

A CHI NON SA DOVE VA, QUALUNQUE STRADA VA BENE

Il dibattito

GERMANO BETTONCELLI

Medico Generale,
Società Italiana di Medicina Generale

In questo spazio la Rivista si propone di ospitare contributi dei Soci dedicati a riflessioni sui problemi di natura non strettamente clinica legati, direttamente o indirettamente, alla nostra professione ed alla SIMG. Pensiamo che questo ed altri articoli stimoleranno un dibattito che la Direzione della Rivista si riserva di riprendere e pubblicare, magari in forma sintetica, nei numeri successivi.

LE TRASFORMAZIONI

Nel dibattito sempre acceso sulle vicende della sanità, ricorrono da qualche tempo alcune questioni su cui non sarebbe inutile riflettere, con questo volendo contribuire anche alla definizione delle strategie politiche di questa società scientifica.

Analizzando, nella realtà dei paesi economicamente evoluti, la relazione tra salute ed assistenza sanitaria, alcuni si chiedono se esista ancora spazio per un reale miglioramento dei livelli di salute della popolazione. Si esprime, da parte di costoro, il dubbio che il miglioramento dell'assistenza sanitaria abbia ancora concreto margine per accrescere in modo apprezzabile i livelli di salute generale, o piuttosto il nostro sistema non sia divenuto un processo fine a se stesso, nel quale gli orientamenti del mercato occupano un ruolo sempre più rilevante ed esprimono in modo sempre più consistente una sanità con indirizzi di tipo consumistico. Si comincia anche a constatare come, in questa parte del mondo, il livello di salute non sia più così direttamente correlato al reddito ed anzi per certi aspetti si registri di fatto un trend contrario.

Sebbene il comportamento del singolo riguardo al proprio stile di vita giochi un ruolo assai superiore, nel determinare i livelli generali di salute, rispetto a quanto ottenibile attraverso l'influenza del medico (si pensi al problema del fumo, dell'alimentazione, delle malattie sessualmente trasmesse, degli incidenti stradali), l'importanza di quest'ultimo è sempre più determinante in un passaggio chiave: quello della produzione dei costi dell'assistenza. Forse per questo – oppure questo accade perché – si è

verificata in questi anni una crescita enorme della popolazione medica, che ha consentito come non mai l'accesso all'assistenza a larghe fasce di popolazione a prezzo di elevatissimi costi. L'effetto macroscopico dell'aumentata richiesta di accesso alle cure ed ai servizi sanitari, favorita e dipendente dalla proliferazione delle figure mediche, soprattutto specialistiche e sub-specialistiche, consiste nella lievitazione ulteriore della domanda e nell'esplosione della spesa. Spesso il ruolo del medico non si esprime che nel mediare il trasferimento di una domanda (sovente non motivata ed anzi opportunamente indotta) verso un'offerta di servizi ed egli esaurisce il proprio ruolo in questo passaggio: vi è un movimento economico che nulla produce in termini di guadagno per la salute.

Una possibile risposta alla crescita incontrollata della domanda di accesso ai servizi, che avrebbe dovuto/potuto venire da una Medicina Generale adeguatamente rafforzata sul piano organizzativo-gestionale, è rimasta (volutamente?) trascurata. Là dove invece, partendo da una figura dirigenziale medica, con responsabilità di controllo e di spesa, si sarebbe dovuto *pre-vedere* un sistema a cascata, in cui una serie di figure non mediche, infermieristiche, assistenziali in genere, senza responsabilità di spesa, avrebbero potuto meglio e con maggior efficienza erogare e gestire una buona parte dei servizi necessari alla popolazione. Questo in modo migliore almeno di quanto non si sia potuto realizzare ponendo virtualmente tutto sulle spalle di un medico, apparentemente libero, ma solo di oscillare tra una domanda fatta da una miriade di banalità prive di riscontro clinico e la necessità – almeno avvertita sul piano teorico – di prestazioni di elevato profilo e valore, quali gli interventi di prevenzione e di educazione sanitaria. Il tutto, fino a ieri, con il tacito patto del non controllo.

