

Tre proposte per il Ssn del futuro

Dall'esperienza sul campo e in qualità di medico di famiglia ho elaborato tre proposte da presentare ai nostri politici e responsabili della Sanità pubblica che vorrei condividere con i colleghi

Maurizio Daccò

Medicina Generale, Pavia

Il nostro servizio Sanitario Nazionale è in affanno e viene spesso messo in discussione. A fronte di un invecchiamento drammatico della popolazione, si ha la necessità di una assistenza sul territorio intensa, adeguata e che risponda ai dettami della Costituzione, che tutela lo stato di benessere dell'individuo. Cosa vogliono i nostri pazienti? Vivere a lungo, in buona salute, fare esami e controlli, avere consulti specialistici e farmaci gratuiti. Ma di fronte ad un quadro futuro di risorse non sufficienti per tutti ecco i ticket, le liste d'attesa, ma anche gli inutili sprechi e il massiccio ricorso al privato (per chi se lo può permettere).

Ho pensato molto a questi problemi in questi anni intensi di lavoro. Essendomi poi occupato a tempo pieno anche di formazione, come Responsabile del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ho elaborato tre proposte da presentare ai nostri politici e responsabili della Sanità pubblica e vorrei condividere con i colleghi le mie idee. Non so chi debba farsi promotore di queste idee se venissero condivise. Ordine dei medici? Società scientifiche? Sindacati? Parlando con i colleghi, giovani e meno giovani, anche verso queste istituzioni vi è un sentimento di scarsa affezione.

1 Inserimento dei giovani medici. Accanto all'invecchiamento della popolazione generale c'è l'invecchiamento dei medici di medicina generale, che porterà a pensionamenti di massa nel giro di pochi anni. Ecco allora che si potrebbe pensare ad un graduale affiancamento del collega che ha appena concluso il Corso di Medicina Generale per un anno dopo la fine del corso, in attesa di avere la convenzione. Si avrebbe così il modo di sfruttare l'esperienza del medico anziano, che avrebbe modo di svolgere un tutoraggio di grande interesse e facendo ricorso all'esperienza maturata in anni di attività. Il giovane collega potrebbe avere un contratto di formazione, analogamente a quanto avviene nelle aziende, quindi il servizio svolto avverrebbe senza grande impegno economico. In un certo senso il medico prossimo alla pensione potrebbe scegliere il suo successore ed assicurare ai pazienti una continuità terapeutica, come avveniva qualche anno fa con l'associazionismo.

2 Creazione della figura di infermiere di famiglia. Analogamente a quanto accade nei paesi anglosassoni, il medico di famiglia dovrebbe giovare della collaborazione nella propria attività di

un'infermiera professionale che possa svolgere attività di assistenza in studio, ma anche a domicilio, con controlli pressori, glicemici e medicazioni. L'infermiera potrebbe essere presente nelle medicine di gruppo e andrebbe pagata direttamente dal Ssn. Oltre alle attività sopra citate svolgerebbe anche un ruolo di *counselling* e di verifica dell'aderenza terapeutica, nonché di screening.

3 Iniziative di educazione sanitaria. L'educazione sanitaria non è argomento scolastico e ogni paziente ha nozioni apprese da televisione, giornali ed internet. Non è mai stato fatto un programma serio di educazione sanitaria, per quanto riguarda la cessazione del fumo o l'attenersi a stili di vita sani. Ipertensione e sovrappeso non sono adeguatamente curate perché non se ne comprende l'importanza e si chiedono esami inutili solo per averne sentito parlare in programmi televisivi o dalla vicina di casa. Quando ho iniziato a fare il medico di famiglia il paziente veniva da me lamentando i suoi disturbi e chiedendomi consiglio. Ora invece mi chiede direttamente la visita specialistica o la risonanza magnetica. Una corretta informazione eviterebbe anche gli inutili ed eccessivi accessi al Pronto Soccorso.