

Claudio Cricelli

Presidente SIMG

Accedi al videomessaggio
attraverso il seguente link:
bit.ly/HE6T06
oppure



Editoriale

Seguiamo con attenzione e apprensione gli eventi mediatici nel corso dei quali si propone un'immagine della Medicina Generale come di una professione priva di utilità percepibili e incapace di affrontare le priorità mediche e sanitarie del nostro Paese.

Senza cadere nel tranello di credere a una combine organizzata, ritengo che questo insieme di affermazioni sia in aperta e palese **contraddizione con lo sforzo che la professione sta compiendo verso una modernizzazione delle cure**, un risolutivo aumento dell'efficienza, della valutabilità e dell'offerta di servizi moderni e qualificati al cittadino.

Tuttavia il prevalere di una visione residuale del medico di medicina generale (MMG), ci obbliga a cercare di comprendere anche le ragioni e le cause di questa distorta visione e percezione.

Con estrema franchezza io ritengo che esistano ormai, in tutti i comparti della società civile, qualità e comportamenti che sono stati spesso oggetto di generalizzazione interessata da parte di chi dalla confusione trae vantaggio. Farsi scudo dell'esistenza di frange professionali poco qualificate offre lo spunto e l'alibi per attaccare tutti i professionisti.

Non c'è dubbio che le critiche pretestuose traggano spunto dalla presenza di ampie fasce della popolazione di professionisti con livelli di offerta di servizio e di prestazioni insufficienti. Non parliamo di qualità intrinseca, cattiva volontà dei medici e

inadeguatezza individuale, quanto piuttosto della **combinazione di arretratezze del sistema sanitario, insufficienza di risorse messe a disposizione dei MMG e di una deliberata emarginazione della Medicina Generale ridotta a comparto residuale svuotato delle sue capacità e delle sue qualità.**

La **percezione esterna** della nostra professione non è quella di una disciplina medica con forte connotazioni scientifiche, ma di un arruffato insieme di eterogenee caratteristiche vocazionali e comportamentali.

Noi che conosciamo le difficoltà di chi pratica questa professione conosciamo anche le vere ragioni di questo stato delle cose. Dall'esterno si percepisce invece solo la arretratezza dell'organizzazione Sanitaria della Medicina Generale, che viene letta come indisponibilità, sciatteria e disinteresse. Credo che sia l'ora di confessare a noi stessi che la sola operazione di attendere lo sviluppo del processo di trasformazione verso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le nuove organizzazioni della Medicina Generale non sia sufficiente né a raggiungere la Terra Promessa delle Cure Primarie né a salvarci da questo mediatico negativo affastellamento che trova ampio anche se contraddittorio consenso all'interno della società del nostro Paese.

Il persistere di questa situazione porterebbe inevitabilmente a una presa d'atto da parte della componente più evoluta della Medicina Generale, che vedrebbe

minacciati i suoi sforzi tesi a raggiungere la qualità e l'eccellenza delle cure erogate da una visione livellante dei contratti e delle convenzioni, ancora troppo ispirate ai principi della remunerazione uguale per tutti e dell'assenza di criteri di valutazione differenziata della qualità delle prestazioni.

Questo forzato consociativismo cerca di tenere insieme gruppi di medici e coorti di qualità professionali che si sentono profondamente e crescentemente estranee l'una all'altra.

La sensazione crescente di malessere che pervade una parte dei nostri medici deriva dal fatto che essi non si riconoscono affatto nell'immagine distorta che viene offerta della professione, ma ritengono che una delle cause di questa malevola distorsione stia anche nel fatto che una parte della professione non esprime adeguati livelli di qualità ed etica professionale anche per mancanza di un adeguato sistema di riconoscimento dei valori professionali.

Ritengo che si possa fare molto di più e meglio in attesa che l'organizzazione sanitaria del futuro passi dalle affermazioni, agli auspici, alle sperimentazioni locali e si affermi poi compiutamente. Affermo cioè che la Medicina Generale ha i suoi propri margini di dimostrazione delle capacità di supporto alla Governance del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che non sono state né prese in considerazione né tantomeno rese note.

Ad esempio, cosa impedisce che il paziente sia edotto non solo su quale terapia gli viene praticata ma sui risultati clinici di quella terapia in confronto con tutti gli altri pazienti della sua ASL, regione, nazione?

