

Le cure primarie, il loro riordino e la deontologia del 3° millennio

Il carteggio generato dagli articoli del Prof. Ivan Cavicchi ha coinvolto a fondo coloro che si occupano di organizzazione sanitaria. Il Professore e collega perdonerà se non verrà continuamente citato in questo semplice elaborato che vorrebbe argomentare, in particolare, di cure primarie e di assistenza territoriale.

Lo stesso dicasi per il Prof. Stefano Zamagni. La medicina generale, a 40 anni dall'istituzione del SSN, richiede una riforma generale. Oggi alcuni mmg mostrano disagio professionale che si manifesta attraverso la sfiducia verso ogni azione o ideazione di filosofia politica sanitaria. Quelli vicino alla pensione sono portati ad un disinteresse quasi accidioso.

Le nuove generazioni desiderano invece fortemente entrare in un "sistema lavorativo" convinti di approdare all'interno di una professione che svolga anche il ruolo di classe dirigente di questo paese.

Nella realtà potrebbero ritrovarsi improvvisamente inseriti in una organizzazione agonizzante che in breve potrebbe arrecare delusione. I cultori della materia hanno formulato numerosi progetti al fine di dare vita a un nuovo patto-contratto tra i medici professionisti della sanità territoriale, i cittadini e il Servizio Sanitario Nazionale basandosi su una deontologia contestualizzata e una organizzazione del lavoro dove "ruoli e funzioni" potessero avere più importanza in favore del bene comune.

La mancata attenzione a questi suggerimenti di rinnovamento ha invece legittimato, nel dibattito generale, le narrazioni relative all'esternalizzazioni e alle privatizzazioni, considerate addirittura modelli da imitare (Gruppi di Cure Palliative, CreG, Provider, iniziative di CA e di ospedalizzazioni domiciliari private ed altre proposte organizzative territoriali mutate da esperienze nate oltre oceano in regimi assicurativi, strutturalmente diversi dal SSN italiano e protetti da brevetto).

Una interessante intuizione valutata dai colleghi veneti che prevedeva un rivisitazione delle cure territoriali fortemente ordinata intorno ad una moderna definizione dei fattori di produzione dell'assistenza è naufragata a causa di un pronunciamento del Ministero dell'Economia ripreso dalla Corte dei Conti (Corriere Veneto marzo 2018).

La Corte ha considerato l'innovazione organizzativa della medicina generale troppo costosa alimentando ulteriormente le argomentazioni relative all'esternalizzazione e alla privatizzazione.

Il 22 giugno 2018 all'Istituto Superiore di Sanità è stato presentato un documento che ha insinuato una "indiscreta" serie di perplessità su una materia considerata, fino a quel momento, solido modello organizzativo per una assistenza territoriale: il Manifesto per una autentica Casa della Salute (CdS) ha innescato non pochi dubbi sul tale esperienza.

L'idea originale (2007 e 2010) aveva creato molte aspettative poi non mantenute forse a causa di una demagogia amministrativa carente di vision, di mission e di progettualità. Come il "movimento" hospice/cure palliative è una caratteristica distintiva operativa della medicina generale prima di essere un luogo o una specializzazione così l'idea delle

CdS è innanzitutto una cultura multiprofessionale, multidisciplinare e multisettoriale (M&M&M) e solo dopo può diventare un logo o un luogo.

Delibere conservatrici e aristocratiche, avulse dal contesto e dalla personalizzazione delle cure hanno verosimilmente creato l'attuale criticità lontana da un welfare di comunità e da un processo decisionale affidato completamente al territorio.

Alcune CdS finalizzate ad ospitare i mmg sono state addirittura abbandonate in pochi mesi dai medici stessi; in altre CdS i mmg non sono mai entrati trasformandole di fatto in comuni poliambulatori; affermazioni che sostengono una maggiore funzionalità delle CdS "piccole-medie" a fronte di quelle definite "grandi" non sono supportate da nessun riscontro oggettivo in letteratura.

Restano evidenti invece le disparità assistenziali e professionali tra territori che possono usufruire di strutture CdS "medio-grandi" funzionanti e altri che non hanno nulla di tutto questo. Le ipotizzate o realizzate unioni tra aziende AUSL territoriali e Aziende Ospedaliere potrebbero tra l'altro far nascere la tentazione di ospedalizzare il territorio per risolvere annosi problemi nosocomiali.

