

LA CARENZA DI MEDICI DI BASE IN ITALIA

Da tutte le parti si dice che in Italia manchino i medici di base. Ma è proprio vero che 44 mila medici e pediatri di famiglia, a cui si aggiungono 11 mila medici di continuità assistenziale (per la notte, le festività, ma anche per il giorno, in alcune zone carenti) non bastino per 59 milioni di italiani? In Inghilterra 37 mila *general practitioners* assistono 56,6 milioni di cittadini, bambini compresi. C'è forse qualche paradosso italiano da spiegare.

Esiste infatti una strozzatura, tutta italiana, che condiziona la disponibilità dei medici di famiglia ed è l'orario di lavoro settimanale. Nei [principali paesi europei](#), dove l'assistenza primaria funziona bene, i medici di base – siano liberi professionisti o dipendenti – lavorano per 38-40 ore settimanali (con punte di 52 ore in Francia e di 49 in Inghilterra), mentre in Italia i medici massimalisti con 1500 pazienti sono tenuti ad aprire l'ambulatorio, secondo il contratto, per sole (“non inferiore”, dice l'art. 35 dell'Accordo collettivo nazionale 2016-18) 15 ore alla settimana, 3 ore al giorno (tav. 1). È come se fossero disponibili meno di 20 mila medici a tempo pieno, anziché 44 mila. In realtà, i medici italiani sostengono un carico di lavoro pari se non superiore a quello dei colleghi europei, perché eseguono [5 visite](#) per paziente all'anno (e 9 contatti in totale; vedono e sentono 47 pazienti al giorno, in media), rispetto a 1 sola visita all'anno dei colleghi nordici, dove si paga il medico. E quindi lavorano sicuramente più delle 15 ore contrattuali – l'aneddotica sui massimalisti che passano più di 40 ore nello studio è molto ricca – peccato che non vi sia una sola ricerca a documentarlo. È un beneficio riconosciuto loro per lo status giuridico di liberi professionisti, prestatori di “lavoro autonomo, continuativo e coordinato”. Altro beneficio concesso, agli specialisti, è la possibilità di autolimitarsi il numero di scelte – e quindi l'orario – per svolgere anche la libera professione a pagamento.

Tav. 1 – L'esercizio dell'assistenza primaria in alcuni paesi europei. Anno 2023 o più recente

Paese	Abitanti/ medico	Rapporto di lavoro con il sistema sanitario pubblico	Ore lavoro/ settimana (contrattuali)	Lavoro in gruppo	N. visite/ anno per assistito	Prezzo visita a carico paziente €	Remunerazione del medico
Italia	1.325 ^a	libera professione	5-15	69% ^b	5,0	-	q. capitaria
Inghilterra	1.518	libera professione	37,5	100%	4,3	-	q. capitaria
Spagna	1.290	dipendenza	38	85%	3,5	-	stipendio + q.c.
Finlandia	1.217	dipendenza	≈40	100%	1,1 ^c	23 ^e	stipendio
Svezia	1.750	dipendenza (55%)	≈40	80%	1,2	9÷18	stipendio
Francia	1.623	libera professione	53 ^d	61%	2,8	11 ^f	tariffe

Fonte: ns indagine su siti ufficiali dei singoli paesi e altre fonti. È esclusa la guardia medica notturna e festiva

Note: a) Medici e pediatri di base ; b) in associazione semplice, in rete e in gruppo; c) visite dei soli medici; il 78% delle visite è effettuato da infermieri e altri paramedici; d) non vige un obbligo contrattuale (dato rilevato); e) al massimo per tre volte all'anno; f) prezzo pagato 30 euro, di cui rimborsati 19

