

## Medicina Generale: un futuro a tinte fosche

Per il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, il processo di trasformazione che oggi si propone ai Mmg attraverso la Mission 6 del Pnrr e il relativo Dm 77 presenta dei grossi limiti e non porterà né una rivalutazione del ruolo dei medici di medicina generale nel Ssn né alla strutturazione di una medicina territoriale adeguata ai bisogni di salute

Anna Sgritto

C'è un grande disagio medico presente in tutta la categoria professionale, espresso dalla fuga dagli ospedali pubblici, dal malessere di chi lavora nel privato accreditato, dalla crisi delle vocazioni in medicina di famiglia che ha esitato in una carenza strutturale di questi professionisti in tutto il territorio nazionale. Una professione, quella dei Mmg, sottoposta a una estenuante burocrazia lontana dalla mission professionale e soggetta a una crisi profonda di identità, in un contesto di confusione dei ruoli. I medici di famiglia sono pochi, non valorizzati e non adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e con malattie croniche. Di queste problematiche abbiamo parlato con il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, **Roberto Carlo Rossi**.



**La medicina amministrata ha influito sulla crisi attuale dei medici di medicina generale nel nostro Paese?**

“ Il termine medicina amministrata mi piace molto perché mi fa pensare alle riflessioni di Ivan Cavicchi sulla materia. Cavicchi nei suoi libri, infatti, ne ha dato una definizione efficace: la medicina amministrata è la negazione della medicina scientifica. Detto ciò, di fatto oggi assistiamo a un progressivo svuotamento del ruolo del medico, non solo del medico di medicina generale, che è maggiormente evidente, ma anche dei medici ospedalieri. Per comprendere come siamo arrivati a questo punto bisogna partire da una premessa: la medicina è a



**Roberto Carlo Rossi**

*Laureato in Medicina e Chirurgia a Milano nel 1989, specializzato in Cardiologia nel 1994: medico di medicina generale presso la Asl Città di Milano, iscritto all'Albo dei C.T.U. e dei Periti del Tribunale di Milano, animatore di Formazione per la Medicina Generale, medico di categoria presso le Commissioni per l'Accertamento dell'Invalidità Civile.*

*Presidente Provinciale Snam (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani) Milano e Presidente Regionale Snam Lombardia, tiene regolarmente seminari e lezioni su argomenti di diritto sanitario a studenti del Corso di Laurea in Medicina e a Colleghi discenti del Triennio di Formazione in Medicina Generale. Consigliere dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Milano nel triennio 2006-2008 e Vicepresidente nel triennio 2009-2011, dal 1 gennaio 2012 ricopre la carica di Presidente dell'Omceo di Milano.*

metà strada tra economia e società e il medico, di conseguenza, è condizionato dalle congiunture economiche in cui vive che non possono non riflettersi sull'esercizio della professione, soprattutto in un sistema sanitario come il nostro, nato per rendere accessibile il diritto alla salute per tutti i cittadini, senza discriminazioni di reddito, di genere o di anagrafe. La nostra è una professione che, attraverso lo studio di molti anni, implica la conoscenza di concetti complessi, non solo teorici, per formarci a saper essere e a saper fare il medico anche nelle situazioni più difficili che ci possono capitare. Tutto ciò è stato sminuito dai lacci e laccioli che limitano il nostro esercizio professionale e che sono alla base della crisi vocazionale che oggi registriamo ”.



### **I Mmg vivono maggiormente questo disagio?**

“ La medicina amministrata, di fatto, è funzionale a una medicina difensiva, per cui, se io seguo pedissequamente protocolli, linee guida e non utilizzo nessun tipo di inventiva, anche quella che è scientificamente e tecnicamente plausibile, mi metto al riparo da conseguenze medico-legali che mi portano anche a prescrivere esami in più, seguendo protocolli inutili, anche quando si ha la perfetta sensazione che questi protocolli non siano rispondenti al caso che abbiamo davanti. L'applicazione di tale logica ha fatto sì che il medico, nel tempo, abbia perso la propria caratteristica autorale, acquisendo un profilo che potremmo definire impiegatizio, limitandosi pedissequamente ad applicare, in nome dell'appropriatezza, l'Ebm, le linee guida, ecc.

