

# Mmg con speciali interessi clinici: problemi, prospettive e proposte

*Oltre trecento medici di famiglia italiani, equamente suddivisi tra Nord, Centro e Sud Italia, hanno risposto al sondaggio lanciato sul sito internet di AIMEF atto a vagliare se i Mmg coltivino uno "speciale interesse" in una specifica area clinica oltre a quella della me-*

*dicina generale. Ma soprattutto per capire se ritengano che questa 'vocazione' specialistica possa risultare una risorsa per un Ssn che sposta sempre più il baricentro delle cure primarie sul territorio, sia per esigenze di appropriatezza, sia di bilancio.*

L'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF) ha presentato per prima nel nostro Paese l'esperienza d'area anglosassone del GPwSI, quel General Practitioner with Special Interests che ha arricchito, per esempio, il servizio sanitario inglese di una figura 'intermedia' che può affrontare da Mmg alcune problematiche specialistiche. Successivamente AIMEF ha lanciato sul suo sito internet un sondaggio su questa figura per comprendere quanto i Mmg italiani vogliano tentare questa strada e i rischi e le opportunità che questa nuova figura potrebbe comportare.

## I risultati del sondaggio

Tra i partecipanti al sondaggio è stato selezionato un campione 'pesato' tra Nord, Centro e Sud Italia scelto tra quei medici che avessero compilato il modulo in tutte le sue parti. Ne emerge così un gruppo di 307 Mmg che all'84% dichiara di coltivare uno "speciale interesse" in una specifica area clinica. Il desiderio di approfondimento dei Mmg spazia in numerosi campi: dall'allergologia all'urologia. I Mmg studiano e si cimentano in un ricco alfabeto delle specialità nel quale, tuttavia, le discipline dell'area cardiologica e pneumologica - nei quali ambiti AIMEF sta puntando per la sperimentazione di percorsi concreti verso un GPwSI - riscuotono i maggiori consensi tra gli intervistati. Il 23% del campione dichiara di nutrire speciali interessi in cardiologia, il 14% in malattie dell'apparato respira-

torio e il 10% in urologia, percentuale che ritroviamo poi in ecografia, gastroenterologia e ginecologia. Per il resto, a livello individuale e in rigoroso ordine alfabetico, il campione dichiara di approfondire le discipline inerenti l'allergologia, la citologia, la dermatologia, la diabetologia, la dietologia, il dolore cronico, l'endocrinologia, la flebologia, ma anche l'idrologia medica, le malattie infettive, la medicina assicurativa, la neuropsichiatria, l'oncologia, la pediatria, la radiologia, la reumatologia, la senologia. C'è anche chi, polemicamente, dichiara di approfondire (e di volerlo fare sempre meglio) la medicina interna, che già basta sia come impegno, sia come risposta di salute importante per i propri pazienti.

Quando si passa, però, a verificare quali di questi interessi si traduca, in concreto, in un contributo di conoscenze legate alla pratica professionale, nella stragrande maggioranza i Mmg dichiarano di utilizzare competenze specialistiche nella relazione con i propri pazienti, e, in alcuni casi, di essersi addirittura specializzati negli anni, ma in un ventaglio molto più ristretto di discipline. La cardiologia e la pneumologia sono sempre gli ambiti più gettonati, anche se alcuni dichiarano di offrire nel proprio studio, o in associazione, ai propri pazienti innanzitutto servizi di diagnostica come l'ecografia e, in un caso, la radiologia, grazie al supporto di un tecnico di laboratorio. Di offrire anche consulenze specialistiche in ambiti quali la dermatologia e la dietologia.

## Il GPwSI e il Ssn

Il Servizio nazionale inglese (NHS) ha previsto di introdurre tra i suoi ruoli ben 1.000 GPwSI, prevedendo per loro alcuni obiettivi specifici tra cui: fornire servizi specialistici alla comunità; ridurre il numero e la durata delle degenze ospedaliere; ridurre le liste d'attesa per appuntamenti e ricoveri; portare un approccio specialistico più vicino e accessibile alle 'abitazioni' dei pazienti; introdurre una efficace clinical governance soprattutto per la gestione dei pazienti con patologie respiratorie e cardiovascolari.

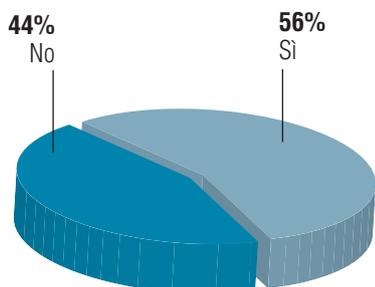
A sentire i Mmg partecipanti al sondaggio, invece, nella quasi totalità dei casi né la Regione né la Asl di provenienza ha mai proposto loro di esercitare competenze specialistiche diverse da quella di medico di famiglia. Gli unici casi segnalati dal campione sono relativi alla Regione Abruzzo, che ha proposto di verificare questa possibilità nell'ambito delle sperimentazioni di nuova integrazione ospedale-territorio e di operatività all'interno delle Utap; nella provincia di Treviso dove ai Mmg si è aperta la strada delle cure palliative e nella provincia di Bergamo dove sembra sia possibile sperimentare questa opportunità nella dermatologia.

Un'inerzia dell'istituzione, a leggere i dati, ma che riflette, anche una grande incertezza negli stessi Mmg circa la reale funzione che i GPwSI potrebbero svolgere nel Ssn. Alla domanda che, infatti, chiede il loro parere se sarebbe utile per il sistema sanitario ita-

liano prevedere la presenza del medico di famiglia con speciale interesse (GPwSI) come figura intermedia tra il medico di famiglia tradizionale e lo specialista di II livello, il campione si spacca quasi a metà (figura 1).

Figura 1

### Il GPwSI è utile per il Ssn?



### Rischi e opportunità

Per quanto riguarda il singolo professionista, secondo i medici intervistati, i principali rischi legati all'introduzione del GPwSI nel nostro Ssn sono soprattutto l'aumento del carico di lavoro, già in continua crescita, ma anche quello del carico burocratico annesso, e quello di snaturare la medicina di famiglia e renderla secondaria alla specializzazione, nell'ambito delle cure primarie, che potrebbe portare i Mmg a occuparsi troppo dell'interesse speciale e troppo poco della medicina generale.

Grandi preoccupazioni comporta l'idea di fornire specialità a basso costo per il Ssn, per la probabile scarsa remunerazione offerta, ma anche di dar sfogo e spazio a coloro che sono specialisti, in branche diverse, dalla MG/MdF, di creare un minispecialista che poi non risponde con efficacia ai bisogni del paziente e può entrare in contrasto con gli specialisti del settore e, soprattutto, di provocare un'ulteriore mancanza di risorse a fronte di crescenti rischi legali se non sono ben definite le responsabilità e i campi di interesse del GPwSI.

Questo ampio e ragionato catalogo di diffidenze non allontana, tuttavia, i Mmg del campione dalla percezione delle opportunità che la speri-

mentazione della nuova figura comporterebbe. Circa un quinto del campione individua vantaggi certi per il paziente nella possibilità di fare concreta prevenzione primaria negli ambiti di vocazione, l'utilità del GPwSI per velocizzare e rendere concreti i percorsi specialistici, e in primo luogo nei piccoli centri e laddove si necessita di una sorveglianza di particolari patologie, per coglierle al primo esordio.

Indubitabili i vantaggi per il Ssn, rispetto al quale, secondo il campione, i GPwSI svolgerebbero una migliore azione di filtro, si potrebbero utilizzare sul territorio in modo capillare e quando servono, anche nell'ambito della forma associativa, alcune particolari competenze, ma soprattutto porterebbero, secondo il campione a una riduzione delle liste d'attesa.

I medici coinvolti in questo processo, inoltre, secondo il campione ne riceverebbero una maggiore gratificazione, un maggiore scambio di opinioni con altri specialisti, un riconoscimento ufficiale di tali capacità e prestazioni ma, soprattutto, sottolineano, una possibilità di emergere nell'ambito del Ssn implementando le insufficienze delle cure secondarie.

### Il GPwSI nel sistema sanitario che cambia

“L'attività del GPwSI - sottolinea **Antonio Infantino**, responsabile del Dipartimento di Pneumologia di AIMEF e promotore in quest'ambito del progetto in Italia - è molto di più rispetto agli ambulatori per patologia che ognuno di noi può mettere in campo nei confronti dei propri assistiti”. È un'attività che, a suo avviso, si sposa benissimo con il profilo del 'nuovo' medico di famiglia, sotto tutti i punti di vista: assistenza, ricerca, carriera, formazione. Un esempio per tutti: in Inghilterra il medico di famiglia GPwSI dedica mediamente a questa attività 5 ore settimanali nella sede del PCT (Primary Care Trust, qualcosa di simile alle nostre sedi distrettuali), quindi a favore di pazienti anche di altri colleghi, con degli

outcomes interessanti sia in termini assistenziali sia di soddisfazione e carriera professionale.

E in Italia? “La parte pubblica - assicurazione Infantino - ha mostrato interesse e apertura. A Zugliano, in provincia di Vicenza, il GPwSI è stato introdotto sperimentalmente dall'accordo aziendale con i Mmg all'interno di una UTAP, e anche a Casamassima, in Puglia, dove io opero e dove dovrebbe partire la sperimentazione di una Casa della Salute su iniziativa del ministero, l'Azienda è disponibile, un po' meno, direi, il sindacato almeno a livello locale”. La Fimmg, rende noto Infantino, aveva considerato questa proposta nell'ambito della riflessione interna sulla cosiddetta Rifondazione della MG “chiedendo ad AIMEF un contributo ufficiale di presentazione del progetto”. Grande accoglimento c'è, inoltre, in ambito specialistico e soprattutto accademico.

“I Dipartimenti di Cardiologia e Pneumologia AIMEF - spiega ancora Infantino - stanno lavorando congiuntamente con l'Università di Foggia, con la cattedra di malattie dell'apparato cardiovascolare (Prof. M. Di Biase) e di malattie dell'apparato respiratorio (Prof. M.P. Foschino Barbaro) per allestire, primi in Italia, il 1° Corso master postgraduate in Cardiologia e il 1° Corso master postgraduate in Pneumologia per medici di famiglia con speciale interesse, sul modello di alcune università inglesi (Bradford University, Middlesex University, ecc.) per supportare eventuali sperimentazioni in questo senso”. E le resistenze che si incontrano ancora nella categoria, nonostante quasi tutti i Mmg dichiarino di coltivare 'speciali interessi' sono, a suo avviso, “resistenze più psicologiche che concrete. Incontro colleghi che sono pronti all'innovazione e altri che non sono pronti a confrontarsi, ma la realtà vuole che con l'irruzione della tecnologia nella professione medica si vengono a creare degli spazi nuovi. O il territorio sarà pronto ad agirli, oppure li riempirà qualcun altro, magari con un'esternalizzazione di servizi ospedalieri”.