

Il gap tra teoria e pratica in medicina generale

Gianluca Bruttomesso

Lo sviluppo culturale della professione medica è avvenuto principalmente nell'emulazione di approcci simil-specialistici, centrati sulle patologie e sulla definizione nosografica del malato. In questo contesto, la medicina generale ha migliorato molto la capacità di utilizzare le conoscenze scientifiche e di leggerle criticamente, ma non ha prodotto molti riferimenti fondati sulla sua esperienza originale ed è qui che risiede la sua attuale "debolezza"

Il gap tra teoria (conoscenza, evidence based medicine, linee guida) e pratica medica, secondo **Massimo Tombesi**, membro del consiglio direttivo Csermeg, ha prodotto nella medicina generale una sensazione di "caduta" poiché le performance non sono mai quelle attese, o che si pensa siano dovute, e la gestione delle patologie non è mai sistematica, come imporrebbero le linee guida. Anzi, il tentativo di adeguarsi, che si rivela poco fruttuoso, perché i divari persistono, a volte rende difficile il rapporto medico-paziente. Ed è proprio su questi concetti che si è incentrato il 21° convegno Csermeg di Costermano (Vr) "Presenza in carico dei pazienti o linee guida sulle patologie?".

I modelli professionali e la formazione sono, insomma, troppo incentrati sulle patologie, i percorsi, le linee guida, e non solo in Italia. Lo dimostrano alcuni esempi esaminati dalla società scientifica: un'indagine condotta dalla Durham University (Usa), e pubblicata sugli *Annals of Family Medicine* (2005; 3: 209-214), ha scoperto che per applicare le linee guida a 80 comuni patologie croniche su 2.500 pazienti ci sono volute in un anno 828 ore di lavoro, 3,5 al giorno. Perciò, alcuni malati non le hanno sicuramente potute ricevere.

O ancora: l'emoglobina glicata in Italia, secondo lo Csermeg, è divenuto l'indicatore principale di adeguatezza nel trattamento di pazienti affetti da diabete, ma la sua riduzione, di fatto, ha meno impor-

tanza col crescere dell'età.

"Si possono fare un sacco di soldi con la gente sana che crede di essere malata", scriveva qualche anno fa il *British Medical Journal* (2002; 324: 886-891). "Gli interessi commerciali sottostanti al *disease mongering* - aggiunge Tombesi - sono sinergici alla medicina difensiva, e la promuovono. Entrambi sono alla base dello stesso fenomeno di medicalizzazione di massa". Ma qual è il risultato? Innanzitutto che il Mmg, se rimane orientato alle persone e non alle direttive, rischia di proporre un "prodotto" che non va più di moda. In secondo luogo, aumentando le categorie nosografiche, crescono anche quelle che Tombesi definisce le "non malattie": iperattività, sindrome delle gambe senza riposo, dipendenza da internet sono solo alcuni esempi. Non solo: quelle che sarebbero semplici condizioni di rischio vengono concettualizzate e curate come patologie: tra queste c'è l'ipertensione, l'osteoporosi, addirittura il fumo.

■ Epidemiologia dei bisogni

Quanti trattamenti e monitoraggi sono davvero necessari per un malato? "Non vi sono indicatori di qualità - commenta Tombesi - coerenti con le specificità assistenziali della medicina generale. Vi sono infatti pazienti che, pur presentando la medesima condizione, necessitano di interventi diversi o non ne hanno affatto bisogno".

La soluzione, accanto alla gestione

clinica, sta nel lavorare sui bisogni - oggettivi e soggettivi - ovvero nella "presa in carico" del paziente. In questo riacquista notevole importanza l'"autodefinizione", o la descrizione dei bisogni derivati da condizioni sociali, mentali, psicologiche, di orientamento e supporto, che influiscono sempre sulla gestione clinica, e di cui, perciò, bisogna tenere conto.

Tre studi di altrettanti Mmg operanti in territori differenti hanno dimostrato l'importanza dell'analisi dei bisogni, che a volte possono risultare maggiormente utili, rispetto ai dati clinici, per procedere alla determinazione della cura.

Marina Bosisio, Mmg di Monza, ha coordinato una ricerca su 18 casi di pazienti con diabete mellito, a cui hanno partecipato tre medici di famiglia. Sono stati arruolati pazienti anziani, con età media 67 anni, di cui sono state descritte tutte le terapie effettuate, eventuali complicanze, comorbidità, ma è venuto alla luce che i fattori che ne hanno determinato la presa in carico sono stati i cosiddetti fattori extraclinici: l'incapacità del paziente di comunicare, la sua scelta di affidarsi solo al Mmg, la comorbidità psichiatrica o neoplastica, la gestione della famiglia, il fatto che il malato sottostimi rischi e malattia. "In MG - dichiara Bosisio - la presa in carico è determinata da bisogni clinici ed extraclinici: il passaggio dal curare al prendersi cura comporta la conoscenza di entrambi". Se gli indicatori di esito legati alla malattia sono esplicativi solo

di una parte delle esigenze di un paziente, secondo Bosisio occorre pensare a nuovi strumenti che siano adeguati alla complessità delle situazioni: "l'ambulatorio orientato" potrebbe rappresentare una soluzione. **Lino Gambarelli**, membro del consiglio direttivo Csermeg, ha invece osservato, a Reggio Emilia, un campione casuale di assistiti ambulatoriali e domiciliari per una settimana. Su 1.300 pazienti, 82 sono stati presi in carico con piani di assistenza individuali: di essi 40 presentavano la patologia come principale bisogno, ma 32 avevano innanzitutto problemi sociali, tre difficoltà economiche, sette problemi culturali. Secondo Gambarelli, solitudine, paura di non farcela, fragilità e necessità di essere aiutati dalla famiglia, dal sociale o altro, costituiscono i bisogni di presa in carico più frequenti.

Guido Danti, vicepresidente di Csermeg, infine, ha ripreso i dati di una ricerca condotta nel 1999 sull'agire clinico di alcuni Mmg in una Asl del Piemonte su pazienti con problemi cronici. Alla domanda: "Un buon Mmg si limita a diagnosticare e curare le eventuali malattie organiche che il/la paziente presenta?" Aveva risposto affermativamente

il 27% dei 101 pz intervistati. Al secondo quesito, "Un buon Mmg dovrebbe aiutare le persone che glielo chiedono a individuare e a comprendere i loro possibili problemi di salute organica e/o psichica e ad affrontarli nel modo per loro più adeguato così da aiutarli a vivere al proprio meglio?" Aveva risposto affermativamente il 96%. Inoltre, su 650 pazienti che presentavano patologie croniche (in primo luogo, nel 26% dei casi, rischio cardiovascolare elevato), i bisogni di presa in carico riguardavano al 60% fattori come il controllo dei sintomi o il monitoraggio della salute. Per seguire soltanto la metà di quest'utenza sarebbero occorsi 310 giorni di lavoro al ritmo di 10 ore lavorative quotidiane.

■ Cure territoriali: i modelli

"L'oggetto della medicina è la sofferenza e il metodo è la globale presa in carico dei malati nel loro contesto di vita e con continuità assistenziale" è l'attuale "slogan" di Csermeg, secondo il quale l'efficacia clinica dipende anche dall'incontro tra accessibilità al Ssn e gradimento dell'assistito nel territorio. Ma verso quali direttrici andare? Servizio *on demand* sul singolo paziente o proat-

tivo verso la popolazione? Secondo **Sergio Bernabé**, membro del consiglio direttivo della società scientifica, le cure primarie appropriate devono rispondere a quattro direttrici: accessibilità (ovvero disponibilità del servizio, senza barriere, conoscenza, fiducia, uso appropriato del tempo), completezza (intesa come capacità di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione, *clinical governance* e integrazione inter-istituzionale; coordinazione (essere in grado di interoperare con i livelli esterni formalmente integrati o non) e continuità (a sua volta definita secondo un criterio di longitudinalità - fonte di cura regolare per luogo e professionista - e unitarietà - ricomposizione unitaria degli interventi multi-professionali necessari per la gestione di un episodio).

Per **Giorgio Visentin**, membro del consiglio direttivo Csermeg, uno dei principali problemi italiani relativi al funzionamento delle cure territoriali, ovvero l'armonizzazione fra medicina generale e specialistica, in realtà è un nodo da sciogliere anche in Europa.

Proprio di questo si discuterà a Pisa nella 3ª conferenza "The Future of Primary Health Care in Europe".