

# La medicina generale non può concorrere con la tecnomedicina ospedaliera...

*Analisi semplicistiche e la ricerca di un capro espiatorio sono inutili e dannose e non servono a trovare soluzioni appropriate per porre rimedio agli accessi impropri e alla crisi del Pronto Soccorso*

**Giuseppe Belleri**  
*Medicina Generale, Flero (BS)*

**S**ulla complessità della crisi del PS sono stati spesi proverbiali fiumi di inchiostro, ma puntualmente rispunta il tentativo di “dare la colpa” al medico di medicina generale.

Da almeno una decina di anni a gennaio, in corrispondenza del picco dell'epidemia influenzale, entrano in crisi le strutture ospedaliere che più soffrono per l'effetto “collo di bottiglia”: posti di Pronto Soccorso (PS) sovraffollati e reparti di rianimazione con indisponibilità di posti letto. Puntualmente le cronache giornalistiche registrano proteste, malcontento degli operatori per le condizioni di lavoro e denunce dei cittadini per il malfunzionamento dei servizi.

Sulla complessità della crisi del PS sono stati spesi i proverbiali fiumi di inchiostro, ma ogni volta rispunta il tentativo di “dare la colpa” al medico di medicina generale, come propone la dott.ssa Rossella Carucci, direttore Ares del 118, in una dichiarazione al Tg3 Lazio del 7 gennaio 2014 sulla crisi dei PS della capitale: “Il medico di famiglia, dove dovrebbero andare, o non lo trovano o non gli da l'affidabilità necessaria, fatto sta che l'ospedale è molto attrattivo per i pazienti e la medicina territoriale molto meno”.

La crisi del PS ha radici lontane e concause profonde di cui fanno le spese per primi gli operatori, in termini di stress lavorativo, sovraccarico e concreto rischio pro-

fessionale, costretti loro malgrado a dover fronteggiare quotidianamente l'emergenza nell'emergenza.

Ecco una sommaria analisi dei determinanti tratta da un documento Ministeriale:

- un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- il miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza;
- il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli;
- la convinzione del cittadino di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- la preminenza del modello di salute tecnologico centrato sull'Ospedale rispetto al modello preventivo-territoriale centrato sulla Medicina Generale.

A queste concause si devono aggiungere altri nodi problematici, di natura sistemico-organizzativa e psicologico-comportamentale individuale, vale a dire:

- la ristrutturazione della rete ospedaliera, con la chiusura dei piccoli ospedali e la riduzione dei posti letto, che si riflette sul PS con il citato “effetto imbuto”, nel sen-

so che non è possibile ricorrere come un tempo al ricovero per il completamento delle indagini diagnostiche;

- l'aumento dei tempi e delle liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche sul territorio, con conseguente domanda inevasa dall'offerta;
- le difficoltà del sistema sanitario nel suo complesso, e in particolare del singolo medico del territorio, ad influenzare le decisioni in autonomia dagli assistiti di recarsi in PS, generalmente in preda all'ansia per la propria salute (i ben noti "codici bianchi").

Un'ansia generata da un clima sociale di allarme, riguardo ai problemi sanitari, che cerca e trova conforto nella "potenza" e nell'offerta tecnologica della struttura ospedaliera. Laddove la tecnologia diagnostica è offerta in modo affidabile e "attraente" per la gente. Attrattività che si autoalimenta ed induce la propria domanda, in un classico circolo virtuoso o vizioso di natura organizzativa, a seconda del punto di vista. Può capitare, ad esempio, che un assistito decida di recarsi in ospedale piuttosto che frequentare, magari a pochi minuti da casa, l'ambulatorio del medico di famiglia, dove potrebbe essere visitato in tempi brevi, a dispetto delle lunghe attese in PS dovute proprio all'afflusso inappropriato dei codici bianchi.

La risposta alle interpretazioni semplicistiche sta nel ribadire che è impossibile per il singolo medico del territorio reggere la concorrenza dell'offerta tecnologica dell'emergenza sanitaria. Prima di tutto perché non è il suo compito, essendo altra la mission che si è data la Medicina Generale negli

ultimi anni, ovvero la gestione delle patologie croniche sul territorio.

In secondo luogo è la disponibilità della tecnologia diagnostica e specialistica a fare la differenza, attraendo la gente ed inducendo il medico del Pronto soccorso a prescrivere giustamente accertamenti a scopo "difensivo", a prescindere dall'accesso più o meno appropriato dell'assistito.

Lo spiega l'economia sanitaria con una delle sue leggi ferree: in sanità vale la regola che l'offerta di servizi e prestazioni crea la propria domanda. È normale e "naturale" che si ricorra alla tecnologia diagnostica quando è prontamente disponibile, a differenza di quanto accade sul territorio, specie se il professionista deve tenere conto di protocolli aziendali, linee guida aziendali, aiuti alle decisioni ecc., elaborati proprio per fare fronte a situazioni di incertezza, prevenire il rischio clinico e tutelarsi da eventuali conseguenze medico-legali personali.

L'incertezza decisionale, specie quella diagnostica, si riduce aggiungendo informazioni - secondo il modello bayesiano della cinematica delle probabilità - o ricorrendo al parere dello specialista, in particolare di fronte a nuovi casi o disturbi di dubbia interpretazione, atipici, inconsueti o sotto-soglia, che non sono "coperti" dai protocolli e dalle linee guida.

Insomma, appare alquanto difficile negare in Pronto soccorso un minimo di esami ematici, qualche accertamento per immagine o consulenze specialistiche, se non altro per evitare di incappare in un errore diagnostico, rischiare la denuncia per malapratica, di finire sui giornali e magari pure sul ban-

co degli imputati a causa di carenze organizzative o della struttura.

### ► L'incertezza diagnostica

Come si può chiedere al singolo medico extra-ospedaliero di gestire sul territorio la medesima incertezza diagnostica, per giunta a mani nude, ovvero senza il supporto decisionale della tecnologia, quando nessuno in PS giustamente vi rinuncia? Gli assistiti hanno capito da tempo il gioco e non a caso si recano senza indugio in PS, anche a rischio di dover sborsare qualche decina di euri, ma con la sicurezza di by-passare le liste d'attesa ed eseguire in poche ore accertamenti e visite, che solo in tempi lunghi e con farraginose procedure burocratiche potrebbero avere sul territorio. Le cose potrebbero andare in modo diverso se si potenziasse l'offerta organizzativa delle cure primarie sul territorio, incentivando le forme associative in medicina generale, per intercettare sul territorio e quindi ridurre almeno parzialmente l'afflusso di codici bianchi in Pronto soccorso, come dimostrano alcune esperienze regionali e recenti ricerche empiriche sul campo.

Infine l'uso della tecnologia si impone da sé perché è noto che il PS è un contesto professionale difficile, stressante, ad elevato rischio per l'incolumità individuale e di errore cognitivo, come ammettono i professionisti che vi lavorano.

Insomma, per la crisi del Pronto Soccorso vale l'aforisma per cui sono improponibili soluzioni semplici e lineari per problemi di natura sistemica e maledettamente complessi.