Nella professione c'è la soluzione al nostro disagio

Sono un assiduo lettore di *M.D.* e mi spiace constatare che moltissimi colleghi sono affranti, "stufi" della deriva della medicina generale nel nostro Paese. Sono moltissimi quelli che affermano di non vedere altra possibilità se non la tanto attesa pensione, che non ci sono altre vie di uscita se non quella di lasciare la convenzione il più presto possibile. Ebbene, io mi permetto di affermare che così facendo sbagliamo.

La medicina generale italiana è tra le migliori al mondo, ma, del resto, come la società tutta, si deve evolvere. Ed è su questo punto che dobbiamo confrontarci, al di là dei sindacati o della politica, dobbiamo ricercare dentro la professione la via di uscita da questa *empasse*.

Il mio modesto parere è che senza una medicina generale organizzata, evoluta, senza un territorio "finanziato" a dovere, siamo destinati a scomparire, all'estinzione, come i dinosauri, poiché come loro non avremmo saputo evolverci con il tempo. Ma d'altro canto i finanziamenti (e giustamente) ce li dobbiamo guadagnare: non è più tempo di una medicina generale autoreferenziale, arroccata sulla difensiva di una convenzione che dovrà essere profondamente rivista. Penso sia giunto il momento di finirla di piangerci addosso e impegnarci per rendere visibili quei contenuti professionali che permettano alla medicina generale italiana di compiere quel salto di qualità che servirebbe per renderla appetibile ai finanziamenti del Servizio sanitario nazionale. Solo così renderemo visibile lo spreco del denaro pubblico, l'erosione di risorse per ospedali per la maggior parte inefficienti e inefficaci, e potremmo riappropriarci delle mansioni proprie del Mmg (rapporto fiduciario medico-paziente, prendersi carico in toto delle cronicità, percorsi comuni e fattiva collaborazione con il sociale).

Una società che sta invecchiando a vista d'occhio ha assoluta necessità in ambito sanitario di un medico di medicina generale preparato, capace, efficiente ed efficace. Possiamo anche discutere su argomenti marginali della professione (certificati di malattia, ticket di accesso in studio e per le visite domiciliari), tra l'altro molti, secondo me, impopolari e mai attuabili, ma il vero nocciolo del problema rimane la figura del Mmg: cosa facciamo? Ci inventiamo un nuovo modo di pensare e attuare la professione, o continueremo a lottare fra di noi per 1-2 pazienti, a discutere se è meglio soli o in gruppo e non ci accorgeremo che il precipizio è vicino?

Certo i problemi sono tanti (accesso alla convenzione, massimale, ecc.), ma penso che una vera, seria e profonda riflessione sulla nostra attività vada fatta, tutti insieme, perché tutti insieme (con i nostri pazienti) saremo ascoltati dalle aziende sanitarie e dalla politica. Ne sono sicuro.

Paolo Bodoni
Medico di medicina generale, AIMEF
Coordinatore gruppo di cure primarie
Brandizzo (TO)

Per arginare gli sprechi bisogna ripensare il sistema

Nel suo intervento sugli sprechi, l'approssimazione e la confusione nel "pianeta sanità" (*M.D.* 2009; 33:14), il collega Carlo Padula esordisce ricordando il tentativo fatto negli anni Novanta di razionalizzare la rete ospedaliera chiudendo i piccoli ospedali, ma fa notare che "*tali e tante furono le proteste dei cittadini e di molti amministratori locali che, a conti fatti, furono più le intenzioni che le reali ricoversioni dei nosocomi*".

Non conosco la realtà della Regione Lazio e in particolare della provincia di Latina, dove risiede il collega, ma conosco la situazione della Regione Lombardia e in particolare della mia Provincia, quella di Lecco. In provincia di Lecco c'erano cinque ospedali, tutti di buon livello, soprattutto i nosocomi più piccoli (e dò il mio giudizio con l'esperienza di chi ha lavorato negli ospedali inglesi e francesi e conosce un po' anche la realtà americana). Di questi ospedali oggi ce ne sono solo due. Le cose sono andate in modo praticamente uguale nella confinante provincia di Sondrio.

Anche senza antipatiche allusioni alle vicende dell'ostruzionismo popolare alle discariche e ai termovalorizzatori, probabilmente c'è un diverso clima civico-politico nelle diverse Regioni d'Italia. La fedele esecuzione degli ordini governativi ha però generato dalle nostre parti un'incongruenza che non può essere avvertita là dove la maggior parte dei piccoli ospedali è stata conservata. Mi riferisco al fatto che, dopo pochissimi anni dalla soppressione di quegli ospedali troppo piccoli per essere clinicamente ed economicamente efficienti, si è prima auspicata e poi realizzata la creazione di "micro-ospedali" sotto forma di Case della Salute, di Unità territoriali per l'assistenza primaria (Utap), di associazioni semplici e complesse di medici convenzionati.

Nelle Regioni che avevano "disobbedito" all'ordine di chiudere i piccoli ospedali, questa nuova evoluzione della medicina "pubblica" ha rappresentato e sta rappresentando un'ulteriore sorgente di sprechi, senza però alcuna contraddizione logica con la loro "disobbedienza".

Nelle Regioni che hanno drasticamente ridotto il numero dei loro ospedali, lo scivolamento verso le Case della Salute, le Utap e l'associazionismo ha rappresentato e rappresenta una palese contraddizione non solo economica, ma anche di principio.

Mi rendo conto che questi discorsi sono estremamente difficili da far comprendere e da far accettare nell'ambito di una professione che

sta combattendo per la sua sopravvivenza. Ma le prospettive sono ancora peggiori se teniamo conto delle differenze civico-politiche fra Regione e Regione.
Gli sprechi comunque non hanno origine solo nella cattiva educazione sanitaria della popolazione. I pazienti, male informati dai media, possono chiedere tutto quello che vogliono, ma se non c'è nessuno ad accontentarli, di sprechi non se ne possono fare. La soluzione però non è *"la riscoperta di valori imprescindibili"*, né *"una condotta irreprensibile"* e, secondo me, nemmeno possono essere *"decisioni rapide e ragionate"*, come suggerisce il collega Padula. Se i valori imprescindibili, la condotta irreprensibile e le decisioni rapide e ragionate non ci sono più, può anche darsi che un loro ritorno possa migliorare le cose, ma il problema è e sta proprio nel domandarsi perché non ci sono e come fare, se è possibile, per fare tornare tali valori. Auspicarli solamente non basta.
Mi permetto sommessamente di suggerire che tutti questi grandi principi non ci sono perché semplicemente non possono esserci, in quanto sono in contrasto connaturato e insanabile con l'attuale sistema di medicina di primo livello gratuita per i pazienti e con pagamento a quota capitaria per i medici. Oltre tutto, se prima la mancanza di un freno economico al consumismo sanitario dei cittadini era parzialmente compensata da una certa difficoltà di accesso allo studio medico, aperto poche ore al giorno e di accesso alle prestazioni successive, soggette a un piccolo percorso di guerra burocratico, adesso la parola d'ordine è "apertura dello studio dodici ore su ventiquattro" (se non addirittura ventiquattro ore su ventiquattro) e massima comodità e celerità di accesso a tutte le successive prestazioni specialistiche. Gratis, comodo e veloce: ma chi volete che ne faccia a meno, anche se non ne ha bisogno? L'unico modo serio di arginare gli sprechi è ripensare criticamente tutto il sistema, partendo da veri studi di efficacia sui farmaci, molti dei quali non sono meglio e forse sono anche peggio in termini di efficacia di medicamenti omeopatici, passando per una valutazione delle reali capacità diagnostiche degli esami strumentali e di laboratorio, molti dei quali sono al livello del "pendolino" e della ricerca delle intolleranze alimentari sul capello, per finire con una revisione dell'opportunità di inserire ancora oggi, nel ventunesimo secolo, l'erede del medico condotto fra i pazienti e gli specialisti. In sostanza il nostro sistema sta pagando cifre da capogiro per dare agli assistiti servizi sulla cui efficacia tutti giurano, ma senza che nessuno ne abbia mai fino in fondo raccolto le prove.

Antonio Attanasio
Medico di medicina generale
Mandello del Lario (LC)