

**Saffi Giustini**

Medico di Medicina Generale

## Assistenza primaria. Non originali riflessioni a margine del 29° Congresso SIMG

Qualche anno or sono *Annals of Internal Medicine* uscì con un articolo dall'enfatico titolo: "Primary care: the next renaissance" ("Cure primarie: il prossimo rinascimento"); una rinascita che dovrà basarsi su sette fondamentali principi, alcuni ovvii ma non troppo:

1. il sistema sanitario deve essere organizzato per rispondere ai bisogni dei pazienti;
2. l'obiettivo del sistema delle cure primarie deve essere l'erogazione di *un'assistenza di altissima qualità, documentata da risultati misurabili*;
3. l'informazione e i sistemi informatici devono essere *la spina dorsale dell'attività delle cure primarie*;
4. l'attuale sistema sanitario *deve essere ricostruito*;
5. il finanziamento del sistema sanitario deve supportare *cure primarie di eccellenza*;
6. la formazione nelle cure primarie deve essere rivitalizzata, con una particolare attenzione ai nuovi modelli di erogazione dei servizi e a training effettuato dove si praticano cure primarie di eccellenza;
7. *il valore della pratica delle cure primarie deve essere continuamente migliorato, documentato e comunicato*.

La semplice banalità di queste sette considerazioni rende atto del malcontento di una categoria, quella dei medici di medicina generale (MMG), che reggono da anni un sistema che briciole ha investito nel finanziamento della riorganizzazione anche strutturale dell'assistenza primaria e dall'altro della percezione esterna della nostra

professione come quella di un arruffato insieme di eterogenei interessi con diverse caratteristiche vocazionali e comportamentali. Dall'esterno si percepisce solo l'arretratezza dell'organizzazione Sanitaria della Medicina Generale, che viene letta/interpretata/vissuta come scarsa disponibilità, se non sciatteria e disinteresse.

L'insieme dei bisogni dei malati/ricieste del servizio se da una parte evidenzia il ruolo sempre più strategico dell'assistenza primaria all'interno del sistema sanitario, dall'altra ha avuto effetti pesanti sul carico di lavoro e di responsabilità che si è abbattuto sugli operatori di prima linea, in particolare i medici di famiglia.

Come in tutti i paesi industrializzati questo sostanzialmente è dovuto a motivi economici (perché è una specialità remunerata meno di altre), per l'eccessivo carico di lavoro, perché vi è una progressiva riduzione della gratificazione professionale, a causa dell'eccesso di adempimenti burocratici e del minor tempo dedicato ai pazienti. Soprattutto ai pazienti cronici.

Le malattie croniche hanno sostituito quelle acute come problema dominante per la salute, essendo la causa principale di uso dei servizi, consumando il 78% dell'intera spesa sanitaria.

Hanno cambiato il ruolo del medico (di Medicina Generale) che, da "unico" gestore della cura, diventa componente di un gruppo multiprofessionale, in grado di elaborare il piano di cura e di assistenza, che tenga conto della molteplicità dei bisogni, così come di

garantire la continuità dell'assistenza.

Hanno cambiato il ruolo del paziente che, da soggetto passivo diventa protagonista attivo della gestione del proprio stato di salute, assumendo comportamenti e stili di vita adeguati.

Attendere che a macchia di leopardo sia sviluppato il processo di trasformazione organizzativa verso le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità di cure complesse (UCCP) della Medicina Generale, probabilmente non sarà sufficiente a interrompere questo negativo giudizio che trova ampio anche se contraddittorio consenso all'interno della società del nostro Paese.

Invece possiamo ove le condizioni esistono, ove sappiamo creare le condizioni con i manager pubblici, ove, rompendo ideologiche barriere, sappiamo con trasparenza estrema costruire sinergie fra il pubblico e il settore privato per dare concretezza alle idee e finanziamenti non solo ai progetti ma anche ai contenuti ad esempio del Decreto Balduzzi, intraprendere un percorso di reale riorganizzazione partendo da:

- bisogni dei pazienti letti anche dai MMG;
- case mix delle comorbidità (vedi VII Report Health Search);
- definizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, condivisi, praticabili e misurabili, tarati anche/soprattutto/non solo per gli ultra settantenni;
- valutazione non episodica di processi e di esiti.