

La medicina generale italiana nell'ottocento e nel novecento

Fabrizio Valcanover

Pochi anni separavano le tre anziane signore che, ormai da più di un lustro, si trovavano ogni martedì mattina alle 9 nella sala d'aspetto del dott. GP. Il dott. GP era un bravo medico di famiglia, il suo studio era sempre affollato e la coda lunga. Ma l'attesa non era poi così faticosa: a questo mondo ne succede sempre una di nuove e gli argomenti di discussione non mancavano. Un martedì di mezza primavera le signore si trovarono solo in due.

- Ma - interloquì una - come mai non è venuta la Bepina? -

- EH ... - rispose l'altra con un lungo sospiro - non poteva proprio. E' malata. -

(Raccontata da un anziana paziente).

Nel 1800 si concretizza in Europa ed in Italia il lento trapasso dalla medicina ippocratica galenica e naturalistica dei secoli precedenti alla medicina scientifica nata sull'onda della rivoluzione industriale e delle rivoluzioni scientifiche che hanno drammaticamente mutato gli scenari e la vita quotidiana dei paesi occidentali europei.

Mutano lentamente i concetti di salute e malattia, sempre più intimamente connessi ad un corpo riscoperto nelle sue caratteristiche fisiche, chimiche e biologiche ed in iterazione con l'ambiente. Le scoperte scientifiche aprono orizzonti sull'igiene e sulla sanità pubblica, sulla medicina del lavoro (numerosi i padri italiani di queste discipline) e permettono il crearsi della metafora corpo = macchina, che progressivamente entra nella cultura popolare per affermarsi definitivamente a fine millennio.

La nuova medicina acquista il suo statuto istituzionale con le riforme degli studi universitari che avvengono in Europa nell'ottocento: non più disciplina umanistica, ma tecnico-scientifica, con un curriculum formativo sempre più orientato alla ricerca dell'oggettivo, fondato sulla separazione cartesiana mente-corpo, sull'approccio causale e la relazione causa-effetto, alla ricerca della *ricorrenza* e alla *riproducibilità*.

Progressivamente si afferma il concetto della salute come diritto individuale da tutelare, parallelamente alla nascita delle democrazie moderne e delle carte costituzionali (in Italia sancito con la Costituzione repubblicana del 1946).

Il medico del territorio italiano, con diverse sfumature, si inserisce in questa rivoluzione sociale e scientifica sempre e comunque in quella delicata **posizione di confine** tra scienza e malessere della popolazione, tra socialità privata ed interesse pubblico.

1. Il medico condotto

Il **medico condotto** è stato spesso considerato una figura di riferimento ideale del medico di medicina generale italiano, in stridente contrasto con il suo alter ego inquietante, il **medico della mutua**, figura popolare del dopoguerra ancor ora immagine negativa o comunque di second'ordine nel linguaggio di chi vive in città; anche termine usato dai mass media per alludere ad una figura sanitaria squalificata, poco colta professionalmente, ed orientata al guadagno.

E' indubbio che la figura del medico condotto, anche se spesso accompagnata da un alone romantico, costituisca un punto di partenza obbligato per una analisi dell'origine storica e culturale del medico di medicina generale, ed anche, forse, per ricercare quei fondamenti epistemologici che autorizzerebbero a pieno titolo la medicina generale di fregiarsi del titolo di **disciplina specialistica**.

La tradizione di un medico pubblico per i poveri viene fatta risalire ancora al tardo Impero romano (III DC) nella figura degli Archiatri Popolari: erano funzionari statali nominati dietro pubblico concorso a partire dai tempi di Valentiniano I (364-375), incaricati della cura gratuita dei poveri. A questi era assegnata una circoscrizione territoriale di competenza, che corrispondevano ai quartieri di Roma Antica.

Con le invasioni barbariche la medicina "istituzionalizzata" fu gestita dalla Chiesa e dai conventi (Medicina Claustrale e Monaci Infirmarii) e sicuramente per diversi secoli essa gestisce quelle case di ospitalità (Hospitales) che solo nell'ottocento, con la nascita della medicina moderna si trasformarono da luoghi di carità a luoghi di cura "scientifica".

Il medico condotto, tipica invenzione italiana, fu la prima figura "laica" deputata alla diagnosi e cura che apparve nel panorama sanitario italiano ed europeo tra XI e il XIII secolo, quando era in corso l'inizio di una prima istituzionalizzazione della medicina. E' del X secolo la nascita della Scuola di Salerno, seguita dalle facoltà di Padova e Bologna. Federico II (1212-1250), istituì le prime Università laiche e pretese un'autorizzazione statale sia per il riconoscimento delle Università che per l'esercizio della medicina. Naturalmente la medicina di quei tempi era basata sulla tradizione galeno-ippocratica umorale, e collocata tra le discipline umanistiche (etica, teologia e filosofia).

Il nome "condotto" viene attribuito al fatto che a quei tempi (nel pieno delle rivolte contadine e pauperistiche nell'ambito di migrazioni verso le città in tutta Europa), molti signori per problemi di tranquillità sociale e/o di carità cristiana assunsero dei medici stipendiandoli per assistere gratuitamente i poveri delle città. Come i mecenati conducevano gli artisti e scienziati, i capitani di ventura i soldati, così i Comuni "conducevano" i medici per i poveri. Questa figura (che si affiancò a quella dell'Ufficiale Sanitario, inizialmente incaricato a governare le epidemie e le questioni di sanità pubblica) si diffuse in tutto il Nord-Italia, in ampie zone della Francia settentrionale, della Germania e nelle Fiandre. La diffusione in Europa nei secoli successivi non fu estesa ovunque anche perché, inizialmente, il

medico condotto comunale era scelto tra i laureati e con autorizzazione statale e quindi costava parecchio. Solo le città più ricche potevano permetterselo.

Nell'ottocento, prima delle grandi rivoluzioni scientifiche (in contemporanea con la rivoluzione industriale) il panorama sanitario annoverava figure di medici "laureati" con dotto formazione universitaria che, di norma, non toccavano il malato: avevano onorari elevati e di solito esercitavano nelle città; il contatto fisico era appannaggio di figure minori, come gli *scassaossi* e i *barbieri* (chirurghi). Esistevano inoltre forme di autocura popolari, gestite da esperti in erbe, alchimisti, da parte delle "streghe", tanto combattute dall'inquisizione, dalle comari (mammane) che si occupavano di parti, di malattie di donne e di bambini e molti altri soggetti. Nelle famiglie patriarcali le donne più anziane erano spesso le custodi globali della salute di tutto il nucleo parentale.

I medici condotti erano presenti soprattutto nelle campagne; esercitavano poco la libera professione ed erano perlopiù assunti dai comuni. In Piemonte dal 1711 viene istituito l'obbligo per i comuni più grossi di assumere un medico condotto ed un barbiere (chirurgo), per l'assistenza gratuita dei poveri. Progressivamente in Italia si estese la pratica della "condotta piena", ovvero dell'assunzione di un medico a tempo pieno, con stipendio fisso, senza limiti di orario, con obbligo di assistenza gratuita a tutti, senza pensione. Questo stato giuridico viene esteso a tutta l'Italia unificata a fine ottocento. Con le leggi del 1888 (Crispi- Palliani) e negli anni seguenti viene istituito l'obbligo dei Comuni ad assumere un medico condotto ed una levatrice residenti e vengono regolamentati i diritti ed i doveri (periodo di prova, licenziabilità, ferie, congedo, provvedimenti disciplinari, ecc.). Nel 1904 viene stabilito l'accesso per concorso pubblico. In questa fine secolo viene anche creata la figura dell'Ufficiale Sanitario, nell'intenzione del legislatore figura autonoma diretta emanazione periferica della Direzione Generale di Sanità Pubblica (1887). Di fatto mentre nelle città grandi venivano nominati medici con solo questa funzione, nei piccoli comuni questo diventava un ulteriore compito a carico del medico condotto, fra l'altro impossibilitato ad incrementare il suo reddito per via dell'istituzione della "condotta piena" (incompatibile con la libera professione), poi abolita nel 1923.

Si può dire, quindi, che il lavoro del medico condotto di fine ottocento era un lavoro duro e poco retribuito, anche se le entrate erano arrotondate con i doni in natura che venivano fatti nella stagione dei raccolti o da benestanti. Nell'Italia post-unitaria spesso il condotto assumeva nella comunità una figura di pastore di anime laico, spesso in concorrenza con il parroco.

Il rapporto con la popolazione era spesso difficile (Come testimoniato dalla poesia di Fusinato che è del 1845), in concorrenza con le medicine popolari ed altre figure di addetti alla cura delle malattie e con il medico armato per lungo tempo solo di uno scarso armamentario terapeutico. Non stupisce che a fine ottocento si diffondesse tra la medicina scientifica la corrente del nichilismo terapeutico della scuola di Vienna (Shryock RH 1977) che, constatata l'impossibilità di fornire cure efficaci, teorizzava per la medicina solo il campo diagnostico. Comunque sul fronte tecnologico diagnostico le nuove acquisizioni fornivano al medico condotto nuovi strumenti che lo differenziavano da altri addetti alla salute: l'orologio con i minuti secondi, il termometro, lo stetoscopio, l'abbassalingua, lo sfigmomanometro, il densitometro per l'urina, il colorimetro per l'emoglobina nel sangue, la camera per la conta dei globuli rossi. (Cosmacini G. 1987).

Paradigmatica la storia dello stetoscopio introdotto da Lennec nel 1816 e cominciato ad usare in Italia intorno al 1830. Inizialmente osteggiato da molti medici (strumento ridicolo che impediva la medico l'uso dell'intuito) e dalla popolazione (strumento che si interponeva tra medico e paziente, esso stesso misterioso foriero di malocchio) si è affermato poi rapidamente, ponendo l'accento sull'obiettività (la polmonite si diagnosticava con lo stetoscopio) e sulla frequente convinzione della popolazione che costituisse esso stesso strumento terapeutico.

Il medico condotto, relegato nel corso degli anni sempre più nelle campagne e nelle montagne è rimasto come figura istituzionale fino alla riforma sanitaria del 1978 che ne ha sancito la scomparsa giuridica ed istituzionale, ma molto ha improntato l'immagine, la storia e la pratica della medicina generale italiana.

2. Il medico di famiglia

Diversa la situazione del medico di città che, se fortunato, aveva clienti tra le famiglie benestanti, lavorava in libera professione e si recava quasi esclusivamente a domicilio dei suoi pazienti. I consulti ambulatoriali erano riservati alla povera gente. In questo contesto è nata la figura del *medico di famiglia*, immortalato in molte iconografie, al capezzale di un malato circondato da uno e più familiari. Tipica figura cittadina, custode e padre spirituale delle famiglie benestanti degli inizi del secolo scorso, idealizzato durante il fascismo ("il medico è come un sacerdote").

"Conoscenza sull'interno, conoscenza dall'interno dell'universo fisico della vita domestica, dei suoi segreti, delle sue difficoltà, dei suoi sentimenti [...] Tutto viene offerto in blocco allo sguardo del medico, che è penetrante perché sa già tutto: la collocazione sociale della famiglia, i suoi rovesci o le sue ambizioni, la sua posizione, come si dice, ma anche i suoi mali intimi, le delusioni, le preoccupazioni, gli amori, i gusti artistici e i disgusti alla vita. Sussurri e grida... Questa partecipazione, dall'interno, all'intimità della famiglia, questa conoscenza dei corpi (gravidezze, piccola chirurgia, cura a domicilio delle malattie gravi e assistenza agli agonizzanti), questo susseguirsi di generazione in generazione sono alla base del rapporto con la clientela...". (Muel-Dreyfus).

Questo affresco descrive il medico della famiglia borghese nucleare urbana. Ma questa prospettiva coinvolge probabilmente anche i condotti di campagna, che però hanno a che fare con famiglie patriarcali, comunità per lo più povere ed assistite gratuitamente.

Nel corso del novecento, comunque, con la diffusione della famiglia nucleare e con l'aumento del benessere il termine di **medico di famiglia** entra nel dire popolare per connotare un medico umano, confidente, orientato al nucleo, in prima fila contro le sofferenze del vivere quotidiano.

3. Il medico della mutua.

Contrapposto al condotto e al medico di famiglia troviamo *medico della mutua*, singolare figura nata ai primi del novecento, tanto criticato da medici e politici ed amministratori, ma tanto gradito dai cittadini fino ad epoche recenti.

La nascita è nobile. Risale ai primi del novecento all'interno dei movimenti sindacali socialisti (i fasci siciliani) al fine di provvedere alla assistenza sanitaria degli operai e dei contadini salariati che non essendo iscritti agli elenchi dei poveri e non potendo usufruire delle prestazioni gratuite dei condotti dovevano pagarsi qualsiasi prestazione medica. Il nome mutua derivava dalle "associazioni di mutuo soccorso" che raccoglievano denaro tra i loro iscritti e trattavano direttamente con i medici le prestazioni da erogare in cambio di un compenso forfetario o a notula (per prestazione).

Rapidamente nel corso del secolo proliferarono diverse associazioni mutualistiche (oltre che di operai anche di commercianti, artigiani, professionisti, e altri); durante i primi anni del fascismo se ne censivano migliaia, ciascuna che trattava autonomamente con i medici (e poi con gli ospedali) le prestazioni da garantire ai propri associati. Il caos organizzativo, i debiti che queste associazioni spesso accumulavano portò a diverse regolamentazioni e sfolpimenti e ad un intervento sempre più energico dello stato. Nella legislazione italiana apparve l'obbligo per i datori di lavoro di assicurare i propri dipendenti presso un ente e di regolamentare diritti e doveri delle casse mutue con l'istituzione della "federazione delle Casse mutue per i lavoratori dell'industria" (1934) che dal 1943 fu unificato nell'INAM prevedendo anche l'assistenza dei familiari dei lavoratori, prima esclusi dalle prestazioni. Rimasero altri enti che si occupavano di categorie professionali, degli insegnanti, degli impiegati statali, dei lavoratori dello spettacolo, ecc.

Questa nuova figura si inserì soprattutto nelle realtà cittadine, ma molti condotti per arrotondare il loro stipendio si accordarono con le mutue, per cui progressivamente il medico condotto di campagna diventò anche medico mutualista.

Le polemiche anche all'interno della professione medica divamparono subito su questa figura che veniva stigmatizzata come poco legata alla missione professionale ma più tesa al guadagno. Ad esso veniva soprattutto contrapposto il "medico di famiglia" libero professionista caratterizzato da una spinta etica e il medico dell'Ospedale, più colto e vicino al progresso scientifico. (Istruttivo e ricco di suggestioni dell'epoca il breve romanzo di D'Agata "Il medico della mutua", poi portato anche sugli schermi con l'omonimo e più famoso film).

Rimaneva salda l'immagine del medico condotto che progressivamente si caratterizzava come una specie di medico di famiglia rurale, stimato e rispettato (a volte temuto) dalla popolazione di campagna.

Non mancavano comunque figure di mutualisti di città (Paolo Pini a Milano), popolari per il loro impegno nel sociale, nell'assistenza e nell'attenzione che davano ai pazienti anche se "mutuati" o non paganti, ma anche ambiti dai benestanti per la loro cultura scientifica.

Alle soglie della seconda guerra mondiale erano tre le figure mediche che lavoravano sul territorio: *il medico condotto*, ricco di storia e di fama, giustamente considerato il progenitore del moderno medico di medicina generale; *il medico di famiglia*, un medico benestante riferimento per la famiglia nucleare, nuova cellula sociale della nascente borghesia; *il medico della mutua* anche esso a volte sovrapposto alle altre due figure, ma più marcatamente orientato alla popolazione cittadine, a dispensare farmaci e cure, nell'immagine collettiva più orientato al guadagno che alla cura o alla scienza.

Se in campagna il condotto fa anche il mutualista e spesso assume anche l'incarico di *Ufficiale Sanitario* (figura sanitaria prevista dalle riforme di fine ottocento come dipendente pubblico con specifiche competenze e separato da chi si occupava di diagnosi e cura, ma provvisoriamente affidato ai medici condotti fino alla Riforma Sanitaria del 1978), nelle città si fa strada sempre più il mutualista, che annovera tra le sue fila anche medici che lavorano in Ospedale ed utilizzava questa professione per arrotondare gli stipendi miseri e l'incertezza giuridica che permarrà per buona parte del dopoguerra.

Comincia a farsi strada anche il *medico specialista*, fino agli anni venti comunque di derivazione generalistica e solo più versato in un campo specifico. E' lo stesso percorso di crescita della medicina scientifica che con la parcellizzazione del corpo e della malattia permette l'emergere di figure esperte in singoli settori, che si esercitano e crescono nell'ambito delle Cliniche Universitarie e degli Ospedali, sempre più cuore della scienza e della medicina moderna.

4. Il dopoguerra: luci ed ombre della medicina mutualistica

Dopo un abbozzo di riforma sanitaria mai realizzato e diverse sottocommissioni istituite per riformare la Sanità italiana, il sistema mutualistico si rafforza e si consolida. Si mantengono in vita e anzi si rafforzano gli istituti ed enti preesistenti. Oltre ai tre massimi, L'INAM per le malattie generiche, L'INPS per la tubercolosi e per l'invalidità-vecchiaia, L'INAIL per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, si annoverano, tra i maggiori,

L'INADEL per i dipendenti degli enti locali, L'ENPDEP per i dipendenti degli enti di diritto pubblico, L'ENPALS per i lavoratori dello spettacolo, L'ENPAS per i dipendenti statali.

Nel 1957 c'è la cosiddetta "piccola riforma", che intende cambiare una situazione datante dal 1949, quando L'INAM aveva emanato un elenco, a più riprese aggiornato, dei prodotti medicinali prescrivibili. Il tutto però funzionava poco e male, non tanto per le lacune residue, quanto per le clausole limitative, quali la discriminazione tra assistiti capaci e incapaci al lavoro e l'obbligo della autorizzazione per molte prescrizioni.

La piccola riforma non giova né alla salute degli assistiti, né al bilancio dell'Istituto di assistenza, né alla dignità professionale dei medici. Giova al consumo, al mercato. Complicità e paragone fanno sì che il malcostume diventi spesso corruzione. Il boom economico è anche boom di scoperte e di vendita sempre più massiccia di nuovi farmaci che soppiantano sempre di più, almeno in città, rimedi tradizionali e pratiche di autocura. Un anno dopo la piccola riforma, con legge n. 296 del 13 marzo 1958, viene istituito il Ministero della Sanità, ma per anni ben poco cambia nel panorama sanitario italiano.

Anche se in gran parte del territorio è presente il medico condotto, è la figura del medico della mutua a campeggiare nel panorama sanitario italiano del primo dopoguerra: armato di penna e ricettario, orientato "al cliente" (le visite domiciliari sono il nostro marketing, la nostra immagine – D'Agata G. 1964) dileggiato ma invidiato per il rapido arricchimento e la posizione sociale, diventa il medico degli italiani e con loro attraversa le "mode sanitarie di massa" (epatoprotettori, vitamine e ricostituenti primi fra tutti), gestisce le relazioni con specialisti ed informatori farmaceutici. Poco gli importa della cultura medica e scientifica, non ha problemi di identità di ruolo se non quando i mutuati scarseggiano.

Certo è che questa figura ha resistito per decenni nel panorama sanitario italiano, immune a cambiamenti, riforme, e ad anche alla forte satira sociale. Probabilmente la gratuità, la generosa dispensa di farmaci e moderne prestazioni diagnostiche, la presenza costante al lavoro (al fine di non perdere mutuati), ne hanno affinato le abilità di marketing e la capacità di rispondere ai bisogni della popolazione italiana. Ma così si allarga sempre più lo iato tra medicina colta e scientifica e quella ignorante ed orientata al guadagno. Progressivamente gli ospedali diventano i custodi della salute del cittadino e perdono la fama di luoghi dove si va a morire, per diventare sempre più il tempio della salute e della vittoria contro la malattia e la morte.

Così, mentre in Europa nascevano i primi collegi di medici di medicina generale e si cominciava a parlare di specificità della medicina generale, nel mondo anglosassone apparivano i primi scritti sull'orientamento al medico o al paziente (Byrne PS, Long BEL 1976) e si gettavano le fondamenta per i dipartimenti in medicina generale, in Italia la polemica si fermava alla pleora medica, alla libera scelta e agli onorari, in una singolare difesa della mutualistica che accomunava destra e sinistra, Ordine dei medici e Sindacati.

5. Il medico generico

Poche voci cercano nel nostro Paese una nuova collocazione per il medico del territorio. Tra questi va citato F. Salvestroni (medico mutualista fiorentino, allievo del prof. E. Poli di Torino) che, in controtendenza con il periodo, propose una ridefinizione della figura e il ruolo del medico di primo livello, mettendone in risalto il potenziale spessore scientifico e culturale ed aprendo nuovi orizzonti sul ruolo professionale del "medico generico".

Salvestroni postula la *medicina personale come specializzazione*, propone cioè la formazione di un medico specialista in medicina generale. Il campo dove si applicano e si misurano le sue competenze è dunque, da un lato, quello dei rischi di malattia legati alle situazioni antropologiche, psicologiche, sociali, ambientali in cui versano gli assistiti; d'altro quello delle malattie diagnosticate in modo più approfondito altrove, ad esempio in ambito ospedaliero, e afferenti all'ambulatorio del medico spesso soltanto per essere sospettate all'inizio, e controllate nella loro evoluzione o cronicizzazione successivamente.

"C'è stata un'inflazione di roboanti parole di umanità della professione medica [...] Si è scambiata la qualità umana della professione, in quanto poggiante sullo studio dell'uomo nella sua totalità, con la qualità umanitaria in quanto rivolta al bene del prossimo. [...] Non è l'umanitarismo che distingue un medico da un cardiocirurgo, perché ne sono e ne devono essere dotati entrambi in eguale misura. [...] C'è una differenza precisa di campo e di metodo che distingue i due: il primo dovendo centrare il proprio studio e la propria abilità sulla conoscenza dell'uomo nella sua interezza con salute e malattie, atteggiamento psicologico e storia familiare; il secondo invece dovendo considerare il proprio campo di azione ben delimitato sul cuore, sulle sue funzioni nella circolazione e sulle tecniche per restaurare la funzione" (Salvestroni F.1968)

6. La riforma sanitaria e il medico di base

Il tracollo finanziario degli enti mutualistici e le sempre più pressanti spinte sociali portano al varo della Riforma Sanitaria (Legge 833/1978) che ridefinisce il contesto lavorativo del medico del territorio.

L'assistenza sanitaria diviene universale ed allargata a tutti i cittadini; scompaiono dal punto di vista giuridico il medico condotto e il medico della mutua. La prima convenzione con i **medici di medicina generale** definisce modi di reclutamento tramite punteggi ed impone limiti territoriali di azione del medico convenzionato, ipotizzandone il

collegamento e l'interazione funzionale con il Distretto Sanitario di Base e le strutture territoriali socio-sanitarie di primo livello.

Con la Riforma Sanitaria sembrerebbe essere recepita l'indicazione della Dichiarazione di Alma Ata, che identifica con l'assistenza sanitaria di base e con "medico di base" il fulcro della assistenza al cittadino.

Ma il ritardo culturale e scientifico degli ex medici della mutua ed ex condotti, assommato con l'assunzione da parte del Servizio Sanitario Nazionale di tutto il personale burocratico ed amministrativo che lavorava nelle mutue, porta ben presto ad identificare il medico di medicina generale come la *longa manus* dell'USL, assorbente le caratteristiche del medico della mutua, sempre più burocrate e compilatore di carte. Parrebbe che il governo della sanità al varo della riforma sanitaria sia più preoccupato del controllo della spesa e del controllo normativo dei sanitari di primo livello che non di problemi relativi alla formazione ed alla qualità della cure.

"L'analisi dei processi di formazione dei flussi finanziari mette in risalto come l'entità della maggior parte delle spese del servizio sanitario non dipende da decisioni dell'amministrazione pubblica, ma dal comportamento del personale convenzionato [...] Se gli accordi stipulati attribuiscono ai medici convenzionati un così ampio potere di determinare o di condizionare le entità dei flussi di spesa, significa che essi rivestono nel sistema un ruolo che non è affatto marginale o aggiuntivo rispetto a quello della struttura pubblica. Da essi dipende, inoltre, in grandissima misura la qualità dell'assistenza di base e la rispondenza dell'azione assistenziale di base e la rispondenza dell'azione assistenziale di trasformazione del servizio sanitario." (Proposta di Piano sanitario nazionale 1979).

Il termine **medico di base** rimane intimamente legato a questa immagine di lavoratore (in prospettiva salariato) di primo livello, integrato con la struttura sanitaria ma soprattutto con i suoi aspetti più burocratici ed amministrativi. Il termine allude anche ad un impegno politico e sociale, e così è stato interpretato da molti medici inseriti nella attività lavorativa. Ma ben presto comincia ad andare in disuso, simbolo per molti colleghi che hanno vissuto la nascita della riforma sanitaria, di una speranza mai realizzata.

7. Il medico di medicina generale e i nuovi orizzonti della professione

Il nuovo assetto della assistenza territoriale che si delinea dagli anni ottanta in poi favorisce comunque dei mutamenti di prospettive e di interessi dei medici del territorio diventati ormai *medici di medicina generale* come scritto sugli accordi convenzionali. I trentamila convenzionati confluiti dalle mutue nel SSN al primo accordo convenzionale si raddoppiano nel giro di quindici anni. Molti medici del territorio, quindi, hanno un'esperienza del nuovo assetto sanitario post riforma e poco conoscono della mutualistica o della condotta se non come esperienza personale o come racconto orale dei colleghi più anziani.

Gli ultimi venti anni del millennio sono connotati da una indubbia crescita culturale e professionale del medico di medicina generale, che attraversa anche un forte problema di identità di ruolo e professionale, tuttora in corso.

Nascono diverse società scientifiche nazionali, che si affacciano alla realtà europea più matura e sviluppata e cominciano ad interessarsi a problematiche culturali e scientifiche che spingono a precisare ed approfondire la ricerca di un proprio statuto epistemologico della medicina generale.

E' sintomatico come negli ultimi anni siano soprattutto le società scientifiche ad essere interlocutori principali di amministratori politici e della stessa Università che, buon ultima, sembra accorgersi della nascita di un nuovo interlocutore ben diverso dal vecchio mutualista.

8. Conclusioni

Anche se ultima in Europa, la medicina generale italiana ha una forte tradizione culturale di radicamento nel territorio ed una particolare sensibilità per un approccio complessivo che va forse anche oltre il paradigma biopsicosociale (Engel G. 1977) della cultura anglosassone.

Se sarà in grado di sviluppare un suo autonomo sviluppo nel campo della ricerca e della clinica, se sarà in grado di affrancarsi dalla sudditanza della clinica classica, riferimento pur sempre valido ma sviluppatosi in un contesto diverso, se riuscirà a tenere a bada il trend economicista che vede il ruolo del MMG quasi esclusivamente in termini di controllo della spesa, potrà trovare un suo sviluppo originale, anche attingendo alla tradizione antropologica dei suoi professionisti che affonda le sue radici ai primi dell'ottocento.

La medicina generale è ormai matura per dialogare alla pari anche con discipline come quelle sociologiche e psicologiche, che molto possono contribuire all'arricchimento della sua pratica e delle sue abilità, purché questo dialogo si sviluppi nel rispetto delle reciproche competenze e campi di applicazione.

Bibliografia

- Agrimi J, Crisciani C. *Malato, medico e medicina nel medioevo*. Loesher Torino 1980
- Caruso S. *Il medico della corporazione Feltrinelli* Milano 1977

- Colozzi I. I pazienti e i loro dottori: un contributo allo studio del medico di base. In *Medici e Socio-Sanitari professioni in transizione*. Franco Angeli, Milano 1981; 63-91
- Cosmacini G. La famiglia e il medico tra Ottocento e Novecento. In *Sanità scienza e storia* 1-2/1988:353-392 Franco Angeli Milano 1989
- Cosmacini G. *Medicina e sanità in Italia nel ventesimo secolo*. Laterza, Milano 1989
- Cosmacini G. *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Laterza, Milano 1987
- Cosmacini G. *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. Laterza Milano 1994.
- D'Agata G. *Il medico della mutua*. Tascabili economici Newton, Milano 1994
- Engel G. The need for a new medical model. *Science* 1977; 196:129- 36.
- Foucault M. *Nascita della clinica*. Einaudi 1969
- Le Goff J. E Sournia JC. (a cura di) *Per una storia delle malattie* Dedalo Bari 1986
- Muel-Dreyfus Francine *Le fantôme du médecin de famille*. 1984/54, p.70-71
- Pancino C. *Il bambino e l'acqua sporca* Franco Angeli Milano 1984
- "Proposta di Piano sanitario nazionale (Prospettive sociali e sanitarie 10-11 1979 pg 42-43)" in Ivo Colozzi *I pazienti e i loro dottori: un contributo allo studio del medico di base*, in *medici e SocioSanitari professioni in transizione*, A cura di A. Ardigo e F. Barbano, Angeli Milano 1981:63)
- Salvestroni F., *"Il medico della persona"* Vallecchi Firenze 1968
- Shryock RH. *Storia della Medicina nella società moderna*, ISEDI, Milano 1977;110-111