

## **Ma che ruolo vogliono avere i medici di famiglia?**

*di Gilberto Turati*

*Il ministro Schillaci ha fatto marcia indietro sulla riforma della medicina generale. Dietro l'alzata di scudi dei sindacati dei medici si intravede la difesa di uno status quo che mette a rischio non solo le Case della comunità, ma il futuro dello stesso Ssn.*

### **Una Casa della comunità che non si riesce a costruire**

Se ne parla da decenni, ha coinvolto numerosi ministri della Salute – l'idea di Case della salute arriva con Livia Turco, vent'anni fa -, ma la riforma della sanità territoriale in Italia continua ad essere un rebus irrisolvibile. Anche questa volta, alla fine, Orazio Schillaci ha dovuto gettare la spugna di fronte a una delle corporazioni più forti del nostro paese, quella dei “medici di famiglia”, che si sono messi di traverso alla riforma prospettata dal ministro minacciando uno sciopero della categoria.

Perché è ormai arcinoto che una riforma della medicina generale (e, più in generale, della sanità territoriale) sia indispensabile, anche ai politici che stanno in Parlamento: la transizione demografica (l'aumento della quota di anziani sul totale della popolazione), accompagnata alla transizione epidemiologica (l'aumento delle malattie croniche, dai malanni cardiovascolari ai tumori) richiede un mutamento della struttura dell'offerta pubblica, meno centrata sull'ospedale e più su quell'insieme di servizi territoriali che spesso mischiano sanità e assistenza sociale.

È in questo contesto che si inserisce una delle componenti della Missione 6 del Pnrr: il DM 77/2022 ha ridisegnato la sanità territoriale, affiancando ai grandi ospedali, le Case (e gli ospedali) della comunità come luoghi della cura per i cittadini. L'idea della Casa della comunità (che riprende dalle Case della salute) è quella di integrare i medici di medicina generale dentro équipe multidisciplinari, che coinvolgono altre figure professionali, quali infermieri di famiglia, specialisti ambulatoriali, assistenti sociali e personale di supporto socio-sanitario, coadiuvati da personale amministrativo. Ma il Pnrr serve per i muri, non per il personale. Così, fatti (più o meno) i muri, si deve trovare il modo di popolare le nuove strutture.

### **Per il medico di famiglia cambia l'organizzazione del lavoro**

Ed è qui che arriva la proposta di riforma della medicina generale promossa dal ministro Schillaci, che si delinea come l'ennesimo tentativo di ridisegnare il ruolo del “medico di famiglia” dentro una sanità territoriale più strutturata e integrata. Il perno del progetto è chiaramente il rafforzamento delle Case della comunità, considerate il nuovo fulcro dell'assistenza di prossimità e luogo riconoscibile della cura al pari dell'ospedale. Questo approccio ha raccolto anche l'adesione delle regioni, che dovranno poi realizzare la riforma.

Quali sono i punti chiave? Il primo è che il nuovo modello punta a modificare l'organizzazione del lavoro dei medici di medicina generale, aumentando la loro presenza nelle strutture territoriali e riducendo gradualmente la centralità dello studio individuale. La gestione dei pazienti cronici, la prevenzione e la

continuità assistenziale dovrebbero diventare attività sempre più integrate e coordinate all'interno delle Case della comunità, con l'obiettivo di rendere più uniforme e accessibile l'assistenza sul territorio e ridurre il ricorso improprio agli ospedali (incluso il pronto soccorso).

La riforma interviene anche sul sistema di remunerazione, ipotizzando un superamento parziale del modello capitaro basato esclusivamente sul numero di assistiti. L'idea è valorizzare maggiormente le attività effettivamente svolte, in particolare la presa in carico dei pazienti cronici, il lavoro in struttura e gli obiettivi di prevenzione (*pay-for-performance*).

Alla revisione della remunerazione si affianca anche una revisione della formazione, con la prospettiva di rendere la medicina generale una specializzazione universitaria a tutti gli effetti, più strutturata e simile alle altre discipline mediche. È un modo per rendere la scelta della medicina territoriale più attrattiva (quindi provare a risolvere la carenza di medici di famiglia), visto che oggi i corsi di formazione (gestiti dalle Regioni e dagli stessi medici) prevedono una borsa con importi più bassi di quelli garantiti da una specializzazione universitaria. È anche un modo per favorire un collegamento (che ci deve essere) tra i medici che lavoreranno sul territorio e gli ospedali universitari dove avranno acquisito parte della loro formazione.

