

MEDICO-PAZIENTE: QUESTIONE DI FEELING E DI ETICA

La "riforma" della medicina di famiglia

MARCELLO VALDINI

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni

L'ultima chiacchierata (Libertà del 18 maggio) fu sulla funzione terapeutica della parola.

Ma per potere parlare in quei termini ci vuole tempo, oltre alla conoscenza reciproca. E il tempo a disposizione del Medico di Famiglia, allo stato attuale, è contingentato dall'alto numero di assistiti, dalle imposizioni burocratiche, dalla informatizzazione invasiva oltre che vincolante.

Ma, l'elemento primo per rilevanza, è l'elevato numero di assistiti secondario al basso numero di medici. La criticità sanitaria dominante sta nella carenza del personale sanitario, carenza le cui cause sono notissime.

Spostare un medico qui, un infermiere là è solo un apparire dell'agire: chiudi oggi un buco qui, ne apri domani (se non addirittura già oggi) uno là.

La prospettata riforma prevede per il Medico di Medicina Generale (MMG) la possibilità della dipendenza o della semiconvenzione. Si dice semiconvenzione perché una quota oraria (modulata sul numero degli assistiti in capo al sanitario: più ore se pochi, meno se molti) il MMG dovrà comunque riserVARLA alle esigenze dell'AUSL di appartenenza, venendo di volta in volta "comandato" a quella o quell'altra funzione; e la libera professione, sia pure esercitata in modalità convenzionata, è detta libera proprio perché non sottoposta a vincoli gerarchici.

Da questa ripartizione delle funzioni e degli orari si deduce come l'assistito del MMG-convenzionato non possa usufruire del suo medico quando questi è stato "comandato" ad altro ufficio, dovendosi quindi rivolgere a sanitario alternativo (MMG "libero"/dipendente? E dove?).

In concreto, quindi, se ne ha che tale riorganizzazione basa sull'ipotesi che un

certo numero di MMG abbia tempo libero, sufficiente a essere fruibile dalla comunità. Ma se oggi la penuria dei medici porta a degli eccessi di assistiti, anche fino a 1800/MMG, quando il rapporto ottimale è fissato a 1200/MMG, se ciò avviene, è legittimo chiedere dove andare a trovare quei MMG sufficientemente liberi da potere essere "comandati" a funzioni ulteriori oltre che diverse da quelle di loro stretta competenza.

Quindi delle due l'una: o ci sono abbastanza MMG o non ci sono. Se non ci sono l'unica soluzione è quella di incrementarli.

Incrementarli e far sì che restino. E come? Con l'unico mezzo dettato dal "mercato": attrattiva e compenso soddisfacente.

Su questa "riforma" si è recentemente espressa, per bocca del suo presidente Nino Cartebellotta, la Fondazione GIMBE (ente senza fini di lucro il cui scopo è quello di favorire la conoscenza delle migliori evidenze scientifiche) rilevando come le "Linee programmatiche del riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità" di cui alla "nuova regolamentazione che il Governo ritiene necessaria per realizzare gli obiettivi stabiliti nel PNRR e per impiegare le connesse risorse", rilevando come, posta "l'attenzione sui bisogni di



Peso:30%

Il presente documento non è riproducibile, e' ad uso esclusivo del committente e non e' divulgabile a terzi.

cittadini e pazienti emergono numerose criticità, che non riguardano solo l'assetto giuridico dei professionisti, ma soprattutto ciò che il cittadino potrà effettivamente esigere dalla riforma dell'assistenza territoriale."

Per i dettagli si rinvia alla lettera che il presidente della Fondazione **GIMBE** ha inviato a Quotidiano Sanità che l'ha pubblicata il 15 maggio (<https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/riforma-dellassistenza-territoriale-quali-sono-i-reali-benefici-per-cittadini-e-pazienti/>).

Restando in casa MMG, si crede che se il medico fosse alleggerito di tutto il carico burocratico, che ne assorbe tempo ed energie, e potesse prendersi cura di un ottimale numero di assistiti, cioè potesse fare quello per cui ha studiato (lungamente, con fatica e con il contributo non minimo della sua famiglia), se ne avrebbe un quasi ritorno a quello stretto rapporto medico-paziente che ora viene rimpianto.

Un quasi ritorno: "quasi" perché indietro non si può mai tornare, perché "l'ora è fuggita", perché il tempo attuale è quello che la comprende in termini genetici, vale a dire causali, quindi non ripetibili se non concausalmente, ma mai causalmente.

Un quasi ritorno che però può essere meglio, se ben gestito, del pieno ritorno se si tiene buon conto dell'esperienza maturata.

Sempre comunque non dimenticando che, come in tutte le professioni, ma specialmente per quella medica, accanto e dopo lo studio teorico rileva la "pratica" nel programma di formazione del nuovo sanitario. Per questo è parte fondamentale dell'insegnamento la frequentazione delle corsie ospedaliere, ove il quid fondamentale è l'esempio: del do-

cente, dei suoi aiuti, del personale infermieristico non che tecnico. È l'aria che si respira che più pura è meglio fa.

Ciò vale sia per il futuro medico ospedaliero come per chi si dedicherà alla medicina di famiglia. Nel secondo caso l'esempio deriverà dal padre se già MMG, o da un parente o anche solo dal proprio MMG che si è incontrato in casa quando si era bambini, e lo si è visto tornare mentre si cresceva, sino ad averlo poi come proprio curante. Se ne è assorbito il modo di proporsi, di consolare, di raccomandare abitudini di vita sane, la pazienza che mostrava con la vecchia zia bisbetica ecc. Anche se non sempre, questo era il "vecchio" medico di famiglia, che involontariamente forgiava allievi in nuce. Era una specie di stampino di cui, persane la traccia, non si sa se quando e come resuscitarne l'impronta in caso di necessità.

La prospettata riforma della medicina di famiglia porta con sé, almeno credo, questo rischio. Dico rischio ammesso che la medicina di famiglia, come sin qui esercitata, sia valore condiviso; se invece è un disvalore, ben venga il suo abbandono. Ma se la si stima un valore, deve essere rafforzata e non solo fortemente difesa. Come il buon maestro delle elementari resta nella memoria anche del premio Nobel per certi suoi suggerimenti mnemonici, per il suo tratto accogliente e fermo, per la sua aura di sapiente, il buon medico di famiglia è messaggero di una professione che ippocraticamente si impara "sul campo", esempio su esempio, la cui eventuale scomparsa ne secca le radici impedendone, in caso di bisogno, il ritorno.



Peso:30%