

MIGLIORARE LE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Giuseppe Maso

Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine

SIICP Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie

1. Il contesto.

In Europa esistono fondamentalmente due modelli organizzativi per l'erogazione delle cure: il modello Bismarck e il modello Beveridge. Il primo, che porta il nome del famoso cancelliere tedesco, nasce intorno al 1880 come assicurazione sociale e si finanzia con una tassa sui salari pagata dai lavoratori e dagli imprenditori. Con questo sistema vengono coperti dall'assicurazione tutti i lavoratori e i loro familiari (esistono schemi per proteggere chi non lavora) con il vantaggio che esiste una reale responsabilità degli imprenditori per il welfare dei lavoratori. È adottato in Francia, Germania, Austria, Belgio, Lussemburgo, Olanda, Estonia, Repubblica Ceca, Lituania, Slovenia, Ungheria. In questi paesi la medicina generale è generalmente ben sviluppata, accademica e compete con le altre discipline.

Il modello Beveridge, porta il nome di un ministro di Churchill, nasce nel secondo dopoguerra in Inghilterra come Sistema Sanitario Nazionale e si basa sui principi di uniformità, universalità e unità. È finanziato dallo stato e il vantaggio di questo sistema è che tutti sono trattati allo stesso modo. È adottato in Danimarca, Irlanda, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Italia, Malta, Polonia, Slovacchia, Cipro. Nella maggior parte di questi paesi la medicina generale è ben sviluppata e riconosciuta, esiste un contratto complesso tra chi paga e i medici, lo Stato è il pagatore principale, la professione è regolamentata attraverso norme di accreditamento, formazione continua e presenza accademica (tranne che in Italia). Il modello Beveridge, in alcuni paesi, nel corso degli anni ha mostrato diverse criticità come una burocrazia elefantica, un costo crescente per il personale amministrativo, un abuso delle risorse, un costante aumento delle prestazioni indotte, un aumento della conflittualità con i pazienti e un peggioramento dei risultati sulla salute e sulla sopravvivenza. In Gran Bretagna, in particolare, la crisi è talmente evidente che è già stato pubblicato un progetto di legge che diventerà operativo nel 2013 che cambierà totalmente l'organizzazione delle cure quasi come a decretare la fine del Sistema Sanitario Nazionale nato nel 1948.

In diversi paesi dell'est Europa è ancora predominante il modello Semashko (pianificatore sovietico), basato essenzialmente sui policlinici. Questi in realtà nascono in Germania e in Francia nel 19° secolo ma divengono pietra angolare dei sistemi sanitari dei paesi socialisti; iniziano negli anni venti del secolo scorso in Unione Sovietica con il bisogno di gestire i medici indipendenti. A questi poliambulatori si rivolge la gente per problemi sanitari, sociali, prevenzione, pianificazione familiare ecc. (Anche a Cuba, su questo modello, nel 1964 vengono istituiti i policlinici, uno ogni 25-30.000 abitanti). In questo sistema i medici generalisti non hanno riconoscimento disciplinare, sono poco pagati e poco stimati. Nel Regno Unito, sistema Beveridge, da qualche anno sono stati reintrodotti i Policlinici.

La maggior parte dei paesi dell'Est entrati in Europa ha scelto il sistema Bismarckiano.

È interessante tenere presente comunque i modelli professionali/ organizzativi adottati nei vari paesi europei, essi incidono notevolmente sul livello di riconoscimento dei professionisti, sulla libertà professionale e sui risultati: sono essenzialmente di tre tipi:

- Gerarchico-normativo: il sistema delle cure primarie è regolato dallo Stato (Spagna/Catalogna, Finlandia, Svezia, Italia).
- Gerarchico-professionale: le cure primarie sono la pietra angolare del sistema e gode di autorità professionale e di alto profilo (Paesi Bassi, Regno Unito).
- Non-gerarchico professionale: organizzazione delle cure lasciata all'iniziativa dei professionisti del settore sanitario (Germania).

In Europa il numero di medici di famiglia per 1000 abitanti varia dal 0.6 dell'Irlanda al 2.1 del Belgio; l'Italia ha

0.9 medici di medicina generale ogni 1000 abitanti, rapporto che negli anni non ha subito alcuna variazione, è praticamente costante da decenni. In tutta Europa non vi sono state nell'ultima decade variazioni significative nelle risorse finanziarie allocate per le cure primarie. Non vi è alcuna correlazione tra il sistema di accesso alle cure secondarie (referral system) e la densità dei medici generalisti e questa non è affatto influenzata dal fatto che essi siano o meno dei gate-keeper (controllori dell'accesso al secondo livello, passaggio obbligatorio per accedere ad esami o visite specialistiche). Ovviamente i medici gate-keeper sono maggiormente coinvolti nel primo contatto con il paziente ed è dimostrato che essi affrontano di più i problemi pediatrici e ginecologici. In questo caso l'Italia fa eccezione perché il nostro SSN prevede la figura del "pediatra di libera scelta" (figura inesistente negli altri paesi) e perché la maggior parte dei medici di famiglia italiani ha purtroppo delegato praticamente tutti i problemi ginecologici allo specialista. Una delle caratteristiche fondamentali della medicina generale è la comprensività, cioè la capacità di farsi carico della maggior parte dei problemi del paziente fornendo un'ampia gamma di prestazioni. La comprensività, valutata considerando un certo numero di attività (prima decisione di trattamento, procedure tecniche compresa la piccola chirurgia, esecuzione di Pap test, educazione su fumo alcol e dieta, pianificazione familiare ecc.), risulta essere sicuramente più elevata nei paesi dell'Europa nord occidentale mentre in alcuni paesi con medici gate-keeper (Italia e Spagna), contrariamente a quando dovrebbe, è la più bassa; in questi paesi, infatti, i medici forniscono in assoluto minori prestazioni. Se viene valutata l'attrezzatura degli ambulatori (emoglobinometro, glucometro, misuratore di colesterolo, oftalmoscopio, gastroscopio, ecografo, audiometro, peakflowmeter, elettrocardiografo, set per chirurgia ambulatoriale, defibrillatore) ancora una volta, contrariamente a quando si dovrebbe, in paesi (Italia e Portogallo) in cui i medici hanno funzione di gate-keeper questi non hanno un'attrezzatura minima sufficiente per rispondere ai problemi più frequenti. In Finlandia, Islanda, Lituania, Olanda e Svezia il 90% dei medici di famiglia dispone di raggi X e della maggior parte delle attrezzature. In Olanda, per esempio, i medici di famiglia si fanno carico del 96-97% di tutti i problemi di salute delegando il restante 3-4% ad altri specialisti. I paesi in cui i medici non possono fare raggi X ma hanno un grado elevato di attrezzature sono Austria, Danimarca, Germania, Norvegia e Svizzera. Sempre nei paesi in cui hanno funzione di gate-keeper (Italia compresa) i medici sono meno soddisfatti e pensano che buona parte del loro lavoro non abbia senso, comunque il 70% dei medici europei si lamenta per il carico burocratico eccessivo.

Nei paesi con referral o gate-keeping system i medici danno un servizio più comprensivo (non in Italia) ma lavorano meno ore; nei paesi in cui sono liberi professionisti pagati per prestazioni lavorano molte più ore e sono più coinvolti nel trattamento e nel follow up delle malattie. I medici salariati sono quelli che, in Europa, forniscono meno servizi.

Riassumendo la situazione italiana:

- Sistema Sanitario Nazionale tipo Beveridge.
- Sistema gerarchico-normativo
- Medico di famiglia gate-keeper.
- La medicina di famiglia non è disciplina accademica.
- Compenso dei medici di famiglia costituito da una quota capitaria, da una quota variabile in funzione del raggiungimento degli obiettivi e da una quota variabile in funzione delle prestazioni.
- Medicina di famiglia a bassa comprensività e con scarsa attrezzatura

2. Epidemiologia e organizzazione.

In Italia, così come negli altri Paesi industrializzati, l'organizzazione sanitaria sembra non tenere in sufficiente considerazione l'evoluzione della demografia e dell'epidemiologia. L'invecchiamento della popolazione e le malattie croniche richiedono una riconfigurazione del sistema di erogazione delle cure ancora orientato al trattamento in acuto e non sufficientemente attrezzato per affrontare le condizioni cliniche multi patologiche. I dati epidemiologici mettono in discussione il modello indirizzato ad una singola malattia che viene adottato

dalla maggior parte dei sistemi sanitari, così come mettono profondamente in discussione la moltiplicazione delle specialità mediche e la formazione universitaria “disease oriented” anziché “patient oriented” dei futuri dottori.

