

L'Audit Clinico nella Medicina Generale italiana: bilanci e prospettive

L'articolo che proponiamo in queste pagine è la presentazione aggiornata dell'e-book: "Le raccomandazioni della Siquas - VRQ sull'Audit Clinico", una pubblicazione sistematica sull'argomento frutto di un lavoro collettivo di approfondimento iniziato nel 2003 dalla Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria

Gio Batta Gottardi

*Medicina Generale, Tezze sul Brenta (VI)
Membro Gruppo per le
Raccomandazioni e Linee Guida nazionali
sull'Audit Clinico Siquas VRQ*

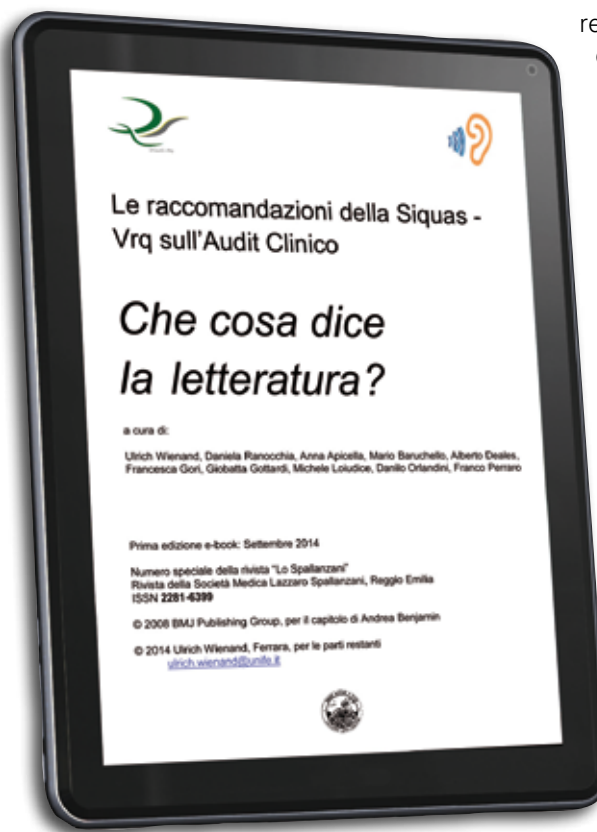
Mario Baruchello

*Medicina Generale, Tezze sul Brenta (VI)
Membro Gruppo per le
Raccomandazioni e Linee Guida nazionali
sull'Audit Clinico Siquas VRQ*

Vi è uno storico e consolidato ritardo in Italia di produzione di letteratura documentale e di ricerche rispetto ai paesi anglosassoni in merito alle iniziative di Audit Clinico. Esiste peraltro una mancanza di collegamenti stabili istituzionali nei network professionali (ad esempio Equip, Euract, EGPRN, Wonca) che sono affidati a singoli professionisti volontari, senza che si riscontrino abitualmente alcuna ricaduta pratica a livello operativo per

la categoria. Le innumerevoli attività di Audit Clinico che istituzionalmente si sviluppano da decenni in Europa non hanno infatti trovato alcuno sviluppo in Italia. Mancando una cultura nata da una disciplina accademica riconosciuta, le scelte di fare la Medicina Generale (MG), per molti attori oggi in attività, sono state e sono residuali e non vocazionali. Sembra non delinearsi ancora compiutamente nella categoria un'immagine collettiva professionale consolidata che sappiamo esse-

re stata facilitata altrove dalla presenza di organizzazioni professionali/formative stabili e istituzionali (uno per tutti il ruolo svolto dal *Royal College of General Practitioners* nel Regno Unito). A vicariare queste carenze hanno agito piccoli gruppi all'interno di Società scientifiche (quelle specifiche della area della Medicina Generale raccolgono meno del 8% dei medici di medicina generale italiani) in un panorama frammentario. Ciò nonostante è stato garantito all'Italia un ruolo in ambito internazionale per iniziative



significative sia in ambito di ricerca che di formazione.

