

Il medico di medicina generale: un protagonista che manca alla cura

Sistema sanità
Massimo Massetti

Ogni giorno nei reparti e nel pronto soccorso delle strutture ospedaliere e dei policlinici universitari si avverte con chiarezza il valore insostituibile che dovrebbe avere il medico di medicina generale, conosciuto in un passato

nemmeno lontanissimo come medico di famiglia. La medicina generale di prossimità è il primo presidio di salute, quello dove il professionista conosce la storia del paziente, la sua famiglia e il suo contesto sociale. Eppure, di fronte alle sfide demografiche e alla crescente complessità della cronicità, il modello attuale, pur valido nella sua impostazione di base, deve essere modificato e potenziato per garantire una collaborazione più stretta e in continuità tra territorio e ospedale.

Lo sanno bene i cittadini e i malati che sperimentano la difficoltà di questo che dovrebbe essere il primo contatto con la cura: ambulatori aperti poche ore al giorno con i medici in difficoltà e oberati da una burocrazia e un numero di assistiti eccessivo che supera spesso i 1500. Da qui un'altra emergenza che investe l'assistenza di prossimità: sempre più cittadini hanno difficoltà a trovare un medico di famiglia, soprattutto nelle zone urbane ad alta densità di popolazione. Non solo: i disagi aumentano nelle zone rurali dove non bastano gli incentivi per i giovani medici chiamati a sostituire i colleghi andati in pensione. C'è poi lo smarrimento delle persone anziane e sole, rimaste senza dottore, che non riescono a trovarne un altro vicino a casa e sono costretti a percorrere anche 30 km. È proprio da questa esperienza quotidiana che emerge con forza la

medicina generale di prossimità forte, integrata e protagonista e mai solo spettatrice del percorso di cura. Solo così il medico di famiglia può tornare a esercitare pienamente il proprio ruolo di coordinatore della presa in carico integrata della cronicità: eseguire esami di primo livello sul territorio nelle case di Comunità, gestire programmi di prevenzione primaria e secondaria e curare in modo continuativo il paziente diabetico, scompensato o con Bpco, coordinarsi in tempo reale con lo specialista ospedaliero ed evitare duplicazioni e interruzioni del percorso terapeutico. Diventa, insomma, il vero "case manager" del malato.

È in questo quadro che si colloca il decreto legge del ministro Orazio Schillaci sulla riforma della medicina generale. Non si tratta affatto di smantellare una

professione, come i più ciechi difensori della situazione attuale pure hanno detto, ma di liberarne il potenziale e di renderla finalmente protagonista. Il provvedimento introduce un doppio binario volontario, convenzione

riformata con maggiore integrazione nelle strutture territoriali e rapporto di dipendenza con il Servizio Sanitario nazionale per chi lo sceglie, che permette ai medici di famiglia di lavorare in équipe multidisciplinari all'interno delle Case della Comunità, appena finanziate con un investimento di 2 miliardi di euro del Pnrr. La riforma restituisce invece dignità professionale al medico di medicina generale, lo riporta al centro del percorso di cura, dove dovrebbe stare: non più figura isolata, ma

coordinatore della presa in carico integrata della cronicità. Un modello virtuoso in questo senso esiste già in Europa e dimostra come l'integrazione strutturale della medicina generale produca risultati concreti. In Francia, le Maisons de Santé Pluridisciplinaires o centri multidisciplinari nati nel 2007 e potenziati dalla legge del 2016, hanno rafforzato la collaborazione tra medici di famiglia, infermieri e altri professionisti, migliorando la continuità delle cure, riducendo gli accessi inappropriati al pronto soccorso e alleggerendo la pressione sugli ospedali, senza intaccare l'autonomia professionale. In Spagna, la grande riforma dell'assistenza primaria del 1984-85 ha creato i Centri di Salute con équipe multidisciplinari territoriali (medici di famiglia, infermieri, pediatri e altri professionisti), garantendo una presa in carico globale, prevenzione, cura domiciliare e attività comunitarie: un sistema considerato tra i più solidi d'Europa, altamente efficace in rapporto ai costi e capace di migliorare gli outcomes di salute della popolazione grazie alla forte integrazione ospedale- territorio.

Ancora: in Germania, i modelli di cura integrata basati sui Hausärzte (medici di famiglia) e sui Medizinische Versorgungszentren (Mvz), centri pluridisciplinari, hanno valorizzato il ruolo gatekeeping del medico di



Peso: 39%

prossimità all'interno di reti coordinate con ospedali e specialisti, come dimostrato da esperienze di successo quali *Gesundes Kinzigtal*, dove la gestione multidisciplinare ha ridotto le riacutizzazioni croniche e ottimizzato le risorse del sistema. Il

vantaggio per il paziente è straordinario: continuità assistenziale vera. Non più un rimbalzo tra ospedale e territorio, ma un unico progetto di cura condiviso, personalizzato e monitorato nel tempo. Il malato non è più un "utente" che si perde tra le maglie del sistema, ma la persona al centro di un percorso coordinato tra prossimità e ospedalità.

Dal punto di vista del sistema, la riforma Schillaci è un investimento ad alto rendimento. Una medicina territoriale forte e integrata garantisce maggiore appropriatezza delle prestazioni: meno accessi impropri in pronto soccorso, meno ricoveri evitabili, riduzione della spesa ospedaliera. In un Paese che invecchia rapidamente e con risorse sotto pressione, la sostenibilità del Servizio sanitario Nazionale passa proprio da questa collaborazione strutturale tra ospedale e territorio. Sappiamo che alcuni colleghi di medicina generale temono un indebolimento della professione e, pur comprendendone le preoccupazioni, crediamo che il vero rischio sia mantenere lo status quo, senza evoluzione alcuna. È vero invece che riforma non toglie autonomia, ma la valorizza all'interno di un modello di squadra moderno, attraente anche per i giovani medici e finalmente allineato con le esigenze del XXI secolo. La specializzazione universitaria e una remunerazione orientata agli obiettivi di salute rafforzano ulteriormente la dignità della disciplina.

L'esperienza quotidiana negli ospedali dimostra che questa riforma trasforma la medicina generale in protagonista del percorso di cura. È l'unico modo per garantire una sanità veramente centrata sul malato, continua, appropriata e sostenibile. Il decreto Schillaci non è un'iniziativa isolata e decontestualizzata da una visione della riorganizzazione del SSN: questa segue la legge sul l'Umanizzazione delle Cure e il Benessere Organizzativo approvata l'anno scorso e i cui decreti attuativi sono nell'imminenza di essere firmati. Questa norma costruisce l'architettura giuridica che autorizza le Regioni a sperimentare modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi sanitari con una cura centrata sul malato e il suo problema di salute, che concretizza una nuova alleanza tra ospedale e territorio. Gli italiani, soprattutto i più fragili e gli anziani, meritano una medicina generale forte, moderna e integrata. La riforma va esattamente in questa direzione. E va sostenuta senza esitazioni.

*Direttore Dipartimento di Scienze Cardiovascolari
Fondazione Policlinico A. Gemelli*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**SI DEVE COSTRUIRE
UNA NUOVA
ALLEANZA
TRA OSPEDALE
E TERRITORIO
PER I PIÙ FRAGILI
E GLI ANZIANI**

1.500

L'INTASAMENTO
Spesso si accumulano i tempi per le prestazioni di base anche perché ci sono medici di base che hanno una clientela di oltre 1.500 assistiti.



Peso:39%

565-001-001

Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.