3. Scenari futuri.

Il prossimo futuro già comincia a delinarsi presagendo scenari in cui l'attuale modo di gestire la domanda di salute sarà completamente stravolto. Secondo Bain&Company (Società di consulenza www.bain.it) dati gli elevati livelli di debito pubblico con cui sono alle prese i paesi occidentali non sarà più possibile finanziare nel modo cui si è fatto finora le strutture e il sistema attuale di erogazione dei servizi sanitari, mentre la domanda di servizi sanitari continuerà a crescere. Vi è dunque necessità ed urgenza di ridurre i costi della sanità e l'aumento dei bisogni. Si andrà verso la gestione integrata dell'assistenza sanitaria, una maggiore trasparenza e una maggiore competitività.

I trend analizzati dalla ricerca di Bain&Company sono:

- a. Consumerizzazione. Pazienti informati attraverso il web desiderano capire la qualità dei servizi che stanno pagando (anche indirettamente), questo aumenterà la competizione fra fornitori di servizi sanitari.
- b. Digital health. La possibilità di comunicare e ricevere dati relativi allo stato di salute e alle terapie “cambierà il modo con cui medici e ospedali operano, così come la possibilità di consultare online i contenuti, razionalizzati e organizzati, di studi, pareri, protocolli e modalità di rimborso avrà un forte impatto sulle terapie che verranno utilizzate”.
- c. Trasparenza. I pazienti sceglieranno le strutture e i professionisti dove curarsi in base ai risultati ottenuti sulle patologie. Cambierà la gestione delle strutture e la professionalità dei medici che dovranno confrontarsi con il mercato.
- d. Gestione integrata. La ricerca di efficienza porterà alla creazione di network integrati, di strutture e di professionisti, basati su schemi di compensazione in base ai risultati. Il medico di famiglia avrà un ruolo centrale in questi network mentre gli ospedali saranno sempre meno specializzati.

Ma ci sono altri scenari da prendere in considerazione:

- e. La genetica. Lo sviluppo delle conoscenze genetiche e il basso costo delle procedure diagnostiche porteranno ad un cambiamento della pratica medica con importanti coinvolgimenti professionali ed etici.
- f. Le neuroscienze. La conoscenza del funzionamento dei processi che regolano i processi cognitivi cambieranno il comportamento terapeutico con importanti implicazioni di tipo etico.
- g. La robotica. L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche condurrà inevitabilmente verso una robotica avanzata. Una macchina deciderà il comportamento diagnostico e terapeutico in base a linee guida e farà quello che solo un medico può fare. La pluralità dell'offerta, la libera scelta e il controllo dell'evoluzione dei robot da parte dei professionisti assumono quindi un'importanza strategica fondamentale per la sopravvivenza e la libertà delle discipline mediche ma soprattutto per la libertà delle persone che ai medici si affidano.
- h. La scarsità di risorse. Il razionamento diventa inevitabile e il Sistema Sanitario deciderà per questo sui livelli di assistenza, sulle modalità diagnostiche e terapeutiche attraverso un inevitabile razionamento.

3. Livelli di cura e libertà.

Il processo di trasformazione in atto della medicina generale convenzionata italiana è un processo essenzialmente organizzativo e si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative con il fine

di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici. L'obiettivo dichiarato è quello di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, diminuire l'accesso al Pronto Soccorso e diminuire i ricoveri ospedalieri. A detta dei sostenitori di questa trasformazione, essa dovrebbe portare ad una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure ma vi sono molti dubbi al riguardo e questa ipotesi presenta molte criticità. (tab.1) Efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità; sono concetti diversi. Come valutare la qualità in medicina di famiglia? La risposta a questa domanda non è facile ma non è nemmeno impossibile.

La medicina moderna è molto di più di una strategia clinica è un sistema organizzato che ha come fine la promozione, il mantenimento e, quando possibile, la restituzione della salute a comunità e singoli. Essa si compone essenzialmente di tre sottosistemi integrati che sono (fig.1):

- Il sottosistema della modalità d'erogazione delle cure (Sistemi Sanitari).
- Il sottosistema delle conoscenze scientifiche e delle applicazioni tecnologiche.
- Il sottosistema delle scienze umane.

Le evidenze che devono guidare la medicina devono basarsi quindi su quanto di rilevante riguarda questo sistema organizzato ed i suoi sottosistemi. L'efficacia di qualsiasi atto sanitario deriva dall'efficacia della medicina intesa come sistema globale.

Tab.I: punti critici della medicina di famiglia in forma associata non spontanea.

L'aumento della disponibilità oraria porta ad un aumento della domanda incongrua.
L'aumento della domanda porta ad un incremento della diagnostica e delle visite specialistiche.
Possibilità di confusione tra urgenza ed emergenza con grave rischio per il paziente.
Si passa dal medico personale al medico di turno. Perdita del rapporto di fiducia.
Si passa da medico libero professionista a dipendente (o simile) con perdita delle motivazioni professionali ed organizzative.
Si passa da una professione di concorrenza ad un lavoro pianificato.
Si passa dalla distribuzione capillare dell'ambulatorio a sedi uniche spesso scomode per la popolazione più debole.
Il lavoro in forma associata non è una libera scelta del professionista o del cliente ma viene indotto dal sistema politico-organizzativo.
La scelta dei componenti delle forme associate non è fatta su affinità professionali ma su ambiti territoriali.
I dati che il paziente fornisce confidenzialmente al proprio medico vengono forniti ad un sistema.

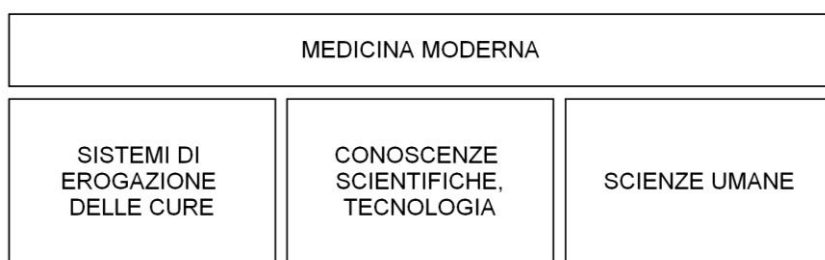


Fig.1. La medicina moderna come sistema globale.

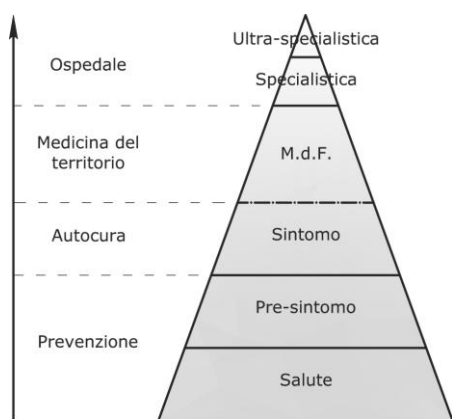


Fig. 2 I livelli di cura

Vagliare la qualità del sottosistema “organizzazione dell'erogazione delle cure” significa definire quale livello di cura (fig.2) si debba fare carico di intervenire nella prevenzione e nella cura di determinati disagi o malattie. In definitiva si deve decidere in base alle evidenze chi si deve fare carico di cosa in medicina. L'efficacia di un livello non può venire confusa con la sua efficienza. L'efficienza di un livello può essere eccellente ma può risultare uno spreco di risorse economiche, intellettuali, tecnologiche ed umane se andiamo a verificare l'impatto reale sulla salute dei singoli e della popolazione. Bisogna ricordare che non sono le necessità delle discipline o della burocrazia che definiscono l'organizzazione ed i livelli d'assistenza ma sono sempre e solo i bisogni dei singoli e della comunità a definire i confini, le funzioni, i compiti e le abilità di ciascuna disciplina sanitaria. Dovrà essere fatta un'analisi delle aspettative di ciascuna disciplina medica, dovranno essere definiti i punti di collaborazione, ottimizzate le risorse, incentivate competenze ed abilità e disincentivata l'assunzione di funzioni e ruoli d'altrui competenza. La frammentazione fra le varie discipline può essere eliminata condividendo i valori di qualità, equità, pertinenza e costo-efficacia. Il concetto di sussidiarietà dovrebbe essere sempre applicato: quando possibile, l'atto medico dovrebbe essere espletato al livello più basso e largo di livello di cura.

