

Noi, camici bianchi in trincea, sempre più arbitri, sempre meno clinici

In questi anni abbiamo assistito ad un progressivo aumento del carico di lavoro del medico di famiglia che oltre ad avere una funzione di gestore del paziente, nel territorio e nel delicato passaggio di presa in carico, è diventato non solo l'amministratore delle risorse assegnate a livello territoriale (committenza e appropriatezza), ma ha assunto anche un ben più gravoso compito, quello di contenimento sociale

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu - Emilia Romagna

Una gran parte dei medici di medicina generale assieme a molti tra gli addetti ai lavori sono profondamente convinti che non esista ad oggi un progetto appropriato sul futuro della Medicina Generale visto che, contrattualmente, siamo fermi al 2005. Riflettendoci, dal punto di vista della progettazione di un disegno territoriale, può addirittura sorgere il dubbio di essere tornati indietro nel tempo. Mentre il mondo ci cambia attorno ad una velocità pazzesca, determinando anche profondi e fondamentali cambiamenti nella società, l'evoluzione dell'assistenza territoriale si è arrestata. A causa di questa discrepanza spazio-temporale le Regioni e le Asl, trovandosi in difficoltà di ideazione, hanno pensato a soluzioni diverse e 'originali', ma caratterizzate da un comune denominatore: caricare i Mmg non solo della funzione di committenza e di gestione dell'appropriatezza terapeutica e riabilitativa, ma anche di una funzione di contenimento sociale. Nessuno può smentire il fatto che attualmente il Ssn sia tenuto in piedi

dalla buona volontà, dalla determinazione, dalla motivazione e professionalità dei singoli medici che ci mettono la faccia col paziente ogni giorno con il loro duro lavoro di contenimento delle richieste degli assistiti. La crescente insicurezza sociale percepita fa sì che i nostri assistiti chiedano sempre di più, incalzando le risorse del sistema in un clima che sembra più "da ultima cena", quasi come se avessero una certa consapevolezza che da un momento all'altro le residue risorse potrebbero essere azzerate.

► Ambulatorio come luogo di scontro

Il medico di medicina generale nella sua funzione di primo presidio del Ssn, di uomo da prima linea, viene di fatto sovraccaricato di lavoro che genera una sensazione comune di frustrazione professionale. Inoltre, in qualità di uomo in prima linea del Ssn lo rappresenta ed è sempre di più percepito dal paziente/assistito come colui che può assegnare o che può negare una risorsa tera-

peutica diagnostica o riabilitativa. Non si può negare infatti che le file dei colleghi che mostrano un vero e proprio disagio professionale si stia progressivamente infoltendo attraverso manifesti atteggiamenti di disimpegno, delusione, sfiducia, disinteresse generalizzato. Questa tendenza ha condotto la nostra categoria ad una vera e propria perdita di autorevolezza con conseguenti ricadute professionali ed economiche. L'ambulatorio è diventato un campo di confronto/scontro tra il cittadino ed il sistema sanitario dove il medico ha assunto il ruolo di arbitro, piuttosto che di terapeuta. Siamo costretti a relazionarci quotidianamente con un assistito che "si auto prescrive" e pretende che il Mmg traduca in azione la sua soggettiva pretesa. In questo sistema aberrante il ruolo fiduciario del rapporto medico paziente, che ha rappresentato l'asso nella manica se non il brand del nostro sistema sanitario, è entrato profondamente in crisi. Nel rapporto fiduciario è necessario instaurare un reale patto-contratto tra i due attori che

entrano in relazione: il medico e il paziente. È un contratto tra due personalità diverse che mediano le rispettive esigenze: un lavoro con diversi gradi di coinvolgimento e motivazione da parte del medico, che può essere interpretato fino al punto di diventare una missione e, dall'altra parte, una richiesta di aiuto che può essere serena o disperata, duratura o limitata nel tempo, ma che si potrebbe rivelare anche superflua. In generale, il paziente chiede al medico di smettere di soffrire, di aiutarlo ad uscire da una condizione, la malattia, o comunque da una situazione di sofferenza (o stress) che può essere fisica e/o psichica, ma talvolta anche economica. A tale riguardo non dobbiamo sottovalutare il fatto che il modello di vita odierno richiede un' *esasperata performance* del soggetto e l'energia necessaria a compierla, assumendo valenze emozionali ed individuali estremamente rilevanti.

