

Testo audizione

La Fimmg è grata di poter illustrare il proprio punto di vista su un tema centrale nella discussione del nuovo assetto delle cure primarie: l'eventuale passaggio alla dipendenza dei medici di medicina generale. A nostro avviso, le riflessioni su questo tema devono riguardare due aspetti: il primo che riguarda le ricadute assistenziali, il secondo la sostenibilità economica rispetto al regime convenzionale.

Tenendo conto che nella maggior parte dei paesi europei, che adottino sistemi Beveridge o Bismarck, il medico di medicina generale è un medico libero professionista convenzionato (all.1, in particolare cap. 2, paragrafo 2.2 "Employment status of GPs"), in breve analizziamo la realtà italiana.

Attività assistenziale

Attività ambulatoriale:

Questa attività attualmente è regolata dall'articolo 36 dell'Accordo collettivo nazionale per i medici di medicina generale (ACN) vigente (all.2). Al comma 5 vengono definiti i criteri di apertura dello studio professionale che vengono determinati in un numero di ore congrue e comunque non inferiori a 15 settimanali (per un massimalista) e anche in relazione alle necessità degli assistiti.

Questa formulazione definisce un orario di apertura minimo dello studio professionale che può essere esteso senza limite a seconda delle necessità degli assistiti senza generare istituti economici come per esempio ore straordinarie.

Attività territoriale:

Le attività non ambulatoriali del medico di assistenza primaria sono individuate dall'Art. 45 dell'ACN in vigore (all.3). La reperibilità per la domiciliarità è normata dall'Art 47 ai commi 3 e 5 (all. 4) e copre di fatto dalle ore 8 alle ore 20 dei giorni feriali e fino alle ore 10 dei giorni prefestivi. Questa attività è stata ribadita dall'art 38 comma 3 del Decreto-legge 8 aprile 2020 n° 23 (all. 5).

È evidente che l'attività del medico di medicina generale, come evidenziato dai richiamati articoli 36,45,47e dal DL 23/2020 ricopre la fascia oraria dalle ore 8 alle ore 20 di tutti i giorni feriali e fino alle ore 10 dei prefestivi. All'interno di questo impegno complessivo l'attività ambulatoriale è non inferiore a 15 ore settimanali (minimo tre ore al giorno). Se tale l'attività venisse esercitata nel contratto della dipendenza dovrebbe essere compresa complessivamente nelle 38 ore settimanali dell'attività del medico dipendente.

Lo schema orario d'attività proposto dalla Conferenza delle regioni è il seguente:

- Attività Ambulatoriale totale: 20 ore settimanali. L'attività in ambulatorio hub o/e spoke equivale ad un massimo di 4 ore giornaliere.
- Attività territoriale (ex articolo 47 ACN vigente): 12 ore settimanali massimo 2,5 ore giornaliere
- Attività presso casa della salute: 6 ore settimanali hub e/o spoke massimo 1,5 ore giornaliere

Appare del tutto evidente che l'attività d'assistenza del medico di medicina generale nell'ipotesi di un passaggio alla dipendenza diminuisca di quattro ore al giorno per un totale di 20 ore settimanali in meno.

Per ottenere ulteriori ore di servizio si dovrebbe ricorrere ad istituti come lo straordinario. Rimane comunque da risolvere il tema della scelta fiduciaria.

Sostenibilità Economica

Altro tema impattante è quello della sostenibilità economica. Ci preme sottolineare innanzitutto la differenza del trattamento economico del medico di medicina generale convenzionato, del medico dipendente e del medico specialista ambulatoriale interno. Il trattamento economico del medico di medicina generale non è un emolumento ma bensì un costo.

Infatti, nel liquidato mensile sono comprese le spese che il medico deve affrontare per fornirsi dei fattori di produzione, strutturali, professionali e tecnologici necessari per la sua attività. Le figure 1 e 2, derivate da una ricerca del centro studi della CGIA di Mestre del 2016, ci illustrano la struttura dello stesso.

Come si vede, lo studio definisce “utile dell’attività d’impresa” il netto del medico di medicina generale che potremmo paragonare all’emolumento del medico dipendente riconducibile ad un netto di 4.135 euro.

In questo caso il vantaggio per il sistema sanitario regionale/nazionale sarà di sapere in anticipo quale sarà “il costo massimo” che dovrà affrontare per ogni medico di medicina generale e quello complessivo di tutta la medicina generale del Paese, senza possibilità di variazione fino alla stipula del nuovo contratto nazionale e/o di accordi integrativi regionali.

Diverso è il meccanismo retributivo del medico dipendente. Il suo trattamento economico è un emolumento. Il sistema sanitario nazionale/regionale dovrà fornirgli i fattori di produzioni strutturali umani e tecnologici necessari alla sua attività (costi riflessi). A titolo esemplificativo riportiamo la strutturazione di una busta paga media di un dirigente medico dipendente pubblico.

Come si evince, da una retribuzione lorda di 6.308,76 euro si arriva a un netto di 3.546 euro. Ma questa cifra non è un costo. Per avere quanto complessivamente l’azienda spende per l’attività professionale di quel medico (costo) sarà necessario sommare le spese per l’acquisizione dei fattori di produzione. Una buona traccia può essere il contributo di ricerca 262/2018 dell’Ires Piemonte “Ospedali Costi teorici di costruzione e manutenzione 2017” (all. 6).

Ragionando sull’emolumento netto delle due tipologie contrattuali, è evidente che la remunerazione del medico di medicina generale massimalista (con 1500 scelte) supera quello del dirigente medico medio di 586 euro circa. C’è ancora da sottolineare che sono a carico del medico di medicina generale i costi del primo mese di malattia, le ferie, le sostituzioni, la maternità, l’allattamento; non gode di Tfr e tredicesima mensilità che invece vanno ad arricchire il trattamento economico del dirigente medico.

In conclusione, alla luce di quanto semplicemente accennato in questa relazione, non vi è dubbio sulla qualità e sostenibilità che il sistema territoriale esprime attraverso la convezione di liberi professionisti convenzionati, ovviamente mettendo in atto processi innovativi ed evolutivi che Fimmg a gran voce chiede da anni.

A riprova di quanto valore questo tipo di organizzazione potrebbe esprimere in termini economici, alleghiamo l’ultimo elaborato del centro studi Sintesi della CGIA di Mestre (all. 7) che calcola, se si sistematizzassero per tutto il Paese i modelli di organizzazione evoluta della medicina generale già esistenti ed operanti, in 16,8 miliardi di euro all’anno di impatti sull’economia del Paese tra produzione, addetti non medici e ore lavoro.