



Ecco perché l'organizzazione della Medicina Generale deve cambiare subito. La dura lezione del COVID-19

Una letteratura sterminata accompagna da mesi la pandemia COVID-19, costata sinora circa 27 mila miliardi alle economie del mondo.

Su di essa abbiamo letto e scritto di tutto. Spesso in fretta e analizzando dati sommari e imprecisi.

Le riviste internazionali di medicina e scienza hanno anteposto l'immediatezza alla tradizionale cautela e controllo delle fonti e dei dati.

Le conoscenze scientifiche sono giunte, logicamente, quale conseguenza di esperienze e tentativi di diagnosi, terapia, gestione clinica di COVID largamente empirici.

L'empirismo, il prova, sbaglia e impara, ha dominato la scienza, le professioni e assai largamente l'organizzazione sanitaria.

Delle tre quest'ultima ha sofferto la mancanza di metodo manageriale che caratterizza in gran parte le politiche sanitarie nazionali e regionali del nostro Paese.

Esprimo il parere che la reazione delle componenti cliniche sia stata di gran lunga più tempestiva ed efficace delle soluzioni politiche e organizzative.

I medici hanno maggiore abitudine al metodo scientifico. La legge 24/2017, inspiegabilmente e troppo presto dimenticata, non si applica alla pubblica amministrazione. Il rispetto delle linee guida sembra tutelare i cittadini dall'errore medico. Mai o quasi mai dall'inefficienza della pubblica amministrazione.

La considerazione che una catastrofe di dimensioni inimmaginabili fosse imprevedibile è profondamente vera. Che le reazioni a tali situazioni catastrofiche debbano essere affidate alla improvvisazione è tuttavia fallace e pericolosa. La linea di comando e controllo dei sistemi sanitari è spesso imperfetta, ma i suoi principi fondamentali sono codificati e noti.

Se uno solo dei comparti del SSN è escluso dal coordinamento dell'organizzazione e dell'allocazione delle risorse, quel comparto diventa totalmente inefficiente. Se tutto il sistema sanitario ospedaliero viene pur faticosamente portato a livello di sicurezza con dotazioni progressivamente adeguate e le strutture del territorio restano inesorabilmente escluse dal processo di ammodernamento, dotazione, allocazione di strumenti, risorse sanitarie e umane, l'anello debole paretianamente cede e subisce paradossalmente l'accusa di inefficienza e talvolta di disinteresse e menefreghismo.

Al contrario, grazie all'istintiva reazione dei medici di famiglia, sono miracolosamente avvenute alcune reazioni culturali e organizzative che costituiscono i presupposti strutturali di una nuova, riformata, diversa e ripensata strutturalmente Medicina Generale.

Dobbiamo contrapporre a quello attuale un nuovo progetto, fatto di una visione lucida, rigorosa. Un progetto profondamente radicato e integrato alla realtà di una moderna comunità, dei suoi bisogni e delle sue aspettative di salute e che non ha bisogno e non vuole minimamente un medico sportellista di un Centro Sanitario.

Dobbiamo proporre un modello di integrazione forte, convincente, fatto di competenza clinica e di ricchezza relazionale, fondato su una solida organizzazione del lavoro di équipe.

How to cite this article: Cricelli C. Ecco perché l'organizzazione della Medicina Generale deve cambiare subito. La dura lezione del COVID-19. Rivista SIMG 2020;27(4):3-4.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Dobbiamo superare il concetto di uno o più dottori, qualche infermiera e un po' di personale amministrativo spacciati per organizzazione di un team.

Se il modello di riferimento resta ancora quello del Regno Unito, a esso dobbiamo avvicinarci funzionalmente.

Innanzitutto una prammatica di come si lavora insieme, in cui i numeri sono la conseguenza delle funzioni. Oggi la Medicina Generale britannica occupa quasi 200 mila addetti. Solo 45.869 sono GPs [*General Practicioners*, in italiano medici di medicina generale (MMG)].

Il resto è composto da infermieri (24.121), da personale amministrativo non clinico (97.213) e da personale addetto all'assistenza domiciliare (20.622).

In totale 3,1 unità di personale per ogni medico. L'aggregazione di uno studio medico varia da 3 a 7 medici a seconda delle realtà locali, con valori di clientela che vanno da 5.500 a oltre 10.000 assistiti per aggregazione. In pratica, un team di 5 medici comprende un gruppo di collaboratori – sanitari e non – di circa 15 unità. Quanto questo dato numerico coincida con l'efficienza e la qualità professionale è oggetto di un altro ragionamento.

Ma è evidente che questo rapporto di un addetto alle cure primarie ogni 500 assistibili è un dato consolidato e non contestabile.

Questo dato è peraltro inferiore al rapporto tra personale medico, amministrativo, tecnico e infermieristico di una struttura specialistica, pari a un multiplo di 5-10 volte tale rapporto.

Ma il vero tema in discussione non è fatto di numeri e di quantità.

L'efficienza e l'efficacia di un sistema sanitario poggiano su criteri diversi dal semplice rapporto tra costi generali, numero di addetti e prestazioni erogate – *output* –.

Il vero tema è l'utilità di un comparto del sistema sanitario in rapporto ai bisogni evolutivi di quella società, in quel Paese, nella prospettiva delle attese di salute e dell'evoluzione epidemiologica delle malattie.

E, una volta per tutte, sulla qualità dei risultati clinici – *outcomes* – in rapporto agli obiettivi di sistema.

La Medicina Generale moderna è fatta di aggregazioni di reti informatiche e di comunicazione digitale, di divisione di compiti e funzioni, di organizzazione del team di cure, di dotazione tecnologica, infrastruttura informatica, capacità di relazione con la clientela e il territorio.

Questa Medicina Generale analizza, si organizza e si adatta ai bisogni del suo territorio. Si specializza in persone.

Non sta dietro un bancone ad aspettare che una sofisticata ed esigente organizzazione sociale si adatti a una centralistica organizzazione burocratica.

Questa Medicina Generale non può essere sostituita a piacere da un sistema in cui è il servizio sanitario ad attendere e dare risposte (magari anche ben integrate) all'interno delle sue strutture.

Un ospedale del territorio, non travestito da cure territoriali, ma con un'anima ospedaliera e da Sanità Pubblica.

Si confrontano in realtà due distinte, differenti modalità d'interpretare il ruolo moderno del cittadino nei confronti dello Stato e dei suoi sistemi.

Il primo modello pone al centro lo Stato e le sue istituzioni, con le sue regole, le sue farraginosità, la sua burocrazia, le sue gerarchie e le sue dipendenze di carriera dalla politica.

Il secondo, quello della Medicina Generale, è moderno e risponde all'inversione del paradigma delle complesse società del nostro tempo.

Un medico della persona, specializzato in persone, non un impersonale operatore salariato.

Una nuova Medicina Generale ripensa innanzitutto il suo rapporto con il suo interlocutore che è lo Stato, ma focalizza la sua visione sul suo "cliente" privilegiato che è il cittadino.

(da <https://www.ripartelitalia.it/intervento-claudio-cricelli-presidente-societa-italiana-di-medicina-generale-ecco-perche-lorganizzazione-della-medicina-generale-deve-cambiare-subito-la-dura-lezione-del-covid-19>)