I medici non hanno più voglia di fare il medico in senso lato. I medici di medicina generale vivono maggiormente questo disagio, sono professionalmente i più esposti. Sono il *front office* di una sanità pubblica che, attraverso input predeterminati, ha portato la regolamentazione dell'accesso alle cure a livelli esagerati, dovendo fare i conti con le risorse inadeguate messe a disposizione per la sanità ”.



### **La non specialità della Medicina Generale (Mg) può essere letta come uno dei fattori del profilo residuale che ha investito questa professione?**

“ Io sono convinto di sì, non ho dubbi. Concludere il triennio di formazione in medicina generale e non avere neanche un diploma di specialità in mano è sicuramente un'ulteriore problematica demotivante a intraprendere questa professione. Tutte le specialità hanno una loro dignità e la Medicina Generale è una specialità. Chi intraprende il Corso di Formazione in Mg alla fine del triennio avrà un semplice riconoscimento di idoneità a svolgere la professione che di fatto non riconosce o meglio non premia chi si è distinto per impegno e tesi finale. Io credo che tutto ciò debba cambiare in fretta visto che se ne parla ormai da trent'anni. Ci sono resistenze che oggi risultano inammissibili. Dovremmo fare tutti un passo indietro e trovare finalmente una quadra ”.



### **Lo sviluppo tecnologico-scientifico e l'iperspecializzazione che ne è derivata nel campo medico mal si conciliano con l'approccio olistico e biopsicosociale che caratterizza la Mg?**

“ L'approccio olistico al paziente è il core della Medicina Generale, ma certamente questo non vuol dire che chi esercita tale professione debba restare ancorato a vecchi schemi, ignorando le nuove frontiere aperte dallo sviluppo tecnologico. Ecco perché, anche se con vari distinguo, io sono favorevole all'utilizzo di alcuni ausili da parte dei medici di medicina generale come elettrocardiografi, spirometri, ecografi, ecc. Ma deve essere ben chiaro che questi sono un supporto all'attività medica svolta. In altre parole, che i medici di famiglia abbiano a disposizione tali strumenti non significa che debbano refertare alla stregua di uno specialista, ma devono avvalersene per acquisire maggiori informazioni necessarie a migliorare il livello di accuratezza di una diagnosi, a monitorare

al meglio i pazienti cronici, per evitare e ridurre le riacutizzazioni. Non vorrei, come succede in altri Paesi, per esempio l'Inghilterra, che si venissero a creare Mmg superspecializzati nell'utilizzo di questo o quello strumento diagnostico”.



**L'ambulatorio dei Mmg (singolo/in associazione, di gruppo) come presidio di assistenza sanitaria territoriale è stato o sta per essere surclassato dall'organizzazione delle farmacie dei servizi nelle relative declinazioni regionali?**

“Io spero che non sia così, anche se si registrano tentativi in tal senso in varie Regioni. Il nostro Servizio sanitario nazionale si fonda su una distribuzione delle competenze tra le diverse figure professionali, in modo che tali competenze si coordinino sinergicamente per la salute del cittadino, evitando conflitti di interesse o di attribuzione e aumentando,

con un sistema che affida i diversi passaggi a diversi autori, la sicurezza delle cure. Motivo per cui io sono assolutamente perplesso sul fatto che i farmacisti possano occupare spazi professionali tipicamente medici. Il medico di medicina generale e la farmacia sono due presidi sanitari indispensabili su cui incentrare l'assistenza primaria e sono i principali punti di riferimento per i cittadini sul territorio. Un rapporto sinergico è necessario, sicuramente non lo è la confusione dei ruoli. Per questo motivo resto perplesso quando si avanzano proposte di un cambio di prospettiva del ruolo professionale del farmacista attraverso un aggiornamento dei piani di studio universitari. Non è sufficiente un approfondimento curricolare durante un corso universitario su alcune specifiche tematiche per diventare un medico. Motivo per cui non sono d'accordo con il senatore **Mandelli** quando afferma che bisogna cambiare l'ottica con cui si vedono le cose affinché un farmacista che inoculi un vaccino antinfluenzale non sia additato come qualcuno che fa qualcosa fuori dal perimetro delle sue competenze”.

