

Cure primarie e medici di medicina generale

Saffi Giustini

Medico di medicina generale, SIMG, Firenze

Il medico di medicina generale (MMG) attualmente è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi, ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione lavorativa con l'intervento operativo e responsabile di figure professionali preparate a coadiuvare e portare avanti aspetti burocratici, organizzativi e assistenziali della prevista ulteriore mole del carico di lavoro. Il *Chronic Care Model* (CCM) preso ad esempio dal Consiglio Sanitario della Regione Toscana prevede a supporto e integrazione anche "assistenti medici", oltre a numeroso personale infermieristico formato e professionalmente competente.

I primary care physicians devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure inappropriate e aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza spendere enormi quantità di risorse.

Le cure primarie, dunque, devono cambiare drasticamente.

I motivi della crisi sono da ricercare soprattutto nell'incapacità della disciplina di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni assistenziali, in particolare quelli collegati alle malattie croniche, garantendo comprehensiveness & accountability, che significa dare risposte assistenziali articolate e complesse, dalle vaccinazioni e gli screening agli interventi proattivi nel campo del diabete e dello scompenso cardiaco, utilizzando sistemi oggettivi di valutazione dei risultati e presidiando coordination & continuity, mettendo al centro degli interventi il paziente¹.

Anche perché non dimentichiamoci che oltre il malato cronico chi curerà la mamma in attesa tra dubbi, vomiti, speranze, disagi con il marito, per il lavoro che se c'era ora non c'è? O la mamma nel *post partum*, tra il pediatra che ancora non c'è e le mille paure date anche solo da una banale cistite in allattamento? O il ragazzo acneico che non riesce a battere chiodo e si dispera? O la ragazza che sta tra genitori permissivi e ragazzo incosciente e menefreghista? O la giovane donna che, facendo dei banali esami, si ritrova HIV positiva senza sapere chi ringraziare, e da allora deve gestire "la cosa" in famiglia, col fidanzato, nel lavoro, col suo futuro?

L'elenco sarebbe lunghissimo, se vi metteste a pensare ve ne accorgeteste ... ma fa parte del nostro quotidiano lavoro.

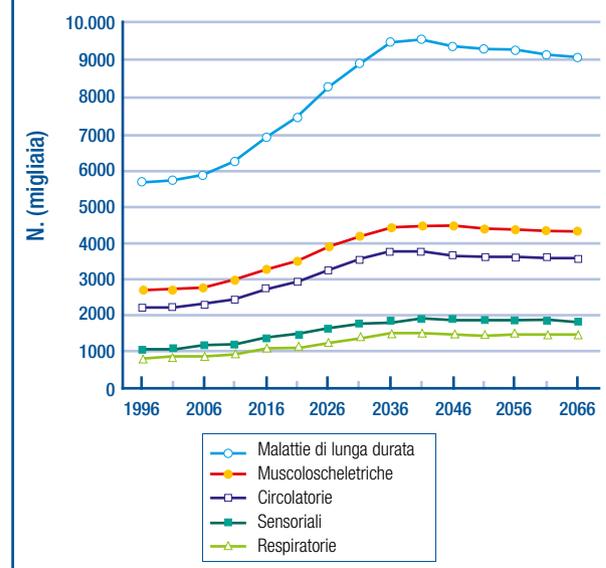
I pazienti che hanno una buona relazione con il medico, ben preparato, ottengono un'assistenza migliore².

Il medico riconosce la malattia, ma oggi proporre la cura non è, quasi mai, una semplice prescrizione di un farmaco o di un esame. Si tratta di curare e anche indirizzare e sostenere il malato nel suo percorso tra i servizi che operano nell'organizzazione sanitaria, tenendo in considerazione la sua individualità.

La cura delle malattie croniche è un'attività sanitaria che richiede un approccio di sistema multidisciplinare e multiprofessionale in cui la relazione cittadino-malato-professionista-servizi è determinante per creare valore, cioè soddisfare i bisogni del malato e dei malati.

