

CHRONICAL CARE MODE

ADATTARSI O INNOVARE?

Riflessioni sul futuro della Medicina Generale

Da tempo diverse Regioni hanno cominciato a riprogettare i loro sistemi sanitari nella certezza che il *chronical care mode* sia un mantra che, recitato ossessivamente, porterà alla risoluzione di tutti i problemi della sanità, siano essi economici o organizzativi

Fabio Bono
Angelo Campanini

I modelli gestionali regionali

Pochi mesi or sono è stato licenziato il Piano nazionale della Cronicità che fornisce alle Regioni la base su cui costruire i propri modelli gestionali, in funzione dei diversi orientamenti politico/filosofici. Comunque sia, nelle diverse declinazioni regionali, la Medicina Generale, centrale come sempre a parole, si trova, nella realtà, marginalizzata. È sufficiente osservare due Regioni formalmente diverse, come impostazione nel gestire la sanità, quali la Lombardia e l'Emilia Romagna, per notare che i due modelli, Creg e Case della Salute, sebbene in modi diversi, tendano ad espropriare da una parte la Medicina Generale del rapporto fiduciario con il cittadino portatore di cronicità ed dall'altra ad espropriare il cittadino di un professionista, terzo rispetto al sistema, al quale rivolgersi e con cui condividere le scelte inerenti la propria salute.

Accennavamo ai due modelli, quello Lombardo e quello Emiliano, tra loro distanti, ma entrambi con lo stesso obiettivo: appaltare la gestione della cronicità, e non solo, a strutture organizzative spersonalizzate, secondo programmi i cui obiettivi primari, la standardizzazione ed il controllo della spesa, seppur corretti nella sostanza, sono calati dall'alto e vengono somministrati e resi accettabili attraverso il concetto di equità di accesso alle cure, senza un vero contraddittorio, dal momento che questo non può essere concesso a chi eserciti la professione come dipendente del Sistema Sanitario o a chi abbia un contratto di fornitura di servizi.

La libertà della Medicina Generale

Diverso è il modo di agire della Medicina Generale, che, sebbene attenta alla sostenibilità anche economica del sistema, ha sensibilità e professionalità capaci di intercettare i bisogni del cittadino, di soddisfarli al meglio ottimizzando l'uso dei servizi, quando disponibili, ma anche, ove necessario, vicariando carenze del sistema grazie alle capacità modulari e multitasking proprie della preparazione professionale dei me-

dici di Medicina Generale. Probabilmente uno dei contributi più importanti che la MG può offrire al Sistema Sanitario è la sua libertà di pensiero, la sua conoscenza del territorio, nei suoi punti di forza e nelle sue debolezze, spesso non percepite da chi non le vive sul campo e non espresse adeguatamente dalle analisi dei freddi dati di consumo delle risorse. Seppur comprensibile, la necessità politica di avere un controllo puntuale sulla organizzazione territoriale stride con il concetto di "libera scelta" del cittadino che, nella maggior parte dei casi, può esercitarla solo nei confronti del medico di famiglia, garante delle sue scelte e contestualmente interprete dei mandati delle istituzioni.

Il Piano Nazionale della Cronicità è un contesto importante in cui la Medicina Generale deve agire per affermare il suo ruolo di attore principale delle Cure Primarie e di garante per il cittadino. Questa presa di coscienza dei problemi della gestione della cronicità, anche se nata dalla valutazione dei costi a bilancio del Servizio Sanitario, non può che farci piacere. Crediamo tuttavia sia doveroso ricordare a tutti come gli aspetti divenuti "di moda" della gestione della cronicità, siano da sempre noti e da sempre gestiti dalla Medicina Generale, all'onore del mondo, empowerment del paziente, dei familiari e reti sociali comprese.

Riflettere sulla cronicità

Allo stesso modo è noto a coloro che operano nel settore sanitario che la cronicità è un evento connesso alla vita, sul quale forse possiamo agire per ritardarne l'insorgenza, ma che le variabili scientifiche, economiche, temporali sono tali e tante per cui non abbiamo certezze di risultato.

Sicuramente possiamo migliorare la diagnosi precoce delle patologie che possono evolvere verso la cronicità e la gestione della loro evoluzione una volta instauratesi senza tuttavia dimenticare che il pericolo della medicalizzazione della vita esiste e non è detto che ridurre i cittadini a categorie di rischio,

a coorti da controllare e sollecitare sistematicamente, sia il modo migliore di vivere in libertà la propria esistenza. Sarà tuttavia importante vigilare sui numeri che, come sempre, possono essere elaborati in modo diverso a seconda delle teorie che si vogliono dimostrare.

I numeri che negli ultimi anni vengono riportati sulla cronicità sono spesso enormi e dovremo analizzarli per meglio capirli, così come dovremo capire dove inizia la cronicità e dove finisce il fisiologico passare del tempo.

Spesso più cronicità insistono su un singolo paziente e l'integrazione tra i vari percorsi della cronicità sarà fondamentale sia per l'appropriatezza nell'uso delle risorse che per garantire una adeguata qualità della vita al cittadino.

In questo momento di grandi cambiamenti si sta cercando di sottrarre alla MG ruoli da sempre suoi propri, peculiarmente clinici, mentre di contro le viene spesso chiesto di agire di nuovi, per intercettare il disagio sociale e vicariare carenze di altri servizi.

Anche questo può far parte, occasionalmente, dei ruoli e dei compiti della Medicina Generale, ma non può essere la declinazione principale della sua professionalità, che ha da decenni una definizione consolidata e che riteniamo non possa essere adeguatamente vicariata da altre figure professionali.

Cosa vogliamo che sia la Medicina Generale?

È probabilmente questo il vero problema che dobbiamo affrontare come Medicina Generale: riflettere su cosa siamo e decidere cosa vogliamo per il nostro futuro.

Al riguardo esistono due "scuole di pensiero".

La prima ritiene che la cosa migliore sia mantenere la posizione attuale in attesa della pensione. Sicuramente potrebbe essere una politica interessante, che minimizza i rischi del cambiamento, ma che contestualmente si preclude le sue opportunità ed ha inoltre alcune "controindicazioni". La "gobba previdenziale" raggiungerà il suo massimo nel 2021 e ciò vuol dire che per molti di noi vi sono ancora diversi anni prima di poter andare in pensione, auspicabilmente senza riduzioni economiche.

In un'epoca in cui i cambiamenti si susseguono con grande rapidità, in questo lasso di tempo prima della pensione, anche la nostra professione potrebbe subire dei cambiamenti. Sarà necessario essere protagonisti dei cambiamenti, di qualunque cambiamento, per presidiare il nostro monte salariale affinché non venga impoverito a favore di altri soggetti professionali. La riduzione della massa salariale si riverbererebbe sui versamenti pensionistici con le inevitabili possibili conseguenze. La seconda scuola di pensiero è quella del "fare" per riportare la Medicina Generale al centro del "sistema territorio", indipendentemente da come le Regioni articolino ogni singolo progetto in funzione delle Piano nazionale della Cronicità, per lasciare ai colleghi che ci seguiranno strumenti adeguati alle sfide dei prossimi anni.

AFT ed UCCP devono divenire i nostri strumenti, funzionale il primo, funzionale-operativo il secondo. Quest'ultimo, in modello Hub and Spoke, potrebbe ampliare la nostra capacità di presa in carico della cronicità, ma più genericamente dei bisogni dell'utenza, consentendoci, qualunque sia il modello gestionale della Regione di appartenenza, di essere competitivi nell'offerta, tanto nei confronti di altri fornitori di servizi quanto di altre figure professionali. La messa in rete delle competenze professionali dei singoli medici appartenenti alle aggregazioni territoriali consentirà,

come è già avvenuto in nord Europa e come suggerito dal più volte citato Piano nazionale della Cronicità, di passare dal classico modello che rappresenta la MG come un parallelepipedo orizzontale (conoscenza diffusa ma non approfondita) contrapposto a quella specialistica (conoscenza settoriale ma approfondita) ad un modello dove la Medicina Generale, pur mantenendo la struttura orizzontale, sfrutta le competenze specifiche dei singoli professionisti su ambiti definiti, con l'eventuale ausilio di tecnologia diagnostica, per dare risposte puntuali alle domande di salute dei cittadini, migliorare l'uso delle risorse e rendere più appropriata l'attività della specialistica, con riduzione delle visite di controllo e delle liste d'attesa.

L'importanza di "fare squadra"

Il mondo attorno a noi si muove e prende tutti i giorni decisioni che stanno cambiando il nostro modo lavorare e la nostra professione. Non possiamo pensare di vivere in una bolla ferma nel tempo senza cercare di incidere su come sarà una sanità che ora ci vede attori, ma della quale, in un domani per molti di noi prossimo, saremo, inevitabilmente, fruitori.

