



L'inizio di una canzone di Max Pezzali recita "Stessa strada, stesso posto, stesso bar". Questo incipit, per chi come me è medico di medicina generale, ben si presta ad altre interpretazioni relative all'ambito professionale. In un 2008 che tutti dicono foriero di novità per la medicina generale e chi la esercita, probabilmente per i Mmg le strade rimarranno

le stesse, i posti della nostra attività pure, mentre l'unica cosa che cambierà sarà forse il bar. Nessun medico di medicina generale avrà più il tempo di metterci piede, nemmeno per una breve pausa caffè.

Questo perché le richieste della Parte Pubblica sono diventate talmente eccessive che per essere ottemperate non basterebbe un'intera giornata.

Sta cambiando qualcosa nella medicina generale?

di **Luciano Camerra** Medico di medicina generale, Limbiate (MI)

D Sono anni ormai che i Mmg avvertono la pressione portata dalle continue richieste della Parte Pubblica affinché aumentino gli orari di ricevimento in ambulatorio, lavorino anche di sabato, siano sempre più presenti a domicilio per pazienti con patologie croniche, siano reperibili al cellulare per 12 ore, immettano nella rete informatica i dati da condividere con i medici della continuità assistenziale, ecc. A seconda ahimè delle realtà regionali, tali richieste-imposizioni vengono inserite in alcune voci del nostro compenso, non necessariamente mensile. Dalla quota SISS in Lombardia, splitata del quantum di un 1 euro per l'attivazione dei flussi informativi, mai riconosciuti finora e per la cui corresponsione è richiesto un lavoro prettamente amministrativo (controllo errori sulle Smart Card dei pazienti), alle percentuali fantasiosamente definite in modo diverso da Regione a Regione della famosa quota di 3,08 euro del governo clinico, che nella maggior parte dei casi diventa governo economico. Cosa abbia in comune un incremento nella prescrizione, fino al 40% in certi casi, del farma-

co generico con la buona pratica clinica del medico di medicina generale, qualcuno ce lo dovrebbe davvero spiegare e argomentare. Soprattutto quando la gestione della dispensazione del farmaco al cittadino avviene secondo criteri di convenienza da parte di una terza persona, il farmacista, giustamente autorizzato a distribuire il prodotto commerciale equivalente che più gli aggrada (con buona pace, per il medico di famiglia, della attendibilità e affidabilità dell'azienda produttrice, che magari neppure conosce).

La crescita della domanda

Sull'altro versante assistiamo a una continua crescita della domanda da parte del cittadino, che contrasta con la persistente richiesta del contenimento della spesa da parte delle aziende sanitarie locali, delle Regioni e dello Stato e che vuole comunque essere garantito dal proprio medico di famiglia anche rispetto alla qualità e gratuità del farmaco.

A completamento di questi argomenti, le spinte "innovative" che hanno fatto comparire in molti stu-

di di medicina generale personal computer, segretaria, infermiere e che hanno già portato di fatto a cambiamenti del nostro modo di svolgere la professione medica, creando non pochi problemi a chi, ancora, pensa di resistere.

Almeno ora non si sente quasi più parlare del "ruolo centrale del medico di medicina generale", frase grazie alla quale per tanti anni ci hanno lusingato e raggirato, sebbene qualcuno tenti ancora di riproporre il vecchio, anacronistico e romantico modello del medico condotto, tanto caro a tutti, cittadini e parte pubblica, che vorrebbero confrontarsi con un medico missionario, disponibile 24 ore, normato come un dipendente, ma senza gli onori del dipendente, insomma un ripristino della schiavitù, ma solo per i medici. In questa battuta sta tutta la solidarietà nei confronti dei colleghi ospedalieri, costretti ormai a turni massacranti da scelte politiche o dall'effettiva carenza di personale per imposizioni altrui.

La medicina in associazione

Le medicine di gruppo, le reti e le più evolute forme di associazionismo, che comunque, nella loro realizzazione, hanno gravato sulle spalle del Mmg, sia per l'esposizione economica sia per il rischio di vedersi ricusati dal paziente, al massimo consentono al medico di lavorare un po' meglio, a contatto con i colleghi che ne

condividono il burn out, ma non certo di meno. Ormai sono sei o sette le ore di ambulatorio effettive che il Mmg deve quotidianamente svolgere nello studio associato, di cui 3-4 ore solo di ricevimento dei pazienti e di visite, le restanti vengono utilizzate per ottemperare agli obblighi burocratici e per litigare con le linee di collegamento informatico con i vari provider e la Regione.

A completamento le ADP, le ADI e le visite domiciliari, oltre che i contatti telefonici con colleghi ospedalieri o le visite in ospedale ai propri assistiti ricoverati. L'aggiornamento non è più necessario: basta seguire linee guida e PDT siglati dalle Asl.

■ Le prime conseguenze

Un presente e un futuro tanto roseo da rendere vacanti ben 40 posti su 100 nel Corso di specializzazione in medicina generale a Milano oltre alle rinunce spontanee per incompatibilità con qualsiasi forma di auto sostentamento diversa dai 900 euro al mese riconosciuti.

I più ferventi sostenitori della medicina generale ribatteranno che esistono incentivi economici riconosciuti per lavorare in gruppo, per assumere una segretaria e/o un'infermiera, per collegarsi alla rete informatica della Regione.

Ma, almeno nella nostra Regione (Lombardia), i tempi per ottenere il riconoscimento dei collaboratori di studio sono eccessivamente lunghi e l'esposizione economica anticipata del medico è l'unica forma possibile per lavorare in modo diverso (almeno 6-7 mesi l'attesa). Il contributo mensile del sistema centralizzato informatico SISS non ripaga certo il tipo di lavoro, dal punto di vista qualitativo, che il medico svolge nei confronti della controparte. Se non si è particolarmente attenti alla manutenzione hardware e software, c'è il rischio che i rallentamenti e le disfunzioni quotidiane rendano impossibile svolgere in tempi accettabili il proprio lavoro, che spero debba anco-

ra essere quello di curare le persone. Se consideriamo che nessuno mai si è preoccupato di effettuare corsi di aggiornamento di informatica "seri" ai Mmg se non i Mmg stessi, ci si può rendere conto che tanto si è chiesto in questi anni, ma poco si è dato in cambio. Servizi offerti dalla rete, da questa rete ovviamente, al Mmg, non ne esistono, mentre il servizio di monitoraggio in tempo reale della spesa sanitaria offerto dal medico alla controparte, è certo di enorme valore.

■ Le contraddizioni

Se poi è veritiero che per dare buoni livelli di assistenza non è necessario spendere di più, quanto piuttosto investire meglio, quindi investire sui medici del territorio per migliorare le prestazioni di primo livello ed evitare accertamenti e ricoveri inappropriati, la contraddizione diventa ben più evidente, perché ormai, anche in ambito di prevenzione ed educazione sanitaria, le istituzioni continuano a investire in iniziative che non produrranno alcun risultato nel medio-lungo periodo. Anche al recente Congresso della Simg diversi colleghi, nelle loro relazioni, hanno evidenziato quanto sia inopportuno rivolgersi alle Asl per reperire fondi per iniziative di promozione alla salute, ma sia preferibile "arrangiarsi" con Fondazioni, Associazioni, Amministrazioni Comunali che coprano almeno le spese di organizzazione dei corsi rivolti alla popolazione. Le varie campagne finanziate con montagne di quattrini pubblici all'insaputa dei Mmg e senza per nulla coinvolgerli, se non a giochi fatti chiedendo l'invio dei pazienti, continuano a essere pratica comune, fonte di inappropriata di interventi più di quanto non sia l'inosservanza di semplici norme di buona pratica clinica del collega specialista nella prescrizione di un esomeprazolo per una terapia cortisonica a basso dosaggio di 5 giorni.

Ogni volta poi che si cerca di condividere alcuni percorsi diagnostico terapeutici con le Asl, sebbene i loro bisogni e quelli dei Mmg siano molto differenti, ma si cerchi di arrivare a un punto comune di collaborazione, si ricade in un comportamento sanzionatorio tendente a recuperare parte della spesa sostenuta alle spalle del Mmg.

■ Un pessimismo legittimo

Tutto ciò a qualcuno parrà eccessivamente pessimistico. Se ognuno di noi si prendesse un po' di quel tempo che non ha più per cercare in internet documentazione rispetto alle pregevoli iniziative intraprese nelle diverse Regioni da colleghi di MG per migliorare la qualità dell'assistenza, per fare ricerca, per promuovere il cambiamento di scorretti stili di vita, per fare insomma della "medicina di iniziativa" nelle loro realtà locali, si renderebbe conto che dietro l'esposizione dei loro interessanti lavori si può leggere una vena di amarezza e di sconforto rispetto a tutte le difficoltà che hanno dovuto affrontare per realizzare progetti che dovrebbero trovare sostegno da parte delle Istituzioni di un Paese che afferma di avere il benessere dei propri cittadini al primo posto tra le sue priorità.

Parlare allora di clinical governance, di evidence based of medicine, di audit clinico da condividere su progetti Asl, diventa difficile. Certo non è impossibile, soprattutto per quei validissimi Mmg che, trovando probabilmente il supporto da parte di colleghi interessati e motivati, riescono in poche realtà a puntare i piedi e a far sentire la loro voce, ascoltati da funzionari pubblici capaci. Mi chiedo quanti riescano ad ottenere ciò e quanti invece indirizzino altrove le loro attenzioni e le loro energie, collaborando trasversalmente sul territorio nazionale con chi, almeno in ambito strettamente professionale, condivide le stesse aspirazioni e le stesse aspettative, ci auguriamo che siano moltissimi.