

I nuovi scenari di gestione delle cronicità

Luciano Camerra

Medico di medicina generale
Limbiate (MB)

La cura delle cronicità prende nuove vie e si allontana dai Mmg. Il paziente cronico si relazionerà sempre più con strutture diverse nelle differenti realtà locali a seconda della disponibilità dei vari attori a fornire prestazioni al ribasso, a fronte di un sistema di remunerazione che non tiene conto del caso singolo, ma del protocollo o del percorso di spesa globale per quella patologia

Notizie come: *“Sanità: stipendio tagliato a medici se cure sono improprie, lo ha deciso la Lombardia, introdotto Drg per malati cronici (CReG)”* (fonte *Ansa Salute*) - sono ormai all'ordine del giorno per noi Mmg. Non è dato sapere cosa stia passando per la mente di alcuni decisori e dove vogliano condurre la sanità di un Paese che, nonostante loro, in termini di qualità della professionalità dei propri operatori è tuttora seconda soltanto alla Francia. Non è dato sapere neppure per quale motivo i medici continuino a non esternare alcuna forma di resistenza a una volontà che rischia, a breve, di mettere in seria crisi il sistema sanitario. Il direttore generale alla sanità della Regione Lombardia, per esempio, non perde occasione per sparare a zero sui medici, ritenuti unici responsabili delle difficoltà economiche di un apparato politico che non sa dire no ai propri elettori, per paura di perdere poltrone e privilegi. In occasione di un convegno, a cui ho partecipato, organizzato dalla Fimmg a Milano, sul tema dei CReG, davanti ad una platea di Mmg, il direttore ha bonariamente affermato che *“tanto queste innovazioni procederanno indipendentemente dal volere dei medici”*. In sala erano presenti noti esponenti sindacali che siedono ai tavoli regionali con lo stesso direttore, ma nessuno ha proferito parola in difesa del diritto di essere considerati qualcosa più di un parassita fastidioso. In base a quanto riportato nel documento finale relativo ai CReG *“il medico dovrà seguire il paziente come si deve, sia nel correggere gli stili di vita, sia nella prescrizione*

ne delle cure e nei controlli periodici del suo stato di salute”. È un po' come dire che un meccanico non deve riparare l'auto di un cliente che ha rotto il motore perché ha superato il limite di velocità. *“Il ricovero dovrà essere prescritto solo quando necessario, e non come ‘scorciatoia’ per evitare o velocizzare il resto del percorso di cura”*. È ancora palesemente visibile ai nostri occhi il lavoro effettuato dal Gruppo dei Medici di IoCiSto e presentato al Convegno Aimef di febbraio 2011, che ha inequivocabilmente dimostrato che il paziente stabilisce in prima persona quando andare in Pronto soccorso e che farebbe carte false per indurre anche il medico più scrupoloso a ricoverarlo. In realtà un sistema semplice per il controllo della spesa relativa ai ricoveri dei pazienti cronici ci sarebbe e cioè che gli accessi all'ospedale non avallati dal Mmg siano a totale carico del paziente. In realtà sappiamo bene che, per motivi elettorali, in Italia provvedimenti simili non si prenderanno mai. Se non si toccano le tasche dei cittadini, la spesa crescerà sempre e allora, per far quadrare i conti, piuttosto che toccare quelle preziose tasche si tocchino quelle dei medici incolpevoli. Oltre 10 anni fa Richard Smith precisava in un numero del *British Medical Journal*: *“impariamo, insieme ai pazienti, a pensare in termini di ‘limiti’ con un significato non riduttivo ma propositivo. Riconosciamo e comunichiamo il concetto che la medicina non è onnipotente, che ha dei suoi rischi intrinseci, e soprattutto non ha alcuna capacità di risolvere quei problemi che sono falsamente presentati come ‘medici’ ma che invece sono sociali o comunque antropologici”*.

La spesa sanitaria

Il problema dell'esplosione della spesa sanitaria, che non riguarda soltanto l'Italia, ma che comunque è affrontata in modo completamente diverso altrove, è che, giustamente, le richieste di salute sono aumentate e aumenteranno sempre più. Se alcuni tra noi ritengono che gli strumenti di prevenzione siano ormai un aspetto determinante del nostro operare, devono anche sapere che hanno un costo che dovrebbe essere a priori quantificato e dei cui percorsi dovrebbe essere valutata la sostenibilità. Parole come *empowerment* ed *enhancement*, giusto perché l'inglese fa più “in”, che descrivono come la medicina da tempo si stia orientando non più solo ai malati ma anche ai sani, devono trovare in una seria politica di orientamento e governo della domanda/offerta di salute la loro giusta collocazione, dalla cui consapevole e competente disamina dipende poi la loro applicabilità nella pratica quotidiana. Quanti percorsi di screening inutili, quanti progetti Asl “a termine” farraginosi, quanti servizi *ad hoc* realizzati in ambito ospedaliero e sul territorio ridicoli abbiamo purtroppo dovuto vedere realizzati senza che i Mmg potessero minimamente intervenire anche solo in termini di verifica quotidiana della loro efficacia? Quanti tra i nostri rappresentanti sindacali si sono fatti portabandiera, e continuano a proporsi tuttora, di progetti che non solo inficiano la professione medica in termini di tempo dedicato, ma ci espongono al rischio di vederci

considerati prima o poi soggetti inutili di questa sanità? Ad uno di questi, cui mi sono rivolto recentemente per fargli presente il malcontento dilagante di molti conoscenti e amici medici, alcuni dei quali in odore di abbandono anticipato della professione, non è rimasto che rispondere “noi non siamo mica scienziati”, a fronte di rivendicazioni più cliniche rispetto alle incombenze burocratiche in sede di tavolo aziendale. Scienziati? La Medicina non è forse una scienza? Non si studia forse più di chiunque altro per acquisire competenze che ti danno la possibilità di operare professionalmente su un tuo simile? O è forse più importante e difficile imparare a compilare moduli per la richiesta dei pannoloni, disquisire di *empowerment*, di *time management*, di *data warehouse* e altre amenità? In realtà “governare la domanda” significa spiegare alla

gente che la maggior parte delle malattie si può curare, ma non guarire, che molti trattamenti ottengono benefici marginali e che alcune sofisticate e costose procedure diagnostiche non aggiungono nulla ad una diagnosi già posta, che gli *screening* diagnostici non risolvono il problema del rischio, ma lo trasferiscono su un piano culturale non accessibile a tutti, che la cura non si riduce soltanto al trattamento tecnico (*to treat*), ma deve necessariamente estendersi al prendersi cura (*to care*). Questo, stranamente, è stato fino a poco tempo fa l'aspetto discriminante della professione del Mmg: il prendersi cura del paziente, sotto tutti gli aspetti, è sempre stato considerato dal cittadino stesso un aspetto peculiare del lavoro del medico di famiglia, di volta in volta considerato medico della persona o medico curante proprio per la sua speci-

fica capacità di relazionarsi con un suo simile e non con un caso clinico o una malattia. Orbene, oggi, per volontà di noi tutti, ciò non sarà più possibile, almeno per il paziente affetto da malattia cronica: a breve si relazionerà con strutture diverse nelle diverse realtà locali a seconda della disponibilità dei vari attori a fornire prestazioni al ribasso, a fronte di un sistema di remunerazione che non tiene conto del caso singolo, ma del protocollo o del percorso di spesa globale per quella patologia. Qualche Mmg sta già annaspando per organizzarsi, nelle Asl scelte per la sperimentazione, affinché non si perda l'ennesimo treno in corsa della burocrazia imperante. Verrebbe voglia di gridare: prego accomodatevi, noi siamo medici che preferiscono curare le persone. Ma ho la vaga sensazione che, anche questa volta, non sarà così.