

LA RELAZIONE TRA MEDICO GENERALE E SPECIALISTA

Cesare Tosetti¹, Enzo Ubaldi²

1 Medico Generale e Specialista in Gastroenterologia - Bologna

2 Medico Generale e Specialista in Gastroenterologia - Ascoli Piceno

Il rispettivo ruolo dello Specialista e del Medico Generale nella gestione del paziente nell ambito della Primary Care è destinato ad evolversi rapidamente, in risposta ad esigenze organizzative ed economiche, determinando un sempre maggiore coinvolgimento del Medico Generale nella gestione della maggior parte delle problematiche. Ad esempio la grande diffusione nella popolazione delle patologie digestive funzionali rende assolutamente improponibile la consultazione sistematica iniziale dello Specialista nel caso di sintomatologia riferibile al tratto digerente (1). Lo Specialista, a sua volta, mette a diretta disposizione del Medico Generale strumenti diagnostici sofisticati, nel caso specifico l'endoscopia digestiva e l'ecografia, per agevolarne l'iter diagnostico primario. Rimanendo indiscusso il ruolo dello Specialista nella gestione del paziente con patologia complicata o severa, il consolidato modello organizzativo del Medico Generale come "gatekeeper" in grado di individuare i casi che necessitano di assistenza di secondo livello e di fornire allo Specialista la collaborazione necessaria per l'espletamento del programma assistenziale, si sta rapidamente evolvendo.

Stato attuale

In Italia, attualmente, il rapporto tra Medico Generale e Specialista si configura generalmente come un rapporto impersonale tra il Medico Generale, che può operare individualmente oppure nell ambito di un gruppo di Medici Generali, ed una struttura sanitaria di II livello. La situazione negli altri paesi Europei riflette differenti modelli organizzativi. In alcuni paesi come la Francia e la Germania lo Specialista può essere consultato direttamente dal paziente, mentre in Spagna la consulenza specialistica necessita di una richiesta del Medico Generale che a sua volta non ha praticamente possibilità di accesso diretto alle diagnostiche specialistiche. Nel Regno Unito l'eventuale competenza specialistica del Medico Generale viene valorizzata tramite il modello organizzativo del consultant, che interviene presso le strutture ospedaliere. Questi modelli organizzativi sono in evoluzione, essendo stato realizzato in Francia un accordo verso una centralizzazione del ruolo del Medico Generale (2), mentre nel Regno Unito è previsto il superamento del modello del "gatekeeper" attraverso la creazione di ampi Dipartimenti di Medicina Generale che possano rispondere al loro interno ad esigenze anche molto complesse (3).

L'attuale modello organizzativo italiano è spesso insoddisfacente sia dal punto di vista dello Specialista, che non ottiene un adeguato controllo sulla qualità della gestione della patologia nel territorio attraverso scambi con i Medici Generali, sia per il Medico Generale, che, pur disponendo di una vasta scelta di opzioni gestionali, spesso non trova un punto di riferimento per un corretto management del paziente. Un esempio di queste difficoltà può essere offerto dalla introduzione dei cosiddetti office-test,

cioè quei test diagnostici di facile esecuzione che possono essere utilizzati direttamente nell'ambulatorio del Medico Generale. È stato ad esempio dimostrato che i test sierologici per la ricerca dell'infezione da *Helicobacter pylori* presentano una scarsa efficienza quando utilizzati dal Medico Generale (o da strutture non dedicate) rispetto a centri di riferimento terziari (4). Questi risultati non sono inaspettati tenendo conto del carico di lavoro assistenziali e burocratico cui il Medico Generale è chiamato in una molteplicità di campi specialistici, diviso tra attività ambulatoriale e domiciliare, programmata ed imprevista.

Scenari futuri ipotizzabili

L'evoluzione del Sistema della Primary Care in Italia si basa su due fattori principali: 1) la necessità da parte del SSN di decentrare parte dell'assistenza dall'ospedale al territorio; 2) il riconoscimento di competenze al Medico Generale, che, attraverso l'adeguamento del percorso formativo alle normative europee, si avvia ad essere uno specialista nella relazione assistenziale di primo livello.

Se le motivazioni economico-sanitarie sulla opportunità di un decentramento assistenziale sono evidenti, il possibile ruolo del Medico Generale risulta tuttora non altrettanto definito. Diverse esperienze hanno evidenziato che, quando sono chiamati ad operare in un contesto simile, il Medico Generale e lo Specialista si discostano poco nei risultati diagnostici ottenuti (1). Nella Primary Care, dove dominano l'incertezza diagnostica e comportamenti uniformati dalle linee guida, i risultati sono prevalentemente determinati dalla prevalenza delle patologie, piuttosto che da specifiche competenze. Differente rimane il contesto in cui lo Specialista ed il Medico Generale sono chiamati ad intervenire: lo specialista deve dirimere dubbi in situazioni specifiche (comportamento orientato sulla patologia), il Medico Generale è tenuto ad una accorta gestione del paziente tesa ad evidenziare possibili situazioni pericolose partendo da un complesso aspecifico di sintomi sfumati, per lo più nelle fasi precoci della patologia (comportamento orientato sul paziente).

Possibile modello organizzativo

L'evoluzione dall'organizzazione dal singolo medico al gruppo organizzato di Medici Generali permetterà l'estrinsecarsi di differenti competenze tra i singoli medici. Un possibile modello organizzativo è rappresentato dall'introduzione di due figure innovative, una nel campo specialistico ed una nel campo della Medicina Generale.

Lo specialista di riferimento nel futuro non potrà che essere uno specialista territoriale, non più identificato con l'attuale specialista ambulatoriale, ma facente parte dello staff di una struttura di II livello con sede operativa nel territorio, in grado di rispondere organizzativamente alle esigenze in termini di accessibilità del servizio e rapporti con i Medici Generali.

Sarà l'erogatore di accertamenti invasivi o comunque complessi e coordinerà la gestione da parte dei Medici Generali dei test semplificati, nonché collaborerà al loro aggiornamento.

Il Medico Specialista potrebbe continuare ad assumere un ruolo importante, per la specifica patologia di competenza, per i pazienti che traggono maggiore beneficio da questo rapporto, ad esempio secondo il modello di Principal Care Physician (5).

Per quanto riguarda la Medicina Generale, la futura organizzazione dovrà portare ad evidenziare un

medico di Riferimento per branca specifica in ciascun gruppo, che chiameremo "Medico Competente", per permettere allo Specialista di avere un numero di interlocutori limitato cui interagire nel territorio. Tale Medico Generale di Riferimento, cioè Medico Competente, non avrà compiti diretti di consulenza sul paziente verso i suoi colleghi di Medicina Generale, ma dovrà rappresentare il collegamento tra gruppo e Specialista per quanto riguarda l'aggiornamento e l'organizzazione dei Servizi. Ad esempio è assolutamente improponibile che il Medico Generale singolarmente possa partecipare a tutte le occasioni di aggiornamento per le diverse branche. La figura di tale Medico Competente è quella inizialmente delegata a partecipare alle iniziative di aggiornamento di competenza, che troveranno vantaggi organizzativi se rivolte ad un numero limitato di fruitori. Ancora, tale Medico dovrebbe essere l'esecutore degli office test tramite l'attivazione di uno spazio dedicato all'interno della propria attività, assicurandone un controllo di qualità. La creazione di un asse operativo tra Specialista e Medico Generale Competente potrebbe portare ad una maggiore e più diretta penetrazione degli input specialistici nel territorio ed una maggiore attenzione alle problematiche del territorio da parte dello specialista. Ad esempio sarebbe facilitata la creazione di un osservatorio locale per le resistenze batteriche con una pronta diffusione delle indicazioni per il trattamento antibiotico. Questo Medico Generale di Riferimento dovrebbe a sua volta essere uno Specialista nella branca? La risposta è ovviamente no, perché lo Specialista formato deve trovare la propria collocazione nell'ambiente dove possa esprimere le competenze acquisite in un lungo training dedicato all'apprendimento di tecniche specifiche. L'attuale forte presenza di Medici Generali con Specializzazione non sarà confermata in futuro, quando il Medico Generale sarà un medico con un percorso formativo caratterizzato da un training specifico, piuttosto che un medico che si è formato lentamente sul campo, ricavando nel contempo la possibilità di specializzarsi o di acquisire competenze spesso di difficile applicazione nel contesto della Primary Care. Il Medico Generale di Riferimento dovrà perciò essere un Medico Generale che acquisisce, appunto, una particolare competenza in quella specialità, finalizzata agli obiettivi indicati, ottenuta tramite una formazione strutturata e gestita in collaborazione dalle Società Scientifiche per la Medicina Generale e la Specialità. Necessariamente questo modello organizzativo richiede la costituzione di forme associative, anche complesse, di Medici Generali, in grado di offrire servizi più completi e diversificati rispetto alla pratica singola.

