

Un'anitra zoppa serve alla Medicina Generale?

Germano Bettoncelli

Medico di Medicina Generale, Responsabile Area Progettuale Pneumologica, SIMG

L'ottimo articolo di Alessandro Battaglia pubblicato su SIMG 6 (dicembre 2007) introduce una serie di considerazioni che sono a mio avviso di importanza decisiva per il futuro della professione. Negli ultimi anni l'impegno della società scientifica è stato rivolto alla definizione di una peculiare identità della Medicina Generale che fosse capace di tradursi in ruoli e compiti idonei a intercettare e a soddisfare la domanda di salute dei cittadini. In questa prospettiva ci siamo prefissati l'obiettivo di definire i principali standard di qualità, per lo meno delle situazioni cliniche più rilevanti, e abbiamo ritenuto che il processo di miglioramento continuo della qualità della professione potesse essere ben rappresentato dal modello della *clinical governance*. Per questo motivo, ormai da alcuni anni ci stiamo muovendo verso quella direzione. I nostri detrattori, ma anche taluni colleghi in buona fede, ci hanno da sempre accusato di indurre, con il perseguimento di quegli obiettivi, un aumento del nostro carico lavorativo, già oggi piuttosto elevato e in ulteriore progressiva crescita. La nostra risposta è sempre stata che esiste un'area vasta di razionalizzazione del lavoro quotidiano che ha potenzialità di cambiamento, senza che questo comporti di fatto un carico aggiuntivo. In realtà, va detto che anche l'introduzione di un cambiamento nella pratica professionale corrente non è sempre cosa indifferente e priva di oneri per il medico, e soprattutto il passaggio da una gestione dei problemi del singolo paziente a quella di una popolazione introduce una serie di problemi per niente trascurabili. Invece, proprio su un approccio ai problemi di salute in termini di popolazione e sulla garanzia dell'accessibilità a standard di cura garantiti a tutti gli assistiti, si gioca una delle partite in cui la Medicina Generale mette alla prova il proprio ruolo, la propria immagine e il proprio futuro (se non altro fin quando esisterà un Servizio Sanitario Nazionale). L'articolo di Battaglia ben dimostra, relativamente al tema della prevenzione cardiovascolare, l'impossibilità di attuare procedure apparentemente semplici, quando il target che ci si

prefigge è quello di un'intera popolazione. Da qui la necessità di cambiare l'obiettivo, posizionandolo su una dimensione più realistica.

Da tempo, con Giovanni Invernizzi, stiamo riflettendo su quanto costi in termini di lavoro l'intervento contro il fumo effettuato dal Medico di Medicina Generale, e se un'estensione a tappeto di un intervento standardizzato, anche per i ritorni che produce, sia attuabile nell'attuale contesto della Medicina Generale. I nostri calcoli ci dicono che per applicare il *minimal advice* di 3 min. al 23-24% della popolazione di fumatori di un medico con 1500 pazienti sono necessari 5 giorni lavorativi medi totalmente dedicati. La letteratura ci dice che l'esposizione a questo avviso produce un 2% di cessazione dal fumo.

Mi sembra che questi esempi tocchino il nodo centrale di un problema forse per troppo tempo negletto, ovvero: fino a che punto la Medicina Generale è in grado di assumere la responsabilità degli interventi di prevenzione e cura della popolazione, come la sua diffusione territoriale, l'opportunità di continuità assistenziale e – diciamo pure – la sua vocazione, farebbero supporre? E, nel caso, con l'attuale modello organizzativo, fino a quale livello è in grado di assolvere al compito? Con quali requisiti organizzativi lo potrebbe fare o migliorare? E quali sono gli strumenti per misurare il raggiungimento di quegli obiettivi?

È evidente come dalle risposte a queste domande derivino riflessi – anche prettamente contrattuali – molto concreti. Teniamo peraltro sempre presente, come ricordato nell'articolo citato, che l'attività di prevenzione si iscrive in un contesto di assistenza a 360 gradi che assorbe i tempi e le risorse relative, come ogni collega sperimenta ogni giorno direttamente sulla sua pelle.

Allora, forse, anche la *clinical governance*, per come l'abbiamo sviluppata fino ad oggi, è in parte zoppa, mancando di un'analisi fondamentale per stimare l'applicabilità del processo, nell'attuale contesto della Medicina Generale italiana.