

# Medicina basata sulle evidenze e Medicina basata sulle esigenze

L'attività diagnostica e di cura ha bisogno di tempo, il tempo è strumento diagnostico, il tempo è strumento di ascolto. Ma il tempo a disposizione dell'attività nobile di diagnosi e cura soprattutto nella Medicina Generale è eroso da attività tutt'altro che mediche, da attività burocratiche, economiche, amministrative e di segreteria.

Il tempo è una esigenza vitale e se questa risorsa diminuirà ulteriormente potrà saltare l'intero sistema di erogazione delle cure

**Giuseppe Maso**

*Professore di Medicina di Famiglia - Università di Udine*

La Medicina basata su prove di efficacia (*Evidence-based medicine, EBM*) è stata definita come il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematici dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche. Si tratta dell'uso di stime matematiche del rischio di benefici e danni, derivati da ricerche di alta qualità su campioni di popolazione, per informare il processo decisionale clinico nelle fasi di indagine diagnostica o la gestione di singoli pazienti. L'applicabilità di questo tipo di Medicina, nel nostro Paese in particolare ma non solo, presenta alcune limitazioni che derivano sia dalla complessità dei problemi che i pazienti sottopongono ai medici sia dalla organizzazione del Ssn). Sistema sanitario, medici e pazienti avanzano spesso esigenze inderogabili che suggeriscono decisioni diagnostiche e terapeutiche che si discostano dalla *EBM* pura.

Il Sistema Sanitario italiano è di tipo Beveridge, finanziato dalla fiscalità generale e quindi governato dallo Stato con un modello organizzativo

di tipo gerarchico-normativo. Questo modello presenta alcune differenze significative nei confronti di quello gerarchico-professionale (Regno Unito, Olanda ecc.) e di quello non-gerarchico-professionale (Germania), in questi ultimi la "professione" ha un ruolo determinante nella formazione e nella organizzazione del sistema di erogazione delle cure. In Italia i meccanismi procedurali e burocratici di gestione del Ssn sono diventati talmente pesanti da costituire una macchina che influenza molto l'indipendenza, l'autonomia, la responsabilità dei medici e l'applicabilità delle linee guida internazionali.

## ► La Medicina Generale

Per quanto riguarda la Medicina Generale i rapporti tra questa e lo Stato sono disciplinati da un Accordo Collettivo Nazionale (Acn) che definisce diversi livelli di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale. A livello nazionale prevede un processo "condiviso" di determinazione dei percorsi e linee guida per

efficacia e appropriatezza. La negoziazione regionale prevede la realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse; prevede il sistema informativo fra operatori, strutture associate, distretti, aziende sanitarie e regioni e prevede anche l'organizzazione della formazione di base, specifica, continua e aggiornamento. Gli obiettivi di carattere generale della contrattazione regionale sono i livelli essenziali di assistenza (Lea), l'assunzione condivisa di responsabilità da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico sulla scorta di quanto definito dalla programmazione socio-sanitaria e l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali.

A tutti i livelli di contrattazione le organizzazioni sindacali hanno responsabilità del governo clinico e nell'Acn si sottolinea come la mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca. L'accor-

do regola il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali tra Mmg e le Asl per lo svolgimento nell'ambito e nell'interesse del Ssn dei compiti e delle attività relative ai settori: Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei servizi territoriali, Emergenza sanitaria territoriale. Già leggendo quanto riportato dell'Acn si possono fare delle considerazioni circa l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità del medico di medicina generale che opera in regime di "convenzione". Parole chiave sono: "condivisione", "assunzione condivisa di responsabilità", "organizzazioni sindacali". Queste termini si concretizzano nella pratica quotidiana in Pdta (Percorsi Diagnostici e Terapeutici Assistenziali) e Rao (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che la MG è invitata a rispettare con un comportamento uniformato e condiviso. Uniformato verso una delega della patologia ad una struttura di secondo livello e condiviso in una maniera "comunitaria", dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di una terapia, che sono sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega (sindacale, politica o a commissari) alla decisione di condivisione né alcuna decisione diagnostica o terapeutica si può imporre. Necessità locali, organizzazioni aziendali, di reparti o di ambulatori ospedalieri di fatto condizionano il comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento per la gestione delle patologie le linee guida internazionali.

