

## Il difficile traguardo della qualità

**Nella riorganizzazione delle cure primarie sono sempre più frequenti gli echi istituzionali sulla necessità di riuscire a declinare la qualità del lavoro svolto dai medici di famiglia. Un invito teorico a cui è professionalmente difficile sottrarsi, ma che mostra una serie di fragilità pratiche.**

**G** iorni complessi nel panorama della medicina generale nazionale. Sembra che tutte le centrali del settore, da quelle istituzionali a quelle sindacali e delle società scientifiche, siano alla ricerca di come rilanciare, riqualificare, rivoluzionare, il sistema delle cure primarie. Se c'è tutto questo lavoro in corso, evidentemente, significa che le cose non vanno molto bene. Altrimenti, lapalissiano, se tutto fosse okay, perché cambiare? Sul versante che riguarda da vicino i medici di medicina generale, poi, sembra esploso il bisogno di misurare la qualità delle prestazioni a tutti i costi. E in proposito sorgono subito una serie di domande. Al momento la medicina di famiglia non riesce nemmeno a evidenziare fino in fondo la quantità del lavoro svolto sul territorio come farà a verificarne la qualità? E soprattutto come si misura la qualità in medicina generale?

### ■ L'esperienza dei medici di Cuneo

Le risposte certamente non mancano, ma sono parcellizzate e variegate. In merito al problema quantità per esempio, alcuni medici di medicina generale di Cuneo si sono inventati uno strumento che hanno denominato iatrometro, una sorta di planning in cui si elencano il totale degli assistiti in carico, il mese con i giorni di attività lavorative svolte, le visite ambulatoriali e quelle domiciliari eseguite.

"Nessuno - si legge sul sito [nuke.fimmgcuneo.org](http://nuke.fimmgcuneo.org) - pare conoscere con precisione cosa fanno i me-

dici di famiglia, considerati spesso con sufficienza, per cui si propongono soluzioni stravaganti e di dubbia utilità. Così, i Mmg di Cuneo, volontariamente, iniziano a mettere a disposizione di chiunque alcuni semplici dati, documentabili e comparabili nel tempo, che lungi dall'offrire indicazioni sulla qualità del loro lavoro ne testimoniano, almeno, la mole. Ogni cliente che entra nello studio, infatti, rappresenta un problema sociosanitario, va accolto, ascoltato, esaminato e vanno individuate delle soluzioni condivise, spesso in perfetta solitudine. Ancor più in corso di vista domiciliare dove, generalmente, i problemi sono assai complessi spesso correlati a gravi malattie croniche, che impongono un costante monitoraggio. Proponendo questo semplice strumento, che abbiamo chiamato iatrometro, non ci poniamo l'obiettivo di essere giustamente considerati per quello che rappresentiamo, ma vorremmo almeno che si affievolissero gli insulti che sono quotidianamente rivolti a una categoria, da sempre, più indaffarata a fare che ad apparire".

I medici di Cuneo hanno utilizzato lo iatrometro per otto mesi (da gennaio ad agosto 2007), i Mmg partecipanti allo studio, hanno catalogato il numero di assistiti in carico, i giorni lavorativi, le visite ambulatoriali e quelle domiciliari, e ne hanno tirato fuori somme e grafici. Prendiamo, per esempio, i mesi di gennaio e di giugno. Nel primo hanno partecipato 10 Mmg, per 13.330, 219 giorni lavorativi, 6.208 visite ambulatoriali, 357 domicilia-

ri. A giugno i Mmg partecipanti sono stati 16, per 16.802 pazienti, 326 giornate lavorative, 7.276 visite ambulatoriali, e 570 domiciliari. Numeri che la dicono tutta sulla quantità del lavoro dei medici del campione, ma nulla sulla qualità della visita domiciliare od ambulatoriale svolta. Ma una ricerca su questo versante è oltremodo difficile pur se non sono mancati, e non mancano, studi tendenti a codificare specifici "indicatori" nel variegato setting della medicina generale. Studi, però, che debbono avere un rinnovato impulso uscendo dalla fase sperimentale delle Società scientifiche per approdare alle applicazioni pratiche.

### ■ L'indicazione istituzionale

Nei "lavori in corso" nella medicina territoriale, infatti, si va delineando sempre più una precisa indicazione istituzionale in tal senso. Proprio il ministro **Livia Turco** ha dichiarato che "i medici di famiglia saranno pagati in base alla qualità del loro lavoro" e poi, ha inserito il suo "pensiero" anche nel disegno di legge su "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale", collegato alla manovra Finanziaria del 2008.

"Legare i compensi dei medici di famiglia alla qualità clinica e ai risultati ottenuti - ha detto il ministro - mi sembra una ipotesi utile e interessante. Una valutazione che potrebbe essere basata sulla efficacia della presa in carico dei pazienti cronici verificando la capacità di prevenire, per quanto possibile, le complicanze. Ma potrebbero essere valutati anche i risultati ottenuti attraverso screening e informazioni sugli stili di vita. Se come professionista - ha concluso Turco - sono valutato per la mia capacità di raggiungere prioritariamente una serie di obiettivi, ciò significa che quegli stessi obiettivi e le politiche che ne sono alla base sono stati concordati a diversi livelli di governo e rappresentano, pertanto, le vere priorità del sistema".

### ■ I problemi aperti

Qualità, dunque, come capacità di cogliere obiettivi prefissati e stipendi non più collegati alla (sola) quota capitaria. Una ipotesi, a dire il vero, che si è sempre tentato di applicare a ogni rinnovo di convenzione e anche di accordo regionale. Per esempio, nell'Acn sono stati inseriti capitoli sulla partecipazione dei Mmg alle campagne di screening, a quelle vaccinali, all'educazione sanitaria, alla estensione della esecuzione delle prestazioni cosiddette di particolare impegno professionale. Negli accordi decentrati, spesso, si è puntato a codificare "progetti diabete" o "progetti ipertensione arteriosa" in cui sono stati elencati alcuni parametri da raggiungere nella cura degli assistiti. Ma, rimangono le domande di fondo: come misurare la "qualità", per esempio, di una visita domiciliare, di una particolare prestazione, della prescrizione di un farmaco? Quali variabili specifiche considerare? Quali parametri "scientifici" utilizzare per valutare e misurare i risultati ottenuti? Risultati che vanno parametrati in un continuum assistenziale caratterizzato da singoli pazienti, ognuno diverso dall'altro.

### ■ I distinguo sindacali

Una problematica complessa come è complessa la medicina di famiglia. Non a caso sulla questione il presidente dello Snam, **Mauro Martini** ha replicato al ministro: "Pagati in base alla qualità? Purché si tratti solo di incentivi aggiuntivi. In medicina generale, infatti, c'è una peculiarità da tenere in considerazione: ogni cittadino ha un suo personale bisogno, soggetti con patologie e caratteristiche simili spesso vanno seguiti in modo differente. Non ci può essere una linea unica in grado di avere lo stesso tipo di gradimento".

Secondo **Giacomo Milillo**, segretario nazionale della Fimmg, la qualità e i suoi esiti sono un traguardo da raggiungere. "Noi siamo pronti ad affrontare questi argomenti - ha precisato - Ma i medici devono essere messi nelle condizioni di poter non solo produrre la qualità ma anche di misurarla". Già, il "tasto" dolente ritorna.

Occorre, tuttavia, non sottacere, in merito, che molto lavoro è stato portato avanti negli anni scorsi proprio dalle società scientifiche nazionali, alcune orientate elettivamente alla VRQ (Verifica e revisione della qualità), e che un sistema di retribuzione (aggiuntiva) al raggiungimento di indicatori prefissati è attuato in altri Paesi come, per esempio, l'Inghilterra. Del resto, in linea di principio, e qui ha ragione il ministro Turco, chi può rifiutare di raggiungere obiettivi di qualità nel proprio lavoro? Il dado, a questo punto, è tratto anche se ne occorrerà di tempo perché dalle enunciazioni di principio si passi alle applicazioni pratiche codificate.