E' noto come i territori non necessitino di accentramenti ma di capillarità, di strutture decentrate e periferiche, di gradualità degli obiettivi, di personalizzazione delle cure, di gestione del processo decisionale e di molto rispetto nei confronti del principio della libera scelta e del rapporto fiduciario.

Se così non sarà i giovani professionisti, in procinto di inserirsi nell'attività assistenziale (ricambio generazionale), non potranno immaginare un miglioramento lavorativo ed economico futuro. La forte criticità deontologica che ne deriva richiede un effettivo cambio di passo. E' infatti il medico di fiducia che in accordo e in co-operazione con il proprio assistito ha l'onore e l'onere di assisterlo quando è sano (medicina di opportunità o di attesa) oppure di attivare strategie di presa in cura (medicina di iniziativa) in caso di patologie acute o croniche, attraverso percorsi diagnostici/terapeutici/assistenziali (PDTA) che non hanno senso se restano protocollari ma acquistano valore aggiunto quando creano "relazioni" valoriali tra assistiti e curanti e tra i professionisti stessi (PDTA-R).

La riforma sanitaria più recente (Balduzzi 2012) pur essendo legge è stata disattesa pur non essendo mai stata abrogata. Il suo affastellato articolo 1 onnicomprensivo ma quasi incomprensibile ha richiesto, inutilmente, un commento esplicativo (Patto della Salute 2014). La carenza di norme potrebbe quindi aver convinto alcune regioni o aziende o OOSS a seguire elaborazioni arbitrarie poi materializzate in derivate organizzative.

Il privato ha affrontato la questione "benessere" optando per il welfare aziendale fenomeno che supera il pensiero unico collegato al PIL affrontando un nuovo modo di considerare la salute sociale ("Gross National Happiness Index" o Felicità Interna Lorda FIL).

Le cure primarie sono più affini allo sviluppo del welfare di comunità: è l'intera società del territorio che si fa carico del benessere dei suoi cittadini anche attraverso una sussidiarietà tra pubblico, imprese generatrici e società civile. Un SSN fondato sul welfare di comunità opera in modalità orizzontale e circolare e coinvolgere tutti gli attori

presenti sul palcoscenico assistenziale. E' messo in discussione il valore etico-deontologico e l'universalismo della sanità pubblica.

La prevenzione definita negli anni '60 primaria/promozionale, secondaria, terziaria/recupero potrebbe oggi essere integrata dalla teoria indicata negli anni '90 da Mrazek e Haggert più funzionale al paradigma bio-psico-sociale e al welfare di comunità: prevenzione universale/territoriale, selettiva, indicata.

Anche la definizione di benessere ha subito nel tempo modifiche importanti. Il welfare di comunità, come altri modelli, necessita senza dubbio di risorse ma queste potrebbero non essere necessariamente statali o regionali o aziendali ma appunto di comunità, autonome, di scopo o aggiuntive cioè derivate dall'economia reale fortemente motivata a collaborare in partnership con le istituzioni sanitarie (*Il Sole24Ore* del 15/04/2018) per rendere concreto e sostenibile un disegno di riordino territoriale diretto al massimo ribasso dei costi ma soprattutto al maggior rialzo della qualità e della trasparenza (reciprocazione). Desto quindi meraviglia il netto rifiuto manifestato da alcune regioni o aziende di sondare questa opportunità che potrebbe convogliare nell'assistenza pubblica nuove risorse.

Se il successo di un prodotto attrattivo e contestualizzato porta anche il consenso per dinamica cumulativa è anche verosimile l'opposto: un insuccesso perpetrato, un prodotto in declino, una mancanza di idee innovative inevitabilmente causerà una sequela di risultati catastrofici.

Nonostante questo il medico di medicina generale rappresenta ancora oggi il possibile prodotto innovativo di "rottura" per l'assistenza territoriale al più basso costo (anche in previsione del cambio generazionale).

Nella percezione delle persone il medico "di base" viene ancora considerato uno degli ultimi baluardi di un servizio pubblico rappresentato da uomini liberi che svolgono attività di servizio gratuito in favore di altri uomini liberi in un sistema che invece appare sempre più amministrato e meno gratuito.

Decisioni troppo staccate da un territorio difficilmente possono valutare la complessità con la conseguenza di alterare in partenza le decisioni. Chi ha a che fare con la salute e con l'assistenza non può rimanere lontano dalla clinica, deve essere autorevole e guadagnarsi una buona relazione quotidiana con i colleghi professionisti e con i pazienti.

E' necessario affrontare anche il concetto di meritocrazia ricordando che la risorsa più preziosa in campo socio-sanitario resta la meritorietà: le rendite di posizione danno origine a curriculum autoreferenziali che a loro volta determinano ruoli e funzioni che tendono più a gestire le problematiche che a risolverle.

Lo scientismo amministrativo ha influenzato negativamente anche l'identità del medico ponendolo paradossalmente proprio in una situazione di opposizione sociale quando la globalizzazione e la contrazione spazio-temporale hanno modificato questa nostra società che non va contrastata ma compresa per individuare ponti di congiunzione e modelli di collaborazione. Inoltre la mancanza di interlocutori e la regressività rendono tutto il sistema antieconomico.

Tale sistema è strutturalmente inadeguato ai bisogni bio-psico-sociali globalizzati e complessi delle persone e dei professionisti tanto da produrre output ed outcome non adatti ai contesti. Per questi motivi la prospettiva deve essere molto più ampia passando da una medicina basata sulle evidenze ad una forte presenza della medicina basata sull'esperienza. La salute è ormai un lungo e complesso percorso che si sa quando inizia ma non si sa come si svilupperà nel tempo.

Una amministrazione pubblica moderna, adeguata ad una realtà globalizzata, dovrebbe abbandonare la storica e superata funzione di comando e controllo ad ogni costo di derivazione verticale e gerarchica per passare a un ruolo di "enabling" (valorizzante i potenziali sociali di empowerment di auto organizzazione dei cittadini e dei professionisti orientati al valore fondamentale del SSN cioè all'universalismo).

Questo cambiamento di prospettiva si collega perfettamente al welfare di comunità entro il quale potranno essere individuati molti nuovi strumenti per il confronto e per l'attuazione di soluzioni condivise ed inclusive proprio perché le esperienze e le attività quotidiane attribuiscono valore alla convivenza sociale considerata premessa per ogni sviluppo sostenibile se concretamente trasmissibile.

L'insieme di tutti i valori di riferimento dell'assistenza territoriale di base (equità, qualità, meritorietà, trasmissibilità, consenso, apprendimento, autonomia, integrazione) sono fondamentali in quanto proteggono il sistema da possibili derive elitarie. Il nostro SSN ha numerose ramificazioni. La Conferenza Stato Regioni influenza tutta la politica sanitaria. Il Ministero della Salute ed il Parlamento potrebbero agire sull'ammodernamento della Medicina Generale e dell'assistenza territoriale inserendo nell'agenda governativa un progetto di discontinuità (riforma) relativo anche alle cure primarie.

L'attività quotidiana del medico "di base" lo pone in contatto con un numero crescente di bisogni ogni volta sempre più complessi dove i determinanti sociali di salute si mescolano. E' esperienza pratica che una buona salute può produrre reale ricchezza per il singolo e per la comunità. Al contrario una medicina algoritmica incrementa la distanza tra sanità e persone.

La crisi attuale non è tanto economica ma soprattutto fiduciaria. La sociologia e le indagini confermano che la sfiducia nella capacità di dare risposte adeguate al bene comune è pervasiva verso le istituzioni (Diamanti 2018).

Nel momento in cui il cittadino diventa "ammalato" emergono spesso contraddizioni burocratiche che alimentano la diffidenza. In questi casi è il medico di base che ricompono la complessità in forza della relazione fiduciaria. Va da sé che non può essere una struttura o una tecnologia che possono attribuirsi questa abilità.

Gli immobili possono migliorare l'accoglienza ma non riescono a sostituire l'humanitas del professionista. Secondo il paradigma bio-psico-sociale i comportamenti professionali non possono essere definibili a priori ma diventano probabili e arricchiti dalla collaborazione e dalla condivisione con le altre professioni territoriali attraverso sistemi operativi multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali (es.: team M&M&M).

