

Aogoi Sardegna

Riflessioni mediche e metamediche in tema di "percorso assistenziale globale"



Giovanni Urru

Segretario regionale Aogoi Sardegna

Da alcuni anni si assiste ad un dibattito, non sempre ben articolato e produttivo, sul problema della "presa in carico globale" del paziente/utente, e più in generale della "politica" sanitaria nel suo complesso.

Sembra che a questo riguardo vi sia una costante necessità di rendere complicato un problema semplice, come se prevalesse una certa prassi politica che dice "quello che si deve dire" e non obbligatoriamente "quello che si deve fare".

Pur esistendo un atto programmatico politico nazionale e regionale, la realtà è diversa nelle varie regioni italiane.

Si dice...che per il riordino della rete ospedaliera i piccoli ospedali debbano essere chiusi o riconvertiti, però i sindaci difendono queste strutture e i consiglieri provinciali e regionali difendono il loro bacino di voti. Si dice...che bisogna fortificare i distretti e il territorio, demandando a loro il I e anche il II livello prestazionale, ma intanto, non esistendo negli ospedali una rete di protezione, si continua ad accogliere di tutto. Si dice...che in ospedale si deve andare da un certo punto in poi ma, non esistendo punti strutturati nel territorio che soddisfino le necessità da 0 a quel punto, allora anche il cittadino

Ripensare la sanità, anche in una chiave di "presa in carico globale" del paziente, è un tema complesso, soprattutto perché ci obbliga "ad alzare lo sguardo al nostro unicum specialistico per comprendere le diversità, le peculiarità e le criticità del nostro ambito e del nostro ambiente di lavoro"

è arroccato nella posizione di difesa del proprio ospedale.

Penso che una breve riflessione su tale argomento sia più utile che riportare sporadiche iniziative personali e territoriali, ristrette alla nostra Regione, finalizzate alla interazione tra i soggetti coinvolti in un percorso assistenziale globale.

L'unicum e la "complessità"

In realtà, oggi, il problema in sé è almeno trilemmatico: noi, dico noi medici, forse più di ogni altra persona che svolga in scienza e coscienza una professione di alto e rischioso livello tecnico, ci troviamo esposti ad una contraddizione necessaria, su tre fronti.

Da un lato, siamo vincolati dal postulato essenziale della scienza moderna, per cui dobbiamo (e possiamo solo) essere degli specialisti sempre più specializzati e aggiornati nell'*unicum* del nostro campo di conoscenze, pena il rischio, nel giro di qualche anno, di essere "superati" se non ridotti alla stregua di "praticoni" o qualcosa di simile (1).

D'altro lato sappiamo anche che l'oggetto del nostro lavoro è il risultato di un complesso orga-



nico di meccanismi (2), un concetto che del resto fa ormai parte del sapere comune: anche un pastore della mia terra sa cosa si intende quando si parla di "organismo" umano.

Di qui, la prima apparente contraddizione del nostro lavoro: siamo specialisti, anche ultraspecialisti, ma nello stesso tempo sappiamo che non siamo soli, che il nostro lavoro è sì un *unicum*, ma circondato e condizionato e reso possibile da una fitta rete di convergenze, contributi, affluenti che ci vengono dal lavoro di altri specialisti e di altri ultra-specialisti, che conoscono meglio di noi, e precisa-

mente conoscono per noi, l'ultima molecola del dato farmaco o l'ultima molecola del materiale nuovo che entra a far parte del nostro corredo strumentale.

Ne ricavo, terra terra, un assioma: sul lavoro, come è ovvio, vi è un preciso obbligo morale di non distrarsi, di restare concentrati, di non distogliere mai l'attenzione dal punto in cui il nostro bisturi incide; ma fa anche parte della stessa attitudine etica sollevare lo sguardo, subito dopo, per riconoscere il contributo di chi ha reso funzionale la nostra specialistica manualità, di chi ci ha aiutati a rendere perfetto, pulito ed efficace, il taglio del bisturi nelle nostre mani. Insomma, non siamo soli nell'*unicum* della nostra acribia specialistica...

