

La medicina di famiglia al bivio

L'evoluzione della medicina generale nel nostro Paese presenta un aspetto dicotomico e territoriale. Ci sono realtà che hanno consentito di conservare alcuni degli aspetti peculiari della professione e altre in cui tali caratteristiche sono state perse sia per fattori contingenti, legati allo sviluppo eterogeneo dell'organizzazione della MG regionalizzata, sia per la scarsa intraprendenza e demotivazione di noi medici di famiglia

Vincenzo Giordano - *Medico di medicina generale dal 1975 al 2016, Modigliana (FC)*

Riflettendo sul fatto che in molti contesti, principalmente nelle città metropolitane, la medicina di famiglia (MdF) da molti anni ha perso le sue caratteristiche peculiari, mi chiedo se i cittadini che usufruiscono di questo tipo di servizio riescono a rendersi conto di come era, e dovrebbe, o dovrebbe tornare ad essere. Al momento gli assistiti esprimono prevalentemente il loro disagio, la loro frustrazione a fronte di un servizio, quello relativo all'assistenza primaria, che dà loro poco o nulla, e in modo contorto. Purtroppo molti non hanno coscienza e conoscenza di una MdF che è stata realmente punto di riferimento assistenziale sul territorio, che faceva affidamento su una relazione empatica con il proprio medico di medicina generale. Il risultato è che non hanno mai usufruito di un servizio di prossimità 'amichevole', pronto, efficace quale è stato e dovrebbe essere quello esercitato dai Mmg.

► Molti ignorano

Sono moltissimi quelli che ignorano, per esempio, che potrebbero usufruire della visita domiciliare da parte del Mmg, certo a determinate condizioni. Così come non hanno mai ricevuto dal loro medico una scheda stampata, riassuntiva

della loro storia clinica, per iniziativa del medico stesso o su loro specifica richiesta, magari in occasione di un invio ad esami per immagini o a visita specialistica.

A dare una visione dimezzata di quello che può essere la presa in carico da parte dei Mmg dei pazienti cronici c'è un'organizzazione della MdF eterogenea e fortemente regionalizzata. In alcune Regioni e realtà territoriali, per esempio, i Mmg hanno in cura a domicilio pazienti con l'Alzheimer, con scompenso cardiaco cronico, calendarizzano le visite di controllo periodiche presso il loro studio di pazienti affetti da cronicità o multi-cronicità, pazienti diabetici, con BPCO, ecc, in sinergia con l'infermiere di famiglia. Mi capita spesso, discutendo, di parlare di tali realtà, vista la professione di medico che ho esercitato per anni e mi imbatto in reazioni attonite e dubbiose.

► La mia esperienza

Ho avuto la fortuna di iniziare a lavorare come Mmg in un piccolo paese (5.200 abitanti) dell'Appennino Romagnolo, nel 1975. In quell'epoca la guardia medica era, a differenza che nelle città, a carico dei Mmg locali, che turnavano fra loro. Il servizio non era retribuito. L'ambulatorio c'era tutti i giorni, com-

preso il sabato mattina, con pronta disponibilità fino alle 14. Questa organizzazione del lavoro si è protratta fino a metà anni '90.

Intanto cominciarono a formarsi le prime aggregazioni di Mmg. Noi medici del paese facemmo la nostra parte (intanto eravamo diventati 4), costituendo una rete di ambulatori, ognuno nella propria sede, con scambio di dati sanitari digitali e reciproca "copertura" in caso di assenza dal lavoro per i motivi più vari. L'assistito trovava sempre un sostituto dove rivolgersi, secondo le sue preferenze, visto che a fine anno vi era una "camera di compensazione" del lavoro fatto da ciascuno. Sistema assai gradito, ovviamente, dai cittadini e anche dai colleghi che non avevano più il problema di cercarsi un sostituto quando erano assenti, impresa spesso senza successo.

