



Premessa

Con questa nota, il Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG) intende dare il proprio contributo al dibattito pubblico aperto dal Ministro Maurizio Sacconi con il *Libro Verde sul futuro del modello sociale* rispetto alla ridefinizione del ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) in un sistema di Welfare positivo. Abbiamo estrapolato dal Libro Verde le domande riportate nei box.

Le prove dell'efficacia della Medicina Generale (MG), nell'ambito delle Cure Primarie, sono oramai molto ampie e coerenti^{1, 2}, ed hanno stimolato in diversi Paesi importanti investimenti nel settore. I Paesi con sistemi sanitari fondati sulle Cure Primarie e un'assistenza universalistica basata sui bisogni (anziché solo sulla domanda, sia pure moderata da co-pagamento), raggiungono migliori risultati in termini di salute a costi minori³. Analisi internazionali suggeriscono che la spiegazione sia da ricercarsi nella maggiore efficienza, tempestività di risposta, equità nell'uso delle risorse e nell'orientamento al paziente anziché alla patologia, il che accresce il gradimento dei cittadini⁴. In Italia, la MG rappresenta infatti il settore che incontra il maggiore gradimento da parte dei cittadini rispetto a tutte gli altri Servizi e componenti del Sistema sanitario.

Questa premessa chiarisce gli aspetti da preservare e proteggere anche nella MG italiana, la quale tuttavia ha bisogno di interventi di ristrutturazione e riorganizzazione per rispondere, in termini di efficienza oltre che efficacemente, alle sfide che i ben noti cambiamenti epidemiologici degli ultimi decenni richiedono oramai in modo ineludibile, e forse ancor più in Italia che altrove.

Come è possibile ridefinire il ruolo del MMG in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e di integrazione con gli altri segmenti del SSN?

Come coniugare la MG con le strutture del servizio sanitario in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'empowerment dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello di bene-essere?

Quali le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo, con processi attivi, nei complessi percorsi della rete dei servizi ?

1. Ruolo del medico di medicina generale

Il ruolo del MMG è ben identificato nella Definizione Europea della Medicina Generale/di Famiglia⁵ del 2002, recepito anche nell'Accordo collettivo nazionale che regola i rapporti tra MMG e Servizio Sanitario Nazionale. In questa Definizione, la MG è così descritta:

- a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- e) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- f) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- g) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- h) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- i) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;

¹ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.

² Atun R (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>).

³ De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, Van de Geuchte ML, Billings M. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: the literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network (2007).

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/primary_health_care_2007_en.pdf

⁴ Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet.* 2008; 372:1365-1367.

⁵ WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine). La Definizione europea della Medicina Generale/di Famiglia. Con il supporto e la cooperazione del WHO Europe Office, Barcellona, Spagna, 2002. http://www.csermeg.it/allegato/462_20071103-212815.pdf

- j) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- k) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

Molti di questi elementi sono già parte della cultura dei MMG italiani e sono integrati nel loro ruolo professionale. Va in particolare enfatizzato il ruolo fiduciario del MMG, da preservare mantenendo la libera scelta del paziente, la sua capacità di risposta flessibile e personalizzata, inclusa l'assistenza domiciliare (programmata, integrata o in favore di pazienti temporaneamente non ambulabili) e il suo essere luogo di primo contatto per tutti i problemi di salute (fatte salve alcune emergenze). Nella MG si tiene conto delle caratteristiche dei pazienti, tra cui l'invalidità, la fragilità e gli handicap che richiedono interventi diversi da quelli fattibili in persone normalmente abili.

2. Attività del medico di medicina generale

Riteniamo che non vadano affidate ad altre figure professionali le attività territoriali che possono essere svolte dai MMG, e nello stesso tempo che la MG debba riappropriarsi di competenze, inclusa la capacità di rispondere alla richiesta di prestazioni urgenti che ricadano nell'ambito delle sue possibilità, sgravando non solo i Pronto Soccorsi, ma anche i servizi specialistici di carichi impropri, con evidente vantaggio sulle liste di attesa, sulla continuità assistenziale e sulla congruenza tra la tipologia della domanda e la sede di risposta ai bisogni clinici.

Per tali scopi, ciò che deve essere sviluppato in Italia è quanto indicato nei punti b) e j) della suddetta Definizione, mediante:

- la realizzazione di team multiprofessionali nella MG ;
- l'assunzione da parte dei MMG di responsabilità professionali sulla salute della comunità.

Entrambi i punti sottolineano aspetti critici del ruolo e della responsabilità che i MMG debbono effettivamente assumere, sulla base delle prevalenze ed incidenze di patologie a maggiore impatto sociale, in termini di gravità, necessità di prevenzione e di risorse per il trattamento e monitoraggio nel tempo. Si tratta evidentemente delle diverse forme di cronicità, caratterizzate da fasi precoci, in cui si possono prevenire le complicanze, e fasi avanzate in cui condizioni patologiche gravi ed invalidanti richiedono una alta intensità assistenziale (inclusa la riabilitazione), che può essere realizzata anche e soprattutto sul territorio.

Accessibilità, continuità assistenziale ed integrazione con gli altri segmenti del SSN possono essere assicurati dalla MG solo con la creazione di team e gruppi multiprofessionali che permettano una efficiente suddivisione del lavoro e la presenza di un numero di figure professionali proporzionata alla domanda, agli effettivi bisogni ed alla qualità delle risposte che essa richiede, non ultima la capacità di guidare il paziente attraverso complessi percorsi assistenziali che coinvolgono anche servizi di secondo livello, nonché la gestione di pratiche amministrative pertinenti alla salute (dalle prenotazioni di visite, alle certificazioni e molte altre operazioni). Numerosi modelli sono stati proposti, come ad esempio quello delle Unità di Medicina Generale (UMG). Si tratta di strutture che possono essere realizzate in una sede unica oppure, laddove vi sia una dispersione della popolazione sul territorio, anche mediante una articolazione funzionale in sedi separate. Anche i medici di Continuità assistenziale (ex Guardia Medica) possono integrarsi in queste forme associative. La sostanza è che, per svolgere efficacemente il loro ruolo, i MMG hanno bisogno, di personale di segreteria ed infermieristico appositamente formato e alle sue dipendenze, a cui affidare tutte quelle parti del lavoro programmabile di assistenza e cura ai pazienti che non richiedono il diretto intervento del medico nel momento dell'erogazione della prestazione. Oltre a queste figure, se ne possono prevedere diverse altre (ad esempio terapisti della riabilitazione) anche in previsione di un potenziamento dell'offerta assistenziale, all'interno di un lavoro di équipe e sotto la responsabilità del MMG.

3. Programmazione delle attività

La programmabilità del lavoro, sulla base dei bisogni, delle morbilità, delle condizioni fisiche, psicologiche, sociali e personali di ciascun paziente, permette:

- modalità assistenziali fondate su risposte allo stato dell'arte per gli aspetti più strettamente clinici e che tengano conto delle implicazioni di costo-efficacia; questo richiede formazione continua, ma soprattutto responsabilizzazione professionale in termini di affidamento di competenze e verifica di processi ed esiti assistenziali, anche prevedendo incentivi basati sulla valutazione di indicatori specifici per la MG;
- modalità assistenziali che tengano conto non solo dei bisogni clinici (prestazioni diagnostico-terapeutiche) ma anche di quelli socio-assistenziali, in integrazione prima di tutto con i Distretti sanitari e le Comunità Locali, inclusa la capacità di guidare i pazienti – specie anziani, invalidi o con minori capacità socioeconomiche e culturali – nel corso di processi assistenziali complessi o protratti nel tempo, permettendo loro di mantenere un controllo su ogni atto che venga compiuto e sulle sue finalità, e ottenendo informazioni per compiere scelte informate;

