

Relazione malata o malati di relazione?

La domanda di salute cresce e si promuovono progetti per garantire una maggiore offerta ai cittadini. Ma dall'osservatorio della medicina di famiglia le cose appaiono più complesse. La necessità maggiore e più congrua a gestire tale cambiamento, che si palesa agli occhi dei MdF, è quella di lavorare sulla relazione con le persone, perché dietro la richiesta di "più" salute si cela un grande bisogno di assicurazione dovuto alla paura di ammalarsi.

L'imminente realizzazione delle UMG (Unità di Medicina Generale), tanto invocate dal ministro della Salute, quanto promosse dal maggiore sindacato dei medici di famiglia, ha il merito di mettere insieme professionisti che da tempo lavorano individualmente.

La normativa che dovrebbe disciplinare questa nuova realtà appare complessa, con evidenti punti di forza, ma anche con molti anelli di debolezza.

L'impressione per un profano delle normative in generale - come il sottoscritto - è che s'intenda regolare la medicina di famiglia, organizzandola quasi si trattasse di un decentramento ospedaliero in miniatura. Pare che i componenti dell'UMG abbiano obblighi molto simili ai dipendenti ospedalieri (38 ore settimanali, apertura 24 ore il giorno, ecc), senza avere quei consolidati diritti dei dipendenti (ferie pagate, strumenti, spazi, segreteria, telefono, corrente elettrica, riscaldamento, locali, congedi per aggiornamento, ecc.). Non si può disconoscere l'entusiasmo di diverse UMG già costituite né negare la difficoltà dei più a ripensare a un rovesciamento del proprio lavoro, dopo anni di deserto normativo in materia.

Da più parti si sostiene che il MdF sia una figura anomala da un punto di vista professionale. Pare rappresentati uno dei pochi professio-

nisti che entra in carriera così e come tale ne esca, poiché non è previsto, a oggi, alcun riconoscimento. A nulla conta avere una specializzazione, se non a svolgere un po' d'attività privata, né contano le pubblicazioni che un medico può avere, né la partecipazione ai congressi come relatore, né essere stato relatore a qualche seminario all'Università, né fare il tutor per l'esame di Stato. Fino ad ora, la carriera del MdF è rimasta cristallizzata come nella Cina maoista: tutti uguali, tutti irriconsicibili, stessa casacca, stessa bicicletta, stessa tristezza.

All'orizzonte, però, si prospetta una gran novità: l'UMG, il piccolo ospedale da campo che ha sostanzialmente il compito di trasferire in periferia ciò che a livello centrale ospedaliero è ormai saturo a causa dell'accesso smodato e isterico da parte dell'utenza, in questi ultimi anni.

Il pensiero sembra essere quello che aprendo 24 ore su 24 una UMG, la popolazione possa avere un servizio completo, con offerta di sanità a vario livello: medico di famiglia, specialista, infermiere professionale, medico di guardia, fisioterapista, segretarie. È da prevedere un massiccio accesso da parte dei pazienti che si troveranno fuori del proprio uscio un'offerta salute forse mai così ampia. Bisogna chiedersi se quest'offerta riduca i costi o se li decuplicherà,

com'è prevedibile. Non serve scomodare Freud per capire che quando un servizio alla popolazione è offerto apparentemente in modo gratuito, c'è la corsa ad accaparrarselo. Non è forse quanto già accaduto in questi anni nei Ps dei nostri ospedali?

■ Prospettive

Ma le persone, oggi, chiedono salute o vogliono essere rassicurate rispetto alle loro paure? Basta consultare i verbali degli accessi al Ps per accorgersi se, da un punto di vista statistico, il lavoro si svolge più sulle patologie organiche di quanto non si faccia sulle rassicurazioni.

Ciò che accade a livello centrale è lo specchio di quanto avviene nei nostri studi. Coloro che come me da anni tengono un'agenda quotidiana sugli accessi, possono confrontare i dati d'oggi con quelli di 10-15 anni fa per accorgersi di quanto questi siano aumentati. Il miglioramento delle condizioni economiche, dell'istruzione, della situazione igienico-sanitaria di tutti questi anni, potrebbe indurci a pensare che le malattie, essendo trattate con maggior rigore, grazie alle possibilità diagnostiche, metodologiche, farmacologiche, si siano drasticamente ridotte. Invece no. Il paradosso è che la domanda di salute cresce e che per far fronte a questa si pensa a una maggiore offerta, spalmata nelle ventiquattro ore.

Roberto Volpi in "La fine della famiglia" (Mondadori Editore, Milano 2007), pone l'accento per esempio come, nella Regione Toscana, più le donne hanno un elevato titolo di studio, maggiormente richiedono ecografie nel corso di una gravidanza. Se l'OMS suggerisce tre ecografie, una donna laureata arriva a farne anche nove o dieci. Questo ci dovrebbe far riflettere.

Ho la sensazione che si è franteso il bisogno della popolazione, forse perché il ministro ha consiglieri che, della medicina di famiglia, pare non

abbiano un pensiero alto. Senza dubbio sarebbe utile passare un tempo congruo (un mese) presso uno dei nostri studi, per vedere che lavoro facciamo, chi incontriamo e come li incontriamo. Come da molto va dicendo, a ragione, il past president Aimef Giuseppe Maso, tutti si sentono competenti in tema di medicina di famiglia, meno chi questa professione la esercita. Parlo di bisogni confusi perché rimango convinto che la necessità maggiore sia quella di lavorare sulla relazione con le persone, sulle paure, più che soffermarsi sui tanti, tantissimi raffreddori per i quali quotidianamente siamo consultati.

