

## Cosa resterà di questi medici di famiglia italiani?

**Luciano Camerra**

Medico di medicina generale  
Limbiate (MB)

*Per come si stanno muovendo in molte Regioni le questioni relative alla medicina territoriale (CReG in Lombardia, Mmg in Pronto soccorso in Liguria, Mmg h.24 in Veneto), l'aspetto, legato al rapporto personale di fiducia tra medico paziente, caratterizzante la medicina generale, è destinato a breve a scomparire. Non è dato sapere se i Mmg ne siano consapevoli o, essendolo, non ritengano più di poter svolgere un ruolo determinante e peculiare nel panorama della sanità regionalizzata italiana, come invece continuano a fare i colleghi di tutto il mondo.*

Ciò che da sempre ha reso peculiare il lavoro del Mmg in Italia e nel mondo, è stato lo stretto contatto con l'assistito nella realtà in cui ognuno è calato. La malattia, come viene studiata ancora sui libri di testo e insegnata nelle Università, non esiste senza l'individuo che ne è portatore. Si presenta inoltre in funzione di alterazioni di equilibri nel contesto in cui ogni essere umano vive: famiglia, scuola, lavoro, comunità di persone ecc. Il Mmg, essendo generalmente il medico della famiglia ed operando sul territorio in cui ogni assistito si relaziona, conosce questa rete ed è in grado di ricondurre l'insorgenza di un problema di salute anche a determinanti non malattia specifici. Ma questa sua peculiare competenza risulta sempre più obnubilata dalle varie decisioni di "utilizzo" del medico di famiglia nelle varie declinazioni della nostra sanità regionalizzata.

La nota canzone di Raf "Cosa resterà di questi anni '80" ha celebrato un periodo storico della vita italiana ricco di cambiamenti e determinante per la trasformazione della nostra società. L'implementazione stessa del Ssn è avvenuta durante quei 10 anni, nonostante la riforma sia datata 1978. Un tempo forse si era più umili e si definiva *riforma* quella che in effetti fu una rivoluzione vera e propria, poi si diventò arroganti e inconcludenti e si iniziò a definire *rifondazione* ciò che in realtà è solo un processo di burocratizzazione esasperato del lavoro. In tutti questi

anni poi il miglioramento delle condizioni socio-sanitarie, l'aumento della sopravvivenza e della vita media della popolazione, hanno prodotto una profonda modificazione anche dello scenario delle cure.

L'incremento dell'aspettativa di vita non ha significato un miglioramento assoluto della qualità della stessa perché, se da una parte la popolazione è diventata più longeva, dall'altra l'invecchiamento ha sollevato numerosi problemi legati all'incremento delle malattie ad andamento cronico.

Fino al secolo scorso, e per noi cinquantenni pare un assurdo riferirsi in questo modo alla storia di poco più di un decennio fa, la sanità aveva quale obiettivo prioritario quello di controllare e ridurre l'impatto delle malattie acute sulla sopravvivenza.

La stessa campagna di prevenzione del rischio cardiovascolare, sebbene incentrata sulla correzione di tutti quei fattori di rischio che producono nel tempo danni d'organo e che minano alle fondamenta lo stato di salute dell'individuo, aveva come traguardo primario quello di evitare il maggior numero possibile di eventi fatali acuti. Il ruolo del medico di medicina generale in questo tipo di lavoro aveva un senso in quanto il suo intervento sul territorio mirava da un lato a correggere quelle condizioni che avrebbero costituito un serio rischio di vita per il paziente: alimentazione, stile di vita, fumo, sovrappeso e utilizzo di farmaci e dall'altro a mettere in atto un processo di responsabilizzazione del paziente attraverso

comportamenti e controlli periodici. Tutto questo è cambiato profondamente con il nuovo millennio e ciò, si dice, sia legato prevalentemente alla necessità di razionalizzare risorse in ambito sanitario sempre più scarse rispetto alla domanda dei cittadini. Nel nostro Paese ci si dimentica spesso di dire che alcuni problemi riguardano buona parte dei Paesi industrializzati occidentali e, probabilmente a breve, riguarderanno sempre più anche i cosiddetti Paesi emergenti che stanno adottando modelli e stili di vita molto simili al nostro. Il modo di affrontare e tentare di risolvere in tutto o in parte questi problemi però è considerevolmente diverso e, soprattutto, senza tante chiacchiere, è già stato messo in atto ormai da qualche anno.

### ■ Già da tempo gestiamo il cambiamento

In quasi tutti i Paesi già da tempo si è deciso che la responsabilizzazione del cittadino per i propri percorsi assistenziali passasse innanzitutto dal contributo economico che ognuno doveva riconoscere, senza se e senza ma, senza cioè creare larghe fasce privilegiate esenti totalmente dalla spesa a discapito di altri cittadini chiamati sempre più a contribuire in modo ormai insostenibile. Di pari passo il miglioramento della qualità del servizio offerto ha sempre bilanciato il maggior impegno economico sostenuto dal paziente, quasi addolcendo l'amara pillola del

