

Prevenzione: un'arma efficace per combattere le cronicità

Frenare l'aumento delle cronicità è un obiettivo primario per salvaguardare il Ssn e la prevenzione è lo strumento più idoneo per centrare il bersaglio. Proprio per questo la comunicazione della salute dovrebbe essere ritenuta un vero e proprio atto medico, forse tra i più complessi, e avere regole precise. Anche il medico più coscienzioso sa che la realtà attuale dell'assistenza sanitaria non consente al Mmg di fare sempre il meglio o tutto quel che si vorrebbe e dovrebbe.

Ci sono frasi ricorrenti nella pratica della medicina generale che il medico di famiglia conosce molto bene, perché pronunciate correntemente e più volte al mese da diversi assistiti. Per esempio: "Dottore, tra le analisi di controllo ha inserito anche il colesterolo?". Oppure: "Ho sospeso la compressa per il colesterolo, ora vorrei vedere se si è normalizzato".

La percezione del fattore colesterolo per una buona parte della popolazione è non poco distorta.

Per il cittadino medio la colesterolemia è una cartina tornasole della propria salute globale; se normale è fortemente rassicurante, se elevato o leggermente elevato è motivo di preoccupazione, quasi mai eccessiva, e incentivo a condotta alimentare più sana. È percepito come fattore di rischio, non da tutti però messo in diretta relazione con infarto o ictus cerebrale. Per la maggior parte dei cittadini regola quel vago e leggero senso di colpa che lambisce alcuni poco prima o poco dopo un pasto abbondante. Cambiare un comportamento, soprattutto alimentare, non è cosa semplice.

Altro esempio di richiesta frequente: "Dottore, voglio fare le analisi, inserisca tutto".

Mentre al medico interessa fare diagnosi precoce ed educare a stili di vita migliori, al paziente occorre avere conferme. "Le analisi" appaiono spesso come la ricerca della conferma del proprio stato di be-

nessere e non il tentativo di fare prevenzione; questo ovviamente nel soggetto adulto sano o con patologie controllate. A conclusioni non troppo dissimili da queste, sulle quali più di un medico può trovarsi d'accordo anche solo sulla scorta delle proprie impressioni, è giunto uno studio condotto nel 2003 da alcuni Mmg del III distretto della Asl di Brescia (*Ricerca & Pratica* 2003; 19: 230-234).

Mi chiedo se il medico di medicina generale può veramente "evangelizzare" i suoi assistiti. Su questo argomento sono stati condotti diversi studi e i risultati non sono troppo incoraggianti, come in proposito si evince per esempio dai dati raccolti nei percorsi cardiologici on line del ProgettoEcce del Ministero della Salute sugli effetti di un counselling medico più o meno strutturato sulla riduzione del peso o disassuefazione dal fumo nell'ambito della medicina generale ("Modificazione dei comportamenti" - <http://aifa.progettoecce.it/ecce/>). È nota e dimostrata l'importanza dello stile di vita, ma i consigli del medico non sortiscono gli effetti sperati.

Il ruolo dei media

I media compiono un'enorme lavoro di divulgazione che spesso resta superficiale, approssimativa e talora irragionevolmente allarmistica. Ci si rivolge in tono monocorde al cittadino che rielabora, interpreta e

pesa le notizie a modo suo. Si devono trovare spazi e modi adeguati e la comunicazione della salute deve essere ritenuta un atto medico, forse tra i più complessi, e avere regole precise.

Anche il medico più coscienzioso sa che la realtà attuale della medicina generale non consente sempre di fare il meglio o tutto quel che si vorrebbe.

L'opera di educazione può essere compiuta sì, ma non sempre e non con tutti, anche e ragionevolmente per motivi di tempo.

Ogni medico nel proprio studio cura e presta un'opera a valle, perché così vuole il sistema-salute, perché così e non diversamente si può fare; anche forse perché è più facile e veloce fare così.

Ma l'educazione non a caso fa rima con prevenzione e come questa inizia ben più a monte.

Sono tardivi gli interventi del ministero dell'Economia sui singoli medici o sul paziente.

Costa meno pagare un educatore o un medico che avvicini al mondo della salute in modo continuo 20 o 22 alunni della scuola dell'obbligo oppure costa meno un'angioplastica o le statine per un paio di essi quando saranno adulti?

Sono ipotesi semplicistiche e riduttive, è vero, ma non prive di fondamento. Sarebbe costosa l'analisi del problema e l'avvio di progetti regionali pensati in sinergia da ministero dell'Economia, della Salute, dell'Istruzione, per dimostrare cosa conviene di più? Eppure non sarebbe difficile. Già a costo zero, per esempio, gli specializzandi potrebbero rinunciare a un'ora a settimana di inserimento dati nel pc del professore di turno per passare qualche ora a fare educazione nelle scuole. Non è fuori luogo ricompensare in crediti ECM i medici che autoformandosi si dedichino a pro-

getti educativi su popolazioni mirate. È da sperare che non restino negli uffici stampa dei Ministeri dell'Istruzione e della Salute le ipotesi portate avanti ad ogni inizio anno scolastico sull'insegnamento di educazione sanitaria.

Secondo la mentalità assistenzialistica, che ha caratterizzato la nascita del nostro Ssn e che si sta cercando di cambiare dal 1992-94 intervenendo sul medico e temendo il cittadino-elettore, era lo Stato a prendersi cura del paziente, il paziente chiedeva e gli veniva dato. Oggi la visione è nettamente cambiata. È il paziente che deve prendersi cura di sé, nel modo più maturo possibile e responsabile, guidato nella prevenzione e assistito (questo sì) nel caso della malattia.

In tale contesto è il caso di ricordare che il rapporto pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2006: "Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale", affermava che un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche potrebbe salvare la vita a

36 milioni di persone che altrimenti rischierebbero la morte entro il 2015, prima ancora di aver compiuto 70 anni. Il rapporto rappresenta una guida avanzata sugli interventi più efficaci e facilmente realizzabili; offre suggerimenti pratici su come svolgere tali interventi a livello nazionale e proiezioni relative all'impatto economico delle malattie croniche. Indispensabile un approccio nuovo da parte dei leader nazionali che sono nella posizione di sostenere con forza la prevenzione e il controllo di queste malattie, ma anche da parte della comunità internazionale degli esperti di salute pubblica. Lee Jong-Wook, ex direttore generale dell'OMS, affermava che "(...) fino a pochi anni fa, l'impatto e le caratteristiche delle malattie croniche erano piuttosto sottovalutati (...). I mezzi di prevenzione e di controllo della maggior parte delle malattie croniche sono già noti e sperimentati. È fondamentale che tutti i Paesi prendano atto degli interventi descritti e li mettano in pratica con un approccio onnicomprensivo e integrato al-

la salute pubblica. Restare a guardare è costoso e inaccettabile".

L'OMS non parla ai medici o al singolo cittadino, ma ai Governi. Gli Stati in cui esiste la sanità pubblica e dove essa rappresenta il principale responsabile di spesa sanitaria non sono più in grado di reggerne i costi. Il sistema attuale in Italia o quello che si vorrebbe adottare è di premiare i medici e gli ospedali virtuosi e risparmiatori.

Ma non è fuori luogo credere che gli Stati "acquisteranno" domani da quelle che oggi chiamiamo aziende farmaceutiche prodotti-prevenzione, pacchetti-prevenzione: ovvero pagare chi ci fa risparmiare tutelando la salute, curando ove possibile e prevenendo sempre.

Non nascondiamo che la sanità è di fatto e spesso un problema politico. Il timore che la salute sia anche, di fatto e purtroppo un sistema-mercato e che tocchi interessi più alti e diversi non esime il singolo medico dall'operare nel bene del cittadino e nel rispetto delle proprie convinzioni.



Associazione Italiana Medici di Famiglia

Italian Academy of Family Physicians

(WONCA MEMBER)

2° Convegno Interregionale Nord-Ovest

CRONICITÀ E COMORBILITÀ: UNA SFIDA PER IL MEDICO DI FAMIGLIA

Sestri Levante (GE) - Suite Hotel Nettuno

12-13 aprile 2008