

Gerardo Medea¹, Claudio Cricelli²

¹ Consiglio di Presidenza Nazionale SIMG; ² Presidente Nazionale SIMG

Nuove forme organizzative della Medicina Generale e “Medici con Speciali Interessi”

I Medici di Medicina Generale con Speciali Interessi (GPwSIs: *General Practitioners with Special Interests*): definizione

La definizione che la “Standing Education Conference for General Practice in the Northern Deanery”¹ ha dato del GPwSIs è la seguente: *Un professionista che integra il suo ruolo di generalista offrendo un ulteriore servizio di alta qualità per soddisfare le esigenze dei pazienti [...] Egli lavora principalmente nella comunità e fornisce un servizio clinico al di là della portata del suo ‘normale ruolo professionale di base’, erogando servizi avanzati che non sono normalmente eseguiti dai suoi colleghi.*

Le conoscenze e le competenze (nella specifica materia) di un GPwSIs non corrispondono dunque a quelle ritenute “indispensabili” per la comune pratica clinica di un medico di medicina generale (MMG), ma non sono neppure così avanzate e profonde da eguagliare quelle di uno specialista, al quale, il GPwSIs non intende sostituirsi né sovrapporsi. La precondizione affinché egli possa svolgere con competenza il suo ruolo è che possieda competenze e abilità tali da erogare determinati servizi senza una diretta supervisione da parte di un esperto della specifica materia.

Ruolo del GPwSIs

Il GPwSIs è in grado di migliorare l'assistenza nell'ambito delle Cure Primarie in diversi importanti modi:

- riduce i costi per il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e per il paziente evitando inutili consulenze specialistiche, con conseguente calo delle liste di attesa;
- migliora le competenze e facilita la gestione dei pazienti più complessi;
- favorisce una diffusione delle conoscenze nella rispettiva materia tra i medici di famiglia, anche attraverso un'azione “tra pari” di istruzione e formazione sul campo;
- contribuisce alla risoluzione di problemi che altrimenti avrebbero potuto essere non affrontati, sotto-trattati o, nel peggiore dei casi, mal-trattati.

I vantaggi che il supporto di tale professionista può dare alla comunità dei MMG sono molteplici e così riassumibili:

- la consulenza è “tra pari”;
- il GPwSIs-consulente conosce perfettamente il setting di lavoro e il contesto in cui il problema si è generato e deve essere risolto; egli ha, pertanto, lo stesso punto di vista del postulante; il suo approccio sarà olistico e terrà conto delle comorbidità;
- il paziente è più soddisfatto poiché aumenta il numero di problemi che possono essere risolti a “chilometro zero” e nel setting del suo medico di famiglia.

Il GPwSIs e le nuove forme organizzative della Medicina Generale

La Legge 13 settembre 2012, n. 158 (Legge Balduzzi) ha decretato la nascita di nuove forme organizzative della Medicina Generale (MG) (anche se con altri acronimi esse comparivano già nell'ultimo Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG, ancora in vigore): le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), reti mono-professionali di MMG che condividono percorsi assistenziali, linee guida, audit e strumenti analoghi oltre che obiettivi di budget; e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che sono reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e che erogano prestazioni assistenziali tramite l'integrazione tra la Medicina Specialistica, la MG e i Servizi Sociali. Le UCCP sono aperte al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione.

Ogni AFT e ogni UCCP ha un coordinatore con diversi e importanti compiti (Tab. I) rispetto ai quali egli necessita di idonei strumenti di governance e di monitoraggio (Tab. II).

TABELLA I.**Compiti del coordinatore di AFT-UCCP.**

- Verificare l'attuazione del piano di attività distrettuale e dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) dell'AFT
- Verificare il rispetto degli obiettivi di budget
- Verificare l'utilizzo appropriato dei servizi di domiciliarità e residenzialità (ADP, ADI, RSA)
- Promuovere e coordinare le attività di self-audit e di peer review-audit nell'AFT, con idonei strumenti

TABELLA II.**Strumenti di governance-monitoraggio per il coordinatore di AFT-UCCP.****a. Mediante la banca dati dell'ASL:**

- Report di spesa e intensità d'uso di farmaci, accertamenti, presidi, visite, ricoveri, accessi al Pronto Soccorso (AFT)
- Report di spesa e intensità dei servizi erogati (UCCP)
- Indici di presa in carico dei pazienti cronici e applicazione dei PDTA
- Report di spesa e intensità d'uso dei servizi domiciliari (ADI-ADP)

b. Mediante i dati della rete AFT:

- Case-mix della popolazione assistita (AFT)
- Indici di presa in carico pazienti cronici e applicazione dei relativi PDTA
- Performance cliniche con indicatori di processo ed esito intermedio (per valutare appropriatezza, efficacia, criticità)
- Indicatori di performance dell'assistenza domiciliare/cure palliative

Il Patto per la Salute 2014-2016, oltre a confermare tale impianto organizzativo, ha anche decretato che AFT e UCCP *entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN e, comunque, non oltre la vigenza del Patto stesso, debbano costituire le uniche forme di aggregazione delle Cure Primarie.*

Si vuole, in pratica, rimodellare le Cure Primarie favorendo forme organizzative sempre più integrate e multi-professionali e realizzare la presa in carico globale del

paziente, soprattutto se affetto da patologia cronica, al fine di spostare sul territorio l'assistenza socio-sanitaria e lasciare al polo ospedaliero la gestione delle acuzie. Al Territorio spetta anche il compito di promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla medicina di "attesa" a quella di "iniziativa", adottando un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura (altrimenti chiamato "Governo Clinico").

Il disegno strategico, anche grazie alla variegata e fantasiosa capacità interpretativa delle Regioni, nelle more della revisione del Cap. V della Costituzione, è ancora molto nebuloso circa le possibili modalità di attivazione e finanziamento giacché, incredibilmente, si parla di Riforma "senza costi aggiuntivi per il SSN". Esso, tuttavia, in modo palese, vuole trasformare l'attuale profilo assistenziale della Medicina di Famiglia da un livello a bassa intensità di cura a uno a media e alta intensità. Le AFT e le UCCP dovranno, infatti, prendere in carico non solo i malati cronici, ma anche gestire la prevenzione secondaria e soprattutto i malati fragili-complessi-domiciliari. Riteniamo, a tal proposito, che servano strumenti innovativi (ad es., la suite InterRAI – <http://www.interrai.org>) che permettano di inquadrare e valutare questi pazienti, identificare i loro bisogni assistenziali e monitorare nel tempo gli esiti e l'efficacia del processo di cura.

Il Patto della Salute, attraverso questo nuovo profilo organizzativo della MG italiana, automaticamente sancisce, a nostro avviso, la nascita di tre "nuove" figure professionali:

- il coordinatore di AFT-UCCP assimilabile a un vero e proprio manager delle Cure Primarie;
- il Medico con Speciali Interessi (GPwSIs);
- il Medico delle Cure Primarie in grado di gestire la diagnostica di 1° livello all'interno delle UCCP.

Il Patto della Salute, invero, norma in modo esplicito solamente le prime due figure professionali, anche se relativamente ai GPwSIs menziona solo "il medico esperto sulle tematiche legate alla terapia del dolore".

Non è del tutto chiara, inoltre, la posizione

economica e giuridica di queste innovative figure professionali e nessuna indicazione è posta circa le modalità del loro accreditamento e di ri-accreditamento.

Nasce l'Alta Scuola di Formazione delle Cure Primarie

Anche sulla base di queste premesse, ma a dire il vero l'idea era già nata in tempi non sospetti, è stata fondata dalla Società Italiana di Medicina Generale l'Alta Scuola di Formazione delle Cure Primarie, che si propone di:

- fornire conoscenze, competenze e abilità ai MMG per erogare cure personalizzate costo-eficaci;
- scrivere la nuova Job Description delle Cure Primarie e organizzare una Scuola permanente su funzioni e compiti (ad es., come mi prendo cura della persona con diabete);
- migliorare le competenze e creare gli strumenti per fornire cure complesse sul territorio.

Tenuto conto dei possibili sviluppi organizzativi e tecnologici della professione, la Scuola ha quattro principali settori di intervento:

- la formazione clinica centrata sulla Job Description delle Cure Primarie;
- la formazione dei GPwSIs;
- il management professionale (destinato soprattutto, ma non solo, ai Coordinatori di AFT-UCCP);
- la formazione-addestramento nell'uso delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche (in particolare l'ecografia di 1° livello, le tecniche infiltrative, l'Holder, ecc.).

Per quanto riguarda i GPwSIs, le aree di possibile attivazione sono potenzialmente molteplici. Quelle attivate, per esempio, nel Regno Unito (UK) (dove l'implementazione di queste figure professionali risale addirittura al 2002!) sono elencate nella Tabella III².

In base alle nostre analisi, le aree tematiche nelle quali, nel sistema assistenziale italiano, è più urgente attivare la figura dei GPwSIs, sono l'area psichiatrica, quella del dolore, delle cure palliative-fragilità, quella cardiovascolare e metabolica.

TABELLA III.

Tipologie di GPwSIs presenti nel SSN in UK.

• Diabete
• Cardiologia
• Assistenza agli anziani
• Cure palliative e cancro
• Salute mentale (compreso abuso di sostanze)
• Dermatologia
• Problemi muscolo-scheletrici
• Salute della donna e del bambino, compresa la salute sessuale
• ORL
• Assistenza ai senza-dimora, soggetti in cerca di asilo, viaggiatori e altri con difficoltà di accesso ai tradizionali servizi assistenziali
• Altre procedure erogabili sul territorio (endoscopie, cistoscopie, ecocardiografie, vasectomie, ecc.)

