

L'ANALISI

Errori strategici e lobby Perché la riforma dei medici è fallita

DANIELE COEN

Pochissimi giorni dopo il no del governo alla "Riforma Schillaci", è giunto un accordo con le sigle sindacali dei medici di medicina generale che suona come la condanna definitiva di qualsiasi serio tentativo di riforma della medicina territoriale. Per riassumere quanto già detto in due recenti articoli, la riforma prevedeva la presenza di medici stabilmente inseriti nelle Case di comunità (Cdc) per gestire, in collaborazione con infermieri domiciliari e assistenti sociali, i bisogni clinici e assistenziali dei pazienti più fragili e complessi. Considerata la scarsità di medici di medicina generale e la loro ancora più scarsa disponibilità a far parte di questo progetto, il ministro Schillaci, con il consenso di tutti gli assessori regionali, aveva previsto di assumere a contratto di dipendenza un numero limitato di medici per garantire in ogni caso il buon funzionamento delle Cdc.

Purtroppo, la maggioranza di governo, incalzata dalla fortissima lobby dei medici di famiglia, ha preferito parторire un topolino, affossando la riforma e siglando al suo posto un accordo privo di afflato innovativo, tanto nel metodo quanto nei contenuti.

In sintesi, i medici di medici-

na generale garantiranno la loro presenza nelle Cdc per un massimo di 6 ore settimanali. Il meccanismo prevede che siano le Ast a stabilire il numero di ore da coprire, mentre saranno i medici stessi, nelle loro forme di aggregazione territoriale, a selezionare chi e in che modo si presterà a coprire i turni. È evidente che si tratta di una logica minimalista e puramente prestazionale: io ti offro alcune ore di lavoro aggiuntive e tu me le paghi. Punto e a capo.

Visto che il diavolo si nasconde nei dettagli, è bene coglierne almeno due in questa vicenda. Il primo è che nel testo di riforma si sottolineava la necessità che i medici fossero "stabilmente" presenti nelle Cdc; il secondo, uguale e contrario, è che l'accordo siglato prevede che i medici prestino la loro attività in turni di 3 ore, per non più di due volte a settimana. A queste condizioni è impossibile pensare di svolgere un lavoro continuativo e collaborativo, visto che i medici compariranno per poche ore e poi non si rivedranno prima di 7 o più giorni. Giusto perché tutto sia chiaro, ricordo che i pazienti di cui questi medici dovrebbero occuparsi non sono necessariamente i loro e che sarà quindi indispensabile coinvolgere (come?) anche il medico di base nella cui lista i pazienti sono iscritti.

È dunque molto più probabile che ai medici di medicina generale si finisca per

chiedere solo di svolgere un'attività di piccolo cabotaggio. Nella migliore delle ipotesi, terranno aperto un ambulatorio per le piccole urgenze (nella speranza di ridurre almeno un po' gli accessi impropri al Pronto soccorso) o compileranno ricette e prescrizioni per i cittadini rimasti senza medico di fiducia. Cose dignitose e necessarie, per carità, ma certo molto lontane da una vera riforma dell'assistenza territoriale.

Alternativa dimenticata

C'è un ultimo punto da sottolineare. L'attenzione centrata sulle Cdc fa sì che nessuno parli più di riconsiderare le modalità di lavoro dei medici di medicina generale e di restituire a questi professionisti i compiti che hanno da tempo abbandonato. Si potrebbe ragionare, per esempio, di rendere obbligatoria la medicina di gruppo, assegnandole sia la gestione delle urgenze minori sia la collaborazione strutturata con gli altri professionisti della salute che lavorano nelle Cdc. Qualcosa del genere esisteva nel progetto iniziale delle Cdc, che prevedeva una Cdc di prossimità (detta "spoke")



Peso: 42%

ogni 12.000 cittadini (cioè ogni 8 medici di medicina generale). Sarebbero stati centri piccoli, non lontani dai loro assistiti, ma in grado di offrire un'assistenza multiprofessionale informale ed efficiente. Si è invece preferito puntare, per motivi economici e politici (tra i quali gli obblighi imposti dal Pnrr), su Cdc più grandi (dette "hub") in numero di una ogni 50.000 abitanti, strutture che si stanno rive-

lando poco diverse dai poliambulatori che erano e ai quali, in molte regioni d'Italia, si è semplicemente deciso di cambiare il nome sulla targa all'ingresso.

In conclusione, in quest'estate del 2026 registriamo una vittoria schiacciante della corporazione medica (che non necessariamente rappresenta i tanti ottimi medici che ancora ci assistono nei loro ambulatori di

medicina generale) e il tramonto di un coraggioso progetto di riforma.



Con il Pnrr si è deciso di finanziare le nuove Case di comunità, seguendo però il modello dei grandi hub

FOTO ANSA



Peso: 42%