

La solitudine ambulatoriale ha un futuro incerto

Giovanni Cataldi
Medicina generale
Montalto
delle Marche (An)

La pratica di gruppo si sta imponendo sugli ambulatori dei singoli medici. Una tendenza imposta da ragioni organizzative, che tuttavia può convivere con la scelta di chi vuole continuare a lavorare da solo.

Se la storia del curante di famiglia in Italia ha avuto finora le caratteristiche descritte nel riquadro, la prefigurazione degli assetti futuri va ricercata nella miscela di queste componenti:

- le caratteristiche geografiche e demografiche nazionali;
- le tendenze nella politica sanitaria per le cure primarie;
- le aspettative dei medici di medicina generale.

LA STORIA

Passato e tradizione della medicina di famiglia

La più che centenaria storia della medicina generale italiana, che si può far risalire al leggendario personaggio del medico condotto di fine ottocento, ha sempre visto all'opera professionisti che esercitavano individualmente. La tradizione, per l'attività nel territorio, è quella del medico isolato, pratico, instancabile; una figura un po' eroica che è rimasta quasi immutata fino al giorno d'oggi.

Con l'istituzione nel 1978 del Servizio sanitario nazionale, si chiude l'epoca del mutualismo e inizia la fase dell'assistenza universale. Il primo Accordo collettivo parla di medico di base; la medicina generale conosce una graduale e tormentosa ridefinizione ed entra in convenzione circa la metà dei sanitari che sono ancora in servizio. Negli ultimi quindici anni, mentre si aggravava il carico burocratico e si sono moltiplicati i compiti clinici, si è verificata un'indubbia crescita culturale della categoria. Gli esponenti più avanzati della professione sperimentando acutamente l'inadeguatezza di un modello di cura che appare calibrato sull'attività ospedaliera, hanno invocato la necessità di fondare un sapere specifico proprio della medicina di primo livello che la ancori come disciplina e la garantisca come pratica esperta. A tale riguardo, è indiscutibile e sostanziale il contributo dei medici generali italiani, che erano ancora al lavoro come singoli; a poco a poco ha però preso piede la pratica di gruppo e la categoria si sta chiedendo che spazi organizzativi e professionali restino ai medici che continueranno a esercitare da soli (Valcanover 2003).

L'Italia è un paese formato per lo più di piccoli comuni: il 70 per cento delle municipalità ha meno di 5.000 abitanti. Circa 10 milioni di cittadini (il 20 per cento del totale) abitano in più della metà del territorio nazionale sparsi o piuttosto isolati. Ampie fasce di questi residenti sono rappresentate da anziani, persone a scarsa scolarità e a basso reddito e soggetti in stato di fragilità sociale e di salute. Laddove le vie di comunicazioni siano difficoltose e i trasporti pubblici limitati, il crescente numero di pazienti che richiedono cure domiciliari si scontra con una realtà assistenziale potenzialmente svantaggiata. Nonostante l'incostanza dei sostegni istituzionali, attualmente la politica per la salute si rivolge alla medicina generale, non fosse altro che per l'esplosione dei costi ospedalieri: l'assistenza portata vicino al cittadino, accessibile, comprensiva, non costosa, sembra ritrovare nelle cure primarie la sede più adatta e conveniente.

La necessità di coniugare in tal ambito disponibilità oraria, competenze, affidabilità e una buona gamma di prestazioni, sta spingendo i generalisti verso l'aggregazione in gruppi, più o meno numerosi, dando vita ad associazioni o reti in cui le risorse e le attività possano essere condivise, partecipate, estese (Ministero della salute 2004). L'incentivo in denaro sta inducendo la costituzione di grosse practice e spinge verso la gestione manageriale di servizi, personale, dotazioni e liste degli assistiti.

La passata frustrazione e voglia d'evasione si stanno trasformando, da qualche tempo, in un risveglio di interessi, di impegno e di progettazione, grazie anche all'iniziativa delle Società scientifiche della medicina generale che coagulano sempre più colleghi attorno ad attività di formazione, di ricerca e di elaborazione teorica originali. La «base» riprende a studiare, a produrre conoscenza, a riconoscersi in un'occupazione con spiragli di riscatto e gratificazione. In Italia come nel resto d'Europa, intende rompere

l'isolamento, acquisendo tecnologia e personale di studio. Al tempo stesso, i medici mirano a strutturazioni di lavoro meno rigide e più conciliabili col tempo della vita privata (Majeed 2005).

La medaglia ai gruppi e il suo retro

A partire da queste premesse, oggettive (residenza, viabilità, reddito) e soggettive (isolamento, ridotta flessibilità, minori mezzi), in prospettiva gli studi singoli e i loro assistiti si verrebbero a trovare in stato di minoranza. Tuttavia, si trova in letteratura una messe di lavori che contraddicono tale affermazione: alcuni autori dell'area anglosassone dimostrano la non correlazione tra qualità delle cure e dimensione della practice; altri affermano che le practice più piccole vengono considerate dai pazienti più accessibili e promuovono più alti livelli di soddisfazione (Campbell 2001) e forniscono cure cliniche di qualità comparabile a quelle delle più grandi (Wang 2006).

In contrasto con chi crede nel primato dell'associazionismo, chi scrive comprende come il mega studio penalizzi chi preferisce un rapporto e cure più personali: il medico che sceglie d'associarsi distanzia il paziente, perché inevitabilmente delega ad altri colleghi parte dell'assistenza. Sul piano strettamente clinico ciò può essere migliorativo, ma a sul versante umano? La nuova situazione pone inequivocabilmente l'accento sull'attività terapeutica come «servizio» (basta che ci sia un medico qualunque al lavoro), partecipando, però, all'inevitabile decostruzione del rapporto di fiducia. Si dice al paziente che è un bene per lui la pronta disponibilità d'intervento, chiunque ne sia il portatore, ma, tagliando corto col malato si corre il rischio esiziale per la medicina generale, di ridurlo sistematicamente a malattia.

La medicina primaria esercitata dal singolo ha manchevolezze di nuova insorgenza sotto il profilo organizzativo, ma anche sicure e antiche distinzioni, nella continuità delle relazioni personali (Van den Hombergh 2005). L'esperienza di lavorare in gruppo può implicare per il medico qualche, non secondaria, difficoltà: certamente subirà una riduzione dell'autonomia; sperimenterà disdidi con i colleghi o con il personale di studio; andrà incontro talora a una dilatazione

e sempre alla confusione degli orari di lavoro (Cipolla 2006). Nel corrente stato giuridico indefinito, inoltre, gli studi medici associati incontrano ostacoli amministrativi e pastoie burocratiche a non finire nella conduzione dei contratti d'affitto degli studi, nella ripartizione delle spese, nell'impiego delle attrezzature.

La qualità farà la differenza

Sembra facile pronosticare che un raffronto tra le performance sarà inevitabile; attraverso studi comparativi si imporrà la spinosa questione della qualità. Circa i diversi significati di «qualità», ve ne è un ventaglio di plausibili, che implicano diverse opzioni di valore, scelte delle comunità, deliberazioni politiche. Alla fine, però, saranno gli standard di qualità imposta, l'efficienza e la competitività a far la differenza e a decidere i percorsi che dovranno battere i generalisti.

Le varie modalità di praticare medicina nel territorio dovranno provare la loro consistenza al vaglio delle forze del mercato e delle preferenze dei pazienti.

Coloro che continueranno a lavorare da soli saranno tenuti, come gli altri, a dimostrare di possedere le competenze e le abilità necessarie agli standard richiesti.

Per non avviarsi all'estinzione, i singoli dovranno disporsi all'evoluzione, mettendo in campo idee e investimenti, con interventi che attengono al privato e contributi che spetterebbero al pubblico:

- procurarsi l'accesso a servizi e mezzi telematici;
- dotarsi di tecnologia medica per esami di base o piccoli interventi;
- sviluppare l'assistenza domiciliare e l'auto aiuto.

Il SSN avrà l'incombenza di provvedere a finanziamenti e supporti alla professione, per esempio attraverso la pianificazione di incentivi economici, logistici, di carriera, con l'offerta di personale ausiliario itinerante, facilitando l'aggiornamento.

L'impegno, l'intelligenza e la determinazione di chi vorrà lavorare da solo (o che non avrà modo di fare diversamente) non dovranno essere respinti da un muro di conformismo e di omologazione che finisca per limitarsi a definire sbrigativamente i medici singoli come «non adatti allo scopo». ■

The loneliness of family doctors

Occhio Clinico 2007; 4: 28

Key words

General medicine;
Surgeries

Summary

The idea is to ensure the patients greater availability of opening hours, specialist knowledge and a wide range of services fights against some difficulties. Working in group means less personal autonomy, friction with colleagues and longer working hours.

After all, according to various studies, patients think that smaller surgeries are more accessible and that they provide a more satisfactory relation with the GP.

Bibliografia

Campbell IL et al. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 644.

Cipolla C et al. I medici di medicina generale in Italia. Milano: Franco Angeli, 2006.

Majeed A. The future of singlehanded general practices. *BMJ* 2005; 330: 1460.

Ministero della salute. Riconoscimento e analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie. 2004.

Valcanover F. La medicina generale italiana tra Ottocento e Novecento. In: Caimi V et al. *Medicina generale*. Torino: UTET, 2003.

Van den Hombergh P et al. Saying goodbye to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract* 2005; 22: 20.

Wang Y et al. Practice size and quality attainment under the new GMS contract: a cross-sectional analysis. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 830.