- modalità assistenziali che introducano nella MG l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche di primo livello normalmente offerte in altri Paesi (ECG, spirometria, ecografia, piccola chirurgia, eccetera), anche sulla base di linee-guida, evitando l'improprio e più oneroso ricorso a servizi di secondo livello;
- modalità assistenziali basate sui bisogni effettivamente accertati dal MMG anziché meramente sulla domanda di prestazioni (che si centra notoriamente in modo eccessivo su quelle diagnostiche o farmacologiche, in modo spesso inappropriato rispetto alle effettive necessità);
- modalità assistenziali che differenzino ed articolino le risposte ai bisogni clinici sulla base non solo del sistema "a domanda" (come è ora quasi tutta l'attività della MG) ma anche di un sistema "proattivo" basato su modelli quali gli "ambulatori per problemi" (che implementano protocolli clinici, diagnostici, terapeutici e di follow up, anche con richiamo attivo dei pazienti che ne abbiano dato disponibilità e consenso, realizzando così una innovativa "clinica di popolazione", possibile solo nella MG). La ridefinizione del ruolo della MG si sostanzia soprattutto all'interno di questi servizi proattivi (destinati ai più comuni e rilevanti problemi cronici, in primis nell'ambito del rischio e delle patologie cardiovascolari, nel diabete e nelle patologie respiratorie). L'onere di gestione è sostenibile solo creando collaborazioni multiprofessionali all'interno di gruppi professionali. Anche servizi 'di popolazione' come questi, mantengono il carattere personalizzato dell'intervento, perché la separatezza è relativa solo alla modalità di offerta del servizio;
- modalità assistenziali che siano verificate e rendicontate da parte dei gruppi di cure primarie o UMG, rendendo possibile sia una puntuale verifica dei riferimenti delle pratiche clinico-assistenziali, sia un controllo dell'effettivo lavoro svolto e della sua qualità, anche sulla base di indicatori appositamente sviluppati⁶.

4. Condizioni essenziali per la realizzazione concreta di questi obiettivi sono:

- una modifica della struttura del compenso dei MMG, che deve prevedere una remunerazione collegata alla attività fiduciaria "quota capitaria" – fortemente progressiva per età degli assistiti – ed una remunerazione rapportata alla attività oraria, sulla base di quanto pattuito e retribuito dalle ASL in termini di servizi resi e di progetti-obiettivo sviluppati. Questo costituirebbe di fatto un forte incentivo all'impegno personale nelle singole UMG, e permetterebbe a molti MMG di occuparsi di attività per le quali occorre un tempo dedicato e protetto (turni di reperibilità su 12/24 ore, assistenza domiciliare, gestione condivisa delle urgenze, iniziative collettive di educazione sanitaria, formazione, attività di insegnamento e tutoraggio, ricerca, prestazioni diagnostiche per tutti i pazienti afferenti al gruppo, gestione del management e dei rapporti con ASL e Distretto, programmazione di interventi, valutazioni di qualità, rendicontazione periodica di attività, e così via). E' da notare che l'attuale sistema di pagamento dei MMG a sola quota capitaria penalizza automaticamente l'impegno e l'investimento nella propria attività, anche quando (come avviene di regola) non ne consegua un maggiore introito economico, mentre va preso atto del fatto che la concorrenzialità tra MMG non ha affatto incentivato la qualità professionale (la quota capitaria facilita semmai la collusione con la domanda);
- il riconoscimento di personalità giuridica ai gruppi così costituiti, perché la complessità gestionale, organizzativa e finanziaria dei team di professionisti medici associati deve prevedere adeguamenti normativi, dal punto di vista amministrativo e fiscale, che permettano alle Associazioni Professionali di darsi corpo e per poter separare l'onorario professionale dei professionisti dai costi di gestione. Solo se i team multiprofessionali hanno personalità giuridica possono essere in grado di acquisire finanziamenti sulla base del fabbisogno (per le spese di gestione e per i fattori produttivi) e dei progetti-obiettivo di sviluppo della assistenza e dei servizi forniti, di quantificare e ridistribuire ai MMG la remunerazione oraria e aggiuntiva sulla base della valutazione dell'impegno e delle attività svolte dai singoli MMG, di accedere al credito e di effettuare investimenti, di progettare concordare con le ASL e rendicontare in termini economici e di risultato i progetti di sviluppo;
- uno sgravio di burocrazia opprimente ed inutile (in primis di tipo certificativo), ma anche l'alleggerimento delle procedure prescrittive e impegnative, perché la MG è una risorsa del SSN (non di altri enti che se ne possano liberamente servire per propri scopi) il cui tempo ha un valore ed un costo per tutto il sistema e deve essere impiegato in attività produttive in termini di risposta a bisogni di salute e non di rispondenza ad oneri burocratici privi di valore aggiunto per le persone (e spesso anche per il Sistema stesso). La liberazione di risorse - anche solo di tempo - effettuata con la riduzione di inutili oneri burocratici equivale alla fornitura di risorse aggiuntive.

