

# La babele sull'assistenza primaria e la mutazione della medicina generale

*Tutti gli attori della sanità formulano impeccabili dichiarazioni di principio, sostenendo che è ora di travalicare l'ottica della contingenza, ma alla resa dei conti propongono soluzioni tanto provvisorie quanto pasticciate*

**Carlo Iannotti**  
 Medico di medicina generale  
 Benevento

**A** quasi tredici anni dalla riforma costituzionale del Titolo V siamo passati da uno a ventuno servizi sanitari diversi che garantiscono solo livelli difformi di assistenza, di spesa e di retribuzioni.

A proposito di soluzioni, tutti gli attori della sanità formulano impeccabili dichiarazioni di principio, sostenendo che ormai è ora di travalicare l'ottica della contingenza, ma poi propongono soluzioni tanto provvisorie quanto pasticciate. Non penseremo certo di affrontare i problemi alla radice con l'h24, Ucp o Aft o con i team territoriali, la cui costruzione somiglia più ad un esercizio di ingegneria intellettuale che a una realtà implementabile. Un tale pasticcio di compiti, funzioni e ruoli che - al di là degli illusori benefici - realizzerebbero solo un supermercato dove la sanità somiglierebbe sempre più ad una babele.

Se i modelli organizzativi dell'assistenza primaria debbono essere coerenti con gli obiettivi preposti, prima di archiviare definitivamente il vecchio modello di medicina generale (MG) bisognerebbe concordare sugli obiettivi del nuovo modello da costruire. Bisogna allora convincersi che cronicità ed urgenza non sono la *mission* della medicina generale. La *mission* che ha decretato l'innegabile successo del vecchio modello di medicina ge-

nerale *made in Italy* è quella più ordinaria, ma non meno importante ed efficace, della "assistenza longitudinale e delle cure continue basate su un rapporto fiduciario costruito nel tempo sulla figura di un consulente unico" (E. Mola - Smi).

Se la medicina generale non riesce più a dare le risposte adeguate che un tempo dava alla domanda di salute del territorio, come potrebbe farsi carico di ulteriori compiti e funzioni quali quelle proposte per "urgenza e cronicità"? La medicina generale, poi, non potrà mai competere con l'ospedale per la gestione della vera emergenza/urgenza e la chiusura di molte sperimentazioni regionali ne sono la prova evidente.

La carenza di una dotazione tecnologica di base e le figure specialistiche limitate per tipologia ed ore di presenza ne farebbero solo una brutta copia delle vere strutture di urgenza/emergenza. Né i medici di medicina generale hanno, onestamente, la cultura e l'esperienza per praticare una efficace urgenza/emergenza. È inutile, oltre che demagogico, far credere che le Ucp o le Aft possano ridurre, per via della disponibilità oraria e della multi-professionalità, peraltro solo futuribile, i codici verdi/bianchi intercettando una parte di quelli che attualmente affollano in modo improprio Pronto soccorso. Bis-

gna anche avere il coraggio di dire che questi codici sono attratti in Pronto soccorso per l'esorbitante offerta di prestazioni tecnologiche, in tempi rapidi, senza code agli sportelli, incombenze burocratiche varie e pagamento di ticket. È la classica induzione della domanda da parte dell'offerta, di cui poi le strutture di Ps sono le prime a pagare gli effetti in termini pratici di sovrappollamento, auto-indotto ed inconsapevole, in un classico effetto perverso sistemico. Il problema perciò non si risolve mutando la medicina generale in continuità assistenziale h24. Perché di questo in realtà si tratta. Quanto alle gestione delle cronicità, invece, bisognerebbe avere il coraggio di dire che la paventata emergenza, discendente dall'allungamento della vita media, è un problema di natura socio-assistenziale e, perciò, un problema di *welfare* più che un problema sanitario. Non si possono più avalare proposte elaborate nella cornice di questa confusa visione di cronicità ed emergenza. Non possiamo più permetterci l'incapacità di maturare e non scegliere una visione coerente della sanità. È ora di osare e proporre un radicale cambiamento.

### ► Confusione e paradossi

Quello che emerge dalle numerose proposte configura una vera e propria babele. C'è chi invoca per la medicina territoriale il riconoscimento di status di "piccola impresa *start up*" per accedere ad agevolazioni fiscali, detassazioni, detrazioni, incentivi, dimenticando che tutto ciò tanto mal si accorda con una visione pubblica

di sanità. Molte sono le domande che sorgono al riguardo. In primo luogo, il medico non ha nel suo bagaglio competenze manageriali. E se non le acquisisse sul campo cosa accadrebbe alla sua impresa *start up*? Come si concilia la gestione dell'impresa con la *mission* di cura dei suoi assistiti? E che dire dell'associazionismo forzato tra medici "imprenditori"? Si è mai sentito parlare di imprenditori che non scelgono i propri "soci"? Come si può immaginare una cooperazione tra pari, in assenza di un coordinatore istituzionale? E se i medici di medicina generale si autogestissero verrebbero forse abolite le aziende sanitarie? Verrebbero liberate risorse con la dismissione di quel personale che non avrebbe più nemmeno una formale ragione di esistere? La verità è che non si può più tentare di conciliare l'inconciliabile. Considerate le condizioni disastrose nelle quali versa la sanità italiana, bisognerebbe avere il coraggio di dire apertamente che è ormai tempo di scegliere tra una Sanità pubblica e una Sanità privata senza tergiversare con pronunciamenti di assistenza selettiva e esigenza di sanità integrativa.

Virare sul privato, non dimentichiamolo, ha già riguardato altri comparti pubblici come "Poste" e "Ferrovie": quando la politica ha finito di saccheggiare irreversibilmente un settore lo ha dismesso al privato. Certo con una sanità che rappresenta dal 70 al 80% per cento del Pil regionale sarà difficile che la politica "molli l'osso". Senza considerare l'enorme potenzialità di controllo del territorio che offre la gestione della sanità pubblica. Come potrebbe-

ro i proposti "autocontrollo ed autogoverno", che ben si accordano con un modello di Sanità privata, sposarsi con la "rendicontazione" che è proprio del modello di Sanità pubblica? Non è più il tempo di alimentare la crescita di mostri burocratici che dovrebbero impiegare tutte le proprie energie e risorse per autogestire il proprio funzionamento (e finanziamento) quanto piuttosto l'ora di salvaguardare la *mission* della medicina territoriale che è quella di assistere il cittadino ammalato.

Nelle condizioni attuali è del tutto fantasioso pensare ad un modello secondo il quale il futuro dei Mmg dovrebbe consistere nel cercare, pagare e gestire organizzare a proprie spese dei locali di gruppo dove gestire h12/16/24 una ventina di medici, inclusi gli addetti alla continuità assistenziale, in cui surrogare ogni genere di attività medica: assistenza ordinaria, a domiciliare, specialistica, urgenza, emergenza, oltre ad attività di formazione ed affiancamento dei giovani medici, senza contare le attività di *governance* oggi demandate alle Asl quali il coordinamento del territorio, ivi incluse le valutazioni di *performance* attraverso un collegio del territorio. Non si dimentichino, infine le incombenze imprenditoriali con i costi di acquisto, gestione e manutenzione di: strumenti diagnostici, locali, arredi, computers, reti, sistemi informatici, ecc.

Come se non bastasse questa ingestibile babele è stata considerata una opportunità utile a dissipare "la confusione tra chi ha responsabilità dirette assistenziali e chi si occupa di committenza".