

quotidiano **sanità**.it

Studi e Analisi

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club Newslet](#)

[QS» Studi e Analisi](#) » Il peccato originale della medicina territoriale



Stampa

Il peccato originale della medicina territoriale



Il dibattito sulla riforma della medicina territoriale ignora il vero problema: la cronica mancanza di programmazione dei medici, emersa durante il Covid. Oggi si rischia di costruire Case della Comunità vuote, consegnando al Paese solo edifici senza professionisti, a causa dei continui rinvii

politici.

C'è qualcosa di paradossale nel dibattito che sta accompagnando la riscrittura della riforma della medicina territoriale.

Si parla di sconfitta del ministro Schillaci.

Si parla di resistenze sindacali.

Si parla di Regioni divise.

Si parla di Case della Comunità senza medici.

Si parla di tutto, tranne che del vero problema.

La verità è che la crisi odierna nasce da lontano: nasce durante il Covid, a seguito dell'errore grossolano di mancata programmazione dei medici e infermieri occorrenti.

La solita pantomima della politica che "governa a braccio".

Furono quelli gli anni nei quali il Paese scoprì improvvisamente ciò che molti studiosi denunciavano da tempo: il Servizio sanitario nazionale non soffriva soltanto negli ospedali, ma soprattutto nel territorio. Anzi, fu proprio il crollo dell'assistenza territoriale a trasformare l'emergenza pandemica in una tragedia organizzativa.

Anziani lasciati soli.

Cronici senza presa in carico. Medici di famiglia isolati. Ospedali trasformati nell'unica porta di accesso possibile.

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti

[7 giorni] [30 giorni]



Italiani all'estero extra Ue. Via libera definitivo del Senato alla tessera sanitaria con contributo di 2.000 euro. Il provvedimento ora è legge



Medici di famiglia. Della Riforma rimane ben poco. Dopo lo stop al decreto resta l'ipotesi di una norma sulle 6 ore nelle Case della comunità. Bertolaso, in polemica, lascia da vice della Commissione Salute



Oms Europa: entro il 2030 mancherà quasi un milione di operatori sanitari. E i piccoli Paesi lanciano il piano per non arrivare impreparati



Farmaci innovativi. L'accesso è bloccato dalla burocrazia: per un professionista su due il nodo sono piani terapeutici, note e autorizzazioni



La rilevante svolta alla responsabilità civile sanitaria



Da quella esperienza nacque una promessa politica: mai più; mai più una sanità incapace di raggiungere i cittadini nelle loro case; mai più un sistema costruito esclusivamente intorno all'ospedale.

Ecco i peccati

Fu quella la stagione di Roberto Speranza, che distribuiva con il suo pallore assicurazioni e incertezze insieme.

Poi ci furono: la stagione del DM 77/2022; la stagione delle Case della Comunità; la stagione dei finanziamenti PNRR.

Ma fu anche la stagione del grande rinvio.

Si ebbe il coraggio di finanziare gli edifici.

Si ebbe il coraggio di progettare le strutture.

Si ebbe il coraggio di scrivere modelli organizzativi ambiziosi.

Non si ebbe invece il coraggio di affrontare il nodo centrale.

Chi avrebbe dovuto lavorarci dentro?

C'è poi un punto che il dibattito pubblico continua colpevolmente a ignorare.

Non si può parlare genericamente di "medicina convenzionata" come se medici di medicina generale e pediatri di libera scelta fossero la stessa cosa.

Non lo sono.

Il medico di medicina generale è il presidio ordinario della popolazione adulta, anziana, cronica e pluripatologica. È, dunque, il professionista che più direttamente intercetta il bisogno territoriale che le Case della Comunità dovrebbero finalmente governare.

Il pediatra di libera scelta svolge invece una funzione diversa: segue una popolazione definita per età, con bisogni prevalentemente preventivi, evolutivi, vaccinali, educativi e familiari. La sua attività è meno sovrapponibile alla gestione della cronicità adulta, della non autosufficienza, della fragilità geriatrica e dell'integrazione sociosanitaria.

Equiparare le due figure significa commettere un gravissimo errore di ipotesi.

Le distinzioni dalle quali nessuno può distrarsi

La riforma della medicina territoriale deve quindi distinguere:

- per i medici di medicina generale occorre una integrazione stabile, obbligatoria e funzionale con distretti e Case della Comunità;
- per i pediatri di libera scelta serve invece un modello dedicato, fondato su reti pediatriche territoriali, consultori, prevenzione, neuropsichiatria infantile, scuola, vaccinazioni e sostegno alle famiglie. Al riguardo i medesimi si dicono favorevoli alla proposta Schillaci.

Mettere tutto nello stesso contenitore produce solo confusione. E la confusione, in sanità, non è mai neutra: diventa disservizio e genera mostri.

Con quali regole?

Con quale rapporto tra medicina generale e Servizio sanitario nazionale?

Su questo punto si preferì rinviare.

Probabilmente per evitare conflitti.



Probabilmente per non aprire uno scontro con le rappresentanze professionali.

Probabilmente perché la politica, come spesso accade, preferisce inaugurare edifici piuttosto che riformare poteri consolidati.

Oggi quel rinvio presenta il conto.

Le Case della Comunità esistono, per modo di dire. Spesso nella fantasia delle Regioni che sul tema hanno capito poco o nulla, salvo accontentare i sindaci amici con destinazioni improprie di case e ospedali di comunità (dei quali nessuno parla!).

I medici mancano.

Le Regioni chiedono soluzioni.

I cittadini continuano ad affollare i pronto soccorso.

E il Governo cerca affannosamente di costruire ciò che avrebbe dovuto essere progettato quattro anni fa.

Per questa ragione appare difficile condividere l'atteggiamento di chi oggi osserva la vicenda dall'esterno come semplice spettatore.

La domanda da porre non è perché Schillaci stia incontrando tante difficoltà.

La domanda è perché quelle difficoltà siano state lasciate intatte dopo la lezione del Covid.

La pandemia aveva reso evidente che il rapporto tra medicina generale e organizzazione pubblica rappresentava il vero nodo irrisolto della sanità italiana.

Eppure quel nodo non è stato sciolto.

Si è preferito costruire il contenitore rinviando la definizione del contenuto.

Oggi Schillaci tenta, forse tardivamente e forse con strumenti discutibili, di affrontare la questione.

Può sbagliare metodo. Può sbagliare tempi. Può sbagliare soluzioni. Ma almeno prova a misurarsi con il problema.

Per questo la discussione non dovrebbe concentrarsi sul destino politico di una riforma. Dovrebbe concentrarsi sul destino della sanità pubblica.

Perché una Casa della Comunità senza professionisti non è medicina territoriale. È soltanto edilizia sanitaria, spesso finanche immaginata.

E il rischio più grande è che i miliardi del PNRR finiscano per consegnare al Paese centinaia di edifici nuovi e una riforma mai nata.

Sarebbe il monumento più costoso mai realizzato alla politica dei rinvii.

Una politica che non appartiene soltanto al presente.

Ma che affonda le sue responsabilità proprio negli anni in cui l'Italia aveva giurato di aver imparato la lezione del Covid e degli errori di un ministro che ha tagliato le Speranze agli italiani.

di Ettore Jorio

15 Giugno 2026

© Riproduzione riservata