

GUERRA DI INDIPENDENZA PER LE CURE PRIMARIE

Il decreto Schillaci propone l'assunzione su base volontaria di medici e pediatri per attivare le Case di comunità. I sindacati insorgono e minacciano lo sciopero generale

Elisabetta Gramolini

L'ostacolo è acceso, ma era del tutto prevedibile. La partita della riforma delle cure primarie si gioca sul trasferimento dei camici bianchi dagli studi privati alle Case di comunità. Stando alla carta, cioè alla bozza del decreto Schillaci (già condiviso con le Regioni), i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta non saranno costretti a cambiare, bensì potranno lavorare su base volontaria nelle strutture territoriali previste dal Pnrr. L'obiettivo è portare a compimento il Piano, che stabiliva l'apertura di 1715 Case (poi riprogrammate e scese a 1.038), entro la fine dell'anno, ma che ancora oggi conta solo 781 centri ambulatoriali con qualche servizio attivo. Per fare in modo che l'offerta territoriale decolli, secondo le intenzioni del ministro della Salute, il rapporto di lavoro nelle Case passerebbe, solo per chi lo volesse, dalla attuale convenzione con il Servizio sanitario nazionale, all'assunzione. La prospettiva ha ottenuto come reazione un blocco compatto di contrari, convinto i sindacati della categoria a scegliere la strada dello stato di agitazione e proclamare lo sciopero generale qualora non arrivino risposte concrete dalle istituzioni.

ACCORDO NAZIONALE

Sono quasi 37 mila i medici di medicina generale in Italia. Un numero ragguardevole, ma non sufficiente al fabbisogno, secondo i dati della Fondazione **Gimbe** che a fine 2025 richiama l'attenzione sull'assenza di almeno 5 mila unità. Con i camici bianchi, a tutti gli effetti liberi professionisti, il ministero firma una convenzione, prevista dal contratto nazionale dei medici di famiglia (Acn) in cui vengono definiti i criteri, gli obblighi e i compiti. Per avere diritto alla stipula, un medico deve rispondere a un bando regionale, basato sulle carenze dovute ai pensionamenti avvenuti durante l'anno. Alla graduatoria si accede in quattro modi diversi: aver già completato il corso di formazione o essere in dirittura d'arrivo (purché il titolo venga conseguito entro il 15 settembre dell'anno in cui si presenta la domanda), essere in possesso di un titolo equipollente, ovvero l'abilitazione ottenuta entro il 31 dicembre 1994, anche senza aver frequentato il corso specifico. Bisogna poi considerare la ripartizione dei posti: coloro che possiedono uno dei titoli equipollenti hanno diritto al 20% delle

assegnazioni, mentre il restante 80% è garantito a chi ha portato a termine il corso di formazione specifica. Il bando per l'accesso alla convenzione viene pubblicato ogni anno entro il 31 gennaio, ma non ha effetto immediato. La graduatoria è infatti valida per l'anno solare successivo alla presentazione della domanda. Il compenso mensile lordo per chi raggiunge i mille assistiti è in media tra i 4 mila e i 6 mila euro: la cifra si basa sulla quota capitaria (circa 35-65 euro lordi annui per paziente), a cui si aggiungono le indennità per i servizi aggiuntivi, la gestione informatica e l'assistenza a persone oltre i 75 anni o sotto i 14 anni.

APERTI AL DIALOGO

Sul possibile inserimento dei medici di famiglia nelle Case di comunità, il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato, assicura di essere aperto al dialogo "per lavorare e venirsi incontro". La loro presenza è necessaria nelle Case di comunità, finanziate grazie ai 15,6 miliardi di euro del Pnrr. "Nel momento in cui - spiega - sono state progettate queste strutture deputate all'assistenza territoriale non era stata immaginata la dotazione organica che vi avrebbe dovuto lavorare all'interno, composta non solo da medici di famiglia, ma anche da professionisti della sanità, inclusi infermieri, psicologi e specialisti. Come arrivare a questo obiettivo, lo vedremo insieme". Il timore dei medici di perdere il ruolo di punto di riferimento per milioni di assistiti non è fondato per il sottosegretario: "Faremo in modo che questo non avvenga, il paziente è centrale nella cura e nella qualità di cura. Indubbiamente i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta assicurano la qualità nell'erogazione delle prestazioni e sicuramente si troverà il modo migliore per continuare". L'esigenza palese è riempire le Case di comunità con personale adeguato: "chi - riprende Gemmato - aveva messo a terra le Case, gli ospedali di comunità e i centri operativi



territoriali aveva pensato a come finanziarle ma non aveva immaginato la dotazione organica". Il nodo andrà sciolto solo con un'ampia condivisione con le categorie professionali, "che resta il punto di arrivo. Come - conclude il sottosegretario - lo vedremo insieme".

LA CRITICA DEI MEDICI

La posizione della sigla più rappresentativa dei medici di famiglia, la Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), è netta e contrasta il decreto in merito a vari punti. La Fimmg infatti rifiuta qualsiasi ipotesi di ricorso al rapporto di lavoro dipendente, anche se residuale, riaffermando che la medicina generale debba rimanere una professione convenzionata, fondata sul rapporto fiduciario con il cittadino.

"Abbiamo avuto modo di analizzare la bozza di questo provvedimento che riguarda la riforma dell'assistenza primaria nel nostro Paese", spiega ad AboutPharma, Fiorenzo Corti, vicepresidente della Federazione. "Il dibattito si articola su due temi principali: il mantenimento del regime convenzionale per la medicina generale e l'apertura alla dipendenza, su base volontaria, per i medici operanti nelle Case di comunità. Esprimiamo una ferma opposizione all'ipotesi che una quota di medici di medicina generale diventi dipendente del Servizio sanitario nazionale, siamo infatti convinti che tale trasformazione peggiorerebbe ulteriormente il presidio medico sul territorio". E non bisogna nemmeno cadere nell'errore di considerare il rapporto di dipendenza come una sorta di battaglia ideologica, "la semplice trasformazione contrattuale di un professionista - commenta Corti - non rappresenta di per sé una garanzia di miglioramento dell'intero sistema". Per quanto riguarda invece il tema delle Case di comunità, "dobbiamo dire - continua - che già adesso è in atto la disponibilità, con il contratto attualmente in vigore, che all'interno degli accordi regionali i medici di famiglia, rimanendo comunque nel loro ambulatorio, possano lavorare un tot di ore settimanali anche nelle Case di comunità. Questo non vuol dire abbandonare il proprio studio né fare la guardia medica di serie B nelle Case. Significa invece che alcuni progetti, come ad esempio la prevenzione, la presa in carico del paziente cronico o il rapporto con gli specialisti per la gestione di alcune prestazioni di telemedicina, siano già previsti dal contratto. Siamo peraltro in attesa dell'atto di indirizzo, un provvedimento che permetta alle Regioni di iniziare un percorso contrattuale con la medicina di famiglia dove anche questi temi possano essere ulteriormente sviluppati".

LIBERI PROFESSIONISTI

La dipendenza secondo i medici di base potrebbe peggiorare il rapporto di fiducia oggi esistente con i pazienti. Ma perché? Per Corti la ragione deriva dal collocamento delle Case di comunità. "Se ne prevede - chiarisce - una ogni 50 mila abitanti, mentre i medici di famiglia in questo momento sono presenti in tutti i territori, anche nei paesi più piccoli. Viene stabilito che ci sia un medico di famiglia ogni 1200-1300 persone, a seconda della regione. Il problema del medico di famiglia che lavora in Casa di comunità come dipendente trasforma oggettivamente lo studio del medico di famiglia. Il paziente è consapevole di doversi recare in una struttura esterna alla Casa di comunità, che potremmo definire come un servizio di medicina generale. Sebbene una simile organizzazione sia già realtà in alcuni comuni, è impensabile ipotizzare che tutti i cittadini afferenti a una determinata Casa di comunità possano accedervi direttamente richiedendo una visita medica immediata. Gestendo un bacino di circa 50 mila abitanti, un simile approccio genererebbe inevitabilmente lunghe liste d'attesa. All'interno della struttura, inoltre, il personale infermieristico e amministrativo non sarà più legato direttamente al singolo medico di famiglia, bensì dipenderà in tutto e per tutto dalla Asl e dall'organizzazione aziendale. A nostro avviso, questa transizione comporterà un netto peggioramento della qualità del servizio offerto".

