

Il medico di medicina generale diventa un globe trotter

Mentre ancora infuria, disperata, la lotta dei medici di medicina generale per sopravvivere al quotidiano attacco ambulatoriale generato dalla quarta ondata pandemica e si firma un “contrattino 16-18”, le Regioni editano una specie di atto d’indirizzo, confuso, confondente e contraddittorio, che vorrebbe cambiare per sempre il ruolo del medico di famiglia. Il Mmg non rinuncerebbe al suo ambulatorio, ma dovrebbe garantire un costante dislocamento in relazione ad una quota oraria, sia lavorativa sia salariale, tra ambulatorio e Casa della Comunità

Alessandro Chiari - Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Con il manifestarsi della quarta ondata pandemica, dovuto alla variante Omicron, il carico di lavoro ambulatoriale dei medici di medicina generale (Mmg) è cresciuto a dismisura. Già dall’inizio della pandemia ci siamo ritrovati sepolti da una grande mole di compiti burocratici che non hanno fatto altro che metterci in difficoltà costringendoci a lavorare in un modo che non è funzionale alla gestione di un ambulatorio di Medicina Generale. Tutto diventa molto più difficile durante una pandemia, anche somministrare i vaccini antinfluenzali, per una serie di precauzioni di sicurezza che vanno rispettate.

In questi ultimi giorni, il numero di telefonate è diventato ingestibile, anche perché tutta la filiera di diagnostica si è molto appesantita e molti si rivolgono a noi Mmg per cercare di risolvere problemi che dovrebbero afferire ad altre strutture di competenza e questo va a discapito di quei pazienti cronici che, per ragioni terapeutiche e di controllo vediamo più spesso i quali fanno molta più fatica a rintracciarci. Siamo diventati i segretari del *green pass* (parola che, comunque, non esiste

in inglese) piuttosto che gli erogatori dei livelli territoriali di cura e assistenza. Così, in piena quarta ondata, forse la più folle di tutte, anche se la meno mortale, mentre noi Mmg siamo impegnati a versare il nostro contributo professionale quotidiano caratterizzato sempre più da lacrime e sangue, arrivano dalle Regioni delle linee di indirizzo che intendono fissare dei paletti per un nuovo ruolo/professione dei medici delle cure primarie che bisognerebbe poi cercare di sancire in contratto entro il mese di giugno. Questo infatti è il mese di scadenza per presentare alla Ue quella riforma della Medicina Territoriale declinata nel Pnrr.

► Hanno visto un altro film?

Il tutto nasce da un presunto *misunderstanding* sul ruolo che i Mmg hanno avuto nella lotta territoriale alla pandemia che ha portato le Regioni a interpretare come trascurabile l’attività della medicina di primo livello durante l’emergenza pandemica. Da questo errore, volutamente desiderato, per cercare di limitare al massimo l’autonomia del medico di famiglia, è stata montata sui *mass media* una campagna di stam-

pa denigratoria tale da sembrare una inquietante riedizione delle tesi orwelliane e dello strisciante incubo di “Quinto potere”. Abbiamo assistito a un *foller waltz*, un bombardamento a tappeto intenso e rapido, sulla nostra professione.

La verità è che il territorio, autogestendosi, ha arginato la pandemia benché non ci fosse un progetto. Di fatto nessuno sapeva prendersi delle reali responsabilità e, per l’incompetenza della catena di comando, gli ordini non arrivavano in trincea, dove comunque non si è mollato un attimo e non si mollerà mai. Quindi i medici di medicina generale si sono dimostrati indispensabili, ma forse è proprio questo che ha indispettito i commensali del potere. “*Abbiamo deciso di fare delle cose non perché sono facili, ma perché sono difficili*” diceva il presidente Kennedy circa la corsa alla luna; ma qui dovremmo parlare più di ignoranza che di difficoltà. Visto che, invece di abbassare il carico burocratico che soffoca la nostra attività professionale, si prende la strada di una improbabile e confusa riforma che vede al centro dell’ipotesi lavorativa territoriale la Casa di Comunità (CdC), un’evo-

luzione negativamente riciclata della Casa della Salute. Attorno alla CdC graviterebbe tutto un lavoro supplementare richiesto al medico, che non rinuncerebbe al suo ambulatorio, ma che come un *globe trotter* si dovrebbe sempre spostare in costante dislocamento in relazione ad una quota oraria, sia lavorativa sia salariale, tra ambulatorio e casa comune in una sorte di revisionismo territoriale dell'organizzazione *hub and spoke* ospedaliera.

In sostanza il rapporto di lavoro dovrebbe rimanere sempre convenzionato (il condizionale è d'obbligo visto che alcuni presidenti di Regione continuano ad opporsi, preferendo la dipendenza), ma con un impegno orario fissato a 38 ore settimanali di cui 20 ore da svolgere negli studi e 18 ore in attività sanitarie promosse dal distretto nelle Aft di cui almeno 6 nelle Case della Comunità. Poi ci sarebbe una linea scura che comunque vuole una fascia di reperibilità 8-20 che configurerebbe lo spazio delle visite domiciliari e l'assistenza domiciliare ai fragili.

► Il territorio militarizzato

Questo medico 'ambulante' in continua migrazione di sede è veramente il paradosso di un *non sense* progettuale, se si può definire un progetto qualcosa che in verità è tutto da costruire e riempire di contenuti professionali. Quindi il carico di lavoro verrebbe ulteriormente aumentato. Permarrebbe il rapporto fiduciario con i pazienti, sebbene la struttura definita ne assorbirebbe parte: quindi il rapporto sarebbe con il medico o con la struttura? Novità anche per la retribuzione: il 70% sarà su base capitaria mentre il 30% sarà legato a determinati obiettivi definiti dal Distretto, dove gli studi sarebbero collegati in rete e saranno incentivate le aggregazioni tra professionisti se-

condo il modello delle Aft. Il distretto sarebbe il centro di *team* multi-professionali e della gestione della rete territoriale, il tutto finanziato mediante le risorse del Pnrr. Il rapporto di lavoro si esplicherebbe attraverso un *ruolo unico*, poco chiaro, dove i medici in formazione in medicina generale, accetterebbero incarichi nelle zone carenti sino ad un massimo di mille assistiti; questa modalità diventerebbe l'attività pratica territoriale inquadrata nella formazione. Si contempla inoltre la supervisione di un *tutor* di Medicina Generale, funzionalmente accorpato con la Casa di Comunità di riferimento. Si fa anche riferimento ad una specifica formazione di alta qualifica dei professionisti, e parliamo sia di dipendenti sia di medici convenzionati, che dovrebbero svolgere la funzione di *capo distretto* e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte, dipendenti e convenzionati.

Questi sono i capisaldi fondamentali, che però si fa fatica ad evincere da un testo che, accanto a spunti molto evidenti, alterna linee d'ombra e veri e propri controsensi, lasciando dei dubbi (es. orario di reperibilità) in segmenti assistenziali che non possono essere considerati come particolari secondari. Non si parla mai di continuità assistenziale e non si capisce bene se sopravviverà e come. In poche parole: i come, i dove e i quando non appartengono a questo documento rendendolo molto approssimativo.

Se consideriamo, per tutto questo costruito, propedeutico l'accordo siglato per il triennio 16-18 qualcosa non torna. Quanto declinato nell'atto di indirizzo delle Regioni è di fatto in 'disconnessione' con l'accordo chiuso per gli anni 16-18.

Il Mmg e le strutture territoriali vengono ingabbiati in un ambito territoriale-militaresco che ci fa venire in



mente, non sappiamo perché (o forse lo sappiamo benissimo, ma non lo diciamo), la definizione di 'gulag', dove noi medici di famiglia probabilmente saremmo "rieducati" alla Medicina Generale di massa.

Ma forse è davvero venuto il tempo di controllare davvero tutti, allora azzeriamo tutto ciò che ha caratterizzato la nostra professione e la sua forza: finiremo a tagliare le rose come fanno fare i cinesi all'ex imperatore, per rieducarlo nel film "L'ultimo imperatore". È forse questo il destino della Medicina Generale?

Siamo stati tra i primi a parlare, in tempi non sospetti, di come fosse ormai necessaria una riforma, ma non va fatta ora, non durante questo periodo di crisi e confusione in cui bisogna potenziare ciò che esiste e non spingersi in buchi neri organizzativi. I *sic volo* non fanno la storia se non sono discussi, ma imposti. Ma il dubbio di sbagliare non coglie mai i decisori, specialmente quando sono ignoranti di Medicina Generale. "Fatti non fummo a lavorare come bruti, ma per seguir Medicina e Canoscenza" direbbe ora il grande Poeta se fosse un medico?



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF della proposta delle Regioni per un nuovo accordo con i Mmg