

La via pragmatica per declinare qualità e sostenibilità dell'assistenza

Partire da quello che di eccellente già c'è sul territorio, con una politica dei piccoli passi e una dose di sano realismo, data anche la congiuntura presente. Il XXV Congresso Simg, con i temi non solo clinici che ha trattato, ma soprattutto con l'approccio utiliz-

zato, più che essere una kermesse sanitaria - nonostante la presenza di numerosissimi sindacati e associazioni mediche, oltre alle personalità del mondo politico - ha voluto indicare una direzione a tutta la medicina generale e non solo.

di Anna Sgritto e Monica Di Sisto

Il XXV Congresso Simg, svoltosi di recente a Firenze, ha scelto di partire dalle evidenze - quella Ebm che il Ssn ha sempre enunciato, ma raramente messo in pratica - verificate alla luce della pubblicazione di un rapporto, il V° Report (2007-2008) dell'Health Search che, nel corso degli oltre 10 anni della sua realizzazione, ha puntato sui medici di famiglia come osservatori privilegiati dello stato di salute del Paese. Rapporto che, come prova provata, testimonia in che modo, con i supporti informatici adatti, è possibile scattare una fotografia affidabile sui bisogni di salute. Inoltre dimostra che, a partire da questo monitoraggio, un sistema sanitario adeguatamente gestito può fondare il suo successo sulla capacità di regolare e mandare a regime le eccellenze professionali, guidando i suoi operatori al raggiungimento degli obiettivi secondo le regole dell'efficienza clinica e nel rispetto dei parametri di sostenibilità generale.

Seguendo queste due direttrici secondo la Simg, *governance* clinica, "produttività" delle cure primarie, output della pratica medica sarebbero, dunque, a portata di un click. E per il decisore politico scegliendo una partnership forte con queste esperienze, c'è la possibilità addirittura di comparare il risultato degli interventi sanitari e la loro efficacia, la "compliance" dei pazienti sfuggendo, così - avverte il presidente

Simg **Claudio Cricelli** - all'appiattimento regolatorio di chi tutto vorrebbe curare in un unico modo, cioè con la minor spesa.

La medicina generale, nella sua pratica quotidiana, può diventare da subito ricerca, tanto da meritare la creazione di una struttura *ad hoc*, Fondazione Scientifica per la Medicina Generale Simg Onlus, alla guida della quale si colloca **Ovidio Brignoli**, da sempre l'anima "scientifico-informatica" della Simg e che punta a superare il concetto del database della medicina generale.

La proposta rivolta alla professione e alla politica è esplicita: poiché in Italia, come del resto in altri Paesi tra cui Regno Unito e Paesi Bassi, il Ssn fornisce una copertura sanitaria a tutti i cittadini, teoricamente la rappresentatività della popolazione degli assistiti contenuti in un database della medicina generale è sovrapponibile alla popolazione residente di riferimento. Il rinnovo della Convenzione è vicino: perché non tener conto di questi risultati ottenuti per raggiungere la tanto auspicata messa in rete dei Mmg e osservare attraverso essa il rapporto "investimenti-risultati" per le cure sul territorio?

La sfida: scienza applicata alla realtà

880 professionisti, 7 aree cliniche, con oltre 50 indicatori di processo, 9 di esito intermedio e 16 di appropriatezza terapeutica: è questa la

lente attraverso la quale si analizza l'Italia-paziente, e con essa i medici che la curano. Le cartelle cliniche, le visite, le diagnosi e le cure, oltre ai risultati raggiunti con i propri pazienti, sono stati registrati dai Mmg coinvolti nella rete grazie a un software che analizza questi dati in base a indicatori di risultato (M.D. 2008; 9: 6-7). "Si tratta di scienza applicata alla realtà", ha rivendicato Brignoli. E oltre alla fotografia sulle principali patologie che colpiscono gli italiani, il rapporto ha analizzato il carico di lavoro dei Mmg. L'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e l'elevata complessità sta determinando variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia sia sulla organizzazione delle cure primarie.

"La burocrazia sta ammassando la salute degli italiani - ha denunciato Claudio Cricelli - il Mmg rischia di essere sommerso dalla burocrazia. Le documentazioni e gli adempimenti burocratici prendono il 50% del nostro tempo. Il nostro carico di lavoro aumenta mettendo a rischio la qualità". L'osservazione parte proprio dai dati del V° Rapporto Health Search. "Negli ultimi venti anni - ha sottolineato ancora il presidente Simg - la sanità chiede sempre più efficienza dando meno risorse. Questo ricade particolarmente sui Mmg che organizzano ed erogano servizi di assistenza, dovendo però tenere sot-

to controllo i costi. La maggiore tensione del sistema ricade su di noi”.

La richiesta dei medici alla politica? Una *governance* che, al posto di tagli e decisioni dall'alto, scelga la prospettiva opposta, dal basso, a partire da indicatori verificati.

La burocrazia negli studi medici è un male necessario, almeno stando a quanto ha spiegato il sottosegretario al Welfare **Ferruccio Fazio** alla platea di medici del congresso Simg. “Non va demonizzata, ha le sue funzioni di garanzia del sistema, che non possono esserci senza carte”. Ciò non toglie, però, che il problema si possa anche affrontare, ha aggiunto Fazio, “per cercare di snellire in parte la burocrazia che non serve. Ma non dobbiamo illuderci che possa essere eliminata”. Da Firenze Fazio ha sottolineato l'importanza di un'alleanza forte con i medici di famiglia: “Una delle azioni centrali del Governo - ha spiegato - è quella di costruire il percorso per il cittadino che si ammalia. E questo percorso deve partire proprio dal Mmg che, quindi, va messo al centro di questo percorso sul territorio”.

Il sottosegretario, dunque, è sembrato accogliere la proposta Simg, rima-

nendo però sulle linee generali non senza annunciare che tra le azioni di sistema nell'agenda del Governo c'è la creazione di “un percorso codificato a livello nazionale e non solo in alcune Regioni per il cittadino che sta male”. Un percorso che nasce dal Mmg e arriva da ultimo in ospedale - che non dovrà ospitare più di 4 posti letto ogni mille abitanti - e al quale il cittadino malato dovrà arrivare già con la diagnosi e con un piano pronto “pre-dimissione” per le cure sul territorio.

■ La nuova politica alla prova dei dati

Questa politica così pragmatica aveva lasciato un po' contraddetti sulle prime i Mmg, dopo tanti anni di riflessioni (e scontri) teorici e culturali sui modelli di intervento da assicurare sul territorio, ha ammesso lo stesso Cricelli: “Oggi ci troviamo in un momento topico in cui non abbiamo più tempo di studiare le soluzioni e neanche ci possiamo permettere di avere fretta. Devo dare atto che c'è una tecnica intermedia che è quella riscontrata nell'approccio del nuovo dicastero, completamente diverso da quelli precedenti caratterizzati da una lunga fase teorica.

Nuovo approccio a cui ci siamo avvicinati perplessi e un po' disorientati per dover poi ammettere che ha già portato dei frutti”, tra i quali cita il documento congiunto su le h. 24, propedeutico all'organizzazione del lavoro su cui discutere nelle trattative per il nuovo ACN.

Questo approccio intermedio si basa su ciò che già c'è, o è stato prodotto pur in forma disomogenea sul territorio, che però consenta di cominciare a gettare uno sguardo di prospettiva sul sistema guardando un po' più lontano. Un esempio? La stessa assistenza h. 24, un progetto che, secondo Cricelli, “pensato nella sua complessità non poteva essere preso in carico dalla medicina generale”, focalizzato, invece, “su quanto prodotto in questi termini dalla stessa MG sui vari territori e dalle Regioni, allora è possibile da realizzare e lì va sperimentato”. Un ammiccamento al proprio database? Basterà aspettare per vedere se verrà raccolto dalla parte pubblica. Resta, tuttavia, l'interrogativo di fondo su quale sistema complessivo potrà delinearsi, a partire dalla giustapposizione dei diversi sistemi regionali (ma anche aziendali) e delle loro differenti velocità.

“Italia come stai?": un bollettino sulla salute degli italiani

Il numero esatto degli italiani colpiti da influenza, in quali Regioni si registra il picco, quanti pazienti vanno incontro a complicanze, quanti sono i ricoveri. E ancora, quanti cittadini sono stati colpiti dall'infezione virale pur avendo ricevuto il vaccino, la loro età e il loro sesso. Da dicembre ogni venerdì mattina la Simg diffonde questi dati per l'intero periodo dell'epidemia, fino a marzo 2009. È questo il traguardo tagliato da “Italia come stai?”, il progetto lanciato ormai dieci anni fa dalla Simg e che “grazie ad una rete distribuita in modo capillare e statisticamente significativa sul territorio - ha spiegato Claudio Cricelli - siamo oggi in grado di fornire quotidianamente lo stato di salute degli italiani, patologia per patologia. Cominciamo con l'influenza, che quest'anno si preannuncia più aggressiva rispetto al recente passato, e che vede il Mmg in prima linea. Ma poi proseguiremo in modo sistematico anche con altre malattie”.

L'obiettivo è chiaro: i Mmg vogliono fornire in tempo reale e con criteri scientifici, informazioni essenziali per il miglior funzionamento del sistema sanitario, allo scopo di razionalizzare gli interventi, riducendo gli sprechi e concentrandosi sulle reali necessità del momento, venendo incontro alle esigenze della popolazione. L'influenza è il primo intervento sul campo con il quale la Simg verifica l'efficacia “applicativa” del suo processo di rilevazione della salute degli italiani, il sistema che produce il Rapporto Health Search, e che fino ad oggi si era cimentata soltanto nella descrizione dello stato di salute degli italiani. L'ambizione però è quella di tenere sotto controllo e di servire da “timone” per l'intero Ssn. Diversi studi hanno dimostrato, infatti, che il medico di famiglia visita nel corso di un anno il 65% della propria popolazione di assistiti e nel corso di 3 anni circa il 95%. Inoltre, contribuisce nell'arco dei 12 mesi al 65% del

consumo complessivo di farmaci. Che cosa ha scoperto fino ad oggi il sistema Simg? Innanzitutto che l'ipertensione rappresenta la patologia che causa il maggior numero di visite ambulatoriali (15.3%) seguita da diabete mellito (4.8%) e dislipidemie (3.1%). Le persone affette da malattia coronarica sono quelle che si recano con maggiore frequenza presso il proprio medico ma sorprende anche l'alta percentuale di visite ambulatoriali per i malati di epilessia (6.2 visite/anno), di patologie della tiroide (6 visite/anno) e di glaucoma (4.5 visite/anno).

Dai dati riportati nel V° Rapporto emerge un trend crescente nella prevalenza di ipertensione che varia dal 18.4% al 22.0% del 2007, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (19.8% nel 2003 vs 23.2% nel 2007) rispetto agli uomini (16.8% nel 2003 vs 20.8% nel 2007). Dalle analisi effettuate, si registra per molte patologie un costante aumento di prevalenza, determinato da vari fattori, compresa la capacità del medico di famiglia di diagnosi anticipate, in presenza di sintomi precoci. Oltre all'ipertensione, nel corso degli anni 2003-2007 l'ictus è passato dall'1.9% al 2.5%, il diabete mellito di tipo II dal 5% al 6.2%, la depressione maggiore dal 3% al 4.3%.

Il lavoro “sociale” dei Mmg

Per analizzare il carico di lavoro dei Mmg è stato considerato il numero medio di “contatti medico/paziente”. Per contatti si intendono tutte le visite in ambulatorio che terminano con la registrazione di una diagnosi, di una prescrizione farmaceutica, di un'indagine diagnostico-strumentale e/o di qualunque altro intervento che il Mmg registra nella cartella clinica informatizzata (es. richiesta di visita specialistica, ricoveri, registrazioni di pressione arteriosa, ecc.).

Dall'analisi del numero di contatti medi annuali per paziente nel corso

degli ultimi 5 anni (2003-2007), stratificata per sesso, emerge una conferma dell'aumentato carico di lavoro che tutti i Mmg percepiscono: dai 6.7 contatti per paziente del 2003 si è passati a 7.0 del 2007. Emerge inoltre un maggiore numero di contatti nei maschi in tutti gli anni osservati. La stratificazione per area geografica indica chiaramente un numero di contatti maggiori per i Mmg che operano nel Sud e nelle Isole. Il numero medio di contatti annuali registrati nel 2007 stratificato per fasce di età, registra una relazione marcata con l'aumento dell'età dei pazienti: a fronte di 2.9 contatti per paziente registrati nella fascia 15-24 si arriva a 10.2 contatti negli ultra 85enni, con un picco nella fascia di età 75-84 (14.1 contatti/anno). Su 100 visite, per di più, oltre 70 terminano con una prescrizione farmaceutica, circa 30 con una richiesta di accertamento diagnostico-strumentale ed oltre 10 con una richiesta di visita specialistica: dati che indicano che oltre i due terzi dei problemi di salute dei propri pazienti i Mmg li risolvono contando solo sulle proprie forze. A guardar bene, le prescrizioni di farmaci aumentano con l'aumentare dell'età dei pazienti e in relazione alle cronicità, spia del fatto che molte, troppe volte si torna dal Mmg soltanto per ripetere una prescrizione ricorrente.

L'impressione “complessiva” che si coglie scorrendo progressivamente dati e tabelle, è che in realtà quello che i pazienti (e l'amministrazione) richiedono al Mmg è solo in piccola parte clinica, mentre in larga parte è lavoro di altro genere. Burocrazia, di certo, come abbiamo già scritto, ma anche presenza, accompagnamento, assicurazione. Un ruolo “sociale” nel quale il Mmg si trova spesso scarsamente supportato dalla rete dei servizi e rispetto al quale non riceve alcun riconoscimento di tipo strutturale o economico. La nuova Convenzione deciderà, finalmente, di prenderne atto?