

Veneto: una delibera sul diabete molto discutibile

Giuseppe Maso

Medico di famiglia, Venezia
Professore a contratto di Medicina di Famiglia
Università di Udine

Il recente provvedimento regionale sull'erogazione delle cure per i soggetti affetti da diabete mellito si configura come un'ulteriore testimonianza dell'esproprio delle competenze della medicina di famiglia e di chi la esercita

La Regione Veneto, con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1798 del 16 giugno 2009, ha aggiornato le disposizioni concernenti la prescrizione, la dispensazione e tariffazione dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autosomministrazione a favore di soggetti affetti da diabete mellito. Nella deliberazione però, oltre a contenuti squisitamente economici, sono inclusi degli aspetti che interessano in maniera profonda il sistema di erogazione delle cure, la professione medica e la qualità di vita dei pazienti diabetici.

Il testo recita letteralmente: *“la diagnosi e il Programma di cura vengano effettuati da un diabetologo di un Centro antidiabetico pubblico o accreditato, fatti salvi diversi accordi intercorsi a livello di aziende ULSS o di Area Vasta, che prevedano, per alcune tipologie di diabetici, il coinvolgimento di altre strutture cliniche Aziendali o territoriali, compresi i medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. Ciascuna eventuale modifica al Programma di cura deve essere apportata dalle strutture/soggetti individuati a tal fine”*.

Per quanto riguarda il diabete gestazionale sancisce che *“il programma di cura verrà redatto dallo specialista autorizzato, attualmente identificato nei diabetologi e ginecologi”*.

La deliberazione regionale porta ad alcune considerazioni:

1. Il diabete mellito, sia esso insulino-trattato o no, è una malattia cronica ad alta prevalenza nella popolazione che richiede continuità assistenziale e proprio per queste caratteristiche è il prototipo di patologia da gestire nel setting delle cure primarie. Informare, diagnosticare, definire gli obiettivi, educare, fare

counselling, decidere la terapia e programmare il follow-up sono compiti precisi della medicina generale in tutto il mondo. La delibera regionale quindi si configura come un'ulteriore pietra nella lapidazione della medicina di famiglia (Mdf) in atto da alcuni anni. In nessun'altra parte del pianeta qualcuno avrebbe mai pensato che la diagnosi di diabete possa essere fatta solo da un diabetologo di un centro pubblico o accreditato. In altre parti d'Europa la terapia per questa patologia è prescritta da infermieri e da farmacisti con *special interest*. La Mdf italiana continua a essere umiliata ed espropriata di compiti e funzioni, non può “diagnosticare” patologie frequenti, per esempio l'ipotiroidismo, compito delegato allo specialista, il solo che lo può fare ai fini della esenzione dalla spesa sanitaria. Non può prescrivere farmaci di utilizzo comune (per esempio: una pomata cortisonica) perché è necessario un piano terapeutico rilasciato da uno specialista. A questa disciplina, invece, sono attribuiti immani oneri burocratici, tanto che per stampare una ricetta vi è bisogno di un software sofisticato, al punto che per le note e per le esenzioni la Regione Veneto ha dovuto stampare un apposito “libro bianco”. L'impoverimento e lo svilimento di quella che in tutti gli altri Paesi d'Europa è una specialità tra le più prestigiose sta minando alla base l'efficacia del nostro Ssn; non vi può essere infatti nessun sistema di erogazione delle cure efficace senza un'efficace medicina di famiglia. Un atto di natura economica come questa delibera incide profondamente sulla professione, sui professionisti e sui cittadini.

2. In Italia non sono accreditati i professionisti, ma le strutture. Un medico abilitato dallo Stato le cui specialità sono certificate da diplomi universitari, di fatto non può esercitare le sue abilità se non in strutture accreditate. In tutto il resto del mondo avviene il contrario: è il medico accreditato che permette alla struttura di esercitare quella disciplina. Un medico di famiglia convenzionato con il Ssn, anche se specialista non può esercitare completamente la sua professione, anche se in possesso di tutti i requisiti di legge, ma deve delegare. Questo comporta demotivazione, frustrazione, dispendio di risorse umane ed economiche oltre a disagio per i pazienti e mostra una miopia dei programmatori che sprecano quanto vi è di più prezioso in qualsiasi organizzazione: conoscenza ed entusiasmo.

3. Per una malattia come il diabete, il cui compenso dipende da molteplici fattori e la cui instabilità è nota a tutti i medici, è impensabile definire un programma di cura. Il paziente diabetico va monitorato e continuamente va corretta la terapia. Il compenso metabolico è legato alla dieta, all'attività fisica, ad altre terapie, a malattie intercorrenti. Non vi può essere un programma di cura stabilito, ma vi possono essere schemi costantemente modificabili. Questo non può essere fatto da un centro specialistico che deve essere sempre di secondo livello, di consulenza per i casi più complicati e facilitatore per accertamenti diagnostici che richiedano attrezzature sofisticate. E se il medico di famiglia è in grado di farsi carico di correzioni terapeutiche tra un con-

trollo specialistico e l'altro perché non dovrebbe essere in grado di gestirsi la terapia in ogni caso? Perché il medico di famiglia italiano non può fare quello che fanno i suoi colleghi in ogni altra parte del mondo?

■ Un problema di qualità

Dobbiamo coraggiosamente ammettere che tutto questo può avvenire anche perché esiste un problema di qualità nelle cure primarie. Il livello delle prestazioni fornite dai MdF italiani non è omogeneo. Il problema non si risolve però frustrando un'intera categoria né distruggendo una disciplina, ma premiando chi si prende in carico le patologie e ne è responsabile e fornendo formazione professionale mirata a chi ne ha bisogno. Una soluzione a ciò ci sarà una volta per tutte quando la MdF, che è una specialità, diventerà disciplina accademica con un programma di insegnamento definito sia nel pre che nel post-laurea; ciò comporterà una definizione dei campi di azione, del dominio nella ricerca e una collocazione chiara nel sistema di erogazione delle cure. L'Italia è ormai l'unico Paese tra quelli sviluppati in cui questo non avviene.

Un sistema sanitario evoluto si deve centrare sulla persona, deve creare meno disagi ai pazienti, deve essere equo e fornire i suoi servizi il più vicino possibile a chi ne ha bisogno. Questo si può fare solo con la MdF che va potenziata e a cui vanno attribuiti funzioni e compiti per cui non siano necessarie particolari strumentazioni diagnostiche e terapeutiche. Inviare un paziente al centro antidiabetico invece che dal suo medico gli complica la vita (soprattutto se anziano) e disgrega la cura, aumenta il numero dei curanti con tutto quello che ne consegue: politerapia, aumento delle consulenze specialistiche, aumento dei rischi legati al sommarsi delle cure, aumento della prescrizione di accertamenti diagnostici, diminuzione e frammentazione delle responsabilità dei pro-

fessionisti. La cura si deve sempre fare al livello più basso possibile applicando il principio di sussidiarietà, valutando costo-efficacia ed equità. L'induzione della domanda specialistica comporta una serie di conseguenze. La prima e la più importante è lo svilimento delle specialità; in Italia si confondono le specialità con la divisione di compiti e si utilizzano gli specialisti per le cure primarie. Ciò porta a un sottoutilizzo delle conoscenze, a un'attività routinaria e a un allontanamento dalla ricerca e dall'eccellenza. La seconda conseguenza è l'implemento esponenziale della richiesta con l'inevitabile incapacità di soddisfarla e il successivo degrado del sistema sanitario.

■ Conseguenze negative

La decisione della Regione Veneto a mio avviso è gravissima, allontanerà ancor di più i giovani medici

da questa professione. Perché un giovane dovrebbe scegliere una disciplina con tante limitazioni? Con che faccia, noi che insegniamo questa specialità, possiamo invitare gli studenti a fare una scelta vocazionale verso una disciplina che non gli permetterà nemmeno di curare una frequentissima malattia metabolica? Quanto fallimentari sono le nostre università se sfornano medici che non sanno diagnosticare e curare un diabete? La delibera veneta è percepita dai MdF preparati come un'ingiustizia esercitata nei loro confronti e come una limitazione grave alla libertà professionale (essenziale per lo sviluppo). Lede profondamente la libertà di cura, è irrazionale dal punto di vista economico e allontana la Regione dal resto d'Europa. È un'ingiustizia, ma come dice Amartya Sen (Nobel per l'Economia 1998), sarebbe correggibile applicando un minimo di razionalità.