

## Un'ipotesi meno complessa di modifica dell'onorario

**Angelo Rossi**

Medico di medicina generale  
Consigliere OMCeO, Avellino

*Dalle linee di indirizzo programmatiche e dopo la firma dell'Acn emerge che il futuro del Mmg dovrebbe ruotare intorno alle Unità Complesse di Cure Primarie (Uccp) e alla conseguente modifica della struttura del compenso. Al riguardo ci si chiede se le modifiche proposte siano attuabili ubiquitariamente, se ci siano le risorse economiche per sostenerle e se rispondano a una reale esigenza del cittadino, anche perché esistono altre vie e altre soluzioni più semplici*

**L**e Uccp devono garantire l'apertura giornaliera della sede principale per almeno 12 ore al giorno con rotazione di tutti i medici che ne fanno parte, potenziare la strumentazione diagnostica in dotazione e assicurare la presenza di personale segretariale e infermieristico. La modifica della struttura del compenso, secondo la Sisac, si dovrà articolare in due componenti: onorario professionale da una parte e fattori produttivi con maggiorazione della quota capitaria per bambini, anziani e portatori di patologie croniche dall'altra. Le Uccp sicuramente sono esperienze avanzate di medicina generale, ma sono possibili in pochissime aree di poche Regioni dove c'è già una struttura organizzativa consolidata unitamente a un elevato impegno di risorse economiche e sensibilità politica per il territorio. Verosimilmente resteranno ipotesi propagandistiche cartacee con esperienze largamente minoritarie. Basti pensare che le esperienze associative di gruppo, molto meno complesse, si sono realizzate a macchia di leopardo, non per volontà dei medici, ma spesso per carenza di strutture idonee o condizioni non ottimali di collaborazione.

La modifica della struttura del compenso è, invece, oltre che necessaria, possibile su tutto il territorio nazionale. La maggiore attenzione prestata per bambini, anziani e portatori di patologie croniche deve essere ricompensata con quote aggiuntive. Ma non si deve lasciare immodificato l'onorario professionale legato esclusivamente alla quota capitaria. Il cittadino chiede al Mmg, oltre che professionalità, soprattutto disponi-

bilità sia al colloquio sia a una maggiore apertura degli studi.

La Regione chiede al medico, oltre che a risparmiare su tutto, una maggiore disponibilità di apertura dello studio in modo da ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso.

### Una proposta

Il medico potrebbe anche soddisfare tali necessità ed esigenze con una retribuzione degli orari di studio e una maggiore garanzia professionale. Ma resta il fatto che siamo l'unica categoria di medici a investire il proprio denaro prima ancora di percepirlo.

Attualmente il Mmg è obbligato a una apertura minima dello studio pari a 5 ore settimanali fino a 500 assistiti, 10 ore fino a 1.000 e 15 ore oltre 1.000 assistiti. Orari non retribuiti come tali, ma nel compenso capitario omnicomprensivo.

Occorrerebbe, invece, remunerare l'attuale apertura dello studio medico con compensi orari pari al almeno quelli della continuità assistenziale (23 euro l'ora circa) o dello specialista ambulatoriale (26 euro l'ora circa). All'orario minimo previsto si potrebbero aggiungere, sempre se remunerate, 5-10 ore settimanali per tutti, oltre 5 ore forfettarie per le visite domiciliari in modo da rispondere in pieno alle esigenze assistenziali dei cittadini e in perfetta sincronia con le esigenze governative. Sarebbe sufficiente l'intesa di soli due medici per garantire una ampia copertura assistenziale.

Se il Mmg, all'interno delle Uccp, deve assicurare un orario, a rotazione, per 12 ore giornaliere al fine di ridurre gli accessi impropri al Ps non

si comprende perché una maggiore apertura degli studi non possa essere possibile anche al di fuori di queste megastrutture, visto che siamo presenti ubiquitariamente su tutto il territorio nazionale. Una risorsa che va consolidata e non mortificata.

La quota capitaria, per compensazione, si dovrebbe ridurre ed essere solo un incentivo pari, per esempio, ad 1-2 euro mensili. Quota necessaria per evitare demotivazioni professionali.

Adp, Adi, associazionismo, Air dovrebbero continuare ad essere remunerati con le attuali modalità.

Per un massimalista gli emolumenti percepiti attualmente non muterebbero sostanzialmente, mentre i minimalisti e i nuovi inseriti avrebbero una base solida e dignitosa da cui partire con serenità.

Per tutti i Mmg, questa suggestiva ipotesi sarebbe un buon paracadute economico in caso di salute precaria o per particolari situazioni familiari e/o ambientali o per la perdita di competitività; l'associazionismo decollerebbe, si disincentiverebbero le aperture dei doppi studi, sarebbe possibile anche un trasferimento di sede senza ripartire da zero, le Asl e le Regioni sarebbero più oculate nella identificazione delle zone carenti in quanto l'occupazione non sarebbe più a costo zero, ma soprattutto si ristabilirebbe un rapporto con l'assistito realmente fiduciario e preminente, in modo tale che anche quando qualche richiesta impropria si faccia pressante, la perdita dell'assistito non produrrebbe effetti economici deleteri. In sostanza si darebbe finalmente dignità su tutto il territorio nazionale alla professione del medico di famiglia.