

**COPERTINA**

# L'ANNO ZERO DEI MEDICI DI BASE

I camici bianchi sono fortemente contrari alla riforma della categoria voluta dal governo, soprattutto nella parte che li vuole dipendenti e che li vincola a un orario di lavoro. L'unico modo per far fronte alle carenze territoriali e per aprire - finalmente - le Case di comunità. Liberando i Pronto soccorso.



di Maddalena Bonaccorso

**È** la tarda mattinata di un lunedì qualsiasi e allo sportello di scelta e revoca del medico di base va in scena lo psicodramma. Nella Lombardia delle eccellenze della salute, punto di approdo di pazienti che arrivano da ogni parte della Penisola per trovare le cure migliori, mancano ormai 1.540 medici di famiglia (sono 5.700 i posti vacanti in tutta Italia), e la signora Silvana - anni 83, il suo dottore è appena andato in pensione lasciando più di 1.300 pazienti senza assistenza - ha trovato un'unica alternativa: un professionista con ambulatorio a molti isolati da casa sua. «Non so come farò ad andare alle visite, ma mi reputo comunque fortunata, perché anche oggi tante persone non sono riuscite a ottenere un posto: io sono venuta a far la fila per cinque volte e alla fine ce l'ho fatta. Probabile che a questo dottore sia appena morto un assistito e quindi oggi c'era "un buco" per me».

Cinismo a parte, è la nostra amara verità: i medici di base non bastano più e quindi, alla faccia del tanto invocato rapporto fiduciario, per trovarne uno occorre prendere un numero alla lotteria dei posti. In molte zone del Paese i pensionamenti corrono molto più veloci dei nuovi ingressi e migliaia di cittadini restano senza un riferimento sul territorio. È su questa carenza, prima ancora che sui modelli organizzativi, che si gioca la partita della riforma della medicina generale alla quale il ministro Orazio Schillaci sta lavorando da settimane, tra polemiche, veti incrociati di sindacati e corporazioni, ma anche da parte della stessa maggioranza di governo: Forza Italia, con Antonio Tajani, ha espresso contrarietà a «far regredire i medici di famiglia ad anonimi burocrati chiusi nelle Case di comunità».

Il decreto d'urgenza, discusso con Regioni e sindacati, arriverà in Consiglio dei ministri entro la fine del mese. Anche perché sull'esecutivo incombe una spada di Damocle: il problema delle Case di comunità. Entro il 30 giugno, l'Europa ci

chiederà conto della loro realizzazione, e l'Italia rischia di perdere i finanziamenti della Missione 6 del Pnrr per non aver raggiunto gli obiettivi: secondo gli ultimi monitoraggi, infatti, solo il 4% (66 su 1.715) di queste strutture è attiva. Perché le Case di comunità diventino operative occorre intervenire sulle norme che disciplinano il rapporto tra i medici di medicina generale e il Servizio sanitario nazionale. Ecco il perché della "corsa" del ministro.

**Ma quali sono i punti salienti di questo decreto?** «La riforma Schillaci ridisegna la medicina territoriale con un modello a doppio canale» dice a *Panorama* Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Milano. «I medici di famiglia potranno continuare a lavorare come liberi professionisti convenzionati, ma per chi vorrà ci sarà la possibilità di diventare dipendenti del Servizio sanitario nazionale e prestare servizio nelle Case di comunità: con nuovi obblighi organizzativi e integrazione nella rete territoriale. Per noi, però, questa idea comporta alcune criticità: si perderebbe il rapporto fiduciario con i pazienti, e si verrebbero a creare due "categorie" di professionisti all'interno della stessa branca. Non ci sembra giusto, né equo».

Ma già adesso, con le mille difficoltà riscontrate dai cittadini per ottenere una visita dal medico di base si potrebbe dire - ironizzando ma non troppo - che il rapporto fiduciario in molti casi è possibile solo con le loro segreterie. Nelle intenzioni del ministro c'è anche un cambio dei criteri di remunerazione: non più legati per la massima parte al numero di assistiti, ma anche alla partecipazione ai percorsi di presa in carico dei pazienti, a una quota di ore (6 a settimana) da dedicare alle case di comunità, alla partecipazione a monitoraggi, e ai risultati.

Si potrebbe definire "meritocrazia", ma c'è polemica anche su questo argomento. Tutti contrari, a eccezione di Ugl Salute. «Passare a una remunerazione legata a obiettivi e all'obbligo di ore nelle nuove strutture è una sfida necessaria per rafforzare l'assistenza primaria», dice il segretario della sigla sindacale, Gianluca Giuliano. «Non possiamo più pen-

sare di mantenere uno "status quo" che si sta dimostrando carente».

È previsto inoltre un riordino della formazione: se oggi infatti per diventare medici di medicina generale si segue un corso triennale su base regionale, con la riforma servirà un percorso specialistico universitario della durata di 4 anni. I medici di base non sarebbero più - secondo l'immaginario della categoria sanitaria - le "pecore nere" della situazione, quelli con meno competenze, ma specialisti equiparati agli altri. Perché è un fatto che - attualmente - i medici, si lamentano tutti. Gli ospedalieri con il territorio, perché non filtra i pazienti e fa ingolfare il Pronto soccorso, i medici di famiglia con la burocrazia, con i colleghi che li sminuiscono e il sistema che non garantisce loro il diritto a malattia e ferie.

Inoltre, anche i pazienti sono cambiati: nell'era di dottor Google, sono sicuramente più "eruditi" di una volta e il dottore che visita "a mani nude" (ammesso di trovarlo) non ispira più fiducia: se quando ci si reca in visita non si ottiene almeno un'ecografia o una prescrizione per altri esami si esce dallo studio insoddisfatti. Sull'idea di assumere i medici di base per mandarli in Casa di comunità, tuttavia, grava un altro problema, quantomeno per le Regioni in piano di rientro, cioè Abruzzo, Calabria, Molise, Sicilia, Lazio e Puglia. «Premesso che ormai il 90% dei Pronto soccorso è perennemente sovraffollato e che il 70% degli accessi sono inappropriati, cioè sono persone che andrebbero viste altrove, allora è necessario che questo altrove funzioni» dice Renato Costa, responsabile Cgil Sanità per la Sicilia.

**«Solo che per le Regioni in piano di rientro non è possibile assumere nuovi**



medici per le Case di comunità. Occorrerà quindi rivolgersi a cooperative? Si ricadrà nel meccanismo dei gettonisti? Vedremo cosa succederà». Fatto sta che da almeno vent'anni tutti riconoscono che la sanità territoriale va riorganizzata, ma ogni volta che si prova a cambiare qualcosa la riforma si arena. È eccessivo dire che sulla medicina generale esiste un potere di veto capace di condizionare governi, Regioni e Parlamento? «Non è per nulla esagerato, anzi» conferma Gilberto Turati, ordinario di scienza delle finanze alla Cattolica di Milano e coordinatore della laurea magistrale in healthcare management. «Non dobbiamo però pensare che le corporazioni siano compatte nel bloccare l'innovazione: c'è uno zoccolo duro di sanitari anziani ancorati al passato, ma ci sono molti medici di base giovani che questa sfida la accettano. Occorre rendersi conto che il modello del medico di base di un tempo non è più quello che serve. Faccio un paragone: negli anni Settanta ci si è accorti che l'operaio di una volta, quello che sapeva fare più o meno tutto, non corrispondeva più alle esigenze della grande industria manifatturiera. Il problema è stato gestito con l'inserimento di quelli specializzati. Nel caso dei medici di base si può procedere a esaurimento: con il pensionamento dei più anziani, si entra nel nuovo sistema, con professionalità aggiornate e formazione universitaria».

**Impiegheremo 10-15 anni? Da qualche parte occorrerà pure iniziare**, piuttosto che arroccarsi nel concetto che poi all'interno della categoria si creerebbero medici di "serie a" e di "serie b". «La storia della formazione di questi sanitari non sta tanto nel concetto del "togliamola alle Regioni in favore dell'università"», conclude Turati. «Ma è

piuttosto quella di creare figure nuove, perché di questo c'è bisogno. I cittadini chiedono servizi, e ora come ora, quando si cerca il medico di base, non si trova. Chiami un minuto dopo le 9 e non puoi più ottenere una visita e magari hai il bambino con la febbre alta: ovvio che vai in Pronto soccorso. Se c'è una Casa di comunità, il problema si risolve. Non sarà il tuo pediatra, ma è comunque un medico. È il senso della riforma».

E infatti, mentre la Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) e altre sigle alzano le barricate e minacciano lo sciopero, tanto che remunerazione e percorso universitario potrebbero essere inseriti in un successivo disegno di legge, il mondo reale ha proprio questi problemi. Rachele è una mamma single, ed è al Pronto soccorso pediatrico del Buzzi di Milano con la sua bambina di 4 anni, per un'otite insistente che magari non sarà particolarmente grave, ma non c'è altro modo per saperlo se non cercare un medico.

E il pediatra di libera scelta? «La legge consente di non lavorare nel prefestivo. Quindi il nostro pediatra per il primo maggio ha fatto il "ponte", chiudendo lo studio il mercoledì e lo riaprirà lunedì. E se la bambina ha qualcosa di grave?». Negli ultimi anni governo e Regioni hanno cercato di arginare le carenze della medicina territoriale con mi-

sure emergenziali come l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni e le deroghe all'aumento del massimale di assistiti: acqua fresca. «La medicina della complessità non può essere gestita con strumenti del Novecento», dice a *Panorama* il professor Paolo Nucci, ordinario di oftalmologia all'Università degli studi di Milano e autore del libro *Allora mi curo da solo* (edizioni Piemme) dedicato alla difficoltà dei pazienti di oggi. «Checché ne dicano sindacati e associazioni di categoria, l'unica possibilità di salvare il sistema sta nel superamento progressivo del format artigianale. Il medico di base deve diventare parte di una rete, non restare un'entità separata. Può mantenere il rapporto fiduciario, ma deve partecipare a un sistema organizzato, misurabile e multiprofessionale».

**Il vero banco di prova non sarà quindi il testo del decreto**, ma quello che accadrà un lunedì mattina davanti a uno sportello o un giovedì pomeriggio dietro la porta di un ambulatorio. Se per una visita bisognerà ancora sperare che da qualche parte si liberi un posto, o che il nostro dottore - bontà sua - tenga aperto in un prefestivo, allora non avremo riformato un bel niente. Oltre a perdere i soldi europei. Il mondo è cambiato: piaccia o meno, occorre che cambino anche i medici. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**SENZA CASE**

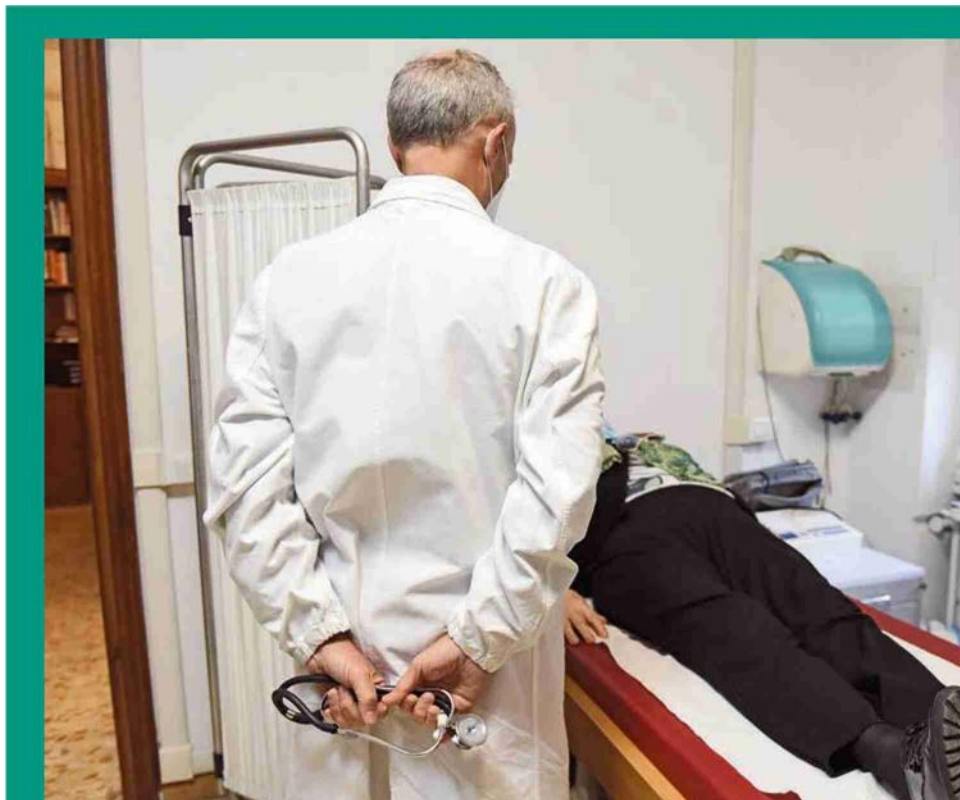
La mancanza di medici di base spinge gli assistiti a recarsi nei Pronto soccorso: questo perché le Case di comunità, che dovevano alleggerire i presidi ospedalieri, sono in ritardo e, quelle che ci sono, hanno problemi di personale.



**5.700**

**QUELLI CHE MANCANO**  
Entro il 2028 sono previsti altri 8 mila pensionamenti, mentre i giovani latitano.





**TROPPO POCCHI**  
Un medico di famiglia visita un paziente nel suo ambulatorio e, sopra, uno sportello milanese dove i cittadini si recano per cambiare medico. A destra, il ministro della Salute Orazio Schillaci, promotore della riforma che porta il suo nome e attesa per la fine del mese.



**PAZIENTI IMPAZIENTI**  
Sopra, la cover del libro *Allora mi curo da solo*. Cinquanta cose da evitare per il bene di tutti (Piemme, 144 pagine, 18 euro) del professor Paolo Nucci, ordinario di oftalmologia all'Università degli studi di Milano.





Getty images, Contrasto (2), iStock

**PEDIATRI INTROVABILI** Spesso i genitori di bambini piccoli sono costretti a rivolgersi al Pronto soccorso per avere visite rapide, dato che i professionisti sono pochi.