Perché non opponiamo la trasparenza misurabile dei risultati clinici alla discrezionalità non valutabile delle decisioni personali? Perché non sono disponibili i dati sugli outcome di cura dei singoli medici in modo che il paziente possa finalmente scegliere il medico non per le eventuali soggettive percepite qualità ma per il suo oggettivo valore professionale?

Perché non mettiamo sul tavolo una volta per tutte un documento tecnico sulle intensità e complessità della professione, con acclusi i numeri, i fabbisogni, le risorse da stanziare, gli investimenti in conto capitale, le infermiere mancanti, i locali fatiscenti, i costi eccessivi delle utenze, l'impossibilità oggettiva di offrire H12 e H24 senza una rivoluzione del modello professionale per complessità di assistenza?

Un'arretratezza della cultura dell'organizzazione sanitaria produce i risultati che generano le polemiche degli ultimi giorni e producono sfiducia nei nostri colleghi, resi già inquieti dalle crescenti difficoltà organizzative di sovraccarico di lavoro e di incombenze insostenibili.

Occorre dire, dati alla mano, che l'autorità sanitaria non ha mai deliberatamente voluto fare della Medicina Generale il comparto del territorio in grado di coprire le urgenze e le emergenze salvo poi affermare che singole straordinarie, ma tutte da dimostrare, rivoluzioni organizzative risolveranno come per magia un problema di così straordinaria complessità, come l'erogazione di servizi all'acuto e alle urgenze ed emergenze.

Nelle condizioni attuali non siamo strutturalmente in grado di coprire H12 e nemmeno di garantire la reperibilità estesa e l'accessibilità H8. Semplicemente non siamo nati con questo fine e nessuno ha mai voluto offrire la dotazione, di risorse economiche, umane e di struttura per trasformare la Medicina Generale in un comparto capace di assorbire l'impatto delle emergenze e delle urgenze senza soluzione di continuità temporale.

La creazione negli anni '70 della Guardia

Medica separò la continuità assistenziale dalla Medicina Generale, creando per ragioni di opportunismo politico un comparto nato per detendere la pressione dei disoccupati. In quella scelta nefasta si annida una delle sconfitte della nostra professione che deve, oggi appunto, recuperare la censura generata da quella scelta ricomponendo la continuità di cura.

Ma la mera giustapposizione della continuità assistenziale con la Medicina Generale non risolve il problema del riappropriazione dell'intero percorso di cura e assistenza del territorio, proprio perché la Medicina di Cure Primarie non possiede le risorse assistenziali che costituiscono il 50% dei modelli di assistenza al cronico, l'88% dell'assistenza al disabile e all'anziano fragile, e il 60% dei percorsi di triage e assistenza alle urgenze e alle emergenze territoriali.

Come si faccia dunque a garantire qualunque continuità di cura e assistenza comprese le emergenze senza dotazione di presidi medici, strutture adeguate alla tipologia di emergenze che si vogliono coprire e personale sanitario adeguato, è un mistero doloroso da svelare in fretta.

Ci chiediamo ancora perché restiamo sempre attaccati alle declaratorie e ai principi. Che le aggregazioni siano il futuro delle cure primarie è un concetto assolutamente condivisibile nato peraltro negli anni '50, elaborato negli anni '60, sviluppato negli anni '70 e realizzato a partire dagli anni '80. I *Primary Care Trust* (PCT) inglesi cosa altro sono se non le AFT distrettuali? E le *Big Fifties* sperimentali degli anni '90 sono esattamente le AFT della Medicina Generale dotate di autonomia gestionale e di capacità di *Commissioning*.

E ancora come si fa a costruire il futuro della professione se non si discute sul concetto di *Commissioning of Care* che porrebbe il medico della persona al centro dei servizi del territorio – ricordate i *Chronic Related Group* (CREG) lombardi –, che possono essere **anche** erogati dalla Medicina Generale ma che debbono sempre e comunque essere governati e indirizzati – **commissionati** – dalla Medicina Generale. E infine, quali e quanti infermieri e professionisti sanitari sono necessari per le

nuove complessità assistenziali delle Cure Primarie? E che rapporto c'è tra **intensità di cura necessaria a colmare il gap** con l'ospedale e le prestazioni e servizi delle Unità di Cure Complesse di cui noi parliamo. L'organizzazione sanitaria viene configurata sulla base della tipologia e del livello dei servizi da erogare e non viceversa. Altrimenti l'organizzazione sanitaria diventa una gabbia, un limite e una barriera alla quantità e qualità delle cure.

