

# Medici di Famiglia dipendenti? Sì, no... Un falso problema

Non sono affatto convinto che il semplice passaggio alla dipendenza migliori automaticamente le cose per l'assistito. In Portogallo, ad esempio, ove risiedo da cinque anni, abbondano storture e incongruenze pur in un modello di Medicina di Famiglia 'dipendente'

Vincenzo Giordano\*

**A**nni fa, e fino al mio pensionamento nel 2017, l'idea di svolgere il mio lavoro come dipendente e non come libero-professionista convenzionato, mi era ostica, mi spaventava e irritava.

Successivamente, una profonda riflessione sulla sfavorevole evoluzione della professione nella maggior parte degli ambiti territoriali - che ha portato i medici di medicina generale ad allontanarsi sempre più dalle esigenze della persona-assistito, e sulla dimostrata loro incapacità di auto riformarsi per fornire un servizio di Medicina di Famiglia all'altezza delle aspettative dei cittadini e dell'Autorità Sanitaria Centrale e Regionale - mi ha portato ad augurarmi, come unica possibilità di salvezza e "ringiovanimento" di questa professione il passaggio alla dipendenza nell'ambito del

nuovo modello in arrivo con il Pnrr.

Il problema è che non sono affatto convinto che il semplice passaggio alla dipendenza migliori automaticamente le cose per l'assistito. In Portogallo, ad esempio, ove risiedo da cinque anni, abbondano storture e incongruenze pur in un modello di Medicina di Famiglia 'dipendente'.

Sono propenso a pensare che il nuovo modello porti a una maggiore omogeneità di erogazione e di 'interpretazione' della professione sul territorio nazionale; sul fatto poi che sia foriera di un sostanziale miglioramento per l'assistito, ho dubbi fortissimi, a meno che una sinergica azione governo-sindacati della MdF- ordini dei medici, attraverso un controllo sereno, ma efficace delle Asl, non porti, con sostanziosi cambiamenti culturali, a una nuova figura di professionista che si richiami ai valori umanistici del passato e riesca contemporaneamente a farsi carico delle sfide tecnologiche del futuro.

## ► II DM 77

Nel DM 77 si propone un modello omogeneo su tutto il territorio nazionale delle modalità erogative

dell'assistenza sanitaria da parte del Mmg. Venti ore di assistenza ambulatoriale e ulteriori diciotto ore settimanali in attività come visite domiciliari, lavoro presso la CdC e/o presso l'Ospedale di Comunità, ove presente.

Questa attività sarà coordinata ed imposta da un politico-amministratore, a volte anche con laurea in Medicina, con la inevitabile perdita di flessibilità che questo assetto comporterà e con un grave danno economico per il medico se attività, finora pagate a notula o a compenso orario, rientreranno nella onnicomprensiva quota capitolaria. Se così sarà, saranno danneggiati tutti quei Colleghi che, pur muniti magari di una o più specializzazioni, hanno da sempre creduto nella Medicina di Famiglia (MdF), ad essa dedicandosi con tutto il loro impegno.

I Colleghi che invece hanno esercitato la professione dedicandovi il minimo del tempo e delle energie, quelli, intendo, che si vantano di non aver mai fatto una visita a domicilio, quelli che "*il Pc serve solo per stampare ricette!*", quelli che la riconciliazione son convinti sia un trattato tra Stato e Chiesa, quelli che non stampano la scheda clinica am-

\* Medico di medicina generale da novembre 1975 alla fine del 2016 nel Comune di Modigliana, ambito Territoriale Modigliana-Tredozio (FC - AUSL ROMAGNA), partecipe delle (allora) più avanzate modalità di erogazione dei Servizi Sanitari di Base (Medicina di gruppo, Country Hospital - poi Ospedale di Comunità - Casa della Salute)

bulatoriale per l'invio a consulenza specialistica (perché spesso neppure raccolgono i dati né tanto meno li elaborano); questi Colleghi che contavano, e contano, su altre occupazioni mediche ben più remunerative, troveranno il modo per continuare a fare quello che hanno sempre fatto o, al massimo, getteranno alle ortiche la MdF, se proprio costretti.

#### ► Un'esperienza positiva

Laddove, infatti, come in Emilia Romagna (Ausl Forlì) la Casa della Salute (2008) e gli Ospedale di Comunità (*Country Hospital*-1998) sono nati per primi in Italia, il funzionamento di queste strutture ha avuto un grande successo presso i Mmg coinvolti e, ciò che è più importante, tra gli assistiti, esse sono germogliate da una libera, intelligente e onesta collaborazione fra Mmg e dirigenza Asl.

