

Aggiornare l'orario ferroviario della salute

Maurizio Rocca

Coordinatore Casa della Salute di Chiaravalle

ASP di Catanzaro

maurizio.rocca@asp.cz.it

In uno dei suoi ultimi scritti Pier Paolo Pasolini sottolineava come uno dei mali della nostra società fosse quello di "consultare un orario ferroviario non aggiornato"¹.

Silvestro Scotti, segretario nazionale della FIMMG, stigmatizzando l'esperienza delle Case della Salute, ne misura la – ipotetica – inefficacia in termini di non raggiungimento dell'obiettivo "riduzione degli accessi in pronto soccorso".

Il rappresentante della categoria professionale cardine della componente sanitaria del complessivo sistema delle cure primarie sceglie, quindi, la strategia della trincea per difendere, corporativisticamente, la categoria.

Seppur in vigenza di un orario ferroviario traslato nella dimensione delle cronicità, dove i colori non contano perché purtroppo prevale ancora il grigio vasto dell'attesa, il malcelato obiettivo sembra quello di dirottare la responsabilità della mancata azione di filtro, di *gate keeping*, su questioni, seppur fondamentali, di esclusivo carattere organizzativo e, in quanto tali, non addebitabili alla categoria.

Il problema, a nostro giudizio, è prioritariamente culturale. Le nostre scuole di medicina, difatti, esaltano le magnifiche sorti e progressive² della scienza medica e suonano, monotonamente, "il piffero della rivoluzione"³ tecnologica, tralasciando di ricordare che al centro delle cure c'è la persona e che la tutela primaria della salute non è semplicisticamente medica.

I nostri giovani medici semplificano e riducono la relazione di cura ad una sempre più distratta e frettolosa raccolta anamnestica, preda del furore tecnologico di fare diagnosi ed affidare, quindi, la soluzione della cura ai farmaci o al bisturi.

Ma gli orari sono cambiati, il binario non è più lo stesso: farmaci e bisturi non sono più la panacea per una platea di "malati" cronici che si allarga sempre di più.

È certamente anche un problema di diagnosi (magari da fare precocemente), anche un problema di terapia farmacologica (magari badando anche alle interferenze tipiche della politerapia) ma, attenzione, è anche un problema di solitudini, di disorientamenti, di povertà.

È, in altri termini, un problema di esclusioni, di essere resi stranieri alle dinamiche della vita sociale, di discriminanti asimmetrie che la persona non riesce, da sola, a colmare, di preoccupanti frammentazioni e disconnessioni.

È necessario cambiare le lenti professionali. Non poter leggere i mutati orari, inevitabilmente, ci fa perdere il treno su cui dovremmo salire per contribuire a curare, nell'accezione latina del termine, i viaggiatori che, altrimenti, sono semplicemente dei volti che sfilano veloci e anonimi davanti ai nostri occhi di professionisti rimasti sul marciapiedi sballiato dell'attesa.

Al centro delle cure c'è la persona; la tutela della salute non è solo medica.

EDITORIALE

Ma il problema non è, ovviamente, da valutare nella sola dimensione professionale, anzi.

Nel giugno 2006, il ministro Livia Turco, indotta forse a leggere l'orario aggiornato dell'epidemia dimenticata delle cronicità^{4,5}, annunciava il *new deal* della salute⁶ che doveva passare anche attraverso le Case della Salute, destinate a porre in essere l'effettiva integrazione socio-sanitaria in un quadro di sviluppo delle cure primarie e, quindi, a divenire la struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione e dove si istituzionalizza la partecipazione dei cittadini.

Ma i tensori della deriva aziendalistica hanno dirottato, ed ancora dirottano, le buone intenzioni di riportare le lancette della programmazione su un orario aggiornato, verso una logica produttivistico-prestazionale che continua a frammentare i processi e a separare, nonostante le dichiarazioni di intenti, i professionisti, le organizzazioni e le istituzioni.

Non c'è, nella programmazione nazionale (macro), nessuna spinta a ricomporre il mosaico disperso delle provvidenze e dei benefici derivati da norme (invalidità civile, indennità di accompagnamento, benefici Legge 104, ecc.) slegate le une dalle altre e da fonti di finanziamento parcellizzate in rivoli di sottocategorizzazione delle persone, talvolta maldestramente ricomposte sotto il tetto delle disabilità gravissime⁷. E la mancanza di una regia unica sostanzia il generarsi di separazioni, a divergenza parallela, delle agenzie per la salute.

Dimostrazione ne sia la frattura organizzativo-professionale recentemente emersa in Regione Emilia-Romagna, terra di innovazione e di avanguardie e che sembra avere, a tutt'oggi, difficoltà ad onorare quel *new deal* annunciato nel 2006, dovendo ancora dibattere sulle modalità di inclusione della medicina generale e divenendo, così, paradigmatica terra di scontro tra professionisti ospedalieri e medici di medicina generale. Emergono chiari, ancora una volta, i segnali di quel gap culturale e i guasti delle parcellizzazioni economiche che inducono le organizzazioni, e dentro queste ultime i professionisti, a perseguire *mission* talvolta antitetiche a dispetto di quella vanamente annunciata e abusata (nelle parole) continuità delle cure.

