

**MEDICO DI BASE  
VERSO  
LA RIFORMA**

Il mondo dei medici di base sta affrontando una vera e propria rivoluzione. Oggi i medici di famiglia sono liberi professionisti inseriti in un contesto regolato da convenzioni nazionali o accordi collettivi nazionali. L'ipotesi di riforma del Ministero della Salute prevede il passaggio dei medici di famiglia all'interno del Servizio Sanitario nazionale come dipendenti che prevede una estensione ad altri compiti, con il rischio che venga meno il rapporto di continuità, di fiducia che ha sempre caratterizzato il lavoro del medico di famiglia.

In attesa che le Regioni competenti in materia di sanità si esprimano il dibattito si arricchisce di proposte alcune delle quali potrebbero contribuire a trovare una soluzione positiva del problema per mantenere il rapporto di fiducia tra medico di famiglia e paziente.

di  
Fulvia Sisti

# MEDICI DI FAMIGLIA: VERSO LA RIFORMA

## FARE CHIAREZZA

Il mondo dei medici di base sta affrontando una vera e propria rivoluzione. Oggi i medici di famiglia sono liberi professionisti inseriti in un contesto regolato da convenzioni nazionali o accordi collettivi nazionali. L'ipotesi di riforma del Ministero della Salute prevede il passaggio dei medici di famiglia all'interno del Servizio Sanitario nazionale come dipendenti. Il punto cardine della riforma prevede che i medici di famiglia oltre che a coprire la tradizionale attività di assistenza dei loro pazienti, vengano utilizzati anche all'interno dei nuovi presidi territoriali come le Case e gli Ospedali di comunità. Questa estensione ad altri compiti comporterà però una rotazione di presenze dei medici di volta in volta disponibili, facendo venir meno il rapporto di continuità, di fiducia che ha sempre caratterizzato il lavoro del medico di famiglia.

In attesa che le Regioni competenti in materia di sanità si esprimano il dibattito si arricchisce di proposte alcune delle quali potrebbero contribuire a trovare una soluzione positiva al problema. Innanzitutto liberiamo il campo da pregiudizi, ovvero:

1) **MANCANO I MEDICI.** Non mancano i medici. In realtà manca una nuova regolamentazione della formazione che permetta contemporaneamente, come recita il dettato della Comunità Europea, ai medici che lavorano di formarsi (abilitazione necessaria per essere assunti a tempo indeterminato), e ai medici che stanno facendo formazione di lavorare. Solo così si avrà un numero

maggiore di medici attivi. Altrimenti la formazione come è regolamentata oggi in Italia, sarà sempre il collo di bottiglia dell'accesso dei medici alla professione. In realtà i medici ci sono, vanno utilizzati e distribuiti, in modo diverso.

2) **IL MEDICO DI BASE GUADAGNA DI PIU'DEL MEDICO DIPENDENTE.** I medici di base affermano che al netto delle spese il medico di famiglia essendo un libero professionista (si paga le ferie, il sostituto per malattia, affitto ambulatorio, stipendio alla segretaria, ed altre voci) guadagna come un medico dipendente.

3) **IL MEDICO DI BASE LAVORA POCHE ORE.** Dimostreremo con testimonianze dirette che, esclusa l'eccezione che conferma la regola, le medie orarie di presenze del settore dimostrano il contrario.

4) **CON LA RIFORMA SI RISPARMIANO SOLDI:** In realtà il Ministero dell'economia non si è ancora pronunciato perché mancano i fondi. Vi è il rischio che la riforma voglia fare affidamento non su una considerevole assunzione di nuovi medici ma sul maggiore utilizzo di quelli che già ci sono a scapito della qualità del servizio di assistenza ai cittadini.

## **LE SOLUZIONI**

Le soluzioni che vengono proposte possono sventare il rischio di un ulteriore fuga di medici all'estero o dell'utilizzo di cooperative che impiegano i loro sanitari a gettone.

## CAPITOLO I

### La proposta dei medici di famiglia

Il dott. Roberto Pieralli (1), medico dell'Emergenza Territoriale, già relatore di una proposta del Ministero della salute per una riforma della medicina del territorio nel 2019, anticipa i rischi a cui andrebbe incontro tutto il settore dei medici di base se non si invertirà la tendenza di alcune proposte del Ministero della sanità.

**D: Quali sono i danni che ci si può attendere se venisse approvata questa riforma così come è stata delineata.**

R: Il passaggio dei medici di base da una figura professionale semi privatistica ad una figura di dipendente, già approvato da alcune regioni, è un passaggio drastico. Fino ad ora il principio su cui si fondavano le cure territoriali è stato un principio di relazione, di fiducia tra il paziente ed il medico da lui scelto. Il medico di famiglia lavora da libero professionista, il termine esatto è “in convenzione” che gli permette di gestire autonomamente il proprio studio, di scegliere liberamente le forme di prestazioni o le soluzioni mediche da prescrivere ai suoi pazienti. Un lavoro svolto però non in totale autonomia ma secondo regole condivise che vengono declinate a livello nazionale, regole appunto di convenzione come i criteri informativi o di contratti di lavoro. Una cornice quadro prevista anche a livello locale dove le singole regioni si danno delle specifiche autonome ovvero obiettivi di salute, strategie per il trattamento della popolazione, sempre rispettando il dettato nazionale. Infine le competenze nel rapporto con i medici di base passano alle singole Aziende Sanitarie che in base alle necessità, siglano accordi di assunzione e di formazione.

**D: Quando invece si passasse al rapporto di lavoro dipendente cosa cambierebbe?**

R: Accadrà che si avrà il dipendente “unico. Ovvero un medico dipendente che ha una attività regolata dalla burocrazia, da un livello apicale che programmerà i turni, che assegna le sedi dove lavorare di volta in volta e le prestazioni da erogare: un giorno c’è un medico, il giorno dopo un suo collega. Con questa impostazione il ruolo del management del S.S.N. sarà di organizzare il lavoro dei medici privilegiando i resoconti di bilancio prima ancora delle esigenze dei cittadini. In questa catena di comando le criticità che emergeranno saranno prive di dispositivi di protezione adeguati.

Uno di questi dispositivi invece è rappresentato appunto dal medico professionista autonomo (sia la guardia medica, il dottore del 118, o il cardiologo) che opera in un rapporto non subordinato ma di parità. Un professionista che possiede l’anamnesi, il quadro completo del suo paziente, libero di fare scelte non nel suo interesse ma in



quello del paziente. Diversamente si corre il rischio che a parole si vuole mantenere il rapporto fiduciario medico paziente, ma sul periodo medio breve questo non sarà più possibile. Pensiamo alla revisione della spesa che vi è stata negli anni scorsi, che ha fissato il limite del tetto di spesa del personale. Un tetto di spesa che riguardava solo il personale dipendente perché il medico convenzionato aveva e ha una sua posizione autonoma di spesa, ha una sua autonoma acquisizione di beni e servizi. Se passa la riforma annunciata anche i medici di famiglia sarebbe soggetti a limiti del massimale di spesa. E allora sì che si rischia di aumentare sempre più la carenza di medici.

**D: Se l'obiezione fosse che non vi sono soldi?**

R: Nel rapporto di convenzione il problema non esiste perché il medico di base è pagato per quota capitaria, (non si paga il medico ma il numero dei pazienti). Invece con il futuro dottore di base dipendente statale è l'azienda sanitaria che paga il medico lavoratore. Allora sì che hai la certezza che qualora si esaurissero i soldi non verranno più assunti nuovi medici. Perché se il sistema sanitario paga direttamente il medico dipendente saranno necessari

diversi miliardi in più. Poiché dovrà sostenere non solo la voce stipendio, ma anche l'assicurazione sanitaria, le ferie, la malattia i congedi, il TFR, l'affitto dell'ambulatorio, o l'auto per l'assistenza domiciliare. Se dal punto di vista sindacale potrebbe essere una condizione accettabile per il lavoratore, per lo Stato sarebbe una spesa enorme.

**D: Come si è pronunciato il Ministero dell'economia?**

R: Fino ad ora è l'unico Ministero che non si espresso.

**D: Dunque non si affronta il problema delle risorse?**

R: L'unica cosa certa fino ad ora è il blocco della commissione bilancio per la proposta di aumentare l'importo della borsa di studio (necessaria per chi si forma come medico di famiglia per poi passare alla specializzazione, requisito per esercitare) incrementare il sussidio dagli attuali ottocento euro a euro milleseicento. La motivazione avanzata è stata che non ci sono le coperture.

**D: Allora assistiamo al fenomeno delle cooperative che gestiscono i loro medici a gettone.**

R: Le cooperative sono una soluzione di assalto ad un sistema che non trova risposte ai cambiamenti che servono. Il personale sanitario si licenzia, il servizio deve essere garantito e allora le coop si propongono di coprirlo: con costi alti e chiaramente senza una affezione al sistema.

**D: In realtà in Italia l'accesso alla professione per il medico di base è un percorso molto complesso. Tentiamo di fare un po' di chiarezza.**

R: Un medico che ha completato gli studi, che ha superato l'esame di stato ed è abilitato all'esercizio della professione medica generale in tutta l'unione europea, deve completare un percorso di formazione specifica di tre anni che gli permetterà di acquisire il titolo di medico generalista. Questa qualifica consente di lavorare all'interno del sistema sanitario pubblico in tutti i paesi membri. In Italia la specializzazione è quasi esclusivamente appannaggio dell'università tramite un concorso nazionale. Il medico giovane, laureato e abilitato, iniziava a fare la formazione magari come guardia medica, faceva le notti, i festivi, le sostituzioni. Man mano maturava così esperienza ed acquisiva punteggi per entrare in graduatoria. Dopodiché può prendere la convenzione con il servizio sanitario nazionale e aprire il suo studio di medico di famiglia.

Questo però prevede che l'accesso alla formazione sia programmato in modo tale che il numero di partecipanti sia deciso in base alle carenze di organico, ma così non è avvenuto. L'ultimo bando aperto ad esempio in Emilia Romagna prevedeva 175 posti, un numero comunque significativo, ma ampiamente insufficiente a fronte dei 1441 incarichi vacanti.

**D: Lei ha affermato che il peccato originale è stato programmare male i fabbisogni.**

R: Quando in Italia fu progettato per la prima volta, il sistema per monitorare il numero di medici da formare era molto ben fatto perché metteva la medicina generale in un unico grande contenitore con diversi vasi comunicanti tra settore e settore.

Dal 2014 al 2018 le Regioni ad esempio elaboravano dei grafici, aggiornati ogni sei mesi, dove si registravano i numeri dei posti coperti dai medici di famiglia e di quelli rimasti scoperti dopo il pensionamento degli anziani, così che la Regione poteva assegnare il numero di nuovi medici da formare in base alla reale necessità. Poi è avvenuto che le Regioni hanno calcolato i fabbisogni non di tutti i settori ma solo dei medici di famiglia.

Escludendo di fatto migliaia di sanitari (tutta la guardia medica, la medicina degli istituti penitenziari, i servizi domiciliari per prelievi o trasfusioni, la medicina scolastica ad esempio) che non sono stati contingentati. A poco a poco nei grafici della regione compare una nuova voce che segnalava che nel pubblico non si riusciva a ricoprire tutta la richiesta dei vari settori, ma la differenza veniva addebitata solo alla famosa carenza dei medici di famiglia. Questo ha procurato un effetto domino, perché le Regioni hanno comunque tenuto operativi i servizi, ma hanno fatto ricorso a migliaia di precari senza specializzazione.

**D: Appunto i precari. Lo spieghi meglio.**

R: Per tanti anni non si trovava il posto per il titolare del medico con le carte in regola ovvero che avesse completato i corsi di formazione, specializzazione. Per cui ogni sei mesi/un anno per quel posto veniva assegnato qualcuno anche se neolaureato, che non aveva completato il corso di formazione, dunque precario.

**D: Perché in Italia, contravvenendo al dettato europeo, chi lavora non può fare formazione e chi fa formazione non può lavorare?**

R: Nel 2011 si cercò di riformare la situazione con il decreto semplificazione, Decreto Calabria, che prevedeva che prima di utilizzare persone senza titoli, di impiegare secondo la Direttiva europea i medici che erano in corso di formazione. Poi in un secondo step, i medici incaricati per almeno 24 mesi senza titoli venivano inseriti in una graduatoria separata, la graduatoria della formazione. In questo modo si doveva chiudere il “rubinetto” della carenza dei posti. In 5 anni furono assunti almeno cinquemila medici. Poi però con il covid quel “rubinetto” è stato inevitabilmente aperto. La cosa paradossale avvenuta in questi anni è che finiti i decreti che dovevano riassorbire le decine di migliaia di persone in servizio, si sono adottate norme con numero di posti di formazione più bassi. Bisogna ripuntare al modo di fare formazione, bisogna seguire il regolamento europeo, perché se non si

permette ai medici che stanno facendo il percorso di formazione di lavorare nello stesso tempo il problema gira su sé stesso.

**D: In questo modo ne risentirà anche la qualità dei servizi erogati.**

R: Se il servizio è coperto da pochi medici dovrò sovraccargarli di un numero maggiore di pazienti. I medici non riuscirebbero a seguirli come vorrebbero ed il cittadino si lamenterà perché non ha l'assistenza adeguata. Ripeto il problema è a monte, nella programmazione dei fabbisogni.



**D: Dal punto di vista sindacale la continuità di prestazione medico paziente, è garantita?**

R: Sì. Nella nostra proposta il malato, l'anziano, ad esempio, ha la garanzia di scegliere il proprio medico di famiglia, ma bisogna aggiornare come detto la contrattazione, perché si pensa erroneamente che cambiare solo il contenitore possa risolvere il problema. Il

problema invece è il contenuto e passare al medico dipendente sarebbe un vero boomerang. Bisogna ad esempio ristabilire i carichi di lavoro. Bisogna stabilire diversi contingenti, diversi rapporti.

**D: Che significa?**

R: Bisogna ripensare al numero di rapporto tra medici e assistiti più adeguato. Negli ultimi accordi da dieci anni a questa parte il rapporto era di mille cittadini ogni medico. Oggi siamo a millecinquecento/milleottocento. Bisogna ripuntare a quel parametro più basso.

**D: La vostra proposta**

R: La nostra indicazione è che le regole del Contratto integrativo nazionale, oggi inadeguate a garantire gli obiettivi di salute, siano modificate e aggiornate. In Emilia Romagna ad esempio l'accordo regionale vigente risale al 2006: proponiamo di riscrivere completamente le convenzioni nazionali aggiornandole tenendo presente comunque anche le richieste che le amministrazioni avanzano giustamente, piuttosto che ... buttare il bimbo con l'acqua sporca. E come già detto rivedere a scadenze riavvicinate, le modalità per registrare le carenze di tutto il settore sanitario. Un adeguamento dei contratti di lavoro dei medici di famiglia non solo sul versante economico ma anche sulle regole. Ad esempio durante la rinegoziazione del contratto, di competenza regionale,

Si sarebbe dovuto fissare un nuovo monte ore di presenza del medico; oppure le modalità della sua attività ovvero la reperibilità oggi esclusa dal contratto; e per finire le “visite a domicilio” ora obbligatorie solo per visitare i malati allettati. Ma questo non è avvenuto: al contrario rivedere quei parametri permetterà di avere un punto di equilibrio tra tutte quelle funzioni del medico.

**D: Dunque riprogrammare i fabbisogni, adeguare il contratto di lavoro e soprattutto aprire la formazione anche ai medici che lavorano. Ma quali sono oggi i punti per una corretta formazione del medico?**

R: Innanzitutto la formazione dovrebbe essere continuamente aggiornata. In Italia per il medico generalista fino ad ora non era previsto un percorso di pratica come avviene negli altri Paesi. Bisogna che anche da noi sia richiesta l’acquisizione di molta più abilità pratica. Poi è indispensabile disporre un sistema informatico per registrare le skills maturate da inserire nel percorso formativo obbligatorio. Faccio un esempio. Devo imparare a fare le flebo? Bene, quelle che faccio, trenta o quaranta, devono essere certificate. Non importa se eseguite con successo all’interno di un percorso ufficiale o come volontario; importante è che possa certificare queste pratiche in un curriculum teorico.

L'altro aspetto di una moderna formazione riguarda le materie delle lezioni. Non è necessario creare 21 commissioni per affrontare ad esempio il tema del colesterolo: il tema sarà uguale in ogni regione. Alcune di queste tematiche possono essere standardizzate per lasciare invece spazio alla discussione dei casi clinici più problematici, a incontri con esperti che possono avvenire anche per via telematica. Infine bisogna educare i futuri medici alla responsabilizzazione dei pazienti sui consumi farmaceutici. In Italia la spesa farmaceutica nazionale pubblica e privata è in continuo aumento. (2) Un ricorso eccessivo del farmaco che dilapida consistenti risorse.

**D: Qual è il sistema sanitario più virtuoso al mondo?**

R: I Sistemi sanitari sono molto diversi da Paese a Paese. In Francia vi è un regime misto su base assicurativa così come in Svizzera; forse l'Inghilterra ha il sistema che più assomiglia al nostro. In realtà il Sistema Sanitario italiano, così come fu concepito ventitré anni fa, era sicuramente il migliore fra tutti, ma poi è via via cambiato. Se ci fossimo attenuti al modello iniziale avremmo oggi la Sanità più virtuosa in Europa, avremmo avuto carenze più sostenibili, si sarebbe potuto migliorare il settore infermieristico e le forme contrattuali.

**D: Per chiudere. Lei è ottimista sul futuro del medico di base?**

R: Con queste premesse non sono molto ottimista. Spero che si inverta la tendenza di alcune decisioni.

Con questa riforma intermedia che prevede la possibilità sia di fare il medico di famiglia che la guardia medica, si è persa la prospettiva dell'evoluzione di carriera. I giovani stanno abbandonando anche i corsi di formazione. Se la direttiva europea fosse recepita tutta, andrebbe a togliere una serie di blocchi, di incompatibilità. Il medico di medicina generale neolaureato potrebbe lavorare e contemporaneamente fare la specializzazione, ad esempio in cardiologia, anche part-time. Si darebbe un nuovo senso alla forza lavoro; si ristabilirebbe una sana competitività all'interno della categoria oltre che promuovere la legittima aspirazione a migliorarsi. Tutto questo oggi in Italia non è possibile: si sta trasformando un lavoro professionale in un lavoro impiegatizio che opera secondo percorsi burocratici definiti da altri.

## CAPITOLO II

### **D: Come si diventa medico di base: la testimonianza della dott.ssa Serena Bolognesi. (n.2)**

R: Dopo la laurea ho iniziato a lavorare per necessità. Prima le sostituzioni in medicina generale, poi nei servizi e assegnata in guardia medica con contratti del ASL. Il mio era un lavoro molto ambito e lo svolgevo con soddisfazione. Quando è stato il momento di fare il corso di formazione di medicina generale ho dovuto fare subito i conti con un paradosso. I posti erano limitati, e la graduatoria veniva formulata in modo che il più giovane fresco di laurea, fosse al livello più alto. Per cui se ad esempio erano disponibili 95 posti, potevo raggiungere lo stesso punteggio dell'ottantesimo candidato ma poiché vi erano 100 persone che avevano raggiunto il mio stesso punteggio, io non potevo entrare nel corso di formazione.



La normativa europea dice che se io esercito in uno stesso settore e per lo stesso numero di anni previsti per la formazione (tre) è riconosciuto che abbia già maturato i titoli per cui non avrei dovuto neppure fare il corso di formazione. Questo vale per tanti altri miei colleghi che hanno lavorato molti anni più di me. Purtroppo questa legge non viene applicata. Significativo il caso di una mia collega che nonostante avesse un'esperienza lavorativa di 20 anni, non le veniva riconosciuta per ottenere la certificazione necessaria per fare il medico di famiglia. Ho fatto fatica anch'io ad essere ammessa al corso formativo nonostante avessi già praticato l'attività medica in numerosi contesti e con contratti. Avevo fatto ricorso che però non è stato accettato. Per fortuna ho avuto la possibilità di entrare nel corso attraverso il decreto Calabria che aveva disposto una graduatoria parallela che dava credito ai miei titoli di lavoro.

## CAPITOLO III

### LA TESTIMONIANZA DI UN MEDICO DI FAMIGLIA, UNA DOTTORESSA CON AMBULATORIO NEL BOLOGNESE

**D: Affrontiamo subito il tema più controverso. Quanto guadagnano i medici di famiglia?**

R: Abbiamo una quota capitaria di 35 euro ogni nostro assistito a cui va aggiunta un'altra piccola quota, circa 2-3 euro a persona, per gli over '75 e per i ragazzi sotto i 10 anni. Poi abbiamo una serie di incentivi, per seguire i diabetici; altra piccola indennità se oltre le ore di ambulatorio visitiamo a casa pazienti in condizioni di fragilità; se utilizziamo il computer, se utilizziamo alcuni tipi di programmi informatici e infine se accettiamo di fare la formazione. Con questi ulteriori scatti, considerato che un medico di famiglia può avere per legge fino a 1550 pazienti, lo stipendio lordo di un medico di famiglia può andare da 7550 euro a 8000. Alcuni medici possono toccare gli 11.000 se accettano di offrire servizi aggiuntivi come le prestazioni infermieristiche di cui si fa carico il medico e l'ASL con un piccolo contributo.

**D: A quanto ammonta invece lo stipendio al netto?**

R: Almeno del 40%. Innanzitutto abbiamo una tassazione di base sul cedolino della quota capitaria che

invia la Regione. Poi dobbiamo pagare una quota all'ENPAM (la nostra Cassa) pari a 20 mila euro l'anno. A questi importi bisogna aggiungere la spesa per l'assicurazione personale contro danni nei confronti degli utenti: una assicurazione privata. Dobbiamo pagare noi la segretaria, l'infermiera. Paghiamo l'affitto dello studio e di tutti gli accessori per lavorare. Ci paghiamo tutte le voci che riguardano le comunicazioni e i contatti dal telefono all'automobile. Non abbiamo mensa aziendale come gli ospedalieri.

**D: Siete trattati come liberi professionisti e dovete pagare tutte le spese inerenti al vostro lavoro.**

R: Sì. Non abbiamo pagata ad esempio la malattia. Se ci ammaliamo o vogliamo andare in ferie dobbiamo utilizzare un sostituto a nostre spese. Spese che si aggirano, se hai circa 1500 pazienti, sui 150 euro al giorno che possono aumentare un po' d'inverno perché si lavora di più e diminuire d'estate. Quando sei in gravidanza l'ENPAM ci riconosce una quota per 5 mesi in relazione al guadagno che hai avuto nei due anni precedenti. Quindi come nel mio caso, se durante la gravidanza stai studiando, non ricevi nulla. Negli anni successivi, durante le altre gravidanze venivano applicati parametri del figlio precedente, e quindi ho sempre avuto quote minime che non superavano il 400, 500 euro al mese con cui ovviamente non mi mantenevo. Per questo dovevi tornare subito a lavorare.

**D: Come risolvere il problema della carenza dei medici di base?**

R: Bisognerebbe rivedere la programmazione. Innanzitutto credo il direttore sanitario dovrebbe rimanere in carica più a lungo, il tempo necessario per vedere applicata quella impostazione, con una visione proiettata nel futuro.

**D: Facciamo un esempio?**

R: Vi è stato un momento in cui la Regione voleva accentrare il lavoro dei medici in un'unica struttura, la Casa della salute. I pazienti dovevano fare chilometri e chilometri per arrivare da noi. Bene è cambiato il Dirigente che sceglie al contrario il decentramento e smantella la Casa della salute; instaura dei poliambulatori capillari nel territorio e cambia radicalmente l'assetto strutturale della medicina di base. Si sono buttate via risorse e fatto spese inutili: è la prova che non c'è programmazione a lungo termine. Il vero problema è dato dal prossimo pensionamento dell'80% dei medici di base, tutti nello stesso momento (con il Covid la situazione è peggiorata perché chi era vicino alla pensione è scappato), e ci siamo trovati con un buco che però era prevedibile.

