

Le scelte del Decreto Balduzzi e il rapporto di fiducia

Giancarlo Biasini
Direttore editoriale

Mentre i più importanti sindacati dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) hanno approvato, con dichiarata convinzione, le scelte del Decreto Balduzzi, una indagine demoscopica di Health Monitor CompuGroup Italia su un congruo numero di medici (vedi **box**) svolta a metà settembre si è dimostrata molto fredda sulla scelta delle forme aggregative – le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) – e del loro coordinamento. Il segretario della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) ha sottovalutato l'inchiesta dicendo che “la categoria è stata bombardata da informazioni non precise messe in giro da chi ha interesse a demolire il Progetto”. Sembra, quindi, evidente che all'interno della categoria vi sia chi ha interesse a demolire tale Progetto. Questo non è un buon segnale, perché è innegabile che a livello periferico ci siano dubbi su una modifica del modo di fare assistenza. Non è un buon segnale perché, nella storia sindacale del nostro Paese, ci sono molti esempi di fratture fra rappresentanti e rappresentati che hanno portato problemi ai sindacati e guai al Paese, per usare un giudizio di Giuseppe Di Vittorio che è stato a lungo leader della CGIL. Uno dei temi su cui c'è incertezza riguarda il rapporto di fiducia, sul quale c'è stato anche un richiamo da parte di Wonca Italia che non è certo un'associazione che abbia dimostrato nel passato funzioni ritardanti nella evoluzione della medicina in Europa. Il Wonca sostiene che un modello in cui “il cittadino può rivolgersi presso strutture territoriali in qualunque momento, consultando uno dei MMG o dei PLS disponibili, ottenendo prestazioni diagnostiche in tempo reale [...] potrebbe erodere il rapporto fiduciario e la continuità delle cure”. A me pare che nella medicina ospedaliera sia successo qualcosa del genere. C'era una volta un medico di reparto che si occupava di una corsia di cui sapeva tutto e al quale si rivolgevano i genitori; oggi c'è il medico di turno del mattino, del pomeriggio e della notte, per tutti i bambini del reparto, che prende la cartella per rispondere ai genitori. Sembra evidente

che se il Decreto Balduzzi sta nel solco della medicina di famiglia, queste preoccupazioni debbano essere tenute presenti: la organizzazione delle UCCP deve salvaguardare il principio e non è francamente difficile trovare la chiave per garantirlo. Anche il documento del Direttivo dell'ACP indica chiaramente che “nell'ambito delle cure primarie il rapporto medico-paziente-famiglia è personale e basato sulla fiducia reciproca e sulla libera scelta dei genitori”. Il Decreto, quindi, deve chiaramente affrontare questo aspetto. Scrivo “il Decreto” perché la categoria dei MMG/PLS è l'unica in Italia ad avere tre (!!!) distinti livelli di negoziazione sindacale: Stato, Regione, ASL che operano con tempi e razionalità profondamente differenti e talora in contraddizione fra di loro. L'aspetto della fiducia alla base del rapporto medico-famiglia non è quindi rimandabile a convenzioni o ad accordi locali stipulati a livello di ASL. Sarebbe una specie di storia del cavolo e della pecora.

Ancora una riflessione sulla risposta alla domanda: “Ritiene utili le aggregazioni multiprofessionali per integrare le diverse professionalità nell'assistenza territoriale?”. Il 53% degli interrogati ha risposto “sì”. Riguarda questo anche, nel termine “multiprofessionale”, l'accettazione del personale con laurea infermieristica? Speriamo che sia così poiché il successo del sistema è legato anche alla volontà di lavorare in équipe con questi nuovi laureati lasciando a costoro tutto ciò che istituzionalmente la laurea attribuisce loro con il rispetto, non solo delle competenze

assistenziali, ma anche della loro autonomia professionale. Un altro problema che i medici intervistati affrontano non ritenendolo, molto ragionevolmente, possibile, almeno in tempi brevi, è l'assistenza delle UCCP per 24 ore (vedi **box**) anche perché gli 1,8 miliardi riservati a questa avventura per i soli MMG sono stati giudicati dalle Regioni del tutto campati per aria. Se ci trasferiamo al campo pediatrico qui possiamo togliere l'inciso “almeno in tempi brevi”. Dato il numero dei pediatri formati per anno il solo obiettivo possibile è l'assistenza per 12 ore. Il problema dell'assistenza ai bambini per le altre 12 ore non potrà che essere affidato ai medici della continuità assistenziale, che pure fanno parte della UCCP, formati per l'urgenza pediatrica e con la possibilità di condividere la banca dati e quindi la storia clinica del bambino di cui si affronta il problema.

Un tema non sfiorato dal Decreto è quello della valutazione. Non può accadere che le nuove forme organizzative rimangano senza alcun tentativo di valutazione come è successo per quelle finora esistenti per cui se ci si chiede a quali risultati abbia portato la istituzione della pediatria di libera scelta si debba ricorrere a tutta una serie di outcome surrogate che non ci hanno mai portato da alcuna parte. Ci sovrasta l'esempio di venti anni di bilanci di salute che avrebbero potuto darci una storia longitudinale della salute della popolazione infantile italiana e che giacciono, con qualche (quante?) eccezione, preda dei topi in dimenticati corridoi regionali. ♦

BOX: INDAGINE SU UN CAMPIONE DI 1591 MMG E DI 419 PLS

- Il 40% non ritiene utili le forme aggregative (FA).
- Il 57% non crede che le FA siano essenziali nel riordino delle cure primarie.
- Il 57% non vuole il medico coordinatore delle FA.
- Il 40% non vuole il distretto come sede di riferimento per le cure primarie.
- L'85% non ritiene fattibile in tempi brevi l'H24.
- Il 70% non ritiene che le FA possano fare fronte a una riduzione dei posti letto.

Health Monitor CompuGroup Italia da Il Sole 24ORE Sanità n. 18 del 24 settembre 2012

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale