

## Organizzare la MG? Sì, ma attenti al come

**Giuseppe Belleri**

Medico di medicina generale  
Flero (BS)

*C'è ancora qualche medico di famiglia che si illude di assolvere a tutti i compiti richiesti con le modalità del vecchio ambulatorio, cioè senza appuntamenti, senza collaboratori, senza canali differenziati di risposta ad una domanda sempre più variegata e "personalizzata"?*

L'evoluzione organizzativa e culturale della medicina generale (MG) specie nelle aree urbane, procede verso una sempre maggiore differenziazione, come accade in tutti i sistemi sanitari, non certo per un vezzo alla moda, ma per stringenti esigenze funzionali. La riorganizzazione delle cure primarie è ormai un fatto di necessità in risposta ai dirompenti cambiamenti degli ultimi venti anni, così schematizzabili:

1. Crescente prevalenza delle patologie croniche con tutte le conseguenze assistenziali.
2. Contemporanea "pressione" burocratica, economico/manageriale del Ssn.
3. Evoluzione socio-culturale della domanda: maggiore attenzione alla qualità percepita e soddisfazione relazionale, diffusione delle informazioni tramite internet.
4. Apporto della tecnologia, sia a livello informatico/telematico sia di strumenti disponibili anche per l'ambulatorio "medio".
5. Effetti sulle cure primarie dei cambiamenti di altri settori del sistema sanitario, dalla riduzione dei posti letto e alla riorganizzativo del PS, dalle innovazioni tecnologiche biomediche alla sanità elettronica.
6. Crisi finanziaria dello stato sociale e i conseguenti tentativi di porvi rimedio tramite le successive riforme delle riforme.
7. Pressioni del marketing e più in generale del complesso industrial-medico (medicalizzazione, *disease mongering*...).

Fino agli anni Ottanta queste tendenze erano solo embrionali, ma dagli anni Novanta in poi hanno iniziato a sin-agire, dapprima in modo inavvertito e poi via via sempre più evidente.

Le inter-retroazioni tra i cambiamenti epidemiologici e socio-economici alla fine hanno generato quel processo di trasformazione delle cure primarie che ora emerge in modo eclatante e raggiunge il vertice simbolico con la diffusione della sanità elettronica.

Da qui il senso di estraneità, la perdita di identità, la percezione di deficit di controllo e la sensazione di scarsa efficacia nel contenere la domanda che continua a crescere e "assedia" le cure primarie ed è sempre più difficile da governare.

### La risposta della professione

La risposta del micro-sistema della MG a queste perturbazioni va nel senso di una differenziazione delle sue funzioni che varia in relazione alla situazione geografica, del livello di collaborazione, della cultura locale, delle politiche pubbliche regionali, ecc. Differenziazione di compiti/risposte e organizzazione vanno di pari passo e si traducono in forme associative e/o nella presenza di collaboratori (infermieri e/o personale di segreteria) che sgravano il Mmg da incombenze burocratiche e da compiti prettamente infermieristici.

Fino a vent'anni fa la differenziazione funzionale del micro-sistema ambulatoriale non era una necessità avvertita, il medico *single* riusciva bene o male a governare la barca con una certa efficacia. Ma oggi è immaginabile un medico che in solitudine, nel suo studio, affronta questo autentico diluvio di trasformazioni senza soccombere al burn out o al pensionamento.

Ora si presenta la necessità di conciliare la crescente complessità organizzativa delle cure primarie con l'esigenza che i vari attori agiscano in

modo coordinato, per assicurare una parallela integrazione rispetto alla differenziazione, necessario mix per ogni sistema che intenda svilupparsi o sopravvivere decentemente.

### Servono modelli organizzativi semplici

Il problema attuale verte su cosa si può chiedere alla nuova organizzazione della medicina generale. Il dibattito è aperto e si fronteggiano due posizioni: chi sostiene che basti e avanzi rispondere in modo appropriato alla domanda attuale, sul fronte opposto chi è convinto che la MG debba sollecitare e rispondere a una nuova domanda, a livello di popolazione, di tipo preventivo e con modalità proattive (medicina di iniziativa, organizzazione di screening di massa, ecc).

A mio avviso basta e avanza che si calcoli il rischio cardiovascolare in modo opportuno, che si seguano in modo attento diabetici e cardiopatici, depressi e pazienti affetti da BPCO, facendo educazione sanitaria e un minimo di auto-valutazione della qualità, a patto che non intralci la normale attività ambulatoriale. Sarebbe sufficiente una rete di medicine di gruppo auto-organizzate dal basso, di modello artigianale, composte da 3-5 Mmg, dotate di adeguate attrezzature e idoneo personale di studio, che tolga al Mmg la bassa manovalanza in modo che si possa concentrare sui compiti più qualificanti per sé e per la popolazione. In questa fase congiunturale e per il prossimo lustro sarebbe un grande successo mantenere e consolidare questo semplice modello organizzativo, senza pensare a faraoniche quanto nebulose forme organizzative più complesse.