

Il dibattito

Sta suscitando un ampio dibattito tra gli addetti ai lavori, l'editoriale del 9 febbraio sulla necessità di trovare risorse adeguate per continuare a mantenere gli attuali livelli del Sistema sanitario nazionale, la cui immagine si sta appannando per le difficoltà che i cittadini rilevano quando sperimentano le prestazioni offerte, soprattutto i tempi con cui vengono erogate. Un tema complesso, da cui è necessario lasciar fuori inutili populismi, che non giovano al dibattito. A questa pagina, ne seguiranno altre. Grazie fin d'ora a tutti coloro che sono intervenuti e che intervengono.

Puntata
3



COORDINAMENTO

La medicina del territorio poco coinvolta

Caro direttore, ho letto con interesse il suo editoriale dello scorso 16 febbraio sulla «salute» del nostro sistema sanitario e desidero fare alcuni commenti. Premetto che il mio punto di vista è inevitabilmente «Ospedale-centrico». Ho lavorato per 40 anni in Ospedali Pubblici del Nord d'Italia. Ospedali efficienti, l'ultimo in particolare con persone dotate di un'etica del lavoro speciale. L'episodio che lei riporta è esemplare per più di una ragione. È sintomatico di una condizione che sta portando gli Ospedali a «morire di Pronto Soccorso».

Come lei ha detto, la cura delle patologie tipiche della popolazione anziana aumenterà in modo esponenziale. E sarà a breve termine un ulteriore fattore critico per la sostenibilità del nostro Sistema sanitario nazionale, che il mondo ci invidia e va sostenuto. Dove possibile con risorse adeguate con un miglioramento della sua efficacia ed efficienza gestionale e organizzativa. In merito a questo ultimo aspetto «l'aneddoto» del suo editoriale mi sembra evidenti quanto sia limitata l'attuale capacità di coordinamento e indirizzo del sistema.

Gli Ospedali del privato accreditato, che rappresentano ora una percentuale significativa della offerta sanitaria, lavorano poco o nulla in rete con gli Ospedali pubblici. La medicina del territorio, che per definizione è la branca specialistica che si occupa in modo specifico di medicina di comunità, cure primarie e gestione delle patologie sul territorio in ambiente extraospedaliero, purtroppo integra poco o nulla l'attività ospedaliera.

Non poco pesa il fatto che i medici di medicina generale abbiano un accordo nazionale di «convenzione» con il Sistema Sanitario. Per motivare la mia analisi torniamo all'esempio che lei ha citato nell'editoriale. Un paziente che manifesta una riacutizzazione di una patologia cronica si rivolge correttamente alla Medicina di territorio. Viene visitato dal medico di medicina generale e quindi indirizzato a un Ospedale per essere rivotato e se necessario ricoverato. Il percorso seguito è stato logico, virtuoso e probabilmente necessario in un sistema che utilizzi al meglio le risorse di cui dispone. Il paziente invece, da come lei riferisce, in due successivi Ospedali non è stato visitato ma invece invitato a tornare a casa e ad utilizzare il



Come curare la sanità malata?

sistema regionale di emergenza urgenza. In breve a chiamare il 118. Cioè a fare un percorso illogico, vizioso e non necessario. Dobbiamo chiederci perché è successo. Perché un processo logico e virtuoso non è di fatto usuale? Perché non c'è una norma che allinea in modo chiaro questo percorso? Perché servono risorse strutturali, tecnologiche e soprattutto formative?

In altre realtà (una buona parte dei sistemi sanitari europei) accedono direttamente al Pronto soccorso soli i casi di effettiva emergenza urgenza, che rappresentano numericamente circa il 30% degli accessi ma oltre il 90% delle risorse impegnate. Tutti gli altri pazienti devono essere valutati dalla Medicina del territorio. Il medico di medicina generale può affrontare e risolvere una elevata percentuale di condizioni cliniche. Sono indirizzati al Pronto Soccorso di un ospedale solo i casi che richiedono una seconda opinione o un ricovero. In queste realtà la Medicina del territorio ha le risorse e le competenze per farlo e lo deve fare per contratto. Come nell'esempio dell'editoriale il paziente si presenta con una «ricetta rossa» o meglio ancora con una breve relazione dove si chiede una seconda opinione e se necessario un ricovero.