Il secondo paradosso è che lavorano per la maggior parte da soli, non in gruppo, come all'estero, e spesso senza supporto di una segretaria e di un'infermiera, secondo un modello organizzativo e culturale di stampo novecentesco. A volte può essere l'orografia del territorio e la dispersione dei piccoli centri abitati a condizionare le loro scelte associative. Una *practice* inglese è organizzata come uno *small business*, con uno o più titolari (*partners, self-employed*) in cui lavorano in media 5,9 General practitioners (di cui 1,6 *salaried*), 5,4 tra infermieri, fisioterapisti e altri professionisti sanitari, 12 amministrativi e manager per un totale di 23,3 unità di personale (fonte Nhs Digital, 2024). Ha una dimensione media di 8.974 pazienti, ma può arrivare fino a 20.000. In Spagna i

medici di base sono dipendenti del *Sistema nacional de salud* e lavorano nei 3.042 *Centros de salud* urbani, di proprietà pubblica, che servono 20-30.000 abitanti e in cui operano *in equipo* 10-15 medici generalisti, 4-5 pediatri, 10-15 infermieri, 1-2 fisioterapisti, l'ostetrica, il dentista, il ginecologo e 5-7 amministrativi. Dispongono delle attrezzature per la diagnostica di base. Nei piccoli comuni sono attivi 9.998 *consultorios locales*, sempre di proprietà pubblica, dove sono presenti 1-2 medici di famiglia, 1 pediatra, 1 infermiere, 1 amministrativo (fonte Ministero de Sanidad e siti istituzionali).

In Italia abbiamo addirittura tre forme associative: l'associazione semplice, in rete e di gruppo, regolamentate da un vecchio decreto del 2000 (art 40 Dpr 270). Nelle prime due i medici continuano ad operare nel loro studio, cercando di coordinare l'attività e, se in rete, di condividere la scheda-paziente (se esiste): di fatto, è come se lavorassero da singoli; nella terza lavorano in un'unica sede. Possono associarsi da 3 a 8 medici, garantendo globalmente 6 ore di apertura al giorno. Percepiscono delle indennità variabili, secondo il tipo di associazione, che arrivano a coprire il 50% dei costi di personale infermieristico e di segreteria (se in gruppo). Secondo gli scarni dati del Ministero della salute, il 69% dei medici nel 2022 percepisce qualche indennità, perché associato, ma non è possibile distinguere tra le varie forme associative. Il 31% lavora come singolo e si può stimare che un 10-15% sia in associazione semplice, e di fatto singolo. Il massimo di associati si registra in Veneto (87%), Friuli V.G. (84%), Pa di Trento (84%), Emilia-Romagna (83%) e il minimo in Calabria (29%) e Molise (26%). Nel 2012 il decreto Balduzzi (DL 158) ha introdotto, al loro posto, le Associazioni funzionali territoriali (Aft) e demandato alle regioni di istituirle e organizzarle, secondo un proprio modello-tipo (art.1). Sono passati dodici anni, l'Acn 2019-21 le ha rese obbligatorie, ma ad oggi ancora nessuna regione le ha istituite.

L'organizzazione che più si avvicina ai modelli stranieri è la Medicina di gruppo integrata (Mgi), istituita nel 2015 dal Veneto, in base ad un accordo integrativo con i sindacati medici, seguita poi dal Friuli-V.G e dalla Pa di Trento, in cui i medici del gruppo, su base volontaria, si avvicinano presso un ambulatorio- sede centrale per garantire l'apertura continuativa dalle h 8 alle h 20, cinque giorni alla settimana, supportati da infermieri e personale di segreteria (pagati dalla regione) e da attrezzature diagnostiche di base. Ogni medico è tenuto al proprio debito settimanale di 15-17 ore, ma la turnazione consente la presenza costante di un medico durante l'intera giornata. Il 23% dei medici veneti aderisce a queste organizzazioni, con una media di 8 medici e 12.300 assistiti per sede (fonte: Assessorato alla sanità).

Il terzo paradosso dell'Italia è la presenza di molti medici di base sotto-occupati. Nel 2022 i medici con meno di 1000 scelte erano 7.597 (19% del totale). Le statistiche del ministero non distinguono, ma si tratta o di giovani medici che stanno acquisendo nuovi pazienti, oppure di specialisti che hanno lasciato l'attività ospedaliera, troppo stressante (turni, guardie notturne e festive), per esercitare, in contemporanea, la libera professione o di medici dei piccolissimi comuni di montagna. Per contratto sono tenuti a lavorare (almeno) 1 ora al giorno, fino a 500 scelte, o 2 ore al giorno tra 500 e 1000 scelte. È un lusso che il nostro paese non si può permettere.

Come risolvere allora il problema della carenza di medici di base, avendone un numero adeguato? L'Acn 2019-21 (art. 38) firmato lo scorso anno stabilisce che dal 2025 i (soli) nuovi convenzionati dovranno prestare attività per almeno 38 ore settimanali: dedicando 24 ore alle attività del Distretto sanitario, se hanno in carico da 400 a 1000 assistiti, 12 ore se da 1000 a 1200 e 6 ore se da 1200 a 1500. Dirottare questi medici al Distretto sembra uno spreco di risorse, viste le urgenti

necessità dell'assistenza di base. Chi saprà coordinare ogni giorno da 30 a 80 medici che si presentano con orari diversi? E per svolgere quali attività?

Tav. 2 - Distribuzione dei medici di medicina generale per numero di scelte e calcoli per la redistribuzione degli assistiti.
Anno 2022

Regione	Medici di medicina generale distinti per classi di scelte					Calcoli		
	Da 1 a 1000	Da 1001 a 1500	Oltre 1500	Totale	Assistiti per medico	Eccesso assistiti dei MMG con oltre 1500 scelte	Potenziati assistiti dei MMG con 0-1000 scelte	Costi per aumento orario settimanale (€ 24,25 ora)
	N°	N°	N°	N°	N°	N°	N°	milioni euro
PIEMONTE	359	1.063	1.366	2.788	1.345	-294.000	366.339	71,1
VALLE D'AOSTA	6	25	45	76	1.422	-9.150	8.086	2,0
LOMBARDIA	478	1.119	3.903	5.500	1.571	-594.750	400.962	139,2
PROV. AUTON. BOLZANO	13	84	191	288	1.563	-29.250	25.129	7,4
PROV. AUTON. TRENTO	32	103	195	330	1.415	-41.700	34.239	8,4
VENETO	196	823	1.870	2.889	1.467	-377.550	257.461	74,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	56	319	363	738	1.433	-92.850	95.195	19,3
LIGURIA	205	343	481	1.029	1.308	-110.400	142.857	25,3
EMILIA ROMAGNA	342	1.005	1.431	2.778	1.392	-347.700	346.057	70,6
TOSCANA	777	658	1.355	2.790	1.157	-278.700	374.421	62,6
UMBRIA	230	257	191	678	1.116	-79.200	132.878	15,7
MARCHE	179	365	460	1.004	1.302	-111.450	142.760	24,9
LAZIO	933	1.247	1.965	4.145	1.202	-486.900	571.806	99,9
ABRUZZO	283	385	298	966	1.161	-85.800	179.175	22,8
MOLISE	87	98	56	241	1.080	-9.450	49.123	5,6
CAMPANIA	515	959	2.068	3.542	1.366	-356.850	388.510	87,8
PUGLIA	936	1.347	736	3.019	1.137	-340.800	604.701	72,0
BASILICATA	126	179	119	424	1.130	-38.100	81.094	10,2
CALABRIA	386	574	360	1.320	1.223	-58.200	249.868	32,1
SICILIA	1.313	1.635	850	3.798	1.101	-274.050	787.872	88,2
SARDEGNA	145	386	492	1.023	1.386	-70.350	137.152	26,0
ITALIA	7.597	12.974	18.795	39.366	1.309	-4.087.200	5.375.678	965,5

Fonte: Ministero della salute, Annuario del Servizio sanitario nazionale 2022 e nostre elaborazioni

