There must be another way

Ignazio Grattagliano
SIMG vice-Presidente

Tutti noi sappiamo bene che per praticare una Medicina Generale di buon livello non basta più dotarsi di buona volontà, di molta pazienza, di grandi capacità relazionali, di organizzazione, di programmazione.
Servono interventi strutturali, personale infermieristico e amministrativo, acquisizione di competenze professionali e manageriali.
La riorganizzazione delle cure primarie prevista dal DM77 e dal PNRR prevederebbe di dare ai MMG gli strumenti per lavorare in modo diverso rispetto all'attuale: strutture di riferimento in cui poter eseguire diagnostica strumentale di base, poter espletare funzioni di medicina preventiva incluso le vaccinazioni, supporto da parte di infermieri di famiglia e personale di studio.

Tutti noi siamo consapevoli che gli elementi puramente strutturali, su cui da anni ormai si dibatte, sono condizione necessaria ma non sufficiente per garantire che il sistema delle cure primarie si faccia carico realmente dei problemi delle persone assistite ed eroghi una quota significativa ed appropriata dei processi di cura. E' altresì necessario che gli operatori (in primo luogo i MMG) si dotino delle opportune competenze accedendo ad una adeguata formazione, non solo pre-convenzionamento, periodicamente aggiornata, come avviene in molti altri Paesi Europei.

Lo hanno scritto e dichiarato più volte sia il Presidente Cricelli che il Presidente Rossi: da tempo le nostre cure primarie, così come erano state definite negli anni '70, non rispondono più in modo adeguato alle mutate esigenze di tutela della salute e di assistenza medica, per cui si rende necessaria una rivisitazione della Medicina Generale che inizi da una formazione erogata con metodologie idonee a far acquisire ai MMG le giuste ed aggiornate competenze da mettere poi al servizio degli assistiti attraverso moderni ed efficaci sistemi organizzativo-assistenziali.

Siamo consapevoli tutti che l'insieme di questi processi non può dipendere solo da noi!!!

Abbiamo provato in tanti a cecar di far comprendere ai nostri amministratori politici della sanità che non è possibile immaginare una riorganizzazione del nostro SSN pensando di adattare al territorio le stesse regole, gli stessi requisiti, gli stessi modelli, gli stessi indici di valutazione degli ospedali.
Ma non ci siamo riusciti. Ci sarebbe da chiedersi: e se invertissimo l'impostazione e pensassimo di governare gli enti ospedalieri come fossero territori, quali sarebbero i risultati? Si continua a immaginare di poter ingabbiare la sanità territoriale tra i muri di vecchie strutture ospedaliere così che sia più difficile che "i polli possano fuggire dal pollaio". Si continua a voler analizzare il comportamento prescrittorio dei medici di famiglia con il sistema dei silos (tanti pazienti, tante confezioni di farmaco, come se ad esempio i diabetici fossero tutti uguali con le stesse necessità, con la stessa intensità di cura, con lo stesso peso assistenziale, e senza considerare il fattore socio-economico). Si continua a non voler programmare in tempi utili le campagne vaccinali stagionali (non è dato sapere in tempi utili nè quando l'inizio nè quando la consegna, nè quale vaccino, nè quanti vaccini verranno consegnati).
Si continua a far spostare il MMG per chilometri per brevi riunioni decisionali (vedi UVM) in distretti ASL con sede fuori paese e con perdita di tempo utile da impiegare diversamente, mentre tutto il resto del mondo si riunisce in video-call.

All'avvicinarsi della scadenza del PNRR e delle prossime elezioni regionali, prende forma addirittura l'assurdo, che avviene in alcune ASL in cui viene chiesto ai MMG la disponibilità, dietro un semplice invito verbale, a trasferirsi dai propri studi in ambienti ASL o Comunali, già adibiti in recente passato ad altri usi (scuole, ospedali,

uffici,...) senza che gli stessi MMG conoscano la progettazione minima degli ambienti, quali strumenti ci sarebbero e con quale personale.
Pur di accontentare l'opinione pubblica e giornalistica raccontando che le Case di Comunità si stanno realizzando.
Quasi fossero i MMG dei soggetti deportabili, spostati dalle proprie case (studi medici) in altri luoghi senza sapere se la scrivania, il pc, le sedie, il lettino gli verranno dati o dovranno portarseli dai propri studi. Per non parlare dell'assicurazione degli assistiti e del personale transitante in quegli ambienti, di quali collaboratori, di quali sistemi di filtro e di guardiania mettere in atto per garantire sicurezza e disciplina in luoghi dove potrebbero potenzialmente ritrovarsi alcune centinaia di pazienti afferenti a diversi MMG contemporaneamente presenti in una mezza giornata.
Come se fossimo venditori ambulanti, con tutto il rispetto per il lavoro sacrificato e rischioso, spostati da una piazzetta ad un'altra. Probabilmente continua ad imperare l'idea di identificare i MMG come prestatori d'opera e nella fattispecie di prescrizioni mediche e non come professionisti della salute.
E se poi l'organizzazione e l'efficienza di queste pseudo Case della Comunità non dovesse raggiungere gli standard immaginati ma mai dichiarati (quale riduzione percentuale di accessi ai PS?, quale abbattimento percentuale di liste d'attesa?) il rischio sarebbe molto alto per i MMG di essere additati come responsabili del fallimento!!

Ci deve essere un altro modo per far comprendere che la strada non è quella.
E nel frattempo che ci si perde in questi miopi disegni politici, non si tiene conto del fattore tempo. E proprio su questo a volte mi fermo un attimo, e rifletto su cosa sta accadendo negli ultimi anni nella nostra professione. L'innovazione tecnologica sempre più veloce, la dematerializzazione delle prescrizioni, la compilazione dei certificati online, i sistemi di comunicazione che cambiano rapidamente, le agende elettroniche introdotte e diffuse da aziende informatiche, l'affacciarsi dell'intelligenza artificiale che si sta rapidamente affermando.

Oggi l'assistito ha diversi canali attraverso cui entrare in contatto con il medico (telefono fisso e cellulare – incluso quelli della segretaria - , e-mail, whatsapp, altri social per chi li ha, e di persona presentandosi in studio con/senza appuntamento).
Diceva un collega, in pensione da qualche anno, che non sarebbe stato più in grado di gestire tutto questo e di resistere. Ma ormai lo ammettono anche i più giovani MMG che, molto meglio di altri sanno passare da un canale ad un altro, che la pressione delle richieste da parte degli assistiti cresce di giorno in giorno come conseguenza di tanti fattori. Sarà anche aumentata la velocità dell'innovazione tecnologica, ma non ci si rende conto che il rapporto velocità di richiesta/attesa di risposta da parte dell'assistito, non può essere sostenuto dal sistema sanitario che non ha e forse non potrà mai avere la capacità di rispondere con la stessa velocità.
Il bilanciamento velocità di richiesta e di desiderata esecuzione di accertamenti e visite mediche, (sempre più pressanti da parte degli assistiti che immaginano il progresso dell'assistenza sanitaria anche come velocità di risposta ai bisogni sempre più numerosi, impellenti, motivati o no che siano) e la capacità organizzativa di fornire una risposta corretta ed appropriata a questa ondata di richieste, è basata sul rapporto delle potenzialità ricettiva/esecutiva.
Sullo squilibrio del suddetto rapporto delle velocità, in evoluzione nettamente e progressivamente crescente a livello del numeratore, si basa parte della crisi del sistema sanitario, cure primarie incluse, e che inderogabilmente contribuisce al problema delle liste d'attesa.
Su queste considerazioni/principi dovremmo cercare di far ragionare in fretta i nostri amministratori perché i «nostri ragazzi» stanno soccombendo tra la pressione crescente dei pazienti, che trova soluzione nel privato a basso costo/bassa qualità e la crescente regolamentazione burocratico-amministrativa dell'assistenza soprattutto nei confronti dei pazienti cronici e fragili che da recenti stime di gero-demografia raggiungeranno numeri insostenibili tra pochissimi decenni.

THERE MUST BE ANOTHER WAY...