

# Un patto tra generazioni. L'esperienza del Mmg al servizio dei giovani medici

*L'inserimento di un giovane collega junior nello studio del Mmg senior già convenzionato, non solo si può collegare perfettamente con il progetto di integrazione territoriale e con la funzione di "Mmg primario del territorio", ma può essere una opportunità per l'inserimento di nuove leve nell'esercizio della medicina generale*

**Bruno Agnetti, Alessandro Chiari**  
 Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS)  
 Smi - Sindacato Medici Italiani  
 Emilia Romagna

È noto come le cure primarie del nostro Paese siano tra le migliori al mondo. Sarà possibile poter mantenere questa posizione e conservare l'assetto caratteristico distintivo della medicina generale (accessibilità, relazione fiduciaria, qualità diffusa ed omogenea, capillarità, libera scelta, gradimento, orientamento olistico centrato sulla persona) nonostante le costanti pressioni avverse socio-economiche e amministrative-burocratiche-politiche? Lo scenario che segue ipotizza una possibile soluzione delle criticità connesse al governo e all'inserimento professionale nella medicina generale.

Sempre più frequentemente infatti si leggono o si ascoltano affermazioni del seguente tenore: "Il Mmg così come opera attualmente non è più adeguato ai tempi ...". Questa opinione è sostenuta sia da responsabili del settore sanitario ad ogni livello, ma non solo (per esempio: da sindacati molto rappresentativi). Non di meno, nella sua attività, il Mmg sperimenta quotidianamente, sulla propria pelle, la contraddizione che emerge da una sempre più esasperata spinta verso la contrazione spazio temporale (*La crisi della modernità*. D. Harvey 1989) a fronte di necessità relazionali ataviche, sempre uguali e costanti nel tempo: lo scontro tra queste due placche tettoniche contrapposte modifica profondamente la manifestazione dei bisogni assistenzia-

li che possono presentarsi come terremoti devastanti a causa della loro emergenza e della disarmante impreparazione a far fronte a questi eventi.

È bene evidenziare come i Mmg da anni richiamino l'attenzione sui problemi tipici della categoria e sulle questioni assistenziali, su convenzioni insoddisfacenti e su decreti o norme che creano molte perplessità. Proprio dalle pagine di *M.D.* storiche firme e colleghi meno noti hanno scritto acuti saggi in merito al disagio medico, hanno lanciato allarmi per i possibili pericoli disorganizzativi e di disaffezione.

## ► Il disagio inascoltato

Cos'è successo, dopo questi lanci d'allarme? "Niente" ripete ossessivamente il poeta cantautore. La macchina burocratica-amministrativa, sempre più convinta delle proprie posizioni, prosegue inossidabile come uno schiacciasassi per altro sostenuta da medici di medicina generale forse attratti dalle opportunità di *business* offerti dalla medicina di base.

Aumentano inoltre le richieste e gli obblighi collegabili all'assistenza primaria ma, a volte, queste stesse istanze sembrano costruite in modo da rispondere più a necessità burocratiche/amministrative/politiche e di ingegneria accademica che a una puntuale analisi dei bisogni. È inevitabile quindi

che questi disegni progettuali vengano spesso percepiti come calati dall'alto, imposti o costruiti a tavolino a favore di vantaggi riservati a pochi.

Forse è giunto il momento di avere il coraggio e la forza di proporre una azione riformista in tema di riordino delle cure primarie che possa partire dalla base cioè dagli effettivi bisogni e dalle necessità assistenziali-scientifiche dei clienti interni ed esterni.

La strada da percorrere non è certo semplice perché, in sanità, il più importante *stakeholder* (portatore di interessi) è il *management* politico amministrativo che persegue un proprio disegno e un proprio progetto: quadratura di bilancio e utilizzo autonomo delle risorse. I medici e gli operatori dell'assistenza primaria hanno una visione propria delle cose e uno specifico *problem solving* da attuare, ma sono tecnici e non hanno un ruolo decisionale paritario a quello politico-amministrativo (forse sono *stakeholder* meno importanti?).



#### ► Più burocrazia meno clinica

È comunque evidente lo sbilanciamento di ruolo a favore di un iter amministrativo-burocratico e a svantaggio della clinica, dell'assistenza e del sapere scientifico che non sempre è sovrapponibile a certe linee guida (derivate da studi di coorte) o a certe note di appropriatezza prescrittiva. Tutto ciò complica orrendamente la questione.

Nello stesso tempo lo scenario globale che si dischiude ai nostri occhi mostra la reale difficoltà operativa di un'epoca storica che coinvolge sia il villaggio globale (dell'Occidente) e anche il nostro

microcosmo formato, in particolare, dal nostro Servizio sanitario nazionale, dalle Regioni, dalle aziende, dai distretti, dalle gerarchie. L'equilibrio è diventato instabile per tutti e nulla oggi può essere dato per scontato.