Al paziente dopo essere stato visitato e osservato al Pronto Soccorso dell'ospedale viene comunicato che è sufficiente modificare il dosaggio della terapia farmacologica senza ricorrere, in questo caso, ad un ricovero. Una relazione condivisa lo riassume alla Medicina del territorio perché venga assistito anche da altre figure professionali, quali un infermiere, utilizzando tecnologie in grado di monitorare a distanza l'ade-

sione alla prescrizione farmacologica (se il paziente assume in modo corretto la terapia prescritta) e alcuni parametri fisiologici (cioè se il paziente sta bene). In un «mondo perfetto» questa è buona medicina ed il paziente ne ha grande vantaggio. Ed è anche un migliore utilizzo di risorse e un risparmio oggi indispensabile. Soluzione non facile né per alcuni aspetti immediata? Sì, ma comunque indispensabile.

Grato per l'ospitalità, la saluto cordialmente

PROF. CLAUDIO CASTELLI

LA PREVENZIONE, UN OBBLIGO

Dobbiamo sapere che siamo tutti responsabili

Caro direttore, ho letto e riletto il suo editoriale di domenica 9 Febbraio sullo stato della sanità e ogni volta mi è rimasta la stessa sensazione di amarezza che non si è certo ridotta nel leggere l'editoriale del Prof. Garattini, sullo stesso tema. Dirigo una struttura sanitaria privata di cui sono titolare, nata probabilmente per rispondere alle esigenze di un servizio pubblico che sembra ritirarsi sempre più, giorno dopo giorno, dal delicato settore della Sanità. Dovrei essere insensibile a quello che lei scrive o limitarmi a trovare conferma nelle sue parole alle ragioni per cui ormai undici anni fa ho fatto questa scelta imprenditoriale. E poi passare oltre, a pensare agli affari miei. Non può funzionare così, però. Sono innanzitutto un cittadino e ho un'età tale che mi ha permesso di conoscere il sistema sanitario prima del 1980, anno in cui è stata attuata quella

straordinaria e illuminata riforma che ha permesso di rendere accessibile a tutti la cura e di rendere la salute una condizione più reale per qualsiasi persona, indipendentemente dalla sua condizione economica. Un sistema sanitario di cui andare orgogliosi per la sua valenza sociale, come scrive lei nel suo articolo. Un sistema che in questi quarant'anni ci hanno invidiato in tanti, primi fra tutti i molti cittadini stranieri, turisti, viaggiatori e lavoratori esteri che hanno avuto bisogno di ricorrervi. Di alcuni mesi fa, se non ricordo male, la lettera ad un giornale di quel diplomatico (o forse giornalista) americano che trovandosi nelle condizioni di dover ricorrere alle cure di un Pronto Soccorso, a Roma, si sentiva in dovere di testimoniare l'eccellenza delle cure ricevute senza avere dovuto spendere un centesimo, osservando come questo sicuramente sarebbe accaduto a chiunque altro, posto che lui non si era qualificato con i sanitari. Che io possa o meno trarne profitto nella mia attività professionale, lo spettacolo del declino - forse addirittura disfacimento? - che lei descrive e che io condivido, non può che ferirmi. Abbiamo avuto un'idea illuminata, non l'abbiamo saputa coltivare. In queste circostanze, la ricerca del colpevole è un esercizio sterile se non, quando vi siano ancora margini di intervento, per comprendere da che parte iniziare un'eventuale azione di recupero. Probabilmente i margini non ce ne sono più. Abbiamo un problema di risorse che lei espone con chiarezza in una situazione di debito pubblico che supera di gran lunga ogni limite di sicurezza. Se però qualcosa ancora si potesse fare, dovremmo cominciare col dire che di

fronte al sistema sanitario malato e forse agonizzante, chi è senza peccato scagli la prima pietra. Perché qui siamo responsabili tutti, direttore. Lo sono le istituzioni che ci hanno abituato ad attendere le tornate di nomina dei massimi dirigenti del servizio, assegnate in forza di questo o di quel peso politico. Lo sono quegli stessi massimi dirigenti che forse, in diverse circostanze, non sono stati capaci di difendere e valorizzare adeguatamente il patrimonio loro affidato, fatto di professionisti, di impianti, di strutture e anche di scelte necessarie per rispondere ai bisogni di territorio e cittadini. Responsabili lo sono in qualche modo anche i medici, fatte tutte le doverose eccezioni, naturalmente. A cominciare da quel medico di medicina generale che lei cita nel suo articolo e che richiede un ricovero urgente, con bollino rosso, per un problema che poi si sarebbe dimostrato trattabile, al domicilio, con un diuretico in più. O di quello specialista che in un Pronto Soccorso di una struttura pubblica cittadina, una ventina di anni fa, mi diceva che presto sarebbe passato al settore privato perché lì avrebbe guadagnato di più. Legittima aspirazione, intendiamoci, quella di una remunerazione maggiore. In questo contesto però, vista a posteriori, non mi pare che si sia dimostrata un'aspirazione lungimirante: il servizio pubblico si è andato via, via indebolendo e, con lui, però l'intero sistema. Non credo che in questa situazione, oggi, vi sia ancora chi possa assicurare stipendi maggiori tout court. Responsabili lo sono poi i cittadini, certo. Quelli che non hanno saputo comprendere e apprezzare il valore di un siste-

ma di cure unico per qualità e universalità. Quelli che di questo sistema hanno abusato e abusano quotidianamente, per esempio con un ricorso sconsiderato al Pronto Soccorso, portando le strutture di emergenza a condizioni di stress disumane per chi vi lavora e per chi ne ha veramente bisogno. Quelli che non si pongono il problema dell'adozione di comportamenti sani e orientati al benessere che tanto positivamente influirebbero sulla salute individuale e collettiva ma che, al contrario, affrontano il tema della sanità con modalità che mi verrebbe da definire un po' bipolari: da una parte, pretendendo di informarsi su Internet e, sulla base di quelle informazioni, di spiegare a medici e operatori sanitari cosa questi debbano fare e, dall'altra, di non porsi il compito di acquisire un'informazione corretta e di adeguare le proprie abitudini di conseguenza.

Si sa, da noi la colpa è sempre degli altri. Come diceva però uno straordinario professionista che proprio qui, a Bergamo, amava presentarsi come medico dei sani, il Prof. Alberto Calligaris: la salute è un diritto ma la prevenzione è un obbligo. Riduce problemi individuali, familiari e collettivi. Soprattutto riduce costi e dispersione di risorse.

Su quest'ultimo punto, però, mi lasci aggiungere che anche in questo le istituzioni, quelle locali in particolare, una loro responsabilità ce l'hanno. Quali sono le iniziative di educazione alla salute sul territorio e per i cittadini che vengono adottate da chi potrebbe farlo? Assistiamo da anni a organizzazione di incontri pubblici, di screening e addirittura di convegni aperti alla popolazione per fare prevenzione e formazione pubblica ma non mi pare che si tratti di iniziative che rientrino in disegni strutturati, pensati con una logica sequenziale e sinergica. Il più delle volte si tratta di iniziative isolate, prese su stimolo di questa o di quell'idea, di questo o dei quell'ente e sicuramente non coordinate tra loro.

Purtroppo per fare quelle sacrosante azioni di prevenzione di cui scrive il Prof. Garattini nel suo articolo, la pur encomiabile e qualificata Pagina della Salute de l'Eco di Bergamo non può essere sufficiente. E se è dalla prevenzione che dobbiamo (ma possiamo ancora?) partire, sarà forse il caso che su questa attività si cominci a fare progetti concreti da subito. Anche perché, se mai dovesse proprio accadere che il Servizio Sanitario così come lo conosciamo non dovesse farcela, la prevenzione diventerebbe proprio un'opzione irrinunciabile. Anche per le tasche dei cittadini.

PASQUALE INTINI