► La chimera dell'alleanza terapeutica

In definitiva, il paziente scarica sul medico, soprattutto sul medico di medicina generale una serie di preoccupazioni, sofferenze, sensazioni e vissuti di carattere nocivo, ansioso e depressivo. Il medico deve avere la capacità di mediare, assorbire ed infine elaborare tutto ciò per riuscire a mantenere un livello di coinvolgimento tale da permettergli di comprendere la richiesta d'aiuto del paziente. Ma questo processo non può essere messo in atto senza quel distacco-distanza professionale necessaria alla captazione dei segni e dei sintomi indispensabili ad elaborare una diagnosi e

impostare una successiva linea terapeutica che può essere condivisa dal paziente, cioè quello che di fatto definiamo alleanza terapeutica. Ma negli anni il peso di questo continuo carico emozionale di sofferenza e disagio che i vari ammalati pian piano, l'uno dopo l'altro, trasferiscono nell'arco del rapporto assistenziale al proprio medico di famiglia non solo è cresciuto, ma assunto dei connotati sempre più conflittuali. Noi che lavoriamo sul territorio sosteniamo quotidianamente questo confronto diretto con i nostri pazienti che nel tempo abbiamo visto subire una vera e propria metamorfosi scatenata da un sistema sanitario sempre più calmierato. I nostri assistiti sono *"assetati di sanità"* e spesso non comprendono le restrizioni normative in cui è costretto ad operare il loro *"dotto"* che, oltre a scienza e coscienza, ha la responsabilità di rispondere alle regole che il sistema si è dato e che ricadono sull'esercizio della sua professione e di conseguenza sull'assistito. Una realtà che di fatto ha scardinato anche quella progettualità che poteva avere il medico stesso, inteso come imprenditore, che di fatto si è trovato ad affrontare un rischio d'impresa assolutamente non trascurabile.

► Le cose non cambiano

L'assistenza territoriale, a 40 anni dall'istituzione del Ssn, evidenzia tutti i suoi limiti e mostra la necessità di un nuovo dettagliato progetto. Purtroppo il tema dominante in questi anni, resistente a qualsiasi tentativo di sblocco dell'*impasse* del sistema, è stato sempre quello della mancanza di fondi a cui si è addizionata la strategia di

responsabilizzare sempre di più il Mmg. Quel poco che è cambiato dal punto di vista contrattuale è stato condizionato più da scadenze elettorali che da un vero progetto assistenziale/sanitario o da esigenze professionali e di categoria. Quindi ancora una volta in più la sanità è stata asservita alla politica, mentre il buonsenso, e forse anche il comune senso del pudore, vorrebbero che accadesse il contrario. Come ho evidenziato in precedenza, la società ed i parametri che la regolano sono in continua evoluzione ed il risultato di questa accelerazione, di questa rivoluzione culturale è oltremodo impressionante: di pari passo, i concetti di salute e benessere, subiscono continue trasformazioni e anche la percezione che il cittadino ha della sanità è in continuo mutamento. L'attuale normativa che regola l'esercizio della Medicina Generale non disegna un progetto, o degli obiettivi, ma un percorso talmente approssimativo da rappresentare un pericolo per lo spazio che lascia alle differenti interpretazioni che ne possono scaturire. E non sarà sicuramente con le soluzioni autoreferenziali che possiamo pensare di tracciare una rotta sicura per l'assistenza primaria. Per una vera assistenza territoriale occorrono dei presidi medici capillari sul territorio e quindi una grossa presenza territoriale di medici, nonché di infermieri altamente specializzati, per non parlare di tutto il supporto sociale richiesto da una buona fetta di popolazione stressata da disagi psico-sociali e dall'invecchiamento. Ci vogliono risorse, ci vogliono più medici, sul territorio come in ospedale, ci vuole più forza lavorativa, il medico deve riacquistare la *"patrimonialità"* clinica.