



## Così si esaurisce la medicina generale

Il mondo andrà come andrà, ma non possiamo non provare a capirlo e a cercare di modificare ciò che non ci va. Nel mestiere di medico di famiglia c'è molto del mondo: ci sono le persone "nella loro interezza" come è ora di moda dire. Ma la crescente marea di modernizzazione e razionalizzazione dell'assistenza primaria ha generato un'euforia e una creatività di sigle e schemi che portano con sé il rischio "di buttare via il bambino con l'acqua sporca" per usare un'accezione popolare pregnante. In particolare mi riferisco all'associazionismo "all'amatriciana" che sta nascendo intorno all'assistenza h. 24 e alla logica di dare tutto subito a tutti, come negli ipermercati. Non ribadirò il paradosso del Mmg dipendente-libero-professionista, dello snaturato rapporto per cui il signor X sceglie il dott. Y, ma per i turni deve rivolgersi al dott. B, magari migliore del dott. Y, ma con cui non ha feeling (la scelta dell'interlocutore non è un vezzo o un capriccio, non è nemmeno un'ossessione fuori moda, ma la base della relazione terapeutica in medicina di famiglia).

Tacerò le solite geremiadi sulla burocrazia che tirannicamente sottrae ai Mmg tempo ed energie alla clinica e crea la stessa rilassata atmosfera di un campo di lavori forzati.

Non citerò per l'ennesima volta il fatto che la medicina moderna raggiunge vertici di bravura ed efficacia impensabili fino a 20-30 anni fa, ma i cittadini mugugnano sempre più e non solo perché non c'è limite al desiderio e ai capricci, ma a causa di una deformazione impersonale del rapporto medico paziente: l'assistito percepisce se ci si prende cura di lui o se si cerca semplicemente di sbrigare una pratica. Tale percezione di fatto muta il tipo di risposta alla terapia poiché inibisce la compliance. Considerando in via teorica che il rapporto tra medici e pazienti resti

quel che è ora, gradirei che qualcuno, fuori dal coro, dal solito giochetto all'italiana del "si fa, ma non si dice" e dell'arte di arrangiarsi mi spiegasse:

1. Come riuscire a inserire programmi di prevenzione e medicina d'iniziativa in giornate già ora cariche di impegni per rispondere alla routine *on demand* che ci sarà sempre, perché i vantaggi in termini di carico lavorativo della prevenzione si vedranno fra 15-20 anni, a voler essere ottimisti.

2. Quale sarà la figura giuridica di queste associazioni? Come si distribuiranno le responsabilità etico-legali in questa strana chimera in cui dei liberi professionisti saranno responsabili di una prassi con regole procedurali imposte da altri?

3. Come far fronte al fatto che i professionisti presenti nella struttura saranno sempre meno di quelli nominali dell'organico, considerando: corsi di aggiornamento, riunioni programmatiche, consigli d'amministrazione della struttura, ricerche epidemiologiche e statistiche, incontri periodici con i responsabili delle Asl per progetti e strategie, riunioni per ADI, assenze per malattie, tutoring, ecc. Da cui esiteranno tempi sempre più stretti per le singole "prestazioni".

4. Quale sarà l'effettiva utilità del personale di studio nel rispetto della legalità del ruolo se non quello di andare in posta, ritirare la modulistica INAIL, distribuire i numeri di prenotazioni e le ricette? La responsabilità e la mole delle telefonate da fare sono in definitiva di competenza dei Mmg, le ricette, i certificati sono un atto medico con valore di atto pubblico. Il grosso del lavoro burocratico rimarrà comunque dei Mmg se non si vuole scivolare nell'illegalità. Lo so che abbiamo mogli e segretarie che fan già questo, ma un conto è l'im-

presa artigianale a conduzione familiare, un altro conto è una struttura con tanto di ragione sociale e direttore responsabile. Cambiano le responsabilità.

5. Come gestire in una struttura centralizzata come le future associazioni pazienti sempre meno ambulabili, con sempre meno figli disponibili a portarli in ambulatorio?

6. Come garantire lucidità al Mmg che si è fatto la notte di guardia? E se questo compito è svolto in prevalenza dai colleghi giovani, quando si ammalano o si assentano, chi li sostituirà fra i medici già sfiniti dall'impegno diurno? Con l'aggravante della caduta dell'ultimo velo di pudore che limita ora l'accesso alla guardia medica, vuoi mettere come si sentirà meno inibito l'assistito nel ricorrere, per qualunque motivo, al suo medico e non a un collega che gli è estraneo?

7. Come sarà percepito il rapporto fiduciario se il sig. X che ha scelto il dott. Y, viene visitato dal dott. B di turno, per tornare a mostrare il risultato degli esami al dott. C e a fare il controllo della cura dal dott. D?

Se questo è il salto di qualità del Ssn e del Mmg, tanto vale, con un gesto di carità, sopprimere una medicina di famiglia agonizzante, mettere nell'armadio dei ricordi il Mmg e passare alla dipendenza. Se lo scopo della medicina di famiglia dovrà essere in tempi rapidi il rispetto dei mille regolamenti e il fornire risposte tecnicamente corrette, nessun problema, c'è già il Codice deontologico e il Codice Penale. A questo punto possiamo rilassarci e passare dall'arte all'impiego.

Credo che ci voglia un po' più di fantasia nel pensare il futuro della nostra professione e smetterla di progettare a tavolino la gestione di una realtà che il 95% dei responsabili conosce solo indirettamente e di seconda o terza mano quando va bene. Occorrerebbero più medici o il coraggio da parte dello Stato di dire cosa non si può assicurare ai cittadini per non deteriorare la qualità di tutta l'assistenza primaria.

**Alberto Ganassi**

Medico di medicina generale, La Salle (AO)