

Saffi Giustini

Medico di Medicina Generale

Domande birichine ...

Antefatto. *Alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra paziente e un team di professionisti preparati e motivati. Ma c'è anche l'impegno di amministratori e politici nel sostenere le trasformazioni strutturali del sistema sanitario [GM].*

“Non saprai mai da cosa ti ha salvato la tua sfortuna” (da “Non è un paese per vecchi” dei fratelli Coehn) ovvero “Non ci sono soldi per potenziare l'assistenza territoriale”.

E questo in tutte le Regioni, quelle in regola con i conti e quelle con i piani di rientro e oltre. Ma in tutte le Regioni e in ogni ASL la parola d'ordine dei DG (direttori generali) è tagliare gli sprechi, ridurre i posti letto, diminuire le prestazioni specialistiche, tenere (“trattenere”) il malato al proprio domicilio e quindi ... forza medici di famiglia, forza medici di medicina generale (MMG).

Tuttavia al di là del fatto che la borsa / i titoli rialzano la testa e lo spread stia scendendo come il tasso di inflazione (“fu vera gloria?”) persone sensate e oneste possono pensare che sia sostenibile/credibile/accettabile che un comparto (quello della Medicina Generale – MG) da solo debba/possa sostenere il finanziamento di tutta la sanità territoriale?

In Toscana ad esempio si sostiene che altrimenti non si potrà finanziare la sanità di iniziativa?

Vero (?!), non ci sono risorse per finanziare una delle trasformazioni/cambiamenti/modificazioni forse epocali senz'altro fondamentali della organizzazione sanitaria, quella della integrazione multiprofessionale e dell'empowerment del cittadino nella presa in carico dell'epidemia della cronicità.

Se non si realizzano/costruiscono le “condizioni per operare un cambiamento che vada al di là dell'inutile dualismo ospedale-territorio, è difficile centrare un obiettivo. Forse dobbiamo pensare a un programma che costruisca una prospettiva diversa da quella attuale (I.C. 2012).

Ed è allora realistico/fattibile/verosimile che la MG possa finanziare con un contributo e uno sforzo che non ha precedenti il taglio di... anta milioni di € sulla spesa farmaceutica, già in calo in Toscana con una cifra pro capite che è l'ultima fra quelle regionali?

Oltre ad altrettanti... anta milioni di € sulla diagnostica? Non so in altre regioni come siano messi gli abboccamenti degli accordi integrativi ma è probabile che le trattative siano simili.

Nello stesso momento in cui si diminuiscono i posti letto negli ospedali con l'invito/il consiglio/la parola d'ordine “non ospedalizzate e tenete a casa i malati soprattutto quelli cronici” e nel contempo si bloccano per due mesi gli interventi chirurgici di elezione, già gravati di liste di attesa di qualche mese.

Sostenibile?

Ma dove è la novità antispreco? Inserire il motivo per cui chiedo “Eco addome superiore” et al.: ma non è forse già obbligatorio inserire la motivazione in una richiesta di esami diagnostici?

“La stretta sulla prescrizione della diagnostica sarà sulle indagini molto costose” – scrive il Corriere della Sera di qualche giorno fa. Da qui, la scelta di dare una limata alle prescrizioni. Potranno sottoporsi a questi esami, dunque, solo coloro che rientreranno in una

casistica che gli esperti stanno finendo di stilare (“speriamo che ci siano dei MMG nel gruppo di esperti ...”).

Un esempio: niente più TC o risonanza magnetica solo per un dolore al ginocchio: in particolare a chi, per età, ha fisiologici problemi alle articolazioni.

Che ci sia da razionalizzare molta parte della diagnostica soprattutto per immagini è cosa nota da tempo.

Come lo è quel fenomeno chiamato “medicina difensiva”, che alimenta ed è alimentato dal ricorso a prescrizioni inutili o comunque ridondanti.

Tuttavia (“ancora”) tutto questo necessita di alcune spiegazioni/precisazioni/delucidazioni e di una forte revisione culturale fra MG e specialistica, fra MG e avvocatura, fra MG e magistratura e di una grande campagna di stampa verso l'opinione pubblica ancora purtroppo incline a considerare “gli esami come la condizione sine qua non” di una efficacia presa in cura e in carico.

E allora è ragionevole/tollerabile/ammissibile che il comparto della MG da solo debba sostenere il finanziamento di tutta la sanità territoriale?

Il *Chronic Care Model* – anche nella sua declinazione toscana – offre più di un'opportunità nella costruzione di strategie di partnership tra pubblico e privato (*come già avviene in alcune ASL anche Toscana*) su obiettivi/programmi/ricerche di esito intermedio, concordati, condivisi e trasparenti: anche questo può risultare un elemento di ulteriore interesse nella prospettiva di ottimizzare la spesa.