Conclusioni

La gestione del paziente a livello di Primary Care richiede la stretta collaborazione tra Medico Generale e Specialista, ma il punto di incontro dovrebbe essere più utilmente spostato nel territorio, attraverso la realizzazione di unità specialistiche in grado di erogare attività diagnostico-terapeutiche di primo livello che collaborino fattivamente con i formandi gruppi di Medici Generali. La creazione di Medici Generali Competenti per specialità potrebbe essere in grado di superare la frammentazione della relazione tra Medico Generale e Specialista, assicurando un forte rapporto tra differenti figure professionali. nel risolvere le problematiche in modo rapido, efficiente e differenziato..

Bibliografia

1. Stanghellini V, Tosetti C, Barbara G, Salvioli B, De Giorgio R, Corinaldesi R. Management of

dyspeptic patients by general practitioners and specialists. Gut 1998;43 (suppl 1):S21-S23.

2. Dorozynski A. France launches plan to control health costs. BMJ 1998;317:164.

3. Coulter A. Managing demand at the interface between primary and secondary care. BMJ 1998;316:1974-1976.

4. Vaira D, Stanghellini V, Menegatti M, Palli D, Corinaldesi R, Miglioli M. Prospective screening of dyspeptic patients by Helicobacter pylori serology: a safe policy ? The Italian Helicobacter pylori Study Group. Endoscopy 1997;29 :595-601.

5. Eastwood GL. Principal care physician initiative. Gastroenterology 1997;112: 1750-1752.

A.D.I.

Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica Lombardia

SMG

Scuola Lombarda di Medicina Generale

organizzano dal 25 al 26 1999 settembre un corso sulla
"Dietetica per volumi"

riservato ai Laureati in Medicina e Chirurgia

La Dietetica per Volumi è una tecnica di approccio innovativo alla consultazione dietetica ed alla relazione con il paziente; è in grado di semplificare, pur rispettandone gli aspetti di contenuto, la maggior parte dei passaggi tecnici degli approcci tradizionali: di ridurre sia i tempi di gestione della prima presa in carico del paziente come delle consultazioni successive e infine, di facilitare una responsabilizzazione del paziente collaborativa.

Si basa su una tecnica che rende molto semplice la valutazione del modo di alimentarsi dei pazienti che non prevede l'utilizzo di procedure di grammature nella prescrizione dietetica, (né perciò la relativa pesata dei cibi), né l'obbligo, per la maggior parte dei pazienti, a cucinare separatamente i propri cibi. Semplifica decisamente l'applicabilità delle prescrizioni e migliora il contenuto della relazione fra medico (o tecnico) e paziente.

"Lavora" su criteri di semplicità e di forte applicabilità da parte del paziente in ogni occasione alimentare.

Il corso si terrà in Lombardia (probabilmente c/o il Centro di Formazione Cariplo di Angere - Va), avrà la durata di due giorni.

Inizierà alle ore 9.00 del 25 secondo il programma allegato e terminerà alle 16 del 26 settembre.

La quota di partecipazione è di L. 800.000 (più IVA) per persona, comprende l'iscrizione al Corso, i materiali di lavoro, due pranzi, 3 coffe break ed il pernottamento del 25 notte.

La sistemazione è prevista presso il Centro.

Team Docenti: A. Bagnara, C. Baldo, L. Bolesina, A. Borri, E. Donghi, M. Formigatti, B. Frassinetti, A. Moneta, A. Morelli, D. Ponti, A. Sabbatini e O. Sculati.

Direttore del Corso: Oliviero Sculati

Per ulteriori informazioni:

Tel. Dott. Sculati 030.7408276/354.

