

UN CONFRONTO DIFFICILE

La medicina generale tra difese corporative e tendenze accentratrici

DANIELE COEN

Imeno giovani tra noi ricordano il "medico della mutua", asserragliato nel proprio ambulatorio per molte ore al giorno a smaltire una sala d'attesa costantemente piena a cui si accedeva senza alcuna prenotazione, nella certezza che, avendo il tempo di attendere, si sarebbe stati comunque visitati. I medici tolleravano questa situazione anche perché erano pagati "a notula": più prescrizioni facevano, più guadagnavano. Oggi gli ambulatori sono più ordinati, in molti casi sono presenti segretarie e infermiere (più le prime delle seconde) e alla visita si accede per appuntamento, spesso dopo molti giorni di attesa. È quasi inevitabile uscire dal consulto con indicazioni per esami e visite che, a loro volta, sono spesso disponibili solo dopo settimane o mesi dalla prenotazione. Chi può e, troppo spesso, anche chi non può si rivolge direttamente al privato.

Uno scontro di potere

Le attese non sono però l'unico problema della medicina generale. L'invecchiamento della popolazione, l'incessante evoluzione tecnologica e la crescente disaffezione dei medici verso questa disciplina ne impongono un radicale mutamento. Oltre agli onnipresenti problemi di cassa, lo scoglio principale alla modernizzazione della medicina generale è il contrasto tra le organizzazioni sindacali dei medici, le regioni e il ministero della Salute sull'autonomia dei medici e sul loro ruolo all'interno delle Case di comunità (Cdc) che dovrebbero essere il fulcro della futura medicina territoriale. I medici rivendicano con forza il diritto di organizzare autonomamente il proprio lavoro, con la eventuale

disponibilità a concordare obiettivi specifici (e relativa remunerazione aggiuntiva) con i distretti e le regioni. Il ministero e le regioni ritengono invece che tutti i medici debbano essere tenuti a fornire prestazioni aggiuntive alla classica visita ambulatoriale, da effettuarsi almeno in parte all'interno delle Cdc. Se i medici sottolineano che questo rapporto deve essere "funzionale", le istituzioni ne evidenziano il carattere "strutturale". In altre parole, gli uni desiderano continuare a lavorare nei propri ambulatori fuori dalle Cdc, gli altri vorrebbero vederli presenti anche all'interno di queste nuove strutture, giungendo a ipotizzare la possibilità di un rapporto di dipendenza dal Servizio sanitario nazionale.

L'autonomia non è tutto

Tra le parole d'ordine dei sindacati spicca la libera scelta del medico, a garanzia del rapporto di fiducia tra medico e cittadino. Concetto condivisibile, in teoria, ma reso vano dal fatto che oggi sempre più persone non riescono neppure a trovare un medico nelle cui liste iscriversi. È comparsa anche la parola «professionalismo» per indicare una qualità del lavoro caratterizzata da «autonomia organizzativa, responsabilità professionale e sapere specifico», in contrasto con l'approccio pubblico-burocratico che, a loro parere, connoterebbe la medicina delle Cdc. Le regioni sottolineano, invece, la fondamentale importanza di aprirsi a un'attività multidisciplinare e multiprofessionale, evidenziando che



Peso: 42%

non è più possibile fornire una risposta efficace ai bisogni dei cittadini lavorando individualmente. Le Cdc rappresenterebbero il luogo elettivo per questo approccio congiunto, in cui «non si lavora più “in serie” (un professionista dopo l'altro), ma “in parallelo” (un professionista accanto all'altro) e “in modo intrecciato” (un professionista insieme all'altro)».

L'équipe di base dovrebbe comprendere, oltre al medico di medicina generale, l'infermiere, l'assistente sociale, il personale amministrativo. A seconda dei casi verrebbero poi integrati i medici specialisti, gli infermieri di comunità, i fisioterapisti e via dicendo. In questo modello, la vicinanza fisica degli operatori e la possibilità di un confronto quotidiano, anche informale, sarebbero elementi essenziali per la riuscita del progetto. Il fatto che tutti i professionisti coinvolti, tranne uno, il medico di medicina generale, abbiano un contratto di dipendenza potrebbe invece rendere

difficile la condivisione degli obiettivi e l'esercizio delle attività di indirizzo e di controllo del lavoro.

L'interesse dei cittadini

Restano aperti anche altri temi importanti, come il passaggio della formazione dei medici di medicina generale dai corsi regionali, autogestiti dai sindacati, all'università; la disponibilità di strumentazione diagnostica di base negli ambulatori; la telemedicina. È difficile che si riesca a ricomporre il contrasto in tempi brevi, ma l'estremizzazione delle posizioni non aiuta. Da un lato, è evidente che non sarà né possibile né opportuno portare tutti i medici all'interno delle Cdc anche se sarà necessario costruire modalità molto più stringenti delle attuali sull'organizzazione, sugli obiettivi e sulla valutazione del lavoro dei medici di medicina generale.

Dall'altro, è altrettanto chiaro che la difesa a oltranza della figura del medico

di famiglia come unico e totale responsabile dell'organizzazione e dei contenuti del proprio lavoro è ormai anacronistica e non è più compatibile con la complessità della medicina moderna e con le necessità dei cittadini. Resta la speranza che di questi ultimi non ci si dimentichi, riducendo il tutto a una lotta tra la difesa corporativa di molti privilegi e l'aspirazione a un controllo verticistico dei servizi sanitari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo scoglio principale alla modernizzazione della medicina generale è il contrasto tra le organizzazioni sindacali dei medici, le regioni e il ministero della Salute sull'autonomia dei medici e sul loro ruolo all'interno delle Case di comunità (Cdc) che dovrebbero essere il fulcro della futura medicina territoriale



Peso:42%