Tre semplici proposte, da inserire nel prossimo Acn 1922-24, potrebbero attutire, se non risolvere, da subito, il problema della carenza dei medici di famiglia (Tav. 2). Sul tavolo della discussione c'è anche la proposta di trasformare i medici di base in dipendenti del Ssn, ma richiederebbe tempi lunghi, per i molti nodi da sciogliere, e forse non sarebbe risolutiva. Magari torneremo su questo punto, per ora si potrebbe seguire la via più semplice dell'Accordo collettivo nazionale. Dai dati del [Ministero della salute \(2022\)](#) si può stimare che i medici ultra-massimalisti abbiano un eccesso di 4,1 milioni di scelte, rispetto al tetto di 1500, e che i medici "minimalisti" (da 1 a 1000 scelte) avrebbero un potenziale di assistenza di 5,4 milioni di pazienti (per arrivare fino a 500 o a 1000 scelte). Basterebbe rendere obbligatoria l'associazione – in rete o in gruppo (in attesa delle Aft) – tra i medici ultra-massimalisti e quelli con poche scelte per ovviare al problema. Non sarebbe una norma rivoluzionaria, ma il rispolvero dell'art. 32 dell'Acn 1978, firmato pochi mesi prima della legge sul Ssn. I giovani medici si dovrebbero associare con chi già supera la soglia, mentre gli specialisti rinunciare a qualche ora di libera professione: l'interesse generale dovrebbe prevalere su quello particolare. Ovviamente si dovrebbe verificarne la fattibilità per singolo "ambito territoriale" dell'Asl, dove si calcolano i fabbisogni dei medici. In secondo luogo, si dovrebbe

rendere obbligatoria l'associazione "in rete" (condivisione del fascicolo sanitario elettronico) per tutti i medici singoli (31%) e in associazione semplice (10% stimato) – sempre che sia fattibile a livello locale – per garantire, coordinandosi, l'apertura degli ambulatori per 12 ore al giorno e per 5 giorni/settimana. Peraltro va detto che in nessuno dei maggiori paesi europei gli ambulatori aprono per 12 ore, ma per 8 ore al giorno (tav. 1). Da ultimo, si dovrebbe riconoscere il lavoro effettivo svolto e, quindi, un impegno di 38 ore settimanali per i medici con 1000-1500 assistiti, di 25 ore per quelli con 500-1000 assistiti e di 12 ore fino a 500 assistiti per consentire un adeguato espletamento dei loro compiti. Il costo stimato sarebbe al massimo di 965 milioni di euro (24,25 euro/ora, secondo l'Acn), una cifra che risolverebbe per sempre l'annosa questione.

La soluzione alla carenza dei medici di famiglia sembrerebbe dunque a portata di mano. Con questa proposta: 1) si ridurrebbe il sovraccarico di lavoro dei medici con 1800 scelte – quasi la metà (48%) del totale (tav. 2) – che giustamente si lamentano della loro condizione; 2) si riconosce il lavoro fatto oltre l'orario contrattuale, remunerando 38 ore settimanali i massimalisti e, in proporzione, 25 e 12 ore i medici fino a 1000 o 500 scelte; 3) si migliora l'organizzazione del servizio, obbligando tutti i medici a collegarsi in rete, per accedere al fascicolo sanitario dei pazienti, e a coordinare gli orari per garantire l'apertura dalle ore 8 alle ore 20, per ridurre gli accessi al Pronto soccorso; 4) si chiede agli specialisti di rinunciare ad alcune ore di libera professione (forse già vuote), ritornando alle regole dell'Acn, per cui la libera professione è una concessione dell'Asl e non un diritto del convenzionato. Questa mini-riforma sarebbe sostenuta dallo stanziamento di circa un miliardo di euro, una cifra realistica e sostenibile, perché nessuna riforma si è mai fatta "senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica". Serviranno altre risorse per la fase due, quando si dovranno dotare gli studi medici di personale infermieristico e amministrativo. Per ora, fermiamoci ai medici e pediatri di famiglia.

Vittorio Mapelli

ex professore associato di economia sanitaria

Università degli studi di Milano