

Articolo su invito

## Medicina generale, qualità e sostenibilità delle cure

BARUCHELLO M<sup>1</sup>.<sup>1</sup> Area cure primarie SIQuAS VRQ

---

### Abstract

L'Autore descrive il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) alla luce del concetto di sostenibilità delle cure.

In questo contesto è importante ricordare le caratteristiche professionali principali del MMG: fare un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie coordinando le cure, lavorando con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, gestendo l'interazione con altre specialità assumendo, quando necessario, il ruolo di difensore dell'interesse del paziente.

Il Medico di Medicina Generale è stato individuato da sempre come figura centrale per logiche di *making choices*, di *learning to say no* e del *rationing*.

A questo punto l'autore si chiede se la medicina generale può promuovere una medicina sostenibile. Nell'articolo sono discusse le opportunità offerte dal ruolo del MMG nonché anche alcune criticità connesse all'attività di MMG.

Il punto fondamentale della qualità nelle cure primarie è la *personal continuity*: l'uso delle conoscenze degli eventi passati o delle circostanze personali per effettuare un piano di cura appropriato ad ogni individuo, l'approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute.

Il medico di famiglia è il medico di scelta del paziente, basata sulla fiducia in un sistema libero. Il MMG non ha interesse a incentivare il consumismo sanitario e l'invadenza della tecnologia con il moltiplicarsi delle prestazioni. Semmai è motivato a contenere aspettative e pretese fuori luogo, ponendosi obiettivi realistici e sostenibili nel tempo.

**Parole chiave.** Medico di medicina generale, fiducia, continuità personale, sostenibilità.

---

Fare solo ciò che è utile (efficacia attesa),  
nel modo migliore e tenuto conto delle situazioni specifiche (efficacia pratica),  
in modo tecnicamente corretto (competenza tecnica)  
e umanamente (accettabilità),  
al minor costo (efficienza),  
a tutti coloro che ne hanno bisogno (adeguatezza/accessibilità)  
e soltanto a loro (appropriatezza).

da Bonaldi A. 1994, modificato

Sin dal 1947 quando nacque il NHS, il servizio sanitario anglosassone, con la sua visione universalistica e comunitaristica, e dagli anni '80 per noi italiani, con il primo impatto del SSN, il richiamo ad un uso oculato delle risorse è stato invocato come necessario con forte riferimento non solo alla efficienza quanto alla efficacia della assistenza sanitaria.

La Conferenza di Alma Ata e la Carta di Lubiana dell'OMS restano in questo senso fondamentali per i loro richiami alla equità, solidarietà e etica della professione.

Ma è la Definizione Europea della medicina generale/medicina di famiglia (Wonca Europe 2002) che stabilendo le competenze costitutive di questa disciplina accademica ne caratterizza gli *skills* qualificanti per un professionista di primo contatto ad accesso diretto e illimitato con attività rivolte a tutti gli utenti per tutti i problemi di salute.

La sensibilità al contesto con una attenzione nel processo decisionale alla prevalenza e incidenza delle malattie, il compito fondamentale di coordinamento e integrazione con altri professionisti, e la visione longitudinale dei problemi dovrebbe farne lo specialista della appropriatezza per le scelte da operare nella complessità del sistema sanitario.

Caratteristiche:

“fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie coordinando le

cure, lavorando con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, gestendo l'interazione con altre specialità assumendo, quando necessario, il ruolo di difensore dell'interesse del paziente” (Wonca 2002).

Il Medico di Medicina Generale è stato individuato da sempre come figura centrale per logiche di *making choices*, di *learning to say no* e del *rationing*, prima che logiche di mercato e privatizzazioni portassero oggi il SSN a esperienze di neoliberalismo spurio.

Nella sua formazione la capacità di negoziazione fra sistemi di valori e obiettivi di salute diversi è stata presa a misura di un obbligo inderogabile di conseguire il consenso in una relazione contrattuale che ha perso nel tempo i tratti della relazione autoritaria prima e paternalistica poi.

Ma il contesto sociale in cui opera il MMG allarga le relazioni oltre il rapporto duale; non si tratta solo di temperare cultura scientifico/umanistica e saperi profani, tradizioni e appartenenze a diversi gruppi ma di allargare l'orizzonte ad uno spazio tridimensionale in cui la compatibilità con le risorse (economiche, giuridiche, politiche e sociali) del SSN mette il MMG nel dovere di rispondere a tre padroni (paziente, scienza medica, società) con la consapevolezza di esercitare un'arte difficile, una scienza complessa e probabilistica vivendo alla fine una vera e propria mis-

sione vocazionale.

Nel 2000 Callahan si chiedeva se questa non fosse una “medicina impossibile” e parlando del progresso scientifico definiva l’abbinamento dei termini tecnologia sostenibile come un ossimoro medico.

La domanda quindi oggi è se la medicina generale con il richiamo ad un uso ragionato delle risorse renda compatibile il progresso scientifico-tecnologico con le funzioni che il sistema sanitario e sociale chiedono alla medicina.

Può essa promuovere una “medicina sostenibile” anziché una medicina economicamente e spesso socialmente dissennata?

Nei servizi sanitari le nostre azioni devono conformarsi oltre che con le norme giuridiche e tecnico professionali con quelle etiche: molti problemi esigono giudizi sui valori che possono essere espressi e compresi solo attraverso la conoscenza degli specifici contesti in cui ci muoviamo.

Il progresso scientifico in medicina si presenta ottimisticamente funzionale al miglioramento della salute ed ha avuto sviluppi eccezionali a paragone di altri campi di azione della scienza.

Il suo modello è meccanicistico, riduzionistico, analitico, consente di disaggregare, frammentare, atomizzare mentre sostiene di semplificare i problemi rendendoli più comprensibili ed accessibili.

I successi degli ultimi 30 anni sono travolgenti ma comportano costi crescenti su cui è bene riflettere.

Chi segnala le contraddizioni di aspettative irrealistiche è spesso tacciato di pessimismo cosmico e confinato al rango di romantico professionista in estinzione affetto probabilmente da sindrome elitaria.

Ma l’accettazione di una medicina ultratecnologica dai costi esorbitanti comporta inevitabilmente una responsabilità sociale verso le parti deboli della collettività e anche verso le generazioni future.

Il Medico di Medicina Generale non può ignorare quanto il progresso possa essere ambiguo e contraddittorio e deve nello stesso tempo autolimitarsi riconoscendo limiti anche oggettivi ai suoi interventi.

Proprio il suo contatto stretto con la popolazione, la sua visione diacronica dei fenomeni lo può portare ad una visione allargata alla epidemiologica di comunità che è importante per stabilire vere scelte di priorità.

Le linee di tendenza delle innovazioni tecnologiche impongono inoltre un confronto storico con il passato, e i suoi errori, per pensare in anticipo agli effetti futuri anche in termini di costi per non destabilizzare l’intero sistema del *welfare*.

Oggi il Medico di Medicina Generale è fra i pochi che affronta ogni giorno con i piedi per terra il “ciclo della vita”.

Il sogno della medicina forse non è allora il dominio della natura, dalla gravidanza con maternità/paternità surrogata alla determinazione volontaria del momento della morte.

L’animo umano è molto sensibile e affascinato da una medicina che spinge sempre più in avanti i suoi limiti, che autoalimenta l’idea di un perfezionismo senza ombre e dubbi, che banalizza i rischi ma che finisce per medicalizzare anche l’esistenza nei suoi aspetti fisiologici (es. menopausa come patologia da trattare).

Per contrappunto l’infermità e la malattia troppo spesso non vengono vissuti come incidenti biologici e contingenti che possono essere vinti con dignità e coraggio, ma irosamente affrontati con un’aggressività autodistruttiva.

Compito del Medico di Medicina Generale è quello allora di parlare con i pazienti per aiutarli a riportare il destino della propria salute alla responsabilità individuale e alla solidarietà sociale.

Questa combinazione potrebbe avere la forza di cambiare la pratica di un’assistenza sanitaria troppo orientata all’entusiasmo acritico verso le tecnologie, contribuendo a creare una medicina sostenibile, modificando l’atteggiamento nei confronti del progresso, dell’innovazione scientifica, della natura della persona, della società e della sofferenza umana.

Solo così si potrebbe pensare il diritto alla salute coltivato

come idea morale che renda possibile un uso etico del sistema sanitario.

Solo così, con una visione bio-psicosociale, il Medico di Medicina Generale potrà pensare a quanto sia importante il sollievo delle sofferenze unito alla prospettiva scientifica e il paziente potrà uscire da un modello individualistico modellato solo dal mercato.

È nelle cure erogate a livello specialistico che il progresso scientifico enfatizza e mostra in maniera evidente i suoi avanzamenti, il sistema concentra le attività diagnostiche e le risposte terapeutiche sofisticate. Tecnologia e visione atomizzata hanno la prevalenza rispetto alla globalità della visione olistica della cura. In questo ambito la medicina centrata sulla malattia ha certamente allungato la vita ma talora ne ha profondamente modificato la qualità, se pratiche di accanimento non modificano le sofferenze di chi convive con una malattia cronica o degenerativa.

Qui spesso si pone l’attenzione al paziente inteso come utente o cliente, perdendo occasioni di efficace *imprinting*, sollecitando una percezione di salute soggettiva e individuale moltiplicando gli interventi che tendono sempre più ad allontanarsi dai bisogni reali dei pazienti.

L’*empowerment* del paziente è così implementato nel *setting* delle cure secondarie con strategie di *marketing* ispirate troppo spesso da principi di *mongering disease* e non allo sviluppo di un’autonomia responsabile e consapevole del malato come avviene più facilmente nelle cure primarie.

Se riconosciamo di lavorare nel SSN le risorse devono essere organizzate in un sistema compatibile con i rapporti costo-efficacia accettabili e condivisi dai soggetti che agiscono con diverse responsabilità e competenze per gli stessi fini (M. Tombesi 2003).

Assistiamo invece sostanzialmente ad una profonda contraddizione del concetto di centralità del paziente che subisce il rischio del “corpo scisso” quando invece ogni contatto con il mondo della sanità potrebbe essere una occasione di crescita complessiva di autosufficienza.

Ai confini della sanità capitalizzata e supertecnologia la Medicina Generale vive ancorata ai suoi principi ispiratori universali di equità e di centralità del paziente, nel processo empatico di cura che il rapporto individuale di fiducia crea.

Ma questo avviene in una realtà operativa marginalizzata in cui il “medico della persona” non riesce sempre a sostenere un ruolo attivo e da protagonista nel complesso mondo della sanità organizzata in quanto il paziente sempre più sceglie percorsi autonomi che invece sono etero diretti in un clima “culturale” storicamente particolare.

Il medico è consapevole da molto tempo che la logica della “razionalizzazione” è invece oramai una quotidiana realtà di razionamento delle risorse. Ecco allora:

- razionamento per deterrenza: ambienti poco confortevoli, orari disagiati;
- razionamento per ritardo: tempi di attesa;
- razionamento per deflessione: deviazione verso altri servizi;
- razionamento per diluizione: calo di qualità/intensità di prestazioni;
- razionamento per interruzione: sospensione assistenza;
- razionamento per selezione: prestazioni a specifici gruppi di popolazione;
- razionamento per esclusione: povertà, *handicap*.

Il modello del Medico di Medicina Generale “portiere”, guardiano all’ingresso del SSN, era stato ideato per regolare il flusso di assistiti nei percorsi assistenziali con un occhio molto parziale all’appropriatezza dei servizi ma con l’ambizioso obiettivo di evitare in modalità unidirezionale: duplicazione di ruoli, sovrapposizione e conflitti tra decisori.

Le trasformazioni del sistema confermano oggi la transizione da un modello lineare a un variegato sistema prescrittivo che si costituisce nella zona di confine tra territorio, strutture ambulatorio-

riali e ospedale.

Infatti nonostante la dichiarata centralità del MMG come *gate-keeper* con funzioni di filtro verso la medicina specialistica, la situazione è oggi molto mutata.

La difficoltà a farsi ricoverare su indicazione del curante e la riduzione dei posti letto ospedalieri, ha individuato nel PS il vero accesso al nosocomio, sottraendolo di fatto al medico di famiglia (meno della metà dei ricoveri sono decisi dal MMG); l'aumento dei tempi d'attesa ha deviato la domanda sulla libera professione, anche come percorso preferenziale per l'accesso alle cure di secondo livello e lo specialista è il vero attore di ricoveri e prestazioni diagnostiche di alta tecnologia.

Inoltre l'uso improprio del PS, non solo nelle aree metropolitane dove si concentrano le strutture più facilmente accessibili ha indotto una offerta di secondo livello, con conseguente aggiramento del MMG o un percorso reticolare in cui il paziente entra ed esce nel SSN a seconda della propria personale valutazione.

Non ultimo l'attribuzione del nuovo ricettario nazionale a tutti i medici del SSN, siano essi convenzionati o dipendenti, ha comportato un allargamento dei percorsi diagnostici e terapeutici svincolandosi dalla cartella di un unico referente quale era sempre stato il medico di famiglia preferenziale per l'accesso alle cure di secondo livello e lo specialista.

Le eccezioni ad un dichiarato ruolo centrale del medico di famiglia nel sistema delle cure sono molto frequenti e possiamo fare alcuni esempi.

01. Il malato non urgente (vedi elevatissimo numero codici bianchi e orari di accesso dei cittadini ai dipartimenti di emergenza) decide di accedere ai servizi di Pronto Soccorso, pur consapevole della condizione di non urgenza, per aggirare le liste di attesa, per velocizzare i percorsi di diagnosi, per risparmiare costi diretti e indiretti, per ottenere prestazioni senza negoziazione, per sfruttare le larghe maglie della medicina assicurativa privata specialmente in campo infortunistico.

02. Il paziente con un problema che determina una sofferenza ansiogena soggettiva decide di chiedere esami diagnostici di terzo, quarto livello e lo fa pagandosi le prestazioni oppure convince con sottile/pesante pressione psicologica il Medico di Medicina Generale a prescrivere nel SSN prestazioni fuori da ogni strategia utile al paziente.

03. Il paziente decide di gestire un problema specifico con il ricorso diretto allo specialista fornendogli spesso informazioni sul suo stato di salute generale, parziali e orientate a organi, apparati, malattie (...ho il mio oculista, vado dal mio dietologo, ho visto il mio diabetologo...). Lo specialista emette il suo verdetto di tipo riduzionistico che il paziente può scegliere di condividere o meno con il Medico di Medicina Generale, in una larga percentuale di casi senza preoccuparsi di riaprire un canale comunicativo con il medico di famiglia. Il rapporto di stima e fiducia esclusiva è, a questo punto, già superato, salvo strumentalmente poi essere ricercato in situazioni di vera necessità assistenziale.

Il Medico di Medicina Generale, quando torna un paziente con una risposta specialistica da lui non originata, deve gestire allora un momento delicato, non facile e fonte di disagio. Non ha potuto inquadrare la richiesta nel contesto della storia del paziente (ansie, paure, reti amicali, influenze mediatiche, rischi) e dovrà gestire una serie di variabili possibili:

- l'emergere di nuove diagnosi anche inutili (*overdiagnosis* o incidentali);
- nuove ansie per risposte inusitate;
- dati che presuppongono competenze particolari;
- dilemmi etici non accuratamente preparati (indagini genetiche per predisposizioni a malattie);
- attese eccessive o irrealistiche del paziente, da decodificare (medicina estetica);

- senso di passività, inferiorità;
- rifiuto di automatismi prescrittivi;
- difficoltà a guadagnare tempo per capire il vero motivo all'origine della consulenza voluta dal paziente;
- frustrazione di fronte alla consapevolezza che una lettera preparatoria avrebbe determinato un esito diverso degli eventi.

È questo in realtà il momento in cui va ricostruita una vera continuità assistenziale.

Il punto fondamentale della qualità nelle cure primarie è la *personal continuity*: l'uso delle conoscenze degli eventi passati o delle circostanze personali per effettuare un piano di cura appropriato ad ogni individuo, l'approccio unitario e coerente nella gestione della condizione di salute in risposta ai bisogni del paziente; lo sforzo di cercare una relazione terapeutica continua tra il paziente e uno o più fornitori di cura, la rivalutazione continua delle condizioni generali per rilevare tempestivamente la comparsa di fenomeni patologici nuovi (pensiamo al paziente anziano fragile assistito a domicilio).

L'approccio verticale alla malattia non è più sufficiente se si pensa alla complessità dei pazienti con comorbidità: cosa accadrebbe se per ogni patologia si applicassero quelle linee guida che sono state prodotte per un singolo stato morboso?

Cosa succede quando le si applica indipendentemente da una analisi mirata dei determinanti ambientali di salute (solitudine, disagio personale, ritiro dal lavoro...)?

Troppo spesso oggi alla ricerca di una efficienza organizzativa si parla *managed care delivery system* come superamento dell'organizzazione solitaria delle cure (*solo practice*) quasi svilendo il sottile e silenzioso lavoro di tessitura di una cura personale che il medico di famiglia opera attraverso generazioni di pazienti.

Un medico che applica strategie di sostenibilità è colui che capisce che la competenza professionale ha una spiccata dimensione personale.

Elemento chiave della sua specifica tecnologia è la comunicazione privilegiata con una componente di conoscenza, di perizia scientifica, di ragionamento clinico, di attenzione alle storie dei malati, di vissuto sulle emozioni nella pratica giornaliera per il beneficio dell'individuo.

Il recupero di un'antropologia relazionale prima e curativa poi è ispirato a due principi fondamentali: la presunzione di inefficacia per la quale ogni intervento medico per quanto promettente deve essere considerato inutile e potenzialmente dannoso sino a prova contraria e il principio di astensione che comporta un deciso "no" all'ossessione interventista. La prudenza non ha altri avvocati che l'interesse del malato e la coscienza del professionista come ricordano Satolli e Cosmacini.

Il medico di famiglia è il medico di scelta del paziente. Il suo capitale professionale è *in primis* la fiducia esercitata in un sistema libero. È un bene immateriale, non acquistabile e operosissimo da accumulare, indispensabile non solo per ogni professionista ma anche per il sistema nel suo complesso, che deve avere una credibilità e rapportarsi prima che con le popolazioni, soprattutto con gli individui in modo appropriato e trasparente.

La fiducia appartiene a ciascun medico ma è anche patrimonio della categoria nel suo complesso (come dimostrano gli alti indici di gradimento di cui gode presso l'utenza) e può essere una risorsa spendibile quando si verificano le condizioni necessarie ed è dimostrato ad esempio nelle campagne di prevenzione.

Il MMG non ha interesse a incentivare il consumismo sanitario e la invadenza della tecnologia con il moltiplicarsi delle prestazioni.

Semmai è motivato a contenere aspettative e pretese fuori luogo, ponendosi obiettivi realistici e sostenibili nel tempo.

Una vera *clinical governance* significa che il Medico di Medicina Generale può fare da garante del sistema sanitario, e quindi

di chi lo organizza e lo gestisce, se il sistema stesso risponde ai requisiti che sono coerenti con il ruolo e l'identità della medicina generale: essere centrato sul paziente, assicurare la qualità delle prestazioni all'interno delle risorse date.

"It is the patient who carries the burden of illness, but the compassionate physician shares that burden, lifting it when possible and lightening it when that is all that can be done. This sharing of the burden has always been the hallmark of the medical profession".

Richard S. Hollis, M

## BIBLIOGRAFIA

01. Alfieri R. Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute. Milano: Franco Angeli; 2007
02. Belleri G. Gatekeeper o governatore? Il MMG nel SSN che cambia. M.D. 2006;23
03. Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità -1996. Disponibile su: [www.ppsmodena.it](http://www.ppsmodena.it) (cited 13 gennaio 2011)
04. Carta di Portonovo: dodici principi per il miglioramento in Sanità -12 sept 2003. Disponibile su: [www.siquas.it](http://www.siquas.it) (cited 13 gennaio 2011)
05. Delbanco T, Berwick DM et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. Health Expect, 2001;4:144-50
06. Dichiarazione di Alma - Ata, 1978. Disponibile su: [www.ppsmodena.it](http://www.ppsmodena.it) (cited 13 gennaio 2011)
07. Falasca P. Analisi degli accessi al Pronto Soccorso: le disuguaglianze in prima linea. 2006. Disponibile su: [www.aiesweb.it/convegni/co0008/media/pdf/papers/XIVe%20Ab.pdf](http://www.aiesweb.it/convegni/co0008/media/pdf/papers/XIVe%20Ab.pdf) (cited 13 gennaio 2011)
08. Gilbert Welsh H, Schwartz L, Woloshin S. What's Making Us Sick Is an Epidemic of Diagnoses. New York Times, January 2, 2007
09. Hart JT. A new type of general practitioner. Lancet, 1983;ii:27-9
10. Nordio S. La medicina impossibile, secondo Callahan. Arco di Giano, 2002;34:129-34
11. Regione Veneto. Il Miglioramento della qualità professionale oggi: rilevare e prevenire l'instabilità del paziente anziano fragile selezionando le informazioni da condividere in una logica di continuità della cura. Materiale didattico 2010 - Programma di formazione continua per medici di medicina generale
12. Roland M. What will the white paper mean for GPS? BMJ 2010;341:3985
13. Satolli R, Cosmacini G. Lettera ad un medico sulla cura degli uomini. Bari: Laterza; 2002
14. Wonca Europe. The European Definition of General Practice/family Medicine. Disponibile su: [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org) (cited 13 gennaio 2011)
15. Vineis P, Satolli R. I due Dogmi. Milano: Feltrinelli; 2009
16. Zanetti M. Linee guida e razionamento dell'assistenza sanitaria. Opportunità e rischi. Epid. e Prev. 2007;21:227-31

## General practitioner medicine, quality and sustainability of care

The Author describes the role of the general practitioner in view of the meaning of care sustainability.

In this regard, it is important to recall the professional main features of GP: GP uses efficiently the health system resources organizing the cures, working with other medical professionals in the organizational context of primary care, managing the interaction with other specialties, assuming when appropriate the role of defender of the interest of the patient.

Furthermore, the GP is widely recognized as a central player for the process of making choices, learning to say and rationing. The Author finally asks whether the GP may be the promoter of a sustainable medicine.

In the paper the role of the GP, his great opportunities for the process of the health system resources aware choice as well as some critical situation are discussed.

A crucial point for the quality of primary care is the personal continuity: use of knowledge of past events or of personal situations in order to organize an appropriate care planning for each person; the unitary and coherent approach in the managing of health conditions.

The Author concludes underling that the GP is chosen by the patient on the basis of the trust in the context of a free system. The GP has no interest in stimulating health system consumerism and the increasing of diagnostic or therapeutic performances: he is motivated to control offsite expectations and to plan realistic and sustainable objectives.

**Keywords.** General practitioner, trust, personal continuity, sustainability.