



Tutti pronti per la Casa della Salute (CdS)? Speriamo di sì, visto che questa strana "creatura" sembra essere in dirittura d'arrivo. Ma siamo sicuri che funzionerà? Il collega Antonio Attanasio è molto scettico (2007; M.D. 18: 9), sostiene che la Casa della Salute sarà antieconomica, inefficiente, pericolosa, spiega dettagliatamente le ragioni delle sue riserve e perplessità. A queste sue riflessioni bisognerebbe aggiungere qualche altro problema poco chiaro tra cui, per esempio, quale sarà il destino del Mmg che, in contrasto con le direttive di aggregazioni organizzative di vario genere, desideri continuare a lavorare da solo e qual è la sostenibilità del progetto Casa della Salute a fronte del grado di civiltà e del senso di responsabilità degli utenti che faranno uso della costosa struttura.

rebbe aggiungere qualche altro problema poco chiaro tra cui, per esempio, quale sarà il destino del Mmg che, in contrasto con le direttive di aggregazioni organizzative di vario genere, desideri

continuare a lavorare da solo e qual è la sostenibilità del progetto Casa della Salute a fronte del grado di civiltà e del senso di responsabilità degli utenti che faranno uso della costosa struttura.

Casa della Salute? Sì, ma con molte riserve

di **Salvatore Milito** Medico di medicina generale, Roma

È pleonastico dire che noi non siamo la Scandinavia. Da noi fa fatica ad affermarsi la nozione che Pantalone siamo tutti noi, inclusi gli ipocondriaci, i frequent attenders e perfino gli esonerati dal ticket a qualsiasi titolo. Per molti vale l'equazione: *ciò che non pago di tasca mia sono tutti soldi risparmiati*. Non spetta certo ai Mmg fare la morale ai molti benestanti che autocertificano un reddito da fame per non pagare il dovuto, né ideare un qualsiasi deterrente, all'infuori degli argomenti clinici, che frenino gli inutili accertamenti in serie di molti esenti e non. La questione è a monte e riguarda appunto quel senso civico in mancanza del quale la CdS diventerà un baraccone ingolfato da lunghe liste d'attesa ereditate dall'ospedale e affollato da una pletera di operatori presi d'assalto. Come sperare che un organismo ibrido e costoso come questo rimanga efficiente nel tempo quando la gratuità del Ssn è scambiata da molti per gesto grazioso di un "principe" col forziere che scoppia? Quando c'è la certezza che molti portatori di fisime si avventeranno sul banchetto, convinti di non rimetterci e alle ricadute che ciò può avere sulle loro (le nostre) ta-

sche di contribuenti? È esagerato prevedere che la *via crucis* dei veri malati continuerà a essere intralciata da chi è sano, ma sogna chissà quali traguardi di super salute? Sulla carta, una struttura polifunzionale come la CdS sembra una meritoria operazione di avvicinamento ai numerosi malati bloccati dalle lungaggini e dalla dispersione territoriale dei centri di cura. Ma sarà anche un'occasione ghiotta per i soggetti sani affascinati dalle meraviglie promesse: disponibilità di personale sanitario per 12 ore e più al giorno, prestazioni specialistiche e strumentali a portata di mano (teoricamente), coordinamento tra tutti gli operatori, servizi sociali, riabilitazione, ecc, il tutto sotto lo stesso tetto. Roba da surclassare il welfare nordico. Ma, a parte l'attrattiva fine a se stessa che eserciterà su molti non malati, un'organizzazione così ridondante e impersonale, con l'assistito palleggiato tra una competenza e l'altra, rischia di mettere in forse la centralità del medico di fiducia. Dettaglio trascurabile solo per i malati di consumismo medico, prospettiva aberrante per quanti dal rapporto col proprio Mmg traggono sicurezza e conforto.