Se il paziente non partecipa alla cura o se la cura proposta non è integrata in una declinazione sistematica delle risposte ai bisogni del paziente, che succede? Il 50% dei malati cronici entro l'anno abbandona la terapia, o non aderisce ai programmi di controllo.

Proiezione del numero di persone > 60 anni con malattie croniche in Gran Bretagna dal 1996 al 2066



Tuttavia qui da noi... il MMG è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione ...

“Health Affairs”, la più importante rivista statunitense di politica sanitaria, dedica il numero monografico di maggio 2010 a *Reinventing Primary Care*.

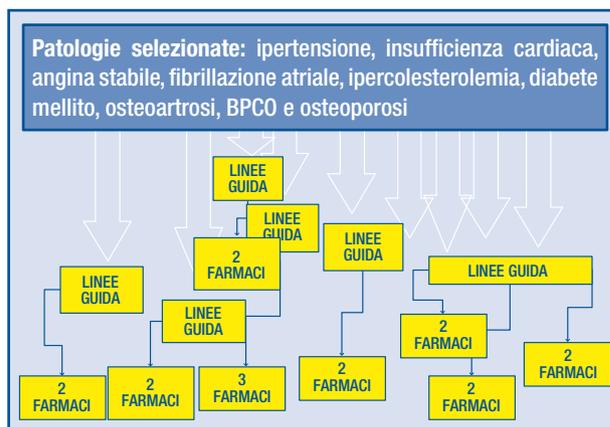
Uno degli articoli della monografia invita il governo a potenziare la rete delle cure primarie raddoppiando gli investimenti, portando la percentuale per questo settore al 10-12% della spesa sanitaria totale. Una proposta condivisa dall'agenzia governativa *Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC) e da altri centri di ricerca (come il *Patient-Centered Primary Care Collaborative*) che, sulla base di esperienze realizzate in varie realtà del paese, sostengono che l'incremento della spesa in cure primarie è da una parte controbilanciato da risparmi derivanti dalla riduzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza e dei ricoveri ospedalieri, e dall'altra accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.



Tuttavia qui da noi ... il MMG è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione ...

Ad esempio l'affiancamento e il supporto di altri operatori socio-sanitari, in primo luogo il personale infermieristico, non deve ricalcare una visione destrutturata della persona, ma sottrarre al MMG quelle funzioni e compiti che impropriamente egli svolge da anni a scapito di una presa in carico olistica, per problemi, valutando le comorbidità, la poli-farmacoterapia, lo stato socio-familiare.

Spesso il nostro è un paziente che nessuno conosce, fatto di problemi personali, familiari, lavorativi, logistici, di poli-patologie, per le quali ogni specialista prescrive il suo farmaco “assolutamente” necessario che si va a sommare, più spesso a scontrare, con



quelli degli altri, creando ulteriori morbidità o problemi per gli specialisti per di più sconosciuti.

È necessario il superamento di modelli di scambio dati tra territorio-ospedale e territorio (o meglio, tra cure primarie e di secondo/terzo livello) e di tenuta e gestione delle cartelle cliniche informatizzate.

Cosa può succedere ... succede, se manca, è assente, è distratto, è poco o per nulla autorevole ... il “direttore di orchestra” ... il MMG ...

Il MMG è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione: questo comporterà che alcune mansioni e compiti dovranno essere svolti da altro personale, senza perdere l'unitarietà dell'intervento e la condivisione del progetto assistenziale.

Scarsa aderenza, pochi, troppo pochi pazienti infartuati aderenti e complianti, e i diabetici e gli ipertesi ...?

Cosa può succedere... succede, se manca, è assente, è distratto, è poco o per nulla autorevole ... il “direttore di orchestra” ... il MMG ...

Se da un lato funzionale e necessario allo sviluppo dell'*Expanded Chronic Care Model* (eCCM) è non far girare il cittadino e il paziente ma le sue informazioni di carattere sanitario (cartelle compatibili), dall'altro risulta diciamo “ostica” al MMG la registrazione dei dati richiesti in occasione di visite periodiche.

