

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

PERSONAGGI NON IN CERCA D'AUTORE

INTRODUZIONE

A cura di **Marcello Portesi**, Direttore progetti istituzionali IHPB

C'era un tempo in cui il medico di famiglia era "il dottore" per eccellenza. Quello che conosceva ogni paziente per nome, sapeva tutto della sua storia clinica e spesso anche di quella personale. Era il primo consiglio, il primo conforto, il punto fermo a cui rivolgersi davanti a un dubbio di salute.

Oggi quella figura, pur restando indispensabile, sembra aver perso parte del suo peso e del suo prestigio. La burocrazia si è fatta strada nelle giornate di questi professionisti, trasformandoli troppo spesso in compilatori di ricette e certificati, a scapito del tempo dedicato all'ascolto e alla diagnosi. Un cambiamento che ha snaturato, almeno in parte, la loro missione originaria.

In più, i medici di medicina generale sono sempre meno: una riduzione che apre scenari preoccupanti per la tenuta stessa dell'assistenza territoriale. Senza di loro, infatti, il sistema rischia di perdere la sua "prima linea", quel filtro prezioso capace di orientare i cittadini verso percorsi di cura più complessi. E mentre si parla di Case di Comunità come del nuovo modello di riferimento, il ruolo del medico di famiglia rimane sospeso in una sorta di limbo, ancora poco definito. Tra incertezze e transizioni, questa figura sembra muoversi in bilico tra passato e futuro. Eppure, nonostante tutto, resta difficile immaginare una sanità senza il Medico di Medicina Generale: vicino, accessibile, capace di rassicurare e indirizzare. Una presenza che, se valorizzata e liberata dai vincoli burocratici, magari dalla sua stessa storia, può tornare ad essere il vero perno dell'assistenza di prossimità.

A cura di **Valter Valsecchi**,
Medico, Psichiatra Psicoterapeuta,
medico Igienista e Medico competente già Direttore
Dipartimento Cure Primarie
ATS Monza e Brianza

Difficile scrivere qualcosa di non già detto sul professionista che, per la gente comune, è conosciuto come medico di base, medico di famiglia o medico di medicina

generale, senza considerare quelli per i quali rimane "il medico della mutua". Già i tre termini con i quali viene identificato delineano il perimetro di lavoro di questo medico, dato che ognuno di

questi fornisce una caratteristica di questa figura professionale.

È un Medico di base, perché non deve avere competenze specialistiche, ma è una porta di accesso al secondo livello (non solo perché compila le ricette di visita ed esami specialistici).

È soprattutto un Medico di famiglia, perché opera negli ambienti di vita del paziente (l'ospedale è un luogo distinto, identificato e identificabile, qualcosa di altro dal territorio in cui si vive) e segue la famiglia.

In sostanza, viene inteso come colui che riconduce alcune problematiche e gli eventuali insuccessi delle terapie specialistiche non solo al dato biologico, ma anche al contesto sociale e alle interrelazioni delle patologie (in particolare quelle croniche) all'interno di una rete di relazioni che, una volta, erano limitate all'interno del contesto familiare, mentre ora, visto l'andamento demografico, si aprono anche all'interno di una rete sociale. In questo senso, al di là degli aspetti contrattuali differenti, il core dell'attività richiama (al netto delle differenti condizioni tecnologiche) il vecchio e vetusto medico condotto, il medico del Comune che curava i poveri, preveniva le malattie diffuse e girava il territorio in motoretta, verificando come stavano le persone e curando chi aveva

qualche problema di salute, assicurando e sorvegliando l'equilibrio relazionale all'interno di un territorio che lui presidiava (parola attualmente molto in voga e utilizzata dagli addetti ai lavori). Il medico che spesso apriva il manuale di Roversi, un testo che esiste dal 1940, che portava nella sua borsa perché si era consci che non si poteva sapere tutto e che, a volte, capitava anche di dover far nascere i bambini.

Quindi un medico di prossimità alla comunità che aiuta il paziente a risolvere i problemi di salute ed integra i responsi del medico specialista.

