Manifesto per il futuro della Medicina di Famiglia italiana

La Medicina Generale italiana è in profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performance e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l'esistenza di un Ssn equo ed efficace

Giuseppe Maso - *Presidente SIICP*

Se pensiamo a un medico di medicina generale italiano di livello europeo e se analizziamo i cambiamenti sociali, economici, demografici e tecnologici in corso non possiamo esimerci dal lanciare un segnale di allerta, questa disciplina nel nostro Paese rischia di scomparire e con essa buona parte dell'efficacia di uno dei migliori sistemi sanitari del mondo.

Per comprendere la situazione attuale in cui versa la Medicina Generale italiana è necessario ricordare alcuni passaggi della storia recente della formazione e dell'accesso alla professione medica. I moti studenteschi del 1968 portarono nel 1969 all'accesso libero all'Università che, fino ad allora, per la facoltà di Medicina e Chirurgia, era concesso solo a coloro che avevano frequentato il liceo classico o scientifico a quel tempo molto selettivi. Nel 1978 nasce il Sistema Sanitario Nazionale che si organizza in piena pletora medica, figlia del baby boom e dell'accesso libero alla facoltà. I posti nella Medicina Generale sono colmati inserendo un alto numero di medici non formati per la disciplina. Il medico di medicina generale (Mmg) diventa presto il "medico di base" e i suoi rapporti con il Ssn sono regolati attraverso un Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con livelli di contrattazione nazionale, regionale e aziendale. Le organizzazioni sindacali della Medicina Generale assumono "*responsabilità del governo clinico*", il medico, secondo l'ACN vigente, "*svolge la propria attività facendo parte integrante di un'aggregazione funzionale territoriale di medici di medicina generale e opera all'interno di una UCCP che può comprendere la collaborazione anche di altri operatori sanitari e sociali. Per ciascun paziente in carico il medico raccoglie, aggiorna e trasmette le informazioni all'azienda sanitaria. Aderisce ed utilizza i sistemi informativi messi a disposizione dalle regioni*".

Espropriazioni di funzioni, compiti e abilità

La Medicina Generale diviene sempre più amministrata e lentamente, ma inesorabilmente, viene espropriata di funzioni, compiti e abilità. I medici di famiglia italiani sono gli unici in Europa che non possono prescrivere un anticoagulante di ultima generazione, antidiabetici orali e insuline, sono gli unici che devono inviare i propri pazienti in "visita specialistica" per la prescrizione di "piani terapeutici" o per l'esenzione dal ticket sulla spesa sanitaria. Piani diagnostici e terapeutici regionali (PDTA) e raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) non fanno altro che incrementare la "fabbrica della visita specialistica" che continua a prosperare. I medici che avrebbero dovuto farsi carico delle malattie frequenti che non richiedono manovre specialistiche o attrezzature di secondo livello non lo possono fare perché viene loro impedito. Il carico burocratico negli anni si fa sempre più pesante, le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili (*tabella 1*).

La mancanza di un *core curriculum* universitario della disciplina e quindi di un campo di azione definito hanno impedito la difesa della disciplina. L'assenza in Italia di Dipartimenti Universitari di Medicina Generale è stata la prima causa di decadenza di questa professione (*tabella 2*).

Il futuro prossimo

I punti chiave per poter interpretare i cambiamenti in atto sono:

1. Sostenibilità economica del Sistema Sanitario.
2. Popolazione medica.
3. Tecnologia.

Tabella 1

La nascita del Ssn e la trasformazione della MG

Prima del 1978	Dopo il 1978
Sistema Bismarkiano	Sistema Beveridge
Sistema non gerarchico-Professionale	Sistema Gerarchico-Normativo
Medico di famiglia - medico ospedaliero - medico condotto	Medico di MG gate-keeper; inserimento di alto numero di medici non qualificati
Medico di famiglia di pari dignità con specialisti (numero esiguo di sub specialità)	Medicina di Famiglia non specialità (alto numero di sub specialità)
Compenso a prestazione	Compenso prevalente a quota capitaria
Medicina di Famiglia ad alta comprensività e alta attrezzatura	Medicina di Famiglia a bassa comprensività e con scarsa attrezzatura
Alto livello di Clinical Skills	Basso livello di Clinical Skills
Burocrazia assente	Livello elefantiaco di Burocrazia
Alta indipendenza ed autonomia	Scarsa indipendenza ed autonomia