I cambiamenti sono difficili e costosi, sotto molti punti di vista, a tutte le età e lo sono a maggior ragione nell'età "matura" ma dobbiamo continuare a reagire, ad adattarci, ad imparare. Dobbiamo continuare a progettare ed a costruire. Dobbiamo incrementare il lavoro di squadra o imparare, finalmente,



La Formazione Specifica e la futura Medicina Generale

Le riflessioni sull'inerzia o sull'innovazione nella Medicina Generale, ci portano anche ad alcune considerazioni sulla Formazione Specifica in Medicina Generale.

Negli ultimi due anni, tanto sulla stampa specializzata quanto su quella quotidiana, sono comparsi diversi interventi di addetti ai lavori che prefigurano un radicale riordino della Formazione in un mutato alveo: quello Universitario. Disputa antica questa, se l'Università, che solo in pochi fortunati esperimenti, in Atenei che si possono contare sulle dita delle mani, ha inserito il tema della Medicina Generale ed i suoi contenuti disciplinari nel Corso di Laurea, debba appropriarsi del Corso, che potrebbe diventare così una

"specializzazione" o se lo status quo debba continuare ad esistere, evolvendo di pari passo con la dinamica realtà delle Cure Primarie immaginandone scenari futuri. Riteniamo troppo futuribile il disegno universitario per indulgere in un atteggiamento attendista, mentre ci sembra opportuno impegnarci per realizzare cambiamenti negli orientamenti didattici della attuale Formazione Specifica. Pure in questo campo delicato, strategico per il futuro della professione e della sua rilevanza nello scenario del Servizio Sanitario, è opportuno chiederci se si debba sopravvivere in attesa degli eventi, che subiremmo, o si possa pensare se non di innovare, almeno di indirizzare diversamente una parte del curriculum dei nostri giovani colleghi. Crediamo di essere autorizzati, per l'esperienza più che decennale maturata, a sostenere la linea della crescente, indilazionabile importanza di



a lavorare in squadra. Per farlo, per lavorare assieme, non occorre essere amici, anche se aiuta, ma bisogna essere professionisti, darsi degli obiettivi di qualità, condividere modalità organizzative ed operative nonché comportamenti professionali. Lavorare assieme (non necessariamente nello stesso luogo fisico) consente un miglioramento professionale, dato dalla contaminazione dei saperi, migliora il prodotto offerto e la continuità della cura. Lavorare assieme è anche una tutela nei confronti di momenti avversi, che nella vita possono accadere, e garantisce una maggior stabilità professionale e adattabilità rispetto ai cambiamenti del sistema.

Una ultima riflessione crediamo vada fatta sui dimensionamenti sia delle AFT che delle UCCP. C'è chi, ispirandosi ad altri sistemi, le immagina grandi, chi invece piccole. Nell'interesse degli utenti e della Medicina Generale crediamo debbano essere di dimensioni contenute, in grado di adattarsi rapidamente ai cambiamenti strutturali del sistema e alle richieste di presa in cura degli utenti. Riteniamo accettabile e pensabile che le dimensioni maggiori delle UCCP-AFT debbano essere ponderate per consentire una reale interazione tra i mmg che ne facciano parte e gli specialisti di riferimento,



per primi ma non solo, credendo che altre figure professionali ne debbano fare parte. Una équipe infatti diventa tanto più performante quanto più i rapporti di conoscenza tra i vari attori si strutturano e divengono rapporti di fiducia e di stima. Grandi dimensioni delle AFT/UCCP rendono difficile adeguare il servizio al territorio e contestualmente ne diminuiscono la capacità di lettura delle necessità.

Grandi dimensioni rendono più difficile condividere comportamenti comuni e di conseguenza riducono la capacità di indirizzo. In un contesto di questo genere è evidente che a fronte di regole e mandati condivisi il coordinamento delle attività di queste strutture debba essere a carico della Medicina Generale, in considerazione della sua posizione e ruolo, eventualmente con il supporto di società/cooperative di servizio. Tutto da costruire il nesso tra AFT ed UCCP, ma quanto più questo sarà saldo, tanto più saranno tutelati anche i colleghi che lavorano in studi singoli, in un sistema futuro della gestione della cronicità che, in modo più o meno palese, tenta di sottrarre fasce di popolazione e aree di competenza alla Medicina Generale.

una più accurata ed approfondita formazione nella tecnologia diagnostica. Crediamo di essere autorizzati, visti i contenuti programmatici della legge 158 (Decreto Balduzzi) e la recente fioritura e presentazione dei diversi "Modelli per la assistenza alle malattie croniche". Le varie Scuole dovrebbero avere il coraggio di integrare ed allargare il modello consolidato bio-psico-sociale della Medicina Generale, così come lo abbiamo costruito, esercitato e declinato, anche in termini epistemologici in questi decenni e prendere in considerazione non l'opportunità, ma la necessità vitale di fornire capacità gestionali ed interpretative di strumentazione diagnostica che aprirebbero vitali gradi di autonomia per i futuri Medici di Medicina Generale e consentirebbero alle Cure Primarie di occuparsi realmente (non solo "to care" ma anche "to cure") delle malattie croniche con responsabilità centrale al e per il Sistema Sanitario. Per fare questo non c'è necessità di alcun nuovo strumento di indirizzo o legislativo; sarebbe indispensabile però una revisione o la tanto attesa promulgazione di quelli che chiameremmo, forse impropriamente, i regolamenti attuativi della legge 368 ed in particolare dell'articolo 26 della medesima. Proprio questo articolo apre dei margini di manovra ampi, se si vuole innovare, dal momento che le sole indicazioni che possiamo trovare, nei suoi diversi commi dedicati a tutti gli ambiti di Formazione dei Tirocinanti

del Corso, sono solo quelle di "attività clinica guidata". All'interno di questa generica indicazione possiamo, noi diremmo dobbiamo, concretizzare percorsi formativi, tanto rivolti alle competenze cognitive quanto a quelle pratico-applicative; se vogliamo rifarci ad una terminologia un po' obsoleta al "sapere ed al saper fare".

Lo sforzo maggiore dovrebbe essere duplice. Da un lato prevedere seminari di didattica mista, teorico pratica, dedicati alle tecnologie diagnostiche, oggi disponibili a costi contenuti sul mercato. Dall'altro, compito più delicato e difficile, quantificare come acquisire le competenze pratiche nei diversi ambiti clinici fino a dettagliare la tipologia ed il numero di test diagnostici da eseguire per essere in grado di padroneggiare a livello di base le suddette tecnologie, con l'obiettivo di differenziare quadri di normalità da quadri di patologia. Quest'ultimo compito dovrebbe essere perseguito anche tramite una stretta collaborazione con i responsabili dell'Attività Pratica delle diverse Scuole ed in particolare con i tutor ospedalieri, universitari e specialisti territoriali. Potrebbero essere quantificati, ad esempio, i numeri di esami oftalmoscopici, otoscopici, spirometrici, elettrocardiografici, ecografici ecc.. eseguibili durante i tirocini presso le strutture ospedaliere e/o ambulatoriali. La finalità non sarebbe quella di creare una generazione di Medici di Medicina Generale tuttologi, ma di favorire il raggiungimento di specifiche e

particolari competenze in ambiti scelti dai singoli professionisti: professionisti medici di Medicina Generale esperti. Le Cure Primarie potrebbero e dovrebbero realizzare un network di competenze da integrare al loro interno, nelle AFT, nelle UCCP, nelle Case della Salute, integrazione di saperi diversamente approfonditi, ma sulla base di un sapere comune ed identitario. È questo modello di Medicina Generale che dovremmo proporre ai Medici in Formazione, un modello nel quale sarebbero in grado di esercitare la leadership nell'assistenza territoriale. Non bisogna infatti dimenticare che, senza voler prospettare l'incremento prevedibile degli ambiti di competenza delle altre figure professionali sanitarie che si sono sviluppate negli ultimi anni, la sanità nel suo insieme può essere rappresentata come una torta. Le fette sono le aree cliniche e di specialità nelle quali operano il secondo e il terzo livello di assistenza e di cura, il cui taglio è simile a quello di una torta nuziale: il centro della torta, con un diametro maggiore o minore, è l'area di competenza e di attività della Medicina Generale. Quante più competenze e conoscenze specifiche si potranno acquisire, maggiori e più ampie saranno le aree di attività e di operatività della Medicina Generale nei diversi settori specialistici. Starà a noi ritagliarci, aumentandone il diametro, la porzione centrale della "torta nuziale" della sanità del futuro in Italia.

“
Le Cure Primarie potrebbero e dovrebbero realizzare un network di competenze da integrare al loro interno, nelle AFT, nelle UCCP, nelle Case della Salute, integrazione di saperi diversamente approfonditi, ma sulla base di un sapere comune ed identitario