Gli stessi medici ritengono poi che non vengano utilizzati altro che in minima parte gli strumenti, peraltro oggi disponibili, **atti a distinguere e pesare qualità professionali diverse. Questo genera frustrazione e rabbia in chi, a parità di retribuzione, è in grado di offrire misurabili prestazioni migliori.**

Offro riservatamente questi spunti di riflessione e di dibattito non più rinviabili. Senza correttivi i "distinguo" cominceranno a emergere e porterebbero a una crescente divaricazione tra gruppi di professionisti consapevoli più delle differenze professionali che degli elementi in comune.

Nella nostra qualità di medici del SSN siamo peraltro particolarmente consapevoli che i farmaci rappresentano uno strumento prezioso e insostituibile per la prevenzione dei fattori di rischio e la cura delle malattie.

La loro prescrizione da parte dei medici e il loro impiego da parte dei cittadini costituiscono oggetto di innumerevoli riflessioni di politica sanitaria uguagliate per numero solo dagli interventi di politica economica volti a contenere il costo della spesa farmaceutica.

- Non siamo ancora riusciti tuttavia a risolvere la contraddizione tra l'esigenza primaria di un intervento terapeutico efficace, misurabile solo con la valutazione dei risultati della cura e i costi della terapia, considerati spesso il riferimento prioritario e assoluto senza l'indispensabile verifica dei risultati prodotti.
- La separazione tra due misurazioni, quella dei risultati della cura e i costi sostenuti per ottenere i risultati e i benefici, costituisce un problema oggettivo e non risolto del nostro servizio sanitario. Noi riteniamo che i farmaci posseggano una

loro identità e personalità terapeutica, che il loro uso debba essere sapiente e che la misura del beneficio terapeutico complessivo debba comprendere tutti i benefici parziali ottenibili a cominciare dal risparmio di risorse che una terapia adeguata consente rispetto ad altre costose parti dei processi di cura.

Riteniamo che si possa prescrivere adeguatamente pur nel rispetto delle limitazioni economiche attuali, senza rinunciare o limitare a margini decisionali dei professionisti, senza i quali muoiono le identità dei farmaci fatte anche di sottili ma non marginali differenze, e si annullano le competenze dei medici sostituite da linee guida, suggerimenti, pressioni e limitazioni, quali i piani terapeutici e alcune applicazioni distorte del concetto di prossimità tra ospedale e territorio, che ledono fortemente l'equità distributiva implicita nel LEA uniforme della Medicina Generale e restringono alla sola popolazione assistita dagli specialisti il diritto di tutti i cittadini di usufruire dei benefici del farmaco.

Ci ispirano peraltro i seguenti principi ed evidenze:

- nessun costo può essere valutato separatamente dal beneficio prodotto;
- la conoscenza scientifica e clinica del paziente è l'unica guida alla prescrizione;
- nessun professionista può essere valutato a priori ma solo sulla base della dimostrata efficacia dei suoi comportamenti;
- il valore economico del farmaco è parte integrante della scienza medica moderna e ne è componente inseparabile;
- gli indispensabili risparmi sui costi di acquisto e distribuzione dei farmaci non debbono alterare il loro reale impiego e l'accesso ai farmaci deve essere garantito al di là della forma di distribuzione;
- obiettivo comune del SSN, dell'Agenzia e dei MMG è di garantire l'accesso equo dei cittadini del nostro Paese alle migliori cure e alle terapie più avanzate oggi disponibili, nel rispetto delle risorse economiche ma senza ledere il diritto alla salute delle persone;
- alcuni MMG sono in grado di utilizzare strumenti professionali evoluti per la valutazione integrata clinico-economica

della terapia farmacologica e dei *clinical outcomes*.

L'accettazione di questi principi, se condivisi, rappresenta una traccia di utile discussione che noi proponiamo.