Oggi, come esperienze decennali dimostrano, queste “barriere” alla raccolta e registrazione dei dati possono essere superate con le attuali tecnologie, con il duplice vantaggio di produrre informazioni necessarie al cittadino, al paziente, al medico, a tutto il personale del team/modulo, ai vari specialisti, alla ASL, e di essere utili per una revisione di qualità/*self audit* e *audit* di gruppo, con un processo di miglioramento continuo non tanto del “numero delle prestazioni erogate”, bensì della qualità del processo assistenziale.

Farmaco	Ore 7	Ore 8	Ore 13	Ore 15	Ore 20	Ore 22
IPP	X					
ARB		X				
Digitale		X				
Furosemide		X				
Nitro ST	X					
Diltiazem		X	X		X	
Calcio				X		
Bifosfonato	X					
Tiotropio						X
Salmeterolo	X					
Warfarin				X		
Insulina						X
Metformina			X		X	
Doxazosin					X	
Statina					X	
Oppioide debole		X				X
Lassativo			X		X	

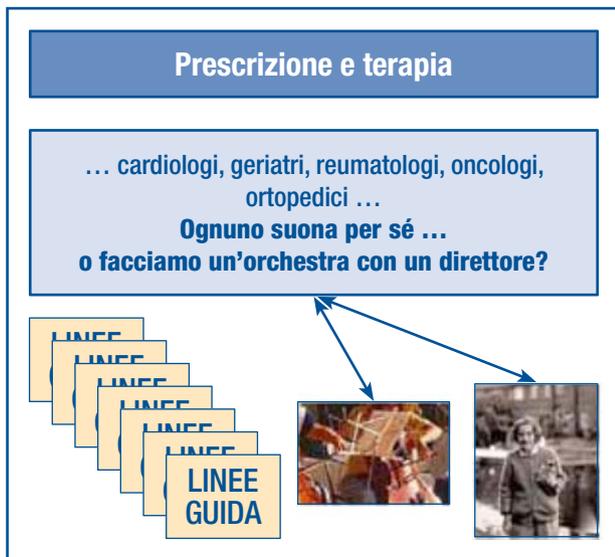
Principali limitazioni delle attuali linee guida

- Orientate su una specifica patologia
- Basate su RCT (*Randomized Controlled Trial*) altamente selezionati raramente dedicati al paziente anziano con comorbidità
- Non sono basate su studi condotti su pazienti complessi e “fragili”
- Le raccomandazioni sono limitate al paziente “ideale”
- Le raccomandazioni non contemplano l’eterogeneità del paziente geriatrico in termini di:
 - comorbidità
 - polifarmacoterapia
 - stato funzionale e cognitivo
 - stato socio-familiare

Prevalenza d'uso (%) di ACE-inibitori/sartani in soggetti ipertesi senza e con specifiche indicazioni al trattamento confronto per regione, genere ed età: anni 2009-2008

