

La Medicina di Famiglia che vorremmo

di Fabio Bono, Angelo Campanini, Andrea Stimamiglio

In questi anni abbiamo visto molti ed importanti cambiamenti nella Medicina di Famiglia. È stato un cammino lungo, spesso faticoso, ma entusiasmante che ha portato la medicina generale nel terzo millennio nelle condizioni di poter essere uno degli attori principali del cambiamento della sanità italiana.

Moltissimi di noi nei prossimi anni andranno in pensione ed il solo pensiero che, dopo tante fatiche, si tenti di distruggere un bene comune come la Medicina Generale lo troviamo insopportabile, come insopportabile ci risulta il fiorire d'esperti che suggeriscono come cambiare la Medicina Generale senza mai averla vissuta e senza sapere cosa sia il contatto con gli utenti e le loro necessità di salute.

Per anni ci è stato chiesto di "governare la spesa sanitaria", nella speranza di liberare risorse da reinvestire nel sistema, per migliorare i servizi.

Le nostre aspettative sono state regolarmente disattese e, pur essendo noto che la nostra sanità è una delle più performanti a livello mondiale come rapporto costo/beneficio, ora ci viene proposta una ristrutturazione incongrua delle cure primarie che ha il solo scopo di dismettere un sistema che, in questi anni, è stato in grado di dare risposte a quanti non le potevano più ricevere dal sistema ospedaliero, dimezzato in offerta e con obiettivi mutati.

Il lavoro sconosciuto della Medicina Generale

Il dramma della Medicina Generale è di non far notizia, di essere lontano dalle luci della ribalta, vicino ai cittadini, per svolgere una mole enorme di prestazioni.

Non si è mai visto un servizio del telegiornale sull'eccesso di carico di lavoro dei no-

stri studi; noi medici di famiglia siamo fatti così, siamo abituati a lavorare duro, senza lamentarci, ma questo non autorizza nessuno, semplicemente perché non sa come è il nostro lavoro, a pensare che sia meno impegnativo o meno qualificato di quello di altri.

Abbiamo la certezza della complessità della nostra professione a tal punto che riteniamo pericolose per il sistema teorie riorganizzative che pensano di risolvere i problemi della Medicina Generale riallocando personale ospedaliero sul territorio ed affidando compiti della Medicina Generale ad altre figure professionali sanitarie.

La mancanza di un dipartimento universitario di Medicina Generale, dove il corpo docente sia composto da chi esercita realmente la professione sul territorio, non solo non permette un confronto culturale continuo con le altre specialità, come avviene nel resto del mondo, ma etichetta i professionisti Medici di Medicina Generale come medici di un livello inferiore.

Se a ciò si aggiungono gli errori sulle previsioni di quanti nuovi colleghi dovevano

essere formati per mantenere sostenibile la Medicina Generale, nonché il trattamento economico punitivo per i colleghi in formazione specifica, siamo costretti a pensare che su qualche tavolo esista un progetto di sostituzione della Medicina Generale, così come la conosciamo, con altri modelli.

Sicuramente ci piacerebbe conoscere gli estensori di tali progetti per due motivi: il primo per poterli indicare come gli artefici dei danni che subirà il nostro Sistema Sanitario, il secondo perché sarebbe tragico scoprire che il tutto stia succedendo per ignoranza e mancanza di progettualità.

I rischi di una riforma delle Cure Primarie progettata da chi non ha vissuto la MG

Quanti tra coloro che oggi ci propongono "ottimizzazioni" del sistema delle cure primarie hanno vissuto la storia della Medicina Generale? Sicuramente pochi. Una cosa è progettare una macchina, un'altra è farla



Quanti tra coloro che oggi ci propongono "ottimizzazioni" del sistema delle cure primarie hanno vissuto la storia della Medicina Generale? Sicuramente pochi. Una cosa è progettare una macchina, un'altra è farla correre in pista. Se il progettista non ascolta il collaudatore la sua squadra non vincerà. La stima reciproca è fondamentale in queste cose



correre in pista. Se il progettista non ascolta il collaudatore la sua squadra non vincerà. La stima reciproca è fondamentale in queste cose.

Come possiamo pensare ad un sistema delle cure primarie gestito da medici turnanti 24 su 24 per sette giorni alla settimana, parte

dei quali di estrazione ospedaliera, ed una domiciliarità gestita da e con percorsi infermieristici? Modelli siffatti non possono garantire prestazioni neanche lontanamente simili a quelli proposte attualmente dalla Medicina Generale; possono probabilmente garantire, in una logica di contrazione del

sistema sanitario, una sorta di punto bianco territoriale e poco più.

