DOMENICO PANUCCIO
DPO FADOI

Non ricordo esattamente quando sono entrato in FADOI (scherzi dell'età!), credo che sia stato nel 1997; allora si chiamava FAPOI, riservata ai soli “primari” e celebrava i propri congressi nazionali sempre a Genova, con pochissime centinaia di partecipanti, che cominciarono a crescere rapidamente quando la Federazione si aprì ai Dirigenti.

Il mio percorso in FADOI è stato lungo ed estremamente gratificante e mi ha portato a ricoprire, negli ultimi venti anni, vari ruoli all'interno del Comitato Esecutivo (Segretario Nazionale, Coordinatore della Fondazione, ecc.) di cui ho l'onore di fare ancora parte, in qualità di DPO (Data Protection Officer).

Negli anni ho visto cambiare la FADOI ed ho visto cambiare il Sistema Sanitario Nazionale. FADOI è cambiata radicalmente. Nata come aggregazione elitaria, riservata ai primari di medicina, con una impronta che ai miei occhi di fresco primario sembrava quasi più sindacale che culturale (impressione assolutamente personale, non certo frutto degli intenti dei Padri Fondatori!), è diventata una società scientifica di primo piano nel panorama nazionale, proiettata autorevolmente a livello internazionale. Come è avvenuta questa crescita viene ampiamente raccontato dai Past-President che sono stati i protagonisti più importanti, i piloti che hanno guidato il cammino di tanti altri che, come me, hanno dato il proprio contributo con fiducia e con entusiasmo.

Due aspetti vorrei analizzare dei trenta anni di questo percorso: il clima interno alla società e l'effetto che FADOI ha avuto nel mondo internistico.

Il clima interno negli organismi direttivi di FADOI, Comitato Esecutivo e Consiglio Direttivo Nazionale, è stato caratterizzato, in tutti i venti anni di mia partecipazione, da spirito di collaborazione ed amicizia che ha comportato una quasi assoluta assenza di conflittualità. Mai si sono verificati episodi di arrivismo o trame sotterranee per conquistare posizioni di privilegio. Un mondo idilliaco? No di certo. Scaramucce negli anni ce ne sono state, ma ha sempre prevalso lo spirito di servizio disinteressato e la ricerca del bene comune (la FADOI); così le scaramucce non hanno lasciato acredine né scalfito il sentimento di amicizia che anima da sempre la vita societaria.

Insieme a FADOI, e per merito di FADOI è cambiata anche la percezione della Medicina Interna e del medico Internista. La Medicina Interna esisteva come specializzazione universitaria, ma a livello ospedaliero era la Medicina Generale: una branca negletta. Era sì presente in tutte le realtà ospedaliere, ma senza il fascino (o se si preferisce l'anglicismo “appeal”) e la considerazione di cui godono le specialistiche sia tra i cittadini, sia tra gli amministratori della sanità a tutti i livelli e anche a livello della comunità scientifica nazionale. Per una parte dei medici che ci lavoravano era quasi un ripiego, soprattutto a livello apicale; per quei primari che provenivano dall'Università (e non solo) la Medicina Generale era la seconda scelta quando non trovavano spazio nella carriera accademica o quando fallivano l'accesso ai reparti specialistici. E molti medici della “Medicina Generale” continuavano a

sentirsi e dichiararsi “specialista” di questa o di quella branca. Il concetto di medico “Internista” era vago, ci si vergognava quasi a dichiararsi tale, anche per l'obiettiva difficoltà di far capire ai non addetti ai lavori cosa fa in pratica un internista. La comprensione di quali malattie cura un medico che lavora in una disciplina specialistica è facile ed immediata anche da parte dei profani. Per l'Internista no, non si riesce ad immaginare cosa faccia. Ma FADOI tanto ha insistito negli anni a vari livelli, che i risultati cominciano a vedersi; in primo luogo, nel cambio di etichetta nei reparti ospedalieri: in moltissimi casi i cartelli non recitano più “Medicina Generale” ma “Medicina Interna”.

Inoltre, l'emergere di molte sotto- o, se si preferisce, iperspecialità con conseguente polverizzazione dei saperi, ha favorito la naturale evoluzione dell'internista come figura di raccordo tra i vari specialisti, come quello che sa “tirare le somme”, decidere come utilizzare al meglio le diverse indicazioni derivanti dagli apporti di più specialisti, integrandoli nella gestione clinica complessiva del paziente. Alcune patologie (es. scompenso cardiaco, BPCO, ecc.), ma anche alcune tecniche diagnostiche (es. ecografia), sono uscite dalla obbligatorietà di una gestione esclusivamente specialistica e sono prevalentemente gestite (le patologie) o praticate (ecografia) in ambito internistico con riduzione di tempi e risparmio di risorse, a parità di esiti. Tutto ciò ha fatto sì che molti amministratori della sanità a livello di tante regioni abbiano capito l'importanza della Medicina Interna ed abbiano cominciato a consultare o addirittura a coinvolgere gli internisti nelle loro scelte di indirizzo gestionale. Ed anche tra i cittadini cresce la consapevolezza intorno al ruolo degli internisti; intanto perché li hanno visti nelle piazze fare visite ed a spiegare l'importanza della prevenzione cardiovascolare e non solo; ma anche perché con l'allungamento dell'età media e l'aumento dei pazienti con multiple patologie e con complessità assistenziale, le persone si rendono conto che sono i reparti internistici a gestire questi pazienti, non già i reparti specialistici.

Dal punto di vista scientifico in trent’anni FADOI ha avuto una crescita continua soprattutto in ambito formativo dove ha raggiunto e mantiene posizioni di assoluto primato per numero di eventi organizzati e per la loro qualità. Nell'ambito della ricerca clinica ha fatto passi da gigante non solo con studi clinici osservazionali, ma anche con studi di intervento. Non mi soffermo ulteriormente su questi aspetti, perché altri lo faranno con più dettaglio e più competenza.

Come è cambiata la sanità pubblica negli ultimi trenta anni? Certamente anch'essa è cambiata profondamente; una analisi approfondita richiederebbe molto più spazio di quello riservato a questo breve intervento. Mi limiterò pertanto a riferire la mia impressione su quella che forse è stata la più grande rivoluzione nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: l'aziendalizzazione. Nata con ottimi principi ispiratori (migliorare l'assistenza con una gestione più agile e meno costosa) ha finito per far assumere un peso eccessivo agli aspetti economici; cosa che ha innescato un percorso al ridimensionamento e di relativo sottofinanziamento che ancora non ha esaurito la sua spinta: riduzione del numero di ospedali, dei posti letto, riduzione delle unità operative, scarso o perfino assente turnover del personale. Tutto ciò, visto con il senno di poi, è stato poco lungimirante ed ha generato i tanti problemi che attualmente attanagliano la sanità pubblica, tra cui i tre più rilevanti sono: carenza di medici e di infermieri, carenza di strutture territoriali per la cronicità, lunghe liste di attesa.

La carenza di infermieri è assoluta, certificata dai dati OCSE che ne documentano l'entità: 6.2 infermieri per 1.000 abitanti contro una media europea di 9.2. È una vera, grande criticità. La professione infermieristica è stata meritevolmente valutata dal punto di vista culturale, facendo giganteschi passi in avanti in questo ambito; non altrettanto da un punto di vista operativo e men che meno economico. Richiedere per questa professione una formazione universitaria è molto giusto e molto positivo, ma poi il lavoro, le prospettive di progressione di carriera e la retribuzione devono essere adeguati al livello culturale richiesto, altrimenti i giovani che devono sceglierla non ne vengono attratti.

La/e soluzione/i? In primis rendere le retribuzioni attrattive, simile a quelle dei colleghi europei. E poi trovare forme organizzative del lavoro che diano più autonomia operativa e contribuiscano ad eliminare quelle residue incrostazioni mentali di alcuni medici che vedono il lavoro degli infermieri come un'attività ancillare rispetto al proprio e non come una collaborazione professionale attiva.

Un po' diverso il discorso della carenza di medici. In questo caso si tratta di una carenza relativa, in quanto l'Italia ha il più alto numero di medici (o meglio di laureati in medicina) per 1.000 abitanti, rispetto a tutti gli altri paesi aderenti all'OCSE. Se molti laureati in medicina in Italia non fanno i “dottori” vuol dire che sono utilizzati in altre attività, che i decisori ed i gestori della sanità hanno implementato negli anni; cosa certamente meritevole, ma che avrebbe dovuto avvenire senza depotenziare gli ambiti di assistenza sia ospedaliera che territoriale. Oggi la professione del medico non è più fortemente attrattiva come è stata fino a pochissimi decenni fa; a soffrirne particolarmente sono alcune specialità, tra cui purtroppo la Medicina Interna, caratterizzate da turni di lavoro stressanti e poca prospettiva di soddisfazione economica.

La soluzione passa ancora una volta per l'adeguamento del finanziamento del SSN, per far sì che gli organici vengano adeguatamente modulati in base ai bisogni, e per far sì che le retribuzioni economiche siano attraenti come lo sono in quasi tutti i paesi europei con sistemi sanitari pubblici simili al nostro.

Come prima detto, un altro grande problema del nostro sistema sanitario è la mancanza di strutture assistenziali intermedie. Queste sono indispensabili per dare risposta alle crescenti necessità legate all'allungamento della vita media ed al conseguente aumento di non autosufficienza. A livello ospedaliero sono i reparti internistici a risentire maggiormente di questa carenza: in essi, infatti, da un quinto ad un quarto dei pazienti dimissibili rimangono in reparto per giorni e giorni (con conseguente aumento delle spese per la degenza) per oggettiva mancanza di adeguata assistenza extra-ospedaliera, sia essa nell'ambito della famiglia che del territorio.

Molto di frequente, la limitazione dell'autonomia successiva ad un evento patologico acuto che colpisce un anziano comporta uno stravolgimento degli equilibri della famiglia, che non è attrezzata per gestire la nuova situazione clinica del congiunto. E quando la famiglia riesce a riorganizzarsi per accudire un proprio anziano con limitazioni, lo fa, se le finanze lo consentono, con il ricorso alle benemerite “badanti” o internando il paziente in costose strutture private; ma se le finanze non consentono una di queste soluzioni, allora le necessità assistenziali ricadono direttamente sui membri della famiglia e quasi sempre a carico delle donne che a volte devono rinunciare al proprio lavoro.

L'aumento del numero strutture sanitarie pubbliche dedicate alla non autosufficienza è la soluzione a questo problema, ma anch'essa dipende dalla disponibilità di risorse.
Infine, il problema delle liste di attesa. Criticità “eterna” della sanità pubblica, che nasce da una moltitudine di cause: reale aumento delle necessità assistenziali legato all'allungamento della vita media; maggiore richiesta di salute da parte dei cittadini; medicina difensiva da parte dei medici; riduzione del personale sanitario nelle strutture pubbliche; ecc. Criticità che ogni gestore della sanità ha sempre avuto come priorità; criticità che è stata affrontata con le più varie strategie, ma che è rimasta sostanzialmente irrisolta. A mio modesto e semplicistico parere anche questo problema potrebbe trovare soluzione con un adeguato finanziamento del SSN.