificazione internazionale per la salute, la disabilità e il funzionamento (ICF);

2. Area organizzativo-gestionale

- Assetto organizzativo del SSN: Distretto, Dipartimento Cure Primarie, Casa della Comunità, centrale operativa territoriale, Ospedale di Comunità, Punto Unico di Accesso;
- Gestione del piano assistenziale individuale e del fascicolo sanitario elettronico;
- Flussi informativi e sistemi di monitoraggio (es. ADI);
- Qualità e sicurezza: audit clinici, PDTA, indicatori;
- Appropriatezza e governo clinico;
- Accreditamento dei servizi territoriali;

3. Area della prevenzione e promozione della salute

- Prevenzione primaria e screening (HIV, HCV, oncologici, etc.);
- Educazione sanitaria e counselling;
- Determinanti sociali di salute, salute globale, promozione dell'equità;
- Attività nelle scuole, comunità, contesti fragili;
- Progettazione e gestione di interventi di community building;

- Collaborazione con il Terzo Settore e stakeholder locali;

4. Area della salute mentale e sociale

- Conoscenza dei servizi (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Servizio Dipendenze Patologiche, consultori, etc.);
- Approccio integrato alle vulnerabilità: povertà, marginalità, migrazione;
- Valutazione e gestione dei bisogni sociali e sociosanitari;
- Rete e strumenti per l'inclusione socio-assistenziale;

5. Area della formazione, ricerca e innovazione

- Medicina basata sulle evidenze, lettura critica della letteratura;
- Partecipazione a progetti di ricerca nelle cure primarie;
- Strumenti per la formazione tra pari e la didattica nei contesti sanitari;
- Innovazione organizzativa ;
- Partecipazione all'innovazione tecnologica (telemedicina e medicina digitale).

6. Competenze trasversali

- Comunicazione medico-paziente, colloquio motivazionale.
- Etica, responsabilità professionale, salute globale.
- Interdisciplinarietà e gestione dei conflitti.
- Approccio interculturale.
- Approccio One Health e sostenibilità ambientale nei servizi sanitari.

Ruoli, mansioni e inquadramento contrattuale del Medico di Comunità e delle Cure Primarie

Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie può operare con la sua attività su più livelli di assistenza sanitaria distrettuale (rete delle cure primarie, rete delle cure intermedie, rete delle cure palliative di base e specialistiche); idealmente all'inizio della propria carriera lavorativa potrebbe operare con ruoli prevalentemente clinici ed in parte organizzativi a livello delle Case della Comunità (ad esempio nell'ambulatorio di cure primarie) e/o Ospedali di Comunità, della rete delle cure palliative e altri ambulatori distrettuali (ambulatori della cronicità); successivamente con l'avanzamento della sua carriera professionale e con l'acquisizione di una più solida esperienza sul campo potrà ricoprire ruoli organizzativi di maggior responsabilità (coordinatore di AFT, direzione UCCP) all'interno dei dipartimenti di Cure Primarie o Distretti, così come avviene per i dirigenti medici che lavorano nelle Unità Operative ospedaliere.

Tali attività possono essere svolte dallo specialista in MCCP preferibilmente con contratto da dirigente medico (dipendente) oppure con rapporto di lavoro in convenzione mediante la specialistica ambulatoriale (SAI). Si ricorda infatti come l'assistenza medico-generica possa essere erogata anche da medici dipendenti del SSN, oltre che convenzionati (L. 833/1978 art.25).
Per quanto riguarda i contratti di dirigenza medica al momento sono disponibili per il MCCP le discipline concorsuali di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e di Cure Palliative. E'in alcuni casi possibile inoltre l'utilizzo della classe di concorso in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie. La SIMCCP auspica vivamente che venga attivata anche la disciplina concorsuale per ruoli dirigenziali clinici nell'assistenza sanitaria primaria.

Per quanto riguarda il contratto in convenzione secondo l'ACN degli specialisti ambulatoriali, il medico specialista in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie può iscriversi nelle graduatorie per le tre seguenti branche: *Medicina di Comunità, Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base e Cure Palliative*.

