

Gerardo Medea

Consiglio di Presidenza Nazionale SIMG (Brescia)

Per la Medicina Generale è ... “Il Tempo delle Mele”

Quando negli anni '80 cominciai la professione di medico di famiglia, il mio terrore (nel caso dell'edema polmonare acuto ... un vero incubo) era imbattermi al domicilio del paziente in una delle tante e temibili emergenze mediche.

E non c'era settimana che ciò non avvenisse realmente, tant'è che era imperativo rifornire quasi giornalmente la piccola – ma a suo modo esaustiva – farmacia contenuta nella mia borsa da medico.

In ambulatorio poi l'emergenza era fronteggiare il presente, gestire e risolvere le acuzie quotidiane adattando l'attività ai bisogni contingenti espressi dai pazienti.

Certo esistevano anche allora i pazienti ipertesi, diabetici, broncopneumopatici, ma non era la loro malattia cronica a emergere bensì i loro possibili quanto frequenti problemi acuti o qualcuna delle loro pericolose complicanze.

In cinque lustri non rimane più nulla di quel mondo, poiché sono cambiate le malattie, sono cambiati i farmaci per curarle, sono cambiati i pazienti e soprattutto sono cambiati (o comunque lo stanno facendo, obtorto collo, in questi anni) i medici, in particolare quelli delle cure primarie.

Il cambio di paradigma è stato così radicale che molti di noi, forse perché impreparati culturalmente o forse solo perché fiaccati da una professione che non ci ha restituito soddisfazioni equivalenti all'impegno e all'entusiasmo in essa profusi, hanno cominciato a manifestare sintomi di scoramento: qualcuno resiste a denti stretti, altri hanno rinunciato a qualsiasi tentativo di adattamento anticipando la pensione, qualcuno ha sviluppato una sindrome da burn-out.

Ma c'è stato anche chi, senza tentennamenti, ha cavalcato e in un certo senso anticipato l'onda del cambiamento.

Gestire i malati cronici (l'80% del quotidiano lavoro di un medico di medicina generale [MMG]) richiede, infatti, la concatenazione di tre elementi: conoscenze, strumenti professionali e organizzazione. Occorre poi che il processo di cura, sul singolo come su gruppi di pazienti, sia sistematicamente monitorato con indicatori di processo e di esito, oltre che economici affinché i professionisti possano ricevere stimoli al miglioramento continuo e gli amministratori utili indicazioni programmatiche. E per ultimo, ma non per importanza, è necessario definire un salario in parte agganciato ai risultati, all'appropriatezza e all'intensità delle cure erogate.

Formazione continua, cartella clinica strutturata per problemi (cartacea prima, elettronica poi), strumenti per l'audit e la valutazione singola e di gruppo, reti professionali, personale di studio, sono termini che fanno parte oramai del patrimonio culturale collettivo dei MMG italiani.

Ma quando, circa 30 anni fa, in tempi non sospetti, e con forte capacità anticipatoria, la Società Italiana di Medicina Generale cominciò a porre queste necessità all'attenzione della professione, nata con la riforma del 1978 sulle ceneri del sistema mutualistico, per molti si trattava di eresie, associate a un pizzico di follia divinatoria, e perciò magica e inattendibile.

Quei MMG (non pochi per fortuna) che hanno però creduto in quella “eresia”, hanno cominciato e continuano a rinfrescare le loro conoscenze mediche, fanno riferimento alle migliori conoscenze scientifiche, applicano le linee guida più accreditate, utilizzano strumenti informatici evoluti per la gestione e il monitoraggio dei cronici, hanno disegnato nei loro studi avanzati modelli organizzativi sfruttando le risorse (assai modeste) messe a disposizione dal Contratto Collettivo Nazionale oppure in molti casi investendo del proprio. Non mancano poi i medici di famiglia che fanno ricerca clinica ed epidemiologica di alta qualità e impact factor.

Manca però ancora la volontà di trasformare in “sistema” queste eccellenze.

Nel novembre 2012 il Ministro Balduzzi ha riformato l'articolo 8 della del Dlgs 502/92 (riordino delle cure primarie), nel quale la novità più grossa è l'obbligatoria partecipazione a gruppi organizzati di MMG (AFT o UCCP), con l'obiettivo forse più di rafforzare il territorio in tema di gestione delle acuzie/urgenze piuttosto che delle cronicità. Anche se nello specifico le Regioni potranno impiegare personale dipendente presso le nuove strutture multi professionali e stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali per i pazienti cronici.

Nel decreto però prevalgono le ombre (assenza di risorse economiche), rispetto alle luci (restyling organizzativo delle cure primarie). Nulla è ancora accaduto di quanto era stato decretato. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della legge si doveva procedere all'adeguamento delle convenzioni, limitatamente agli aspetti organizzativi. Decorso il termine il Ministro della Salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze doveva emanare disposizioni attuative.

