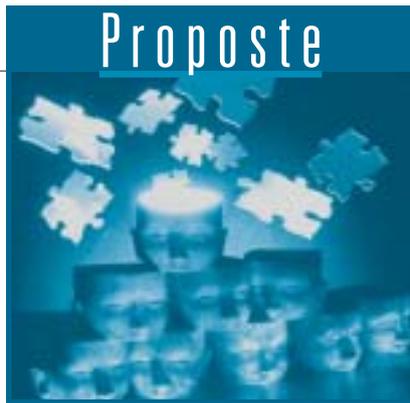


È diventato un tormentone, non si fa altro che parlare di rifondazione della medicina generale. Alle ormai vetuste UTAP dell'ex-ministro



Girolamo Sirchia, l'attuale titolare del dicastero, ha contrapposto e proposto le Case della Salute. Da questo disegno hanno preso il via mosse e contromosse dei sindacati dei medici di medicina generale con relativi progetti tra cui le UMG targate Fimmg e il

progetto Me.di.co. (medicina distrettuale di comunità) proposto da Snami.

Malgrado ciò, per rifondare e riqualificare la medicina di famiglia sul territorio sarebbe più opportuno riuscire ad attuare quelle "cose semplici" insite nella pratica della nostra disciplina che non si riescono a fare. Queste sarebbero facilmente realizzabili e certamente meno dispendiose.

Più qualità con pochi e oculati accorgimenti

di **Antonio Motta** Medico di medicina generale, Savigliano (CN)

Non riesco a comprendere perché per potenziare la medicina del territorio si corra dietro a farraginosi ed economicamente dispendiosi progetti, difficilmente effettuabili quando le "cose semplici" da farsi possono essere tante e con un alto tasso di realizzazione e di facile quantificazione. Mi si chiederà, ma quali sono queste cose semplici? Gli esempi potrebbero essere svariati, ma ho sintetizzato alcuni punti che a mio parere possono essere una chiave di volta.

1. ■ Monitoraggio TAO. In questo ambito basterebbe dare al medico di medicina generale o al personale infermieristico, facente parte del gruppo associativo del medico, l'opportunità di utilizzare un coagulometro portatile omologato per migliorare la qualità assistenziale soprattutto per pazienti anziani e non deambulabili.
2. ■ Teleprenotazione. Realizzare per i Mmg un collegamento in rete con il CUP dell'ospedale per visite specialistiche ed esami di laboratorio e strumentali.
3. ■ Inviare ai medici di famiglia come prassi per via telematica i risultati di esami di laboratorio e strumentali da lui prescritti.

4. ■ Prescrizioni indotte. Revisore i meccanismi prescrittivi affinché la responsabilità della prescrizione del Mmg sia nettamente separata da quella indotta dallo specialista.

5. ■ Utilizzo dei moduli interni da parte dello specialista ospedaliero. A una richiesta dettagliata e motivata di consulenza specialistica da parte del Mmg, lo specialista dovrebbe utilizzare i "moduli interni" per prescrivere e prenotare tutti gli accertamenti e le consulenze che ritiene necessarie per completare l'iter diagnostico, al termine del quale invierà una esauriente relazione al medico curante. Si eviterebbe in tal modo il vergognoso peregrinare dei pazienti.

6. ■ Utilizzo della telemedicina per esecuzione di Ecg e di spirometria. In caso di urgenza clinica o di controlli prestabiliti il Mmg o l'infermiere esegue in ambulatorio e/o a domicilio l'Ecg utilizzando il servizio di telemedicina per la refertazione del tracciato da parte di uno specialista cardiologo: ciò è particolarmente importante anche ai fini medico-legali. In caso di follow-up programmato per pazienti con BPCO e per quelli asmatici o in

caso di riacutizzazioni in questi stessi pazienti o nei forti fumatori, il Mmg o l'infermiere potrebbe eseguire in ambulatorio o a domicilio del paziente la spirometria, collegandosi per la refertazione con uno pneumologo del servizio di telemedicina.

7. ■ Riduzione dei ricoveri ospedalieri dei diabetici attraverso la gestione diretta del paziente diabetico sul territorio da parte dei medici di medicina generale.

8. ■ Relazione scritta di accompagnamento da fornire agli assistiti. Il Mmg potrebbe fornire al paziente una sintetica, ma dettagliata relazione del proprio quadro clinico, in caso di invio a consulenza specialistica e/o al Pronto soccorso per ricovero e/o consulenza urgente.

9. ■ Disponibilità telefonica del Mmg dalle 8 alle 20. Ciò qualificerebbe il nostro operato, ridurrebbe gli accessi impropri in Pronto soccorso, permetterebbe anche al medico del Ps di contattare subito il medico di famiglia in caso di necessità di avere notizie cliniche più dettagliate o nel caso di accessi diretti da parte degli assistiti.

10. ■ Collegamento in rete dalle 20 alle 8. Il medico di continuità assistenziale (CA) o quello del Pronto soccorso potrebbero collegarsi direttamente alla cartella clinica informatizzata del Mmg e ricevere in tempo reale tutte le notizie cliniche necessarie.

11. ■ Assunzione dei medici di continuità assistenziale. Oltre che creare nuovi posti di lavoro per i

giovani medici, tale assunzione permetterebbe ai Mmg di dedicarsi maggiormente sia alla prevenzione sia alla cura di quelle patologie croniche, che oggi, considerato l'allungamento della vita media, rappresentano una notevole scommessa sia per i medici di famiglia sia per gli amministratori della cosa pubblica.

Riconoscere la meritocrazia

Mi fermo qui, ma ci sono ancora tante possibilità da esplorare. Tutte hanno la prerogativa di inserirsi in un quadro assistenziale già collaudato di essere semplici, realizzabili in tempi brevi, poco dispendiose e soprattutto di essere utili, in quanto porterebbero senza dubbio a molteplici vantaggi, oggettivamente dimostrabili: qualificazione professionale, maggiore soddisfazione dei pazienti, riduzione dei ricoveri, degli accessi impropri in Pronto

soccorso, delle liste d'attesa ecc.

Potere usufruire di tecnologie moderne o meglio all'avanguardia, come la telemedicina, inserita in un contesto di normale attività sanitaria al servizio non solo della salute dei cittadini, ma anche per semplificare procedure organizzative e gestionali delle aziende sanitarie e ospedaliere sarebbe sicuramente un salto di qualità per tutto il Ssn. In altre parole, l'Ecg, la spirometria, l'ecografia, collegate eventualmente col servizio di telemedicina dovrebbero entrare stabilmente nello studio del medico di famiglia ed essere parte integrante del suo lavoro quotidiano. Attualmente tale possibilità c'è, ma è prerogativa individuale dei colleghi che cercano di investire nel loro lavoro in termini professionali ma anche di riscontro economici, quindi per fini legittimi ma puramente privatistici con indubbia soddisfazione personale.

È chiaro che nel caso ciò diventi prassi e venga estesa a tutti i medici di famiglia, sarà necessario riconoscere a questi professionisti il maggiore impegno di tempo e di risorse impiegate in termini economici.

Certamente la risposta dovrà venire da una seria e non facile contrattazione tra le associazioni sindacali di categoria e la Parte Pubblica.

Personalmente sono convinto che in tale contrattazione bisognerebbe dare una valenza importante alla meritocrazia. L'ulteriore impegno dei medici di medicina generale che, qualificando professionalmente il proprio lavoro, danno un beneficio concreto ai propri pazienti e a tutta la comunità in termini di efficacia ed efficienza deve essere riconosciuto anche sotto il profilo di guadagni differenziati e non inseriti nel calderone omnicomprensivo della quota variabile.