A tutto ciò si aggiunge la perdita del rapporto fiduciario, strumento irrinunciabile per la Medicina Generale, senza il quale il cittadino perderebbe il garante delle sue scelte sanitarie e sociali ed il Ssn chi gli garantisce il rapporto con l'utenza. Diverso è un sistema territoriale con una Medicina Generale formata di liberi professionisti che garantiscono un sistema modulato sulle necessità della richiesta, richiesta che può essere governata in funzione della conoscenza dell'utenza e di un rapporto fiduciario.

In altre parole anziché migliorare il sistema tipo Beveridge (quello attualmente in uso) riducendo i costi e lo strapotere decisionale amministrativo, esercitato al di fuori di un corretto coinvolgimento dei professionisti del settore, si sta tentando di transitare ad un sistema tipo Semashko con Policlinis, tipici dei paesi dell'Est prima della caduta del muro di Berlino, non diversi da quanto diverranno le Case della Salute se il medico di Medicina Generale non rimarrà un libero professionista che fornisce prestazioni professionali pesabili e retribuite in funzione di risultati ottenuti nella gestione del territorio.

Medici di Medicina Generale ad orario e medici dipendenti comandati dall'ospedale,

che è facile prevedere demotivati, potranno solo aumentare le richieste di consulenze ed esami.

Sicuramente il servizio verrà presentato come una grande novità, risolutiva di molti problemi del sistema, ma ove è stato proposto non ha funzionato anche perché, in considerazione delle liste d'attesa, il medico non ha e non avrà, in tempi utili, risposte ai propri quesiti diagnostici e, quel che è peggio, non le avrà di conseguenza il cittadino, se non rivolgendosi al settore privato.

Chi di noi non è più giovane ricorderà i propri medici di famiglia che spesso avevano studi più attrezzati dei nostri anche se, ovviamente, non stiamo parlando di information technology, ma di tecnologia diagnostica.

In tutto il mondo evoluto ove la medicina di famiglia usa tecnologia diagnostica (in particolare in nord Europa), essa assolve in modo molto più performante la presa in carico dei complessi problemi dell'utenza demandando, allo specialista e ad altre indagini, una minima parte dei casi.

Non così accade nel nostro sistema ove il medico di famiglia può fare solo un sofisticato triage e a cui viene richiesto di usare, in massima parte, strumenti amministrativi per assolvere il ruolo di gate keeper.

In momenti di contrazione delle disponibilità del Ssn dobbiamo pensare un sistema più efficace, efficiente e di maggiore qualità.

Un sistema che integri nelle AFT e UCCP la C.A., consenta massimali d'associazione funzionali a consentire ai singoli membri di svolgere i compiti organizzativo/sanitari più congrui agli obiettivi condivisi.

Pensiamo ad un sistema organizzato, in cui le informazioni essenziali del paziente, nel rispetto della privacy, siano condivise da tutta l'equipe curante e siano rese visibili, con il consenso del Paziente ed in maniera tracciata, nei PS e negli Ambulatori Specialistici.

Pensiamo ad ambulatori di medicina di famiglia organizzati, nei quali il Cittadino possa trovare una prima risposta ai suoi bisogni di salute. La tecnologia diagno-



*In tutto il mondo evoluto
ove la medicina di famiglia
usa tecnologia diagnostica
(in particolare
in nord Europa),
essa assolve in modo molto
più performante
la presa in carico
dei complessi problemi
dell'utenza demandando,
allo specialista
e ad altre indagini,
una minima parte
dei casi*

Ecografia Generalista: un esempio virtuoso di formazione nella Medicina Generale

La prima volta che venne presentato ad un Consiglio Didattico di una scuola di Formazione Specifica Regionale in Medicina Generale un programma didattico teorico e pratico in ecografia, che chiamammo "generalista", correva l'anno 2006. Da allora sul piano didattico e formativo sono stati fatti grandi passi avanti: vinte le normali ed usuali reticenze nei confronti di una tecnologia diagnostica ritenuta a torto di esclusivo interesse specialistico, il seme eco-

grafico, piantato in Emilia Romagna, si è diffuso in numerose Regioni italiane incontrando i favori, ed in alcuni casi, non sporadici, l'entusiasmo dei giovani colleghi in formazione.

Il corpo docente di Siemg, in accordo con le varie direzioni didattiche, ha via via ampliato ed affinato il Seminario in Ecografia Generalista, che è attualmente basato su 32 ore, ben bilanciate tra attività di didattica frontale e di attività pratica con ecografi.

L'obiettivo della nostra Società è ben noto, ed è stato condiviso e fatto proprio dalle dirigenze didattiche di Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Puglia: rendere la medicina territoriale capace di formulare diagnosi, o ipotesi diagnostiche suffragate sì dalla semeiotica classica, ma anche dalla tecnologia. L'esperienza di questi anni con i colleghi della Formazione Specifica, che ci hanno seguito poi nell'intero percorso formativo-certi-

ficativo della Società Eco Gen Fimmg, è stata molto gratificante per noi ed entusiasmante per i discendenti, che hanno messo impegno ed ingegno, divenendo medici di Medicina Generale (mmg) con un bagaglio culturale e tecnico decisamente superiore, da professionisti futuri leader nel campo della medicina territoriale. Vi è però un timore generale che si insinua almeno in una parte di quanti si interessano, dobbiamo dire ormai da decenni, della Formazione Specifica, e cioè che il percorso generale non evolva, ma involva, per

mancanza di nette prese di posizione e di sforzi a livello politico per cambiare uno stato di cose che ormai vede il nostro paese tra gli ultimi nel campo delle Cure Primarie intese come Disciplina Accademica. Tutti sono, a parole, in perfetto accordo con le dichiarazioni Wonca e da decenni si sostiene la necessità di un riconoscimento ufficiale della Medicina Generale come "specialità", ma la nostra presenza ed il nostro riconoscimento in ambito universitario restano marginali e ben lungi da una possibile realizzazione di Dipartimenti di Cure Primarie.

stica (spirometri, ECGrafi, ecografi ecc.) ha prezzi ormai accessibili e Fimmg è da tempo in campo per formare i mmg motivati e soprattutto i giovani colleghi iscritti ai trienni di Formazione Specifica (vedi box accanto) all'utilizzo della medesima.

Pensiamo anche ad un diverso rapporto con lo specialista ove, grazie all'informatica, si possa far viaggiare le informazioni e non il paziente, contribuendo a ridurre i tempi di attesa, a migliorare l'appropriatezza delle

richieste e diminuire le visite di controllo a fronte delle prime visite.

Pensiamo ad una medicina generale a cui vengano fornite risorse adeguate per il personale di studio e, come indicato nella legge Balduzzi, tecnologia diagnostica di primo livello che consenta una reale presa in carico di qualità, efficiente ed efficace.

Una tecnologia che, come dimostrato nella realtà di altri stati, non richiede nuove risorse ma riallocazione di risorse, una tecnologia che posizionata all'inizio della fi-

liera diagnostico / terapeutica la rende più appropriata liberando risorse.

Ancora una considerazione sul personale di studio: in questi anni lo abbiamo voluto e formato, la nostra segretaria è chiamata per nome dai nostri pazienti ed è diventata non una impiegata qualunque, ma la "segretaria di famiglia". Niente a che vedere con l'anonimità di buona parte del personale che turna in ospedale, che risponde agli ordini di servizio e che non viene coinvolto direttamente ed in prima persona nel processo di cura.

La forza della Medicina di Famiglia è proprio questa: il rapporto personale, l'andare a lavorare anche se non si è in perfetta salute, perché si sa che il paziente ci sta aspettando ed ha bisogno e fiducia in noi.

Vogliamo veramente cambiare questo stato di cose e assegnare il personale non direttamente al medico ma all'Istituzione?

Rapporto di fiducia, tecnologia, organizzazione, ottimizzazione dell'uso delle risorse: è su questi temi che si gioca la partita del nuovo Accordo Nazionale ed il futuro della Medicina Generale.



Per altro si assiste al riemergere della tendenza ed a tentativi e da parte di molte ed anche autorevoli figure di rimettere in gioco il vecchio, e da sempre rifiutato, assioma che vuole la Medicina Generale domiciliata nell'ambito della "Medicina di Comuni-

tà". Ciò presupporrebbe l'abbandono delle attuali, ancorché "liquide", valide strutture della Formazione Specifica attive da decenni in tutta Italia, per affidare, nell'attuale assetto legislativo, i nostri eredi agli universitari, che dimostrano quotidianamente

di avere una conoscenza approssimativa, non solo del territorio, ma in alcuni casi, fortunatamente ormai rari, anche dei reali meccanismi e delle regole operative che reggono le cure primarie. Non possiamo negare che questa parola "territorio", con cui

ormai tutti si riempiono la bocca, e non solo per pubblicizzare e garantire prodotti alimentari Dop, non sia un concetto astratto, ma una entità molto concreta, nella quale però sono ancora pochissimi oltre ai mmg ed un drappello di validissimi infermieri/e professionali coloro sanno muoversi ed agire nel vero interesse dei cittadini.

Ma c'è forse dietro una volontà precisa nel voler mantenere fluida la struttura delle Scuole di Formazione (almeno una gran parte di queste), una volontà che vuole investire poco su questa partita, ricavan-

do il massimo dai finanziamenti dedicati che il Ministero invia alla periferia, gestendo il quotidiano, ma rifiutando di dare strutture logistiche appropriate ed adeguate, strutture didattiche codificate e riconosciute (quante Scuole hanno un Albo dei docenti ad esempio?). E forse anche la volontà di voler marcare la differenza tra mmg ed altri settori della Medicina fin dall'inizio, non equiparando le borse di studio percepite dai Tirocinanti in MG a quelle degli specializzandi affidati alle Scuole di Specializzazione Universitaria.