### ► La commistione tra sindacale e professionale

Emerge chiaramente nell'Acn il ruolo determinante dei sindacati nella formazione e nel governo clinico e contemporaneamente affiora in tutta la sua drammaticità l'assenza del mondo accademico e delle società scientifiche nazionali ed internazionali. La rappresentanza sindacale è spacciata per rappresentanza scientifica della Disciplina, un'accettata "normalizzazione" della professione con esclusione di qualsiasi condotta non "condivisa" attraverso protocolli, formazione locale e regole prescrittive. Un comportamento uniformato previsto per regolamento con un livellamento delle prestazioni. L'implementarsi quotidiano di complicazioni prescrittive, le difficoltà alla prescrizione della diagnostica, il difficile districarsi, anche con avanzati sistemi informatici, tra note, codici ed esenzioni impediscono ancor di più il dedicarsi alla cura, aumentano il contenzioso con i pazienti e portano via risorse allo sviluppo professionale. L'influenza della smisurata componente burocratica sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il "governo amministrativo", le decisioni sono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'Acn prevede a livello locale la produzione di linee guida, protocolli diagnostici assistenziali e conferenze di consenso in ambito di Distretto. C'è il rischio fondato che le linee guida formulate a livello locale, spesso su parametri

economici, entrino in conflitto con la libertà professionale e talvolta con le stesse linee guida internazionali. Non solo, dobbiamo tener presente che le linee guida per la gestione delle malattie più frequenti sono prodotte da società scientifiche a livello mondiale, continentale e nazionale e che spesso si nota un gap fra la loro produzione e la loro divulgazione. Si ha la netta sensazione che il Ssn tipo Beveridge di fronte all'invecchiamento della popolazione, alle maggiori possibilità diagnostiche e terapeutiche si stia dimostrando difficilmente sostenibile, l'allungamento dei tempi di attesa e la indisponibilità di metodologie e tecniche terapeutiche sono sintomi di una malattia difficilmente curabile. Le linee guida di Distretto, i Pdta (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) e i Rao (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) più che frutto di reali necessità diagnostiche terapeutiche sono esigenze di un Sistema che tenta di sopperire in qualche modo alla mancanza di risorse economiche.

### ► Le esigenze del medico

La Medicina delle evidenze si scontra quotidianamente con le esigenze del medico. La realtà è diversa dall'asettico mondo della ricerca clinica. Sappiamo bene che in un giorno di lavoro noi svolgiamo alcune azioni sostenute da evidenze scientifiche, parecchie basate su un consenso generale, altre sul senso comune e poche su nostre intuizioni. È evidente in letteratura come molte domande che riguardano la MdF non abbiano risposta e come la maggior parte delle evidenze scientifiche non siano rilevanti per la pratica quotidiana. La

MdF molto probabilmente dovrà continuare a vivere con il paradosso che il rigore dei criteri di inclusione e il tipo di selezione dei pazienti necessari per i trial controllati sono esattamente l'opposto di quanto avviene nella pratica quotidiana. Le differenti età della vita, la polipatologia e la politerapia sono parametri soggetti ad una altissima variabilità, essi condizionano costantemente l'attività di prevenzione e di terapia e costringono regolarmente a delle scelte che si discostano dalla *EBM*, essi decidono le priorità e guidano i comportamenti. Ma questi non sono gli unici parametri che il medico deve tenere in considerazione, ci sono quelli che si accompagnano alle esigenze legali e che spesso costringono ad una Medicina difensiva, ad un modello di comportamento conflittuale con l'*EBM* e spesso con gli interessi del Ssn, comportamento talvolta illogico sul piano clinico, ma ritenuto indispensabile dal punto di vista legale. L'attività diagnostica e di cura ha bisogno di tempo, il tempo è strumento diagnostico, il tempo è strumento di ascolto. Ma il tempo a disposizione dell'attività nobile di diagnosi e cura è eroso da attività tutt'altro che mediche, da attività burocratiche, economiche, amministrative e di segreteria. Il tempo è una esigenza vitale e se questa risorsa diminuirà ulteriormente potrà saltare l'intero sistema della erogazione delle cure.

