

Conoscere per decidere. Lo spazio-tempo della medicina generale



Claudio Cricelli
SIMG - Presidente emerito

Tutto il dibattito e l'attenzione sugli aspetti critici del SSN sembrano concentrati sulla Medicina Generale e sulle sue carenze strutturali vere o presunte. Le soluzioni proposte, anch'esse vere o presunte, partono dai medesimi presupposti e prefigurano soluzioni che danno per scontata la correttezza dell'analisi del sistema.

In altre parole, i modelli di soluzione che dovrebbero risolvere strutturalmente i problemi delle Cure Primarie si fondano sulle seguenti osservazioni:

- La MG convenzionata è inadeguata ad affrontare i bisogni della popolazione italiana
- L'organizzazione sanitaria attuale delle Cure Territoriali è frammentata ed offre una scarsa e mediocre offerta di servizi avanzati
- Tali servizi vanno quindi concentrati in ambiti di offerta sanitaria di dimensioni più ampie rispetto ai singoli studi del MMG dove si possa configurare un'offerta di servizi sanitari, medici, infermieristici e specialistici per un ampio bacino di utenza
- Tali presidi - **CdC Hub** - devono prevedere la presenza dei MMG con un monte ore pari a circa il 45% del loro impegno orario totale
- A tali strutture - CdC Hub - devono essere connesse le strutture decentrate territoriali **CdC Spoke**, corrispondenti agli attuali studi di MMG destinati a divenire studi associati
- Strutture intermedie a prevalente gestione infermieristica **OdC** (Ospedali di Comunità) sono destinati ad ospitare pazienti con criticità socio-sanitarie che non devono assorbire risorse ospedaliere in ammissione o dimissione avendo prevalenti esigenze assistenziali
- Lo stato giuridico preferibile per i MMG è quello del lavoro dipendente che offre - a parere dei suoi sostenitori - l'affrancamento dalla variabilità ed imprevedibilità dei comportamenti individuali dei singoli MMG e stabilisce una catena di comando e di controllo facilmente gestibile dall'autorità sanitaria regionale e distrettuale.

- Il coordinamento della gestione multidimensionale e multidirezionale dei flussi di dati e della catena degli eventi sarà gestito dalle COT, le cui funzioni è opportuno riepilogare in dettaglio

Le COT (Centrali Operative Territoriali) sono strutture organizzative previste dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) italiano per rafforzare il sistema sanitario territoriale.

Finalità delle COT:

- *coordinare e integrare i servizi sanitari, sociosanitari e sociali a livello territoriale.*
- *garantire una presa in carico continua e personalizzata dei pazienti, soprattutto per quelli con malattie croniche o condizioni complesse.*
- *funzionare come punto di riferimento per l'attivazione e il monitoraggio dei percorsi di cura, in collaborazione con i MMG (Medici di Medicina Generale), i PLS (Pediatri di Libera Scelta) e altri professionisti della salute.*

Attività:

- *Accessibilità: sono aperte 24 ore su 24 e rappresentano un collegamento tra il cittadino e i servizi sanitari, anche tramite strumenti digitali come la telemedicina.*
- *Monitoraggio: gestiscono i percorsi di cura e assistenza, monitorando le esigenze della popolazione e i servizi offerti.*
- *Integrazione: collaborano con ospedali, CdC, assistenza domiciliare e altre strutture territoriali.*

Ruolo nella Sanità Territoriale:

Le COT rappresentano un nodo cruciale del nuovo modello di assistenza, mirato a:

- *ridurre il ricorso inappropriato agli ospedali.*
- *aumentare la capacità del sistema sanitario di rispondere tempestivamente alle esigenze locali.*
- *promuovere un approccio proattivo e preventivo, soprattutto per la gestione delle patologie croniche.*
- *mantenere un ruolo strategico nell'assistenza di prossimità, migliorando l'accessibilità e la continuità delle cure.*

Come è prevedibile si tratta di strutture tratte da un disegno mai prima sperimentato ed i cui fondamenti e riferimenti ai bisogni sanitari della popolazione del Paese non sono mai stati né descritti, né analizzati né validati. Si tratta dunque di un insieme di ipotesi di lavoro mai verificate ed i cui fondamenti in termini di analisi dei bisogni, dei carichi di lavoro, dell'evoluzione demografica della popolazione italiana e della collaterale evoluzione della epidemiologia clinica non sono stati mai oggetto di un confronto scientifico e dei modelli di organizzazione sanitaria. Tutto è stato quindi ridotto ad una operazione di elementare aritmetica oraria in cui su presupposti opinabili e mai dimostrati si sta costruendo una teorica che ha l'obiettivo di giustificare alcune soluzioni a forte connotazione politica.

Noi riteniamo al contrario che occorra fare un'operazione di "ingegneria inversa", che si debba cioè partire da una analisi approfondita e dettagliata della reale situazione professionale della Medicina Generale. Questa analisi, tuttavia, non può essere condotta con gli strumenti tradizionali della valutazione economica e del management sanitario, per consuetudine fondato su tecniche applicabili alle strutture sanitarie ed ospedaliere. Benché da tempo sia disponibile il progetto esiti di Agenas.

Il **Progetto Esiti**, promosso dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (**AGENAS**), è un'iniziativa che si occupa di misurare, analizzare e valutare le performance e gli esiti degli interventi sanitari. L'obiettivo principale è garantire la qualità e l'equità delle cure erogate, promuovendo il miglioramento continuo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Obiettivi principali

1. Misurare gli esiti delle cure:

- *Identificare indicatori specifici per valutare la qualità degli interventi sanitari.*
- *Monitorare le prestazioni delle strutture sanitarie a livello nazionale, regionale e locale.*

2. Supportare la programmazione sanitaria:

- *Fornire dati e analisi per aiutare Regioni e aziende sanitarie a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle cure.*
- *Identificare le aree di criticità per indirizzare gli interventi di miglioramento.*

3. Promuovere la trasparenza:

- *Consentire ai cittadini e agli operatori sanitari di accedere a dati affidabili sulla qualità dell'assistenza.*

4. Ridurre le disuguaglianze:

- *Monitorare le differenze negli esiti sanitari tra Regioni e all'interno delle stesse, per favorire un'allocazione più equa delle risorse.*

Strumenti e Metodologie

Il progetto si basa su:

- **Indicatori di esito:** *misure come la mortalità, le complicanze post-operatorie, e i tassi di riospedalizzazione, che consentono di valutare la qualità e l'efficacia delle cure.*
- **Analisi di dati sanitari:** *utilizzo di flussi informativi nazionali (es. schede di dimissione ospedaliera, registri sanitari) per monitorare le prestazioni.*
- **Benchmarking:** *confronto tra le performance delle diverse strutture sanitarie, Regioni o aree territoriali.*
- **Supporto decisionale:** *produzione di report e dashboard per amministratori e decisori sanitari.*

Impatti attesi

- *Miglioramento della qualità delle cure.*
- *Ottimizzazione delle risorse sanitarie.*
- *Maggiore accountability degli operatori sanitari e delle strutture.*
- *Aumento della fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.*

Esso non è mai stato applicato alle Cure Primarie malgrado alcune sollecitazioni da parte nostra negli anni passati. Una estensione di tale progetto è al contrario indifferibile per il comparto delle Cure Primarie analizzandone e misurando in maniera e con tecniche innovative l'attività, gli obiettivi di cura, gli *outcomes* e gli *output* attraverso uno strumento di analisi creato appositamente per la MG. Questa professione infatti a differenza della medicina specialistica è fondata su una prevalente dimensione di "processo" in cui è prevalente una dimensione longitudinale e di lunga durata rispetto alla produzione immediata di output (quante visite, quante ricette, quanti farmaci, quanti esami, quante visite domiciliari,...)

RIQUADRO:

Il **concetto di processo in sanità** si riferisce all'insieme di attività coordinate e integrate che mirano a fornire servizi sanitari efficaci, sicuri e di qualità. I processi in ambito sanitario sono orientati al raggiungimento di obiettivi specifici, come la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle condizioni di salute dei pazienti.

Elementi chiave del processo in sanità

1. Input: le risorse necessarie per avvia-

re il processo, come personale sanitario, strumenti diagnostici, farmaci, infrastrutture e dati del paziente.

2. Attività: le azioni specifiche che costituiscono il processo, come visite mediche, esami diagnostici, interventi terapeutici o chirurgici, somministrazione di farmaci e follow-up.

3. Output: i risultati immediati del processo, come diagnosi effettuate, terapie somministrate, dimissioni ospedaliere o prescrizioni.

4. Outcome: gli effetti a lungo termine del processo sui pazienti, come il miglioramento dello stato di salute, la riduzione della mortalità, il miglioramento della qualità della vita o la prevenzione di complicanze.

5. Feedback: il monitoraggio continuo degli esiti per valutare la qualità e l'efficacia del processo, identificare aree di miglioramento e aggiornare le pratiche.

Tipologie di processi in sanità

1. Processi clinici: attività direttamente legate all'erogazione delle cure, come la gestione di una patologia cronica (es. diabete), un intervento chirurgico o una terapia farmacologica.

2. Processi organizzativi: azioni che supportano l'erogazione delle cure, come la pianificazione delle risorse, la gestione dei turni del personale o la logistica di farmaci e dispositivi.

3. Processi gestionali: includono la governance sanitaria, la pianificazione strategica e il monitoraggio delle performance di strutture e servizi.

4. Processi amministrativi: attività burocratiche e di supporto, come la gestione delle cartelle cliniche, il billing (fatturazione) o la gestione dei flussi informativi.

Importanza del concetto di processo

1. Miglioramento della qualità: identificare e ottimizzare i passaggi critici ridurre errori, ritardi e inefficienze.

2. Approccio multidisciplinare: coinvolgimento di diverse figure professionali (medici, infermieri, tecnici, amministrativi) per garantire una visione integrata delle cure.

3. Personalizzazione delle cure: i processi ben definiti consentono di adattare l'assistenza alle esigenze specifiche dei pazienti.

4. Monitoraggio e valutazione: i processi permettono di misurare e confrontare le prestazioni attraverso indicatori di qualità (es. tempo di attesa, mortalità, complicanze).

5. Sostenibilità del sistema: processi efficienti consentono un uso ottimale delle risorse sanitarie, migliorando il rapporto costo-efficacia.

Esempio pratico di processo in sanità

Un esempio tipico è il **percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA)**, che rappresenta una guida strutturata per il trattamento di specifiche patologie (es. ictus, diabete). Include:

- Definizione del percorso del paziente dal primo contatto con il sistema sanitario fino alla gestione post-cura.
- Coordinamento tra i vari livelli di assistenza (territoriale, ospedaliero, riabilitativo).
- Misurazione degli esiti per garantire la qualità

A parte una serie limitata di prestazioni che sono prevalentemente legate alle condizioni acute, la maggioranza dell'attività della Medicina Generale è concentrata sullo sviluppo di un "processo" che ha una dimensione temporale indefinita ed i cui risultati si manifestano solo a distanza. La Medicina Generale è quindi una professione di processo e non di esiti immediati al contrario della medicina

specialistica che è una medicina parzialmente di processo e sostanzialmente di output che sono la caratteristica fondamentale. Il numero di operazioni chirurgiche, la quantità di visite, gli interventi di cataratta, i trattamenti dermatologici, la terapia oncologica e prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, hanno tutti una dimensione riferita ad uno spazio e ad un tempo, con un inizio e una fine definiti. Esse sono quantificabili nel tempo e fanno quindi parte di schemi di valutazione di economia sanitaria e di programmazione sanitaria, largamente attendibili.

Le liste d'attesa della medicina specialistica sono liste di prestazioni non disponibili che devono essere rese accessibili attraverso un aumento degli spazi e dei tempi e del personale messi a disposizione dell'utenza.

In Medicina Generale, tale dimensione è dilatata pur restando funzione delle stesse variabili (quanto personale, quali strutture, quali strumenti, etc). I risultati di una presa in carico di un fattore di rischio o di una patologia cronica si sviluppano e si articolano solo nel tempo e sono visibili e valutabili solo in una dimensione evolutiva non temporizzabile.

Fanno eccezione gli interventi sulle patologie acute composte prevalentemente dalle malattie infettive e la valutazione degli *outcomes* intermedi ed altri eventi che possono essere ricompresi nell'ambito dell'erogazione del medico di famiglia in condizioni di urgenza.

Per superare i limiti di queste proposte progettuali, noi riteniamo quindi indifferibile l'apertura di un confronto rigoroso fondato sulle evidenze disponibili, sulla prefigurazione di scenari clinici e demografici che sono i soli che possono dare indicazioni sui modelli adeguati a rispondere alla evoluzione delle esigenze sanitarie della popolazione.

Solo allora si potrà elaborare un disegno multidimensionale dal quale possano ragionevolmente derivare soluzioni organizzative, eventuali modifiche dello stato giuridico, allocazione di risorse e mutamenti strutturali che incrementino l'efficacia dei comparti sanitari e la loro efficienza allocativa.

Si tratta quindi di riaffermare il principio, caro a **Luigi Einaudi** che "ogni decisione debba essere fondata e preceduta da una adeguata conoscenza e confronto sui dati fattuali".

