

La trasformazione delle cure primarie

Il progresso scientifico, le nuove acquisizioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche hanno segnato il cambiamento delle cure primarie e l'evoluzione della medicina generale, determinando anche una trasformazione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria soprattutto a livello territoriale.

Gianluca Bruttomesso

Negli ultimi 25 anni le cure primarie in Italia si sono evolute seguendo i cambiamenti della popolazione e della sua salute. Innanzitutto si è assistito a un progressivo invecchiamento demografico, con la conseguente crescita delle malattie croniche e dei pazienti ultrasessantenni, sempre più numerosi (quasi 12 milioni nel 2007, secondo una ricerca della Fondazione Smith Kline). Ciò ha fatto incrementare l'assistenza territoriale. Per il Rapporto Oasi 2008 del centro di ricerche Cergas Bocconi, infatti, le attività extra-ospedaliere sono aumentate del 28%, a livello nazionale, nel periodo 1997-2006, con il conseguente rafforzamento del ruolo delle aziende sanitarie locali e sono diminuiti i posti letto negli ospedali (-21%).

Tra le strutture territoriali un grande apporto viene oggi dal "privato accreditato", in modo particolare nell'area delle patologie cronico-degenerative e della disabilità, con una percentuale di spesa pro capite (2007) pari al 20.7% (330 euro per abitante). Vi è stato anche un leggero calo nel numero di medici di famiglia (-2.2%, secondo gli ultimi dati Cergas, relativi all'anno 2006), al quale tuttavia sta sopperendo il ruolo sempre più preponderante dell'associazionismo.

Proprio per discutere dell'evoluzione delle cure primarie, si sono riuniti a Milano al XXII Congresso nazionale i medici della Snamid, la Società di aggiornamento per il Mmg, che ha festeggiato i primi 25

anni di vita con l'annuncio, da parte del presidente **Virginio Bosisio**, di dare vita a una sinergia diversa ed estremamente collaborativa tra le diverse società scientifiche della medicina generale. "È opinione comune - ha commentato Bosisio - di potere arrivare a creare una federazione di società scientifiche che possano lavorare insieme e collaborare".

■ L'evoluzione delle aree cliniche

Le quattro giornate di studio, che hanno caratterizzato il Congresso Snamid, hanno fatto il punto sulle principali novità in campo diagnostico e terapeutico nei settori di pertinenza della medicina generale. Ponendo l'accento su quelli che hanno subito la maggiore evoluzione negli ultimi due decenni e che impegnano l'80% del lavoro dei medici di famiglia.

"Gestione dello scompenso cardiaco, del diabete di tipo 2, asma e BPCO, rischio cardiocerebrovascolare - ha evidenziato **Roberto Stella**, vicepresidente nazionale Snamid - sono alcune delle aree cliniche nelle quali l'individuazione di nuovi modelli di cura e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con gli specialisti hanno profondamente cambiato il modo di lavorare del medico di medicina generale.

Inoltre, i grandi passi del progresso scientifico, per esempio nel campo oncologico, così come nella diagnostica per immagini, o nel settore delle biotecnologie, sono stati seguiti dall'evoluzione dei modelli

organizzativi del sistema delle cure, sia in ambito ospedaliero (processo di aziendalizzazione), sia sul territorio". La revisione dell'assistenza primaria, successiva alla legge di riforma sanitaria 833/78, secondo Stella, ha portato a ripensare la medicina generale come a un sistema di cure articolato sul territorio e integrato con l'ospedale.

È emersa così la necessità di rivedere gli aspetti gestionali e le modalità organizzative, i processi di cura, di porre una particolare attenzione al problema delle risorse e della loro allocazione, coinvolgendo il medico di famiglia nella *governance* del sistema, introducendo modelli associativi, ipotizzando una ulteriore evoluzione del sistema di cure primarie verso le unità di cura territoriali e l'assistenza 24 ore su 24. Tematiche su cui la professione e la politica si stanno ancora interrogando, in particolare per quanto concerne le forme complesse dell'associazionismo medico.

Al riguardo, **Marco Cambielli**, segretario nazionale Snamid ha tenuto a precisare che la medicina generale si è affermata negli anni 2000 non come un'attività tra le tante rivolte al paziente, ma come detentrica di un ruolo essenziale nel migliorare l'efficacia reale e l'efficienza degli altri servizi sanitari. Certificando così, secondo Cambielli, il proprio ruolo essenziale nell'accolgere, trattare e fare il triage di situazioni cliniche spesso indifferenziate, confrontandosi con le necessità di salute dei pazienti e aumentando le capacità del sistema sanitario di rispondere alle nuove richieste. Inol-

tre è risultato sempre più evidente negli anni come la medicina generale, agendo da filtro adeguato alle cure ad alta tecnologia, abbia assicurato che queste siano applicate dove c'è realmente bisogno, divenendo così un determinante essenziale per tutti gli *outcomes* clinici, semplici e complessi, poiché la MG è in grado di essere *accountable*.

Cambielli ha infatti individuato nell'*accountability* il concetto fondamentale che dà forza alla medicina generale.

"Comparso alla fine degli anni 90 - spiega Cambielli - per definire le procedure e i processi per cui una parte giustifica e assume la responsabilità delle proprie iniziative, il concetto di *accountability* comprende la competenza professionale, un comportamento in linea con le leggi e l'etica, un risvolto economico, un accesso adeguato da parte degli utenti, la promozione della salute pubblica e un apporto benefico per la comunità.

Per essere riconosciuta, l'*accountability* necessita di procedure formali e informali per valutare l'aderenza ai propri domini e per far conoscere le valutazioni alle parti coinvolte, trovando nell'Ebm uno strumento essenziale. Il concetto di *accountability* - conclude il segretario Snamid - contiene la presa di coscienza degli aspetti scientifici, economici, politici e sociali della medicina generale".

■ Cosa ne pensano i Mmg

A supporto dei temi trattati nel Congresso, Snamid ha presentato un'indagine, effettuata su un campione iniziale di 140 Mmg con età superiore ai 45 anni, volta a comprendere quali cambiamenti, negli ultimi 25 anni, sono stati considerati dai Mmg più significativi. Per quanto riguarda gli aspetti strutturali e organizzativi, hanno ricevuto giudizi più che positivi, soprattutto l'introduzione del personal computer e del personale ausiliario negli studi dei medici di famiglia, mentre le note, prima Cuf, poi Aifa, hanno riscosso un parere molto più critico.

Relativamente alle principali innovazioni farmacologiche e terapeutiche, hanno ricevuto un ottimo giudizio soprattutto l'introduzione di statine, IPP, ACE-inibitori nello scompenso cardiaco e la chirurgia laparoscopica. Tra le rivoluzioni diagnostiche, rilevante è stato giudicato l'utilizzo, nella pratica clinica, dell'ecocolordoppler. Analoga importanza è stata attribuita alla sierologia dell'epatite C.

Il XXII Congresso Snamid ha offerto anche lo spunto per lanciare alcune sfide che i medici di famiglia dovranno saper affrontare per gestire i cambiamenti in un presente in cui le risorse sono limitate: la capacità di utilizzo di nuovi modelli di lavoro, senza abbandonare i tratti caratterizzanti il ruolo del Mmg, e la necessità di un approccio più manageriale alla professione sulla base, però, del tradizionale rapporto di fiducia tra medico e paziente.

■ L'attualità: il testamento biologico

La problematica del diritto del paziente a esprimere il proprio punto di vista circa le decisioni che riguardano la sua salute, in modo particolare in caso di malattia grave e inguaribile, è oggi un tema di grande rilevanza. Anche su questo argomento Snamid ha voluto intervenire proponendo all'attenzione dei partecipanti al congresso i risultati di un questionario intitolato "*Carta di autodeterminazione*", proposto cinque anni fa da un Mmg ai suoi assistiti (*M.D.* 2009; 12: 6-7). Snamid afferma che i risultati del questionario sono limitati dall'esiguità del campione considerato (144 pazienti), le risposte confermano però alcune tendenze in atto: non solo l'esigenza di essere informati sulla propria salute e di voler tutelare la propria "privacy sanitaria", ma anche la priorità della qualità della vita a scapito del suo prolungamento. Spaventano molto la mancanza di autosufficienza fisica e la perdita delle capacità cerebrali o di coscienza, ma si sta diffondendo la cultura delle cure palliative e della

terapia del dolore. Permane una certa incoerenza e confusione tra i principi generali affermati nelle risposte date da parte degli assistiti e le scelte inerenti la sfera personale, a conferma del diffuso timore della morte e della sua accettazione.

■ Il dibattito

Quali prospettive apre questa ricerca, vista anche l'imminente approvazione della legge sul testamento biologico? "Da quest'indagine - afferma **Ovidio Brignoli**, vicepresidente Simg - sembra emergere l'intenzione di esprimere pareri sul fine vita, ma alcune risposte sono controverse. Certamente occorre rispettare la volontà delle persone, anche se ritengo che la vita sia un bene indisponibile. Tutto questo fa capire che il compito dei medici di famiglia è quello di informare bene i pazienti sulle situazioni in cui si trovano. La mia esperienza personale è che chi invoca la morte a 80 anni, tre giorni prima di morire invoca la vita. Da ultimo bisogna dire che si sta cercando di far risolvere ai medici in modo tecnico una questione etica. Una legge non aiuterà nessuno né a morire bene né ad aumentare la qualità della propria vita. Rispetto della persona, in questo caso, secondo me, vuol dire proprio non avere una legge".

Un approccio più "naturalistico" è quello di **Massimo Bisconcini**, segretario nazionale di AIMEF: "Molte persone sono serenamente spirante senza fronzoli ideologici o religiosi, senza clamori o strumentalizzazioni, senza battaglie per il diritto o per la difesa della vita, semplicemente con uno sguardo o poche parole tra i parenti e i curanti".

Ma, per quanto riguarda l'essere messi a conoscenza della gravità della propria condizione di salute, afferma: "Ritengo, per esperienza, che l'informazione, quando sia così pesante e discriminante, certamente non debba essere nascosta, ma essere fornita a 'dosi personali', tarate sul bisogno reale che il paziente ha di sapere, che va quindi capito e valutato".

Cosa c'è in serbo per la medicina di famiglia?

Abbiamo incontrato il sottosegretario di Stato con delega alla Salute **Ferruccio Fazio** a margine del XXII Congresso Snamid, svoltosi a Milano. Un meeting durante il quale il sottosegretario ha chiarito cosa ha in serbo il Governo per la medicina di famiglia. La prima domanda rivolta all'esponente dell'esecutivo è stata relativa al possibile rischio che con l'associazionismo - quale scelta obbligata per ottimizzare il servizio di assistenza al cittadino - possa venir meno il rapporto privilegiato del paziente con il singolo medico.

"Non è assolutamente detto - ha risposto Fazio - ci sono diverse forme di associazionismo, per esempio il progetto Me.Di.Co., che prevede modalità fondamentalmente telematiche, in cui il medico rimane nel proprio singolo studio. Anzi, cercare di spostare le prestazioni dal Pronto soccorso verso forme di associazionismo ha proprio il fine di mantenere la continuità assistenziale territoriale e quindi di fare in modo che il paziente non esca dal 'giro' del proprio Mmg, andando autonomamente verso l'ospedale, ma rimanga in collegamento con il medico di famiglia, che può fornire le cure primarie, incluse quelle d'urgenza".

■ La scommessa sulle cure primarie

Negli ultimi tutti i servizi sanitari dei Paesi più avanzati hanno riconosciuto la strategicità dei sistemi di assistenza primaria. Siamo infatti di fronte a scenari molto diversi rispetto al passato: una migliore aspettativa di vita (in Italia è altissima) con conseguente invecchiamento della popolazione (nel 2050 il 40% sarà ultrasessantacinquenne) e un incremento delle malattie cronico-degenerative.

"È quindi necessario riorganizzare il sistema - ha affermato Fazio - per garantire la presa in carico di queste problematiche, rafforzando le cure primarie. Confermo dunque che anche questo Governo intende

individuare in questa area il sistema in cui si realizza l'approccio essenziale alla tutela della salute della popolazione".

■ Le misure disposte dall'esecutivo

"Noi vediamo le cure primarie come l'organizzazione che rafforza e garantisce l'accordo non solo tra Mmg e di medici di continuità assistenziale - ha dichiarato Fazio - ma anche con pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati, ospedalieri, infermieri e tecnici della riabilitazione, assistenti sociali. Occorre prevedere una riorganizzazione del territorio con un potenziamento delle cure primarie e una progressiva riduzione dell'ospedalizzazione".

Secondo il sottosegretario, il nosocomio deve diventare l'eccezione e limitato a quei momenti diagnostici o terapeutici in cui è assolutamente necessario. Vi sarà quindi un graduale calo del tasso dei posti letto per mille abitanti: dai 4.5 si sta scendendo ai 4, ma si arriverà ai 3.5 e quindi ai 3. "Si prevede - ha sostenuto Fazio - un ruolo sempre più centrale per il Mmg, che necessita di un percorso professionalizzante: quindi non solo aggiornamento, ma vera e propria educazione al ruolo di Mmg che potrà e dovrà sempre più utilizzare metodiche di diagnostica strumentale (come ecografia, spirometria e spirografia), ma anche essere il nodo di rete di programmi di prevenzione primaria e secondaria e sapere anche comprendere e gestire nuove terapie personalizzate (terapia genica e farmacogenica)".

"Faremo di tutto per venire incontro ai bisogni dei medici di medicina generale - ha sottolineato il sottosegretario - sia a livello di Ecm sia in altre iniziative che emergeranno nei colloqui con i loro rappresentanti. Finora abbiamo avuto rapporti soprattutto con i sindacati (Snamid e Fimmg), ma siamo estremamente disponibili ad aprire un colloquio anche con le società scientifiche della MG".

■ Il nodo dell'organizzazione

"Questo Governo ritiene che il Mmg non possa e non debba diventare un impiegato, ma un libero professionista con uno stretto rapporto con i suoi pazienti. Non vogliamo spersonalizzare la sanità, ma costruire quel percorso di umanizzazione di cui i pazienti hanno bisogno in una società globalizzata come quella di oggi". Tale percorso deve coinvolgere non solo l'ospedale ma anche il territorio. Affinché il Mmg possa finalmente diventare un reale punto di riferimento è indispensabile mettere in essere delle modalità organizzative che rendano possibile lo scambio di informazioni cliniche e l'integrazione tra ospedale e territorio. "Il tutto finalizzato - ha precisato il sottosegretario - a percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, per realizzare l'assistenza territoriale integrata che è essenziale. È chiaro che per andare in questa direzione l'associazionismo diventa una scelta obbligata".

■ Il modello per cui optare

Secondo Fazio, siamo di fronte a un dilemma: da un lato è indubbia l'importanza del ruolo del Mmg che deve essere professionista e non impiegato, dall'altro si deve andare nella direzione dell'associazionismo. Il Governo, quindi promuove e finanzia prioritariamente quest'ultimo (che può essere sostenuto nell'ambito delle erogazioni per le cure primarie), ma deve lasciare le Regioni libere di sperimentare diversi modelli organizzativi di associazionismo, non solo le Case della Salute. "Uno dei nostri problemi è quello degli intasamenti del Pronto soccorso - dichiara Fazio - ad opera dei codici bianchi e di molti codici verdi; il lavoro in *team* è uno dei modi per risolvere questa problematica. C'è un progetto già condiviso con le Regioni, denominato: *Assistenza h. 24. Riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso e miglioramento della rete assistenziale*. Questo sarà finanziato con 350 milioni di euro, pari al 25% dei 1.400 milioni previsti per gli obiettivi del Psn. In tale ambito, si potranno sostenere progetti sul modello Me.Di.Co., proposto dallo Snamid".