## FARMACIA DEI SERVIZI

### Piemonte: scontro tra medici e farmacisti

C'è stata una levata di scudi di alcuni sindacati di categoria e dell'Ordine dei Medici contro il progetto sperimentale avviato in Piemonte tra la Regione e i farmacisti per l'esecuzione di esami gratis in farmacia (tra cui holter pressori, holter cardiaci elettrocardiogrammi ai cittadini piemontesi esenti dal ticket). Il presidente della Fnomceo **Filippo Anelli** ha messo nero su bianco le anomalie riscontrate in tale progetto in una missiva inviata al governatore del Piemonte. La replica di **Federfarma** non si è fatta attendere: “Iniziativa finanziata con risorse nazionali, non ci sostituiamo ai medici specialisti”.

Nella missiva Anelli precisa: “La gratuità delle prestazioni, l'erogabilità in assenza di una ricetta medica, il numero massimo degli esami, tre in un anno per prestazione, stando a quanto appunto si legge sul sito della Regione, rischierebbero di creare disparità tra i cittadini e di appesantire, sottraendo risorse, al Servizio sanitario”. “Siamo in presenza - afferma Anelli - di una vera e propria trasformazione del ruolo delle farmacie nel nostro Paese. Da dispensatori del farmaco, le farmacie si stanno trasformando anche in erogatori di prestazioni specialistiche sanitarie nel Ssn, ampliando l'offerta degli erogatori grazie anche alla capillare diffusione delle farmacie sul nostro territorio nazionale”.

Federfarma replica: “Tale accordo si inserisce nella sperimentazione della cosiddetta 'farmacia dei servizi', finanziata con appositi fondi stanziati a livello nazionale e vincolati all'esecuzione di specifici servizi sanitari (quindi non utilizzabili ad altri scopi), approvati

dalla Conferenza Stato-Regioni nell'autunno del 2019, ma per lo più non avviati per la sopravvenuta emergenza Covid che ha concentrato l'utilizzo sulla somministrazione in farmacia dei vaccini anti Covid-19. Ora parte la fase due di tale sperimentazione, con il merito obiettivo della Regione di effettuare uno screening di pazienti inconsapevoli o non stabilizzati in due patologie particolarmente insidiose: il rischio cardiovascolare attraverso la telecardiologia, che prenderà avvio all'inizio di maggio, e successivamente l'ipertensione attraverso il monitoraggio dell'aderenza alla terapia dei relativi soggetti. Si precisa, altresì, che i soggetti emergenti a rischio saranno prontamente inviati ai medici di riferimento”. “Il progetto sulla telemedicina, in particolare - tiene a sottolineare Federfarma - prevede che i cittadini piemontesi a rischio cardiovascolare potranno avvalersi delle farmacie per l'esecuzione di elettrocardiogramma, holter cardiaco e holter pressorio referatati a distanza da specialisti cardiologi. Le linee guida ministeriali non fanno riferimento a ricetta medica. Nel ribadire che in tutti i casi le suddette prestazioni sono referatate da specialisti cardiologi e senza alcuna valutazione di tipo diagnostico da parte della farmacia, Federfarma Piemonte è fermamente convinta che i cittadini apprezzeranno anche in tale occasione l'impegno professionale, l'efficienza e l'efficacia della rete delle farmacie, presenti in modo capillare su tutto il territorio, e che la sperimentazione confermerà l'importanza - anche in tale ambito - delle farmacie stesse nella tutela della salute della popolazione”.



