

# Medico di famiglia, dipendente del Ssn o libero professionista parasubordinato?

La pandemia ha riportato in auge, fra l'altro, anche il dibattito sulla necessità che i medici di famiglia e delle cure primarie, in generale, diventino a tutti gli effetti dipendenti della sanità pubblica. Una proposta che trova sempre più fautori sia nell'agorà politica sia in ambito professionale. Ma ad essere fermamente convinto che non passa per la dipendenza dei Mmg la riqualificazione della medicina territoriale è Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg. Un concetto che ha ribadito in una articolata relazione durante la recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato

// La riqualificazione della medicina territoriale non passa per la dipendenza dei Mmg". È quanto ha ribadito il segretario generale della Fimmg nella recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato rispondendo a chi sia tra i medici di medicina generale sia nell'agorà della politica propone la dipendenza dal Ssn dei Mmg. "Un modello che porta la medicina generale nella dipendenza pubblica - ha precisato **Silvestro Scotti** - potrebbe apparentemente sembrare facilmente realizzabile, ma quando si va a descrivere quel modello rispetto alle caratteristiche dei territori emergono altrettanto facilmente tutti i limiti di una tale scelta, sia dal punto di vista economico sia assistenziale".

La pandemia ha slatentizzato tutti i *vulnus* di un Ssn che negli anni è stato messo a dura prova da continui tagli lineari e sempre meno risorse. Inoltre ha portato alla ribalta i limiti di una medicina territoriale rimasta sempre ai margini del sistema sanitario pubblico e di un inquadramento contrattuale dei Mmg che li vede contemporaneamente parasubordinati e libero-professionisti. Una dicotomia che ha innescato innumerevoli frizioni su quale sia il loro ruolo durante un'emergenza pandemica. Tutto

ciò ha esitato in una richiesta sempre più pressante sulla necessità che i Mmg diventassero a tutti gli effetti dipendenti del servizio sanitario. A farsi portavoce di tale istanza non solo ci sono alcuni esponenti politici, ma anche gli stessi medici di famiglia. Un esempio di ciò è il recente gruppo nato su Facebook: "Dipendenza per i Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie". Si tratta di 140 Mmg sostenitori del rapporto di dipendenza dal Ssn di tutti gli operatori delle cure primarie. Una proposta messa nero su bianco in una lettera aperta al Governo.

## ► Si ai medici delle cure primarie dipendenti

"Quello che auspichiamo - spiegano nella missiva - è un cambio di paradigma per le Cure Primarie, partendo dalla progettazione delle strutture nei piani urbanistici, attraverso la realizzazione di Centri di Assistenza Primaria pubblici strutturalmente adeguati, che vedano tutti gli operatori delle cure primarie inquadrati nel ruolo unico della dipendenza come già avviene in diversi paesi europei tra quelli che hanno scelto il modello universalistico come Spagna, Portogallo, Svezia, Finlandia e Grecia. Una tale ristrutturazione renderebbe al

cittadino l'equità delle cure che oggi non può avere a causa dell'estrema eterogeneità strutturale ed organizzativa dell'attuale sistema. Le Cure Primarie sono il vero "hub" del Ssn, il punto di partenza dal quale passare a tutti gli altri livelli di cura trasversali e verticali, e per questo si deve poterlo governare con efficacia ed efficienza certe! E questo il rapporto convenzionale non lo consente e non lo consentirà mai! Il rapporto convenzionale rende le cure territoriali un corpo estraneo al Ssn nei fatti, impossibile da governare se non contrattando, salvo inserire nell'Acn e negli Air, i meccanismi tipici della dipendenza, come è stato fatto. Quindi che ben vengano gli obblighi, ma a questo punto nel contesto di un rapporto di dipendenza che prevede anche tutte le tutele ed i diritti dei lavoratori che lo status di parasubordinazione del Mmg non prevede"! Nella missiva si dicono fermamente contrari ai *microteam* proposti dalla Fimmg, non credono che sia la risposta appropriata per un cambio reale di paradigma. Sostengono che i *microteam* siano un modello del passato già previsto dal vecchio Acn MG 2004-2005 all'art. 54, fallito per la mancanza di fondi (generando oltretutto una incostituzionale disegua-

gianza fra i medici che hanno avuto l'opportunità di assumere il personale e quelli che no, così come succederà per la strumentazione diagnostica) e per i problemi organizzativi che i *microteam* hanno determinato nella loro declinazione associativa. "Tutto questo - sottolineano - sempre nell'alveo del rapporto convenzionale del Mmg ancora legato ai falsi miti della libera scelta e del rapporto fiduciario con il paziente ed alla quota capitaria, la madre di tutti gli sprechi di denaro pubblico, perché annullando l'appropriatezza e la funzione di gate-keeping del Mmg, genera una deprecabile competizione "al miglior offerente" tra i medici, timorati della facile ricusazione da parte dei pazienti".

