

Quale futuro per i medici di famiglia? Discutiamone, ma senza pregiudizi



Se si vuole dare un futuro alla medicina generale e ai professionisti che la esercitano è necessario uscire dall'ottica della contingenza, travalicare i confini nazionali e ragionare in una dimensione europea. Di ciò è convinto **Ernesto Mola**, vicepresidente di WONCA-Italia e responsabile della Sezione Medicina di Famiglia e di Comunità di Assimefac. Intervistato da *M.D.* ha tenuto a sottolineare la necessità di depurare l'attuale dibattito sulla MG dalla mitica illusione dell'assistenza h. 24 e a considerare senza pregiudizi ideologici opzioni relegate ai margini della discussione sulla professione come quella del passaggio alla dipendenza dei medici convenzionati

► **Anna Sgritto**

Presa in carico delle cronicità e risposta alle urgenze sono due punti cardini delle criticità con cui il nostro sistema sanitario è stato costretto a confrontarsi in questi anni e verso le quali si sono cercate soluzioni che hanno guardato prevalentemente a modelli organizzativi piuttosto che a obiettivi assistenziali. Tutto questo, secondo **Ernesto Mola**, vicepresidente di WONCA-Italia e responsabile della Sezione Medicina di Famiglia e di Comunità della Società scientifica Assimefac, avrebbe generato dei fraintendimenti che hanno finito per eludere la vera "mission" della medicina generale (MG), generando soluzioni inappropriate e rischiose come quella rappresentata dall'h 24. "La MG ha un'impostazione e una logica che travalica la visione nazionale e si inserisce in una dimensione europea - tiene a precisare Mola - le sue caratteristiche, definite dal WONCA ed entrate a pieno titolo nell' art. 12 comma 2

dell' ACN 2005, sono ampiamente rispettate dal nostro sistema. La MG italiana è infatti il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, garantisce, attraverso i Mmg, cure longitudinali e continue, ecc. Elemento primario è il rapporto fiduciario che si basa su un processo di consultazione unico, fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo che affronta i problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale. Inoltre la medicina generale rappresenta il *setting* più adatto per portare avanti un processo educativo deputato ad accrescere nel paziente la consapevolezza della sua malattia, fornendogli strumenti di autogestione. Ma per poter adempiere a tali caratteristiche la medicina generale necessita di attività programmate basate su di una medicina d'iniziativa. Tutto ciò prescinde dalle motivazioni che hanno dato vita alla proposta dell'assistenza h 24".

► **Ha infatti definito l'h 24 una mitica illusione...**

"È tale perché si poggia su dei vizi di fondo. Il primo è relativo al fatto che confonde la risposta all'urgenza con la presa in carico delle cronicità. Oggi i cittadini si rivolgono ai Pronto Soccorso (Ps) per avere una risposta rapida soprattutto in termini di diagnostica e di consulenza specialistica a un problema di salute che in pochi casi è un'urgenza oggettiva, a volte è un'urgenza soggettiva, spesso è un problema differibile. L'apertura di studi aggregati di Mmg per 24 ore 7 giorni su 7 non potrà mai offrire una risposta sufficiente al bisogno espresso, le strutture complesse infatti forniscono in prevalenza assistenza di medicina generale e la dotazione tecnologica di base e la presenza di alcune figure specialistiche per alcune ore al giorno non risponderebbe che a una minima parte delle soggettive necessità di quanti si rivolgono ai Ps. Si corre così

il rischio di duplicare le strutture preposte all'urgenza senza effettivi benefici né di salute né di risparmio. Sarebbe più appropriato che, chiunque sia deputato a rispondere all'urgenza soggettiva (nelle città le Ucp o strutture territoriali aperte 24 ore deputate all'urgenza, nei piccoli centri le medicine di gruppo, nelle realtà sparse le Aft, prevedendo un servizio di CA notturna e festiva), potesse contare su una reale messa in rete degli operatori, del 118 e dei servizi di Ps con la possibilità di attivare in tempo reale i servizi diagnostici ed eventuali consulenze specialistiche. Il cittadino così avrebbe la certezza di poter accedere, se necessario, ad una risposta che ritiene adeguata al suo bisogno anche al di fuori del Ps. Se ragioniamo invece sulla presa in carico del paziente cronico non è ben chiara l'utilità di uno studio medico gestito come un 'supermercato', aperto ogni giorno a tutte le ore, perché l'assistenza al paziente cronico, come ho sottolineato, si avvale di attività sanitarie programmabili. Il modello assistenziale delle cronicità deve prevedere la definizione di un piano individualizzato per il singolo paziente, definito da un *team* delle cure che comprenda il Mmg, gli specialisti di riferimento e le figure professionali infermieristiche del territorio formate al *care management* e al supporto motivazionale del paziente. I modelli organizzativi devono adeguarsi a quel modello assistenziale attraverso un forte livello di integrazione tra tutte le figure professionali coinvolte, che può realizzarsi fisicamente nelle Ucp, ma anche in chiave funzionale nei piccoli Comuni e nella campagne, individuando strumenti ed indicatori che favoriscano la comunicazione e la collaborazione tra i professionisti. La verità è che in questo Paese ci innamoriamo degli *slogan* perdendo di vista che i modelli organizzativi devono essere coerenti con gli obiettivi e i modelli assistenziali".

► Ma l'organizzazione è un punto cardine della riforma Balduzzi...

"L'aspetto organizzativo è stato in questi anni 'il tema' della riforma delle cure primarie e il decreto Balduzzi è organico a questa linea. Questo aspetto ha egemonizzato il confronto tra le parti mentre si assisteva ad uno svilimento della professione e ad un continuo depauperamento dell'Acn, tant'è che questo strumento sembra aver esaurito il suo ruolo. La convenzione non sta dando più nulla ai medici in termini economici e normativi e la parcellizzazione degli accordi sul territorio ha innescato un caos a livello retributivo generando vere e proprie sperequazioni. La realtà è che tra un Mmg dell'Emilia Romagna, per esempio e uno della Sicilia esiste una differenza retributiva che va dal 30 al 50%. Per i Mmg sono cresciuti a dismisura compiti e funzioni. Per poter aderire a tutte le richieste fatte in questi anni, il nostro tempo lavoro, quello dedicato al paziente è stato messo seriamente a rischio, un vero e proprio paradosso che si è consumato grazie ad un inquadramento giuridico che ci vede al tempo stesso liberi professionisti, ma con un rapporto di lavoro parasubordinato. Il decreto Balduzzi, ormai legge, ci obbliga a orari e mansioni sempre più vicini a quelli di un rapporto subordinato senza averne le garanzie normative e retributive. Un simile contesto legittima l'aspirazione alla dipendenza. Ed è proprio per questo che ho aderito al movimento per il passaggio alla dipendenza dei Mmg (Modimeg). Qualcuno potrebbe anche pensare che questa richiesta sia motivata da una voglia di deresponsabilizzazione da parte dei Mmg. È possibile che ci sia un anelito di liberazione da certi vincoli, ma è anche possibile, con corretti meccanismi incentivanti, garantire che il Mmg mantenga con il paziente un rapporto fiduciario".

► In questi tempi di "magra" la richiesta della dipendenza non le sembra un obiettivo utopico?

"Siamo in una fase di transizione. C'è un movimento che sta prendendo in considerazione questa possibilità attraverso un confronto che parte dalla rete. In un sito dedicato (www.modimeg.it) sono reperibili delle schede in cui viene esplicitato il rationale che condurrebbe a tale scelta, da cui i medici possono partire per ragionare attorno a questo tema. Premetto che io non sono poi lontanissimo dalla pensione, quindi questa prospettiva non mi coinvolge in prima persona. Ma non possiamo più eluderla aprioristicamente dal dibattito sul futuro della nostra professione e sugli obiettivi assistenziali che vogliamo garantire. Quale servizio vogliamo offrire e quale incentivare e favorire? Dobbiamo partire da queste domande e una volta valutati seriamente questi aspetti attraverso un confronto ampio e partecipato potremmo prendere delle decisioni. Potremmo, per esempio, decidere che il rapporto di dipendenza va bene per il rapporto orario, per la continuità assistenziale e anche per i Mmg magari per i giovani Mmg che si apprestano ad entrare nella professione. In un momento di crisi come quello che stiamo vivendo e in cui tutti i nodi del rapporto convenzionale sono venuti al pettine non ci possiamo sfilare da questa discussione, affrontiamola senza pregiudizi ideologici che non ci possiamo più permettere".

www.qr-link.it/video/0813



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento