



**S.I.Me.T.**  
sindacato italiano  
medici del territorio

## **Ministero Salute venerdì 7 settembre 2018**

La crisi della medicina generale per carenza di medici ha vari aspetti, che vanno tutti analizzati per cercare di dare giuste soluzioni al problema, senza cercare scorciatoie che possono peggiorare la qualità dell'assistenza ai cittadini.

Non si è perseguita in questi anni la perfetta integrazione tra continuità assistenziale e medico di famiglia. Spesso alle buone intenzioni dei contratti regionali, non ha fatto seguito una valorizzazione professionale del medico di guardia medica, considerato sempre una figura di ruolo minore in attesa del grande salto professionale a medico di famiglia.

I mondi della specialistica e della medicina generale sono stati separati: chi entrava nel corso della medicina generale era incompatibile con sostituzioni o incarichi trimestrali in continuità assistenziale. A sua volta chi faceva la specializzazione non poteva nello stesso tempo dedicarsi alla medicina generale. Bisogna anche sottolineare che sul medico di famiglia, la cui carriera forse non è più appetibile per le nuove generazioni, gravano incombenze che lo rendono oggi un burocrate che deve da un lato evitare danni erariali e dall'altro accontentare il paziente per evitare di essere ricusato. Inoltre il contratto di lavoro da convenzionato, senza ferie pagate, tredicesima, spese di studio a suo carico, polizze assicurative ecc. rende sempre meno allettante la professione e più difficile per il medico restare fedele ai propri principi, cercando di curare e prevenire, senza rischiare in appropriatezza.

In molte regioni italiane, con il pretesto di accorpare i presidi di guardia medica, non vengono assegnati i titolari da molti anni e questa è una situazione ulteriore che, se non risolta, acuisce il problema dei pensionamenti e della mancanza dei medici di famiglia per il futuro.

Risulta necessario per ogni regione programmare le borse di studio della medicina generale, tenendo conto che in alcune piccole regioni italiane con comuni montani e disagiati, molti medici non sono massimalisti.

Non bisogna poi nella riorganizzazione della medicina generale dimenticare il rapporto fiduciario tra medico e paziente, alla base del rapporto di cura, che nel modello pensato per l'assistenza h24 con la turnazione di più medici viene sacrificato, facendo scomparire quella relazione medico-paziente tipica solo del medico di famiglia.



In sintesi la proposta SIMET:

### **1) Riorganizzazione art. 1 della legge Balduzzi (L.189/2012)**

Nella riorganizzazione della assistenza primaria che prevede le AFT (aggregazioni funzionali e territoriali), le UCCP (unità complesse di cure primarie) o altre forme associative da identificare e programmare, i medici di continuità assistenziale devono avere un ruolo rilevante e non di comparsa, mantenendo l'assistenza h 24 (diurno medico di famiglia e notturno, prefestivo e festivo medici di continuità assistenziale) e devono operare nella stessa struttura con gli stessi strumenti.

La legge 189/2012 nell'Art. 1, comma 3, ha introdotto il Ruolo Unico per la medicina generale, "disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali". L'introduzione del ruolo unico dei medici di cure primarie prevede, nel nuovo assetto organizzativo, il superamento dell'attuale distinzione tra medici di assistenza primaria e medici di continuità assistenziale per cui, nella nuova articolazione territoriale, il medico di cure primarie potrà svolgere sia attività professionale di tipo fiduciario che su base oraria. Questo può consentire di praticare soluzioni organizzative che implementino le capacità assistenziali della medicina generale, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, annullando discontinuità, dualismi obsoleti o duplicazioni assistenziali, ma vanno esplicitati in maniera inequivocabile all'interno dell'ACN i profili giuridico, funzionale e contrattuale delle due professionalità ricomprese nel Ruolo Unico, senza margini di discrezionalità giuridica, amministrativa e politica. Se il ruolo deve essere unico, le professionalità, e le relative funzioni, devono essere salvaguardate. Ruolo unico sì, ma funzioni e professionalità diverse.

Lo svolgimento di attività oraria per il medico di cure primarie a ciclo di scelta non può che essere volontaria, in nessun caso obbligatoria, perché il medico che ha optato per la convenzione come MMG ha scelto di esercitare un tipo di professione e non va obbligato a svolgere altre mansioni in base a esigenze dell'Azienda o della Regione (non è un subordinato). Così come non si può pensare a orari aggiuntivi, di qualunque fattispecie, se non a fronte di accordi che prevedano remunerazione ad hoc e con adesione esclusivamente su base volontaria.

### **2) Posti vacanti**

I medici titolari del presidio di continuità assistenziale che fanno parte delle aggregazioni funzionali o altre forme associative in base alla anzianità di servizio possono, dopo il pensionamento del medico titolare, diventare titolari di quel posto vacante solo nel caso di mancata accettazione da parte dei medici iscritti alla graduatoria Regionale.



### **3) Programmazione regionale**

Occorre una buona programmazione regionale che deve essere modulata (ogni tre anni) in previsione dei pensionamenti, perché il passaggio di un medico titolare delle aggregazioni a medico di famiglia deve essere sostituito con un nuovo titolare. Non si può superare un anno senza l'assegnazione del titolare di un posto vacante.

### **4) Niente deroghe**

Per una migliore qualità dell'assistenza non si può perseguire, con la scusante dello stato emergenziale, la deroga dei massimali con contrazione delle unità lavorative a disposizione, né una deroga al possesso dei titoli previsti per la formazione in medicina generale.

### **5) Formazione**

Va rivista tutta la problematica dell'accesso al corso di laurea, garantendo a tutti gli aspiranti medici l'accesso iniziale, con una selezione successiva in base a criteri oggettivi. E' necessario aumentare le borse di studio per gli specializzandi.

Per evitare una crisi nell'assistenza territoriale si può agire sull'aumento dei corsi di formazione coerente con una programmazione efficiente, si può aumentare l'attrattività dei corsi prevedendo l'introduzione di attività professionalizzanti decorosamente retribuite per i medici in formazione all'interno di AFT e UCCP, in collaborazione con l'ENPAM si può considerare l'ipotesi di affiancare un medico in formazione a un medico prossimo (di 4-5 anni) al pensionamento (la retribuzione al medico in formazione sarebbe corrisposta dall'Azienda, con pari decurtazione della remunerazione del medico titolare, compensata allo stesso dall'ente previdenziale).

### **6) Rispetto delle regole**

L'ipotesi del modello che mette insieme i medici di famiglia e continuità assistenziale in aggregazioni per la prima volta in una condizione paritaria e di collaborazione, nasce dal fatto che entrambe le figure professionali sono dei medici convenzionati; infatti secondo la Cassazione a sezioni unite è stato definito *"il rapporto tra medico convenzionato e Asp un contratto di tipo privato (sentenza n. 16219/2001). Pertanto il medico di continuità assistenziale non può essere utilizzato come medico per l'emergenza sul 118"*. In alcune regioni la figura del medico di continuità assistenziale, con la scusante della parasubordinazione, viene utilizzata in maniera impropria in alcuni servizi quale l'emergenza. Spesso nella diatriba tra medicina generale e servizi per l'emergenza, il medico di continuità assistenziale viene visto come forza lavoro da sottrarre alla medicina di famiglia, ma le sentenze di Corte di Cassazione sez.IV (sentenza n. 44326 del 16-03-2003) hanno chiarito alcune responsabilità sul danno causato ai pazienti del medico convenzionato, che opera in perfetta autonomia e pertanto traccia una



**S.I.Me.T.**  
sindacato italiano  
medici del territorio

figura professionale non dipendente. Il servizio per l'emergenza (118) secondo il DPR del 27/03/1992 art- 91-94-95 deve avere una organizzazione autonoma e non può essere svolta da personale convenzionato che non ha assicurazione che copra i rischi verso se stessi e verso terzi.

In tempi di contratti atipici il rispetto delle regole è fondamentale. Troppo spesso si tende da parte pubblica a intendere il concetto di libero professionista come soggetto che deve assumersi dei rischi (scelta-revoca, malattia, costo dei fattori di produzione) e quello di parasubordinato quale sinonimo, camuffato o sotteso, di dipendente (subordinato), con compiti ma anche gerarchie, obblighi e sanzioni che attengono più propriamente a condizioni di subordinazione.

Lo stato giuridico del MCP va quindi declinato in maniera precisa e inequivocabile, non modificabile a livello decentrato.

Il Segretario Nazionale  
Dott. Mauro Mazzoni