**Pensa che il processo di trasformazione che oggi si propone ai Mmg anche attraverso la Mission 6 del Pnrr e il relativo Dm 77 possa incidere su di una rivalutazione del ruolo dei medici di medicina generale nel Ssn?**

“ La mia idea sulla Mission 6 è complessivamente negativa, anche se riservo una speranza positiva su quanto viene declamato nella parte che si occupa della telemedicina. Rispetto alle Case della Comunità e alla loro declinazione attraverso il Dm 77 il mio giudizio è negativo su tutta la linea. Quella parte sconta errori e ingenuità. Qualcuno ha deciso che bisognava investire non sul capitale umano, ma sulle strutture, sulla loro dotazione informatica e sugli strumenti diagnostici. Dico queste cose con cognizione di causa poiché ho studiato approfonditamente il Dm 77 per preparare un intervento su tale tematica in un evento a cui ho partecipato. Si tratta di un documento complesso che di fatto descrive un'Italia fantastica e allo stesso tempo distopica, in cui convivono due realtà. La prima estremamente efficiente, piena di uffici, ospedali, centrali operative e servizi che funzionano, dotata di personale adeguato alla domanda di salute, competente e interconnesso il cui sistema sanitario ha bisogno di una piccola revisione, ma comunque pronto per funzionare e fare grandissime cose. La seconda realtà è completamente agli antipodi della prima. Ma noi sappiamo

bene che non è così. E anche in quelle realtà considerate eccellenze sanitarie, come la Lombardia dove esercito la professione di Mmg, la situazione non è così rosea. Non posso quindi essere ottimista sul futuro della medicina territoriale se questo futuro si basa su di una riforma che non valorizza la professionalità dei medici e su di un decreto attuativo che fa riferimento a un mondo che non esiste ”.



**Quali sono le criticità che come medico riscontra nel Ssr lombardo?**

“ In *primis*, siamo dotati di un sistema di interconnessione (Siss) che funziona male. Prendendo come esempio il Fascicolo sanitario elettronico, in Lombardia sono molte le strutture pubbliche che non lo aggiornano. La stessa prassi si riscontra in quasi tutte le strutture private accreditate e nella totalità di quelle private. Non possiamo contare sui dati sanitari dei pazienti perché non abbiamo a disposizione il *Patient Summary* e siamo messi in continua difficoltà da un sistema informatico che funziona a singhiozzo. Per non parlare del carico burocratico di cui siamo investiti che ci porta a dover dedicare sempre meno tempo clinico ai nostri assistiti. Se poi volgiamo lo sguardo sulla dotazione di personale, sia nell'ambito delle acuzie sia in quello delle cronicità, siamo molto lontani da avere una pianta organica sufficiente soprattutto per quanto concerne la continuità assistenziale ”.

## L'OMCEO DI MILANO DICE NO ALLA STRETTA SULLE PRESCRIZIONI



C'è stata una vera e propria sollevazione contro la probabile stretta sulle prescrizioni dei medici di famiglia, attraverso un decreto sulle liste d'attesa, annunciato dai mass media. L'OMCEO di Milano ha minacciato di ricorrere al Tar. “Il ricorso al Tar l'abbiamo fatto contro il decreto appropriatezza di **Beatrice Lorenzin**, poi sospeso visto il ritiro e l'approvazione del decreto Lea; nulla ci vieta di farlo anche contro il decreto annunciato da Schillaci. Dobbiamo solo attendere che venga pubblicato, con le premesse che abbiamo letto. Perché se sono davvero queste, allora significa che abbiamo lavorato più di 20 anni invano”. A dichiarare ciò il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano **Roberto Carlo Rossi**, dopo aver letto le anticipazioni di stampa sulle nuove regole prescrittive,

con codici e burocrazia, per i Mmg e specialisti, che per Rossi utilizzano parole acchiappa-consenso come diminuzione delle liste d'attesa e limitazione della medicina difensiva.

“Si parla di appropriatezza prescrittiva da molti decenni - spiega Rossi -. Già negli anni Novanta è diventata materia di approfondimento universitario. Ciò che lascia esterrefatti è che si dica ancora che i medici si debbano 'familiarizzare' con questo tipo di logica. Peraltro, un costosissimo carrozzone di enti di controllo è impegnato ogni giorno a verificare le prescrizioni di farmaci e di esami, che giunge fino alla Corte dei Conti. Dunque, se c'è chi conosce alla perfezione queste regole sono proprio i medici del Ssn, di famiglia e specialisti. Dire dunque che i medici debbano imparare a conoscere queste regole è prima di tutto un obbrobrio storico, totalmente inaccettabile, al limite dell'insulto”.