Il medico diventa in questo modo il direttore di se stesso ma anche componente di un team (team vs équipe) che opera secondo il principio della reciprocazione. Non c'è solo

competenza, tecnica, atto medico. Il medico pensa, conosce, apprende dagli errori, si relaziona con colleghi e istituzioni, decide all'interno di una complessità sociale non semplificabile. Essere medico continua ad essere "difficile", "complicato", "complesso" ed appassionante perché si è medico per qualcuno che ha fiducia in te.

Le amministrazioni considerano l'appropriatezza uno dei più importanti ("veritiero") criteri di pregiata attività professionale al contrario è la personalizzazione delle cure che diventa il "veritiero" criterio per valutare una performance assistenziale di successo. Il medico "di base" è un esperto di personalizzazione delle cure difficilmente sostituibile ed è anche il primo sportello di entrata nel SSN: l'accesso all'ambulatorio (ambulatorio vs studio) è libero, semplice, de-burocratizzato e quando il medico riveste il ruolo di leadership nella collettività di riferimento può co-operare con la comunità per condividere l'organizzazione del governo clinico di quel territorio.

L'integrazione genera poi quella sinergia che aiuta a scegliere e a decidere le azioni da intraprendere per il bene della comunità (es.: la progettazione e la realizzazione dei PDTA & R Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Relazionali). Le istituzioni storicamente preposte alla gestione del welfare dimostrano di non essere in grado di far fronte, da sole, alle complessità assistenziali.

I modelli gerarchici si dimostrano antistorici ed antieconomici in quanto la gestione amministrata paralizza la rappresentazione dei bisogni e di fatto subordina la clinica alla burocrazia. Le riforme pregresse non sono mai riuscite a creare un prodotto nuovo di qualità riproponendo sostanzialmente il modello ospedalocentrico, specialistico, farmacologico completamente disconnesso dal sistema sociale.

E' quindi indispensabile il coinvolgimento della società civile per rendere strutturata (riforma) una assistenza territoriale di qualità che recuperi una concezione antropologica globale dell'uomo sano o malato contestualizzato nel suo mondo così da permettere di coniugare il principio del curare derivato dalla medicina scientifica con quello del prendersi cura derivato dalla filosofia della personalizzazione-olistica-antropologica.

Prendersi cura significa aiutare l'uomo malato ad un empowerment sostenuto dai sanitari e incuriosire (motivare) l'uomo sano ai vari apprendimenti finalizzati al mantenimento dello stato di salute. Un cittadino attivo, condivide le responsabilità e può sostenere decisioni anche critiche e impopolari ma in grado di contrastare effettivamente e produttivamente il tecnicismo estremo, il consumismo sanitario, l'ipermedicalizzazione e la mancanza assoluta di buon senso (riallocazione delle risorse in quello stesso territorio).

In questo senso allora diventano utili le realizzazioni logistiche per tutti coloro che desiderano aderire ad un nuovo progetto organizzativo da condividere con gli assistiti, i colleghi, le imprese generative e le istituzioni dove la tecnologia e l'antropologia marcano di pari passo per trovare il vero senso dell'assistenza.

Oggi le cure primarie fanno fronte a funzioni curative interamente trasferite dall'ospedale al territorio senza che vi sia stata una corrispondenza adeguata di investimenti nella periferia. Le buone pratiche derivate dalle iniziative autonome dei professionisti (misconosciute) hanno interpretato con largo anticipo la realtà. Altre iniziative pubblicizzate come innovazioni epocali hanno rappresentato nella realtà incrementi progressivi di obblighi contrattuali che hanno "impiegatizzato" il tempo medico.

Nei rari casi dove si è tentata una interlocuzione le interminabili latenze istituzionali sono arrivate “solo ad ipotizzare” la realizzazione di un progetto quando questo si dimostrava ampiamente superato. La medicina si trasforma velocissimamente e le innovazioni sono essenziali per consolidare un SSN pubblico.

Il cambio generazionale (apparentemente vissuto dalle istituzioni come emergenza improvvisa) potrebbe diventare una “inaspettata” occasione per il rilancio a costo quasi zero del SSN (affiancamento vs zone carenti vs ruolo unico).

Bruno Agnetti

Alessandro Chiari

Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS)

Regione Emilia-Romagna