

Per via di una certa lentezza nei meccanismi di rientro che caratterizza i miei gruppi neuronali, nonché le relative mappe cognitive, vorrei esporre alcune considerazioni emerse in autostrada al ritorno da Costermano, dopo la consueta latenza ideativa.

1-Riguardo all'esposizione del duo Ber-Ben (nel senso di Bernabe'+Benincasa) credo finalmente di aver colto il nesso tra degeneranza ed erogazione di prestazioni medico-sanitarie sul territorio (aureka!). Siccome il gap tra la variabilità delle popolazioni patologiche (tipo i soliti diabetici) e l'offerta di cure personalizzate altrettanto variabili (ai sensi della legge di Ashby sulla varietà necessaria) non può essere compensato dalla rigidità delle Linee Guida scientifiche in materia - che anzi prescrivono a tutti più o meno le stesse cure - è giocoforza far leva su altre fonti di variabilità per adattare l'agenda scientifico/sanitaria a quella della popolazione di assistiti. Il più grande serbatoio di variabilità adattativa "di riserva" a cui può attingere la MG per la bisogna è ovviamente la dimensione linguistica e sociorelazionale, che potrebbe quindi compensare il carico di problemi irrisolti dalle risorse tecnoscientifico/farmacologiche per forza di cose. Cosa c'è di più poliedrico, abbondante e "gratuito" del linguaggio, magari coniugato con le più diverse sfumature relazionali negli opportuni contesti organizzativi e professionali?

Si tratta quindi di saper indorare ad hoc la pillola delle LLGG - tendenzialmente standardizzata e prescrittivamente uguali per tutti, nonostante la proclamata parola d'ordine della personalizzazione - per fare in modo che venga trangugiata il meglio possibile e con la migliore efficacia/resa clinica per il SSN. Insomma per poter trovare il miglior accoppiamento strutturale ed adattativo tra le tre agende (del Pz, del SSN e della scienza) si può far leva sull'illimitata "degeneranza" (in senso biologico) del registro linguistico/culturale, risorsa meno valorizzata dalla tecnoscienza specialistica e che invece è la più pertinente nel contesto territoriale. Tuttavia manca all'appello la quarta agenda, che trova la sua espressione nell'UMG versione FIMMG.

2-Si tratta infatti dell'agenda professionale - parzialmente ingranata con le altre tre - che dovrebbe trovare la sua compiuta realizzazione nelle attività orarie sovraindividuali e collaterali alla dimensione clinica interpersonale della consultazione. Mi riferisco ai compiti di ricerca, insegnamento, tutoraggio, audit/qualità, gestione informatica, organizzativo-manageriale e cliniche (ecografie, ECG, tecnologia di studio etc..) previste dall'UMG della ri-fondazione della MG. Non a caso Beppe Greco ne ha sottolineato il significato di riequilibrio delle relazioni di potere all'interno del SSN (senza tuttavia soddisfare la curiosità della collega D'anna a proposito degli antagonisti)!

Infatti se analizziamo l'UMG con la griglia delle caratteristiche definitorie della dominanza professionale, individuate da Freidson nella sua "tassonomia", possiamo verificare che le attività orarie previste dal modello UMG corrispondono in pieno alle sfere d'azione collaterali, in cui si sostanzia la dominanza di una professione e la sua articolazione sociale (extra-scientifica): Controllo sul proprio lavoro, Controllo sul mercato, Controllo sui clienti, Controllo sull'istruzione, Controllo sulle decisioni politiche, Controllo sulle altre occupazioni sanitarie, Controllo sui praticanti.

Sembra proprio che gli estensori della proposta di UMG si siano rifatti in modo quasi pedissequo alla griglia di Freidson! Decisivo appare, in questa analisi delle dinamiche sociali, l'arena politica in cui si gioca la partita per il riequilibrio delle relazioni di potere (ed economiche!) che decideranno le sorti e gli esiti empirici dell'UMG. In questo quadro avrà un ruolo centrale la politica delle alleanze e degli "scambi" negoziali che il sindacato saprà intessere a supporto dell'ipotesi di UMG, anche se la controparte appare più interessata a completare la propria agenda (leggi priorità all'H24 e all'UMG come struttura prettamente fisico/organizzativa, tipo case della salute o UTAP) che non ad assecondare le scadenze/obiettivi dell'agenda professionale (il recupero della dominanza perduta, sia nell'arena sociale che in quella del SSN, o forse mai conseguita!).

