

I medici di continuità assistenziale abbandonati alla loro sorte

Abituati a lavorare nell'ombra e in presidi fatiscenti e privi di sicurezza, hanno dovuto fronteggiare l'emergenza Coronavirus, contando solo su se stessi e la propria professionalità

Octavio Jiménez Vega, Alberto Vaona

Medici di Continuità Assistenziale, Verona

Con l'arrivo dell'epidemia causata dal SARS-CoV 2 i servizi di Continuità Assistenziale sono stati abbandonati alla loro sorte. Siamo usciti dall'ombra solo per un attimo attraverso la costituzione delle Usca che però in alcune zone non sono mai partite.

La ex- "Guardia Medica", attualmente denominata Continuità Assistenziale, per tanti medici neo-laureati è una via lavorativa transitoria fino all'entrata in specialità come primo lavoro remunerato, per altri già in possesso della Formazione Specifica in Medicina Generale è un modo di entrare a far parte del territorio prima dell'ottenimento della convenzione, mentre per pochi è diventata una scelta definitiva il rimanere come "guardiani" del territorio.

Storicamente, purtroppo, la CA è abituata a "lavorare nell'ombra", in sedi con condizioni scadenti, isolate e prive di protocolli di sicurezza, scarsa o nulla connessione con i singoli medici del territorio, assoluta mancanza di dati relativi alle anamnesi cliniche e farmacologiche dei pazienti assistiti.

Tale situazione è sensibilmente peggiorata con l'arrivo dell'epidemia causata dal SARS-CoV 2. Con il restringimento degli accessi agli

studi dei Mmg nei mesi di marzo e aprile (e finché non sono state costituite le Usca, che in alcune zone non sono mai partite) è diventata la norma il ricevere chiamate angosciate di pazienti con sintomi compatibili con la malattia Covid-19, il visitare numerosi pazienti in ambulatorio con sintomatologia suggestiva senza avere protocolli chiari e precisi ed il dover eseguire gli accessi a domicilio con dispositivi Dpi insufficienti e con la propria auto in alcune realtà territoriali. A ciò si è aggiunto un aumento del carico assistenziale nella presa in carico dei pazienti fragili in Adp le cui visite da parte dei medici curanti è drasticamente diminuita per la mancanza di Dpi, la totale assenza da parte delle Ulss di dotazioni di mezzi di telemedicina da mettere a disposizione dei medici per ridurre gli accessi nelle sedi e l'incapacità di sapere nel proprio territorio "quanti e dove" si trovavano i pazienti sospetti e positivi.

► Un servizio essenziale di cui poco importa

Tutto ciò riflette la poca importanza e considerazione di un servizio essenziale nel territorio, che viene del tutto ignorata nella presa di decisioni/protocolli assistenziali e

che durante questa epidemia ha prestato la propria opera pur lavorando nel deserto normativo e strutturale. Un servizio che se si applicassero opportuni miglioramenti strutturali (informatizzazione, accesso ai database dei pazienti del proprio territorio, comunicazione dei casi positivi del bacino di riferimento, piattaforme di telemedicina...) potrebbe diventare una risorsa utilissima per ridurre il carico assistenziale dei Pronti Soccorsi e fornire alla medicina generale una vera e propria continuità assistenziale.

Perché ciò avvenga è necessario che la sanità del territorio venga interamente ripensata sul piano organizzativo e logistico e che ciò sia preceduto da una visione e da una volontà politica chiara e da conseguenti investimenti strutturali e da un rinnovo della dirigenza sanitaria che si è dimostrata inadeguata.

Se l'aumento esponenziale delle cronicità in questi anni non è stata sufficiente a comprendere ciò, la pandemica ha mostrato inequivocabilmente che un sistema ospedalocentrico, per quanto altamente specializzato e tecnologico, non è all'altezza dei tempi perché la partita vera si gioca su territorio.