La presenza di specifiche indicazioni cliniche aumenta la proporzione di pazienti trattati, raggiungendo il 72,3% nel diabete mellito, il 72,2% nelle malattie CV, il 67,8% nello scompenso cardiaco e il 69,7% nella malattia renale cronica	Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento									
	Ipertensione (DDD = 598,8)		Diabete mellito (DDD = 917,2)		Malattie CV (DDD = 942,7)		Scompenso cardiaco (DDD = 909,2)		Malattia renale cronica (DDD = 970,3)	
	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08	%	Δ % 09-08
Analisi geografica										
Piemonte/Val d'Aosta	33,5	+0,5	31,5	+5,4	30,8	+5,0	26,1	-0,9	35,7	+9,6
Lombardia	37,3	+0,6	34,0	+3,2	30,6	+1,4	30,9	+7,3	31,8	-4,3
Liguria	47,9	+1,7	40,1	+1,1	37,6	+4,1	29,3	-0,1	44,0	-3,5
Bolzano/Trento/Friuli V.G.	37,6	+2,8	37,0	+1,3	32,4	+10,1	30,0	+9,2	41,5	+1,4
Veneto	28,0	+3,9	27,0	+7,4	24,8	+5,0	19,4	+0,6	39,7	+7,4
Emilia Romagna	36,1	+0,4	33,4	+2,2	28,5	+4,3	29,8	+8,8	35,8	+2,6
NORD	35,8	+1,4	33,0	+3,3	29,8	+4,1	28,4	+6,0	35,8	-0,2
Toscana	30,9	+5,2	27,8	+5,8	26,9	+11,6	29,5	+3,2	34,2	-3,9
Marche/Umbria	35,8	-0,1	31,7	-3,6	30,7	+3,4	28,5	-7,1	33,4	-0,1
Lazio	50,0	-2,5	50,0	-0,3	39,9	-0,9	38,0	-12,5	47,0	+1,9
CENTRO	40,0	+3,0	37,2	+2,3	32,8	+5,3	31,1	-5,6	38,0	+0,4
Abruzzo/Molise	38,1	+2,8	34,6	0,0	31,5	+10,8	30,0	-1,9	32,3	+6,0
Puglia	53,5	+3,6	48,0	+2,8	39,7	+5,3	39,6	+10,5	43,0	+4,2
Campania	47,6	+5,3	46,6	+5,8	39,0	+7,3	36,1	+1,0	43,1	+4,9
Basilicata/Calabria	47,6	+0,7	42,5	+4,0	36,7	+11,8	33,3	+10,3	42,0	+4,9
Sicilia/Sardegna	41,3	-1,9	39,4	+1,2	35,6	+4,9	39,8	+13,2	41,6	+3,1
SUD E ISOLE	46,0	+2,0	42,9	+2,8	37,2	+7,0	36,8	+7,4	41,2	+5,1

DDD: Defined Daily Dose; CV: cardiovascolari.



Ma i MMG sono stanchi, sono stufo?

Perché i MMG sono stanchi?

Per il declino dello status sociale e del loro stato professionale ...

Perché hanno studiato per fare delle "cose" e ne fanno altre ...

Perché le situazioni mutano troppo velocemente ...

Per una perdita di controllo sul proprio futuro (anche presente ...) e ancor più su quello dei pazienti ...

Il MMG è impegnato con carichi e ritmi di lavoro eccessivi ed è impossibile recuperare spazi e tempi per ulteriori competenze assistenziali se non si modificano struttura e organizzazione ...

Bibliografia

¹ Maciocco G. *Riforma sanitaria e cure primarie in USA*. <http://saluteinternazionale.info/2010/06/riforma-sanitaria-e-cure-primarie-in-USA>.

² Atlas S, Grant R, Ferris T, et al. *Patient-physician connectedness and quality of primary care*. *Ann Intern Med* 2009;150:325-35.

Allegato a questo numero della nostra Rivista, troverete un opuscolo dal titolo "adulti e VACCINATI?".

Questo è il titolo di una campagna di prevenzione rivolta ai cittadini fortemente voluta e promossa da SIMG. L'obiettivo è quello di spiegare in maniera semplice e chiara l'importanza delle vaccinazioni nell'adulto.

Nell'opuscolo sono state scelte, tra tutte le vaccinazioni potenzialmente utilizzabili dalle persone giovani, adulte o anziane, le tre per le quali l'impegno comunicativo e professionale del medico di famiglia è più determinante: la vaccinazione influenzale, quella antipneumococcica e quella contro l'HPV.

Per raggiungere in modo capillare i cittadini, l'opuscolo verrà distribuito in numerose copie nelle poste e nei supermercati di tutto il territorio nazionale.

All'opuscolo si affiancherà anche un sito web: www.adultievaccinati.it che verrà costantemente aggiornato e che sarà di supporto a tutti i cittadini che vorranno avere maggiori informazioni. Perché questa iniziativa abbia successo è necessario il coinvolgimento di tutti voi, per promuovere attivamente la cultura della salute presso i vostri assistiti.

L'esperienza insegna, infatti, che le campagne educazionali raggiungono risultati più efficaci se vengono supportate dall'opinione di esperti. Siamo naturalmente convinti che in questo caso gli esperti siamo noi medici di medicina generale.

Abbiamo fiducia che anche questa iniziativa venga accolta con soddisfazione dai nostri soci e dai nostri lettori.

Alessandro Rossi

