



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA
EMILIA ROMAGNA

Accordo Regionale in dirittura?

CONTINUITA' E CAMBIAMENTO

DI RENZO LE PERA

Diceva Eraclito, più di duemila anni fa, che non ci si bagna mai due volte nella stessa acqua di un fiume. Tutto cambia dentro e fuori di noi, ma spesso è difficile riuscire a percepire questo continuo cambiamento. La medicina di famiglia non si sottrae alle logiche del pantano.

E il cambiamento fondamentale in essere non è quello della tecnologia che avanza, non è quello della burocrazia che incombe, e nemmeno quello del mutato rapporto medico-paziente.

E' cambiata, e cambia continuamente, la domanda di salute dei nostri assistiti.

Una serie di fenomeni hanno indotto una domanda di servizio sanitario che presenta la caratteristica di presa in carico globale. A questa domanda la medicina di famiglia deve, per non essere relegata al ruolo di nicchia assistenziale, dare una risposta efficace ed efficiente.

In questa direzione, e con queste finalità, si va concretizzando la trattativa per l'accordo regionale per la medicina generale: una trattativa che riguarda l'intero comparto dell'assistenza extraospedaliera di primo livello.

L'insufficienza dell'assistenza ospedaliera come principale e prioritaria risposta alle necessità assistenziali e la conseguente necessità di potenziare l'organizzazione territoriale è ormai riconosciuta a tutti i livelli e provata dall'inversione di rotta negli investimenti: nella nostra regione 55% al territorio, contro il 45% precedente. Probabilmente, se si vuole veramente perseguire una vera deospedalizzazione senza rischi per la qualità dell'assistenza questa tendenza va mantenuta e rafforzata nei fatti, con risposte assistenziali ed organizzative adeguate e percepite dai cittadini come miglioramenti e non come soluzione di ripiego a scopo di mero risparmio. Su questa premessa condivisa Fimmg ed Assessore regionale si sono impegnati con un protocollo di intesa, vero e proprio prologo programmatico all'accordo regionale stesso.

Un accordo che, se ci sarà la volontà poli-

tica di portarlo a compimento, vedrà potenziata ed ampliata la risposta della medicina generale alla sempre più articolata domanda dei cittadini in un contesto sociale e culturale che cambia e che si caratterizza all'insegna della integrazione culturale e professionale.

E tutto ciò non aumentando il carico di lavoro del singolo medico, che ha ormai raggiunto livelli insopportabili, ma sfruttando e ottimizzando le risorse organizzative del settore, con lo sviluppo del modello di reti integrate.

Il nuovo accordo regionale quindi, oltre ovviamente a giustamente rivalutare economicamente le prestazioni professionali del medico di m.g., dall'ADI alle PIP, e a tutte le altre forme di progettualità assistenziale, vedrà, se sottoscritto, incentivare economicamente e normativamente, l'organizzazione della offerta di salute

della medicina generale. Un ulteriore passo avanti in termini di migliore qualità e maggiore efficacia ed affidabilità della risposta assistenziale concretamente percepite anche dai cittadini.

Giova ricordare, infatti, a coloro che, nel tempo hanno, almeno a parole, avvertito le forme associative nella medicina generale, che organizzarsi non significa mai perdere né la propria autonomia professionale né tanto meno intaccare il patrimonio fondante della professione, e cioè il rapporto individuale con il proprio assistito.

Significa invece integrare ed organizzare la propria attività professionale con i colleghi e con le altre figure professionali, mettendo al centro il cittadino/assistito, con le sue giuste esigenze sanitarie e so-

Segue a pag. 4

Indagine a tutto campo sulla professione medica

I MEDICI DI FAMIGLIA SOTTO LALENTE DEI SOCIOLOGI

Realizzata dall'Università di Bologna, ha coinvolto oltre 10 università, con il contributo e l'appoggio di Fimmg Nazionale e di Pfizer Fondazione

MARCO PATIERNO

Sociologia e Medicina: una relazione difficile tra chi si occupa di assistenza, così vicine da trovarsi spesso sovrapposte ma anche così diverse da non riuscire a stringere un rapporto di vera collaborazione.

La ricerca sperimentale, che nel nostro caso è stata condotta da specialisti non sanitari, per definizione esterni al sistema e non condizionati da interessi né personali né di categoria, ha riguardato i soggetti intervistati, le loro aspettative e i loro percorsi, sia professionali sia relazionali. A volte toccando anche l'intimità del giudizio individuale che, per la numerosità dei dati, diventa via via giudizio collettivo di categoria.

L'articolazione dei questionari ha suscitato nei medici anche qualche imbarazzo, forse in conseguenza di precedenti esperienze legate ai regolamenti del servizio pubblico e al controllo

aziendale svolto sulle azioni professionali. Ma, a fronte di qualche reticenza nella compilazione del questionario e di una sostanziosa quanto prevedibile percentuale di rifiuti a sottoporsi alle interviste, ritroviamo a conti fatti un'elevata partecipazione emotiva, resa evidente dall'articolazione delle risposte aperte e dalla richiesta di poter accedere ai risultati conclusivi della ricerca.

<Uno studio originale, il nostro: analitico e puntiglioso, rivolto ad un sistema difficile da classificare>.

Per la prima volta il medico di famiglia è ascoltato e poi valutato per ciò che pensa e per ciò che fa. Conoscere per ricostruire il fenomeno, osservandolo dall'interno: l'assistenza sanitaria di base secondo il parere di coloro che la eser-

Segue a pag. 4

FARMACI A BASE DI ISOTRETINOINA

Istruzioni per l'uso

La circolare regionale del 26.gennaio, ha fornito ulteriori ed opportuni chiarimenti ed indicazioni applicative, precisando competenze, responsabilità dei vari professionisti nonché specifiche priorità di accesso per l'erogazione degli esami e viste di controllo.

Appare utile richiamare l'attenzione dei colleghi sulla necessità di una particolare attenzione nella prescrizione dei farmaci contenenti la molecola in questione (isotretinoina), ai fini di una **corretta gestione** dell'alto rischio teratogeno connessa con l'assunzione della stessa.

Indicazioni operative per i M.G.

1) l'onere dell'informazione completa alla paziente sui rischi della terapia e l'acquisizione della firma della stessa sul previsto modello di consenso informato (vedi allegato) spetta, al medico che certifica la diagnosi e definisce il piano di trattamento con isotretinoina.

2) La paziente che fa richiesta al M.G. di prescrizione/ trascrizione su ricetta SSR di un trattamento suggerito da uno specialista, deve presentare **copia del consenso informato, già sottoscritto, con relativa certificazione** completa di data, diagnosi, dosaggio in mg/die, durata del trattamento (non può essere superiore a 16 settimane, come da scheda tecnica). Se il M.G. **non condivide la prescrizione non è tenuto alla trascrizione su ricetta SSR.**

3) Validità della ricetta è limitata a sette giorni, con esclusione del giorno di certificazione.

4) Contenuti e modalità di compilazione: la prescrizione del farmaco deve contenere: la data di certificazione, il dosaggio giornaliero prescritto espresso in mg/die, la durata della terapia (**massimo 30 giorni**). La mancata o parziale indicazione sulla ricetta anche di uno solo degli elementi di cui sopra, rende la prescrizione non esitabile ;

5) Qualora la prima prescrizione sia effettuata in struttura pubblica è cura dello specialista, nel rispetto DGR 2142/2000, effettuare **direttamente** la prescrizione delle successive visite di controllo e del test di gravidanza, oltre che degli accertamenti di laboratorio per il controllo dell'iperlipidemia e della funzionalità epatica;

6) E' compito delle Direzioni aziendali dare disposizioni operative ai servizi CUP coerenti per una corretta gestione del rischio teratogeno, che comporta la **necessità di assicurare la prenotazione delle visite nei tempi programmati;**

7) Gestione del rischio teratogeno

a) La paziente deve essere informata dei rischi connessi all'assunzione del farmaco e in particolare della **necessità di adottare una contraccezione efficace** e di sottoporsi a **test di gravidanza**, prima dell'inizio del trattamento e, successivamente, con **cadenza mensile** fino a 5 settimane dopo il trattamento;

b) anche il medico di m.g., al momento della prima prescrizione, è invitato ad acquisire dalla paziente dichiarazione sottoscritta, o referto di laboratorio negativo per gravidanza da allegare al modello di consenso già ricevuto.

