

Quale futuro attende la medicina generale?

Il dibattito sui possibili scenari che dovrebbero contraddistinguere l'ammodernamento della MG appaiono caratterizzati da due diversi approcci da una parte orientati alle problematiche per così dire istituzionali e professionali e dall'altra invece alle proposte che partono e prediligono la dimensione organizzativa e funzionale.

La proposta di legge di ammodernamento del Ssn licenziata dal ministro Turco ha assorbito parzialmente le idee di fondo del progetto di rifondazione della MG (lanciato dalla Fimmg), riconfermate dal Ddl sulla qualità e sicurezza del Ssn allegato alla Finanziaria. Tuttavia resta per ora ancora nel limbo delle intenzioni in quanto dovrà tradursi in concrete disposizioni normative a livello di Acn, da elaborare nel corso del 2008, una volta licenziata la convenzione ponte 2006-2007. Si sono comunque profilati diversi modi di intendere il futuro della MG. In modo forse un po' schematico è possibile delineare due approcci, che enfatizzano alcuni aspetti: da una parte le posizioni di quanti sottolineano le problematiche per così dire istituzionali e professionali e dall'altra invece le proposte che partono dalla dimensione organizzativa e funzionale.

■ Modello professionale extra-clinico

Il primo modello è quello "professionale" extra-clinico contenuto nell'ordine del giorno sulla rifondazione della MG, licenziato dall'assemblea di giugno della Fimmg, con alcune varianti nella proposta del Dipartimento delle cure primarie, avanzata dallo SMI. Sia a livello di documenti ufficiali che di dichiarazioni pubbliche i dirigenti nazionali della Fimmg hanno più volte ribadito un dato di fondo: l'Umg, ovvero la proposta operativa in cui si dovrebbe concretizzare la rinascita

della MG, non deve essere confusa con le molteplici formule organizzative messe in campo negli ultimi anni da varie parti (Utap, Case della Salute, medicina in rete, ecc). L'obiettivo prioritario dell'Umg è più ambizioso, vale a dire il riequilibrio delle relazioni di potere all'interno del sistema sanitario a vantaggio della categoria, senza preferenze o preclusione per una particolare tipologia organizzativa o articolazione territoriale del futuro assetto della medicina generale. Secondo la sociologia del lavoro la diffusione e l'affermazione sociale di una categoria passa attraverso un processo di professionalizzazione a più stadi: diffusione dell'occupazione a tempo pieno; istituzione di una scuola di formazione; creazione di un'associazione professionale; appoggio e riconoscimento dello Stato; creazione di un codice etico formale.

Si deve in particolare al sociologo statunitense Eliot Freidson l'analisi dei rapporti tra le professioni sanitarie e la società, filone di ricerca che va sotto il nome di "dominanza medica". Una professione è tale se ottiene il riconoscimento sociale di un sapere e di una competenza specifica fondata su valori condivisi e con un'area riservata di esercizio di attività. Ogni professione, ottenuto il riconoscimento sociale e istituzionale, tende a rafforzare il proprio potere e il ruolo sociale in virtù del:

- Controllo sui contenuti del proprio lavoro (metodi, tempi, ritmi e strumenti).
- Controllo sul mercato e sui clienti (quantità e qualità dell'offerta e

della domanda, definizione di salute/malattia).

- Controllo sull'istruzione, sulla formazione continua e sui praticanti (auto-regolazione).
- Controllo sulle decisioni politiche (influenza sulla definizione e implementazione delle politiche sanitarie).
- Controllo sulle altre occupazioni sanitarie.

Se analizziamo l'Umg con la griglia delle caratteristiche della dominanza professionale possiamo verificare che il modello proposto risponde all'esigenza di assicurare la cosiddetta agenda professionale della MG. Il recupero del ruolo centrale delle cure primarie - così spesso enfatizzato dai politici - passa attraverso il riequilibrio delle relazioni di potere e di influenza nel Ssn e si dovrebbe concretizzare nelle attività orarie sovra-individuali, collaterali alla dimensione della consultazione clinica, ovverosia i compiti di ricerca, insegnamento, tutoraggio, audit/qualità, gestione informatica, organizzativo-manageriale previste dall'Umg.

Decisivo appare, in questa prospettiva, il confronto tra la professione e gli altri attori professionali in cui si giocherà la partita per il riequilibrio delle relazioni di potere (ed economiche) che condizioneranno gli esiti pratici dell'Umg.

■ Modello organizzativo in rapporto alla popolazione di malati

Il secondo modello, proposto dallo CSeRMEG, pone l'accento invece sugli aspetti organizzativi in rapporto alle popolazioni di malati.

Se l'Umg ha come riferimento l'agenda professione della categoria, il singolo Mmg si deve confrontare quotidianamente con altre esigenze, obiettivi, interessi cioè:

- quelli di cui è latore l'assistito frequentatore più o meno assiduo dello studio;
- le norme che regolano il funzionamento e le relazioni tra la classe medica e il Ssn;
- i riferimenti della comunità scientifica, ovvero le indicazioni della

ricerca clinica che si cristallizzano in novità terapeutiche, linee guida, norme di buona pratica clinica, percorsi diagnostico-terapeutici, ecc.

L'obiettivo di contemperare tutte queste esigenze comporta un impegno non indifferente perché amplifica il numero, già di per se rilevante, dei problemi da affrontare nel quotidiano, complicandone la soluzione. A questo carico di compiti si aggiunge un'altra difficoltà: efficacia ed efficienza sul versante clinico sono correlati alla capacità di adattare le linee guida alla gamma di tipologie di assistiti affetti da patologie croniche o portatori di rilevanti condizioni di rischio, disabilità, fragilità e non-autosufficienza.

Purtroppo il classico ambulatorio medico ad accesso libero, si è via via mostrato inadeguato per rispondere a bisogni soggettivi e obiettivi clinici così differenziati e non sempre armonici.

Resta il problema di calare le norme di buona pratica clinica, ispirate ad una logica prescrittiva e di standardizzazione delle decisioni di stampo nosocomiale, nel caotico e per certi versi ingovernabile mondo extra-ospedaliero, dove vige la regola della negoziazione informale e della condivisione di obiettivi tra medico e assistito. Il tradizionale setting dell'incontro ambulatoriale episodico per problematiche emergenti *on demand*, cioè deciso autonomamente dall'assistito per i più svariati problemi, non è in grado di garantire la continuità assistenziale e la corretta gestione ambulatoriale della cronicità sul piano scientifico.

Da tale constatazione emerge l'esigenza di un'attenzione diversa, rivolta più alla popolazione dei pazienti che non all'indistinto gruppo di frequentatori dello studio. Sul piano organizzativo tale esigenza si dovrebbe tradurre in studi orientati alla presa in carico di specifici aspetti della cronicità, il cui riferimento più noto è il centro antidiabetico. In questi spazi dedicati potranno operare sia i Mmg che avranno optato per le attività orarie di tipo clinico, alternative alla quo-

ta capitaria e "protette" dalle turbolenze dell'ambiente, sia altre figure professionali come infermieri, assistenti sociali, ecc. che avranno funzioni non meno rilevanti di quelle mediche. Inoltre negli studi dedicati troveranno spazio quelle attività collaterali (ricerca, formazione continua, tutoraggio, ecc) che ora non trovano adeguata collocazione temporale durante la tradizionale consultazione *on-demand*. Certo servirà una generosa dose di inventiva e di spirito di adattamento per trasferire in MG un'esperienza come quella dei centri diabetologici nata sul confine tra ospedale e territorio.

In definitiva la proposta dello CSeRMEG, sebbene non sia incompatibile con la formula dello studio gestito dal singolo professionista, fa riferimento più all'orizzonte organizzativo dell'associazionismo evoluto che non alla dimensione professionale extra-clinica dell'Umg.

■ La parola alla politica

Tra i due progetti però non mancano affinità di fondo e punti di contatto. Alla fine comunque spetterà alla parte politica, per quanto riguarda la cornice normativa legislativa, e alla controparte pubblica, per quanto riguarda la negoziazione del futuro Acn, stabilire i confini e il profilo professionale del futuro Mmg. In questo quadro avrà un ruolo centrale la tattica delle alleanze e degli scambi negoziali che il sindacato saprà intessere a supporto della rifondazione della MG. Fino ad ora peraltro la controparte appare più interessata a completare la propria agenda che non ad assecondare le scadenze e gli obiettivi dell'agenda professionale della MG rinnovata: il recupero della smarrita dominanza sia nell'arena sociale che in quella del Ssn.