A dimostrazione di tale parcellizzazione si pone il caso della Regione Piemonte che, recentissimamente, ha deciso di salire sul treno delle Case della Salute⁸ e che propone niente di più che un poliambulatorio "rinforzato" dalla presenza dei medici di medicina generale.

La Regione Calabria, altro paradigmatico esempio, che addirittura organizza la Casa della Salute in Aggregazioni Funzionali Omogenee (AFO) a dispetto della logica processuale e ribadendo la filosofia neo-produttivistica della standardizzazione che ovviamente entra in rotta di collisione con l'unicità della persona e con il principio dell'integrazione organizzativo-professionale.

Non c'è quindi, nella programmazione ufficiale di livello regionale (meso), l'imput a ritenere le Case della Salute qualcosa di diverso da un semplicistico bonsai dell'organizzazione ospedaliera, addirittura messe in rete con la logica *hub/spoke*, un'entità, quindi, aperta e sempre meno strutturata, dove il collante è rappresentato dalla personalizzazione dei processi di cura, in controtendenza alla standardizzazione aziendalistica dei processi assistenziali, e dove il ruolo del caregiving familiare, formalmente legittimato ed adeguatamente supportato, diviene l'ultima chance di sostenibilità di un sistema pubblico di welfare che si

Dalle buone intenzioni alla logica produttivistico-prestazionale che frammenta e separa: i processi, le organizzazioni, i professionisti, le istituzioni.

trova a fronteggiare le fragilità ipersanitarizzando bisogni invece connotabili come a bassa intensità sanitaria (*over use* di risposte sanitarie, direbbero gli economisti).

Non c'è, ancora, un disegno di simmetrica ri-abilitazione delle perdite di abilità (conseguenti alle cronicità) perché il dogma ispiratore, poco coerente con i nuovi orari, definisce che lo sforzo ri-abilitativo dev'essere monodirezionale, percorso in via esclusiva da chi deve ri-avvicinarsi ad una omologante normalità (e qui torna in scena il pensiero di Pasolini).

Possibile che non prevalga ancora la consapevolezza che i *sans-papiers* del ventesimo secolo siano rappresentati dai nostri pensionati, dalle famiglie impoverite dalla crisi e dalla necessità di colmare a proprio carico la parzialità delle garanzie – insostenibili – del welfare?

Possibile che sia difficile comprendere come la frammentazione e la disomogeneità programmatica ed economica in tema di tutela costituzionale della salute, comunque finanziariamente condizionata, generino incolmabili divisioni istituzionali e, conseguentemente, organizzative e professionali?

Scrivono Francesco Longo e Alberto Ricci⁹ che "l'esplosione delle patologie croniche e della non autosufficienza ci pone il rilevante problema dell'integrazione orizzontale dei processi, delle risorse e delle responsabilità, mentre il dibattito sugli assetti istituzionali è tutto focalizzato sulla regolazione delle relazioni gerarchiche verticali (Stato, Regioni, Aziende)".

Per leggere adeguatamente l'orario ferroviario sarebbe forse necessario un pizzico di quello "strabismo positivo"¹⁰ che consente di vedere con un occhio la realtà del momento e con l'altro ipotizzare gli scenari futuri.

I *policymaker*, le organizzazioni (soggetti attuatori delle decisioni di indirizzo), i professionisti di quelle organizzazioni, si affannano così, tutti con furore, a raggiungere un binario morto per cercare faticosamente di salire su quel treno, già partito, carico, tra gli altri, dei 2,5 milioni di anziani non autosufficienti stimati nel nostro Belpaese. **R&P**

I sans-papiers del nostro secolo sono i pensionati, le famiglie impoverite dalla crisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Intervista di Furio Colombo a Pier Paolo Pasolini pubblicata sull'inserito "Tuttolibri" del quotidiano "La Stampa" l'8 novembre del 1975. www.lastampa.it/2015/10/31/cultura/tuttolibri/speciali/tuttolibri40/pasolini/siamo-tutti-in-pericolo-enlvKLU3pJLOLmVzrtsNgK/pagina.html
2. Leopardi G. La Ginestra, o Fiore Del Deserto. I Canti: XXXIV, 1845.
3. Vittorini E. Lettera a Togliatti. Il Politecnico, 1947; n. 35.
4. Lorini C, Voller F, Maciocco G. Malattie croniche. L'epidemia dimenticata. L'Arco di Giano 2006; 47: 9-93.
5. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. Lancet 2005; 366: 1514.
6. Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati, Roma 2006. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf
7. D.M. Interministeriale del 26 settembre 2016 – Fondo Non Autosufficienza. www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2016/11/30/16A08314/sq
8. Regione Piemonte. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute. Deliberazione della Giunta Regionale del 29 novembre 2016, n. 3-4287. D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Interventi regionali e linee d'indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute. http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2016/50/attach/dgr_04287_830_29112016.pdf
9. Armeni P, Fenech L, Furnari A, Longo F, Petracca F, Ricci A (a cura di). Ricerca, mobilità e formazione: largo al volano dell'economia. Rapporto OASI, 2016. www.cergas.unibocconi.it
10. Manzana F. Amministratore GPI SPA, 2013. <https://www.gpi.it/it/Menu-principale/News/Fausto-Manzana-amministratore-unico-di-Sysline-Spa>