

## Questione medica: la sfida per superarla

**Clinical governance e qualità sono le strade da seguire per uscire dallo stallo in cui si è voluta relegare la medicina generale. È questo il consiglio di Ovidio Brignoli, vice presidente nazionale della Società Italiana di Medicina Generale.**

**L**a “questione medica” in medicina generale (MG) e le proposte per superarla, accettando la sfida della clinical governance e della qualità sono al centro del dibattito nel settore delle cure primarie. Argomenti su cui intervengono ricercatori, politici, esponenti delle istituzioni, sindacalisti, rappresentanti di società scientifiche. Ne abbiamo discusso con Ovidio Brignoli, vice presidente nazionale della Simg.

**Erosione di spazi da parte di altre professioni sanitarie, medicina difensiva, lento declino dell'autorevolezza dei medici, aumento del contenzioso con gli assistiti. Sono gli aspetti della “questione medica”. Una “questione” che esiste anche per voi?**

Alcuni aspetti, come il contenzioso legale con i pazienti, si riconoscono meno in MG rispetto alle altre branche, ma tutti gli altri sono evidenti. L'università, per esempio, ha creato nuove figure professionali che tendono a erodere i nostri spazi. Oggi ci sono laureati in scienze infermieristiche e fisioterapisti che, qualche volta, fanno diagnosi e cura. Negli ultimi 10 anni, poi, è caduta l'autorevolezza dei medici di medicina generale (Mmg). Autorevolezza con cui il medico conduceva il rapporto con gli assistiti che supinamente accettavano. Le mutate condizioni sociali, l'accresciuta cultura dei cittadini, il cambiamento del loro ruolo, ne sono la causa. L'utente è diventato esigente: vuole ottenere risultati e, se non si sente ben trattato, si lamenta. Ciò porta il Mmg sulla difensiva rifugiando dalle responsabilità e delegando a specialisti. Ciò genera una pessima medicina perché non porta mai a compimento un ciclo completo di diagnosi e cura, non sviscera suf-

ficientemente i problemi, non ha il tempo per migliorare l'educazione del paziente.

**Ed il sistema non si fida dei Mmg. Esempio: per ottenere la certificazione di diabete o di ipertensione arteriosa per l'esenzione dal ticket gli assistiti debbono recarsi dagli specialisti.**

Il sistema non si fida mandando la Guardia di Finanza negli studi per capire se siamo adeguati o meno. Se l'istituzione si fidasse dei suoi professionisti non dovrebbe valutarli per il numero di medicine che prescrivono o sulle procedure che seguono, ma dovrebbe chiedere conto del risultato ottenuto rispetto al problema del paziente. Un sistema che non si fida non si affida questa responsabilità e ti valuta per consumo di risorse e per il metodo che usi. Si tratta di burocrazia, non di responsabilità e autonomia.

**Ma come si può effettuare una verifica senza ledere i principi di autonomia e responsabilità dei Mmg?**

La sfida è quella della “governance”. Vogliamo essere valutati per esiti, per processi di cura, per credibilità. Inseguendoci in un contesto in cui colloquiamo con il paziente puntando al suo obiettivo di salute ed esibendo gli esiti delle cure. È la *clinical governance*. *Clinical* perché tutto quel che conduce a questo processo è clinico, mettendo in pratica procedure accreditate.

**Una visione che pare essere stata accolta dal ministro Livia Turco quando afferma che i Mmg debbono essere pagati in base alla qualità.**

È la strada che la nostra società scientifica ha iniziato e che intende perseguire. Parte del compenso va commisurato alla qualità.

**Ma come si misura la qualità in medicina generale?**

Con l'efficacia dell'intervento, con l'efficienza delle procedure. Ho modificato l'esito della malattia? L'ho fatto con le procedure più corrette? E si misura con la soddisfazione degli utenti. Se metto insieme efficacia, efficienza e soddisfazione, definisco la qualità.

**Ci sono indicatori specifici?**

Sì. Vanno messi in chiaro e valutati da un ente esterno. Vogliamo coinvolgere le Asl. Non possiamo costruire questo percorso da soli, ma occorre farlo con un valutatore esterno come l'Azienda che, oltretutto, ci deve pagare.

I Mmg sono in rete e possono definire un obiettivo di cura per un paziente cronico. Prendiamo, per esempio, il diabete. Si individuano gli indicatori di processo (quante volte debbo fare un particolare esame), di esito (quanti hanno l'emoglobina glicata o la pressione arteriosa a target) e di terapia (quanti con microalbuminuria assumono un ACE-inibitore).

Questo insieme di indicatori, basati sulla letteratura, può essere messo in un file ed estratto dai database dei medici per valutare periodicamente come sta andando la loro popolazione di assistiti. Questo significa fare qualità, governance, e dare elementi al “sistema” per valutare il compenso. Ciò può valere per le patologie croniche più diffuse che assorbono quasi l'85% degli interventi di un Mmg.

**Quanto tempo occorrerà perché questo sistema di lavoro e di retribuzioni possa partire?**

Alcune Regioni sono già pronte. Se lo volessero, otto Regioni potrebbero cominciare da adesso. La scelta degli indicatori è stata già fatta. Non c'è bisogno di inventare nulla. Altre Regioni, invece, hanno ritardi nei sistemi di valutazione. Potrebbero essere pronte fra un anno.