All'interno di questo instabile quadro socio-sanitario i Mmg continuano ad essere professionisti che offrono assistenza e non parole; producono ricchezza in salute e non giochi finanziari; visitano persone; coltivano relazioni significative basate sulla fiducia, sul rispetto e sulla considerazione, sul mantenimento del rapporto di fiducia e sull'attuazione dei diritti delle persone; sulla personalizzazione del servizio prestato e sull'umanizzazione dell'assistenza.

I suggerimenti internazionali indicati come risolutivi delle problematiche assistenziali attuali e sposati di *default* da molti amministratori (*Chronic Care Model; European Forum for Primary Care*) e/o altri modelli per il riordino delle cure primarie calati dall'alto non sono sufficienti per assolvere i dilemmi di un settore così complesso come quello della medicina generale italiana. La multiprofessionalità e l'interdipendenza, caratteristiche proprie dell'assistenza primaria integrata, richiedono che il principale motore organizzativo del sistema sia contestualizzato e posto presso gli operatori tra i quali il governo clinico ha il significato concreto del "*rendersi conto per rendere conto*" prima di tut-

to ai colleghi e agli assistiti (e poi all'organizzazione/amministrazione). Infatti il sistema della medicina generale ha già ampiamente dimostrato di essere tra quelle organizzazioni che hanno funzionato e funzionano meglio per equità, meritocrazia, gradimento, consenso, contenimento della spesa, libera concorrenza, flessibilità e disponibilità all'integrazione.

### ► Il nostro ruolo sottostimato

Il Mmg è l'unico vero esperto di assistenza primaria e ha quindi le abilità per gestire anche questo momento confuso e può governare la complessità a vantaggio della sua professionalità e in favore delle specificità costitutive della medicina generale (MG). Non si può nascondere che in questi anni al Mmg non è mai stato riconosciuto dalle istituzioni questo ruolo, ma si è piuttosto voluto vederlo come un mero "produttore" e un esecutore di norme e decreti, soggetto/oggetto di progetti che alla fin dei conti hanno contribuito a deprimere la categoria nel suo complesso. I tempi però sono maturi per affrontare e realizzare un cambiamento sostanziale e per modificare visioni gestionali della sanità paludose e ripetitive.

### ► Il Mmg primario del territorio

L'integrazione multi professionale/multi disciplinare territoriale guidata dai Mmg può rappresentare per quest'ultimi la strategia vincente per soddisfare sia i bisogni assistenziali sia organizzativi indipendentemente dai modelli proposti o adottati nei vari ambiti (Aft, reti, gruppi, Case della Salute, Uccp, ecc.). All'interno di una integra-

zione effettivamente operativa la medicina generale può offrire valori fondamentali e troppo spesso dimenticati (equità, meritocrazia, qualità, trasparenza, sostenibilità e valenza economica, consenso e gradimento, apprendimento e confronto, abilità nella gestione della complessità).

Il modello bio-psico-sociale considerato come il paradigma di riferimento per la MG necessita di concretizzarsi in una integrazione che superi le esperienze attuali molto parziali. Il tema della cronicità e della fragilità impone una implementazione delle esperienze precedenti sul modello organizzativo dei SerT italiani (non esistono all'estero): in questi servizi il lavoro integrato è la regola e la sostanza dell'operatività quotidiana.

L'integrazione territoriale coinvolge il Mmg, lo specialista (o rappresentante degli specialisti), la guardia medica (o rappresentante), le infermiere, i servizi, il sociale, gli ospedalieri (o il rappresentante).

Il team è guidato dal Mmg in quanto esperto di assistenza primaria (Mmg = "dottore in *primary care*", "principale esperto di cure primarie" o "primario del territorio"). Questo ruolo/funzione vale per ogni Mmg. Il progetto è attuabile da subito e ad isorisorse.

Il cardine è rappresentato dalla riunione tra i professionisti coinvolti nell'assistenza del caso cronico/fragile; convocata e diretta dal Mmg primario del territorio (per esempio una riunione di 90 minuti organizzativa e una riunione di 90 minuti clinica ogni 10 giorni). L'incontro avviene in orario lavorativo senza obbligare i componenti del *team* ad uscire dal proprio profilo contrattuale. Gli strumenti di comunicazione e di documentazione

dell'attività potranno essere i più semplici possibili. Il Mmg ha un ruolo di coordinamento e *management* complessivo sul *team*; la sua centralità garantisce l'integrazione, l'allaccio e il raccordo tra i vari professionisti; insieme si condividono tutti i processi decisionali riguardanti il caso in carica. In questo tipo di *team* non esiste una gerarchia piramidale, ma una circolarità di saperi, informazioni, comunicazioni, un auto-apprendimento e una auto-formazione scientifica. Nella medicina di primo livello non esistono ruoli superiori, ogni medico di medicina generale ha già raggiunto il massimo della sua carriera e quindi il termine "Mmg primario del territorio" vuole rappresentare più una funzione di servizio che una gerarchia. Da questo punto di vista è incoraggiante sapere che i colleghi ospedalieri hanno dimostrato molto interesse per questa impostazione e manifestano disponibilità per questo tipo di scambio professionale (territorio forte con ospedale forte). Per chi volesse approfondire l'argomento è possibile ritrovare una più ampia trattazione del tema nell'articolo: "Mmg Primario del Territorio" (*Panorama della sanità* 2011; 44: 18-29).

