

IL SSN SENZA MEDICI DI FAMIGLIA E I MEDICI DI FAMIGLIA SENZA SSN: CHE SENSO HA?

Le criticità, in particolare dei servizi territoriali, emerse durante la pandemia, l'enfasi posta da molti sulla necessità di riforma e rafforzamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), i fondi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sulla missione Salute e le proposte di vari gruppi di esperti e Associazioni professionali^{1,2} avevano fatto pensare che, dopo anni di tagli di risorse, di inerzia e di crescenti disuguaglianze e intollerabili diversità tra Sistemi regionali (si pensi alla disomogeneità dei Piani vaccinali per l'infanzia come acme del disordine concettuale diffuso), fosse finalmente venuto il tempo di ridare fiato ed efficacia al nostro SSN, soprattutto nella sua componente territoriale.

Tuttavia, pare che quanto sia emerso dal dialogo tra Governo, Regioni e "parti sociali" sia una serie di soluzioni all'italiana, che tipicamente mascherano dietro roboanti affermazioni di principio (in questo caso sulla *primary health care*, l'equità ecc.) un sostanziale nulla di fatto, se non un arretramento, su diverse questioni^{3,4}. Due in particolare colpiscono: il ruolo dei Distretti e quello dei medici di Medicina generale (MMG) e dei pediatri di famiglia (PdF).

Quanto ai Distretti, la loro piena attuazione come polo di governo integrato di tutta la Sanità territoriale, il cui perno operativo sono le Case della Comunità (CdC), è lasciata infatti alle Regioni, è un *optional*. Tra l'altro: "Case di Comunità"... Case della Salute, coniato di recente, non andava bene? Non era, soprattutto, più comprensibile per il pubblico? Accade dunque anche di assistere a cose singolari. Ad esempio: da una parte la Regione Friuli-Venezia Giulia, un tempo - molto passato - all'avanguardia, di fatto si appresta a farsi beffe del DM 77/2022 e pure dello spirito del PNRR e cancellare o ridimensionare l'esperienza di Distretti che interpretavano lo spirito della riforma; dall'altra, una Regione sempre criticata per un modello che ha visto sacrificata la Sanità territoriale, quale la Lombardia, ha approvato un Decreto Regionale che vede invece una lettura avanzata dello stesso DM 77/2022, dove si afferma, ad esempio, che il Distretto "assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali"; ha compiti di produzione (effettua direttamente servizi), di committenza (governa gli attori convenzionati-accreditati) e di garanzia dei servizi (è il responsabile a livello locale)⁵.

Quanto ai medici di famiglia, il loro ruolo rispetto alla riorganizzazione dei servizi territoriali resta "collaterale": possono dare un contributo orario al lavoro delle CdC, ma con obblighi limitati. Possono continuare a lavorare individualmente, cioè in modo del tutto anacronistico. I sindacati medici hanno difeso questa loro scelta, imposta a un Governo incapace di imporre quella visione pur declamata dei servizi territoriali dietro un falso: e cioè che un rapporto più organico con il SSN farebbe venir meno il "rapporto di fiducia". Questo in realtà nella Medicina di gruppo, quella forma organizzativa che era stata proposta², è mantenuto, anzi rinforzato, perché ciascun paziente mantiene il "proprio" medico, solo che quando questo non è presente non è necessario attendere o correre in ospedale ma è possibile ricevere una risposta competente da un altro professionista del gruppo che ha accesso alle schede personali, che condivide i protocolli

ecc., durante tutto il giorno e una parte del fine settimana. Invece, MMG e PdF possono fare a Firenze quello che non fanno a Trieste o a Palermo, in base ad accordi diversi sul piano territoriale. Possono continuare a dire che il SSN non fa questo e quest'altro per loro, senza comprendere che un loro rapporto labile con il SSN non solo non è nell'interesse dei pazienti ma del loro stesso lavoro, che mai come oggi ha bisogno di essere organicamente integrato con quello di altri professionisti della salute che lavorano nelle CdC e di rispettare piani concordati per ogni Distretto o Azienda o Regione. Il loro lavoro potrebbe essere così soprattutto più gratificante, in particolare per i giovani che non possono ritrovarsi in un ruolo solitario e separato come quello attuale.

Avevamo scritto, non da soli, che non era necessario riportare la Medicina di famiglia nell'alveo contrattuale della dipendenza dal SSN per risolvere la questione, che è culturale, formativa, organizzativa prima che di tipologia contrattuale^{1,2}. Ma se poi i contratti con i medici di famiglia non stabiliscono un minimo accettabile di "doveri" e di corrispondenti diritti - vale a dire da un lato continuità, obiettivi, indicatori di qualità e dall'altro opportunità professionali e voce all'interno dei Piani aziendali - se non incentivano seriamente, per chiunque non presti servizio in zone remote, la Medicina di gruppo e le modalità per un rapporto organico con le CdC, e sono diversi da Regione a Regione, cosa resta della Medicina territoriale? Resta una faticosa ricerca su base locale di accordi e collaborazioni, fondate queste ultime su disponibilità individuali più spesso che su accordi scritti.

Perché è accaduto tutto questo? Perché hanno prevalso gli interessi alle evidenze, perché si è ceduto ai sindacati medici, probabilmente anche perché chi aveva il potere di decidere all'interno del Ministero non possedeva una diretta conoscenza della realtà dell'assistenza territoriale. E perché all'interno dei sindacati medici hanno prevalso interessi di corto respiro piuttosto che le motivazioni per cui la stragrande maggioranza aveva deciso di essere medico.

Male, comunque. Resta, al solito, spazio per la buona volontà, la competenza, dei singoli professionisti e dei singoli dirigenti operatori. Agli utenti, resta la *roulette*: dove risiedi, che medico hai, che dirigenti sono a capo dell'Azienda sanitaria.

Bibliografia

1. Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia. <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>
2. Centro per la Salute del Bambino e Associazione Culturale Pediatri. Senza confini: come ridisegnare le cure per l'infanzia e l'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze. Seconda edizione, 2021.
3. Ministro Della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. GU Serie Generale n. 144 del 22-06-2022.
4. Il Libro Azzurro. DM77 adottato in via definitiva: nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie.
5. Regione Lombardia. Delibera N. 6760. Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale. Seduta di Giunta numero 239 del 25 luglio 2022, XI Legislatura.

Giorgio Tamburlini

Centro per la Salute del Bambino onlus, Trieste