Anche il sottosistema delle “conoscenze scientifiche ed applicazioni tecnologiche” dovrebbe essere sottoposto ad un processo di verifica delle evidenze. Le conoscenze scientifiche mediche e la loro applicazione sembrano aver bisogno di una rivisitazione extradisciplinare. Si ha la sensazione che la ricerca medica sia troppo sbilanciata verso la ricerca farmacologia e spesso l'Evidence Based Medicine venga scambiata per Evidence Based Therapy. Constatiamo quotidianamente come la farmacologia, le terapie fisiche o la chirurgia non bastino a loro stesse. Sono necessari un fondamentale rapporto medico-paziente, un metodo clinico complicato ed il considerare ogni essere umano come fatto di mente e di anima oltre che di corpo.

La grande divisione tra cultura scientifica ed umanistica, delineatasi nel XIX secolo e aggravatasi nel XX, provoca gravi conseguenze per l'una e per l'altra e ha impoverito notevolmente il “sottosistema delle scienze umane” essenziale, importantissimo, imprescindibile per la medicina. La cultura scientifica separa i campi della conoscenza, è protagonista di importanti scoperte, formula teorie ma non riflette sul destino umano e sul futuro della scienza stessa. La scienza non pensa più in maniera globale e diviene incapace di riflettere su se stessa e sui problemi umani e sociali che essa stessa pone. È necessaria alla medicina una formidabile iniezione di iter-poli-trans-diciplina-rietà.

I criteri di qualità, equità, pertinenza e costo-efficacia, in ogni caso, vanno tenuti presenti anche per le applicazioni tecnologiche che vanno utilizzate al livello il più possibile vicino alla gente. Le evidenze vanno messe in luce il più possibile anche quando si parla di strumenti e dovrebbe essere implementato al massimo l'autocontrollo e il near patient testing cioè la possibilità di eseguire esami strumentali e di laboratorio in ogni ambulatorio o a casa del paziente. I pazienti sono in grado, se educati, di gestire e monitorare patologie croniche, così come buona parte degli esami di laboratorio possono essere eseguiti da infermieri o medici di famiglia direttamente a domicilio del paziente o nell'ambulatorio.

Un processo di evidence based medicine (EBM) dovrebbe essere applicato all'intero sistema Medicina

Moderna così come dovrebbe essere applicato nella valutazione di ogni livello di cura.

Per applicare un processo EBM alla medicina moderna potremmo utilizzare un modello che analizza i tre sottosistemi che la compongono servendosi delle quattro fasi fondamentali: quesito, ricerca delle prove, valutazione, applicazione. (Tab.II).

Tab.II: modello di analisi EBM per la medicina moderna.

	Quesito	Ricerca delle prove	Valutazione	Applicazione
SSN	Epidemiologia. Chi fa cosa?	Efficacia dei livelli di assistenza. Morbilità e mortalità.	Qualità, equità, pertinenza, costo-efficacia.	Sussidiarietà.
Conoscenze scientifiche e tecnologiche	Quali? Quando e dove vanno applicate?	Interdisciplinarietà. Efficacia.	Qualità, equità, pertinenza, costo-efficacia.	Priorità. Near patient testing.
Scienze umane	Sono presenti?	Interdisciplinarietà. Bisogni delle persone.	Interdisciplinarietà	Team. Approccio bio-psico-sociale.

La medicina di famiglia (MDF) è una disciplina ed al tempo stesso un esempio paradigmatico di inter-poli-trans-disciplinarietà. Essa si serve di un metodo clinico assolutamente originale che le deriva dal fatto che affronta problemi destrutturati e non malattie codificate (Fig.3). I disagi che vengono esplicitati al medico di famiglia sono sempre analizzabili in un'ottica molto ampia e la loro soluzione si ha nella stragrande maggioranza dei casi intervenendo a livello familiare e sociale oltre che individuale.

Il campo di interesse della MDF è estremamente vasto ed è pieno di incertezza clinica. Il 40% di tutti i problemi indifferenziati che vengono posti all'attenzione del medico non evolveranno mai verso una condizione inquadrabile in qualsiasi criterio diagnostico ICPC o ICD-10.

La modalità con cui vengono affrontati questi problemi (spesso sintomi iniziali di patologie definite) e l'incertezza del loro trattamento sono i responsabili veri della qualità delle cure primarie. Più comuni e frequenti sono le malattie meno sono studiate mentre proprio loro sono il pane quotidiano della MDF. Anche i risultati degli studi ottenibili da popolazioni selezionate o eseguiti in centri di secondo e/o terzo livello sono difficilmente trasferibili nella pratica quotidiana.

Eppure la MDF si dimostra, ovunque esista, di insostituibile efficacia tanto che la sua assenza significa praticamente assenza di sistema sanitario. Come dicevamo, l'arte di applicare su vastissima scala, quotidianamente e contemporaneamente, i risultati scientifici e tecnologici delle discipline specialistiche, adattandole ai bisogni di ogni singola persona è probabilmente la più grande conquista della medicina moderna.

Ma se per una buona parte di quello che fa non vi sono evidenze scientifiche significa che questa disciplina ha un valore aggiunto che va al di là della scienza *strictu sensu* e che è proprio su questo valore che fa fatta ricerca e chiarezza. Questa disciplina si esprime con un metodo condiviso tra tutti i professionisti che la esercitano ed applica procedure che derivano dalla esperienza quotidiana. I metodi di valutazione dei risultati pratici di questa esperienza non sono ancora codificati e dovranno diventare materia di studio e di insegnamento. Questa differenza di metodo di valutazione è spesso causa di conflittualità con le sub-specialità.

Più di venti anni di studi, ad ogni modo, hanno dimostrato quanto conti avere la medicina di famiglia per qualsiasi sistema; la gente e i paesi che possono accedere ad essa hanno una serie di comprovati benefici sia in salute sia economici, con comprovate prove di efficienza ed equità. I criteri EBM possono quindi essere introdotti anche per i livelli di cura in modo da raggiungere una maggior soddisfazione dei bisogni delle persone e delle comunità; e per questo può essere preso in considerazione un modello operativo (Tab.III) che potrebbe mettere in evidenza come il valore simbolico e sociale della specialistica o dell'ospedale siano prevalenti rispetto al valore reale.

Tab.III: modello di analisi EBM per i livelli di cura.

	Quesito	Evidenze	Valutazione	Applicazione
SSN	Soddisfa i bisogni di salute di spesa e aspettative?	Epidemiologia, sociologia, economia	Portano a modificazione del sistema?	Ridistribuzione risorse. Cambiamento formazione e organizzazione.
Disciplina, specialità	Aperta? Distribuisce sapere e abilità? Fa ricerca? Soddisfa la richiesta?	Efficacia. Efficacia di altre discipline per gli stessi compiti.	L'esistenza della disciplina è giustificata?	Riorganizzazione della ricerca e della formazione confluente in altre discipline o generazione

				di nuove.
Dottore - Team	Soddisfa i bisogni dei singoli e della comunità?	Efficacia. Soddisfazione dei pazienti.	Performance adeguate?	Riorganizzazione dello studio, acquisizione nuove abilità e tecnologie.
Paziente (autocura)	Si fa carico di prevenzione e autocontrollo?	Educazione sanitaria.	Si possono delegare compiti di autocura?	Assunzione di responsabilità per la propria salute.

Potrebbero emergere infatti posizioni di monopolio su diagnostica, degenze e terapie che mantengono artificiosamente alcune distinzioni di funzioni e compiti.

Il processo di cura di una singola persona dipende quindi dalla efficacia di tutto il sistema ed il processo decisionale di ogni medico si basa sempre di più su risultati di studi controllati. Vanno fatte per questo alcune osservazioni:

- Chi progetta e gestisce studi clinici controllati ha un'enorme potere di orientamento sulla comunità medica.
- Vi è un'espansione incontrollata di informazioni difficilmente gestibili singolarmente, tanto che parti del sapere sono ritornate di natura esoterica (accessibili solo a specialisti).
- Non sempre il sapere ed il gran numero di informazioni coincidono con la conoscenza realmente necessaria e pertinente (capace di collocare informazioni nel contesto e nell'insieme in cui si inscrivono). Vi sono informazioni che non servono ad un'efficace pratica quotidiana della medicina.
- La maggior parte dei dati a disposizione sono in formato elettronico; in realtà lo strumento elettronico diventa un ampliamento del nostro cervello cioè una sorta di intelligenza artificiale. Chi controlla i dati informatizzati condiziona quindi anche la nostra intelligenza.
- Anche l'EBM è una sorta di intelligenza artificiale utilissima anche se, spesso, abbiamo l'impressione che le evidenze che appaiono mostrino solo una parte di realtà.

