Perché diciamo no all'H16

L'atto d'indirizzo, che poi non è altro che la piattaforma contrattuale del Ministero, cancella di colpo 40 anni di storia dell'assistenza italiana annullando sia il concetto di guardia medica che quello di continuità assistenziale e portando indietro le lancette del tempo addirittura alla promulgazione della 833 che istituiva il Ssn riportandoci alla preistoria dell'assistenza ed eliminando un sistema semplice ed efficace come quello costituito dalla Continuità Assistenziale. Ma non si fermeranno qui: questo è il primo e fondamentale mattoncino che viene tolto da un sistema sanitario destinato a collassare

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Smi-Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari Regionali

La struttura della Continuità Assistenziale (CA), così come la intendiamo (ovvero quel segmento assistenziale deputato ad intervenire sulle urgenze indifferibili, in quegli orari in cui il medico od il pediatra di famiglia non sono disponibili), pur nella sua semplicità costruttiva, che è poi alla base della sua funzionalità, soddisfa tuttora ampiamente gli scopi per cui è stata creata, ed anzi, appare l'unico strumento per poter realizzare efficacemente un'assistenza integrata e multi professionale H24. Ricordiamo che è dal 1992 con le Riforme 502/517 si poneva fine alla "guardia medica" ma lasciandoci lo spazio per inventarci la "Continuità Assistenziale", progetto semplice, ma efficace che affiancato alla struttura del 118 creava un efficiente sistema assistenziale di emergenza urgenza (tale che in tutti questi anni è stato uno dei pilastri fondamentali del Ssn). L'urgenza è al centro di dibattiti gestiti da pseudo-esperte "menti superiori" che di fatto propongono la dissoluzione del servizio: in realtà i progetti intelligenti non vanno mai a stravolgere un sistema, ma lo affinano, lo ottimizzano, lo migliorano anche perché basterebbe un'attenta revisione della localizzazione delle sedi territoriali, una formazione mirata e la stabilizzazione degli organici a rendere la CA uno strumento molto più performante di quanto lo sia al momento. Quindi sarebbero bastati questi correttivi semplici ed efficaci per assicurare all'area dell'Assistenza primaria quell'H24 (diviso in due segmenti H12) che resta una fondamentale garanzia assistenziale per il cittadino permettendo al sistema di lavorare in una sinergia perfetta, semplice e efficace.

Urgenze a bassa intensità

Partendo da assurde quanto inutili analisi quantitative, e ignorando qualsiasi valutazione qualitativa, dove, volendolo, potremmo trovare con semplicità indicatori di *performance* adeguati, si sta tentando di far passare la Continuità Assistenziale come un servizio inutile, senza tener conto del filtro territoriale e del compito di vero e proprio presidio garantito dalla CA. Lo si fa sbandierando il concetto di urgenza a bassa intensità per cui sulle urgenze vere dovrebbe rispondere il 118.
In questa affrettata e superficiale analisi statistica non è stato però tenuto conto di quel diabolico fattore temporale (la famosa legge di Murphy - se qualcosa può andar male, andrà male -) che fa sì che una notte possa magari passare indenne, senza nessuna richiesta di intervento, ma che alla successiva ci possano essere più chiamate contemporaneamente (ed intendiamo nello stesso momento). Una realtà ben nota a chiunque abbia a che fare, ad esempio, con la prevenzione e la sicurezza e cioè: per quanto sia improbabile che si verifichi un certo evento, entro un numero

elevato di occasioni questo finirà molto probabilmente per verificarsi.
Studi alla mano, la prima conseguenza di questo cambiamento sarebbe che i 2/3 degli organici a causa della riduzione fisiologica delle ore lavorative, date dall'H16, perderebbe il lavoro e si riuscirebbe a stento a salvare e riutilizzare gli attuali titolari riciclandoli nel nuovo servizio. Comunque, anche questi sopravvissuti, essendo costretti a lavorare di giorno e non più di notte, sarebbero danneggiati dal fatto che vedrebbero svanire la possibilità del lavoro diurno attualmente garantita dalle sostituzioni, dalla libera professione o altro.

Sovraccarico Ps, 118, Mmg e Pls

A qualsiasi addetto ai lavori, dotato di intelligenza anche appena sufficiente, appare chiaro che il carico di lavoro che si riverserebbe sul Pronto Soccorso e sull'emergenza territoriale sarebbe assolutamente letale per tale servizio. Chi parla di potenziare Ps e 118 non tiene conto che allora sarebbe molto più semplice e meno costoso conservare, ottimizzandolo, il servizio di Continuità Assistenziale. Teniamo conto che la sanità è a compenso zero per cui per trovare risorse bisogna pescare al suo interno. In quest'ottica anche la soluzione eventuale dell'infermieristica in appoggio alla medica non sarebbe assolutamente meno costosa. Al riguardo va inoltre considerato che si usufruirebbe di una figura, che per quanto possa essere preparata, non potrà mai sostituire la *performance* di un medico. Inoltre il sistema non potrebbe permettersi di risolvere proprio quelle urgenze di bassa intensità che ora sono risolte dalla CA e tutte queste sarebbero scaricate al Mmg che se le ritroverebbe al mattino come accadeva prima della creazione del servizio della CA. Anche mio padre è stato un medico di famiglia e ricordo quando squillava il telefono e partiva con la "borsina" prima del 1977. Non parliamo poi dei Pediatri di libera scelta che analogamente ai Mmg si troverebbero ad affrontare carichi di lavoro esagerati per quanto riguarda i piccoli pazienti in quella fascia 6 mesi-6 anni di peculiarità assistenziale notturna della CA.

Cittadini abbandonati a se stessi

Che cosa succederebbe infine ai cittadini che dopo anni di continuità dell'assistenza, garantita dal servizio, si troverebbero abbandonati a se stessi? Vecchi, bambini, cronici e tutte quelle altre varietà di pazienti, le cui richieste sanitarie venivano risolte dal Servizio di Continuità Assistenziale, sarebbero prima di tutto privati di una risposta immediata che verrebbe invece dilazionata nel tempo, rischiando un aggravamento ed una serie di risposte non adeguate perché tardive. Inoltre, se pensiamo ad un livello di assistenza che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'H24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente, ma che allo stesso tempo formi una rete di reali presidi territoriali. Questa rete deve essere in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi ed ubiquitarie equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi. In poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

Il teorema

Dalle mie parti si dice che "la prima gallina che canta ha fatto l'uovo" e forse questa volta l'ovetto è proprio stato depositato dal sindacato che più ha sponsorizzato questa soluzione, la Fimmg per interderci e covato dal Coordinatore della Sisac.
A questo punto dovremmo chiederci dove si vorrebbe arrivare visto che l'H16 non solo appare nascere monco e privo comunque di un progetto che sarebbe tutto da fare e da mettere a punto sulla pelle dei medici e dei cittadini. L'unica ipotesi che possiamo supporre non può essere che quella di pensare l'H16, in contrapposizione al collaudato e funzionale H24, come il preludio alla dissoluzione del Ssn in virtù di un evoluzione/ritorno ad un sistema ibrido, inficiato da una gestione privatistica che peserà l'assistenza non in base ai bisogni dei cittadini, ma alle loro possibilità economiche.
Quella che sembra quindi una riforma dilettantistica del Sistema Sanitario Nazionale, proposta dal Ministro Lorenzin, risponde in realtà ad un preciso disegno per distruggerlo. Manca solo che ci dicano: "State sereni".