Attualmente, la convenzione in essere che regola i rapporti di questo medico con il Servizio Sanitario Nazionale, non gli ha dato nessun ulteriore nome immaginifico (tipo "medico di assistenza primaria", di cui si è parlato in qualche alto consesso), ma li definisce, in ossequio alla peggior burocrazia che possiamo immaginare per la professione medica, "medici del ruolo unico a ciclo di scelta o ad attività oraria". Per chi scrive, anche per praticità, rimane Medico di Medicina Generale (MMG), ovvero un medico che affronta le problematiche di salute a tutto tondo.

In questo mondo ormai dominato dalla tecnologia, si parla molto di questa figura professionale dicendo le cose più disparate sul ruolo che

dovrebbe assumere e sulle attività che dovrebbe svolgere all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Si parte dalla contattabilità, ovvero dal semplice obbligo di "farsi trovare" come primo aspetto essenziale, ma anche quello dell'esserci come soggetto di riferimento ed evitare continue peregrinazioni a distanza in ospedale o anche in Case di Comunità, risolvendo alcune prestazioni in loco.

Il problema è serio ed è oggetto di un confronto a più livelli: politico, scientifico, professionale e deontologico.

Insomma, un confronto che non sembra aver mai fine. Si leggono, infatti, varie fonti di pensiero, dove proliferano le proposte più differenti a seconda dei soggetti che le esprimono e del ruolo che rivestono.

Questa proliferazione dà la misura di quanto siamo lontani da un reale confronto e quanto siamo ancorati nella difesa della propria posizione. È pur vero che, osservando il funzionamento dall'esterno, è manifesta l'enfasi data alla possibilità di accesso dei cittadini alla rete dei servizi sanitari (le attese sono, per imitazione, presenti anche nell'accesso al MMG), così come l'attenzione al percorso di ricerca di una salute accettabile (o, meglio, il tentativo di assenza di malattia il più a lungo possibile), all'aumento

del reddito procapite, alla presenza del risparmio familiare. Tutti elementi che collocano il MMG a lato, quasi a complemento, del medico specialista.

STORIA E SENSO DI UNA VECCHIA (MA SEMPRE NUOVA) PROFESSIONE

Ci sono una serie di passaggi storici in cui il MMG trova il suo significato, e che ne certificano la necessità.

La legge n.833/78, quella che ha istituito il SSN al posto delle Mutue, lo definisce il gatekeeper del sistema sanitario e gli offre un ruolo "nella comunità" e "per la comunità".

Il COVID ha certificato che se non si può sempre andare in ospedale (anzi: non si deve sempre andare in ospedale), allora è necessario avere una figura territoriale prossima, il più possibile di fiducia (che forse è l'aspetto più significativo). Attualmente, il PNRR e l'esigenza di utilizzare al meglio il futuro del nostro debito in sanità con l'Europa (la missione 6 e quelle correlate) hanno scatenato un dibattito fin troppo esagerato sulla medicina territoriale.

Dibattito che, come sempre avviene nel nostro sistema sanitario, ha partorito inizialmente una nuova architettura organizzativa, magari corretta, di sicura difficilmente percorribile per assenza di risorse. Stiamo parlando, naturalmente, del DM 77/2022

che, nel trasformismo che da sempre ci caratterizza (ed essere avanti con gli anni aiuta in questo) ha generato soprattutto una nuova terminologia: abbiamo sostituito la storica "Casa della salute" - che a sua volta aveva sostituito il "Distretto socio sanitario", che a sua volta..., Etc. - Con la "Casa della Comunità".

Il dibattito, come sempre, si è concentrato prima, appunto, sull'architettura di sistema, e poi sulla tipologia di contratto, e qui il richiamo al medico condotto, "conductum" cioè assunto e quindi dipendente. L'organizzazione del SSN, vuoi per tradizione (tutti i sistemi si sono sviluppati in questo modo e probabilmente il mantenere, per fortuna, il sistema universalistico non ha di fatto di molto modificato lo spirito dell'organizzazione) vuoi anche per la molteplicità e/o la complessità delle proprie aree, ha mantenuto come pattern comportamentale un'organizzazione verticale, nonostante tutti i corsi sul "*bottom up - top down*".