8) Gli adempimenti previsti dal programma di gestione del rischio teratogeno si applicano alle prescrizioni rivolte a pazienti di sesso femminile. Si ritiene tuttavia di estendere anche al caso di prescrizioni rivolte a pazienti di sesso maschile la richiesta di restituzione, ai fini dello smaltimento, delle dosi di farmaco eventualmente non utilizzate al termine del trattamento.

Per completezza aggiungiamo, di seguito, il modello di consenso al trattamento che deve essere sottoscritto dalla paziente e dal che certifica la diagnosi e definisce il piano di trattamento con isotretinoina.

Nb: ulteriori informazioni possono essere reperite sul nostro sito internet, all'indirizzo: <http://bologna.fimmg.org>

CONSENSO AL TRATTAMENTO

Mi è stato spiegato chiaramente in cosa consiste il trattamento con isotretinoina cui sarò sottoposta, e condivido pienamente di aderirvi. Ho potuto discutere ed avere chiarimenti su tutte le informazioni che mi sono state fornite. L'isotretinoina può provocare gravi malformazioni congenite al feto se assunto in gravidanza. Non devo assumere l'isotretinoina se sono gravida o se rischio di rimanere incinta durante il trattamento o un mese dopo l'interruzione della cura. Dovrò quindi utilizzare un metodo contraccettivo efficace almeno un mese prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento e per almeno un mese dopo il termine del trattamento con l'isotretinoina, anche nel caso in cui non sia sessualmente attiva e ritenga di non poter rimanere incinta.

Sono pienamente consapevole del fatto che nessun metodo contraccettivo è efficace in senso assoluto nel prevenire la gravidanza.

Devo sottopormi a test di gravidanza prima di iniziare il trattamento, mensilmente (nel corso del trattamento) e 5 settimane dopo la fine del trattamento con l'isotretinoina.

Con la mia firma confermo di aver letto e ben compreso quanto riportato nel materiale informativo del medicinale contenente l'isotretinoina che mi è stato messo a disposizione e tutto ciò che mi è stato spiegato. Confermo di aver ricevuto risposte esauritive alle domande poste al medico e che seguirò tutte le istruzioni che mi sono state impartite dal medico curante.

In particolare mi è chiaro che:

Si potrà verificare un peggioramento dell'acne durante le prime settimane di trattamento. Mi dovrò sottoporre periodicamente a controlli clinici e test di gravidanza. Potranno verificarsi alcuni effetti collaterali.

Dovrò inoltre ricordarmi di:

Non assumere vitamina A e tetracicline. Non condividere la terapia con altre persone, in particolare di sesso femminile. Non donare sangue durante il trattamento e per almeno un mese dopo il termine dello stesso. Non prendere il sole senza adeguata fotoprotezione. Non sottopormi ad abbronzatura artificiale. Interrompere il trattamento, informando subito il medico se avvertirò alcuni dei seguenti sintomi: Cefalea con nausea, vomito, visione confusa. Forti dolori di stomaco, diarrea, sanguinamento rettale. Sensazione persistente di secchezza degli occhi. Ingiallimento della cute o degli occhi e/o urine scure. Reazioni allergiche gravi. Ansietà e depressione.

Il medico ha risposto esaurientemente a queste specifiche domande:

.....
.....

Confermo che informerò immediatamente il mio medico in caso di sospetta gravidanza o nel caso si manifestino gli eventi avversi sopra riportati o descritti nel foglio illustrativo del medicinale contenente isotretinoina.

Prima di firmare dichiaro che:

Il medico mi ha dato chiare e precise spiegazioni su tutti gli argomenti sopra elencati.

Confermo che:

Ho potuto discutere ed avere chiarimenti su tutte le informazioni che mi sono state fornite.

Luogo e Data:.....

Nome e Cognome della Paziente:.....

Data di Nascita:

Indirizzo della Paziente:..... Telefono:.....

Firma della Paziente:

(In caso di pazienti di età inferiore a 18 anni, firma del genitore o del tutore legale rappresentante; specificare)

Controllo medico per escludere la possibilità di una gravidanza:

Data effettuazione 1° test di gravidanza: / / esito:

(prima dell'inizio della contraccezione o, se questa era già in atto da almeno un mese, prima dell'inizio del trattamento con isotretinoina)

Data effettuazione 2° test di gravidanza: / / esito:

(dopo il primo mese di contraccezione, immediatamente prima dell'inizio del trattamento con isotretinoina, se la contraccezione non era già in atto)

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8

40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

e-mail emiliaromagna@fimmg.org

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

LINEE GUIDA PER IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DEI CICLOMOTORI

Ministero della Salute - Decreto dirigenziale del 18.10.2006

Il medico di medicina generale del SSN, in ragione della diretta personale conoscenza delle condizioni anamnestiche e cliniche dei propri assistiti, è stato individuato quale sanitario idoneo a poter certificare l'assenza di *condizioni ostative in via di principio all'uso del ciclomotore*; nel rilasciare la certificazione dovrà tener conto delle seguenti condizioni:

1. Limitare il rilascio dei certificati ai propri assistiti (presupposto della conoscenza diretta dei dati clinico anamnestici dei richiedenti

2. Costatare l'assenza di condizioni morbose che escludono in via assoluta la possibilità di rilascio di certificato di idoneità alla guida secondo le previsioni del Codice della Strada.

Pertanto, al fine di poter certificare l'assenza di condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, sulla base della sola visita medica e delle informazioni anamnestiche raccolte, il medico di medicina generale dovrà poter **escludere** la presenza delle seguenti condizioni:

_ presenza di deficit visivi ed uditivi, **tali da risultare incompatibili con una guida sicura, comportando grave ipovisione o grave ipoacusia non correggibile**

_ presenza di affezioni cardiovascolari che, in relazione ai rischi e pericoli addizionali connessi alla guida di ciclomotori, risultino **per la loro gravità incompatibili con la guida in sicurezza di tali mezzi**

_ presenza di complicazioni diabetiche oculari, nervose o cardiovascolari, **di entità tale da pregiudicare la sicurezza della circolazione**

_ presenza di gravi malattie endocrine **di entità tale da compromettere la sicurezza della guida**

_ presenza di postumi invalidanti di traumatismi del sistema nervoso centrale o periferico, di malattie del sistema nervoso centrale e periferico quali: encefalite, sclerosi multipla, miastenia grave o malattie del sistema nervoso, associate ad atrofia muscolare e/o a disturbi miotonici, **se in stato avanzato e con funzione degli arti compromessa in maniera tale da pregiudicare la sicurezza della guida impedendo l'uso dei comandi del mezzo**

_ presenza di epilessia che abbia dato luogo a crisi comiziali **nell'ultimo biennio**

_ presenza di malattie psichiche con turbe psichiche in atto, ritardo mentale grave, psicosi o turbe della personalità quando tali condizioni non siano compatibili con la sicurezza della guida.

_ sussistenza di stati attuali di dipendenza da alcol, stupefacenti o sostanze psicotrope o da altre sostanze capaci di compromettere l'idoneità alla guida

_ presenza di gravi malattie del sangue, **di gravità tale da risultare incompatibili con la guida in sicurezza**

_ presenza di insufficienza renale grave **non positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto.**

Qualora, a seguito di visita medica e dei dati anamnestici raccolti, venga riscontrata la presenza delle sopra richiamate condizioni non potrà essere espresso un giudizio positivo di idoneità alla guida, rientrando le stesse tra le condizioni invalidanti di esclusione previste dal Codice della Strada, (ex Appendice II art 320 del Regolamento attuativo D.P.R. n. 495/92). Nel certificato dovrà essere riportato l'eventuale valutazione di non idoneità, sotto il profilo del pregiudizio per la sicurezza nella guida dei ciclomotori, al fine di consentire, nell'ambito delle condizioni generali di garanzia previste dal Codice della Strada, la possibilità di ricorso alla Commissione Medica Provinciale per la revisione del giudizio.

Al solo fine pratico per il medico, quale utile supporto facoltativo per facilitare il rilascio del certificato, è stato predisposto il seguente modello di scheda anamnestica, la cui compilazione e tenuta è da ritenere facoltativa, (**allegato 1**).

In via puramente indicativa e con le medesime finalità sopra specificate, viene proposto l'allegato schema di certificazione quale utile modello di riferimento (**allegato 2**).

nb: il testo integrale della circolare, e gli allegati relativi, possono essere consultati e scaricati sul sito internet della Fimmg (<http://bologna.fimmg.org>)

SCHEDA ANMNESTICA

Nome Cognome.....

Deficit visivo

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Deficit uditivo

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Affezioni cardiovascolari

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Complicanze del diabete

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie endocrine

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sistema nervoso

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Efficienza degli arti compatibile/non compatibile con l'uso dei comandi del veicolo

Epilessia

assente presente

compatibile con la guida incompatibile con la guida

Malattie psichiche

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Malattie del sangue

assenti presenti

compatibili con la guida incompatibili con la guida

Assunzione di sostanze psicoattive

assente presente

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data Firma del richiedente o di chi ne esercita la patria potestà:

.....

CERTIFICO CHE

Nome.....Cognome.....

Nato a: Il:

sulla base delle risultanze anamnestiche-cliniche, secondo le linee guida predisposte dal Ministero della Salute,

è in possesso delle condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore

OVVERO

presenta un quadro clinico anamnestico tale da **non** consentire al medico di famiglia di esprimere giudizio di **idoneità** sulla base delle linee guida predisposte dal Ministero della Salute.

Resta salva la possibilità di chiedere la revisione del giudizio secondo la vigente normativa, alla Commissione Provinciale Patenti Speciali.

(Cassare la condizione esclusa)

Dichiarazione del richiedente

Dichiaro sotto la mia personale responsabilità di aver fornito tutte le informazioni in mia conoscenza utili a definire il mio stato di salute, in particolare dichiaro di non fare abuso di alcolici, di sostanze stupefacenti o psicotrope e di non aver avuto crisi epilettiche negli ultimi due anni.

Data: Firma del richiedente

(o di chi ne esercita la patria potestà) :

Luogo e data

Firma e timbro

CONTINUITA' E CAMBIAMENTO

Segue da pag.1

ciali.

Gli strumenti che l'accordo regionale si propone di incentivare economicamente ed organizzativamente, saranno il Nucleo di Cure Primarie, l'associazionismo in rete e in gruppo, lo scambio informatico delle informazioni tramite la diffusione capillare del progetto Sole, l'integrazione professionale con altre figure professionali sanitarie e sociali, una maggiore possibilità di accesso all'assistenza ambulatoriale e domiciliare per il cittadino. Così l'evoluzione tecnologica supportata dal progetto Sole potrà, con adeguati investimenti per le necessarie dotazioni strumentali hard/soft a costo zero, atte a garantire lo sviluppo dell'informatizzazione della M. G.

E la remunerazione delle prestazioni informatiche, potrà essere anche occasione per concordare standard e modalità per la tenuta della scheda individuale, per la condivisione di documentazione online fra gli studi e con l'azienda, nonché per la realizzazione di progetti specifici di natura epidemiologica e di revisione della qualità.