► Contesto ambientale

Intendiamo qui la collocazione operativa reale del singolo Mmg. In Italia i professionisti pongono storicamente al centro dell'attività il rapporto con il singolo paziente cui sono legati da una scelta di fiducia; ciò comporta ancora oggi per questo professionista una difficoltà intrinseca a vedersi invece in una dimensione organizzativa complessa di salute pubblica. La conoscenza del *system design* sanitario, come le sue implicazioni epidemiologiche, le analisi di costo/efficacia, di costo/beneficio, le analisi degli *outcomes*, etc., appartengono ancora oggi a una frangia minoritaria di Mmg. A ciò ha contribuito anche, negli anni, il pesante divario di investimenti culturali e organizzativi creatisi all'interno delle Asl a livello di Distretti. È noto infatti il ruolo marginale svolto dalla Medicina Generale nel *management* pubblico della medicina di cure primarie. Di conseguenza le esperienze prevalenti svolte in Italia hanno avuto carattere locale, sporadico, non integrato nella multidisciplinarietà, per lo più a prevalente orientamento clinico di *self audit* e quasi mai rivolto ad affrontare la complessità organizzativa che caratterizza l'assistenza primaria (particolarmente carente in tal senso appare l'analisi dei determinanti ambientali di salute e l'analisi di esiti di assistenza nelle strutture organizzate). Forse la mancata reale integrazione nei livelli gestionali distrettuali dei Mmg - in un panorama di *Clinical Governance* solo declamata e non

praticata - può spiegare come la committenza degli isolati Audit che si eseguono in Medicina Generale sia pressoché esclusivamente intracategoria. Tutt'al più le organizzazioni sanitarie tendono a coinvolgere i Mmg in iniziative di Audit per la loro rilevante capacità di generare dati estratti da denominatori stabili di popolazione.

► Una nota positiva

Recentemente, grazie allo sviluppo nel territorio di reti integrate di *software* gestionali clinici - patrimonio della Medicina Generale sia come ideazione che come implementazione -, sta avendo uno sviluppo positivo la raccolta di dati relativi a processi assistenziali attraverso l'uso di misure sintetiche (indicatori - legate a Linee Guida basate su prove di efficacia). Tale processo tuttavia, è indice, ancora una volta, di ritardo rispetto alle attività di Audit Clinico sistematico realizzate, in altri Paesi in modo molto partecipato dai Mmg, già negli anni Novanta.

► Problemi peculiari di metodo

Esistono alcune differenze sostanziali fra contesto specialistico/ospedaliero e la Medicina Generale a proposito di metodologia dell'Audit Clinico. La prima è legata alla differente prospettiva nella quale porsi per l'analisi dei processi assistenziali. Nella Medicina Generale quasi mai si tratta di singoli episodi circoscritti senza un carattere diacronico; la continuità assistenziale in tal senso, assieme alla difficile codifica dei problemi dei pazienti contribuisce a rendere complessa

l'analisi dei singoli episodi all'interno del ciclo di cura. Le basi di dati non sono semplici da organizzare ed esistono inoltre profonde differenze nelle classificazioni nosografiche fra i vari contesti (ICPC, ICD9-CM). Grande enfasi è oggi posta nelle organizzazioni complesse alla raccolta sistematica di flussi informativi di governo provenienti dai *software* della Medicina Generale. L'enorme produzione di dati quantitativi in realtà non riesce a creare un'immagine reale della relazione clinica in Medicina Generale, sia per inadeguatezza a registrare dati qualitativi e variabili decisionali dei *software* in uso in Medicina Generale sia per la "povertà" delle sintesi di dati quantitativi che oggi si possono realizzare a livello centrale. Giova ricordare inoltre la grande importanza rivestita dalle determinanti relazionali qualitative, che dominano lo scenario della Medicina Generale a scapito di quelle quantitative. Difficile è infatti ricondurre a una linearità di scelte i comportamenti professionali che impongono le storie dei pazienti. In sintesi si potrebbe dire che le narrazioni superano di gran lunga gli accumuli di dati quantitativi nelle cartelle dei medici generici. Ciò non toglie che l'approccio del miglioramento qualitativo debba comunque passare attraverso una rigorosa raccolta di dati. Negli ultimi anni si è andato rafforzando il convincimento della ineluttabilità del principio che le prove di efficacia dovessero rappresentare il fondamento di tutta la pratica clinica. Tale visione riduzionistica non va considerata paradigma qualitativo *tout court* e opzione unica nel mondo complesso della

Medicina Generale (pensiamo alle situazioni di comorbidità nella cronicità, all'approccio di accompagnamento in situazioni di cure palliative o terminalità, alla presa in carico di disagi sociali, alle pesanti interferenze nelle decisioni cliniche che hanno i desideri dei pazienti e le deviazioni sulla linearità delle scelte dettate dai rapporti relazionali medico/paziente, con riflessi pesanti sulla trascrivibilità nella pratica delle raccomandazioni sintetiche delle LG stesse!). Va da ultimo ricordato che il Mmg appartiene solo funzionalmente all'organizzazione aziendale e deboli appaiono i legami relazionali fra la sua posizione e quella delle altre unità operative. In tale contesto anche il ri-orientamento organizzativo della Medicina Generale rivolto ad aggregare in Utap e/o Case della Salute il lavoro del Mmg singolo non sembra avere solide basi di *evidence based practice* e appare teso principalmente a garantire un ulteriore incremento dell'accessibilità, già elevatissima, per gli utenti. Inoltre dalle prime esperienze sin qui realizzate, la supposta integrazione nelle Reti Assistenziali Territoriali delle Asl del lavoro del Mmg non sembra realizzata, in particolare carente appare la presa in carico multidisciplinare, continuando la

medicina a essere esercitata per linee verticali. Anche gli investimenti in *Information Technology* non hanno concorso a creare una cultura del dato, utile alle analisi dei risultati professionali in termini di salute e non di bilanci economici. Di ciò va tenuto conto particolarmente nel caso di approcci migliorativi/di cambiamento successivi alla valutazione comparativa con i livelli ottimali (Linee Guida, standard di riferimento).

► Bisogni formativi

Debole appare ancora oggi il *background* di abilità pratiche a disposizione del Mmg in tema di Audit Clinico. Particolarmente per i medici che non hanno completato il curriculum formativo specifico in Medicina Generale, presente in Italia dal 1994. Va detto, infatti, che anche nelle Regioni più evolute in campo formativo/sanitario, i Mmg in formazione specialistica sono esposti solo a isolate occasioni formative in tema di Audit Clinico. Particolare dolente dal punto di vista educativo è la mancata possibilità di essere ricompreso nell'organizzazione complessa aziendale, se non con ruolo marginale. Si perde così l'occasione per il Mmg di essere figura professionale coinvolta nella formazione delle *lear-*

ning organizations. In particolare la figura dell'*audit facilitator*, che tanto ruolo ha svolto per il successo di importanti iniziative in altri contesti a nostro avviso non può che essere prefigurata se non in un futuro scenario di forme organizzate) UTAP, Case della Salute, etc.) con molti operatori coinvolti. Tale figura, oltre alla normale formazione preparatoria di tipo vocazionale, dovrà ricevere un riconoscimento di ruolo e un tempo professionale dedicato distinto da quello tradizionale di contatto con i pazienti.

Va infine riconosciuta una sorta di idiosincrasica difficoltà, per questo tipo di medico, di accettare la partecipazione alla valutazione esterna. Non c'è traccia in Italia di attività legate all'Audit come le *visitatie* olandesi e il *Practice visiting* nato in UK nel lontano 1981 con il report *What short of doctor?* Non va scartata l'ipotesi che questi professionisti siano stati storicamente portati a considerare e caratterizzare la loro operatività in senso liberale e questo anche potrebbe spiegare come, verso una educazione all'Audit Clinico, non si sia mai pensato in Italia a attività di *Practice annual reports* suscettibili di ricadute positive specie se focalizzate all'obiettivo di una corretta *accountability*.

La trattazione sistematica dell'argomento può essere reperita nell'e-book:

Le raccomandazioni della Siquas - VRQ sull'Audit Clinico

Capitolo: Audit Clinico in Medicina Generale G. Gottardi-M.Baruchello-U.Wienand. pagg. 82-85, scaricabile gratuitamente al sito:

http://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/audit-clinico/Audit_Clinico_Ebook_24_9_2014.pdf/view

Non siamo un Paese per medici, ancor meno per medici di famiglia

Uno spettro si aggira per l'Italia ed è quello di un Servizio sanitario nazionale che si affida e si affiderà a un esiguo esercito di medici sempre più canuti. Ebbene sì, questo sembra prospettarsi all'orizzonte

Numeri e cifre parlano chiaro e trovano ampio spazio nelle colonne degli articoli dei maggiori quotidiani del nostro Bel Paese, delineando quasi 'un esodo biblico' dei nostri giovani medici.

Dal 2009 ad oggi si sarebbero se-stuplicate le richieste al Ministero della Salute di documenti necessari per ottenere un lavoro all'estero. Il sistema formativo sembra essersi inceppato è avvitato su se stesso. Le contraddizioni sono tali che neanche l'attuale bozza di riforma riesce a dare una risposta esaustiva.

Ogni anno in Italia dalla Facoltà di Medicina vengono fuori 10 mila studenti con il Diploma di Laurea che aspettano di aver accesso alle Scuole di specializzazione per vedere completato il loro iter formativo, ma i posti a disposizione sono circa la metà, qualcuno in più dall'anno prossimo.

A questi bisogna aggiungerne mille deputati al tirocinio in Medicina Generale. E intanto la carenza di medici nei reparti ospedalieri avanza, cinquemila in meno dal 2009. Ma se i reparti ospedalieri piangono, il territorio non ride. Nel 2016, secondo le proiezioni dell'Enpam, 1.499 iscritti al fondo di previdenza della Medicina Generale compiranno l'età del pensionamento.

Nello stesso anno, dalle Scuole di Formazione in Medicina Generale è prevista l'uscita di meno di 900 nuovi medici di famiglia.

► Mmg merce rara

I Mmg diventeranno una 'merce rara', soprattutto nelle Regioni del Nord. Piemonte, Veneto e Lombardia, già sono in affanno.

Purtroppo si sa: la MG made in Italy non ha un grande appeal e quindi non è necessario sprecare tempo e risorse per valorizzare la professionalità dei giovani medici e motivare il loro lavoro. Così con un colpo di spugna dalla bozza definitiva del Patto della Salute si fa sparire il comma 14 dell'art. 5 che sembrava voler dare finalmente forma al futuro dei giovani aspiranti Mmg. In cinque punti, il comma stabiliva che i tirocinanti avrebbero potuto svolgere attività integrative della borsa di studio, lavorando al fianco dei futuri colleghi medici di famiglia e di continuità assistenziale. Neanche il tempo di leggerlo e di assaporare quella che molti definivano una svolta epocale, ed è stato cancellato. La stessa linea si mantiene nella bozza del disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane che prevede la presenza nel percorso formativo di attività professionalizzanti da esplicitare nei luoghi dove si svolgerà l'attività lavorativa del futuro specialista, ma in cui mancano disposizioni in merito alla rete formativa territoriale per la MG. E in questo quadro a tinte fosche, partendo dai dettami della Legge Balduzzi, si dovrebbe 'Rifondare la Medicina Generale' anche se tutto fa pensare a una sua prossima rottamazione.