■ Difficile restare single

In quanto al divenire della medicina "single", per i suoi affezionati c'è poco da stare allegri. In teoria non è previsto l'obbligo di aderire alla struttura, ma non mancheranno le coercizioni, dirette o indirette, sui renitenti. Già l'articolo 9 della proposta di legge di istituzione della CdS così recita: *"Le unità di medicina generale sono situate nella Casa della Salute o in altre sedi distrettuali in cui si attua l'assistenza territoriale"*. Sedi distrettuali? E che fine faranno gli studi personali? Non dimentichiamo che i lusinghieri consensi raccolti dai Mmg in tutti i sondaggi si sono sempre riferiti verosimilmente alla persona del curante e non al fatto che esso lavorasse o meno all'interno di un gruppo. È improbabile che il gradimento rimanga tale se l'assistito è posto nell'obbligo, in assenza del suo dottore di fiducia e salvo i casi indifferibili, di incontrare "al buio" un altro medico dello staff di cui l'ammalato sa poco e che sa poco di lui.

I fattori del lavoro in squadra fomentano un ridimensionamento (se non il bando) della figura del professionista "single" e la revisione, non si sa con quali esiti, del concetto di rapporto esclusivo e personalizzato tra l'assistito e il suo medico di fiducia. I loro argomenti non farebbero una piega se le condizioni di salute della popolazione fossero peggiorate; se la mortalità avesse subito un'impennata; se le misure preventive e l'educazione sanitaria attuate capillarmente

dai Mmg che lavorano da soli si fossero rivelate insufficienti; se tutti i progetti di qualificazione della medicina del territorio, ancorché pienamente attuati, si fossero rivelati inefficaci. In realtà, non solo questi eventi non si sono verificati ma, al contrario, nonostante molte carenze (non imputabili ai Mmg), la salute collettiva è costantemente migliorata e la speranza di vita pure, anche per merito dei Mmg "single". Una cosa è certa: in mancanza di una poderosa campagna di sensibilizzazione degli utenti, gli studi aperti tutto il giorno, con la loro fornitissima e invitante équipe in servizio permanente effettivo, non faranno altro che accrescere la già diffusa medicalizzazione e attrarre torme di persone in cerca di miracolistiche alternative farmaceutiche e diagnostiche a un sano stile di vita, da essi ritenuto troppo impegnativo.

■ Una contraddizione

C'è poi un aspetto contraddittorio: l'ottica ospedalocentrica ha trasferito la gestione di molte malattie croniche dalla medicina generale alle strutture pubbliche. Ora, la ragion d'essere della CdS sta nell'allargamento delle capacità operative della medicina del territorio. Molte patologie già migrate nei centri specialistici dovrebbero quindi tornare all'ovile, evenienza altamente improbabile. Non c'è dubbio che, nonostante gli "scippi" di competenze ad opera degli ambulatori ospedalieri, la futura CdS avrà modo di tenere comunque occupato il suo personale. Ma è da vedere se a beneficiarne di più saranno i veri malati. E poi, perché non prevedere l'impiego razionale e a rotazione degli infermieri, degli operatori della riabilitazione e dell'intervento sociale e via dicendo anche negli studi dei Mmg "soli", per adeguare la loro opera agli standard richiesti? Alle sollecitazioni in tal senso si è sempre risposto picche. Molti Mmg "attempati" (ma non per questo meno efficienti) saranno restii a stravolgere un loro *modus operandi* rivelatosi efficace nonostante le difficoltà di avvalersi delle consulenze specialistiche e delle prestazioni complementari. E non è detto che la convivenza di queste due ultime nella stessa "Casa" le renda più accessibili e funzionali di quanto non lo siano oggi in ambito ospedaliero, poiché la disponibilità di un'assistenza a largo spettro continuerà a fare da richiamo ai molti portatori di disturbi banali e di pseudo-urgenze, i quali continueranno a fare ciò che hanno sempre fatto: mettersi fra i piedi dei veri malati.

È il caso di segnalare uno studio inglese pubblicato su *BMJ* (2001; 323: 320-322), a proposito delle eventuali differenze nella qualità delle cure prestate da curanti "single" rispetto a quelle dei medici che lavorano in gruppo. Duecentosei Mmg "non associati", con un consistente bacino di utenza, sono stati monitorati sulla base della qualità e appropriatezza della loro attività assistenziale. Dai dati ottenuti non risulta alcuna evidenza di *underperforming* clinico dei Mmg esaminati rispetto ai colleghi che lavoravano in squadra.