Perché si ha paura di ammalarsi? Qual è la visione che la società ha del soggetto malato? Come ci si sente "ammalati", in una società come la nostra improntata al salutarismo e alla fisicità? Malattia come isolamento? È questo che si teme? Malattia come esclusione dal ciclo produttivo e, quindi, inutilità. Malattia come "peso sociale" da sostenere, specie quando riguarda anziani o malattie croniche. Malattia come cambiamento, trasformazione del corpo e della mente, come adattamento a un processo che non può essere domato, a volte, fino in fondo e del quale si rischia di rimanere vittima. Malattia come confronto tra ciò che è sano e bello e ciò che è brutto e intoccabile. Malattia come isteria collettiva (ogni anno c'è un tema nuovo: quest'anno era il turno della meningite C). Malattia come paura di intaccare l'integrità familiare, come paura di toccare interessi economici, come paura della messa al bando della continuità della specie.

Sarebbe quindi il caso di intervenire sulle paure, curando, *in primis*, la relazione con il malato, con i sani che temono di essere ammalati, con i colleghi, con i servizi territoriali, con l'ospedale.

■ Come stare assieme

Non sarà attraverso una legge o un atto formale che, nel caso dell'UMG, mettendo insieme delle

persone, queste per magia funzioneranno bene. Non è chiara la carriera che spetta a quel MdF che vi aderirà. Ho letto di diversi e complicati livelli di calcolo per il riconoscimento anche economico di una competenza all'interno dell'UMG.

Nessuno discute sulla bontà di fare lavorare delle persone in gruppo. Bisogna distinguere come scrive F. Guiducci in "Avvicinarsi ai gruppi: un gioco di luci e ombre" (in *Conduttori di Spaltro E, Franco Angeli, Milano, 2005*), il gruppo di lavoro dal lavoro di gruppo. Mentre il gruppo di lavoro costruisce prima il "campo", vale a dire la relazione (il modo di stare insieme di un gruppo è caratterizzato dalla tensione nel conoscersi meglio, in pratica tende a fare emergere le risorse individuali e di gruppo), lo sfondo è il gruppo e la figura è il lavoro, cioè il compito. Tutto questo crea una maggiore creatività ed empatia. Ciascuno si mette in grado di utilizzare le risorse di tutti.

Nel lavoro di gruppo (dove lo sfondo diventa il lavoro/compito e la figura diventa il gruppo, vale a dire la relazione), spesso si guarda troppo all'obiettivo e poco al processo; questo porta a ostacolarsi a vicenda, poiché ciascuno ha una propria visione dell'obiettivo. Insomma, per fare un buon lavoro di gruppo, prima va costruito un buon gruppo, in pratica un buon gruppo di lavoro, vale a dire una relazione gruppale. Man mano che il clima migliora, allora diventa semplice guardare all'obiettivo e al compito e lavorare bene insieme.

Vorrei rilevare un altro concetto a proposito dell'UMG e quindi del gruppo: l'appartenenza. È il piacere d'essere parte. Il concetto di base dell'appartenenza è rinunciare a essere tutto per essere parte. Come scrive Guiducci: "l'appartenenza è di per sé difficile perché comporta un'autolimitazione, una rinuncia all'ingordigia sociale, e alla lotta per la limitazione dell'ingordigia altrui".

■ Conoscere e adeguarsi alla realtà che cambia

Le trasformazioni sociali in atto sottolineano da un lato l'invecchiamento della popolazione: gli anziani hanno superato la popolazione giovane sia per il miglioramento della qualità di vita sia per il prolungamento dell'età media. Dall'altro, stiamo assistendo, con il fenomeno dell'immigrazione, a una modifica della società sempre più in senso multietnico e multirazziale. Esiste inoltre una diminuzione sia dei matrimoni sia del tasso di natalità. Si sono modificate sia la paternità sia la maternità, sono aumentate le famiglie composte di single, di coppie di fatto, di madri sole non vedove, di nuclei ricostituiti in seconde nozze e così via. È diverso il ruolo dei genitori, dei nonni, della coppia, dei figli. Secondo quanto scrive P. Donati in "Famiglia e politiche sociali" (Franco Angeli, Milano, 1985), si parla sempre più spesso non di "famiglia" ma di "famiglie", tanto da poterne individuare almeno una quarantina di forme familiari diverse (unipersonali, monogenitoriali, ricostruite, convivenze more uxorio, famiglie d'immigrati monoparentali, nucleari, famiglie miste, famiglie con figli stranieri adottati ecc.).

Il MdF sarà sempre più spesso chiamato a essere il medico dei vari tipi di famiglia, con realtà diverse da quelle cui è abituato, con culture che non conosce, con pregiudizi suoi e dei suoi potenziali pazienti da vincere per continuare a curare.

Allora, vogliamo prendere atto anche di tutto questo, oltre che della tanta prosopopea sulla bontà del progetto UMG che sembra riverniciare di nuovo una sanità in realtà inafferrabile perché in continua trasformazione, dove si rischia più di fare che di sentire i veri bisogni, dove la domanda corre il pericolo di saturare subito l'offerta perché i bisogni sono altri, ma, come spesso accade, non sono riconosciuti.