Tabella 3. Inquadramento contrattuale del MCCP all'interno del Servizio Sanitario Nazionale		
	Branche SAI secondo ACN vigente	**Compiti professionali**
Specializzazione in Medicina di Comunità o Medicina di Comunità e delle Cure Primarie	*Medicina di Comunità*	Ruoli clinici per le cure primarie
	Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base	Ruoli organizzativi delle cure primarie, gestione della rete di assistenza di base
	Cure Palliative	Ruoli clinici nella rete delle cure palliative specialistiche

Dal punto di vista accademico, l'ambito delle cure primarie non gode di un settore scientifico disciplinare indipendente. La formazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie è attualmente incardinata nei SSD di Igiene e Sanità Pubblica (MED-42), Medicina Interna (MED-09) e Pediatria (MED-38).

Ruolo Clinico

Lo specialista in MCCP può trovare collocazione nell'Unità Complessa di Cure Primarie (Case della Comunità) e, in particolare, nell'Ambulatorio di Cure Primarie e nell'ambulatorio di Cronicità distrettuale, dove svolge attività cliniche di presa in carico e monitoraggio di pazienti con patologie croniche e infettive, grazie a strumenti di diagnostica di primo livello, in sinergia con il personale dell'équipe. Ha competenze specifiche per l'erogazione di prestazioni mediche in urgenza di bassa intensità all'interno delle strutture territoriali preposte a tali attività, con l'obiettivo di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso evitabili e assicurare continuità di cure. Inoltre, può esercitare l'attività di medico palliativista in tutti i nodi della Rete Locale di Cure Palliative. Ed ancora, nell'ambito delle Cure Intermedie (Ospedale di Comunità), è responsabile della presa in carico delle cure dei degenti, in cooperazione con le varie figure professionali coinvolte.

Di seguito sono dettagliati i vari ruoli clinici che lo specialista in MCCP può svolgere:

1. **Nell'Unità Complessa di Cure Primarie (Case della Comunità Hub):**

   - **Ambulatorio di Cure Primarie distrettuale (7 per ogni CdC HUB H24, 7 giorni su 7; 3 per ogni CdC spoke h12 6 giorni su 7).**
     Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie svolge attività clinica di diagnosi, cura e riabilitazione delle principali patologie acute e croniche anche avvalendosi della diagnostica di primo livello (ad es. ecografia, ECG, spirometria, etc.), lavorando in team con il personale infermieristico (compreso l'infermiere di famiglia e di comunità) e le altre figure dell'équipe multiprofessionale. Lo Specialista in MCCP opera la presa in carico dell'assistito attraverso l'approccio bio-psico-sociale, secondo i metodi e gli strumenti definiti dall'OMS, indagando gli aspetti clinico-fisici, sociali e psicologico-motivazionali che impattano sulla salute globale dell'individuo, con il supporto delle altre figure dell'équipe multiprofessionale (infermiere domiciliare, psicologo, assistente sociale, etc.). Il MCCP è in grado di redigere piani assistenziali individuali (PAI) e partecipare all'Unità Valutativa Multidimensionale distrettuale (UVMD) e dei servizi territoriali/ospedalieri idonei (es. assistenza domiciliare infermieristica) come responsabile clinico dell'assistito.
     L'attività di medicina clinica generale presso le case della comunità Hub, potrà giocare un ruolo determinante nell'ampliare l'offerta dei servizi di cure primarie degli ambulatori territoriali spoke dei MMG convenzionati e potenziare il ruolo di gatekeeping tipico dell'assistenza primaria italiana.
     Il valore aggiunto è la possibilità di formare un Team Stabile con sviluppo di carriera in questo ruolo e non un mero spazio opportunistico in attesa di nuova collocazione come accade per l'ex continuità assistenziale.