## La posizione opposta e contraria della Fimmg

Di tutt'altro avviso è la Fimmg che nel passaggio conclusivo della relazione del segretario generale della Fimmg nella recente audizione tenuta presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato precisa: "Lo Stato si troverà a doversi far carico sia della gestione e dei costi degli ambulatori e di tutti i fattori di produzione compreso il personale, sia della gestione assistenziale se si ipotizza un rapporto tra medici e pazienti di uno a 5-6 mila, con il cittadino che molto probabilmente dovrà fare molti più chilometri per trovare un medico, che non ha scelto, e tra questi i soggetti anziani e fragili che dovranno limitare i contatti con il medico di cure primarie, riducendo in questa maniera quella sorveglianza continua tipica della medicina di famiglia". "Avere una popolazione anziana - ha sottolineato Scotti - che vive i suoi ultimi anni in condizione di grave fragilità, determina un impegno di risorse insostenibile. È necessario ripensare il

sistema e da una organizzazione di attesa evolvere verso una organizzazione strutturata soprattutto nella iniziativa, nella prevenzione e nella presa in carico precoce del paziente che può sviluppare cronicità e comorbilità. Questa azione è possibile solo attraverso le cure primarie territoriali e la effettiva valorizzazione del medico di medicina generale, unico soggetto se ben guidato da una struttura contrattuale convenzionata non tendente alla subordinazione della risorsa umana, ma subordinando la retribuzione agli obiettivi e lasciando alla capacità adattiva e alla elasticità di tale figura contrattuale la ricerca di soluzioni coerenti con le autonomie regionali, capace di erogare non prestazioni bensì volume di presa in carico che, oltretutto, sarebbero economia di scala. Per fare questo non è più pensabile al medico di famiglia come operatore singolo destinato all'assistenza di un numero di cittadini, ma bisogna immaginarlo come componente centrale di una équipe operante su un territorio specifico". Un passaggio che porta in auge il progetto del sindacato relativo ai *microteam*. "È nostro convincimento - ha infatti spiegato - che sia necessario identificare una unità operativa/erogativa di base intorno al singolo medico di medicina generale che possa efficacemente operare in autonomia o in integrazione con altre unità operative/erogative del territorio: il *microteam*".

### ► Un contratto che va modificato

Il no alla dipendenza per il segretario della Fimmg non significa non riconoscere la necessità di una evoluzione del processo contrattuale. "Fermo restando che i due grandi valori della medicina generale sono la scelta fiduciaria del cittadino e la capacità del medico di famiglia di essere imprenditore etico di se stesso - continua Scotti - è necessario un cambio di

passo nell'ambito del percorso di definizione del contratto nazionale. A fronte del mantenimento del riconoscimento economico a quota capitaria per le attività concordate come di base, diventa necessario il suo incremento verso quei medici che operano nei *microteam* o nelle forme complesse che ne derivano, realizzino obiettivi di assistenza e di presa in carico concordati e verificati. Riteniamo altresì necessario che anche tutte le figure operanti coi Mmg armonizzino le loro forme contrattuali attraverso modalità convenzionali, che prevedano azioni e riconoscimenti economici in sintonia ed integrazione con quelli previsti dalla convenzione della medicina generale, oltretutto questo significa partecipazione e responsabilità alla costruzione dei fattori di produzione coerenti con gli obiettivi pattuiti per convenzione e conseguente rischio reddituale connesso, omogeneo e non differenziato al mancato raggiungimento degli stessi. Per raggiungere questo risultato dovrebbe essere ripensato anche l'assetto legislativo della normativa sul lavoro autonomo. Di fatto in questo Paese serve una normativa sul lavoro autonomo applicato all'ambito pubblico, dove il sistema convenzionato trovi una sua dimensione legislativa e non, come è oggi, la trovi solo attraverso interpretazioni derivate da sentenze amministrative. Appare evidente che se ci fosse una normativa che chiarisca gli ambiti e le leve da utilizzare, sarebbero più chiari i rapporti e il direccionamento utile agli obiettivi di sanità e salute pubblica da definire e su cui orientare l'indirizzo contrattuale".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF della Relazione Fimmg al Senato