

Il Ssn, i medici e l'efficienzismo

Il convincimento che sembra dominare i vari consessi politici, amministrativi, sindacali che si occupano di sanità pubblica è che non sia governabile ciò che non è misurabile. Tale idea è anche diventata l'unico polo magnetico che orienta e attrae ogni iniziativa o provvedimento in sanità con ripercussioni letali sulla pratica medica

Carlo Iannotti

Medico di medicina generale
Benevento

La *clinical governance* è diventata un'ossessione dominante anche per i nostri sindacati. Intendiamoci, è legittimo rispondere alle analisi dei bisogni e dei costi ed alla determinazione di indicatori di efficacia che la Parte Pubblica va implementando con analisi sindacali consimili. Ed al sindacato ciò serve anche per fare opportune valutazioni di politica sanitaria. Quello che non va bene è appiattirsi su una visione esclusivamente efficientista. Tal genere di visione non si può applicare pedissequamente all'attività quotidiana del singolo medico quando implementa un percorso diagnostico-terapeutico di uno specifico paziente. Nella sua pratica clinica, il medico infatti utilizza unicamente la bussola di procedimenti ben codificati da linee guida scientifiche e profondamente radicati dagli insegnamenti universitari. Non altro. Non si avvale certamente di *benchmark*, indicatori di efficacia, costi standard, ecc. Intanto sulla stampa specializzata si sfornano ogni giorno farneticanti proposte neoefficientiste, articoli e approfondimenti sulla valutazione e sulla misurazione della *performance* organizzativa ed individuale dei Mmg. Si discute sui migliori indicatori di efficacia e di *benchmark* con i quali valutare medici e processi di cura. Il sindacato non può cadere in una trappola che accetta il teorema sottinteso: "se le risorse non bastano è perché il medico non agisce con la dovuta appropriatezza". Perché in tal modo finiremo per ipotizzare

corsi sui "profili patologici dell'attività prescrittiva".

Il fenomeno messo all'indice come causa di tutti i mali del Ssn è la variabilità prescrittiva. L'osservazione che i Mmg mettono in campo percorsi diagnostici e terapeutici assai diversi a fronte della medesima patologia è alla base del teorema che i medici sprechono risorse perché non sanno fare il proprio mestiere. Come si spiegherebbe altrimenti lo "scandalo" che a fronte della medesima malattia alcuni spendono più di altri? Ma se l'interrogativo è privo di senso ancor più inadeguato è lo strumento statistico utilizzato per trovare la risposta sulla variabilità dei comportamenti dei medici. "Esiste il malato non la malattia", recita una massima che è parte integrante dell'insegnamento della Medicina coniata al fine di rammentare sempre che nessun caso è mai simile ad un altro, né per rilevanza clinica né per contesto. Insomma attenzione a non dimenticare che i grandi numeri sono solo la somma di singoli casi, ma nulla dicono di ciascuno di essi.

Le definizioni diagnostiche hanno una valenza accademico/nosografica più che clinico/terapeutica. Perciò le analisi statistiche non possono servire - come qualcuno pretenderebbe - per determinare a priori standard di comportamenti medici. Se il sindacato è acquiescente su questo punto i medici rischiano di diventare dei veri e propri dispensatori automatici di PDT determinati a priori e lo farebbero sotto la propria responsabilità. Sarebbe ora di sostenere a gran voce che non è





possibile azzerare la variabilità prescrittiva, ma bisognerebbe anche che questa sia rivendicata quale indice di buona pratica clinica. Sostenuti da "tecnici" compiacenti, l'impudenza degli amministratori è arrivata al punto di tentare la legittimazione di un modello che, di fatto, vorrebbe separare la professionalità medica dal professionista che la esercita, imponendo l'applicazione acritica e pedissequa di PDT, devoluti e standardizzati dalla politica. Il paradosso è che un ruolo medico così impietosamente misconosciuto potrebbe essere legittimato nel rinnovo dei prossimi contratti. Il risultato? Medici espropriati della propria professionalità, maestranze esecutive (e non pensanti) del Servizio sanitario nazionale.

► Il rischio

In questa attuale situazione di disagio professionale, non vorrei che il "ruolo unico" possa diventare funzionale ad una perniciosa visione fin qui descritta. È vero, i tempi sono brutti e bisogna avere il coraggio di porre sul tavolo nuove proposte. Ma in che direzione andiamo? Io non lo so esattamente, ma temo di poterlo prevedere dal vento che tira.

A mio modesto avviso è invece ora di dire basta alla mistificazione del Mmg come costoso fattore di produzione, ridotto alla stregua di una macchina banale e anonima, tanto piccolo e marginale, magari da controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue

funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali. Sacrosanta è allora la richiesta di ridefinire ruolo e responsabilità del medico, di attribuire ad organismi, veramente rappresentativi dei professionisti, reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e vincolare il *management* aziendale nelle scelte tecniche. Almeno fino a quando una rinata classe medica riuscirà a imporre nuove procedure di selezione e verifica delle carriere non discrezionali, autoritarie e vincolate - a cominciare dalla nomina dei direttori di struttura - al puro rapporto fiduciario con il direttore generale. Ma la mia è solo una riflessione di un dinosauro.