Un'organizzazione di stampo militare vede sempre con favore il rapporto di dipendenza dei propri membri. Meglio: l'essere "dipendente da" è ritenuto un aspetto fondamentale per l'equilibrio e la coerenza del sistema.

Il rapporto di dipendenza dei MMG dal SSN, tuttavia, non è andato in porto e rimane un tema sfocato anche se non

ancora del tutto rimosso.

L'attenzione si è quindi focalizzata sulla presenza dei MMG nella Casa di Comunità, prevedendo un generico (da negoziare) debito orario nel contratto di lavoro. Il riferimento per questo tipo di scelta è, per certi versi, lo specialista ambulatoriale (il mai dimenticato "sumaista", definizione tratta dal Sindacato di appartenenza di questi medici), che è incardinato fisicamente nel SSN e nelle sue relative strutture e, visto che l'Azienda Sanitaria fornisce mezzi e personale alla Casa della Comunità, è peraltro sovrapponibile, almeno in linea generale, ai medici dipendenti.

Le società professionali della medicina generale pongono l'attenzione sulla qualità professionale dei MMG, da cui scaturisce anche la spinta verso la specializzazione in Medicina generale, ritenuto l'antidoto per evitare il burn out di questi medici.

Sulla specializzazione dei MMG ci sono vari filoni interpretativi. Dire che sono specialisti può essere un mero nominalismo e, a parere di chi scrive, rafforza l'idea che il futuro è solo dei medici specialisti.

Se ne ha conferma nel proliferare, all'interno del panorama didattico, di specialità e master di secondo livello, che parcellizzano il soggetto in un'infinità di opzioni di organo o relative sottodimensioni.

Ma il medico di medicina generale rimane al primo posto nel gradimento della popolazione: come si sentono i medici in questa posizione?

Esiste un'evoluzione temporale del gradimento dei MMG e del Sistema Sanitario dal 2020 al 2024, anche se si legge sempre che i medici sono promossi e le ASL bocciate (forse per le liste di attesa e all'infinità di moduli per avere qualcosa di integrativo).

Il gradimento dei medici di medicina generale in Italia dopo il COVID-19 ha avuto fluttuazioni, influenzate dalla pandemia, ma anche dalla crescente carenza di professionisti e dall'offerta organizzativa peraltro non supportata dal sistema. Siamo lontani dalle percentuali attorno al 90% di qualche anno fa, ma siamo sempre attorno al 70%, percentuale di molto superiore al gradimento delle ASL che è stabile sotto il 50%.

La carenza di medici, tuttavia, ha creato difficoltà nel gradimento dell'offerta organizzativa (siamo attorno al 50% di positività che, laddove esistono liste d'attesa per le visite ambulatoriali, scende ulteriormente).

Accanto a questo gradimento dall'esterno, permane l'insoddisfazione interna da parte dei professionisti. In una recente rilevazione svolta dallo scrivente (fatta durante le festività di fine anno per

avere maggiore possibilità di risposte positive), mediante la somministrazione di un Maslach adattato cui hanno aderito un centinaio di medici che fanno riferimento ad un'organizzazione sindacale di una grande città della Lombardia, si è ottenuto un risultato che potrebbe essere così riassunto: "siamo soddisfatti e preoccupati allo stesso tempo". Tre sono state le aree sondate dal questionario:

1. Il benessere psico fisico (e quindi il livello di stress);
2. La confusione sul ruolo svolto;
3. La realizzazione di sé.

Direi che quasi tutti i medici hanno lamentato la scarsa considerazione nei loro confronti da parte dell'istituzione. Il dato di per sé potrebbe rappresentare la consueta lamentazione, ma se incrociato con le domande relativamente al benessere psico-fisico, ci dà un quadro in tutte le fasce di età di medici particolarmente stressati, ed è indicativa anche la presenza di risposte confermate (spesso e molto spesso) alla domanda se ci si sente stanchi la mattina.

