



L'illusione di una riforma a geometrie variabili

■ Anna Sgritto

La vera domanda non è più se l'assistenza territoriale cambierà. Il cambiamento è già strutturalmente iniziato. La domanda cruciale è se il Servizio sanitario nazionale riuscirà a governarlo senza impoverire ulteriormente, e in modo irreversibile, la propria rete diffusa.

Da mesi il dibattito istituzionale e sindacale si concentra su tecnicismi contrattuali: dipendenza, ruolo unico, debito orario e assetto delle Case di Comunità. Ma sotto la superficie della trattativa si consuma un problema molto più profondo e silenzioso: la progressiva perdita di attrattività della professione sul territorio.

I dati e la realtà quotidiana parlano chiaro. Sempre meno giovani medici scelgono questa strada; sempre più professionisti decidono di lasciare anticipatamente la convenzione o evitano sistematicamente di accettare incarichi nelle aree periferiche. Eppure, proprio mentre il sistema chiede ai Mmg di farsi carico di nuove e complesse funzioni organizzative, il territorio continua a perdere pezzi, svuotandosi di medici, personale di supporto e capacità assistenziale.

Il rischio tangibile è che la riforma nasca già monca, intrappolata dentro una contraddizione irrisolta: l'ambizione di costruire nuove strutture senza aver prima ricostruito, e motivato, il corpo professionale che dovrebbe abitarle.

Le Case di Comunità rappresentano senza dubbio una sfida importante per il rafforzamento delle cure primarie. Ma difficilmente potranno funzionare se il sistema continuerà a scaricare sui medici di famiglia nuove responsabilità a costo zero, ovvero senza investire in modo massiccio su organizzazione, tecnologie, personale amministrativo e reale lavoro in équipe. Esiste poi una variabile cruciale che il confronto politico ed economico finge di non vedere: la geomorfologia del territorio italiano. Il modello standardizzato delle grandi strutture rischia infatti di rivelarsi un abito sartoriale applicabile solo alle aree urbane e metropolitane. Al contrario, rischia di lasciare ancora più fragile e scoperta l'assistenza nei piccoli comuni, nelle aree interne e nelle zone montane, dove lo studio medico continua a rappresentare, spesso, l'unico e ultimo presidio sanitario realmente accessibile per la popolazione.

In moltissime realtà periferiche del nostro Paese la priorità non è capire come integrare il professionista dentro la Casa di Comunità, ma evitare che interi territori restino completamente privi di un'assistenza di base stabile.

Per questo motivo, la posta in gioco nella trattativa aperta tra Ministero, Regioni e sigle sindacali va ben oltre il rinnovo di un contratto o la redistribuzione dei carichi di lavoro. Investe direttamente il modello stesso di prossimità e di equità sociale che il Ssn intende garantire nei prossimi anni.

Se non si inverte la rotta, l'esito della riforma è già scritto. Il pericolo reale non è soltanto quello di ritrovarsi con professionisti meno autonomi e più burocratizzati. Il rischio vero, e molto più drammatico, è quello di avere una sanità territoriale progressivamente invisibile e, alla fine, semplicemente assente.