

Rivoluzione medici di famiglia

Pronta la riforma della sanità territoriale
Camici bianchi scettici, ma le Regioni dicono sì

40mila

I medici di famiglia in Italia
Nel 2027 ne andranno in pensione 8000



5700

Il numero di medici di famiglia mancanti Al Nord le criticità

PAOLORUSSO

Quel misero 4% di Case di comunità — i maxi ambulatori finanziati dal Pnrr - pienamente funzionanti, deve essere stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso e spinto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, a calare la carta del decreto legge di riforma dei medici di famiglia. Che gradualmente e “volontariamente” potranno passare da liberi professionisti in convenzione con il Ssn a dipen-

denti. Su questo la Premier e le Regioni hanno dato già il via libera a un decreto che serva a popolare le case di Comunità. Dovrebbe invece essere demandato a un disegno di legge l'altro punto cardine della riforma, quello che legherebbe la retribuzione dei medici di famiglia non più al numero di assistiti in carico, bensì agli “obiettivi” raggiunti. In primis, quello di dover lavorare obbligatoriamente un certo numero di ore — se ne ipotizzano 6 a settimana — nelle Case di comunità e di prendersi carico con continuità dei malati cronici.

Il testo presentato alle Regioni prevede che al cittadino resti comunque la scelta del medico di fiducia (in sua assenza potrà comunque trovarne un altro). Oltre alla rivolta dei medici (che minacciano lo sciopero), qualche crepa si è aperta anche nella maggioranza, con la presa di distanza di FI. I sì sovrastano comunque i no, aprendo la strada a una riforma che, con il crollo della sanità territoriale in era Covid, è da tutti giudicata non più rinviabile. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL RAPPORTO CONTRATTUALE

Verso il passaggio al lavoro dipendente

Il decreto Schillaci dice chiaro e tondo che «la convenzione resta il modello ordinario» per i medici di famiglia e i pediatri, che potranno prendere in carico i ragazzi fino a 18 anni. Non viene abolito il rapporto fiduciario: ogni assistito potrà continuare a scegliersi il proprio medico di fiducia, sapendo però che in sua assenza ne troverà un altro nelle case di comunità o negli studi medici associati.



La riforma però prevede un doppio canale, con accanto alla “convenzione riformata” la figura del medico di famiglia dipendente “su base volontaria”. Una misura — si legge nello schema di decreto — «che serve a dare stabilità al nuovo modello organizzativo territoriale». Tradotto per i cittadini significa avere almeno un nucleo di presenze mediche certe nelle nuove case di comunità, per far sì che le spoke più grandi siano aperte 7

giorni su 7 per 24 ore e le hub per almeno 12 ore.

I sindacati di categoria temono che questo sia solo l'antipasto di un successivo passaggio in massa verso la dipendenza, che a loro avviso finirebbe per burocratizzare ancor più l'attività medica. Con il rischio, secondo la Fimmg, di una privatizzazione del sistema. Perché per entrare nella dipendenza serve la

specializzazione che pochi medici di famiglia hanno. Conseguentemente le regioni potrebbero essere spinte a rivolgersi ai privati che non hanno l'obbligo di fornire medici specialisti, come la storia dei gettonisti insegna. I contributi previdenziali continuerebbero invece a confluire all'Enpam. Una soluzione che i medici considerano giuridicamente poco sostenibile. P. RUS. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RETRIBUZIONE

Pagati per i risultati e non per gli assistiti

La vera rivoluzione della riforma Schillaci è qui, nel ribaltamento del modo di retribuire i medici di famiglia: non più in base al numero di assistiti in carico ma per “obiettivi”. Che, tradotto, significa più servizi per i cittadini. Lo spie-



ga con esempi concreti lo schema di decreto che ha avuto un sostanziale placet dalle Regioni. Ipotizzando una quota di 120 euro per assistito, 20 verrebbero corrisposti per la presa in carico dei malati cronici e fragili. Ciò significa organizzare un piano di cura e controlli senza abbandonarli nelle braccia non sempre amiche del Cup. Ma anche supportare i caregiver familiari, badanti incluse, nel garantire una migliore assistenza domiciliare a cronici e fragili. Altri 30 euro potrebbero essere destinati alla digitalizzazione, come teleconsulti o l'obbligo di caricare sul nostro fascicolo sanitario elettronico le informazio-

ni su terapie, accertamenti e malattie. Ulteriori 20 euro andrebbero per l'attività di prevenzione, 10 per il lavoro in team con infermieri e specialisti, 20 per garantire almeno sei ore di lavoro settimanale nelle nuove Case di Comunità: le nuove strutture dove dovrebbero lavorare insieme medici di famiglia, specialisti, infermieri e tecnici della riabilitazione e dove dovrebbero potersi eseguire accertamenti di primo livello, come ECG o ecografie, ma che stanno venendo su come scatole vuote per assenza di personale. È il problema che più di ogni altro ha spinto Schillaci verso la riforma. Osteggiata dai medici di famiglia, che nel modello di retribuzione della “convenzione riformata” vedono un attentato alle loro certezze stipendiali. Fatto che potrebbe aumentare la fuga già in atto dal Ssn. P. RUS. —

re dove dovrebbero lavorare insieme medici di famiglia, specialisti, infermieri e tecnici della riabilitazione e dove dovrebbero potersi eseguire accertamenti di primo livello, come ECG o ecografie, ma che stanno venendo su come scatole vuote per assenza di personale. È il problema che più di ogni altro ha spinto Schillaci verso la riforma. Osteggiata dai medici di famiglia, che nel modello di retribuzione della “convenzione riformata” vedono un attentato alle loro certezze stipendiali. Fatto che potrebbe aumentare la fuga già in atto dal Ssn. P. RUS. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE NUOVE STRUTTURE

Obbligo di servizio nelle case di comunità

La data cerchiata in rosso è il 30 giugno prossimo. Per allora le Case di comunità finanziate con 2 miliardi del Pnrr non dovranno limitarsi a mostrare una targa sulla porta, ma offrire i servizi per cui sono state pensate. Ossia offrire assistenza anche nei festivi, per tutto l'arco della giornata, oltre che esami diagnostici di base. Funzioni che oggi solo il 4% di quelle già funzionanti garantiscono.



«Non possiamo perdere un'occasione storica per l'Italia», ha detto Schillaci presentando il suo decreto. Che, per popolare le nuove strutture, oltre all'opzione della dipendenza e alla remunerazione per obiettivi, introduce il “debito organizzativo minimo”, che sono poi le funzioni basilari che i dottori devono garantire per essere pagati. E tra queste, oltre all'utilizzo dei sistemi informativi comuni, all'integrazione con i percorsi di presa in carico multiprofessionale, all'ade-

sione agli audit e alla partecipazione effettiva alla rete territoriale, c'è proprio l'attività nelle Case di Comunità. Che «costituisce componente strutturale del nuovo modello di medicina generale e della pediatria di libera scelta e non mera attività incentivata».

Questo, dal punto di vista del cittadino, dovrebbe garantire la piena operatività delle nuove strutture che, altrimenti, a fine giugno potrebbero perdere i finanziamenti Ue.

I medici temono invece di dover dividere il proprio tempo di lavoro tra i vecchi studi, dove continuerebbero a svolgere parte dell'attività, e le nuove strutture. Che avendo un bacino di 50 mila abitanti, potrebbero comportare spostamenti un po' troppo pesanti anche per gli assistiti che vivono in zone poco popolate. P. RUS. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA