

Forme associative tra criticità e qualità

Vincenzo Contursi

Medico di medicina generale, Bari
Responsabile Dipartimento
di Cardiologia AIMEF

In questi anni si sta assistendo al proliferare di modelli organizzativi spesso disinvoltamente e repentinamente calati dall'alto sulla medicina generale, ma nessuno sembra occuparsi di un quesito fondamentale: come misurare, in termini di efficacia, la capacità di qualsiasi "modello" di generare livelli assistenziali migliori?

Più di venti anni di studi hanno dimostrato che la medicina di famiglia rappresenta una risorsa di insostituibile efficacia per i sistemi sanitari che possono usufruirne¹, comprovato da evidenti benefici sia in termini di salute sia economici²⁻⁹, da prove di efficienza¹⁰⁻¹² ed equità^{10,13-15}. Ed è dimostrato che l'efficacia del sistema è il risultato sia della organizzazione del sistema delle cure sia delle responsabilità della specialità, dipendendo quindi tanto dalle scelte politiche e organizzative quanto dalle conoscenze scientifiche della disciplina.

Forme associative dell'assistenza primaria

In Italia, allo stato attuale, l'auspicata trasformazione della medicina generale convenzionata sta assumendo sempre più la connotazione di un processo essenzialmente organizzativo che si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative il cui fine dichiarato è quello di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici, con l'obiettivo di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, di diminuire così l'accesso al Pronto soccorso e, quando sia possibile, di diminuire i ricoveri ospedalieri.

Il lavoro in forma associata, quindi, dovrebbe portare a una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure, in termini di un maggior numero di prestazioni erogate da un lato e da una riduzione degli accessi impropri all'ospedale dall'altro. Ma il bilancio di questi ultimi anni

pone molti dubbi al riguardo e questa ipotesi presenta molte criticità, come più volte evidenziato dalla stessa professione. Gli aspetti principali di tali criticità si possono così riassumere.

- L'aumento della disponibilità oraria porta in sé il rischio di un aumento della domanda incongrua.

- Direttamente correlato all'aumento della domanda c'è la possibilità di un incremento della diagnostica e delle visite specialistiche.

- Non è automatico che con tale aumento di disponibilità oraria il tasso di ospedalizzazione subisca una riduzione significativa, ma potrebbe tendere addirittura a incrementarsi.

- C'è la possibilità che si verifichi una confusione tra urgenza ed emergenza, con grave rischio per il paziente.

- Passaggio dal medico personale al medico di turno, con perdita del rapporto di fiducia.

- Passaggio dalla distribuzione capillare degli studi a sedi uniche, spesso con grave disagio per la popolazione più fragile.

- Il lavoro in forma associata non è una libera scelta del professionista o del paziente/cliente, ma viene indotto dal sistema politico-organizzativo, spesso solo attraverso l'incentivo economico, per lo più modesto e/o illusorio.

- La scelta dei componenti delle forme associate non viene realizzata su affinità professionali, ma su ambiti territoriali.

- Si presentano anche problemi legati alla privacy: i dati che il paziente fornisce confidenzialmente al proprio medico sono forniti a un sistema.

C'è bisogno di chiarezza

Risulta quindi evidente che efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità. Così come è evidente che le forme associative della assistenza primaria sono uno strumento di management utile e probabilmente indispensabile per il futuro, purché siano chiare strategie e alcuni presupposti.

- Obiettivo prioritario delle forme associative è la sostenibilità economica di servizi sanitari aggiuntivi che decentrino l'erogazione delle cure: il *bringing care closer to the people*, indicato dall'OMS nel Report 2008 sulle Cure Primarie⁹.

- Qualsiasi forma associativa privata di quei contenuti professionali aggiuntivi indirizzati alle strategie di prevenzione e al *disease management* delle malattie croniche rischia di essere solo una scatola vuota, che perde gran parte dei suoi potenziali benefici gestionali rispetto al tradizionale studio del medico *single* e lascia anzi spazio all'emergere di criticità che rischiano di peggiorare l'efficacia del sistema.

La vera sfida futura per la medicina di famiglia italiana sta quindi nella capacità di calibrare il rapporto tra domanda espressa e la struttura dell'offerta nel suo complesso.

In termini organizzativi questo vuol dire la capacità di organizzare il proprio lavoro in forma associata attraverso la messa in opera di precise strategie gestionali:

- archivi informatizzati (condivisione con i diversi livelli assistenziali);
- orientamento preventivo (medicina di iniziativa);
- attivazione registri per patologia;
- liste di richiamo per patologia

(programmi di prevenzione; follow up cronicità);

- lavoro in team (collaboratore di studio, infermiere, nutrizionista);
- ambulatori dedicati (GPwSI: *General Practitioners with Special Interest*):

Dovrà essere proprio quest'ultima figura professionale, il GPwSI¹⁶⁻²¹, già fortemente consolidata a livello istituzionale in diversi Paesi europei, a svolgere un ruolo di coordinamento delle attività clinico-assistenziali programmate, sulla base di una comprovata esperienza e competenza clinica. E non, come "pericolosamente" si legge in alcune proposte, affidarla a una figura "dirigenziale" sulla base di una valenza meramente burocratico/sindacale.

■ La valutazione della qualità

Rimane il problema della valutazione di qualità del singolo medico e della attività in forma associativa.