Particolare attenzione deve essere posta ai giovani, dove crescono anche gli interrogativi legati alla realizzazione del sé che si accompagna alla confusione del ruolo.

Si parla di stress da lavoro correlato in tutte le categorie con l'eccezione dei me-

dici convenzionati. Mentre è necessario far emergere lo stress esistente tra i medici, da un lato per supportare chi lavora e dall'altro anche per identificare le possibili modifiche organizzative e non solo sull'organizzazione interna dei medici.

RIFLESSIONI E PROPOSTE

Le esperienze sorte in diverse aree del paese in questi ultimi decenni sono state innumerevoli, a testimonianza di una spinta ideale in questa categoria non solo clinica ma anche organizzativa. Non serve elencarle tutte ma, pensando alla Lombardia, Regione in cui vivo, progetti come il CReG e la PIC (Presenza in Carico) hanno definito elementi di qualità dentro le attività dei MMG.

A questo si aggiungono tutte le attività di prevenzione primaria e secondaria, attraverso l'utilizzo di tecnologie semplici (altrimenti dette povere) – come, ad esempio, il monofilamento per la prevenzione del piede diabetico – esperite con successo in questi anni. Senza dimenticare la focalizzazione sulla sorveglianza, sul rilievo degli alert e sul telemonitoraggio che possiedono una forza interiore rilevante rispetto alla comunità. Ovviamente, si tratta di attività parcellari che non sempre hanno trovato stabilizzazione

e un posto nel contratto dei MMG come, invece, sarebbe stato utile: i perché sono molti, e riguardano sia una certa resistenza della categoria, sia un'indefinitezza degli atti d'indirizzo e l'assenza di una scelta di campo definitiva, decisa e anche motivata da parte dell'assicuratore pubblico. Tutto questo viene molto prima del dibattito infinito sul tipo di contratto e sulla presenza dei MMG nelle strutture del SSN.

Per l'ACN, quindi, confidiamo che le recenti linee d'indirizzo non portino all'exasperazione del dato negoziale e possano essere il primo passo per dare senso e significato al termine di territorialità.

Ricordiamo, infatti, che territorialità significa non solo medici ma anche, e soprattutto, infermieri, personale dei comuni, volontari e tutti i soggetti che, anche con finalità caritatevoli, mai da disprezzare, operano nella prossimità.

Sono questi soggetti nel loro insieme che possono realizzare l'assistenza territoriale, da intendersi non solo come cinghia di trasmissione dell'ospedale e della fase acuta della malattia, ma anche come meccanismo (i medici) di regolazione della spesa e dell'occupazione degli ospedali.

Non possiamo parlare all'infinito di codici bianchi e verdi: non è questa la territorialità.

Spostare i pazienti in un altro

contesto (lo studio del medico o la casa della comunità) non cambia la percezione degli assistiti sull'importanza delle cure primarie e può essere letta come un ambito secondario, finanche punitivo.

Inoltre, i territori sono diversi tra di loro.

Questo è, infatti, un altro aspetto poco o per nulla preso in considerazione, ovvero il problema delle aree interne. Tutti possono capire la differenza sostanziale in termini di offerta che oggi c'è tra le aree metropolitane e le piccole comunità sparse sui territori.

Se si fanno investimenti per favorire la residenza nei piccoli paesi, si deve accettare che fare la medicina generale a Milano città è differente dall'esercitarla nell'hinterland o nelle valli (prendendo come esempio la Lombardia senza avere la presunzione di fare un discorso generale).

Le linee d'indirizzo e il contratto non possono non tenerne conto.

La tecnologia aiuta ma la presenza - anche se non necessariamente fisica - si deve sentire. Fare, pur con le dovute eccezioni, uno standard di abitanti per istituire una Casa della Comunità fa sorridere, perché nella metropoli l'assistenza è sovrabbondante, nell'hinterland occorre coordinare i tempi di vita e di lavoro dei cittadini, e nei paesini dispersi occorre pensare

a come superare il gap della distanza tra l'abitazione e la Casa della Comunità più vicina. E si tenga anche conto che, oltre all'aspetto territoriale in senso geografico, va considerato che oggi, quando parliamo di MMG, non parliamo quasi più di medici singoli nel loro ambulatorio, ma di organizzazioni strutturate e articolate, dove sono necessari anche quegli infermieri di cui, purtroppo, c'è una carenza ormai drammatica.