**D: Basta leggere i dati di 40 anni fa.**

R: Ora bisogna rivedere le modalità della formazione. Mancano centinaia di medici ma l'ente che li forma, ne sforna 30 all'anno. I concorsi per accedere sono regionali e la Regione ha istituito alcune sedi in quasi tutte le Province. A seguito di un esame ( che avviene con il metodo delle risposte di un questionario a "crocette", si accede alla graduatoria che però non è legata solo al risultato della prova scritta ma è anche al dato anagrafico. A parità di punteggio, i medici anziani, nonostante abbiano una lunga esperienza lavorativa vengono posposti alla fine della graduatoria.

**D: Vi si accusa di lavorare poche ore.**

R: personalmente, con 1500 assistiti, lavoro tra le 3 alle 4 ore al giorno, una media di 40/50 ore settimanali. A cui dobbiamo aggiungere i momenti per la formazione, almeno un sabato al mese.

**D: La nuova riforma rischia di eliminare il rapporto fiduciario con il paziente?**

R: I nostri assistiti ora hanno come riferimento il loro medico di base. Solo se siamo assenti può subentrare un sostituto. Quindi io medico sono responsabile della relazione con il mio paziente. Nel momento in cui diventeremo ORE MEDICO, i pazienti vedranno sempre più di rado il loro medico di famiglia

sostituito di volta in volta da un medico diverso, che non conosce la storia del mio paziente e quindi non può personalizzare la cura.

**D: Quando vi è bisogno di personalizzare la cura?**

R. Ad esempio se vi è un malato, magari anziano, che deve prendere tanti farmaci in un giorno, ma che non è in grado di farlo da solo. Spesso i pazienti usciti dall'ospedale o da una visita specialista, non riescono a inghiottire i farmaci prescritti perché sotto forma di capsule. Sarebbe più agevole per lui prescrivergli le bustine. Sono piccoli particolari ma se conosci la persona riesci a modificarle la terapia. Solo frequentando la famiglia con visite domiciliari vengo a conoscenza in che contesto vive il paziente, quali sono le risorse della famiglia, economicamente ma anche sul versante dell'assistenza del loro familiare anziano. Ad esempio se i parenti lavorano invece di prescrivere l'assunzione dei farmaci nell'arco della giornata, la concentro alla mattina, prima che vadano al lavoro, e alla sera quando rientrano a casa.

**D: Conferma che il rapporto di fiducia medico e paziente fa la differenza nella cura.**

R: Un altro punto delicato è la scelta dei medicinali da prescrivere è la demonizzazione ad esempio della Statina. Decido di prescrivere un fitofarmaco con una tempistica: se entro 6 mesi non vediamo un miglioramento cambiamo

farmaco. Questo però è possibile se l'assunzione è monitorata nel tempo, un monitoraggio sia per il miglioramento sia per il rischio di peggioramento. Questo è possibile se segui il paziente che ha instaurato con te un rapporto di fiducia. Tutto questo si perderebbe con il medico unico.

## NOTE

(n. 1) ROBERTO PIERALLI - Medico di Emergenza Territoriale Azienda USL di Bologna Impresa, settore Sanità e assistenza sociale. Presidente regionale dello SNAMI .

(n. 2) Dati rilevati da AIFA Rapporto OsMed 2023 "L'uso dei farmaci in Italia" presentato a novembre 2024.

(n. 3) Serena Bolognesi - Medico di Medicina generale

(4) M. G. F Medico di famiglia

( 5) Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea L.255/22  
IT DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO  
EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 7 settembre 2005  
relativa al riconoscimento delle qualifiche  
professionali.

## **Fulvia Sisti giornalista saggista**

Giornalista RAI dal 1991 al 2015. Nel 2017 ha pubblicato il suo libro “La Buona Banca. La lezione di Raffaele Mattioli” per i Saggi della Historica Edizioni. Nel 2011 esce il libro “Il Valore dell’impresa” edito da Minerva.

**Roberto Pieralli** - Medico di Emergenza Territoriale Azienda USL di Bologna Impresa, settore Sanità e assistenza sociale. Presidente regionale dello SNAMI .

**Serena Bolognesi** - Medico di Medicina generale

**M. G. F** - Medico di famiglia

**Stampato a Ferrara il 05-05-2025**