L'Ospedale di Comunità. Dal 1998 la rete dei medici di MG aderì a un progetto sperimentale della Asl di Forlì che, creati 22 letti di degenza di Medicina Generale, in sostituzione del dismesso ospedale "Poveri di Cristo", ne affidò completamente a noi la gestione clinica. Nacque così il "Country Hospital", successivamente rinominato "Ospedale di Comunità (OdC)". L'esperimento ebbe grande successo e fortuna e fu, negli anni seguenti, replicato in

varie Regioni, tanto da costituire il modello ministeriale degli Ospedali di Comunità.

Un impegno soddisfacente. L'impegno per i Mmg era di cinque ore settimanali, distribuite su tre giorni. Dal 2008, centralizzati nello stesso edificio dell'OdC tutti gli ambulatori dei Mmg, costituimmo una medicina di gruppo con cinque componenti, che assicurò sette ore giornaliere di apertura ambulatoriale, ad accesso libero e perfezionò quanto già presente nella rete in termini di sicurezza. Abbiamo sempre soddisfatto le richieste di visite a domicilio, il più spesso entro la giornata della richiesta e raramente abbiamo dovuto, dopo aver comunque effettuato la prestazione, far notare al paziente o ai suoi familiari che si trattasse di una richiesta impropria. Abbiamo sempre assistito i malati cronici a domicilio con l'ADP, autogestita, e con l'ADI in sinergia con il Servizio Infermieristico Domiciliare.

Abbiamo lavorato una media di 9-10 ore al dì per cinque giorni la settimana (intanto eravamo stati esonerati dal servizio di Continuità Assistenziale notturno, prefestivo e festivo). Abbiamo lavorato duramente, facendo molti sacrifici, ben ricompensati dalla stima e dalla soddisfazione per la nostra opera, che gli assistiti non mancavano di dimostrarci. Questa è la mia storia, questa è la storia del Gruppo che ho guidato per molti anni.

► Un'evoluzione non casuale

Ma è anche la storia delle tante realtà che negli ultimi 4-5 decenni hanno prodotto la graduale evoluzione dalla figura del Mmg dal medico condotto, medico di base, medico di famiglia amichevole, efficiente, impegnato nella presa in cura dell'assistito. Questa evoluzione si è verificata non a caso - con le do-

vute eccezioni - in genere nei paesi e nelle piccole cittadine, favorita da un rapporto medico-paziente naturalmente più stretto.

Nello stesso periodo nelle città metropolitane (anche qui con tante eccezioni) la MdF non solo non si arricchiva delle nuove funzioni e capacità, ma andava rinunciando alle "vecchie" peculiarità della professione, in sincronia con un progressivo allontanamento dall'assistito e dalla sua famiglia. Una rinuncia a cui alcune scelte sindacali hanno contribuito abdicando ad una perdita di funzioni e ruolo clinico in cambio di una burocratizzazione professionale sempre più esasperata.

La MdF si è trovata a un bivio già decenni fa: in alcune realtà, con la collaborazione dei colleghi e delle istituzioni ha imboccato la strada difficile del miglioramento e del potenziamento del lavoro, in altre si è arroccata in una *routine* demotivante, burocratica e inefficiente. Oggi di nuovo siamo a un bivio: riforma della MdF "deviata" o fine della professione. Ahimé, anche di quella valida ed efficiente.

► Una difficile rassegnazione

Con questa storia alle spalle non capisco come si possa esercitare la professione di Medico di Famiglia in altro modo se non in quello da me sperimentato. Non capisco i muri che vengono alzati, con il sistema dell'appuntamento per gli assistiti. Non comprendo molte cose, malgrado i colleghi in attività mi elencano le enormi difficoltà che trovano ad esercitare la propria professione anche nelle realtà più virtuose. Non riesco a comprendere le attuali piattaforme sindacali e alcune rivendicazioni mi risuonano come un ossimoro. Sono un uomo e un medico di altri tempi? Forse sì, ma non ditemi che quanto sta accadendo risiede in parte anche nel fatto che abbiamo ceduto funzioni, delegato e spesso ci siamo sottratti a sperimentare altre vie di organizzazione perché ci voleva maggiore energia ed entusiasmo per praticarle e per alcuni di noi alla fine l'obiettivo principale è stato solo quello di un emolumento sicuro a fine mese.

