

Case della Salute tra domande e dubbi

Se verranno istituite le Case della Salute, o organizzazioni simili, il lavoro del medico di famiglia cambierà in maniera radicale e non necessariamente in meglio

Da quando si parla di istituire le Case della Salute (CdS) le domande che mi pongo e i dubbi che mi assalgono sono tanti.

Prima domanda. Come si reperiranno le strutture e a carico di chi saranno gli investimenti per farle nascere? Chi ne sarà il responsabile e quali garanzie di tutela medico-legale avranno i componenti, dovendo lavorare in gruppo, collaborare con gli specialisti presenti nella struttura e seguire anche pazienti non propri? Così sarà sempre più difficile risalire alle responsabilità di eventuali errori di valutazione clinica.

Seconda domanda. Si è sempre auspicata una maggiore umanizzazione del rapporto medico-paziente e della personalizzazione delle cure. Ma con la CdS si va nella direzione giusta? A me sembra la fine della medicina della persona e di quel rapporto di fiducia che con tanta fatica siamo riusciti a stabilire con i nostri pazienti, che è la nostra peculiarità e forse anche il motivo per cui la maggior parte della popolazione ci apprezza.

Terza domanda. Nella CdS sono previsti: personale infermieristico, amministrativo, specialisti, fisioterapisti, ecografisti e radiologi, ecc. Ma chi, dove e come si reperiranno e da chi saranno pagati?

Quarta domanda. Ma in un momento in cui le risorse scarseggiano, le patologie croniche aumentano, il concetto di salute si è abbassato a un semplice concetto consumistico, facendo lievitare a dismisura la domanda, è proprio una buona idea tenere aperte queste strutture 24 h su 24 h?

Quinta domanda. Ma quanto previsto per le CdS non doveva essere

organizzato nei distretti sanitari? E questi che fine faranno? Certo sembra molto strano che pur non trovando risorse né economiche né umane per rendere efficienti i distretti si pensa a creare nuove strutture che altro non sembrano che dei doppioni.

I dubbi

Primo dubbio. Finché si lavorava da soli o in piccoli gruppi l'organizzazione del lavoro e le regole da rispettare erano semplici da applicare e da condividere, ma adesso con tanto personale in scena (si parla di 15 Mmg, più i medici di continuità assistenziale, più gli specialisti, più il personale infermieristico, più i tecnici della riabilitazione, più gli amministrativi, più gli assistenti sociali, e forse altro ancora), è giusto chiedersi chi detterà le regole. C'è sicuramente il rischio di essere "ingabbiato" in un contesto che somiglia molto di più al rapporto di dipendenza che di libero professionista. E l'Irap dovrò continuare a pagarla lo stesso? E se mi ammalo o vado in ferie? Dovrò continuare a pagarmi il sostituto? A questo punto sarebbe meglio passare al rapporto di dipendenza che ci tutelerebbe meglio.

Secondo dubbio. Mi chiedo se non si rischia di creare una struttura complessa e complicata, in cui dovrà pur esserci una gerarchia di responsabilità, che potrebbe entrare in conflitto di competenze con i distretti creando un aumento dei costi e confusione negli utenti.

Terzo dubbio. Cosa ci dà la sicurezza che queste strutture saranno in grado di intercettare la domanda inquadrata nei codici bianchi che

normalmente e impropriamente si rivolge ai Pronto soccorso degli ospedali. In tutta onestà, se faccio un esame introspettivo, pensando per un attimo di non essere medico, mi chiedo: ma se dovessi sentirmi seriamente male e non potendo contattare il mio Mmg, io cosa farei? Andrei in una CdS o in un Pronto soccorso dove si hanno tutti i mezzi per fronteggiare qualunque emergenza? La risposta mi sembra scontata; e in effetti è quello che normalmente avviene. Forse solo nei territori con un Pronto soccorso lontano la CdS potrebbe avere un senso.

Quarto dubbio. Viste le affinità mi chiedo quale sarà il futuro e il ruolo dei distretti e come si rapporteranno con le Case della Salute.

Il nostro Ssn, come tutti riconoscono, è tra i migliori del mondo e tra quelli che costano meno. Il Mmg ha ancora, nonostante tutto, una più che buona considerazione e un alto gradimento fra i cittadini. Ma allora dov'è il problema e perché tutti si accaniscono contro il Mmg complicandogli la vita, sovraccaricandolo di compiti e responsabilità, cambiandogli il modo di lavorare? Il fatto è che un capro espiatorio bisogna pur trovarlo; il Mmg è quello, dal punto di vista sindacale e contrattuale, meno tutelato, quello che a costi irrisori è disposto a digerire e a espletare con efficienza qualunque compito gli si affidi. Gli ospedali tagliano i posti letto? Bene, c'è il Mmg che sul territorio, con un piatto di lenticchie, si fa le ADI, le ADP, va nelle case di riposo, nelle RSA, e anche all'inferno se necessario, per seguire i suoi pazienti dimessi non ancora in condizioni stabilizzate. La spesa farmaceutica lievita? Bene, sol-

lecitiamo i Mmg a prescrivere i farmaci generici e a invogliare i pazienti a recarsi nei distretti per la distribuzione diretta dei farmaci più costosi. Bisogna fare una campagna di prevenzione? Bene, serviamoci del Mmg per comunicarlo alla popolazione, perché di lui si fida. Esempi con cui si potrebbe continuare all'infinito.

Ma i politici hanno fatto i conti di quanti soldi abbiamo fatto risparmiare al Ssn? E noi cosa abbiamo ricevuto in cambio?

Il problema è che noi non abbiamo nessuno che tiri acqua al nostro mulino, perché fin quando i vertici dei sindacati che ci rappresentano non saranno in grado di capire la base e di opporsi con determinazione alla visione miope e demagogica che i politici hanno della sanità, noi saremo sempre trattati di conseguenza. Non sarebbe stato più logico e anche più proficuo in-

vestire già sull'esistente? Se si vuole far lavorare meglio e con più efficienza il Mmg allora lo si metta in condizione di lavorare con serenità, visto che nonostante tutto ha dato prova di saperlo fare con merito. Lo si doti di personale di studio che possa almeno aiutarlo nel disbrigo delle incombenze burocratiche e nel lavoro di routine, perché possa avere più tempo da dedicare ai suoi pazienti, senza teti e senza lunghe attese come avviene adesso. Si studino delle modalità perché possa sottrarsi al ricatto dei pazienti e alla paura di perderli. Si faccia controllare eventualmente il suo operato da parte del distretto, come doveva essere, togliendogli di torno la Guardia di Finanza che non ha i parametri giusti per giudicarci. Lo si incentivi su progetti veri di salute e non solo di risparmi di spesa e finalmente si paghi il Mmg come si con-

viene alla dignità di un libero professionista. Sarebbe ora che la politica capisse che i risparmi vanno cercati nella lotta agli sprechi e che il territorio si governa solo se è la nostra esperienza a decidere le scelte.

Penso che finché esisterà una separazione contrattuale e di inquadramento con i medici ospedalieri la nostra situazione non è destinata a migliorare. Quando si apre un tavolo di trattative non si può separare ospedale e territorio, perché così facendo gli uni non conosceranno e quindi non capiranno mai i problemi e il lavoro degli altri. Solo quando si troverà una suddivisione dei compiti e degli obiettivi condivisi, un giusto equilibrio tra i due comparti, in maniera che si capisca che i malfunzionamenti dell'uno inevitabilmente ricadono sull'altro, forse sarà più facile uscire da questa situazione.