A questo punto, il dibattito sulla "presa in carico globale" del paziente non dovrebbe neppure porsi o quantomeno non dovrebbe durare più di tanto: la soluzione è imposta *ipsa natura rerum* (3), dalla stessa natura delle cose: è imposta da una percezione autenticamente scientifica delle cose, la quale sa, da tempo, che "il particolare" (dell'organismo umano come di qualunque evento delle biosfera) vive nella "complessità" ed è grazie a questa complessità, risultato del nesso di "infiniti particolari", che deve il proprio equilibrio e la propria sopravvivenza.

Ma con questo siamo anche giunti al terzo aspetto della apparente contraddizione cui accennavo prima: la contraddizione tra l'"unicum" della nostra professione e la "complessità". La complessità, come già detto, è nelle cose stesse, ciò nonostante dobbiamo fare uno sforzo di conoscenza (e di autocoscienza) per renderci conto che essa (quanto essa) permea e pervade tutto ciò che facciamo e tutto ciò che siamo. Dobbiamo acquisire questa realtà ad occhi aperti: la sperimentiamo tutti i giorni, attimo per attimo, anche se spesso il gravame dei particolari, di cui dobbiamo per forza occuparci, ci vela la percezione della sua pervasività.

Si può accettare, diceva una teorico della complessità (4), che il battito d'ali di una farfalla provochi un terremoto all'altro capo del globo, tale è la interrelazione tra i fenomeni della biosfera, ma non si può accettare che il caos, indotto dall'ignoranza o dall'interesse o ancora dal disinteresse privato, terremoti l'intero sistema sanitario ai diversi livelli e costringa a questionare per decenni sulla opportunità della "presa in carico globale del paziente", che dovrebbe ormai far parte

dell'ordinario e diffuso *sensus communis*.

Il nuraghe come metafora

Vivo in una regione che un nostro scrittore (G. Dessì) ha definito "paese d'ombra" (5): una terra che, con una profonda ed inconscia...coscienza del proprio carattere, ha scelto come emblema il nuraghe, cioè un edificio che rappresenta fin troppo bene la arcigna tendenza a chiudersi in ristrettissimi spazi difensivi. Forse esagero, ma anche queste lontane origini del carattere, mescolate con la complessità delle vicende che chiamiamo "Storia", possono aver contribuito all'affermazione di una certa tendenza verso la chiusura intorno a persone, gruppi, strutture... una caratteristica questa che poi forse non è appannaggio esclusivo dei soli sardi, stando almeno alla cronaca...

L'aspetto curioso di tutta questa faccenda, a ben vedere, è che le cose che diciamo, e che ci sembrano ovvie, fanno parte da secoli della nostra cultura. Se si dà un'occhiata alla progettazione dei luoghi di cura da parte di architetti che operavano cinque secoli fa, troviamo già la sostanza del problema della "presa in carico globale del paziente" (6). Ripensare la sanità in Sardegna, anche nel merito della "presa in carico globale del paziente" è un tema della complessità (comune peraltro a tante altre aree del Paese). Per discuterne, da medico, occorre alzare per un attimo lo sguardo dal nostro *unicum* specialistico per comprendere le diversità, le peculiarità e le criticità del nostro ambito e del nostro ambiente di lavoro.

Con questa ritrovata chiarezza concettuale, la nostra posizione sulla "presa in carico globale del paziente" assumerà una prospettiva più ampia. Sarà il riflesso non più solo del nostro "esser medico" ma anche "cittadino consapevole" e, un passo più in là, "uomo morale" che pensa e lavora. **Y**

Per saperne di più

1. Max Weber, *La scienza come professione* (in: *Il lavoro intellettuale come professione*, tr. it. di A. Giolitti). EINAUDI, Torino 1948.
2. J Monod, *Il caso e la necessità*. Mondadori, Milano 1970.
3. Lucrezio, *De rerum natura*. Ovviamente...
4. J Gleick, *Caos. La nascita di una nuova scienza*. Rizzoli, Milano 1989.
5. G Dessì, *Paese d'ombra*. Mondadori, Milano 1972.
6. L Firgo (a cura di), *La città ideale del rinascimento*. UTET, Torino 1975.