Infine, uno degli elementi più significativi della riforma è l'introduzione di un modello "a doppio binario". Accanto alla tradizionale convenzione con il Servizio sanitario nazionale (oggi, ricordiamolo, i medici di medicina generale sono professionisti privati), verrebbe introdotta la possibilità di essere assunti come dipendenti pubblici. L'opzione sarebbe volontaria, pensata soprattutto per chi opera stabilmente nelle strutture territoriali, ragionevolmente per i nuovi medici formati con la nuova specializzazione universitaria.

### **La reazione dei sindacati dei medici**

Non appena sono cominciate a circolare le bozze della riforma, i sindacati dei "medici di famiglia" hanno reagito pesantemente, criticando innanzitutto il metodo, denunciando una scarsa condivisione del progetto e un coinvolgimento insufficiente nella fase di elaborazione. Sul merito, il "doppio canale" viene interpretato come un possibile passaggio verso la progressiva trasformazione dei "medici di famiglia" in dipendenti del Servizio sanitario nazionale, con il rischio di indebolirne l'autonomia professionale e il rapporto diretto con i pazienti.

Un'altra critica riguarda la centralizzazione dell'assistenza nelle Case della comunità, che rischia di ridurre la capillarità del servizio, soprattutto nelle aree periferiche e rurali, dove lo studio del medico rappresenta spesso il primo presidio sanitario disponibile. Viene inoltre evidenziato il rischio che l'aumento delle attività in struttura non sia accompagnato da adeguate risorse organizzative e di personale di supporto, con un conseguente aggravio del carico di lavoro.

Sul piano economico, la revisione del sistema di remunerazione viene vista con cautela, poiché il passaggio da un modello basato sul numero di assistiti a uno orientato a obiettivi e prestazioni potrebbe introdurre maggiore complessità amministrativa e minore stabilità del reddito professionale. Più in generale, la Fimmg e altre sigle della medicina generale esprimono timori sull'attrattività della

professione per i giovani medici e sulla sostenibilità complessiva del sistema, temendo che le nuove regole possano rendere meno appetibile la scelta della medicina di famiglia.

### **Una sfida che forse non si vuole accettare**

Su alcune critiche si potrebbe argomentare: ad esempio, il “rapporto diretto con i pazienti” cozza con l’esperienza quotidiana di chi cerca di parlare con il proprio medico di famiglia (o con il pediatra) e non lo trova. La “capillarità del servizio” si scontra con concorsi che vanno deserti, non solo nelle aree periferiche, ma anche nei grandi centri urbani, a Milano per esempio. I “timori sull’attrattività della professione” dovrebbero essere fugati da novità che la migliorano, ad esempio, con la specializzazione in medicina territoriale equiparata alle altre, che con la disponibilità di personale amministrativo che dovrebbe risolvere i problemi burocratici lamentati oggi.

Ma se si legge oltre la cortina di fumo, è chiaro che il problema è che i sindacati dei medici di medicina generale non vogliono accettare la sfida di lavorare in équipe multiprofessionali: vogliono continuare a gestire il proprio tempo e i propri spazi, con un reddito indipendente da ciò che fanno (altro che *pay-for-performance*). Chiaro che, con queste premesse, sono totalmente contrari alla dipendenza.

Il punto che rimane è di cosa abbiano realmente bisogno il Servizio sanitario nazionale e i suoi assicurati, cioè tutti noi. E, su questo, non c’è dubbio che abbiamo bisogno di una sanità territoriale degna di questo nome, con una forte integrazione tra sociale e sanitario. Qual è la proposta dei sindacati dei medici in merito? Quale ruolo rivendicano in questo quadro? Quale ruolo si immaginano per loro dentro le Case della comunità, atteso che ormai le abbiamo costruite e sarebbe insensato andare a Bruxelles a dire che ci siamo sbagliati? Il tempo sta per scadere e la sintesi politica va trovata ora, evitando le solite soluzioni gattopardesche, cambiando tutto per non cambiare niente. A rischio è la tenuta del Servizio sanitario nazionale.