Nil est dictu facilius!

Nel frattempo alcune Regioni (Toscana, Lombardia, Veneto, Emilia e poche altre) stanno proponendo ciascuna un proprio modello di governo delle patologie croniche, in cui, a parte i buoni propositi generali (presa in carico dei cronici, spostamento dell'asse dell'assistenza dall'ospedale verso il territorio, efficienza) esprimono opinioni spesso assai divergenti su come i MMG debbano concretamente diventare i protagonisti in tema di gestione della cronicità. Noi a tal proposito abbiamo le nostre convinzioni, in verità già più volte enunciate, e la pretesa di fornire qualche buon consiglio per chi avrà il pregio di ascoltarlo.

Non è più demandabile il potenziamento organizzativo delle cure primarie. Queste ultime devono essere trasformate da un sistema a bassa a uno ad alta intensità di cure. Solo così si potrà far fronte ai nuovi bisogni derivanti dalla riduzione dei posti letto, dalla de-ospedalizzazione precoce, e dal crescente numero di persone con disabilità e fragilità.

Il riassetto, in assenza di risorse aggiuntive, potrebbe considerare anche ipotesi alternative quali quella di ridurre il numero dei MMG, aumentando (a isorisorse) quello del personale di studio, invertendo quell'infelice rapporto medici/infermieri che vede la Medicina Generale italiana agli ultimi posti in Europa. Oppure anche di affiancare ai medici di famiglia quelli di continuità assistenziale sottraendoli a un'attività professionale spesso avvilente o improduttiva. Ne verrebbe a guadagnare la medicina d'iniziativa, il governo dei malati cronici, le cure domiciliari ai malati terminali. Il modello toscano da questo punto di vista ci insegna che è praticabile, efficace ed esportabile.

AFT e UCCP, oggi sulla carta solo scatole vuote di contenuti e proposte professionali, sono un'opportunità per sperimentare iniziative di integrazione ospedale-territorio sulla scorta di modelli già sperimentati dalle Agenzie Sanitarie Americane come il Kaiser Permanente. Tutti i MMG italiani devono essere dotati di sistemi elettronici (Clinical Decision Support System, cruscotti di governance) per valutare l'appropriatezza e il raggiungimento dei risultati di cura per singolo paziente e per singole patologie, onde innescare un circolo di miglioramento continuo.

Tali risultati devono essere condivisi in una rete professionale multilivello, i cui dati devono essere gestiti con meccanismi botton-up per la ricerca clinica sul campo, l'audit e il governo clinico. Gli stessi strumenti devono essere messi a disposizione dei Direttori di Distretto. Quest'ultimo deve diventare cuore (e mente) del governo della cronicità oltre che della prevenzione primaria e secondaria.

È inaccettabile, infine, che a fronte di una strategia così ampiamente condivisa che enfatizza lo spostamento dell'asse dell'assistenza dall'ospedale al territorio, in cui la presa in carico dei cronici è l'obiettivo qualificante, vi sia una politica del farmaco che preclude alla Medicina Generale la possibilità di prescrivere farmaci innovativi (ad esempio, nuovi anticoagulanti orali e incretine) destinati proprio alla cura dei malati cronici.

Sono i nostri convincimenti, ma sono anche le nostre “sfide”.

C'è ne sarebbe anche un'ultima, forse la più osteggiata.

Ci chiediamo, infatti, perché termini come “cambiamento, qualità delle cure, eccellenza nei comportamenti professionali, trasparenza”, facciano fatica a entrare nel vocabolario della nostra professione o meglio più correttamente in quello di chi dovrebbe incardinare tali termini nei contratti e negli accordi collettivi nazionali o regionali.

I medici di famiglia, come altri professionisti, non sono tutti eguali e non c'è accordo collettivo nazionale-regionale che possa annullare queste disuguaglianze.

Alcuni di Voi forse ricorderanno che, sempre negli anni '80, spopolò nei cinema di tutta Europa il film “Il tempo delle mele” con la splendida Sophie Marceau. Raccontava delle turbolenze del passaggio dall'infanzia all'adolescenza in parallelo con la crisi di una coppia quarantenne. Tra crisi esistenziali, turbamenti, litigi e ri-innamoramenti, giovani e meno giovani si adattavano alle trasformazioni che la vita gli imponeva diventando infine e per davvero “adulti” e “maturi”. Anche per la Medicina Generale Italiana è “Il tempo delle mele”. Tempo di trasformazioni radicali, di rapidi e ineludibili adattamenti a nuove situazioni, di scelte complesse, di opportunità da sfruttare. È tempo per la Medicina Generale di diventare adulta e matura e dunque di diventare finalmente protagonista del proprio futuro.

“Il tempo delle mele” per la Medicina Generale ... e “tempi duri” per le mele marce.