prelievo operato nelle sue tasche. I Mmg italiani invece sono ancora alle prese con proclami altisonanti di tutte le parti in causa (amministratori nazionali e regionali, società scientifiche di categoria, sindacati), ma costretti quotidianamente a lottare contro disfunzioni del sistema, che inficiano il desiderio stesso di continuare a fare il proprio lavoro di clinici del territorio. Abbiamo già preso atto, noi medici di medicina generale, che il modello dell'individuo malato è per noi e per il Ssn, cambiato: non si tratta più dell'individuo affetto da un'unica e definita malattia acuta e risolvibile nel medio periodo, quanto piuttosto di un malato cronico, affetto da pluripatologie, che necessitano di un'integrazione di diversi saperi medici. Fin da quando si sono attivati percorsi di cura quali l'Adi e l'Adp, il Mmg si è proposto quale collaboratore assiduo nell'affrontare la cronicità sul territorio, nonostante il sistema facesse spuntare ogni anno come funghi centri e servizi che si proponevano come panacea per ogni tipo di male e che, ovviamente, erano destinati, per la maggior parte, a scoppiare e a svanire nel nulla, dopo aver debitamente sottratto risorse alla medicina territoriale. La cronicità ha posto anche la nostra categoria di fronte a un nuovo tipo di responsabilità professionale, perché l'elevata prevalenza di patologie croniche ha indotto alla prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, di lunga durata, secondo schemi terapeutici complessi e difficilmente gestibili senza una visione d'insieme del problema. Questioni per noi fondamentali quali la *compliance* dei pazienti, il rischio di interazioni farmacologiche, prescrizioni appropriate, spesa farmaceutica e di diagnostica, hanno costituito fonte di preoccupazione, ma anche opportunità di crescita professionale. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che il numero di farmaci assunti dal paziente per una qualsiasi malattia cronica o per una condizione di comorbilità, è un "predittore indipendente di ospedalizzazione, mortalità, reazioni avverse e riduzione della qualità di vita". Forse in questa difficoltà gestionale ricade anche l'inge-

renza di numerose figure professionali specialistiche che, per estrazione e mansioni specifiche, si occupano del problema in maniera settoriale e parcellizzata. Ne derivano interventi frammentati, focalizzati più sul trattamento della singola malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, tutto ciò aggravato dalla mancanza di efficace comunicazione tra i vari specialisti o di una gestione coordinata del malato, magari per la mancanza di una documentazione clinica accurata non coordinata.

### ■ Dal riduzionismo all'integrazione

Ecco allora nascere iniziative quali le carte sanitarie elettroniche, i fascicoli sanitari, i provider per la gestione delle malattie croniche, secondo il modello meccanicistico e riduzionistico che culturalmente ha segnato il percorso delle società occidentali, ma che da tempo è stato criticato e messo in crisi dalle stesse acquisizioni che la scienza ufficiale ha reso note. In realtà la stessa scienza riduzionistica per eccellenza, la genomica, propone un modello per il futuro che configura la necessità di un approccio individualizzato e *cucito sul paziente* (il *tailored* della letteratura anglosassone).

Questa interpretazione, sebbene si ostini a dichiarare di voler mettere al centro la persona malata e creare intorno ad essa una rete di assistenza (ma non doveva essere il Mmg al centro del sistema?), si scontra quotidianamente con la necessità di superare i limiti insiti nel concetto di malattia e riacquisire davvero la centralità della persona malata, attraverso una valutazione integrata delle componenti fisiopatologiche di base delle singole malattie e dei determinanti non malattia-specifici; basso livello di educazione, mancanza di adeguato supporto familiare ed economico, mancato accesso alle cure, sono soltanto alcuni degli aspetti che influenzano negativamente il decorso delle singole malattie e la percezione che l'individuo ha del proprio stato di benessere psico-fisico, senza contare l'influenza del potere mediatico.

Paradossalmente la soluzione per entrambi i modelli, riduzionistico da

un lato, integrato dall'altro, poteva essere il Mmg italiano, da sempre depositario non solo di sterili dati biochimico strumentali relativi alle condizioni dei propri assistiti, ma, elemento di gran lunga più importante, di quel sapere condiviso relativo al *network*, che gli ha sempre consentito di calare la malattia stessa del paziente nell'adeguato contesto sociale, familiare, lavorativo.

### ■ Responsabilità e canto delle sirene

Di questo patrimonio, che ha sempre destato molto fastidio in chi desiderava gestire dall'alto la salute dei cittadini, pare non vi sia più necessità nella sanità del terzo millennio, sia per desiderio dei "signori decisori", sia per volontà del cittadino, sempre più "turista fai da te", sia del Mmg, sempre più stressato e desideroso o di rivolgere la propria attenzione ad altro o di lasciar trascorrere il più velocemente possibile gli anni che lo separano dalla pensione.

Eppure la strada che si imboccò tanti anni fa, quando le principali Società scientifiche della medicina generale iniziarono a formare i medici di famiglia su questioni che, in passato, non erano oggetto della sua formazione del (*management* sanitario, gestione dei dati clinici, strutturazione delle cartelle informatizzate, medicina d'iniziativa) forse era corretta. Non possiamo dire se la mancata traduzione dalle parole ai fatti di quei propositi, che avrebbero potuto *riscattare* (non rifondare) la medicina generale, sia da imputare ai Mmg tutti, che "hanno posto resistenze al cambiamento" oppure se, cammin facendo, qualcun altro perse il senso dell'intervento perché il *canto delle sirene* che offriva palcoscenici sempre più ambiziosi e prestigiosi, con opportunità anche di guadagno extra e prospettive professionali diverse dalla MG, non poteva passare inascoltato (non c'erano tappi auricolari a sufficienza). È chiaro che si opterà per l'una o l'altra interpretazione se nel frattempo si sta continuando a esercitare la professione di Mmg oppure si sta rappresentando istituzionalmente la professione.