- **Ambulatorio della Cronicità Distrettuale (1 per ogni CdC HUB)**
  Lo Specialista in MCCP svolge attività cliniche di presa in carico e monitoraggio di pazienti con patologie croniche (insufficienza cardiaca, diabete mellito, BPCO, malattia renale cronica etc.) anche avvalendosi della diagnostica di primo livello (es. ecografia, ECG, spirometria, etc.), in sinergia e con il supporto dell'infermiere di famiglia e di comunità. Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie si avvale di interventi di medicina di iniziativa, adottando i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) definiti a livello aziendale e offrendo ai pazienti la massima facilitazione nell'accesso ai servizi. Questa attività è direttamente collegata all'ambulatorio di Cure Primarie distrettuale e si occupa di affrontare la patologia cronica non solo in termini clinici, ma anche indagando aspetti psicologico-motivazionali (aderenza terapeutica, adattamento ambientale, etc.) e sociali (valutazione di idoneità del domicilio, presenza di caregiver adeguato, disponibilità economica, etc.).

- **Ambulatorio di Cure Palliative (1 per ogni CdC HUB) o Hospice**
  Il Medico di Comunità e Cure Primarie può esercitare l'attività di medico palliativista in tutti i nodi della Rete Locale di Cure Palliative: negli ambulatori di Cure Palliative distrettuali, negli Hospice territoriali e fornendo consulenza di cure palliative per i reparti ospedalieri e gli ospedali di comunità. L'attività di cure palliative si organizza in sinergia con l'infermiere referente per le cure palliative distrettuali e comporta attività clinica svolta a domicilio del paziente e a livello ambulatoriale. La formazione di un pool di medici di cure primarie dedicati alle cure palliative può risultare strategica per consolidare la buona pratica clinica e fornire assistenza certa ai cittadini afflitti da una patologia cronica o terminale.

- **Unità di Continuità Assistenziale (1 per ogni CdC HUB)**
  Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie ha competenze specifiche per l'erogazione di prestazioni mediche in urgenza di bassa intensità all'interno delle strutture territoriali preposte a tali attività , con l'obiettivo di ridurre gli accessi in Pronto Soccorso evitabili e assicurare continuità di cure specialmente ai malati affetti da patologia cronica, prevenendo l'ospedalizzazione. Assicura la continuità assistenziale alla dimissione e l'identificazione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali appropriati.
  Questa funzione può essere integrata anche in declinazioni organizzative specifiche regionali, come i Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) della Regione Emilia-Romagna[17].

[17] Regione Emilia-Romagna, DGR 17 luglio 2023, n. 1206. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la realizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia Romagna.

- **Ambulatorio di Pediatria di Comunità (1 per ogni CdC HUB)**
  Lo Specialista in MCCP svolge attività cliniche di prevenzione, compresa la prevenzione vaccinale, nei confronti dei minori. Effettua interventi di promozione della salute e prevenzione in favore di minori nella comunità. Partecipa all'attuazione del PAI per pazienti pediatrici affetti da malattia cronica. Cura la transizione assistenziale extraospedaliera dei pazienti complessi nel momento del passaggio al sistema di cure dell'adulto, specialmente nei contesti e per le malattie prive di percorsi di transizione intraospedaliero tra lo specialista d'organo in ambito pediatrico e lo specialista in Medicina interna.

- **Ambulatorio Vaccinale per adulti:**
  Lo specialista MCCP è responsabile dell'attività di counselling per promuovere l'adesione consapevole alle campagne vaccinali contribuendo così alla tutela della salute individuale e comunitaria. Inoltre, assicura la valutazione clinica preliminare dell'utente, l'individuazione di eventuali controindicazioni e la gestione delle reazioni avverse immediate.

2. **Nelle Cure Intermedie (Ospedale di Comunità):**
   Lo Specialista in MCCP diventa responsabile terapeutico per l'attività clinica verso i degenti presso l'Ospedale di Comunità, in cooperazione con le varie figure professionali coinvolte. In questo ruolo, il MCCP valuta la stabilità clinica dei pazienti in ingresso dall'ospedale e garantisce la continuità assistenziale tra i diversi setting di cura. Il MCCP diventa in modo integrato membro dell'Equipe Territoriale per la valutazione di idoneità al ricovero in Ospedale di Comunità per quei pazienti che si trovano sul territorio e che necessitano di assistenza e monitoraggio non possibile al domicilio. Si interfaccia con lo specialista in medicina interna dei reparti ospedalieri per i pazienti complessi multimorbidi e con gli specialisti d'organo di competenza, facilitando il monitoraggio terapeutico, il counselling e l'educazione trrapeutica verso pazienti e caregiver. Definisce e monitora nel PAI le modalità e le tempistiche di follow up sui singoli obiettivi di salute, in accordo con gli specialisti d'organo e di medicina interna, secondo la relativa competenza, e in armonia coi PDTA esistenti.