Sorry per la prolissità
Beppe Belleri
MMG a Flero (BS)

Caro Beppe,
mi pare che le tue riflessioni autostradali abbiano fatto centro. Se avessimo avuto più tempo (un'oretta sarebbe bastata :-)) sarei riuscito a fare comprendere con maggiore efficacia il significato della degeneranza e la sua necessaria espressione all'interno della medicina generale. Come hai visto, comunque, la tua perspicacia è stata sufficiente. Non entro nei dettagli tecnico-sindacali perchè è arcinota la mia incapacità e la mia scarsa applicazione su questi argomenti. Spero che ci pensino altri.
Un caro saluto a tutti

Francesco Benincasa
MMG a Torino

Caro Beppe,
non solo Ben ma anche Ber pensa che tu abbia fatto centro. Un centro tale che, giuro, mi ha emozionato. Mano a mano che procedevo nella lettura della tua mail mi cresceva dentro la gioia nel riconoscere non sole le cose che con Ben si sperava di riuscire a dire chiaramente, ma anche alcune delle suggestioni che speravamo di riuscire a fare intuire in una relazione che in 30' ha tentato di condensare le riflessioni di 30 anni. Pressato dagli impegni del 'nostro lunedì tipico' in questa mail riesco solo a dirti con grande affetto GRAZIE per l'attenzione intelligente e attenta che hai voluto dedicarci. Nei prossimi giorni spero di riuscire a dire anche qualche cosa di più articolato, anche se non ti nascondo che mi piacerebbe sentire se anche altri in conseguenza di esperienze autostradali maieutiche hanno cose da dire su quanto detto da BerBen.
Un abbraccio fortissimo Ber

Sergio Bernabè
MMG a Pianezza (TO)

Con Beppe Belleri avevamo già avuto qualche scambio su MIR a proposito della Rifondazione della MG e in particolare sulle UMG.
Io penso che il modello proposto da Sergio e Francesco a Costermano non implichi - in teoria - nessuna particolare forma associativa per la MG, nel senso che anche un medico singolo potrebbe - sempre in teoria - realizzare quel tipo di modalità professionale e assistenziale, così come qualunque medicina di gruppo più o meno formalizzata istituzionalmente. Tant'è che la gestione simultanea di diverse agende è imprescindibile, ma è praticata anche oggi. Nei fatti, penso però che sia praticamente impossibile riuscire a farlo bene (cioè con tempi dedicati e programmati) al di fuori di una associazione professionale in cui siano previsti:
1) tempi protetti per attività extracliniche (il che non vuol dire fuori dal contatto coi pazienti)
2) attività oraria parziale (anche a copertura del tempo disponibile che rimane con un numero di assistiti più basso)
3) momenti di verifica complessiva dell'attività (che si configura come ricerca valutativa, potenzialmente accreditabile ECM, il che significa restituire all'ECM quel senso che non ha MAI avuto).
La chiave di tutto, a mio avviso, è quella che avevo accennato già al seminario di primavera e che ho solo citato nella mia presentazione del 26: che l'attività oraria dei MMG a zero scelte o submassimalisti non finisca nel nulla del distretto, ma rimanga all'interno della UMG. Se l'UMG è intesa come articolazione funzionale, probabilmente anche un medico singolo può funzionare bene allo stesso modo, se una struttura a monte viene realizzata e funziona. In questo modello, è chiaro che risolvere la questione della personalità giuridica (Coop, società di servizi, associazione professionale, o altro) è comunque indispensabile perché il singolo possa usufruire dei servizi che danno gambe al modello.
Massimo

Massimo Tombesi
MMG a Macerata