“Oggi forse una delle cose necessarie per i medici, sarebbe probabilmente quella di osservare con un po' più di distacco scientifico i dogmi ed i cliché che si sono accumulati nel dibattito delle politiche sanitarie”

(G. McLachlan, *The Lancet* 1967)

DECIDERE LA DIREZIONE

Per questo, non certo da oggi, la Medicina Generale e le istituzioni che la rappresentano si trovano di fronte ad un bivio:

- a) indurre la professione a frantumarsi nell'offerta di un pulviscolo di servizi (non importa se più servizi gestiti da ogni medico o un solo servizio iper-specialistico fatto da un solo medico) determinati esclusivamente dalla domanda della gente – del mercato – (anche opportunisticamente operando per indurre la stessa) avulsi da qualsiasi analisi dei motivi di salute veri che li hanno determinati e dalle conseguenze che tali micro-interventi avranno sulla salute attuale e futura di chi li fruisce (*tipo la misurazione della pressione, colesterolo e glicemia in farmacia*). Unico indicatore di qualità in questo caso i numeri del bilancio di fine anno del professionista. Questa scelta è funzionale alla logica del consumo "spinto": il Medico Generale vi entra come attore più direttamente interessato e più coinvolto: l'aumento di consumi che i bisogni del suo paziente generano, lo arricchiscono. Al contrario di quanto avviene oggi, dove egli è l'artefice (*o il mediatore*) dell'aumento di consumi, che finiscono prevalentemente con l'arricchire terzi;
- b) oppure, proporre un altro modo di praticare la Medicina Generale che si ispiri, ancora, ad una visione della tutela della salute e dell'assistenza di tipo "sociale", nella quale tra le *priorità* vi sia un compito educativo nei confronti della popolazione, che faccia percepire le differenze di un sistema rispetto all'altro, i rischi – per la salute in primis – di un consumismo senza regola nel campo della salute, un sistema che sappia offrire un modello di *garanzie* e di *copertura assicurativa* vera (perché basato su pratiche di efficacia clinica dimostrata), credibile e convincente (perché in grado di documentare i risultati del proprio intervento), competitivo, perché capace di esprimere il proprio valore in termini anche economici e di confronto sul breve, medio, ma soprattutto sul lungo periodo, quello che in realtà dovrebbe interessare davvero alla gente e che forse meno sta a cuore ai nostri amministratori. Medici in grado di assumersi una responsabilità a lungo termine della salute dei pazienti.

SAPER CONTROLLARE PER ESSERE COMPETITIVI

Non è un caso se oggi in SIMG si discute di un sistema di accreditamento vero, basato su aspetti qualitativi misurabili, capace di promuovere, forse come mai prima, lo sviluppo della professione. Per questo è necessario aver ben presente che *buono* o *cattivo* sono sempre di meno valori assoluti, ma espressioni relative al contesto ed alle

scelte di priorità che chi governa (lo dico in senso lato, non solo chi governa formalmente, ma anche chi governa davvero controllando gli snodi politico-economici vitali) di volta in volta decide. Come è noto, fino ad oggi abbiamo influenzato poco questi momenti decisionali e si prevede, con ragionevole pessimismo, che in futuro incideremo ancor meno se non sapremo produrre trasformazioni radicali all'interno della professione.

Allora la domanda è: quale sistema di qualità deve esprimere la Medicina Generale per essere competitiva oggi in questo contesto? È verosimile che al posto di professionisti pur funzionali ad una logica di consumo, ma totalmente dipendenti da condizionamenti esterni, sia meglio *saper essere* professionisti capaci di "controllare" il settore per il quale offriamo i nostri servizi.

E chi controlla davvero – e lo sa dimostrare – è accreditato nel sistema, semplicemente.

"Controllare" vuol dire definire i percorsi qualitativi per la cura della salute, saperli analizzare criticamente per riaggiornarli alla luce delle evidenze raccolte, vuol dire garantire universalità delle prestazioni, accessibilità ai servizi, competitività sul medio-lungo periodo nel rapporto costi-benefici. Vuol dire essere determinanti nei confronti del mercato del farmaco, da posizioni di valutazione scientifica ed economica e di tutela del paziente.

È evidente che, per poter gestire una domanda in continua crescita, una volta precisati i percorsi qualitativi, sarà vitale definire i modelli gestionali: noi presto non saremo più in grado di affrontare la pressione di una domanda che fa esplodere nei nostri studi problemi di ogni dimensione e genere – non solo sanitario –, specialmente quando ci si ponga l'obiettivo di voler garantire un livello qualitativo adeguato. Una figura sola ed isolata non potrà più agire dando risposte adeguate nei confronti:

- a) dello screening di cittadini sani ma che temono di divenire malati;
- b) degli interventi di tipo preventivo, in campo educativo e vaccinale;
- c) della cura delle patologie croniche;
- d) della cura delle malattie acute.

Per questo è ipotizzabile che nelle cure di primo livello alcuni avranno sempre più un ruolo dirigenziale nei confronti di una serie di altre figure che dovrebbero agire da filtro sulla domanda: infermieri, tecnici, coadiutori medici, medici in formazione.

Questo potrebbe diventare un modello in grado di controllare la spesa con efficacia e, se non diminuirla, per lo meno razionalizzarla, ridisegnando l'appropriatezza delle figure e dei ruoli professionali, in funzione dell'obiettivo generale della tutela della salute dei cittadini e della nostra professione.