A questo va aggiunto la nostra proposta di utilizzare un'ampia gamma di strumenti ormai ampiamente diffusi tra i nostri medici in grado di garantire la valutazione in tempo reale dei comportamenti prescrittivi, la verifica delle appropriatezze nel totale rispetto delle costrizioni economiche del sistema. Questi strumenti sono in uso presso i medici della Società Italiana di Medicina Generale. Attraverso l'integrazione di strumenti tecnici per la analisi epidemiologica, la valutazione degli outcome e l'analisi delle determinanti economiche del sistema, stiamo da tempo approntando una infrastruttura definita **Primary Care Governance System** che avrà obiettivi gestionali, di eccellenza delle cure cliniche, di analisi dei costi e dei benefici prodotti.

Siamo in grado da anni di affiancare con informazioni di dettaglio i Registri dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), non promettendo coorti di medici da selezionare, ma dimostrando l'attività di medici e di strutture di ricerca già esistenti e ampiamente consolidate.

In tal modo ogni momento dell'impiego del farmaco viene costantemente osservato evidenziando i benefici della terapia e correggendo tempestivamente le inapproprietezze.

Tutto questo avviene senza applicare alcun bias di popolazione, poiché i pazienti eleggibili vengono selezionati, pur in presenza di tetti di spesa, all'interno dell'intera popolazione del Paese senza condizionamenti legati alla maggiore o minore offerta di servizi, alla facilità e disponibilità di accesso ai servizi specialistici, alla cultura, al reddito e alla capacità dei cittadini di accedere alle cure secondarie.

L'innovazione e l'equivalenza

Siamo preoccupati dallo sterile dibattito che ciclicamente investe il tema dei farmaci equivalenti. È singolare che a ben otto anni dalla campagna sui farmaci generici promossa dall'AIFA, che vide coinvolte tutte le associazioni dei medici, dei farmacisti,

dei consumatori, si continuino a sollevare critiche e sospetti sulla qualità dei farmaci equivalenti che si davano per risolte nei materiali e documenti distribuiti in quella campagna stessa.

Il tema dell'allargamento della prescrizione dei farmaci equivalenti deve una volta per tutte essere suddiviso nei suoi molteplici separati elementi:

1. il tema della qualità delle produzioni di competenza dell'AIFA e dell'autorità sanitaria;
2. la scadenza brevettuale – *off patent*, come elemento fondamentale delle politiche industriali, privo di connotazioni scientifiche, strumento di politica industriale;
3. il confronto di tipo meramente normativo, economico e di esclusiva pertinenza dei produttori tra *originators*, *branded generics* e *generics non branded*;
4. il tema dell'imprescindibile legittimità di un'autonomia e indipendenza prescrittiva da parte dei medici;
5. il tema dell'impiego delle risorse liberate dall'uso crescente degli equivalenti e dalle scadenze brevettuali per ampliare l'impiego territoriale dei nuovi farmaci

Noi rifiutiamo e riteniamo pretestuoso e strumentale qualunque tentativo di mescolare questi argomenti.

A noi appare peraltro evidente che i risparmi di scala ottenuti con la genericazione, in questi giorni scade il brevetto di uno dei più grande blockbuster di tutti i tempi "l'atorvastatina", debbano essere in gran parte investiti nel promuovere l'innovazione farmaceutica, bloccata da troppi anni su tetti e limitazioni prescrittive forzose.

Si sta compiendo in questo Paese il paradosso di finanziare solo l'innovazione specialistica, dei biologici, degli antitumorali rimborsando farmaci spesso solo compassionevoli a spese dei risparmi del territorio, relegando le risorse terapeutiche delle cure primarie ai farmaci scaduti di brevetto e affidando comunque agli specialisti la prescrizione discrezionale di farmaci "innovativi".

Sia ben chiaro che la gran parte di questi "innovativi" sono in realtà farmaci maturi e stagionati, prescritti a normali cittadini di questo Paese. I cittadini ne subiscono le reazioni avverse. Tuttavia i MMG italiani non

ricevono quasi mai informazioni sui farmaci prescrivibili solo dagli specialisti, sui farmaci biologici e oncologici prescritti dall'ospedale e spesso somministrati a casa.

I MMG hanno l'obbligazione deontologica e giuridica di curare tutta la popolazione italiana ma non posseggono l'informazione minima necessaria per il monitoraggio di terapie per condizioni cliniche come il diabete mellito, la psoriasi, l'artrite reumatoide e i tumori. Anzi sono molto spesso impotenti di fronte a pazienti dei quali dovrebbero essere in grado di osservare l'evoluzione clinica, di monitorare efficacia e comparsa di reazioni avverse per farmaci pochissimo conosciuti o addirittura totalmente sconosciuti!

Conclusioni

Alla luce di queste considerazioni percepiamo il bisogno, quale Società Scientifica della Medicina Generale Italiana, di promuovere e diffondere i nostri strumenti, le nostre iniziative, il nostro pensiero.

La SIMG ha deliberato pertanto la stesura di un Memorandum per il SSN da inviare alle associazioni professionali di settore, alle autorità sanitarie centrali e regionali, all'AIFA, alle Commissioni Parlamentari Competenti, e alle terze parti del mondo sanitario, della politica e del sociale, contenente considerazioni sull'organizzazione sanitaria, la governance del Sistema Sanitario e l'evoluzione organizzativa delle Cure Primarie fondate sui concetti di sostenibilità, valutabilità, sviluppo di un sistema che evolva da bassa intensità e complessità a **un sistema a media intensità e complessità delle cure e dell'assistenza**.

Il documento si ispirerà al concetto di Medicina Generale in grado di coordinare lo sviluppo e controllo di gestione delle cure

primarie e sarà associato a una valutazione epidemiologica e di appropriatezza allocativa e di assorbimento di risorse per processo di cura in corso di elaborazione da parte delle strutture di ricerca della SIMG.

Siamo convinti che esistano ormai ampie evidenze a supporto della realizzazione di un modello moderno, efficiente ed efficace della Medicina Generale che evolva sviluppando le Cure Primarie e del territorio in armonica collaborazione tra i processi di cura e di assistenza integrando il team delle Cure Primarie e sviluppando un lavoro fondato sull'epidemiologia speciale delle condizioni cliniche, sulla presa in carico delle persone, sull'integrazione tra processi clinici e assistenziali e totalmente governato da un sistema di controllo di gestione e di management sanitario che verifichi l'efficienza allocativa e produttiva e l'equità delle prestazioni.

Attraverso l'integrazione di strumenti tecnici per l'analisi epidemiologica, la valutazione degli outcome e l'analisi delle determinanti economiche del sistema, stiamo approntando un'infrastruttura definita *Primary Care Governance System* (PCGS) che avrà obiettivi gestionali, di eccellenza delle cure cliniche, di analisi dei costi e dei benefici prodotti.

PCGS sarà in grado di valutare impatti e assorbimenti di intere popolazioni aggregate per dimensioni distrettuali, subdistrettuali, di ASL e nazionali.

Di ogni popolazione sarà in grado di definire la distribuzione epidemiologica per raggruppamenti e isocoorti cliniche, assistenziali ed economiche, con analisi multidimensionali affini e diverse dalla tecnica dei CREG.

PCGS sarà inoltre in grado di raccordare i processi di bassa e media intensità e complessità con l'alta intensità attraverso un'in-

terfaccia dinamica che rilevi la continuità di cura del paziente senza discontinuità mediche e assistenziali.

La funzione di auditing sarà in grado di monitorizzare le performance ottimali di ogni singolo medico e di ogni aggregazione e singola unità di cura, riferendoli i migliori standard scientifici e misurando l'outcome clinico ed economico al livello del singolo paziente.

Il documento sarà elaborato con il supporto attivo e il contributo di numerose Società Scientifiche della Medicina, del Management e dell'Organizzazione Sanitaria del nostro Paese.

"Il miglior risultato di cura per ogni euro investito dal SSN" sarà il motto della SIMG e di PCG e ispirerà tutte le parti del memorandum.

Il memorandum per il SSN sarà completato entro i primi di aprile e presentato all'assemblea Nazionale della SIMG di giugno.

La presentazione alle forze politiche e sociali avverrà nel corso del mese di giugno nel corso della Cerimonia per il Trentennale della SIMG.

Siamo ben consapevoli delle difficoltà correnti del Sistema Sanitario e del Paese. Per tale ragione senza alcuna reticenza e indugio offriamo la nostra collaborazione con senso di responsabilità, mettendo sul tavolo della trasparenza le nostre competenze e le evidenze del nostro operare clinico.

"Il miglior risultato di cura per ogni euro investito dal SSN" è il nostro obiettivo. Analizzare e utilizzare questi strumenti o altri di pari o maggiore qualità che altri vorranno proporre non può che arricchire ed esaltare l'attività di AIFA facendo risaltare l'eccellenza dei operatori sanitari e del Sistema Sanitario del nostro Paese.