

Il nucleista pentito: ovvero come i dubbi non finiscono mai

I tempi dei cambiamenti della società occidentale post industriale hanno subito un'accelerazione tale da ritrovarci immersi in una vera rivoluzione sociale e culturale globalizzata che va di pari passo con l'evoluzione della medicina e con la trasformazione dell'assistenza sanitaria. Ma i tempi della politica e del suo fare sono inversamente proporzionali a tale accelerazione, così ci si accorge che progetti partoriti come innovativi e non ancora a regime risultano già desueti

Incetti di salute e benessere hanno subito in questi ultimi anni continue trasformazioni. Dalla richiesta di livelli essenziali e uniformi si è passati infatti a quella di livelli ottimali di assistenza sanitaria. Di conseguenza anche la percezione che il cittadino ha della sanità è in continuo mutamento, tale da rendere necessaria una grande riforma dell'assistenza.

Solo poco più di un anno fa ero uno degli entusiasti firmatari dell'accordo Regionale dell'Emilia Romagna per la medicina generale. Nel frattempo, transitando anche attraverso alcuni accordi locali, ha iniziato a maturare un certo revisionismo nella visione generale dell'organizzazione territoriale del nostro laboratorio regionale (il Centro Studi Programmazione Sanitaria -CSPS- del Sindacato dei Medici Italiani della Regione Emilia Romagna) di ricerca e sviluppo per il progetto cure primarie.

Utap, Ncp, Case della Salute, ecc. sono nati e sono stati perfezionati da progetti già superati in virtù dei loro fisiologicamente lunghi tempi di realizzazione. In ogni caso dopo due anni di confusione generale, a livello ministeriale, non siamo riusciti a vedere una proposta organizzativa decente a una situazione in continua evoluzione, ma che, in ogni caso, non è in grado di sopportare ulteriori carichi di lavoro territoriali.

■ Si chiude una stagione

Si chiude comunque la stagione del ministro Livia Turco, caratterizzata dall'aver avuto una serie d'intenti e di spunti interessanti che tali sono rimasti, purtroppo e in ogni caso. Troppa la confusione, le incertezze, le interferenze: alla fine la Casa della Salute e quant'altro ogni tanto saltasse fuori dal cilindro, rimaneva un progetto che ogni volta abortiva sul nascere. Il mi-

nistero di Livia Turco potrebbe essere ricordato, suo malgrado, come quello dei "progetti nati morti". Rimane in ogni caso intelligente la convergenza della Salute e del Welfare.

Devo sicuramente ammettere di non credere di avere un ricordo totalmente soddisfacente di nessuno dei ministeri degli ultimi anni della sanità prima e salute poi. Insuperabile, in negativo, Girolamo Sirchia e la sua politica minimalista dei vecchietti "surgelati" nei centri commerciali per combattere il caldo.

In merito alla recente conferenza di Bologna sulle cure primarie, come tanti altri opinionisti sanitari, credo che questo tipo ormai obsoleto di convegni, in questo caso fortemente voluto dal ministero, sebbene egregiamente organizzato senza risparmio di mezzi dalla Regione bissoniana, rischi di essere una riedizione di una rappresentazione ereditata dalla forzata reiterazione di dieci anni di eventi simili sempre pianificati con uno schema standard, segno della difficoltà reale di riuscire a dire o inventare qualcosa di nuovo, ricordando comunque come le situazioni di politica sanitaria ci stiano rapidamente cambiando sotto gli occhi con una velocità impressionante e come di conseguenza richiedano un continuo adeguamento di una velocità progettuale che invece viene contrassegnata con un valore che di poco si scosta dallo zero segnato dall'indicatore di un immaginario tachimetro sanitario.

■ Una macedonia

Il progetto territoriale è di difficoltosa messa a punto e la sua realizzazione è gravata da ritardi operativi fisiologicamente appartenenti al sistema altamente autoreferenziale tipico del nostro impianto aziendale sanitario. Il modello proposto ultimamente è un ibrido britannico

con influenze spagnole, dove i medici d'Oltremania stanno strombazzando a tutti la morte da sovraccarico di lavoro di quel "giocattolo", mentre i medici iberici hanno organizzazioni territoriali incompatibili con le nostre.

Qualche idea fissa però rimane e lo abbiamo visto nell'ultimo decreto di riordino legato alla legge Finanziaria. Tra queste quella più ridondante è la cosiddetta "h. 24": un modello che immagina che il cittadino possa trovare l'ambulatorio del proprio medico aperto per tutto l'arco della giornata. Logicamente la sanità, sotto la spinta di varie esigenze socio-sanitarie sta evolvendo anch'essa molto rapidamente, ma pure già camminando nel futuro, non possiamo pensare che tutto quanto ha caratterizzato la sanità fino ad ora sia da buttare via. Da questo assioma partono alcune mie riflessioni su quello che è, che è stato, e che sarà il servizio sanitario, pensando che forse la soluzione migliore potrebbe essere un misto dei tre mondi possibili, presente, passato e futuro.

Fermo restando che avere il proprio medico di fiducia a disposizione sempre parrebbe veramente un'idea accattivante, almeno nell'immaginario del cittadino medio ("al tuo ambulatorio come al supermercato"), ci sono alcuni aspetti che creano molte perplessità. Nel modello emiliano, a livello di contratti locali, intanto, si devia purtroppo dal disegno richiesto ai medici di medicina generale dall'assessore Giovanni Bissoni, in termini di risposta ottimale dell'assistenza quale quella accentrata in un luogo topografico ben individuabile (leggi ambulatorio della medicina di gruppo) e spicca la fuga dal gruppo nella direzione della rete, che però non sarebbe in grado di offrire proprio quella risposta assistenziale (ipotizzata secondo il disegno regionale e da questa richiesta) al cittadino che solo un ambulatorio sede di un gruppo potrebbe dare. Questo effetto provocato dai gruppi in rete di ambulatori turnati come farmacie (anche se permette di esigere l'incentivo) farebbe vagare il cittadino alla ricerca di un'assistenza disseminata su vasti territori che quindi non perseguirebbe assolutamente l'obiettivo politico e assistenziale bissoniano. Teniamo presente che, a parere di molti, soluzioni ancora in voga nel nostro territorio come le cooperative di Mmg e altre, sono invece già morte e sepolte a causa delle mutate esigenze di servizi delle medicine di gruppo, che hanno bisogno della customizzazione dei servizi piuttosto che della loro massificazione.

In ogni caso, con l'intenzione di alzare il livello dell'assistenza da quella essenziale a quella ottimale, nella ricerca dell'*optimum*, ovvero l'assistenza "personalizzata", si corre il rischio di cadere in quella superflua se non addirittura

patologica. Mi spiego meglio: l'assistenza superflua è quella non necessaria, quella patologica è quella determinata da una tale offerta esagerata di sanità che degenera inducendo, a causa di questa assistenza inutile (intesa come possibile spreco), il cittadino a essere in ogni caso non solo un assistito, ma comunque un paziente o peggio un malato (ammalato per forza a causa di un eccesso di assistenza).

■ Da medico di fiducia a medico di turno

Inoltre l'evoluzione della medicina territoriale sta distruggendo quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia e l'accettazione della stessa, esistente tra il medico e il "suo" paziente oppure, se vogliamo invertire i termini, tra il cittadino e il "suo" medico. La malattia, soprattutto se cronica, cambia le persone e ne modifica i ruoli, sociali e familiari, alterando in ultima analisi l'ambiente del vissuto a tal punto che l'individuo non è più lo stesso. Il paziente cerca nel medico di famiglia il conforto, il consiglio necessario, fino ad affidarsi completamente ad esso negli stati estremi di malattia, fino quasi a diventarne dipendente: purtroppo questo rapporto altamente peculiare (vero punto a favore e politicamente forte del medico di medicina generale) non si potrà mai esaurire del tutto nel "medico di turno", sia esso generalista, di guardia medica od ospedaliero, tanto che anche in ospedale (la situazione che più depersonalizza il rapporto fiduciario personale che avviene in questo caso tra paziente e struttura) il cittadino tenta sempre di riaccedere a quei medici che lo hanno già trattato.

■ Qualità e tempo dedicato

L'offerta prestazionale del medico si dovrebbe basare più sulla qualità delle risposte e del tempo dedicato al singolo paziente piuttosto che sulla quantità del tempo complessivo che tale medico può mettere a disposizione di un'offerta di sanità che diventa più demagogica che realmente di qualità: qualità e tempo dedicato sono purtroppo parametri tendenzialmente incongruenti. Il malato inoltre desidera generalmente la privacy e preferirebbe, anche in virtù di questa, accedere ad ambulatori poco affollati con tempi d'attesa minimali, ma dove il medico gli dedichi quel tempo necessario a soddisfarlo dell'assistenza erogata. Ma per una vera assistenza territoriale, in ogni caso, occorrerebbero dei presidi medici capillari sul territorio e quindi una grossa presenza territoriale di medici, incrementando le figure specialistiche territoriali, nonché il numero di infer-

mieri altamente specializzati, anche, perché no, con compiti prescrittivi, per non parlare di tutto il supporto psico-sociale richiesto da una popolazione stressata dalla depressione e dall'invecchiamento.