3. **In Ospedale:**
   Lo Specialista in MCCP ha le competenze necessarie alla funzione di "*hospitalist*", meno diffusa nel nostro Paese. In questa funzione integra le competenze cliniche di gestione dei pazienti ricoverati in ospedale, il *management* della multimorbidità, e le competenze necessarie a comunicare efficacemente con il paziente, la famiglia e il team medico. Il MCCP in questa funzione mantiene un rapporto costante e continuo con lo specialista in medicina interna ospedaliero, il quale ha un ruolo di primo piano nella complessità e nella multimorbidità. La funzione del MCCP in questo contesto è la conduzione di un piano assistenziale individualizzato e globale, a integrazione delle competenze dello specialista in medicina interna e degli specialisti d'organo coinvolti. Facilita così la realizzazione e la trasmissione del PAI nei diversi setting che il paziente complesso si trova ad attraversare.

Ruolo Organizzativo

Lo Specialista in MCCP è referente aziendale (dirigente medico o specialista ambulatoriale) all'interno della rete di comunità e quindi dei servizi territoriali annessi (nodi della rete).
E' specificamente addestrato per ricoprire ruoli di coordinamento e di organizzazione nella rete territoriale. Ha inoltre competenze utili all'attività di analisi dei profili sanitari e di community building, gestione delle dimissioni protette e della Centrale Operativa Territoriale).
Di seguito sono illustrati i principali ruoli clinici che lo specialista in MCCP può svolgere:

- **Responsabile aziendale della Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP, che nella maggioranza dei casi coincide con la casa della comunità HUB)**
  In questo ruolo il MCCP è referente aziendale cure primarie delle aggregazioni funzionali (AFT) della medicina generale, nonché referente aziendale specialistica ambulatoriale delle AFT degli specialisti ambulatoriali interni (SAI).
  Saranno quindi obiettivi specifici del MCCP:
  - ➔ Condividere i principi di governo clinico;
  - ➔ Monitorare e verificare il raggiungimento degli obiettivi;
  - ➔ Monitorare l'appropriatezza prescrittiva (farmacologica, specialistica);
  - ➔ Partecipare agli incontri AFT e UCCP di MMG e SAI;
  - ➔ Supportare i moduli della cronicità (applicazione dei PDTA per le principali patologie croniche) con analisi, valutazione dei vari indicatori di processo e di esito;

- **Responsabile organizzativo dell'Assistenza Domiciliare**
  In questo ruolo, il MCCP dovrà verificare l'appropriatezza di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), essere un punto di riferimento per il servizio infermieristico domiciliare su casi complessi, monitorare e valutare gli indicatori relativi all'ADI.

- **Responsabile/Referente clinico della continuità assistenziale ospedale-territorio**
  In questo ruolo il MCCP dovrà definire, con gli altri professionisti coinvolti, specifici percorsi dedicati alle dimissioni difficili, regolare e monitorare i percorsi di accesso all'ospedale di Comunità e alle cure intermedie e coordinare le UVM. Il MCCP avrà, inoltre, un ruolo nella prescrizione, verifica ed erogazione dell'assistenza protesica. Diventa responsabile medico dell'attività della Centrale Operativa Territoriale (COT). Questa attività è svolta di concerto con MMG, specialisti e lo specialista in medicina interna per i pazienti complessi multimorbidi.

- **Responsabile della promozione della salute nella comunità**
  In questo ruolo il MCCP dovrà:
  - ➔ Analizzare i profili di salute distrettuali della comunità di riferimento prodotti dal centro epidemiologico aziendale;
  - ➔ Collaborare con i MMG, coinvolgere i servizi sociali aziendali e del territorio (Comuni/ATS);
  - ➔ Collaborare con la direzione di Distretto per proporre progetti per la comunità di riferimento in base all'analisi dei bisogni di salute scaturiti dai profili di salute;
  - ➔ Collaborare alla progettazione, stesura e applicazione di progetti di *community building*.