La valutazione da parte pubblica in Italia non si basa su un *gold standard* ma su una media; il singolo medico viene valutato sulla base del suo più o meno discostarsi dal comportamento medio dei suoi colleghi e non secondo standard qualitativi di riferimento²²⁻²⁶.

In particolare vengono presi in considerazione, da parte pubblica, parametri di spesa (prevalentemente farmaceutica), parametri di disponibilità oraria, o parametri di partecipazione a progetti regionali o aziendali (vaccinazioni, compilazione di reports o partecipazione a corsi di formazione). Ovviamente questa media può variare molto se viene considerato l'intero territorio nazionale o se viene considerato il contesto europeo o mondiale. Comunque la media dei comportamenti diventa il comportamento di riferimento, ma questo può tradursi in un grave errore di valutazione, oltre a essere assolutamente insufficiente.

La valutazione di un medico e di un gruppo associato di medici non può prescindere dalla valutazione della adeguatezza delle prestazioni sanitarie erogate in termini di appropriatezza ed esiti clinici perseguiti.

Per fare questo già potrebbe bastare un'analisi incrociata dei dati ammi-

nistrativi nel loro complesso (prescrizione farmaceutica, diagnostica e specialistica; tasso di ospedalizzazione e diagnosi di dimissione sulle SDO; mortalità), già disponibili, ma lungi dall'essere utilizzati.

■ Dignità di disciplina accademica

Ma chi decide se le prestazioni erogate da un medico di famiglia sono adeguate? In Italia rispondere a questa domanda è particolarmente difficile perché la medicina di famiglia non è disciplina accademica (a differenza di tutti i Paesi del mondo in cui esiste).

Il "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale", a parte qualche isolata esperienza d'avanguardia (vedi provincia autonoma di Trento), risulta essere troppo spesso oggetto di gestione politico/sindacale, con livelli formativi com-

pletivi decisamente inadeguati.

La verità è che la medicina di famiglia italiana non ha un corpo dottrinale definito e non ha un programma di insegnamento universitario stabilito.

Questo comporta la mancanza di un programma di insegnamento specialistico, riconosciuto e condiviso dalle altre specialità, con l'ovvia mancanza di un chiaro dominio nel sistema della erogazione delle cure.

E la mancanza di un dominio rende difficile la valutazione: a questa disciplina si può chiedere tutto e nulla.

Ecco perché una delle priorità assolute della rifondazione è il riconoscimento accademico della disciplina e la istituzione di un insegnamento universitario pre-laurea e specialistico post-laurea, per il recupero della dignità e autorità cognitiva della disciplina al pari delle altre realtà internazionali.

BIBLIOGRAFIA

1. Rosser WW. Applying evidence from randomized controlled trials in General Practice. *Lancet* 1999; 353: 661-663.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of Primary Care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health serv Res* 2003; 38: 831-65.
3. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274: 305-11.
4. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, et al. *JAMA* 1984; 252: 2413-7.
5. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 269-76.
6. Dietrich AJ, Goldberg H. Am. Primary care and receipt of preventive services. *J Public Health* 1984; 74: 223-7.
7. Ferrante JM, Gonzales EC, Pal N, et al. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 408-14.
8. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003; 35: 60-4.
9. The World Health Report 2008-Primary Health Care: Now More Than Ever. www.who.int/whr/en/index.html
10. Bolen C, Haq C, Hunt V, et al. Improving health systems: the contribution of Family medicine. Bestprint Printing company, Singapore, 2002.
11. Roetzheim RG, Gonzalez EC, Ramirez A, et al. Primary care Physician supply and colorectal cancer. *J Fam Pract* 2001; 50: 1027-31.
12. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from medical outcomes study. *JAMA* 1992; 267: 1624-30.
13. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with Primary care clinicians on ambulatory health care expenditure. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.
14. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529-50.
15. Lohr KN, Brook RH, Kampberg CJ, et al. Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 1986; 24: 51-87.
16. Williams S, Ryan D, Price D, et al. General practitioners with a special clinical interest: a model for improving respiratory. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 63.
17. General Practitioners with Special Interests. RCGP Information Sheet. Royal College of General Practitioners, 2006.
18. Di Sisto M. Ecco il GPwSI: medico di famiglia con interessi clinici speciali. *M.D.* 2006; 13: 4-7.
19. Infantino A. GPwSI: il dibattito continua. *M.D.* 2006; 30: 4-6.
20. Di Sisto M. Mmg con speciali interessi clinici: problemi, prospettive e proposte. *M.D.* 2008; 5: 6-7.
21. Infantino A. GPwSI: Dalla GB un Medico di Famiglia tra Ospedale e Territorio in aiuto alla clinical governance *Aria, Ambiente & Salute* 2008; 1: 28-29.
22. Maso G. La medicina di famiglia per (e in) un sistema sanitario efficace. *M.D.* 2002; 37: 4-7.
23. Maso G, N. Mathers. How can we analyse the role of Family medicine using the principles of evidence-based medicine? *EJGP* 2004; 10: 134-5.
24. Maso G. Un codice per la robotica in medicina di famiglia. *M.D.* 1996; 25: 13-14.
25. Maso G. Il futuro dal volto umano. *M.D.* 1999; 24: 24-26.
26. Milstein A, Lee HT. Comparing physicians on efficiency. *N Engl J Med* 2007; 26: 2649.