Molti osservatori di settore qualificati stanno facendo marcia indietro anche sul ruolo del medico, ritornando all'antico, rivedendo quelle posizioni che vorrebbero i medici come piccoli "manager" di se stessi, figure che corrono il rischio di rimanere ingessate dalle aziende e dai loro incorporamenti e che, a causa del controllo del personal budget, si sentono sempre più ingabbiati nel dovere limitare le risorse prescrittive per risparmiare su farmaci e su esami. Misure queste a cui l'utente si dimostra insofferente, dichiarandolo attraverso la voce di varie associazioni di cittadini e consumatori, come ben si evince da articoli sui giornali o da programmi televisivi dedicati. Sarebbe invece auspicabile attingere a maggiori risorse: ci vogliono più medici, sul territorio come in ospedale, ci vuole più forza lavorativa; forse il medico deve riacquistare la patrimonialità clinica per governare realmente il territorio, offrendo quella consistente capacità insita nella propria professione e cioè indagare, visitare, diagnosticare, impostare la terapia e il monitoraggio clinico e guarire.

■ Il miraggio degli incentivi

I carichi di lavoro generati dagli incentivi, peccato originale della contrattazione sindacale, sono ormai arrivati a livelli tossici per il medico stesso. L'incentivo è una grossa sbornia di lavoro che sblocca delle risorse economiche, più dal punto di vista virtuale che reale: il budget potenziale in tali condizioni è sempre altamente sovrastimato a quello reale, anche se, purtroppo, ritenuto attendibile. Esiste quindi un errore di fondo: l'incentivazione è un meccanismo studiato con la funzione di assicurare disegni di qualità, ma il cui accumulo progettuale, nel tempo, ha portato di fatto ad una massificazione del lavoro, con il risultato che, all'aumento del guadagno, è corrisposto un accrescimento drammatico della mole di lavoro ad esso correlato, con la relativa perdita della qualità in funzione della quantità delle diverse prestazioni offerte. Tutto questo proprio mentre al medico di medicina generale viene richiesto un grosso sforzo territoriale al fine di rappresentare una funzione di reale e attiva capacità di gestione e interdizione territoriale verso ospedale e Pronto soccorso. Per riuscire in questo intento è necessario anche innalzare la capacità diagnostica e terapeutica del territorio attraverso un aumento della tecnologia a disposizione dell'ambulatorio

del generalista. Ma un'aumentata capacità diagnostica significa per il medico di medicina generale un ulteriore alto dispendio di energie in quanto ciò comporta un aggiuntivo aumento delle responsabilità di lavoro territoriale. L'aumento del carico dei pazienti in quota pro capite ai medici implica inoltre un impoverimento del presidio sul territorio, che aggiunto al fenomeno della medicina di gruppo, e dalla fisiologicamente insufficiente risposta data dalla medicina in rete (col fenomeno del paziente "errante") lascia paradossalmente sguarnite ampie zone di territorio, che andrebbe comunque rafforzato: in poche parole se scegliamo la rete si faccia in modo che sia almeno a piccole maglie. Se pensiamo che la domanda di sanità, a causa di molteplici e conosciuti fattori, è in costante aumento, ci possiamo rendere conto della complessità dell'intero quadro.

Detto ciò il rischio è che il medico potrebbe veramente trovarsi in crisi di prestazioni dovuta all'aumento del numero di pazienti e alla richiesta di interventi qualificati che egli deve eseguire sullo stesso paziente, con la possibile perdita di qualità che ne consegue in funzione della quantità delle diverse prestazioni offerte. E più il livello locale dei medici è elevato, più c'è da temere che l'aumento di lavoro possa danneggiare la performance.

■ Potenziare il territorio

Il razionale dell'organizzazione del territorio è quindi il potenziamento dello stesso, attuabile attraverso il rafforzamento del presidio territoriale sanitario, disegno che può avverarsi soltanto con l'aumento delle forze a disposizione dello stesso, a cui si deve unire un'accresciuta possibilità clinica e riabilitativa, la capacità diagnostica e di monitoraggio attraverso la tecnologia e l'operatività offerta dalla telemedicina, dove comunque vi sia un'opportuna preparazione e formazione delle figure sanitarie, psico-sociali e familiari implicatevi e dove preparazione e formazione siano possibili anche per lo stesso paziente. Il monitoraggio, in questa ipotesi, diviene un telemonitoraggio che usufruisce di centri di controllo e intervento sotto la supervisione del team di supporto coordinato dal medico.

Abbiamo quindi bisogno, *in primis*, di un accresciuto numero di medici sul territorio immettendo forze nuove attraverso una politica di riassegnazione delle zone carenti, cosa che si sta trattando con mille difficoltà in ragione di una posizione protezionistica dell'area. Ma, poveri noi, umili sindacalisti del Sindacato dei Medici Italiani: *"non lasciarsi ingannare è la più grande delle sventure"*, diceva Erasmo da Rotterdam.