### ► Giovani medici: una soluzione

Il capitolo dell'integrazione multi professionale deve considerare con particolare attenzione la situazione dei giovani medici. Nei convegni e nei congressi alcuni colleghi si premurano di notificare che la continuità assistenziale andrà a sparire. Con questo facilitando il compito di alcune aziende che, un po' per distrazione, un po' per favorire qualche altra situazione,

continuano a non bandire posti di continuità assistenziale, a confondere funzioni tra continuità assistenziale (CA) e 118 e tra 118 con la presenza del medico e 118 con la presenza anche di infermiere, a considerare la continuità assistenziale figlia di un Dio minore.

È pur vero che il termine continuità assistenziale ne ha mitigato di molto l'identità, ma questo servizio continua a essere inquadrato come presidio territoriale e non corrisponde sempre al vero che manchino i medici disposti a ricoprire i turni di guardia medica. Ciò che viene a mancare sono le assegnazioni dei turni.

Occorrerebbe comunque qualche chiarimento su questo tema non solo dal punto di vista operativo, ma contrattuale.

### ► Preparare il futuro

Le recentissime questioni politiche ci hanno comunicato che siamo diventati tutti più giovani e che dovremo lavorare qualche anno in più, se la salute ci assiste e a Dio piacendo.

La categoria dei medici di medicina generale può, in ogni caso, difendere la propria autonomia tamponando eventuali disastri economici, professionali, lavorativi se saprà proporre iniziative tali da incidere drasticamente proprio sui temi critici e più attuali della politica e del sociale.

Queste iniziative devono prevedere azioni di grande responsabilità, attive, autonome e richiedono nello stesso tempo un coinvolgimento personale in solido e sussidiario così da mettere al riparo tutta la categoria da ulteriori iniziative calate dall'alto.

È necessario preparare, con co-

raggio, il nostro futuro per non rischiare di essere travolti da una crisi ancora più grave dell'attuale causata da una cecità assoluta, di altri, nel prevedere il domani.

### ► L'inserimento nella professione

L'inserimento di un giovane collega *junior* nell'ambulatorio del Mmg *senior* già convenzionato si può collegare perfettamente con il progetto di integrazione territoriale e con la funzione di "Mmg primario del territorio": un sollievo per i Mmg più anziani e una certezza lavorativa per i più giovani. Il medico *junior* deve comunque aver concluso il corso specifico di medicina generale e deve essere inserito in una graduatoria unica regionale (per la CA, per la convenzione, per l'inserimento nel programma Mmg *junior*) che possa anche premiare, con un punteggio ulteriore, la residenza. Nella pratica un Mmg *senior* 60enne oppure un Mmg che si trovi a 5 anni dalla pensione oppure un medico di famiglia con problemi di salute può devolvere una percentuale stipendiale a un giovane collega che lo affiancherà nell'attività professionale e che dopo alcuni anni potrà sostituirlo, in modo ufficiale ed istituzionale, al momento del pensionamento.

Al Mmg *junior* andranno la zona carente creata dalla cessazione del servizio del Mmg *senior* ed eventualmente lo studio, il materiale, gli archivi, l'organizzazione dell'attività. Tutto ciò richiede adeguati passaggi a completamento del DI sul riordino delle cure primarie: graduatorie uniche, punteggi, riconoscimento di stato di impresa al Mmg, detassazioni, agevolazioni fiscali, detrazioni e

incentivi sulle assunzioni che resteranno a completo carico del Mmg *senior*.

### ► Un patto generazionale

Il compenso per il Mmg *junior* deriverà direttamente dalla riduzione del 4-8% dello stipendio del Mmg *senior* al quale potranno essere aggiunti ulteriori attività libero professionale o di incentivazione derivanti da una rimodulazione della domiciliarità o altro. Il giovane medico potrà contare inoltre su un introito aggiuntivo derivante dagli incarichi di CA o ad altre attività, ma soprattutto potrà fare affidamento su un posto di lavoro sicuro, una struttura avviata, pazienti già noti e su una formazione diretta, acquisita al fianco di un Mmg *senior*, che nessun corso al mondo potrà mai offrire. La selezione del Mmg *junior* deve avvenire nel rispetto delle graduatorie uniche regionali prevedendo clausole di salvaguardia reciproche e un colloquio di "selezione" in quanto il Mmg resta tutt'ora un libero professionista (cioè una impresa). Il sistema potrebbe ripercorrere le regole in atto nelle aziende dove, per certi incarichi fiduciari, il DG può scegliere tra una terna di candidati oppure al di fuori della stessa terna. I vantaggi per il Mmg *senior* possono essere diversi: aiuto nell'attività di ambulatorio e domiciliarità/cronicità; integrazione facilitata con i professionisti del territorio e dell'ospedale; possibilità di periodi di aggiornamento o formazione più strutturati (master); periodi sabbatici; riqualificazione (studio dell'inglese o della sociologia); continuità nell'assistenza e nella relazione con gli assistiti perché... "La medicina generale di base inizia a 60 anni!".