

Riforma e mutazione genetica della medicina generale

Il recente dibattito sulla bozza dell'atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione in medicina generale ha avuto il pregio di rendere ancor più esplicita la babele che ha investito la riforma dell'assistenza primaria e che sta per mutare definitivamente ruolo e funzioni della medicina di famiglia nel nostro Paese

Carlo Iannotti
 Medico di medicina generale
 Benevento

Tutte le soluzioni finora messe in campo per ristrutturare l'assistenza primaria partono da analisi che presentano dei vizi di fondo e che riguardano: la irreperibilità del Mmg h24 ed il conseguente intasamento dei Pronto soccorso; l'aumento esponenziale delle cronicità; la sostenibilità del Ssn. Per quanto concerne la non disponibilità dei Mmg nelle 24 ore e il conseguente intasamento dei Pronto soccorso sostenere che si tratta di un falso problema. Per il passato, nei giorni prefestivi e festivi, il Mmg è stato sempre sostituito, nella sua attività, dai medici di continuità assistenziale e dal 118, secondo un modello che per anni ha dimostrato di funzionare. Se ultimamente i Ps si intasano ciò è causato dalla carenza di personale dovuto al blocco del turnover. Sono anni che per ogni medico che va in pensione la pianta organica perde ben tre unità operative. La soluzione del problema va risolta perciò all'origine. Obbligare, invece, il Mmg a lavorare h24 equivale soltanto a trasformare il suo rapporto fiduciario con il paziente che lo ha scelto, in un rapporto orario con la Asl. Non si tratta di vuota nostalgia per un rapporto paternalistico. Chi lavora da anni sul territorio sa bene che il paziente ha assolutamente bisogno di riferirsi ad un medico che ha meritato la sua fiducia sul campo dimostrando negli anni di essere - a suo giudizio - affidabile e capace. Distruggere questa relazione fiduciaria equivale a: condannare il sistema ad

una crescita esponenziale di esami e consulenze inutili; trasformare il cittadino-utente in una trottola impazzita alla ricerca di una improbabile sintesi nel coro di pareri dei vari specialisti. Senza contare i guasti e gli sprechi della inevitabile medicina difensiva che i medici "non fiduciari" saranno costretti a mettere in campo.

► L'aumento delle cronicità

In merito alle proiezioni di crescita dell'invecchiamento della popolazione con conseguente incremento della fragilità e della non autosufficienza non bisogna millantare, ma bisogna avere il coraggio di dire che tali questioni rivestono il carattere di problema sociale e perciò previdenziale, non già sanitario. La nostra esperienza di Mmg ci ha già dimostrato ampiamente che anche l'istituto dell'assistenza domiciliare (programmata o integrata) troppo spesso si infrange sull'assenza di figure parentali che possono assistere socialmente il familiare non autosufficiente. Spesso bisogna dialogare con una badante ignara della lingua, o fare i conti con l'assenza di un interlocutore che avvii una pratica di assistenza a domicilio, un profilo glicemico domiciliare, se non il semplice acquisto di farmaci. La verità è che mancano sul territorio strutture intermedie di assistenza per lungodegenti e un piano di welfare per persone non autosufficienti. È ora di dire basta a questa commistione surrettizia dei problemi di assistenza sanitaria con quelli di previdenza e

welfare. C'è più che mai necessità di scelte nitide che definiscano quanto e dove lo Stato vuole investire.

► La sostenibilità

Il nodo della sostenibilità non è venuto al pettine all'improvviso. L'ingerenza della politica nella programmazione sanitaria ha avuto il suo trionfo nella modifica del Titolo V. I dati dimostrano che, da allora, la spesa sanitaria è semplicemente raddoppiata a fronte di risposte sanitarie sempre più carenti. Basti pensare alla "grande incompiuta" dei Lea. Che dire poi della gestione sempre più allegra e miope delle aziende sanitarie? Ci lamentiamo sempre della pervasiva invadenza della politica, ma continuiamo a tenere le nostre rimozioni in "sordina" per un malinteso senso di realismo sindacale. La verità è che dopo tangentopoli la politica non ha fatto ammenda, ma ha mostrato i muscoli. Non dimentichiamo al riguardo quanto accaduto nella Conferenza delle Regioni del 21 giugno 2012 presso la Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e sull'efficienza del Ssn. Ebbene quel giorno le Regioni hanno avuto l'improntitudine di sostenere che *"la discrezionalità assegnata ai direttori generali delle aziende sanitarie regionali, in qualità di privati datori di lavoro, implica necessariamente un carattere fiduciario degli incarichi apicali"*. È stupefacente definire i direttori "privati datori di lavoro", dimenticando che maneggiano denaro pubblico. Il dramma è che a denunciare questa deriva non si leva alcuna voce, da nessun sindacato, da nessuna istituzione medica. Anzi queste ultime troppo spesso vi fanno da sponda. Se i sindacati vorranno continuare a conservare la rappresentatività dei propri iscritti vi potranno riuscire solo

attraverso scelte radicali, coraggiose ma - soprattutto - facilmente comprensibili dalla maggior parte dei medici, tali da intercettare il loro diffuso malcontento. Certo i più saggi di noi potrebbero eccepire mille motivazioni per sostenere credibilmente l'opportunità di continuare su posizioni politiche moderate. Ma penso che non vi sia più spazio per sostenerle.

► Quale futuro?

Al momento tre sembrano i sentieri che possiamo percorrere: il primo ci riporta alle mutue, il secondo alla dipendenza, il terzo alla privatizzazione. Dovremmo avere il coraggio di spingere i sindacati a sceglierne uno. Sono assolutamente pervaso dal convincimento che solo strutture semplici e snelle come quelle rappresentate finora dalla miriade di presidi territoriali dei Mmg risultino vincenti rispetto a qualsiasi struttura complessa. Sono più gradite, più economiche e più gestibili. La storia lo ha già ampiamente dimostrato. Per andare avanti basterebbe guardarsi indietro. Considerare modelli del passato, preferibilmente a quelli antecedenti la legge 833 del 1978 che ha segnato l'ingresso dei politici nella gestione della sanità pubblica. Basterebbe opporsi alla gara in corso tra chi ipotizza costruzioni sempre più complesse e faraoniche con l'evidente scopo di candidarsi alla loro *governance*. Tra il medico ed il paziente non è necessario che si frappongano altri attori. Qualcuno sostiene che questa posizione sia motivata da inerzia al cambiamento dovuta a *deficit* culturale. Io sostengo invece che il pregresso successo della medicina generale italiana traeva ragion d'essere dal fatto che il Mmg operava come un sarto di "capi sartoriali" cuciti, di volta in volta, addosso al suo

paziente. Se per evoluzione culturale si deve intendere il passaggio alla realizzazione di "capi da confezione" per di più su modelli disegnati da altri (leggasi amministratori), sostengo che non si tratta di evoluzione. Se poi l'h24 o altri modelli di costruzioni territoriali complesse passeranno, finiremo per non realizzare più nemmeno l'abito da "confezione" per intero, ma solo una manica od un colletto.

Il decreto Balduzzi, ormai legge, ci obbliga a orari e mansioni sempre più vicini a quelli di un rapporto subordinato senza averne le garanzie normative e retributive. In prospettiva le nostre mansioni e le nostre competenze sembrano espandersi senza confini. Un simile contesto legittima l'aspirazione alla dipendenza. Ed è proprio per questo che ormai non risulta più così peregrina l'ipotesi di reclamare il passaggio alla dipendenza dei Mmg. Non si tratta di una motivata voglia di deresponsabilizzazione, ma di una vera e propria crisi di identità e di ruolo portata all'esplosione. Ma c'è un terzo scenario in agguato, il meno desiderato, ma il più probabile: la completa privatizzazione del Ssn. Somiglia molto alla prima soluzione e non è detto che sia la meno auspicabile. Per il passato le mutue private hanno dato prova di buon funzionamento. E comunque rappresentano certamente l'unico modo per sottrarre il Ssn dalla cattiva gestione della politica. Il dualismo pubblico/privato non è poi più sostenibile. Così come non è più credibile che la strada della loro possibile convivenza sia quella di aumentarne la competizione in modo virtuoso e positivo, riducendo gli spazi di inefficienza. Il perché lo sappiamo tutti. Il motivo del fallimento di questo modello è che "il privato" italiano è unico nel suo genere: privato nei profitti, ma con denaro pubblico.