

Articolo su invito

I medici di medicina generale

BARUCHELLO M¹.¹ Medico di medicina generale, Area Cure Primarie – SIQuAS, Bassano del Grappa (Vicenza)

Abstract

I modelli di organizzazione della Medicina Generale si sono modificati nel corso degli anni: a fianco allo studio del singolo professionista, si è sviluppata la cultura di sistemi di aggregazione di medici ma spesso senza un progetto operativo condiviso. L'autore, a nome del gruppo di lavoro della SIQuAS-VRQ sull'assistenza primaria, suggerisce cinque azioni principali per migliorare la qualità dell'assistenza in questo specifico settore: un progetto nazionale che lega ricerca, audit clinico e formazione; una pianificazione pluriennale; una università *Quality Oriented* affidata alla Medicina Generale; un sistema premiante; un adeguato sistema informativo.

Parole chiave. Cure primarie, aggregazioni con progetti condivisi, miglioramento qualità.

INTRODUZIONE

Venticinque anni di attività sono un importante traguardo anche per l'area *Primary Care* di SIQuAS, che ritiene orgogliosamente di aver favorito la nascita e lo sviluppo di un movimento culturale per la qualità, in una situazione italiana di grave ritardo rispetto agli altri Paesi dell'Europa.

In Italia l'esercizio professionale della Medicina Generale è ancora oggi caratterizzato da ambulatori monoprofessionali, che ricoprono percentualmente il 63% degli studi di Medicina Generale al Nord e il 71% al Sud.

L'auspicato superamento degli ambulatori basati sul singolo professionista, dettato dai bisogni assistenziali che una società in continua evoluzione esprime, non si è strutturato attraverso una pianificazione consapevole e condivisa tra i diversi attori.

Pertanto l'aggregazione fisica tra professionisti medici non si è accompagnata al parallelo sviluppo di un progetto operativo condiviso, scontando la carenza trasversale di un *System Design* organico.

La mancanza di una visione manageriale, impostata su un'ottica di *Clinical Governance*, si è tradotta in una polverizzazione di Medicine di Gruppo, organizzatesi come risposta a pressioni esterne o ad accordi aziendali locali di lavoro, senza una chiara identificazione di ruolo.

I MODELLI ORGANIZZATIVI DI MEDICINA GENERALE

I modelli organizzativi di Medicina Generale di Gruppo sorti in tale contesto non hanno preliminarmente definito alcuna metodologia per identificare, misurare e valorizzare le proprie potenzialità operative e assistenziali. Non si sono, cioè, promossi strumenti che dessero garanzia di verifica dei risultati attesi in termini di efficacia, indispensabile rinforzo e supporto alle decisioni in materia allocativa ma, ancora più imprescindibile stimolo motivazionale per i singoli professionisti di Medicina Generale, chiamati al cambiamento.

In Sanità non esiste alcun sistema il cui rinnovamento non sia strettamente connesso a quello dei suoi stessi operatori, che può e deve evolvere attraverso processi di coinvolgimento, formazione e aggiornamento, per implementare comportamenti omogenei, dettati da un sostegno sistematico della Cultura della Qualità, centrata sulla condivisione multidisciplinare e sulla responsabilizzazione, promossa da forme di monitoraggio e controllo delle

prestazioni, secondo principi di valutazione partecipati.

Ma in Italia sono ancora risibile minoranza i medici soci attivi di società scientifiche che operino promuovendo una disciplina che, di fatto, è ancora tutta da conoscere e sviluppare, così come risulta totalmente carente una editoria di settore che ne divulghi i contenuti originali di metodo, ricerca e prassi, verificandoli poi nell'ambito applicativo.

L'applicabilità nell'area dell'Assistenza Primaria non può prescindere dal rispetto non negoziabile del valore fondante della professione, dato dalla scelta fiduciaria del Medico di Medicina Generale, che rimane l'interlocutore privilegiato del cittadino, in un ambito di peculiarità demografica sempre più importante in una prospettiva di epidemia di cronicità e di fragilità, spesso affrontata con modalità non collaudate.

Pertanto l'incerta applicazione sul Territorio di una modellistica multiforme e spesso confusa di Medicine di Gruppo di Assistenza Primaria, periodicamente ribattezzate con nomi diversi, secondo la fantasia amministrativa del momento, non può in alcun modo rischiare di disperdere il formidabile patrimonio di un rapporto continuativo di fiducia con una comunità, conosciuta da un unico professionista nel suo evolversi generazionale.

I denominatori di popolazione così acquisiti, fino ad oggi troppo scontatamente trascurati ai fini di una potente ricerca epidemiologica, non possono rischiare di essere utilizzati attraverso forzature contrattuali a fini prevalentemente amministrativi, tradendo, di fatto, il rapporto fiduciario con il paziente, in violazione di fondamentali garanzie etiche universali sulla riservatezza delle informazioni sensibili.

Nella Medicina Generale il controllo amministrativo è, infatti, sostituito da un controllo di qualità, che ogni singolo paziente sperimenta nel corso di ciascun contatto con il proprio medico di fiducia e "la sensatezza delle prove non può essere misurata solo sull'affidabilità del metodo, ma anche sulla rilevanza e sul rapporto che il metodo riesce a costruire con la storia dei soggetti e con le loro interazioni sociali, di contesto, di stili di vita".

"La Medicina Generale dovrebbe essere capace di concepire un'idea di qualità pertinente alle proprie specificità, evitando il pericolo di una completa sovrapposizione e coincidenza tra qualità ed EBM. Va continuamente richiamata la capacità della Medicina Generale di ridefinire i problemi dei pazienti in una prospettiva più ampia di quelle riduzionistica" [3].

Se allora vengono rispettati i valori degli attori in gioco, l'interpretazione della variabilità in Medicina Generale deve essere guardata con occhi diversi da quanto scriveva Blumenthal [4]: può essere inappropriata *disquality*, ma potrebbe essere invece l'espressione dell'ultima valutazione solistico-umanistica, sopravvissuta in un arido sistema sanitario governato da numeri e protocolli [5].

SIQuAS-VRQ ritiene che la specificità strutturale e funzionale dell'Assistenza Primaria in Italia non possa essere ridotta a una logica di minimizzazione di standard di struttura e di processo, ma che si debba invece tendere a forme di accreditamento condiviso all'eccellenza, sull'esempio di Paesi all'avanguardia, come Nuova Zelanda, Australia, Olanda, Danimarca.

La sfida pertanto non è la mera riduzione allocativa delle risorse, potenzialmente in grado di alimentare nuovi scenari di libera professione in un settore mai vocato al profitto e ancorato fortemente a una visione di sanità pubblica, ma il saper organizzare al meglio le risposte attorno all'ambulatorio del MMG, il vero "esperto" dei bisogni del singolo e del suo contesto relazionale, nella consapevolezza che la definizione del bisogno in economia sanitaria non è univoca e che alla traduzione obbligata del bisogno in domanda sanitaria non è detto che corrisponda una domanda efficace.

Facilmente la domanda (*input*) viene confusa con il bisogno e il risultato in termini di produzione (*output*) con il risultato sanitario, inteso come miglioramento della salute.

Il Sistema Sanitario oggi è orientato a incrementare la risposta adattandola alla richiesta di prestazioni in una logica di competizione tra servizi e questo non può far altro che implementare la domanda stessa.

L'offerta è misurata con le risorse del SSN consumate, ma la domanda sfugge a queste regole rigide, essendo comprensiva di elementi legati alla sfera affettiva e comunicativa difficilmente pesabili, specie al primo livello.

La Medicina Generale è sicuramente privilegiata, perché essa non ha alcun interesse a incentivare il consumismo sanitario e la deriva tecnologica attraverso il moltiplicarsi delle prestazioni.

La riorganizzazione della Medicina del Territorio in Equipos Funzionali non deve pertanto trascurare ciò che ha dimostrato di funzionare, ma indurre anche attraverso strategie educative, a una rilettura del bisogno, più orientata a una dimensione collettiva e politica.

Manca ogni integrazione dei sistemi formativi (solo Formazione Specifica e Formazione continua oggi sono controllate dalla MG) con l'Università, prevedendo *training under/postgraduate* e con la istituzione di Cattedre e Dipartimenti.

Non si tratta di ricerca di riconoscimenti formali, ma della comune storia della disciplina in tutto il mondo, comprese le ultime nazioni nate ad est della cortina di ferro o in neopaesi africani, ove il Mg ha la possibilità di una reale "carriera" professionale.

LA SIQuAS-VRQ E LA PRIMARY CARE

L'Area *Primary Care* della nostra società scientifica propone cinque punti per favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dei cittadini in ambito sanitario:

01. un progetto nazionale per la Qualità in MG che colleghi strettamente ricerca - audit clinico - formazione; ogni medico deve essere in grado di parteciparvi dal suo studio con strumenti semplici, computerizzati;
02. una pianificazione pluriennale di investimenti anche tecnologici per uscire dalle strategie a breve termine condizionate da logiche di razionamento delle risorse con obiettivo lo sviluppo delle Cure Intermedie;
03. un'Università *Quality Oriented* - affidata a Medici di Medicina Generale - interconnessa con la formazione professionale specifica, il corso di studi *pre-lauream* e la formazione continua che operi per competenze e non per materie cliniche;
04. un sistema premiante professionale che riconosca il merito con strumenti di incentivazione materiali e immateriali;
05. un sistema informativo congruente controllato veramente dalla professione che monitori la situazione epidemiologica orientando le scelte organizzative e assistenziali in tempo reale.

BIBLIOGRAFIA

01. Tombesi M. Le qualità della Medicina Generale. QA 2006;17(1):9-17
02. Blumenthal D. The Variation Phenomenon in 1994. DN Engl J Med 1994;331:1017-8
03. Del Zotti F. Dall'informatica rocciosa all'informatica acqua: appunti per l'evoluzione delle cartelle computerizzate in medicina generale. QQ 2009;Agosto:10-6

Primary care doctors

Organizational models for primary care have been changing by the years: besides the "one doctor" system, we have observed the emerging of aggregated doctors system that only in few cases are based on a shared operative project. Therefore, the author, on behalf of the Primary Care Group of SIQuAS-VRQ, suggest five main actions in order to improve the quality of health system in this specific field: a national project linking research – clinical audit – education; multiyear planning; quality oriented university managed by primary care doctors; rewarding system; adequate informative system.

Keywords. Primary care, aggregation with shared projects, quality improvement.