

«Raccolta firme: le Case di Comunità così non vanno»

Superate le 2.000 adesioni. Il segretario provinciale Sergio Di Bella: «Il sistema che la riforma intende instaurare è simile a quello di Stati come l'Inghilterra»

CHIARA MARCANDINO

Ha superato le 2.000 adesioni in meno di due settimane (nel solo territorio biellese) la raccolta firme che la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale ha avviato per sensibilizzare governo e regione alle criticità che riguardano la riforma delle Case di Comunità, ovvero i presidi territoriali che dovrebbero essere introdotti nell'ambito della medicina territoriale con l'impiego dei medici di famiglia, considerati dipendenti sotto varie forme.

A Biella il segretario provinciale della Fimmg è Sergio Di Bella, medico a Gaglianico. Nel mese di ottobre, a livello nazionale, la Federazione ha dichiarato lo stato di agitazione. Dopo aver inviato, poco più di un mese fa, una lettera ai sindaci biellesi, da due settimane è iniziata una campagna di informazione tra i pazienti per spiegare criticità e rischi del nuovo sistema. «Contestualmente è stata avviata una raccolta firme che sta avendo un discreto numero di adesioni: nella prima settimana, in tutto il territorio biellese, ne abbiamo raccolte 500, nella seconda 1.500, e proseguiremo per tutto il mese di marzo» spiega Di Bella. «Il nostro obiettivo è far comprendere il rischio a cui andiamo incontro se la riforma delle Cdc rimane così come è stata presentata. Trasmetteremo le firme

raccolte ai presidenti di regione e al governo, per dar loro l'idea della reale volontà popolare».

Come funzioneranno le Case di Comunità

Le Case di Comunità dovrebbero entrare in funzione nel 2026. Sono le nuove strutture socio-sanitarie che fanno parte del sistema sanitario regionale. A fine febbraio l'assessore regionale Federico Riboldi ha visitato i cantieri biellesi: le sedi delle attuali Case della Salute diventeranno i presidi delle Cdc. Il progetto scontenta i medici di medicina generale perché il tempo di servizio viene suddiviso tra i loro assistiti e i pazienti di queste strutture: «I medici di famiglia nuovi assunti saranno dipendenti Asl e dovranno dedicare 38 ore settimanali di servizio nelle Cdc. A noi, che abbiamo già la convenzione in essere, viene chiesto di prestare 18 ore settimanali e di rispettare l'orario ambulatoriale minimo di tre ore» spiega Di Bella. «Ed è questo il problema: se io devo dedicare 18 ore di servizio altrove, sarò necessariamente meno presente in ambulatorio rispetto a ora, a discapito dei miei pazienti». Oggi, dice Di Bella, non si scende mai sotto le cinque ore di visite in ambulatorio, a cui si aggiungono quelle a domicilio, in casa di riposo, il carico burocratico informatico in assenza dei pazienti (ricette, certi-

ficazione, piani terapeutici e altro) e le risposte al telefono. «Inoltre il lavoro in Cdc rischia di rompere il rapporto di fiducia tra medico e assistito, senza risolvere il problema della carenza di medici sul territorio». C'è anche un altro aspetto di cui tenere conto: il medico di famiglia conosce bene il territorio in cui opera, e adatta i suoi ritmi e gli interventi alle necessità dei pazienti. È molto diversa l'attività di un medico che esercita la professione in centro a Biella rispetto a quella di un collega che è in funzione in una zona montana, come potrebbe essere la Valle Cervo. «Ci sono molte criticità: per questo stiamo informando i nostri pazienti su ciò che potrebbe accadere se le norme che il governo sta studiando andranno in porto, e chiediamo a chi condivide il nostro punto di vista di partecipare alla raccolta firme. Speriamo con questa iniziativa di essere sentiti per un confronto con il presidente della regione Piemonte». Il rischio, spie-



Peso: 57%

ga Di Bella, è di instaurare un sistema di medicina territoriale molto meno efficiente rispetto a quello attuale. «Molti colleghi in possesso dei requisiti stanno valutando il pensionamento, e i nuovi assunti sono disincentivati».

Il medico su App

La preoccupazione di Di Bella e dei suoi colleghi è che l'assistenza medica venga messa in mani private. Esistono già oggi dei servizi a pagamento che vendono teleassistenza medica da remoto. Funzionano così: a fronte del pagamento di un abbonamento, è possibile essere messi in contatto in tempo reale (telefonicamente) con il primo medico disponibile dell'équipe privata. Il servizio è sulle 24 ore, ogni giorno dell'anno. Si possono avere consigli e rassicurazioni, pre-

scrizioni di farmaci, valutazione a distanza di urgenze mediche. «Di fatto questo renderebbe i medici dei gettonisti. Si prefigurano una manovalanza medica e un sistema che non tiene minimamente in conto dell'importanza di conoscere i pazienti e di instaurare con loro un rapporto di conoscenza e fiducia reciproche, essenziali per curare bene una persona».

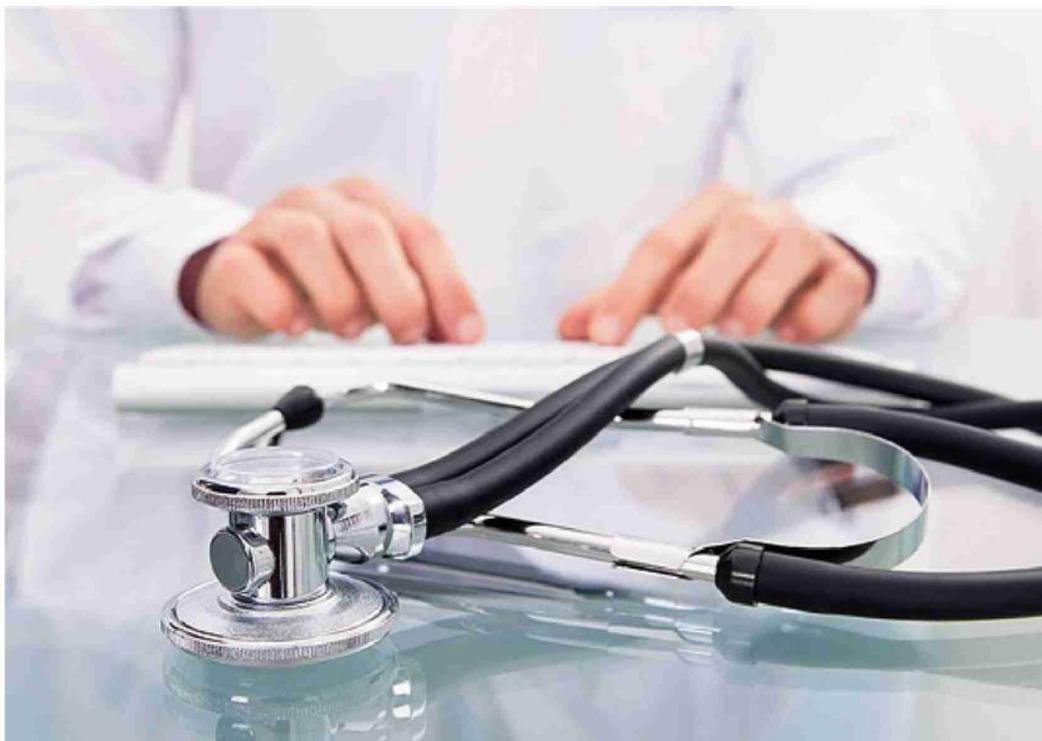
L'ispirazione della riforma: Inghilterra docet?

«La riforma voluta da governo e regioni ha l'obiettivo primario di garantire la presenza dei medici di famiglia nelle Cdc. Ma secondo il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta, non è stata condotta alcuna valutazione di impatto che dimostri

l'efficacia di questa soluzione. Il sistema che stiamo creando è simile a quello in vigore in alcuni Stati europei: si tratta di Inghilterra, Spagna e Portogallo. Questi sistemi sanitari presentano moltissime criticità» dice il segretario Di Bella «e sarebbe bene non imitarli. L'affidamento a uno specifico medico di famiglia non c'è, e la concezione di persona assistita viene completamente svilita».

■ ■ L'assistenza medica di prossimità non deve essere messa in mani private

■ ■ La forza del medico di famiglia è nella conoscenza del territorio e dei suoi pazienti



Peso: 57%



Sergio Di Bella, segretario provinciale della Fimmg



Peso:57%