Infine, proprio per favorire ulteriormente il confronto, visto il posizionamento territoriale (cioè: prossimo ai bisogni), non si può non pensare che il sistema regolatorio del MMG non sia solo il gate keeping, ma anche il percorso per divenire un soggetto che dà il suo apporto alle esigenze di equilibrio economico del SSN (si veda l'esperienza dei CReG avviata da Carlo Lucchina, mai dimenticato direttore generale della sanità lombarda).

Dare obiettivi sfidanti non significa solo dare percentuali di copertura, ma garantire salute alla comunità identificando priorità, equità e ottimizzazione delle risorse.

Questo non significa che il medico si trasforma in un ragioniere, ma che il medico, supportato da soggetti terzi quali, ad esempio, le società di servizio, possa contribuire non solo alla sussidiarietà nel processo, ma anche alla

realizzazione degli obiettivi di costo di sistema condivisi con l'autorità sanitaria.

Ma al di là delle considerazioni precedenti direi che le indicazioni, in altri termini l'agenda, che riguarda lo sviluppo della medicina generale quale parte significativa della rete territoriale, per sommi capi e con una ipotesi di suddivisione per aree, viene descritta successivamente con una premessa doverosa.

L'assicuratore sociale pubblico (non uso il termine stato per non generare ulteriori retro pensieri sui ruoli e sul potere organizzativo) per tramite del Comitato di Settore, deve definire l'atto d'indirizzo e per la convenzione (2021-2022) si è in dirittura d'arrivo. L'importanza è che questo documento venga aggiornato raccogliendo le indicazioni che provengono dai diversi stakeholder e che non ci si faccia orientare solo dell'emergenza del momento. Gli argomenti/temi da affrontare nelle varie sedi potrebbero essere:

a. L'ambito di intervento.

Si deve definire la natura della professione del Medico di Medicina Generale, che è sempre una variabile dipendente dal contesto sociale ed economico. Occorre, quindi, riflettere sugli strumenti per realizzare il core di quest'attività e comportarsi di conseguen-

za. Se il paziente ha bisogno di un referente, occorre pensare che tre sono le aree sulle quali individuare prestazioni, obiettivi e sistemi premianti, ovvero la prevenzione, l'anticipo diagnostico e il raccordo tra i diversi professionisti (la programmazione del follow up), senza dimenticare l'efficacia del sistema, ovvero la sostenibilità. Si è sempre detto che queste sono le peculiarità della medicina generale e, se si è ancora concordi, si devono declinare le attività in sintonia con la situazione del momento. La ricerca del core è necessaria anche per evitare la frustrazione dell'essere professionisti (o meglio: clinici) importanti ma non finali nel sistema, dato che, in realtà, non si chiede al medico solo abilità e capacità tecnica, ma anche quella capacità di relazione in grado di cogliere i bisogni.

b. Il recupero dell'appropriatezza e le prestazioni erogabili.

Quanto detto nel precedente punto non significa non essere medici. Esistono prestazioni che possono e devono essere erogabili nello studio del medico - direttamente o in telemedicina - superando le rigidità attuali sulle norme che regolano la tele-

medicina. Esistono già, in questo settore, erogatori privati che possono e devono partecipare, a condizione che la relazione con il paziente sia garantita dal medico curante.

c. L'Azienda Sanitaria non ha le risorse per assicurare questo aspetto e, in ogni caso, si tratta di aree di responsabilità che il medico di medicina generale si deve assumere. Il secondo livello deve essere consulenziale o deve seguire in linea generale il paziente post dimissione. Nell'ambito dell'appropriatezza, in un mondo che consuma spesso anche il welfare aziendale, è un'impresa difficile, magari non apprezzata inizialmente dal paziente, ma è un percorso da seguire.

d. Il tema della governabilità delle proprie attività che non è solo la medicina d'iniziativa.