I primi, esprimendo la capacità di provare, flessibilmente, a percorrere le strade di una nuova assistenza ambulatoriale fortemente integrata con gli specialisti medici, con l'assistente sociale e lo psicologo fisicamente presenti nella struttura, con la ulteriore possibilità di curare il proprio paziente in loco, nell'Ospedale di Comunità (OdC).

I secondi, artefici di una lungimirante (diciamo che sono stati capaci di anticipare il futuro di almeno quindici anni!) attività progettuale che - validata dal pieno successo della iniziativa 'cucita su misura' sulle esigenze della popolazione locale - non solo prosegue fino ai nostri giorni, ma nel frattempo si è allargata a molte Regioni e ha fatto da 'calco' per la elaborazione di questi modelli a livello ministeriale.

► **Gli elementi che hanno fondato un successo.** Passione per la propria professione; capacità di focalizzare la propria attività sull'assistito e sui suoi bisogni, espressa anche dall'accesso libero e diretto all'ambulatorio e orari di ambulatorio espandibili secondo le necessità; voglia di sperimentare novità nel campo dell'assistenza di primo livello e capacità di tessere rapporti professionali e personali con le altre figure partecipi del progetto; stretta embricatura, via scheda digitale ambulatoriale, fra i vari ambulatori e OdC; ottimi e franchi rapporti di reciproca stima con la dirigenza Asl, cui va il merito di averci trattati da professionisti capaci di fare bene il proprio lavoro senza la rigidità di minuziosi regolamenti, ma dentro una semplice cornice operativa costruita sulla fiducia; ultimo, ma non di minore importanza, la possibilità di un, sudato, guadagno 'extra'.

Questi sono stati gli elementi alla base del successo della CdS (o CdC) e dell'annesso OdC 'germogliati' negli anni surricordati nell'Ambito Territoriale di Modigliana-Tredozio (FC).

#### ► Un modello nato dal basso

Auguro naturalmente ogni successo alle iniziative previste dal DM 77, ma nasce spontaneo il dubbio che si riesca effettivamente e in breve tempo ad adattare felicemente i modelli previsti alle singole realtà locali, molteplici e variegati. Il nostro modello nasceva dal basso in rapporto a specifiche necessità della popolazione locale e a particolarità orografiche. Non veniva calato ed imposto dall'alto.

Mi risulta particolarmente ostica

l'idea che un Mmg, massimalista riesca a fare decentemente il lavoro ambulatoriale con le sole 20 ore settimanali richieste dal DM 77.

Immagino che anche i Colleghi che finora avevano resistito all'ammaliante (per loro) sirena-accesso per appuntamento, dovranno piegarsi alla necessità di contingentare rigidamente la parte ambulatoriale del loro lavoro per espletare gli altri compiti previsti per le rimanenti 18 ore. Questo significherà appuntamenti dilazionati e conseguente malumore dell'assistito, ricerca automatica di pseudo-soluzioni presso i Ps o la Continuità assistenziale.

Qualcuno potrebbe obiettare: *"Scusate, ma allora come facevate voi dell'Ambito Territoriale Modigliana-Tredozio? Per caso avevate il dono dell'ubiquità?"*.

Rispondo, per me e per i Colleghi partecipi di quel modello (due di essi sono vicini alla pensione, ma ancora adesso in attività).

No, naturalmente! Il segreto era semplice: lavorare ognuno per i cinque giorni della settimana per una media di nove-dieci ore al giorno e con un perfetto sistema di reciproche sostituzioni, basato ovviamente sulla condivisione LAN della scheda clinica ambulatoriale che ci permetteva di seguire il paziente del Collega in un certo momento impegnato in attività extra-ambulatoriale o a usufruire della mezza giornata di riposo settimanale. Al riguardo avevamo elaborato un sistema a notula virtuale per cui il Mmg che prestava la sua opera in favore di un Collega assente per un qualsiasi motivo, annotava la data e il tipo di prestazione (visita ambulatoriale, domiciliare, in RSA, medicazione, etc.) e a fine

anno vigeva una 'camera di compensazione' delle rispettive notule virtuali. Le notule che rimanevano ai componenti del Gruppo che, evidentemente, avevano lavorato di più, si trasformavano in euro reali a un costo concordato. Un sistema che premiava ciascuno secondo il lavoro effettivamente svolto, distribuiva gli assistiti del medico o dei due medici assenti (anche per ferie) sui 3-4 medici comunque attivi, secondo le preferenze di ciascun assistito, evitava la "furbizia" di assenze eccessive che si sarebbero tradotte a fine anno in maggiori spese per compensare i Colleghi-Stakanov.

Una volta catapultati nel Nuovo Mondo della CdC e dell'OdC secondo il DM 77, è necessario non sprecare occasioni per stabilire forti relazioni professionali e personali con gli altri protagonisti dell'assistenza sanitaria di primo livello così rimodulata e con i Colleghi Mmg quando non ci siano già.

Cercate, da professionisti, di far marciare il tutto per il meglio, anche facendo ognuno qualche piccola (o grande) concessione agli altri Colleghi, stringere accordi solidi. Tutto questo vi metterà al riparo da rigide (e antipatiche) imposizioni d'imperio da parte di Autorità Politico-Amministrative Asl, a volte animate da spirito di rivincita sul Mmg finalmente trasformato in dipendente.

### ► L'incognita regionale

Non so (non sono un veggente) come verrà nelle varie Regioni 'declinata' la riforma sanitaria. Temo molto che invece di una necessaria omogeneizzazione della assistenza sanitaria di base vi sa-

rà l'introduzione di ulteriori elementi di differenziazione, spesso peggiorativi del servizio erogato all'assistito.

Quello però che mi fa più paura è la mancanza di chiarezza, almeno per quanto finora è dato conoscere, sui fini di questa riforma.

Mi chiedo se si vuole implementare un modello che in alcune Regioni ha funzionato bene e con soddisfazione degli assistiti, producendo CdS con o senza annesso OdC. È un modello che in Romagna funziona, con le varie implementazioni, dai primi anni di questo secolo, modello che conosco benissimo per esserne stato partecipe.

Ma il modello funziona se sono soddisfatte alcune premesse:

1. Adattamento ai reali bisogni della popolazione locale.
2. Disponibilità di professionisti a lavorare in media dalle 9 alle 11 ore al dì per 5 gg.

Sono convinto che una MdF non si possa definire tale se non mette in campo le peculiarità caratterizzanti tale professione:

- A. Accesso all'ambulatorio libero e diretto
- B. Visita a domicilio erogata tenuto conto della difficoltà del paziente a raggiungere l'ambulatorio e per considerazioni epidemiologiche
- C. Elaborazione di una scheda clinica ambulatoriale digitale esaustiva e nel contempo di facile lettura offerta proattivamente all'assistito per i suoi spostamenti tra i vari consulenti specialisti.
- D. Visione globale della situazione sanitaria della persona.
- E. Presa in cura della cronicità 'in prima persona'.

Questo è quanto la Politica dovrebbe richiedere al Mmg. Chia-

ramente serve un Ente di controllo, costituito da rappresentanti Asl, sindacati della MG e ordini dei medici che vigili a tutela della qualità delle cure e della soddisfazione e del benessere dell'assistito.

### ► Una domanda

Nel frattempo ai Colleghi che negli anni si sono sempre più allontanati dal modello classico della nostra professione, privandolo via via di quelle caratteristiche peculiari che, appunto, ne facevano un lavoro 'speciale', chiedo chiarezza. Vogliono ripristinare queste peculiarità o continuare a perdere per strada pezzi e pezzettini del nostro (faticoso) lavoro? La richiesta di una istituzionalizzazione delle Usca (oltre le giuste necessità determinate dalla pandemia) mi pare vada in questa errata direzione. Né ho sentito da parte dei sindacati della MG proposte innovative che migliorino il benessere della persona-assistito e il suo gradimento nei confronti delle prestazioni ricevute che mi risulta al minimo storico.

'Le MdF che non recuperino le essenziali caratteristiche di una medicina costruita attorno, e per, la persona-assistito, hanno tutto il diritto di farlo, finché costituite da liberi-professionisti convenzionati, ma dovrebbero farci il favore, a noi della 'vecchia scuola' di trovarsi un nome diverso per la professione che esercitano. Personalmente, mi sono stufato di vedere accendersi risolini sul volto di interlocutori cui comunico di aver lavorato come MdF o, in alternativa, di dover prodromicamente avvertire che ho fatto sì questa professione, ma secoli fa.