

Riformare sì, ma senza stravolgere

In un Ssn in declino chiediamo ai responsabili politici di non gettare via le scialuppe di salvataggio e ripotenziare gli ospedali che sono al collasso. Quanto all'assistenza territoriale il paziente l'ha riscoperta, forse l'ha sempre apprezzata, confidiamo che i politici non la stravolgano. Va bene così, meglio non cambiarla se farlo vuol dire depotenziarla o eliminarla

Giuseppe Mittiga
Medico di medicina generale, Roma

Da decenni tecnici, politici e sindacati affermano che il nostro Ssn deve uscire dall'ottica "ospedalocentrica" e ristrutturarsi attorno alle cure primarie e domiciliari in particolare in riferimento alle patologie croniche. Roboanti dichiarazioni da più parti promettono un'assistenza h 24 che già esiste: progetti locali, quasi mai di portata regionale e mai nazionale reinventano qualcosa che già c'è. Il dibattito sull'assistenza h 24 ha comunque veicolato il messaggio che il Mmg è un medico a cui i cittadini possono rivolgerci anche per qualcosa che a loro appare urgente. Bisogna però fare i conti con la crisi in senso generale, il taglio dei posti letto ospedalieri, il blocco del *turn over* e altri provvedimenti che di fatto hanno avuto ripercussioni considerevoli sull'assistenza primaria e sui professionisti che la esercitano. Per esplicitare meglio questo pensiero, descrivo tre episodi accaduti di recente nell'esercizio della mia attività di Mmg.

1. Paziente maschio over75 con polipatologia viene in studio per dispnea e tosse: gruppo di rantoli sonori basali dx, polipnea, saturazione ossigeno 92%. Reputo utile un Rx torace, per cui lo invio in Pronto soccorso. Mi guardo bene dal suggerire al collega cosa fare, ma descrivo il caso. Il paziente torna alla mia attenzione con un'emo-gasanalisi negativa e senza Rx. La tosse però persiste e a sue spese esegue un Rx torace che evidenzia una polmonite franca. In ragione della sua età e delle patologie, dispongo un ricovero che l'assisti-

to rifiuta per sfiducia nella struttura ospedaliera dove si è recato in precedenza. Le terapie che gli prescrivo non danno però i risultati immediati sperati e dopo 48 ore il mio paziente riesce a ottenere un ricovero recandosi in un altro Pronto soccorso.

2. Paziente femmina over80 in terapia anticoagulante orale accusa persistenti dolori addominali per i quali si è recata ben due volte in Pronto soccorso, ma senza beneficio. Eseguo visita domiciliare, e per non praticare terapie "alla cieca", chiedo in urgenza una ecografia che i sistemi di prenotazione riservati al Mmg non riescono ad erogare e che quindi viene eseguita a pagamento. Il referto evidenzia una massa renale.

3. Paziente femmina over65, ipertesa mi telefona dal Pronto soccorso dove si è recata per cefalea, vertigini e valori pressori 200/110 mmHg. Aspetta da troppo tempo, sta già andando via e mi chiede cosa fare. Le dico di recarsi subito da me e che avrà la precedenza sui pazienti in studio. La valuto, la tratto e la controllo tra una visita e l'altra, la trattengo in studio finché la PA non si è stabilizzata su valori consoni (135/85 mmHg), ci vedremo a breve per approfondire. La paziente preferirà poi consultare il suo cardiologo di fiducia che non modifica la mia terapia e che richiede ulteriori accertamenti che ovviamente non nego.

In conclusione, basta tagli, e soluzioni locali regionali, serve una rivisitazione nazionale e complessiva del nostro sistema sanitario.