Tabella 2

Perché istituire i Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia

- Per la dignità e la nobiltà
- Per l'indipendenza economica e culturale
- Per il metodo nella ricerca e nell'insegnamento
- Per il rapporto paritario con le altre discipline
- Per l'indipendenza dei docenti
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati
- Per lo scambio di metodologie di formazione e di ricerca
- Per la creatività del *setting*
- Per gli stimoli innumerevoli dalle altre branche
- Per dare alle altre discipline il suo patrimonio di conoscenze
- Per il riconoscimento della propria originalità
- Per le facilitazioni istituzionali quali biblioteche, mezzi didattici, ecc

4. Conoscenze scientifiche.
5. La società.

1. La Ragioneria dello Stato ha pubblicato l'ultimo rapporto, relativo al 2017, sul monitoraggio sulla spesa sanitaria italiana. Spesa in crescita di 1,6 mld rispetto al 2016, tornano a salire anche i disavanzi (ante coperture) che sfondano l'asticella del miliardo. Il rapporto della Ragioneria contiene anche una rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini (medici e strutture accreditate del Ssn, ticket, strutture sanitarie e socio-sanitarie non accreditate, medicinali veterinari, farmacie, parafarmacie, ottici e diverse categorie professionali) ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata. In totale nel 2017 sono state trasmesse spese per un ammontare di 30,5mld. Di queste il 33% riguardano le spese odontoiatriche, il 22% per strutture autorizzate non accreditate, il 20% per strutture private, il 18% per i medici e il 7% per spese presso strutture pubbliche. Il problema sembra non riguardare solo il Ssn italiano, ma anche quello inglese, cui il nostro si è ispirato, che presenta *deficit* di 900 milioni di sterline. È ovvio che in una situazione come questa si spinga per una sanità integrativa con un coinvolgimento sempre maggiore di compagnie private, assicurazioni e associazioni di categoria che si propongono di coprire la spesa che i cittadini sopportano perché non trovano risposte nel sistema sanitario pubblico. La Medicina Generale può giocare un ruolo fondamentale per la sopravvivenza di un sistema sanitario pubblico equo ed efficace solo a patto che si faccia carico della grande maggioranza dei problemi di salute recuperando aree di intervento che ha delegato o che le sono state espropriate, riacquistando abilità e competenze perdute nel tempo. Solo se questa disciplina verrà percepita come specialità al pari delle altre potrà sopravvivere ed essere scelta dai cittadini in un sistema competitivo, anche per le cure primarie, come quello che si sta configurando con la diffusione dei fondi integrativi o sostitutivi.

2. Il numero di Mmg è insufficiente. Siamo di fronte ad una estinzione programmata, errori di programmazione, una bassa considerazione sociale, una politica vessatoria nei confronti della categoria, l'espropriazione di ambiti di intervento, l'aumento elefantiaco della burocrazia, un pesante condizionamento amministrativo sulle forme organizzative, un assente iter di carriera, un mancato riconoscimento del merito e una gestione della formazione fuori dall'accademia fanno optare i giovani medici per le altre specialità. Nessuna riorganizzazione potrà mai restituire efficacia e attrattività alla disciplina se non le verrà restituita la dignità attraverso un iter formativo accademico e la riacquisizione della indipendenza e della autonomia professionale, principi per cui un medico sceglie di diventare un medico di famiglia.

3. Sembra inspiegabile la paradossale assenza di tecnologia negli studi dei medici di medicina generale italiani. Sebbene in Italia questi svolgano funzione di *gate-keeper* essi non hanno un'attrezzatura minima sufficien-

te. In Finlandia, Islanda, Lituania, Olanda e Svezia il 90% dei colleghi dispone di raggi X e della maggior parte delle attrezzature. I Paesi in cui i medici non possono fare raggi X, ma hanno un elevato grado di attrezzature sono Austria, Danimarca, Germania, Norvegia e Svizzera. In Italia le farmacie mediamente hanno attrezzatura diagnostica che i medici non posseggono. La spiegazione è semplice: il sistema di pagamento a quota capitaria e l'impossibilità di acquisire "clienti" disincentiva qualsiasi forma di investimento proprio in un momento di grandissima trasformazione delle cure mediche grazie alla tecnologia. La Medicina di Famiglia non è solo l'arte di applicare su vasta scala e simultaneamente i risultati scientifici e tecnologici delle discipline specialistiche, ma l'arte di affrontare i problemi non ancora definiti, l'arte di affrontare la complessità. Questo enorme processo di sintesi, fatto quotidianamente dai medici di famiglia è, in assoluto, la più grande conquista dell'intera medicina moderna. La tecnologia ha la possibilità di riportare al centro del Sistema Sanitario la Medicina Generale. In breve tempo siamo passati dalla cartella cartacea alla informatizzata, che ci ha permesso di fare audit e di fare ricerca su grandi numeri, alla telematica, che ha demolito i muri delle biblioteche e i confini delle comunicazioni permettendoci cura da remoto e consulti con i colleghi, alla robotica, ora i nostri computer fanno quello che solo un medico faceva: aiuto diagnostico, segnalano interazioni farmacologiche, programmano terapie ecc. Aziende multinazionali e banche IBM, Google, Philips, Goldman Sachs e altre stanno investendo enormi quantità di danaro nell'intelligenza artificiale applicata alle cure mediche e nella tecnologia della *healthcare*. La crescita della tecnologia digitale permette sempre di più alle persone di gestire la propria salute attraverso applicazioni dello smartphone. La tecnologia ambulatoriale, la possibilità di fare diagnostica rapida a domicilio, la telemedicina, le applicazioni dello smartphone, i costi bassi e la miniaturizzazione degli strumenti non potranno che aumentare il ruolo della medicina della complessità e segneranno la scomparsa di sub-specialità mantenute in vita, in Italia, grazie a vincoli amministrativi imposti alle cure primarie.

4. La genetica, la bionica (biologia-elettronica), la biotica (biologia-informatica), le nuove categorie di farmaci per le malattie frequenti (cardiologici, antidiabetici, antireumatici ecc.) impongono un aggiornamento e uno sviluppo professionale a una categoria di medici che spesso sembra soffrire di un "analfabetismo di ritorno" dovuto in parte a mancanza di informazione e in parte alla non accessibilità prescrittiva di un folto gruppo di nuovi medicamenti. È paradossale che la categoria di medici che vede il maggior numero di pazienti sia quella che riceve meno informazioni.

5. In Medicina Generale il problema essenziale non è mai parcellare e il globale è sempre essenziale. Il medico di famiglia cura la persona nella sua interezza fatta di cervello e cultura, di ragione e di pulsioni, di individuo e di società. La Medicina di Famiglia sottostà a vincoli e rituali che derivano dal mondo etico, dalle tradizioni, dalle leggi e dagli ordinamenti, dal mondo professionale e dalla tecnologia, in ultima analisi, si evolve con la società. I modelli economici, la medicina legale, i bisogni collettivi, i bisogni individuali, i cambiamenti anagrafici, la medicina tradizionale, le cure complementari, l'autorizzazione del paziente, i modelli formativi, i valori etici e religiosi e le conoscenze della popolazione sono tutti fattori che prevedono una costante rivalutazione delle conoscenze umanistiche, legali e psicologiche dei professionisti.

Azioni per la sopravvivenza della Disciplina in Italia

A. La Medicina di Famiglia deve avere standard formativi, remunerazione, campo di azione, abilità e attrezzature di livello europeo.
B. Devono essere istituiti i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale / medicina di Famiglia.
C. Deve essere previsto uno sviluppo professionale continuo e un disegno di carriera.
D. La Specialità Medicina di Famiglia deve produrre ricerca.
E. La Robotica per la Disciplina deve essere gestita dalla disciplina stessa.
F. La disciplina non può essere esclusa dalle leggi del mercato se è previsto un mercato per le cure primarie.
G. La disciplina dovrà recuperare un ruolo Gerarchico-professionale di gestione della professione, le aree "specialistiche" espropriate o delegate, le abilità cliniche e le humanities recuperando la dimensione storica dell'esistenza umana e i saperi umanistici.

La MG italiana sta soffrendo per un periodo di profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performances e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l'esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale equo ed efficace.

Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF dell'articolo integrale corredato di bibliografia