



## L'intervento **Intasamento del pronto soccorso? Riscoprire il medico di base**

**LASSIMO GANDOLFINI**

La macroscopica assurdità del default del servizio del 118 provocato da decine di ambulanze bloccate nei pronti soccorso romani, perché le barelle erano occupate dai pazienti privi di un letto in cui essere accolti, deve essere uno spunto utile per allargare il discorso sul grande tema della sanità.

Ci dobbiamo chiedere: "Dove sta andando la medicina e, più in concreto, dove sta andando il nostro Ssn?". Sgombriamo il campo da ricette miracolistiche e soluzioni facili, che non esistono. Il tema è molto complesso e richiede riflessioni oggettive ed il più possibile attuabili. Vorrei attingere anche all'esperienza personale. Sono medico ospedaliero da quasi 40 anni, lavoro in un'azienda che conta circa 65.000 accessi

all'anno al Ps (180 al giorno, festività comprese), di cui 1200 codici rossi, a fronte di una disponibilità di 580 posti letto.

È ampiamente consolidato e condiviso il dato che il Pronto soccorso è utilizzato in modo eccessivo e scorretto. Il trend culturale che sostiene questa irragionevole pratica ha certamente diverse componenti. Vorrei evidenziarne almeno due. La "cultura del diritto" senza limiti. Non mi riferisco al sacrosanto "diritto alla salute" sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione, ma ad una sua fuorviante declinazione, traducibile nel volere tutto, per tutti e subito. Se ho una cefalea, voglio che subito mi visitino tutti gli specialisti ad hoc, si eseguano subito tutti gli esami strumentali necessari e si attuino subito tutte le necessarie terapie. La categoria della diagnosi progressiva, della ricerca stru-

---

**Dopo il tilt di Roma, va recuperato il rapporto tra paziente e medico di famiglia superando l'idea di una sanità da cui ottenere tutto e subito**

---

mentale che segue l'evolversi clinico-temporale della malattia e del contatto periodico con il curante, su cui si è sempre fondato l'atto medico, diviene sempre più inaccettabile e criticata come una perdita di tempo.

L'altro aspetto: la cosiddetta "medicina difensiva". Lo spettro del contenzioso medico-legale, che soprattutto i giovani medici patiscono pesantemente, provoca una tendenza al demandare ad altri la responsabilità della diagnosi e del-

la terapia. Per il medico di medicina generale ciò significa l'invio facile al Pronto soccorso, per il medico del Ps. significa il ricovero facile, per il medico del reparto significa la prescrizione di tutte le indagini diagnostiche ben oltre la stretta necessità clinica. E per il cittadino? Per il cittadino significa più tasse, perché i costi del Ssn lievitano spaventosamente, e - soprattutto - non significa essere curato meglio, perché, di fatto, non ha più il suo medico che conosce lui e la sua famiglia, e si assume l'onere del prendersi cura di lui. Ogni inefficienza, se non affrontata e sanata, innesca un meccanismo perverso per cui genera un'altra inefficienza. E il singolo e la comunità ne pagano le spese. Detto che non si devono mai fare erronee generalizzazioni (la virtù professionale e lavorativa esiste eccome, e penso che sempre esisterà), l'ineffi-

cienza della medicina territoriale genera il sovraffollamento dei Ps, la cui inefficienza genera il sovraffollamento dei ricoveri e la cascata continua fino a richiedere il mantenimento in vita di piccoli ospedali che, spesso senza nessuna colpa del personale che ivi lavora, sono inadeguati, costosi ed inutili.

Dicevo che non esistono ricette facili, ma ciò non può essere il pretesto per non far nulla. Delle piste operative certamente ci sono: il potenziamento della medicina di base vuol dire che la stragrande maggioranza della piccola/media patologia può essere affrontata e risolta senza pronto soccorso ed ospedalizzazione. Ma ciò significa anche, da una parte, una maggiore professionalità del medico di medicina generale, e dall'altra il riconoscimento pubblico della grande importanza del suo ruolo sociale e della sua dignità clinica. La co-

struzione di una rete web fra medici sul territorio o al letto del malato e Ps per la condivisione di problemi clinici in tempo reale; la telemedicina domiciliare che consente esecuzioni diagnostiche di base con trasmissione dei dati al centro specialistico; l'aumento dei letti di Ps. per osservazione clinica senza ricovero; il controllo e la riduzione delle liste d'attesa per visite ed esami: sono concreti sforzi già in atto, che richiedono di essere sempre meglio calibrati.

La stima statistica ci dice che oggi, in Italia, la percentuale di ricovero da Ps è stimabile nel 20% circa. Molto, troppo alta, con rischio intasamento ospedali. Ma esistono ben noti ospedali in cui l'alta efficienza del Ps. consente di abbassare la percentuale a 8-9%, senza perdita di qualità di cura.