

I medici delle cure primarie tra ruolo giuridico e futuro professionale

Il futuro è ancora pieno di incognite e il dibattito su quale sia il profilo professionale più adeguato a rispondere ai nuovi bisogni assistenziali della medicina territoriale anima la categoria. Tra tutti spicca la contrapposizione tra chi ritiene indispensabile e chi no che il Mmg diventi a tutti gli effetti dipendente del Ssn. Ne abbiamo parlato con il Vice Presidente della SIICP Antonio Infantino che, a livello personale, è favorevole a tale prospettiva

Anna Sgritto

Visto lo scalpore suscitato dall'articolo: "Quale futuro per i Mmg? La posta in gioco è altissima" (*M.D. Digital n.30*) a firma di **Antonio Infantino** Vice Presidente SIICP, che vede la dipendenza dei Mmg dal Ssn come una necessità ineludibile, abbiamo chiesto all'autore di approfondire la questione.

 **Perché la dipendenza dei Mmg dal Ssn, che lei ritiene necessaria, è un argomento così divisivo?**

“ Per evitare di banalizzare il concetto di dipendenza, riducendolo ad un mero cambiamento contrattuale del Mmg, tengo a precisare che la dipendenza oltre ad essere un radicale cambiamento dello *status* giuridico professionale, è un passaggio che si riflette in un diverso stile di vita professionale e personale del medico e inoltre si traduce in un differente modello organizzativo delle cure territoriali che esige un nuovo iter formativo. Si tratta di un argomento che è stato ed è oggi particolarmente divisivo: sono tante le figure, istituzionali e non, che si sono espresse sul tema ed è purtroppo nata una contrapposizione fortemente ideologica fra i *pro* e i *contro* che non giova ad una serena e necessaria discussione, viste le criticità che attanagliano il nostro Ssn e che di fatto mostrano l'urgenza di superare la divisione fra convenzione e dipendenza, sia per migliorare le condizioni di lavoro del medico, con le dovute tutele e diritti, ma soprattutto per il bene della cittadinanza. Fra i contrari, spicca su tutti la ferma e dura posizione della **Fimmg**, sindacato che ha una significativa rappresentatività tra i Mmg italiani sindacalizzati. Ma anche **Snami** e **Smi**, sono sulla stessa lunghezza d'onda. In verità la posizione dello **Smi** appare un po' meno granitica. Contro si sono espressi anche il presidente dell'**Enpam**, il Presidente della **FNOMCeO**, il Sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato** e una parte più in generale della politica ”.

 **Quali sono le motivazioni di chi dice no alla dipendenza?**

“ Le motivazioni, dichiarate un po' da tutti, in nome dell'interesse dei cittadini sono riconducibili alla solita triade di concetti: il rapporto di fiducia medico-paziente, la libera scelta del Mmg da parte del cittadino e la capillarità dell'assistenza, valori che solo il Mmg libero professionista parassubordinato convenzionato sarebbe in grado di garantire. Queste posizioni, diventate negli anni un vero mantra, appaiono piuttosto un pretesto corporativo per mantenere lo status quo in considerazione delle prove concrete sul fatto che la condizione di dipendenza del Mmg dal Ssn non inficia assolutamente tali aspetti. E tale dimostrazione non può che venire da quei Paesi come Spagna e Portogallo nei quali i Mmg sono dipendenti dei loro Ssn. Infatti in questi Paesi la libera scelta del medico da parte del paziente è regolarmente consentita così come la ricasazione (<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/libre-eleccion-sanitaria>). Relativamente al rapporto di fiducia, ho smesso ormai di crederci da molto tempo perché, salvo casi sporadici, tale relazione è andata logorandosi nel tempo, trasformandosi in un rapporto di convenienza da parte del paziente subordinato all'ottenimento di prescrizioni di comodo e come tale non ha più motivo di essere valorizzato più di tanto. Ma in ogni caso, potendosi scegliere il proprio Mmg, il rapporto di fiducia può comunque instaurarsi senza problemi. Più interessante è l'insistente richiamo alla capillarità dell'assistenza garantita solo dal Mmg convenzionato tanto più nelle zone montane e disagiate. Al riguardo ricordo che in Spagna le infrastrutture pubbliche che ospitano i Mmg si dividono in *Centros de Salud* e *Consultorios locales*, quest'ultimi sono piccoli centri di salute ubicati nei paesi con meno di 15.000 abitanti, zone montane comprese, lì dove sono rappresentati in grande concentrazione ”.



Da chi provengono invece i pareri favorevoli?

“Dalla parte dei pro troviamo la **Cgil** che, senza giri di parole, chiede la dipendenza dei Mmg da sempre e ancora tantissime associazioni dalla composizione trasversale e multiprofessionale che fanno capo all'**Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia**, numerosissimi Mmg rappresentati dal movimento spontaneo **Mmg per la Dirigenza** che annovera medici sindacalizzati e non, il **Dipartimento Politiche della Salute dell'Istituto Mario Negri** e nell'ambito politico-amministrativo i **Presidenti di Regione** all'unanimità.

In tutto questo scenario va fatta comunque rilevare la posizione sibillina a metà strada del Ministro **Orazio Schillaci** fra Aft e obbligatorietà della dipendenza per tutti i giovani medici che intendano intraprendere la carriera di Mmg. Se c'è veramente la volontà di avviare una riforma seria, concordo con l'obbligo della dipendenza dal Ssn per tutti i nuovi medici in possesso del titolo abilitante in MG a cui dovrà essere consentito di lavorare all'interno delle Case di Comunità (CdC), nelle loro diverse declinazioni territoriali, con la qualifica di Dirigente Medico, previo concorso pubblico. Ritengo anche che sia giusto, su base volontaria, consentire a tutti quei Mmg, già in servizio e in convenzione che lo richiedano, di esercitare la professione nelle CdC; tale opzione andrebbe a mio parere incentivata. Ma per salvaguardare le scelte e gli investimenti già effettuati dovrà anche essere possibile continuare a svolgere l'attività di Mmg in convenzione con il Ssn nel proprio studio professionale privato per quanti esercitano già la professione e non intendano avvalersi dell'opportunità di cui sopra”.



Su ruolo e funzioni dei Mmg si interroga anche la società civile?

“In effetti bisogna dire che il dibattito è abbastanza 'autoreferenziale' e il confronto con i cittadini su tale questione è marginale se non inesistente. Certe posizioni si sono cristallizzate piuttosto nell'interesse dei medici tanto che di questo si sono già occupati diversi giornalisti (Gabanelli, Ranucci, Russo, Pecoraro, ecc.) con dei risvolti non proprio gratificanti per la nostra categoria”.



C'è però anche un altro problema, quello delle risorse...

“Non vi è dubbio che quello della sostenibilità economica di tale cambio di paradigma debba fare i conti con le risorse sempre limitate e per di più ulteriormente erose da accadimenti eccezionali come la pandemia e la concomitanza di eventi bellici, ma è anche vero che una opportunità quale quella offerta dal Pnrr è altrettanto eccezionale e non va assolutamente perduta. Una riforma come quella proposta basata sulle CdC animate da Mmg dipendenti dal Ssn apparentemente può sembrare più dispendiosa,



Antonio Infantino

Vice Presidente Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP) e Presidente con delega all'Area Gestionale, Responsabile Nazionale dell'Area Respiratoria; Mmg Asl di Bari; dal 1999 in forma associata con

il modello organizzativo della "Medicina di SuperGruppo" fino a giugno 2018 e con il modello organizzativo del "Centro Polifunzionale Territoriale" da luglio 2018. Casa della Salute - Casamassima (BA)

ma si presta anche ad un recupero di risorse legato verosimilmente alle possibili economie di scala e ad una più efficace azione di *gatekeeping* da parte dei Mmg. Considerazioni le mie comunque da non addetto ai lavori. Ma al di là di queste valutazioni, il problema resta politico e cioè legato alla volontà di considerare il Ssn una risorsa su cui investire piuttosto che da tagliare, pensando di delegare sempre più al privato i servizi sanitari”.



Tra la dipendenza e la convenzione oggi c'è una terza via: le CdC spoke, proposte dall'Enpam...

“Questa notizia a mio parere colpisce non tanto per la disponibilità dell'Enpam di fare da finanziatore di questo progetto che, a mio parere, anche dalla parte del finanziatore non è scevro da rischi, quanto per l'idea di voler trasformare il Mmg in un imprenditore di se stesso creando un'impresa 'diffusa' sul territorio. La reazione a caldo dei medici è stata di indignazione. Non è una novità che qualche medico faccia imprenditoria sanitaria, la novità è che si vuole trasformare tutta la categoria in imprenditori, a prescindere dalla vocazione dei singoli. Tale impostazione spingerebbe tanti, pur non volendo, a dover entrare forzatamente in una competizione dal profilo di rischio sempre più alto”.



Ma il rischio d'impresa non è già insito nell'attività del Mmg convenzionato?

“Sì, a carico del medico di medicina generale oggi ci sono pressoché tutte le spese necessarie all'erogazione del servizio fin dal primo giorno di attività a quota capitaria zero. Tale rischio di impresa è tanto più alto quanto maggiore è l'investimento in modo particolare in infrastrutture ed organizzazione. Bisogna tenere presente che la nostra attività non è assimilabile a quella di un vero libero professionista perché è un rapporto di lavoro parasubordinato, regolato da ben due accordi, nazionale e regionale, e con un tetto al numero di assistiti, i guadagni non possono crescere ol-

tre un certo limite. Basti pensare a come, di fronte ad una fase di inflazione, un vero libero professionista possa tutelarsi aumentando le tariffe professionali, possibilità che resta preclusa al Mmg. Il rischio d'impresa aumenta ancora considerevolmente se l'investimento è fatto in associazione/società con altri investitori in ragione della possibile instabilità di tali aggregazioni. Il modello del medico-imprenditore non è una novità nel panorama europeo e il Regno Unito è il paradigma di questa figura, inserita all'interno di un sistema Beveridge, peraltro con molti più vantaggi rispetto al modello italiano che si prospetta. Ma tale modello è in pieno declino con il numero di partner che diminuisce di anno in anno, perché essere un partner spesso comporta un onere amministrativo significativo e rischi finanziari che molti GPs non sono né formati ad affrontare, né predisposti a gestire, pertanto sempre più medici, soprattutto fra i più giovani, preferiscono il rapporto di lavoro dipendente 》》.

Visto quanto guadagnano i medici ospedalieri, ai Mmg conviene passare alla dipendenza?

“ I guadagni faraonici del Mmg sono un altro falso mito di sfatare. Al netto delle spese al massimalista resta più o meno lo stesso stipendio medio di un medico ospedaliero, ma senza tredicesima e Tfr. D'altra parte va rilevato che fino ad oggi la condizione di massimalista riguarda solo una parte della categoria. Molti colleghi sono o sono stati bloccati per anni su quote capitarie di gran lunga inferiori al massimale con il risultato di arrivare a mala pena a coprire le spese e/o a dover limitare gli investimenti in personale di studio. Verosimilmente in futuro questo *gap* si ridurrà per effetto della carenza dei Mmg sul territorio. Ma oggi il sistema di pagamento a quota capitaria dimostra tutti i suoi limiti ed è a mio parere inaccettabile 》》.

Le spese fisse a carico dei Mmg

- Acquisto/Affitto studio professionale
- Avviamento studio (arredo, attrezzature, ristrutturazione, climatizzazione, etc.)
- Acqua/fogna
- Gas
- Energia elettrica
- Telefono (fisso e cellulare)
- Internet (ADSL, Fibra...)
- TARI e Rifiuti speciali
- Pulizie ordinarie studio
- Personale (Segretario/a Infermiere/a)
- Manutenzione (ordinaria, straordinaria)
- Sanificazione studio
- Adempimenti Privacy (redazione GDPR)
- Hardware studio (acquisto, noleggio, manutenzione, materiale di consumo)
- Software studio (acquisto licenza, canone annuale per assistenza/aggiornamento)
- Piattaforme informatiche per teleconsulto e/o telemonitoraggio
- Commercialista
- Consulente del Lavoro
- Assicurazione RC studio
- Costituzione e conduzione di ev. soggetto giuridico (Cooperativa, Srl...)
- DPI (per sé e per il personale)
- Materiale per medicazione, farmaci...)
- Cancelleria (carta...)
- Sostituto in caso di assenza (ferie, gravidanza, assistenza ai minori, malattia, infortunio, aggiornamento...)
- Carburante (di particolare rilievo per i Mmg che si spostano tra più paesini montani)

Un tema sembra non dividere la categoria: la necessità che la MG diventi specialità

“ Anche su questo argomento ci sono dei distinguo, ma in linea di massima c'è una convergenza. Oramai è improcrastinabile che la formazione del Mmg transiti in un corso di specializzazione accademica equiparandosi così alla gran parte dei paesi europei. Nell'università italiana esiste già un corso di specializzazione orientato alla medicina generale e alle cure primarie nel senso più ampio del termine, che è la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (MCCP). Tale percorso formativo ha già i requisiti minimi europei per l'esercizio della medicina generale, ma oggi si propone che in esso confluisca il CFSMG, implementandolo e portando alla creazione di una scuola di specializzazione unica e pertanto alla Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e delle Cure Primarie per una formazione uniforme e certificata dei futuri medici del territorio e di assistenza primaria, consentendo così l'unificazione delle carriere tra Mmg e specialisti in MCCP perché ad oggi il CFSMG è per legge il solo titolo abilitante alla professione di Mmg. Si potrebbero così ampliare e diversificare gli sbocchi di carriera, formalizzando un percorso di crescita professionale oggi fuori dalle prospettive dei Mmg 》》.

A proposito di formazione cosa pensa della formazione-lavoro per il Mmg?

“ In effetti, crea perplessità la proposta di offrire ai medici del CFSMG la possibilità di svolgere assistenza primaria “a ciclo di scelta” in autonomia prima ancora di aver concluso l'iter formativo e verificato l'acquisizione delle competenze. Questa possibilità, fino ad oggi espressamente negata, verrebbe invece consentita ed addirittura paradossalmente enfatizzata per motivi che nulla hanno a che fare con l'interesse formativo del corsista, etichettandola come ‘formazione-lavoro’. Tale metodologia formativa non è facilmente applicabile al contesto della MG perché, per ovvi motivi, dovrebbe essere svolta in stretta connessione temporospaziale (supervisione diretta) con la figura del formatore, cosa non semplice da realizzare negli studi diffusi. È di tutta evidenza che una formazione-lavoro che non preveda un affiancamento non consentirebbe la graduale crescita professionale del corsista e la sua graduale assunzione di responsabilità e potrebbe recare pregiudizio alla sicurezza dei pazienti ed al diritto costituzionale del cittadino di fruire di un servizio sanitario sicuro e di qualità 》》.

Le principali insoddisfazioni dei Mmg

1. Carenza dei diritti e tutele dei lavoratori.
2. Ricatto dell'assistito dovuto alla quota capitaria.
3. Difficoltà a trovare sostituti
4. Eccesso di burocrazia.
5. Nessuno scatto di carriera o anzianità.