Il soggetto centrale di un'organizzazione deve essere proattivo, non solo sul versante del fare, ma anche su quello del saper far fare, e deve anche riuscire a governare gli esiti della propria attività non prescindendo dalla sostenibilità economica. I tetti di spesa sono necessari a livello macro ma bisogna fare in modo che la propria attività sia governata.

e. Il fornire gli strumenti a supporto di questo percorso.

Il punto precedente ha definito le attività possibili dello studio medico, ma non si sono definite le attività del medico, questo in quanto sono necessari:

- L'evoluzione verso strutture complesse, (le mono-professionali possono essere efficientate, ma non possono garantire grosse sinergie tra i professionisti se non quelle tecniche comprese, quelle relative al supporto tra i medici rispetto alla mera attività ambulatoriale (visite ricette vaccinazioni, certificazioni...);
- Il supporto di società di servizio per strumenti e mezzi da fornire al medico, e non solo come spesso avviene in nome e per conto del medico, ma offerta all'Azienda Sanitaria (si cita sempre come esempio le vaccinazioni COVID);
- L'uso dei sistemi di programmazione e controllo che superano i cosiddetti "compiti" introducendo l'obiettivo della copertura ed uscendo dalle difficoltà semantiche tra compiti, obbligo, volume di prestazioni e livelli di copertura. Rimane insoluto da tempo il quesito giuridico amministrativo se il compito previsto dall'ACN dovesse

essere assicurato a tutti i pazienti o esistono gradi di libertà da parte del medico;

- Fornire supporto formativo rispetto all'individuazione delle abilità necessarie che vanno oltre all'uso degli strumenti diagnostici, ma che riguardano la relazione e le capacità di essere incisivi sul paziente e sulla sua rete;
- Pensare, nonostante la difficoltà, di conciliare i tempi di lavoro dei differenti sistemi territoriali (si pensi a titolo di esempio alla relazione tra medico e operatori del comune).

e. Pensare al significato e alle modalità organizzative della continuità assistenziale. Il contratto ha introdotto la CA come ruolo unico ad attività oraria, che, però, deve essere governata (o almeno ci si può provare) in una logica di responsabilità da parte dei medici e non dell'Azienda Sanitaria, diversamente dalla vecchia guardia medica con le sue postazioni per la notte, i festivi e i prefestivi (l'out of hours).

CONCLUSIONI

Quanto sopra rappresentato in questo scritto definisce un'agenda di lavoro molto densa, e bisogna proseguire

nella riflessione e nelle scelte rimanendo ben saldi su alcune evidenze della vita reale. Il medico ha la fiducia del paziente e il paziente preferisce una relazione con il medico di prossimità rispetto allo specialista. Il Medico di Medicina Generale non deve rincorrere lo specialista (in quanto sarà sempre perdente) e non deve solo rispondere al telefono e fare l'ambulatorio, anche perché - come rilevano spesso e volentieri le indagini - la lista d'attesa è spesso presente anche in questo settore, dove è scesa drasticamente la percentuale di pazienti che ottiene un appuntamento il giorno stesso o quello successivo.

E se, successivamente, l'esito della consultazione è l'accesso al secondo livello, i tempi si dilatano a dismisura.

Nella medicina generale (che, ricordo, è cosa ben differente dall'assistenza primaria) non è più tempo di fare atti magici (la bella visita e gli esami), ma occorre entrare in relazione ed essere empatici in un mondo che utilizza strumenti di relazione a volte anche bizzarri. L'importante, come spesso attualmente accade, è non essere mossi da quella macchina del fango che veicola l'idea che i MMG guadagnano tanto ma non si fanno mai trovare, sempre al netto delle eccezioni di rito presenti in ogni comunità. Ma questa è un'altra storia.



Italian Health Policy Brief

ANNO DI PUBBLICAZIONE

Anno XV - N°3 2025

DIRETTORE RESPONSABILE

Stefano Del Missier

DIRETTORE PROGETTI ISTITUZIONALI

Marcello Portesi



Editore

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ivana Marcon

CONTATTI

+39 02 495383300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.