MANSIONI COMPLEMENTARI

Sugli impieghi dei medici inseriti nelle Case di comunità, la Fimmg ha le idee chiare. "Ribadisco che la possibilità che i medici di medicina generale possano lavorare nelle strutture è già realtà e regolamentata da diversi accordi regionali. Molti contratti scritti, infatti, identificano una quota di ore che il medico di famiglia può svolgere, ma non per finalità di assistenza diretta e ordinaria. Se un paziente ha un mal di pancia, ad esempio, è decisamente meglio che si rechi nello studio del proprio medico, poiché non avrebbe senso chiudere gli ambulatori territoriali per trasferire le medesime visite nella Casa di comunità. L'attività del medico di famiglia all'interno di queste nuove strutture deve riguardare ambiti diversi dalla classica relazione diretta con il paziente per bisogni acuti. Si tratta piuttosto di gestire percorsi organizzativi e complessi, come il coordinamento



delle campagne vaccinali, la presa in carico dei pazienti cronici, l'avvio delle televisite e lo sviluppo dei servizi di telemedicina. Di conseguenza, il medico di famiglia che opera nella Casa non vi si reca per sottrarre ore al proprio studio e replicare le stesse attività, ma per svolgere mansioni completamente differenti e complementari”.

PEDIATRI SENZA VOLTO

La riforma potrebbe tradursi in un attentato alla sicurezza sanitaria delle famiglie, mascherato da “potenziamento” dei servizi, secondo la Federazione Italiana Medici Pediatri (Fimp), anche loro interessati dal decreto. “Sotto l'insegna della cosiddetta ‘prossimità’, centralizzata negli Hub e Spoke delle Case della comunità, si cela una trasformazione radicale che rischia di snaturare la medicina del territorio ed il rapporto di fiducia con il proprio medico convenzionato, quello che ogni cittadino ha scelto, che la contraddistingue”, scrive la Federazione in una lettera inviata ai media. I pediatri nelle argomentazioni vanno al sodo e spiegano: “Il pericolo più imminente è la metamorfosi dell'assistenza primaria in una sorta di ‘call center della salute’, governato dalla logica del ‘pediatra senza volto e senza anima’. Sostituire la contattabilità e la presenza costante del pediatra di famiglia e del medico di medicina generale – continuano – con una turnazione impersonale di professionisti all'interno di una struttura ‘burocratica’ (la Casa della comunità) significa compiere un passo indietro epocale. Un turno orario può coprire una fascia della giornata, ma non potrà mai sostituire la conoscenza profonda della storia clinica, delle fragilità e del contesto sociale di un paziente e della sua famiglia”.

OLTRE LA BUROCRAZIA

Così come la Fimmg, anche la Confederazione

italiana pediatri (Cipe), chiarisce che l'accordo collettivo in vigore prevede già la partecipazione su base volontaria nelle Case di comunità per i pediatri con anzianità di servizio, obbligatoria per i nuovi ingressi dal 2026, con un impegno minimo di tre ore settimanali. L'attuazione tuttavia varia a seconda delle disposizioni regionali. Negli anni i carichi di lavoro e i tassi di assistenza sono notevolmente cambiati e un eventuale aumento del massimale a 1.500 pazienti ipotizzato dal decreto Schillaci sarebbe insostenibile, visto che l'attuale limite di mille pazienti è già considerato eccessivo per garantire una cura adeguata. Lo sostiene Teresa Mazzone, presidente della Cipe. Che aggiunge: “Il lavoro del pediatra richiede un'attenzione che va oltre la semplice gestione burocratica”. La bozza di riforma, inoltre, introduce un'importante novità per l'assistenza sanitaria dei più giovani, prevedendo l'estensione delle cure del pediatra di libera scelta fino al compimento dei 18 anni d'età. Questa misura andrebbe a modificare l'assetto attuale, che fissa il limite standard a 14 anni, consentendo la permanenza fino ai 16 solo in casi specifici e previa proroga. L'iniziativa si prefigge una duplice finalità. Da un lato, mira a garantire agli adolescenti un percorso di cura più mirato e vicino alle loro specifiche esigenze di crescita; dall'altro, intende alleggerire il carico di lavoro che grava sui medici di medicina generale, favorendo contestualmente il ricambio generazionale all'interno della categoria dei pediatri. “Questa previsione potrebbe agevolare la transizione dei pazienti con malattie croniche”, conclude Mazzone. ■

Aziende/Istituzioni

Ministero della Salute, Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), Federazione italiana medici pediatri (Fimp), Confederazione italiana pediatri (Cipe)

“Nel momento in cui sono state progettate le Case di comunità deputate all'assistenza territoriale non era stata immaginata la dotazione organica che vi avrebbe dovuto lavorare all'interno, composta non solo da medici di famiglia, ma anche da professionisti della sanità, inclusi infermieri, psicologi e specialisti. Come arrivare a questo obiettivo, lo vedremo insieme”





Orazio Schillaci



Peso:17-66%,18-75%,19-74%,20-72%

Il presente documento non e' riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.