

Riforma della MG e nuova convenzione: timori e dubbi

L'irrealistica aspettativa generata nella cittadinanza dalla Riforma Balduzzi con la promessa di un'assistenza no-stop da parte dei medici di famiglia e la scarsità delle risorse per poterla implementare non sono foriere di buoni auspici per il futuro dei Mmg

Stefano Alice

Medico di medicina generale, Genova

Temo sempre più che una diretta conseguenza della Riforma Balduzzi possa essere la decurtazione degli emolumenti ai Mmg per l'associazionismo. Timore che scaturisce dalla lettura della bozza dell'atto di indirizzo, che la Sisac ha predisposto da mesi, in vista della fase negoziale straordinaria, che si vuole aprire, interrompendo solo per la parte normativa il blocco contrattuale, disciplinato con legge fino al 2014 compreso. Quando si dice l'eterogenesi dei fini: la più modernista delle riforme mette in crisi quel poco di moderno che la realtà della medicina generale ci offre. Così tocca ad un tradizionalista come me difendere il nuovo che c'è e che tanti sforzi ci è costato. Lo faccio evidenziando che in tutte le professioni liberali è avvertita da tempo l'esigenza di forme di coordinamento tra i professionisti, per assicurare ai clienti un servizio efficiente ed operativo. Ma questo non significa che sia giusto e conveniente imporre l'abbandono dell'esercizio professionale in forma individuale. La cooperazione deve essere volontaria. Dirò di più, o è volontaria o non è: si riduce a coabitazione. I nostri "Gruppi", le nostre "Reti", nati per libera scelta, sono novità affermatesi senza rompere con ciò che le ha precedute: hanno salvaguardato il rapporto di fiducia tra medico e paziente, la diffusione capillare degli studi nel territorio e la concorrenza, sotto forma di collaborazione competitiva. Se mi si chiede quale di queste due forme organizzative sia meglio, rispondo: quella che si sarà rivelata, di volta in volta,

più adeguata a soddisfare le esigenze del mercato. Non reputo sensato cercare di stabilire con un'indagine razionale quale sia la forma organizzativa ideale della Medicina Generale, per imporne l'adozione universale. Chi vuole disegnare un modello, a cui tutti si devono conformare, andrà incontro a cocenti delusioni. Il dogmatismo non paga.

► Il rischio di uno scontro ideologico

Se allarghiamo lo sguardo alla realtà europea vediamo fronteggiarsi da un lato le *Group practices* britanniche, caratterizzate dal fatto che i medici, che ne fanno parte, ne sono i dirigenti, possiedono o affittano lo studio in cui esercitano, scelgono il personale di segreteria e sanitario, che opera alle loro dipendenze, dall'altro i CAP (*Centre d'Atenció Primària*) catalani, in cui i medici sono semplici membri di un *team* multi professionale, hanno un contratto da pubblici dipendenti e lavorano, turnando, in locali di proprietà pubblica. Pubblico *versus* privato. Imprenditori indipendenti e dirigenti di organizzazioni professionali *versus* impiegati statali. In Italia si comincia ad avvertire questo dualismo tra il Distretto, organo della Asl e le Medicine di Gruppo, talvolta collegate tra loro nelle Aft (Aggregazioni Funzionali Territoriali), di cui sono proprietari i medici e non la Asl. Se diventa uno scontro ideologico, la controversia tra fautori del pubblico e del privato non farà molti passi avanti. Ci si incaglierà a sostenere tesi di principio non ulteriormente argomentabili. Per questo spero nella cautela di fronte alla pretesa di possedere una verità definitiva, nella disponibilità alla sospensione del giudizio (*epoché*), a tener conto di ciò che accade negli altri Paesi europei, a ragionare in termini di *Evidence Based Health Policy*.