L'EBM è quindi una strategia molto più complessa di quanto siamo abituati a pensare così come l'atto medico è molto più complesso della somministrazione di un farmaco. Il singolo atto terapeutico è il risultato della organizzazione del sistema delle cure e delle responsabilità di ogni specialità; dipende tanto dalle scelte politiche ed organizzative quanto dalle conoscenze scientifiche. La cura dei singoli e delle comunità è un grande atto di civiltà e sarà più efficace e più efficiente quanto più civile sarà la società intera. Non vi può essere società civile senza scienze umane, né vi può essere Medicina senza la comprensione dell'essere umano nella sua completezza. L'EBM dovrà essere applicata quindi alla Medicina intera e ad ogni singolo livello di cura. La medicina di famiglia dovrà porsi delle domande su se stessa come disciplina e dovrà produrre ulteriori evidenze per posizionarsi correttamente nel sistema sanitario.

Il fatto che in Italia non venga adeguatamente considerata la valutazione di qualità dei vari livelli di cura e il principio di sussidiarietà non venga applicato, bloccando in più modi la libertà professionale della medicina generale, comporta una variazione geometrica importante della piramide dei livelli assistenziali. La piramide viene trasformata in una sorta di caffettiera di cui la medicina generale è il filtro (fig.3). Filtro tra la domanda di salute e chi eroga prestazioni cosiddette specialistiche ma in realtà di primo livello. L'ospedale di fatto ha conquistato il territorio inducendo una domanda impropria. Non esiste praticamente più una visita ambulatoriale ospedaliera per cui non vengano programmati dei controlli a distanza con il risultato di istituzionalizzare così una sorta di autoreferenziale supervisione ospedaliera sull'operato del medico di medicina generale, si crea in questo modo una fonte costante di pazienti e patologie. Se un medico di famiglia prova a interrompere questo meccanismo entra in conflitto con il paziente (ma perché non vuole mandarmi al centro per l'ipertensione?) e subisce una sorta di ostracismo da parte degli specialisti. La necessità dei piani terapeutici e la necessità della visita specialistica per la esenzione dal ticket non fanno altro che incrementare tale meccanismo.

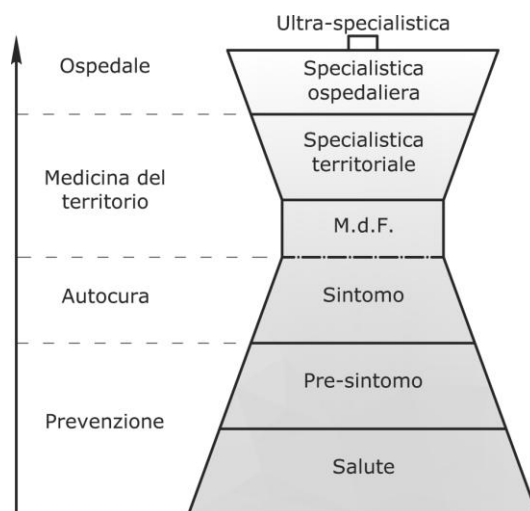


Fig.3 la “caffettiera” italiana dei livelli di cura

Negli ultimi anni è andata viepiù incrementandosi la valutazione di qualità del singolo medico; in particolare vengono presi in considerazione, da parte pubblica, parametri di spesa (prevalentemente farmaceutica), parametri di disponibilità oraria, o parametri di partecipazione a progetti regionali o aziendali (vaccinazioni, compilazione di reports o partecipazione a corsi di formazione). Ma come si può valutare un medico? Chi decide se le prestazioni erogate da un medico di famiglia sono adeguate? Il Sistema Sanitario o i clienti? In Italia rispondere a queste domande è particolarmente difficile perché la medicina di famiglia non è, come abbiamo detto, disciplina accademica. Non ha un corpo dottrinale definito e non ha un programma di insegnamento universitario stabilito. Questo comporta la mancanza di un programma di insegnamento specialistico, riconosciuto e condiviso dalle altre specialità, con l'ovvia mancanza di un chiaro dominio nel sistema della erogazione delle cure. La mancanza di un dominio rende difficile la valutazione: a questa disciplina si può chiedere tutto e nulla. La valutazione da parte pubblica infatti non si basa su un “gold standard” ma su una media; il sanitario viene valutato sulla base del suo più o meno discostarsi dal comportamento medio dei suoi colleghi. Ovviamente questa media può variare molto se viene considerato l'intero territorio nazionale o se viene considerato il contesto europeo o mondiale. La media dei comportamenti diventa il comportamento di riferimento, questo può essere un grave errore. È anche ovvio che la parte pubblica si ponga in una visione complessiva dell'operato di ogni singolo medico con una valutazione che diventa la somma di ogni singolo atto. Questo metodo naturalmente non può percepire la complessità di ogni singola prestazione ed è completamente opposto al sistema di valutazione del paziente che percepisce e valuta la qualità sulla base della capacità di risolvere il suo problema. Lo stesso medico può risultare molto efficace per un paziente ed assolutamente inefficace per un altro. Per gli stessi motivi non è molto corretto valutare gruppi di medici perché all'interno dei gruppi vi può essere una grande variabilità ed in ogni caso ogni medico è responsabile solo del suo operato. Valutare un medico di medicina generale è molto difficile ma la valutazione è importante per migliorare, essa è determinante per la formazione e per l'organizzazione professionale. Bisogna ricordare che il medico di famiglia è lo specialista delle malattie frequenti (che non significa le più semplici) e che esse sono di sua competenza quando non vi sia bisogno di attrezzature diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (fig. 4). È su questo campo che ne va valutata l'efficacia.

Probabilmente il primo parametro da considerare è la delega della cura delle malattie frequenti. Va tenuto presente comunque che il Sistema Sanitario (chi paga e organizza) e il paziente (chi usufruisce e paga) non possono essere gli unici valutatori. La qualità richiede anche una valutazione “inter pares”, solo i membri di una disciplina (questo per tutte le discipline) sono in grado di valutare la qualità intrinseca e il valore professionale di un loro pari. Se così non fosse non esisterebbe più la disciplina stessa. Per la misura della qualità della medicina di famiglia si configura così una triade costituita da: i componenti della disciplina, i clienti ed il Sistema Sanitario.

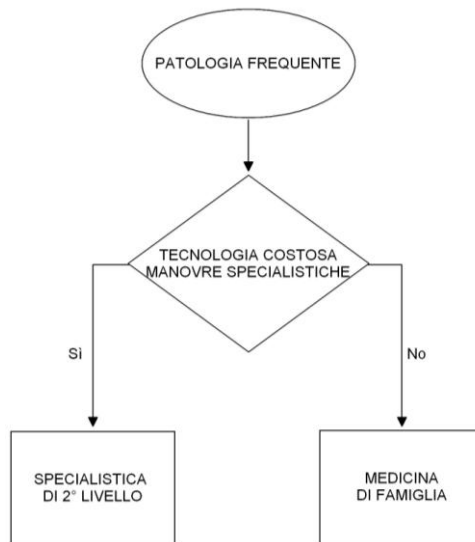


Fig.4. algoritmo della decisione del livello di cura

Il peso dei singoli componenti della triade, tutti essenziali, può essere diverso come diversi sono gli interessi che rappresentano. Ecco perché è assolutamente necessario che il dominio della disciplina sia ben definito. Questo dominio, vero terreno di valutazione, non può che essere frutto di un insegnamento specialistico accademico inserito in un contesto internazionale. E infatti il modello descritto nel diagramma in fig.4 in Italia non viene applicato perché buona parte del flusso delle patologie frequenti che non richiedono per la loro cura particolari tecnologie o manovre specialistiche viene deviato verso la specialistica che diventa così una specialistica di primo livello (fig.5).

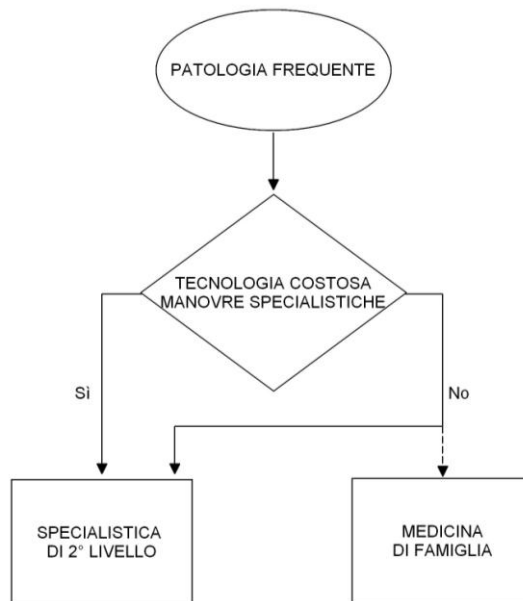


Fig.5 algoritmo con anomala deviazione nei flussi di cura in Italia

È il paradosso della libertà negativa, puoi fare tutto, ma devi conquistare questa libertà costantemente. Questa anomala deviazione avviene in parte per l'eterogeneità della preparazione dei medici di medicina generale ma soprattutto perché indotta dalla specialistica stessa e dai vincoli imposti alla medicina di famiglia (fig.6). Si applica un metodo abdicativo coatto determinato dalla impossibilità di prescrivere farmaci (es. adrenalina iniettabile per un asmatico) o terapie (es. obbligo di ricorrere al fisiatra per le terapie fisiche). Questa deviazione comporta una limitazione della libertà decisionale dei medici curanti, disagio per i pazienti e moltiplicazione della spesa.

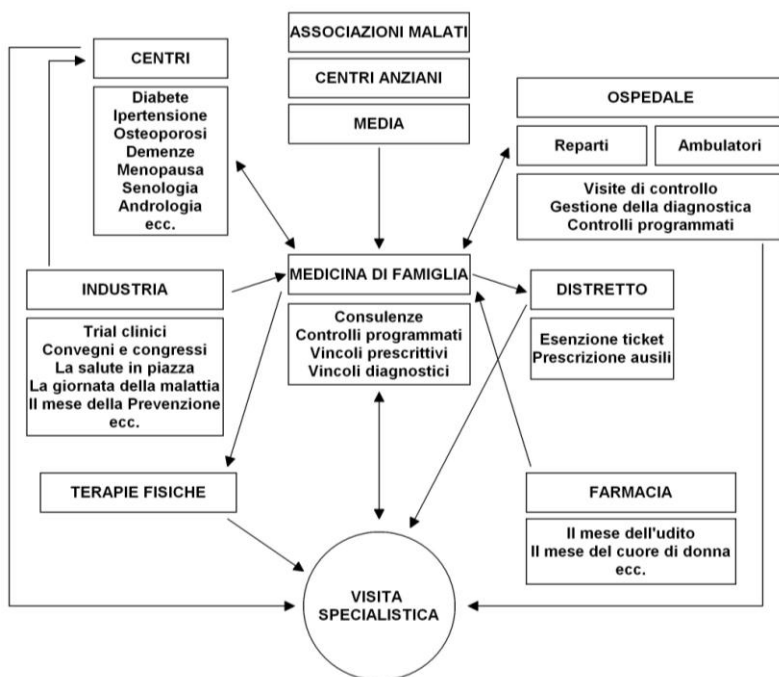


Fig.6 La fabbrica della visita specialistica

Il medico generale è un libero professionista e come tale è trattato fiscalmente e normativamente ma la sua attività è sottoposta ad una infinità di vincoli che ne impediscono di fatto lo sviluppo professionale. In realtà non può acquisire clienti oltre un certo limite (molto basso), non può aprire il suo studio quando desidera (c'è una graduatoria) né dove desidera, ma solo in zone precise predefinite (così dette zone carenti); la struttura in cui opera deve sottostare a determinati parametri che variano da regione a regione, se non da comune a comune, e non può essere “autorizzata”; “se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività sanitarie soggette ad autorizzazione lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le strutture” (art.36/4 accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale). Questo libero professionista non può scegliere liberamente con chi lavorare, ma deve associarsi solo con colleghi convenzionati della stessa zona e praticamente è impossibilitato a trasferirsi (la mobilità in medicina di famiglia in Italia è praticamente assente) a differenza di quanto fanno i suoi colleghi in ogni parte del mondo. Questo medico ha dei limiti prescrittivi che praticamente gli impediscono di farsi carico integralmente della cura di patologie diffuse come il diabete e le malattie cardiovascolari; per prescrivere un antidiabetico di ultima generazione ci vuole il piano terapeutico di un centro specialistico, così come è necessario per prescrivere molti altri farmaci come una pomata cortisonica. Queste stesse medicine nel Regno Unito vengono prescritte dagli infermieri. Per specialista in Italia si intende non il medico in possesso del titolo ma il dipendente della struttura pubblica. Contrariamente a quanto dovrebbe essere, vengono accreditate le strutture e non i professionisti esercitando così, di fatto, uno stretto controllo amministrativo e politico sulla professione. Il medico di famiglia ha numerosissimi limiti certificativi e diagnostici; ai fini della esenzione dalla spesa sanitaria, per esempio, può certificare il diabete e l'ipertensione, ma non gli è concesso di certificare che il suo paziente è ipotiroidico o ha una neoplasia, questo è compito dello specialista a cui il paziente deve essere inviato. E in ogni caso, se decide di inviare un suo paziente ad un collega per un consulto specialistico, può consigliare un determinato presidio solo “a richiesta e senza dar luogo ad indebiti condizionamenti” (Codice di Deontologia Medica, art.27, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatrici). Ipocritamente si sottintende che tutti i medici e tutte le strutture sono uguali senza alcuna distinzione di merito. I limiti professionali della medicina generale italiana sono tali che anche l'industria farmaceutica ne è ben conscia e praticamente esclude questa disciplina dall'informazione per intere categorie di farmaci (ginecologici, dermatologici, psichiatrici ecc.) Ad aggravare ulteriormente la situazione contribuisce anche il continuo variare delle politiche sanitarie e delle norme che di fatto blocca qualsiasi investimento da parte dei medici.

L'ambulatorio è una piccola azienda, ha una sua organizzazione e una sede, ha tecnologia informatica e diagnostica ma come si può pensare al suo sviluppo se il quadro normativo varia praticamente di giorno in giorno? Come si può pensare di investire se vengono considerati dalla parte pubblica “prestazioni di particolare impegno professionale” atti di basso livello infermieristico come mettere una flebo, medicare una ferita o fare un'antitetanica? Qualsiasi professione investe in conoscenza, organizzazione e strumenti se questo comporta un miglioramento nei risultati e nei guadagni. Investire in una professione bloccata e senza concorrenza non è affatto produttivo, anzi.

Come dicevamo ci sono ancora molti gap da colmare ed in particolare: quello esistente tra quanto si conosce di questa disciplina e quello che in realtà essa è; quello che c'è tra quanto la medicina di famiglia fa e quanto invece le sarebbe richiesto e quello che esiste tra quanto viene insegnato e i reali bisogni formativi dei medici generali.

Come colmare questi gap? Quali azioni intraprendere? Possiamo provare a costruire una griglia che ci faciliti nel rispondere a queste domande. (tab.IV)

Come abbiamo detto la medicina di famiglia non è specialità accademica. Solo in qualche Università, molto timidamente, si è inserito un corso pre-laurea. Non esiste alcunché nel post-laurea. La formazione dei medici di medicina generale è demandata a “Scuole Regionali” fuori dall'Università e gestite senza precisi criteri meritocratici. Non esiste specializzazione universitaria in medicina di famiglia né esiste un dottorato di ricerca in questa disciplina. L'Italia è l'unico paese in Europa in questa situazione. Questa situazione da sola giustifica ampiamente sia la non chiara definizione del campo di azione della disciplina, sia la sua scarsissima, praticamente nulla, produzione di ricerca.

Tab.IV: Azioni per colmare i gap.

	Status quo	Ideale	Azioni
Formazione	Scuole regionali.	Accademia.	Fare lobby.
Competenze	Non definite e di fatto limitate.	Chiare, in un campo definito, proprie della disciplina.	Instituire la specialità universitaria di medicina generale.
Organizzazione	Non libera regolata dal sistema.	Libera regolata dalla domanda.	Il cliente sceglie il professionista. GpwsI
Tecnologia	Scarsa o assente.	Presente e diffusa.	Accreditamento del medico e non della struttura.

È assolutamente fondamentale e prioritario intraprendere tutte le azioni (a livello politico, universitario, sindacale, professionale) affinché questa disciplina diventi accademica al più presto. Questo per il bene della professione, del Sistema Sanitario e dei cittadini italiani. Necessita un'azione di lobby nei confronti delle istituzioni. I rischi, ancora una volta, sono legati all'ingerenza dei sindacati e della politica che dovrebbero, trattenendo l'istinto, limitarsi in questo caso ad osservare garantendo soltanto il merito.

Con la medicina di famiglia all'Università sarebbero subito chiare le competenze della disciplina, sarebbero chiari i compiti di chi la pratica e sarebbe anche più facile definire “chi fa cosa” nel sistema della erogazione delle cure. Solo in questo caso potremmo fare un reale confronto con la medicina generale degli altri paesi europei.

L'organizzazione del lavoro dovrebbe essere più libera. Di fatto è talmente pianificata che sembra non esistere possibilità di innovazione in questo campo. Eppure basterebbe una sola azione: introdurre una reale concorrenza. Il cliente dovrebbe essere il vero fulcro del sistema, non ci dovrebbero essere limiti alla sua libertà di scelta. Oggi, il cittadino italiano non può scegliere un medico fuori dalla sua ASL di residenza, non può iscriversi nelle liste di un medico che ha raggiunto il massimale, deve obbligatoriamente far curare i suoi figli da un pediatra e deve essere visto da un geriatra se ha bisogno di una carrozzina. Quando chiede di poter scegliere un medico non gli viene fornita alcuna informazione sulla storia professionale del sanitario; non sa quale è stata la sua età di laurea, non sa se ha delle specialità, se ha un particolare curriculum né se ha particolari interessi. Tutti i medici sono uguali quindi uno deve valere l'altro.

Cosa succederebbe se le Aziende Sanitarie tenessero conto delle specialità e delle performance dei singoli e non

della categoria? Per la Sanità del nostro paese probabilmente sarebbe una vera rivoluzione, ma il merito rimane un tabù.

Una reale concorrenza comporterebbe una spinta all'innovazione, ad impegnarsi in più ambiti, ad acquistare strumenti diagnostici, ad acquisire nuove competenze e a lavorare con altri professionisti. Probabilmente verrebbe stimolata anche da noi la nascita di figure con competenze più alte in differenti campi (GpwSI-general practitioner with special interest) con maggior soddisfazione della gente che ora trova risposte solo ad un secondo livello. Ma una maggior organizzazione e una maggior competenza proteggono da un altro rischio, ancora più imminente e più grave: la ricerca del medico di fiducia, personale, di famiglia, fuori dal Sistema Sanitario Nazionale. Questo sta già avvenendo, si sta correndo il rischio che il medico di medicina generale diventi il punto di riferimento di chi non può pagarsi un medico più competente e più attrezzato. Questa sarebbe una grave sconfitta per il SSN.

E molto probabile (e forse auspicabile) che il modello attuale paziente-medico generale (GP)-specialista (fig.7) venga sostituito dal modello paziente- medico generale o specialista (fig.8).

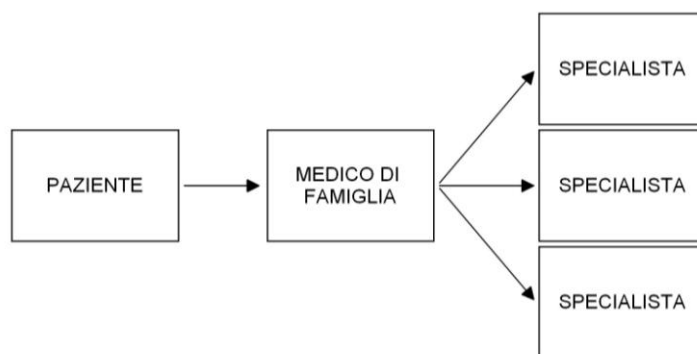


Fig.7 modello attuale.

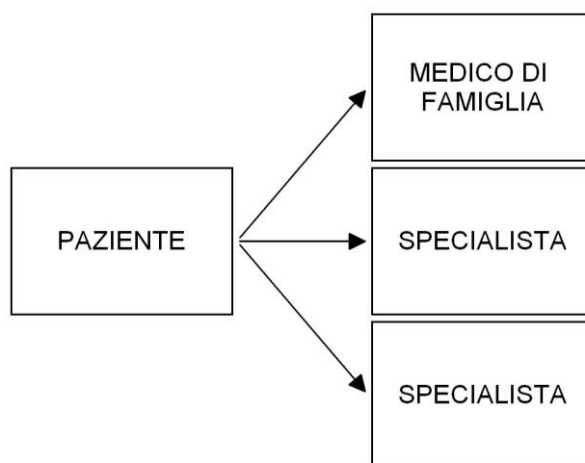


Fig.8 modello auspicabile (?)

Nel secondo modello il medico di famiglia si trova in una posizione paritetica rispetto alla scelta, ma questa parità per essere reale deve soddisfare alcune criteri:

- La medicina di famiglia deve avere coscienza di essere una disciplina originale.
- Il medico di famiglia deve essere percepito dai pazienti di caratura pari allo specialista.
- Il medico di famiglia deve essere percepito dagli specialisti come pari.
- La medicina di famiglia deve essere disciplina accademica.
- La medicina di famiglia deve essere una specialità.
- Le performance della medicina di famiglia devono avere la stessa qualità delle performance della specialistica.
- Il sistema di pagamento deve riconoscere pari valore alle prestazioni indipendentemente da chi vengano fatte.

Questi criteri sono soddisfatti nella maggior parte d'Europa mentre risulta evidente quanto cammino deve ancora fare la nostra disciplina in Italia. Un tale modello prevede un medico di famiglia sicuramente più competitivo di quanto non sia ora, prevede anche un sistema concorrenziale fra specialista e specialista e fra gli stessi medici di famiglia.

Se si prende in considerazione la continuità della cura va ripristinato il ruolo fondamentale di gestore dell'assistenza da parte di un solo medico curante (fig.9). Questo modello è l'unico che può evitare sovrapposizioni di ruoli, conflittualità, moltiplicazione di indagini diagnostiche, moltiplicazione di terapie e scomposizione della persona in organi. Va evitato il modello di cura "a spirale" (fig.10) in cui il paziente inviato per consulenza ad uno specialista viene rinvio al medico curante con una nuova richiesta di visita specialistica (il cui appuntamento di solito viene già fissato). Il reale curante diventa lo specialista (che auto induce i controlli) ed il medico di famiglia il suo segretario ma con tutta la responsabilità legale che ha chi prescrive farmaci, indagini e terapie. In questo modello il medico di medicina generale risponde per le decisioni altrui. Questo porta ancora ad una divisione di competenze pericolose, è motivo di frustrazione per il medico e di conflittualità per il paziente che ovviamente non sa più chi lo sta curando. Altrettanto accuratamente va evitato il modello che vede più medici farsi carico delle cure primarie della stessa persona (fig.11), questo modello sarebbe la fine della medicina della persona e la fine della disciplina in seno al Sistema Sanitario Nazionale. Sono state inventate nuove aree di intervento specialistico (giovani, vecchi, adolescenti, maschi, femmine, menopausa ecc.) per limitare l'intervento della medicina generale dimenticando che la limitazione della libertà smorza le energie e l'entusiasmo e le performance di un'intera categoria di professionisti e limita fortemente l'equità delle cure.

Senza la definizione chiara dei campi di competenza non si potrà fare alcun controllo di qualità, non si potrà avere un sistema di pagamento equo né si stimolerà al miglioramento e all'eccellenza.

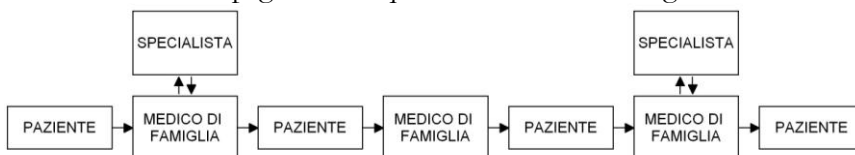


Fig.9. Medico di famiglia responsabile della cura

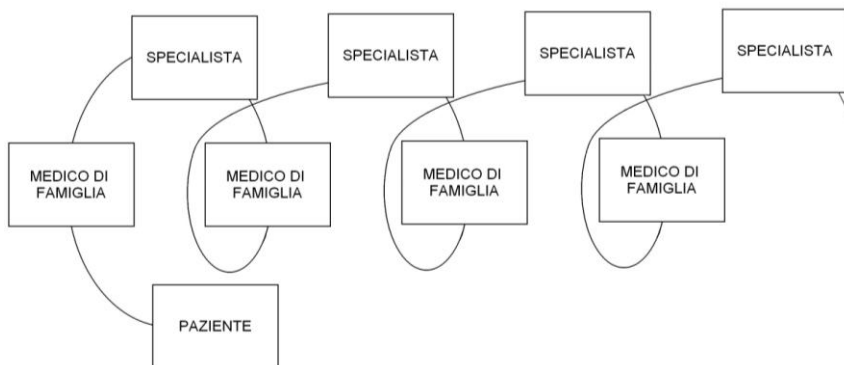


Fig.10. Modello a spirale della cura

Fig.11. Più medici si fanno carico della cura della stessa persona

4. Il team.

I progetti di riorganizzazione delle cure primarie prevedono la costituzione di Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e altre forme di organizzazioni che nulla hanno a che vedere con la costituzione di team efficaci. I nuovi modelli sono basati su una visione livellante della professione, basata su contratti e su convenzioni, ispirati ai principi della remunerazione uguale per tutti perché tutti i professionisti sono da considerarsi uguali indipendentemente dal curriculum professionale e dalla qualità delle prestazioni erogate. Un consociativismo forzato che tiene insieme, in maniera coatta, gruppi di medici e singoli estranei tra di loro. Un vero team è composto da professionisti diversi che lavorano assieme per libera scelta e per obiettivi comuni. Una squadra che si è scelta in cui ognuno ha la consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie capacità e delle proprie responsabilità così come ha la consapevolezza del ruolo, delle capacità e delle responsabilità degli altri componenti del team. Il vero contesto del team delle cure primarie è, in tutto il mondo, l'ambulatorio non è un territorio. Solo uno studio adeguatamente attrezzato può garantire la possibilità di erogare tutta una serie di prestazioni di qualità, tempestive ed efficaci. Ma per questo lo studio e il team devono vivere in un contesto di libertà e non in uno di pianificazione burocratica. Per esprimere tutte le potenzialità, medici e infermieri devono avere un adeguato riconoscimento dei valori professionali con un riconoscimento economico consona alla qualità delle loro prestazioni. Il pagamento a quota capitaria è un vero cappio per le cure primarie italiane. Nel nostro paese non vengono utilizzati gli strumenti atti a distinguere e valutare qualità professionali diverse. I migliori si sentono puniti e vivono la loro professione con un sentimento di frustrazione.

5. La formazione e le competenze cliniche.

L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà. Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando. Chi pensa ai professionisti in termini di "classe" o "categoria" pensa in termini omogeneizzanti, tutti uguali, ma ogni atto medico ha una responsabilità individuale; non esiste una responsabilità della "classe medica" o della "categoria dei medici di famiglia", ogni singolo atto è merito o demerito di un singolo che non può scomparire in un limbo classificativo. Questo incasellamento senza riconoscimento del merito individuale è un limite alla libertà ed è causa di infelicità. Il talento senza riconoscimento non ha alcun valore. In Italia per quanto riguarda la medicina generale, questo incasellamento è causa di sudditanza verso le altre specialità che si sentono investite di un "sapere" superiore e che si sentono per questo in diritto di insegnare e giudicare. Da noi il talento ed il merito sono frutto della posizione, del setting lavorativo e della carriera, esattamente il contrario di quanto dovrebbe avvenire. Questo stato di cose è talmente radicato nella mentalità comune che ormai la maggior parte dei medici e dei pazienti sono convinti che un ospedaliero ne sappia di più di un medico di famiglia (di base!) e che un universitario ne sappia più di un ospedaliero. Non esiste la piramide dei livelli di cura ma quella del sapere! Questa convinzione, che interessa ovviamente anche i politici, è una delle cause della anomalia nel sistema della organizzazione delle cure e la causa prima della "caffettiera" organizzativa ed anche la causa di maggior investimento nella specialistica. Quindi la formazione dei medici di famiglia è fondamentale per la libertà della professione e per la libertà dei pazienti.

Purtroppo, nel nostro paese, per la Medicina Generale, non è previsto un iter di carriera, basato su qualsivoglia criterio di selezione, come esiste nei paesi in cui la nostra disciplina è accademica. Non abbiamo un metro per misurarci e l'assenza di giudizio, all'apparenza rassicurante, contrariamente a quanto si possa pensare, genera

insicurezza, impotenza, sottostima e sudditanza.

Per fare un buon Medico è, ovviamente, indispensabile un corso di laurea che preveda nel curriculum degli studi la nostra disciplina: sembra una cosa ovvia, ma nel nostro Paese vi sono tali e tante resistenze che ci sono, per ora, solo esperienze isolate e pilota.

Il programma di insegnamento a livello Accademico è fondamentale per una serie di motivi:

- Gli studenti possono conoscere la Disciplina e solo così potranno fare una scelta vocazionale vera. Solo così può essere eliminata una buona fetta di improvvisazione.
- Si potrà creare un corpo docente della Disciplina. Esso è fondamentale per costruire e definire il corpo dottrinale della disciplina stessa e per progettare un profilo di carriera. La carriera è indispensabile per la crescita di qualsiasi attività umana.
- Si potrà creare un corpo di precettori. Ogni attività professionale ha delle regole, dei comportamenti che sono frutto di convenzioni scritte e non; sono il risultato di un sedimentarsi di esperienze quotidiane avvenute nel corso di generazioni e si possono apprendere solo sul campo. Il sentimento di appartenenza ad una comunità di professionisti può essere trasmesso alle giovani generazioni solo attraverso lo scambio continuo tra precettore ed allievo; esso è molto diverso dalla trasmissione di abilità, riguarda piuttosto la sfera degli entusiasmi, dell'orgoglio di appartenenza e si riferisce alla trasmissione di comportamenti e di istanze di indipendenza della disciplina stessa.
- Il programma di insegnamento undergraduate è fondamentale per la definizione delle funzioni, dei compiti e delle abilità della Medicina di famiglia. Esso descriverà quindi il "dominio" della disciplina. Solo così non si abdiccherà più, si potranno valutare le performance e si dovranno giustificare scientificamente alcune scelte organizzative del sistema sanitario (centri per l'ipertensione, centri per il diabete, centri per la menopausa, centri per l'adolescenza, centri per la demenza, ambulatori di senologia, e chi più ne ha più ne metta). L'Università diventa quindi (come lo è stato in tutto il mondo) il passaggio obbligato per l'affermazione della medicina di famiglia.
- La medicina di famiglia avrà il suo posto, paritario, tra le altre discipline mediche con cui avrà uno scambio continuo che non potrà che portare arricchimento a tutto il mondo accademico.

Come è ben noto, l'accelerazione delle conoscenze scientifiche e l'applicazione delle scoperte tecnologiche rendono obsoleto in pochissimo tempo qualsiasi bagaglio di conoscenze. Questo è particolarmente vero per le specialità mediche ed in particolare per una disciplina tanto articolata come la medicina di famiglia. Ecco perché, praticamente in tutto il mondo, per preparare i futuri medici generali è previsto un corso di specializzazione. La specialità ha la funzione di dare a questi dottori gli strumenti conoscitivi e le abilità professionali per cui essi siano in grado di gestire la loro futura professione. Essi devono avere tutti gli strumenti per provvedere al loro aggiornamento.

La specialità è fondamentale perché con essa vengono definiti i compiti e le abilità. Qualsiasi attività deve puntare all'eccellenza ed al controllo di qualità. Fondamentali quindi, anche in Italia, i Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia così come è fondamentale una rete di Studi Medici atti all'insegnamento tutoriale.

Un buon medico sarà anche il prodotto di un buon tutore, quindi è assolutamente necessario che attorno ai dipartimenti universitari, strettamente collegata, nasca una rete di tutori. I tutori avranno il compito fondamentale di trasmettere abilità. Per trasmettere abilità, ovviamente bisogna conoscerle, non è quindi sufficiente per i tutori conoscere le tecniche didattiche ma essi devono essere scelti tra coloro che hanno dimostrato di "saper fare". I tutori avranno evidenti capacità pratiche, uno studio organizzato, attrezzature e personale. Essi dovranno avere uno standard ambulatoriale predefinito. Troppi insegnano ma non hanno dimostrato di saper fare!

Dipartimenti e Studi Medici dovranno lavorare in stretta collaborazione. Questo è ben ribadito in tutti i documenti dell'OMS ed è in realtà quanto avviene in tutto il mondo.

Una disciplina deve avere il suo posto all'Università per una serie di motivi:

- Per la sua dignità e nobiltà.
- Per la sua indipendenza economica e culturale.

- Per il metodo nella ricerca e nell'insegnamento.
- Per il rapporto paritario con le altre discipline.
- Per l'indipendenza dei docenti.
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti.
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati.
- Per lo scambio di metodologie di formazione e ricerca.
- Per la creatività del posto
- Per gli stimoli innumerevoli da altre branche
- Per dare alle altre discipline il suo patrimonio di conoscenze.
- Per avere il riconoscimento della propria originalità.
- Per le facilitazioni istituzionali quali biblioteche, mezzi didattici etc.

Ma l'aggiornamento non basta, la conoscenza delle nuove acquisizioni scientifiche e delle applicazioni tecnologiche non è sufficiente a mantenere al passo una disciplina: essa è costituita, oltre al sapere, da abilità, da comportamenti e da regole. Ovunque ormai si parla di Continui Medical Education (CME). Le Accademie, le Società di Medicina di Famiglia si sono attrezzate affinché l'offerta di CME sia la più vasta, la più seria e la più libera possibile. La CME prevede un continuo processo di ri-accreditamento che garantisca ai cittadini la qualità dei professionisti a cui essi si affidano.

Ma lo sviluppo di una professione non è legato solo allo sviluppo delle sue conoscenze di base ed alla loro applicazione, è legato anche allo sviluppo di tutte quelle conoscenze ed abilità che la possono far espandere e rendere competitiva.

Ecco perché è stato introdotto un nuovo concetto nella formazione dei professionisti. Bisogna parlare di Continui Professional Development (CPD). È ovvio che il CPD è più applicabile in un Sistema in cui la professione è libera, in un sistema in cui le norme non siano talmente vincolanti da rendere impossibile qualsiasi differenziazione tra professionisti della stessa Disciplina. Senza possibilità di differenziazione; senza libertà nessuna professione può svilupparsi. Lo sviluppo continuo della professione è perseguito da tutti i professionisti a qualsiasi campo essi appartengano e più o meno le caratteristiche del CPD sono universali. Esse riguardano esclusivamente lo sviluppo professionale e per quanto concerne la medicina di famiglia esso è ricco di argomenti. In particolare nel nostro caso il CPD riguarda:

- Organizzazione dello studio
- Organizzazione del team di lavoro
- La tecnologia
- Il marketing
- La comunicazione
- La produzione editoriale educativa e di informazione
- Organizzazione di ambulatori dedicati
- Tecniche di ricerca
- Verifica dei risultati e delle performance
- Scelta delle abilità
- Conoscenza della organizzazione dei servizi
- Comunicazione con le autorità
- Leggi e regole
- Conoscenza delle organizzazioni del territorio
- Pubblicità
- Management del tempo
- Scelta dei campi di intervento
- Gestione della CME
- Insegnamento e tutorship

Oltre all'iter formativo sono indispensabili anche altre cose:

- La prima cosa è la certezza del ruolo. Essa deriva da una certezza normativa, dalla chiara consapevolezza della localizzazione della figura del Medico di Famiglia nel sistema delle cure primarie. Ciò significa una

definizione non travisabile delle competenze nei confronti della specialistica e nei confronti del sistema burocratico.

- La possibilità reale di concorrenza professionale ed economica. Questo è l'unico vero stimolo per lo sviluppo di qualsiasi professione.
- Abitudine ad appropriarsi delle nuove tecnologie: molti dei nostri ambulatori non sono molto diversi da quelli di trenta anni fa; la maggior parte di noi ha come strumenti solo fonendoscopio, martelletto e sfigmomanometro. Ciò è impensabile ed è antistorico. La tecnologia, miniaturizzata ed a basso costo, è fondamentale perché la Medicina di famiglia possa sopravvivere. La maggior parte delle nostre deleghe non deriva dalla mancanza di conoscenze ma dalla mancanza di strumenti tecnologici e di mezzi diagnostici.
- La libertà imprenditoriale ed organizzativa: ciò significa che oltre a definire le "competenze e abilità minime" bisognerà soltanto definire ciò che la Medicina di Famiglia non può fare lasciando la massima libertà individuale di organizzazione e di realizzazione. L'eguaglianza imposta ai medici generali ha prodotto sperequazioni, ingiustizia e disuguaglianza, tarpando le ali ai migliori impedendo così lo sviluppo della disciplina. Le nostre scelte organizzative e di sviluppo sono legate alla visione politica del Sistema Sanitario. Sono quindi ideologiche e spesso sono prodotte da norme contrattuali più che da esigenze professionali. Probabilmente una maggior concorrenza ed una maggior libertà organizzativa sarebbero salutari per lo sviluppo della disciplina, ovviamente nel rispetto delle evidenze scientifiche e deontologiche.
- La qualità: i medici di famiglia dovrebbero essere conosciuti come i medici della qualità. Ogni azione dovrebbe tendere all'eccellenza.
- L'orgoglio di appartenenza: i medici di famiglia e gli infermieri hanno bisogno di un simbolo, uno strumento di conoscenza non discorsiva, ma incomparabilmente superiore alla conoscenza discorsiva, un simbolo di appartenenza e di orgoglio; hanno bisogno di qualcosa che esprima simultaneamente una molteplicità di significati insiti nella Disciplina, qualcosa che rappresenti l'identità profonda di ogni membro della professione. L'Università e le Società Scientifiche hanno anche questo compito.
- L'innovazione e la ricerca: è impensabile lo sviluppo di una professione che non abbia come meta l'innovazione. Le cure primarie sopravvivranno solo se seguiranno l'evolversi della società, non solo, dovranno coglierne anticipatamente i cambiamenti e dovranno evidenziare le novità.
- Il team: il lavoro in squadra tra figure professionali differenti è essenziale allo sviluppo e alla qualità.

6. Le azioni per un Manifesto delle Cure Primarie.

È assolutamente ovvio che una professione come quella medica abbia un controllo da parte dello Stato, essa interessa il bene più prezioso delle persone e agisce nel nostro paese all'interno di un'organizzazione che è quasi totalmente pagata attraverso la fiscalità generale. Ma i vincoli imposti alle cure primarie sembrano andare al di là degli interessi dei cittadini, spesso hanno come fine il mantenimento di equilibri di potere (economico e politico), o agiscono in difesa di interessi corporativi o tendono ad incrementare il potere amministrativo e burocratico a scapito della buona clinica. Il nostro Sistema Sanitario, sulla carta e non solo, uno dei migliori del mondo, è bloccato ed in affanno per una miriade di norme illiberali che niente hanno a che fare con l'efficienza e con i risultati. La situazione è veramente preoccupante e tra i medici serpeggia un sentimento di frustrazione e di rassegnazione che si riversa sulla qualità della cura. Tutto è ormai pianificato in perfetta regola burocratica. La mancanza di libertà dei professionisti si specchia nella mancanza di libertà dei cittadini, anche loro avvolti da una ragnatela di regole, numeri e codici. Le sedi dei Distretti Sanitari hanno in realtà poco di sanitario, trovano la loro ragione di vita in un continuo via vai di pratiche burocratiche che sono l'humus necessario alla loro crescita continua. Come fermare il declino delle cure primarie?

Le azioni necessarie sono:

1. Puntare alla qualità dei medici generali. Per questo è necessaria la specialità accademica e una formazione continua che preveda il mantenimento e l'apprendimento di reali abilità cliniche.
2. Puntare alla qualità degli infermieri di famiglia. E' necessario anche per questa figura un percorso

- specialistico interdisciplinare a livello dipartimentale.
3. Rivedere il ruolo di gate-keeper del medico di famiglia che va posto in posizione paritetica rispetto alle altre specialità.
 4. Accreditare il professionista e non le strutture, dando valore al merito.
 5. Applicare sempre i criteri di qualità, equità, costo-efficacia e sussidiarietà.
 6. Diminuire al massimo le incombenze burocratiche.
 7. Dare la possibilità al cittadino di scegliere il medico che preferisce indipendentemente dalla localizzazione geografica e dal numero di assistiti di quel medico.
 8. Lasciare ai medici e agli infermieri libertà organizzativa e aggregativa e abolire il numero massimo di pazienti attribuibili ad un medico.
 9. Fare in modo che le informazioni che una persona fornisce al proprio medico rimangano all'interno del rapporto medico-paziente.
 10. Remunerare i professionisti sulla base dei risultati introducendo criteri di valutazione differenziata della qualità delle prestazioni.

Queste azioni, agendo solo sulle cure primarie, sarebbero un volano potentissimo per tutto il Sistema Sanitario; costituirebbero una iniezione di libertà e gioventù che porterebbe ad una totale ridefinizione dei livelli di cura; ridarebbero dignità ad una disciplina libererebbero le energie migliori, restituirebbero autonomia, indipendenza e reale responsabilità. Una ventata di efficienza ed efficacia che ci porterebbe a competere con i sistemi più avanzati. Ma molte sono le resistenze e nel nostro paese si sta “rifondando” la medicina generale imbrigliando questa “libera” professione in una rete di sigle, organizzazioni, incombenze burocratiche, norme e divieti per cui sono necessarie più di 250 pagine di solo Accordo Collettivo Nazionale.

Bibliografia

1. Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni quadriennio normativo 2006-2009, biennio economico 2006-2007.
2. Bloche MG. Beyond the “Rword”? Medicine's new frugality. N.England J Med 2012; 366:1951.
3. Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. N Engl J Med 2012; 366:1949.
4. Cricelli C. Editoriale. Rivista SIMG 2012;2:1-4.
5. Leipzig RM et al. Ann Intern Med 2012,156:657-658.
6. Maso G., Semenzato A: Infermiera e Medico di famiglia: Passoni Editore, Milano;2005.
7. Maso G.: Il Medico in Gabbia. I limiti alle cure primarie in Italia. Filippi Editore, Venezia; 2011.