Così l'organizzazione funzionale garantita dalla sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, dalla medicina in rete, o quella strutturale delle medicine di gruppo, potranno permettere l'aumento della copertura oraria della assistenza diurna alla popolazione assistita, senza modificare quantitativamente l'orario di lavoro del singolo professionista, ma coordinandolo con quello dei colleghi, per raggiungere l'obiettivo di migliorare servizio, retribuzione, copertura assistenziale.

Così la stessa organizzazione potrà garantire la continuità delle cure e il potenziamento delle forme alternative al ricovero ospedaliero: assistenza domiciliare programmata, integrata, residenziale e semi-residenziale, cure palliative ai malati terminali. Tutte funzioni svolte finora quasi sempre individualmente dal medico di m.g., con i limiti che proprio la carenza organizzativa e di struttura pone alla buona volontà del medico stesso.

Così sarà possibile sperimentare nuove forme di progetti assistenziali che vedano la contemporanea presenza operativa di operatori sanitari e sociali.

E se l'adesione ai NCP è obbligatoria nella forma organizzativa funzionale (art. 45 comma 3 secondo e terzo capoverso), la partecipazione alle attività ed a forme strutturate di organizzazione dei NCP, così come previste nel nuovo accordo regionale, sarà ulteriormente incentivata rispetto a quanto previsto nella convenzione.

Non è stato dimenticato il così dibattuto e controverso tema dell'appropriatezza, concordando che il rispetto dei suoi principi sarà reso possibile dalla uniformità, equità e identificabilità delle responsabilità tra tutte le figure professionali coinvolte in ambito aziendale. Attraverso la strutturazione della continuità assistenziale sul territorio, sarà anche possibile sviluppare con il livello ospedaliero e con altri dipartimenti aziendali un sistema di relazioni funzionali e di percorsi assistenziali integrati.

E se le tanto temute Utap non sono nemmeno citate nel documento concordato, sarà invece possibile sperimentare, in forma totalmente volontaristica, una sede fisica di riferimento per i NCP, dove i medici potranno svolgere parte della loro attività professionale, realizzando una reale integrazione dell'attività dei medici di continuità assistenziale con i MMG di assistenza primaria, i Pls, il sistema dell'emergenza, al fine di creare maggiore operatività sinergica nell'ambito dell'organizzazione del NCP ed un più efficace intervento nei confronti delle esigenze di salute della popolazione. Alla sede potranno rivolgersi i cittadini di quell'ambito territoriale, per un problema ambulatoriale urgente e/o per assistenza mirata a determinate patologie. Un robusto pacchetto quindi, di elevato contenuto professionale ed economico: tutto da verificare e da sperimentare sul campo. Non mancheranno, di questo siamo certi, critiche pregiudiziali o di facciata, e nemmeno accorati rimpianti del buon tempo antico. Ai nostalgici si ricorda che i dinosauri, anche con tutta la loro possanza, per non essersi saputi adeguare ai cambiamenti della loro epoca, scomparvero, e nessuno li rimpiange.

SOTTO LALENTE DEI SOCIOLOGI

Segue da pag.1

citano tutti i giorni dell'anno.

Il medico di famiglia, quello che detiene per contratto la responsabilità globale e permanente della persona, che svolge funzioni di prevenzione, educazione sanitaria e promozione della salute, che mantiene un rapporto fiduciario e continuativo col proprio assistito e che, con le sue capacità relazionali, deve essere capace di percepirne i bisogni e di rispondere al malessere, al disagio, al sintomo. E con lui la Medicina Generale che sostiene la continuità e la globalità delle cure, che si oppone per sua stessa natura alla medicina tecnologica e strumentale, quella che studia (e tratta separatamente) ciascun organo e ciascuna malattia. La medicina dell'insieme della persona rispetto alla medicina degli organi.

Se è vero che la conoscenza del ruolo professionale è un patrimonio tanto individuale quanto di categoria, l'attività lavorativa quotidiana, quella fatta di contatti, emozioni e frustrazioni, è un'esperienza intima, personale ed esclusiva, difficile da descrivere e ancor più da valutare: l'occasione di essere sottoposti ad un'analisi approfondita e oggettiva, condotta attraverso strumenti imparziali e corretti, non è cosa di tutti i giorni.

E così, per tutta l'Italia, si sono aggirati alcuni intervistatori esperti che, somministrando un corposo questionario, hanno chiesto ai medici come ci si sente a fare il medico, cosa si pensa della propria attività, dove, quando o perché ha deciso un bel giorno di fare un lavoro del genere e così via.....una specie di psicodramma collettivo i cui risultati, belli o brutti, sorprendenti o stranoti, faranno comunque riflettere.

La raccolta dei dati si è svolta attraverso le interviste di oltre mille medici di famiglia distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Da una parte della lente, il socio-etologo e dall'altra, il medico-oggetto: ingrandito nelle sue caratteristiche, osservato nei suoi comportamenti e stuzzicato nella sua nicchia di normalità quotidiana, elemento di un sistema ecologico complesso, disponibile ma anche infastidito da tanta attenzione.

Non sempre è filato via tutto liscio e quando sorgeva qualche problema, anziché scoraggiarsi, il nostro socio-etologo si chiedeva il perché e il problema diventava così un'ulteriore fonte di raccolta di dati e di approfondimenti. E poi ripartiva l'analisi, lenta, puntigliosa e metodica.

La questione più dibattuta, ancorché evidente nei numeri, percepita ma ignota nelle motivazioni reali, è stata quella relativa all'incremento della presenza femminile tra i medici e non solo quelli di famiglia. "La crescente presenza femminile nella professione medica è un segno della perdita di prestigio sociale della professione?" è stata giudicata una domanda offensiva ancor prima di capire che si cercava di interpretare un'evidenza percepita. E' infatti il prestigio sociale diminuito che marginalizza tutta la professione medica, rendendola meno interessante e remunerativa, condizionando di conseguenza la presenza maschile; esattamente come è avvenuto nel secondo dopoguerra per l'insegnamento scolastico.

Ma cosa ha indotto tanti professori e ricercatori, un'industria farmaceutica leader del settore e il maggior sindacato dei medici di famiglia a collaborare tutti insieme per la buona riuscita di questa ricerca? Come capita spesso la risposta non è semplice perché le motivazioni sono tante. Forse la risposta la troviamo pensando alle sensazioni provate come semplici cittadini pensando al nostro medico di famiglia, amico e confidente, dappertutto ma introvabile, criticato e mai contestato, libero professionista ma elemento fondamentale del sistema pubblico, messo in dubbio dai politici ma resistente alle loro intemperanze, sempre alla moda perché fuori moda, ultimo umanista in un mondo che fa della tecnologia il simbolo del sapere.

Davvero, ma chi è il medico di famiglia? L'ipocrita Alberto Sordi-Terzilli, oppure il romantico Alberto Lupo-Manson, La cattiveria speculativa dell'uno contro lo spirito vocazionale dell'altro, Il medico di medicina generale, un sopravvissuto oppure l'evoluzione della specie nuclea?

Un medico convenzionato, utile perché non costa quasi nulla, esterno come adesso suggerisce la più recente linea politico-sanitaria controriformista, che piace ai pazienti perché li ascolta ragionando con loro, che si aggiorna obbligatoriamente secondo le regole più moderne e riconosciute, che si reca a casa nel momento del bisogno e che, se necessario, si esprime con cognizione nel frastuono quotidiano del "fai da te".

E' mimetico, preparato, disponibile e utile, ma è anche sprecone, irrequieto, frettoloso e ignorante. Un compendio di pregi e di difetti, indefinibile e sfaccettato come la sintesi dei cinquantamila medici di famiglia italiani.

Ecco il senso della ricerca, cercare di dare una risposta a tutte queste domande.