Di grande importanza, infine, potrebbe essere la presenza di un altro esperto "trasversale" (peraltro previsto anche in UK) quale quello di *supporto all'insegnamento e alla ricerca*, anche alla luce del recente progetto AIFA di attivare una Rete di MMG nell'ambito del monitoraggio dei farmaci innovativi, ora gestiti esclusivamente con Piano Terapeutico dai centri specialistici (ad es., nuovi anticoagulanti orali, incretine, ecc.).

Un esempio per tutti: razionale, ruolo e compiti del MMG con Speciale Interesse in Diabetologia

L'area diabetologica, insieme a quella del dolore-cure palliative-fragilità è, tra le elencate, quella che a nostro avviso ha più urgenza di essere implementata, anche a prescindere dal buon esito degli sviluppi delle nuove forme organizzative nelle Cure Primarie.

L'approvazione della Legge 115/87 circa l'istituzione dei Centri di Diabetologia (CD), ha infatti, determinato (incolpevolmente s'intende!, poiché non era certo questo l'intento) un progressivo depauperamento culturale e operativo dei MMG in questo importante settore clinico.

Negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della legge, infatti, il passaggio in cura delle persone con diabete ai CD aveva di fatto appiattito il ruolo del MMG a quello di "nastri trasportatori" di farmaci ed esami prescritti dal CD stesso. Solo grazie a un'intensa attività di formazione e di coordinamento con le Società Scientifiche della Diabetologia, la situazione negli ultimi due lustri è sostanzialmente migliorata. Un fatto molto positivo, poiché c'è da considerare l'alto numero di diabetici che ancora sfuggono a una gestione ottimale della malattia, e la cui intercettazione e gestione da parte del MMG è determinante. Il numero complessivo di questi pazienti, inoltre, è talmente elevato che è impensabile delegarli totalmente ai CD per soddisfare tutti i loro bisogni.

Infine, è illusorio credere che i numeri e le possibilità gestionali dei CD possano essere tarati su una gestione univoca (senza la MG) di tutti i diabetici. Solo una Rete di assistenza tra primo e secondo livello ben coordinata può migliorare l'efficacia delle cure per tutti (o per la maggior parte) dei pazienti diabetici. C'è da considerare poi che, essendo in costante aumento l'incidenza e la prevalenza della patologia, anche grazie a una migliorata sopravvivenza, si stia incrementando il numero di pazienti diabetici tipo 2 in terapia insulinica ... che anche il MMG deve saper gestire.

Ad aggravare la situazione si è aggiunta in questi ultimi anni la scellerata pratica dei "Piani Terapeutici", molti dei quali hanno coinvolto i farmaci per il trattamento del diabete tipo 2. In conseguenza, i MMG sono stati esclusi dalle conoscenze e dalle capacità gestionali di questi farmaci (e tra essi ci sono state anche per molti anni anche le insuline basali).

Il lungo ragionamento ci fa concludere che un GPwSI in diabetologia, e soprattutto in terapia insulinica, può contribuire a determinare quel salto di qualità nell'assistenza ai diabetici, che la situazione epidemiologica e clinica richiede.

Un GPwSI in diabetologia deve avere competenze:

- organizzative, relativamente alla gestione della popolazione diabetica (dati, audit, valutazioni di outcome e di output, impiego di risorse, organizzazione dello studio, ecc.);
- cliniche avanzate nella gestione della terapia anti-diabetica orale e insulinica;
- di valutazione e gestione di primo livello dello screening delle complicanze del DMT2.

Conclusioni

Per la sostenibilità del SSN il ruolo delle Cure Primarie è e sarà sempre più determinante. Spostare l'asse dell'assistenza verso il Territorio, soprattutto circa la gestione dei cronici, richiede di ridisegnare il profilo professionale e organizzativo dell'attuale MG italiana.

In ambito diabetologico questo salto di qualità è urgente e ineludibile e a esso possono contribuire i GPwSIs a supporto dei gruppi e delle forme organizzate di Cure Primarie sul territorio.

È però impensabile chiedere alla MG italiana questa trasformazione, pretendendo un passaggio da un sistema a bassa intensità di cura a uno a medio-alta intensità, ampliandone le funzioni e garantendo qualità e appropriatezza, in carenza di risorse e investimenti.

Bibliografia

- ¹ <http://www.northerndeaneary.nhs.uk/NorthernDeaneary/primary-care/continuing-practice/gps-with-a-special-interest/GPwSI-20PCT-20Guidance-20Notes-1.pdf>
- ² http://www.gencat.cat/ics/professionals/recull/bibliografic/2007_3/Implementing.pdf