### ► Le esigenze del paziente

Gli assistiti non conoscono l'*EBM* e in un rapporto ideale, in cui medico e paziente concordano le scelte diagnostiche e terapeutiche, le esigenze del paziente devono essere collocate al primo posto. È naturale che la qualità di vita sia ritenuta la cosa più importante; es-

sa, certamente, varia in base alle esigenze dei singoli e alla concezione che ciascuno ha della vita stessa, alla scala di valori, alle priorità che ogni essere umano si è dato. Proprio per questo l'approccio diagnostico e terapeutico deve essere personalizzato e non può essere standardizzato. Le esigenze di un iperteso o di un diabetico sono ben diverse se si tratta di un giovane attivo o di un anziano. Le persone esigono una terapia personalizzata, semplificata, compresa e condivisa pena una scarsa aderenza ed una persistenza inesistente. Anche il modello di organizzazione dell'assistenza deve prendere in considerazione le esigenze delle singole persone: il tempo dedicato, il tempo di attesa, il tipo di rapporto medico-paziente, la continuità dell'assistenza e i costi sono parametri che determineranno cambiamenti organizzativi significativi. Il tipo di rapporto tra *care-giver* e paziente dovrà adeguarsi ad ogni singolo e potrà variare da un modello a partnership ad uno paternalistico a seconda della volontà, della scolarità e della capacità cognitiva di ciascuna persona. Nulla può essere codificato mentre tutto è soggetto a continua variabilità. Un futuro con un ritorno al rapporto del passato, però mutato e condizionato da esigenze di *EBM*, di Ssn, legali e probabilmente "ideologiche".

### ► Il futuro

Le cure primarie e la Medicina Generale in particolare stanno rapidamente cambiando per una serie di fattori, tra i più significativi dobbiamo considerare quelli economici, quelli scientifici-tecnologici e quelli legati alle aspettative della popola-

zione. L'efficienza codificata del Sistema Sanitario si scontra con una continua perdita di efficacia. Sempre più spesso i pazienti si rivolgono a strutture alternative bypassando anche chi nel Ssn dovrebbe avere la funzione di *gatekeeper*, il medico di medicina generale sta diventando così il medico di chi non può permettersi l'accesso alle cure private. E se il futuro sarà delle assicurazioni la Medicina Generale sarà esclusa dal futuro? Genetica, Bionica (biologia-elettronica) e Biotica (biologia-informatica) assieme alla *mobile e digital technology* cambieranno l'approccio diagnostico e terapeutico e daranno ai pazienti buona parte della gestione della loro salute. Gli scenari potranno variare da una nuova alleanza tra medico e paziente alla *post-physician era*, dalla scomparsa delle specialità al recupero delle *humanities*. Nessun cambiamento sarà comunque indipendente dall'innato desiderio profondo di libertà individuale di ogni singolo individuo e di ogni singolo professionista, questo desiderio sarà quello che condizionerà qualsiasi sistema di erogazione delle cure, questo è quello che dobbiamo tenere presente sempre se teniamo alla sopravvivenza della nostra Disciplina.

### Bibliografia

- Maso G. Un codice per la robotica in Medicina di famiglia. *Medicinae Doctor* 1996, 25: 13-14.
- Maso G. La Disciplina Invisibile. Passoni Editore, Milano 2009.
- Maso G. Il medico in gabbia. Filippi Editore, Venezia 2011.
- Attali J. Breve storia del futuro. Fazi Editore, Roma 2016.
- Maxmen Jerrold S. The Post Physician Era. John Wiley & Sons, New York 1976.