Tabella 4. Inquadramento professionale del MCCP	
Titolo della posizione	***Medico di Comunità (MC)/Medico di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP)***
Struttura di afferenza	Dipartimento di Cure Primarie/Distretto socio-sanitario Case della Comunità (CdC) Ospedali di Comunità (OdC) Hospice Rete Locale Cure Palliative (RLCP) Pediatria di Comunità Ospedale
Area funzionale	**Area Medica**
Inquadramento contrattuale	Dirigenza medica (dipendenza) Specialista ambulatoriale interno – SAI (convenzione)
Requisiti	● Laurea in Medicina e Chirurgia ● Abilitazione professionale ● Iscrizione all'Albo professionale dei Medici Chirurghi ● Specializzazione universitaria in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (DM 68/2015), Specializzazione universitaria in Medicina di Comunità (DM 1.8.2005)
Obiettivi della posizione	Erogare attività Clinica (diagnosi, cura, riabilitazione e cure palliative) ed Organizzativa nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, mediante presa in carico dell'assistito attraverso valutazione multidimensionale (approccio bio-psico-sociale). Organizzare interventi di assistenza primaria domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, integrata al bisogno con la assistenza ospedaliera; Elaborare piani assistenziali personalizzati (PAI) a diversa intensità assistenziale; Lavorare in equipe e coordinare Team interdisciplinari per attuare processi di cura unitari (continuità assistenziale); Dirigere servizi di assistenza primaria nell'ottica della presa in carico globale di individui, famiglie e comunità; gestire i servizi nell'ottica dell'implementazione della qualità; organizzare e coordinare audit clinici, verifiche di efficacia, efficienza e qualità, analisi economiche nella rete dei servizi primari; Attivare la partecipazione di individui, famiglie e comunità nella tutela della salute individuale e collettiva (stesura di progetti di community building);

	Programmare ed effettuare interventi di educazione alla salute per individui, famiglie e comunità ai fini della prevenzione e della promozione della salute (stesura di progetti di community building); Analizzare i dati distrettuali di popolazione per ottimizzare l'organizzazione dei servizi di cure primarie e orientarli sul bisogno di salute della comunità
Standard quantitativi	Almeno 6-7 Medici di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie in ogni CdC Hub (1-2 ogni 40-50.000 abitanti), e 3 in ogni CdC spoke Almeno 2 Medici di Comunità e cure primarie in ogni OdC (3-4 ogni 50-100.000 abitanti) Almeno 1 Medico di Comunità e cure primarie in ogni Rete Locale di Cure Palliative, integrati con altri medici palliativisti.

Tabella 5. Relazioni funzionali del MCCP	
Interne	Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, Medici di Continuità assistenziale Medici dei Servizi territoriali Medici di Distretto Medici del Dipartimento di Sanità pubblica Medico Specialista di Medicina Interna per i pazienti multimorbidi Medico Specialista d'organo Farmacisti Territoriali ed Ospedalieri Infermieri SIAD (SID etc..) Operatori socio -sanitari Assistenti Sociali Psicologi Educatori professionali Altri Professionisti sanitari Direttori di Distretto Direttori di Dipartimento Direzione Generale Aziende ULSS Responsabili UOC/UOS Aziende ULSS Centrale Operativa Territoriale
Esterne	Enti locali Terzo settore (associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale) Direzione generale Aziende Ospedaliere Responsabili UU.OO. Aziende Ospedaliere Area Sanità e Sociale Regione Servizio Epidemiologico Regionale Farmacie Esterne Comunità locale

Conclusioni

La Medicina di Comunità e delle Cure Primarie non rappresenta soltanto una disciplina accademica, ma una vera e propria risorsa strategica per il futuro del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Il Medico di Comunità e delle Cure Primarie, ispirato ai principi della Primary Health Care e agli indirizzi della WONCA, è lo specialista che più di ogni altro incarna i valori fondanti del Servizio Sanitario Nazionale – universalità, equità e solidarietà – traducendoli in pratiche cliniche e organizzative capaci di offrire risposte concrete ai bisogni dei cittadini, in particolare dei più fragili.

Nella fase storica attuale, segnata dalla carenza di professionisti, dalla crescente complessità assistenziale e dall'urgenza di ridurre le disuguaglianze territoriali, la valorizzazione di questa figura è non solo auspicabile, ma necessaria.

Lo specialista MCCP integra competenze cliniche e gestionali, capacità di presa in carico globale e visione sistemica, diventando un punto di riferimento insostituibile per la costruzione di reti territoriali solide, moderne e sostenibili.

In prospettiva, diventa indispensabile immaginare e realizzare una **scuola di specializzazione unica per la formazione del medico territoriale**, che unisca l'attuale percorso di Medicina Generale con quello di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, evolvendo verso una **Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie**. Solo un percorso unitario, accademico e professionalizzante, potrà garantire ai cittadini medici formati con competenze cliniche, organizzative e comunitarie adeguate alle sfide del futuro.

È quindi compito delle istituzioni riconoscerne appieno il ruolo e garantire:

- un adeguato inquadramento giuridico-contrattuale; con percorsi di carriera chiari e attrattivi;
- un numero congruo di borse di specializzazione;
- il pieno inserimento di questi specialisti nelle Case della Comunità, negli Ospedali di Comunità, nelle COT e in tutti i nodi della rete territoriale previsti dal DM 77.

Solo attraverso questo investimento sarà possibile rafforzare il SSN, renderlo capace di affrontare le sfide demografiche ed epidemiologiche del futuro e restituire fiducia ai cittadini. Come ricordato dall'OMS nel documento *Primary Health Care: Now more than ever*, mai come oggi questo impegno è necessario.

La SIMCCP rinnova dunque l'impegno a collaborare con istituzioni, università e professionisti per

promuovere una cultura condivisa della comunità, delle cure primarie e della salute come bene pubblico.

Bibliografia

- AA. VV.. 56º Congresso Nazionale ANMC, Acireale 19-24 settembre 1982, "Il profilo professionale del Medico di Comunità" - Centro Nazionale tecnico organizzativo e di ricerca per la formazione continua - Roma.
- Carelli F. EURACT statement on family medicine undergraduate teaching EURACT: European Academy of Teachers in general practice/family medicine. European Journal of General Practice. 20. 10.3109/13814788.2014.946009., 2014
- Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 6-12 settembre 1978. La dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria. Alma Ata, URSS, 1978.
- Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria 25-26 ottobre 2018. Dichiarazione di Astana sull'assistenza primaria. Astana, Kazakistan, 2018.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460.
- De Maeseneer et al. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment, BJGP, 2008 DOI 10.3399/bjgp08X263721.
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. GU n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201.
- Macinko J. et al. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, Doi: 10.1111/1475677300149, 2003.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Decreto 4 febbraio 2015. Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria. GU Serie Generale n.126 del 03-06-2015 - Suppl. Ordinario n. 25.
- Ministero della Salute, Decreto 11 agosto 2020, Modifica al decreto 30 gennaio 1998 e successive modificazioni, recante «Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale» - Area psicologica e medicina di comunita' e delle cure primarie. GU Serie Generale n.216 del 31-08-2020.
- Ministero della Salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)
- Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, The Milbank Quarterly, DOI: 10.1111/1468000900409, 2005.
- Primary Health Care Performance Initiative. Deep Dive – Comprehensiveness.

https://improvingphc.org/sites/default/files/Comprehensiveness%20deep%20dive%20-%20v1.1%20-%20last%20updated%203.9.2020.pdf
- Regione Emilia-Romagna, DGR 17 luglio 2023, n. 1206. Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la realizzazione della rete dell'Emergenza Urgenza in Emilia Romagna.
- Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati, Accordo Collettivo Nazionale. Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e conversioni.
- Windak A, Rochfort A, Jacquet J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. Eur J Gen Pract. 2024 Dec;30(1):2306936. doi: 10.1080/13814788.2024.2306936.
- WONCA Europe, Definizione Europea della Medicina Generale, 2023. https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf