



L'autodistruzione della prossimità nella sanità territoriale

Trent'anni di riforme hanno trasformato il Mmg da clinico a manager e burocrate aziendale.

Tra la trappola della strategia dell'incentivazione, che ha frammentato l'assistenza, e il miraggio delle Case di Comunità, il rischio reale è la smilitarizzazione del territorio

Alessandro Chiari

Segretario regionale Fismu e Vicesegretario Fmt, Emilia-Romagna

In questi ultimi trent'anni il modo di lavorare del Mmg è fortemente cambiato, passando da un basso livello di lavoro manuale ad una *golden age* dove era diventato *manager* di se stesso, fino a trasformarsi in un responsabile amministrativo delle risorse e delle spese aziendali dal lato farmacologico e assistenziale. Abbiamo così assistito a un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale.

I progetti a incentivo

La politica della contrattazione dell'organizzazione del lavoro nella Medicina generale (Mg) è stata *in primis* viziata dalla "strategia dell'incentivazione". Si è mirato, cioè, a incentivare il medico di famiglia in relazione a progetti specifici che lo hanno portato a un'accresciuta mole di lavoro. Il meccanismo, sebbene partito con la migliore delle intenzioni - ovvero il miglioramento dell'assistenza attraverso una serie di progetti peculiari e proprietari, per cui l'azienda incentivava i medici che si impegnavano negli obiettivi consensualmente fissati -, è implosivo. Invece di portare l'assistenza a un livello ottimale, di fatto si è fram-

mentato il sistema offrendo differenti *standard* prestazionali, basati esclusivamente sull'adesione dei medici ai diversi progetti. Con l'esito di un'assistenza erogata per niente uniforme.

Quello che sta accadendo ora è il tentativo di regimentare l'assistenza territoriale, concentrando i Mmg in strutture ad alta visibilità politica. In questi contesti il medico opera all'interno di un'organizzazione più complessa, ma si trova anche a farsi carico di una serie di compiti burocratici distrettuali non necessari all'assistenza clinica. Si assumono così mansioni amministrative proprie dell'organizzazione aziendale, che alleggeriscono le aziende sanitarie, ma gravano sul professionista con attività del tutto estranee alla sua reale funzione.

Il miraggio delle Cdc

Concentrare le risorse nelle CdC e negli Ospedali di Comunità, smantellando la rete capillare degli ambulatori, è un grave errore di 'smilitarizzazione' del territorio. Questo declino dell'assistenza di prossimità porta a un'ospedalizzazione territoriale centralizzata, che allontana i servizi dai cittadini, genera confusione e distrugge il rapporto fiduciario fondato sulla libera scelta del

medico. Come Mmg, viviamo ogni giorno il confronto diretto con il cittadino, un 'paziente psico-sociale' che, rimasto assetato di sanità dopo la pandemia, spesso non tollera i limiti normativi in cui siamo costretti a muoverci.

La spinta contrattuale verso l'associazionismo medico, nata per ammortizzare spese di gestione crescenti, ha spinto i medici di famiglia ad aggregarsi in macro-studi comuni. La 'medicina di gruppo' ha così vissuto una forte espansione, ma a scapito della capillarità sul territorio. A pagare il prezzo più alto sono i pazienti fragili: un'utenza penalizzata dagli acciacchi dell'età che, oggi più che mai, ha bisogno di servizi di prossimità e di quel vecchio medico di fiducia raggiungibile nello studio sotto casa.