⁶ Si veda il contratto dei General Practitioners inglesi: "Investing in general practice: the new general medical services contract", ed in particolare l'Annex A "Quality indicators": www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4071966.

5. La rete dei servizi

I team multiprofessionali di MG – sia in una sede unica che in forma di articolazione funzionale – sono collegati in rete come conseguenza di un fisiologico sviluppo delle interazioni professionali.

6. La formazione

Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la MG, anche nella fase di formazione dei medici, e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in considerazione aspetti quali la capacità di relazione e di comunicazione?

La MG è da sempre l'ambito in cui la relazione medico/paziente è più sviluppata e adeguata alle effettive necessità dei cittadini (pazienti e non: l'attività si svolge anche nei confronti di soggetti sani, familiari di pazienti, persone che necessitano di informazioni, eccetera). Le capacità di relazione e comunicazione possono essere migliorate, tuttavia questo rappresenta attualmente una priorità solo nella formazione dei futuri MMG.

Le caratteristiche della domanda di cure territoriali alla persona (servizi a domanda e proattivi) sono del tutto peculiari e ad oggi non trovano una risposta soddisfacente nella formazione data dalle scuole mediche universitarie. A questo proposito, si ritiene che debbano essere previsti presso tutte le Facoltà universitarie di Medicina corsi di Medicina Generale obbligatori, per la formazione di base, affidati a MMG con idoneo curriculum professionale. Ricordando tuttavia l'assenza della MG dall'Università in Italia (caso più unico che raro in tutto il mondo), ne deriva che dagli eventuali docenti di MG non può attualmente essere preteso un curriculum scientifico paragonabile a quello richiesto per gli altri docenti universitari.

Per quanto attiene alla formazione specifica post-laurea, secondo le norme europee, le Regioni debbono continuare ad esserne responsabili, e debbono curare che gli aspetti relazionali e di empowerment del paziente costituiscano una delle competenze da sviluppare. Contenuti e metodi andrebbero coordinati a livello nazionale, dopo aver raccolto il meglio prodotto dalle diverse esperienze delle attuali scuole regionali⁷, in alcuni diversi casi di assoluta eccellenza e sviluppato anche con collaborazioni universitarie internazionali. Lo sviluppo di competenze nella MG, nella personalizzazione delle cure, nella clinica di popolazione, nel lavoro a rete di team, nell'organizzazione e gestione di un team multidisciplinare, nella ricerca e nella docimologia sono essenziali alla preparazione di un professionista che sia un vero e proprio specialista delle Cure Primarie, capace di contribuire allo sviluppo di una integrazione socio-sanitaria-assistenziale, caratterizzato da una offerta di interventi rivolti alla persona, ai gruppi e alla famiglia, a sostegno anche della fragilità e dello sviluppo di capacità individuali e di reti pure familiari.

Dato che la formazione specifica avviene anche mediante tutoraggio dei MMG in formazione, è utile la promozione di *teaching practices*, che si occupino di formazione con maggiore impegno, risorse e competenze, evitandone una eccessiva dispersione territoriale che non giova alla qualità della formazione, e assicurando il collegamento su scala più vasta (regionale, nazionale ed internazionale) per lo sviluppo dei programmi e per la maturazione della professionalità. C'è uno stretto legame tra la capacità di ricoprire ruoli nella formazione e la qualità del lavoro svolto nella propria attività, inoltre l'attività di tutoraggio e l'apprendimento che ne deriva è legata all'esempio che i giovani medici in formazione possono assimilare nell'osservare le pratiche professionali dei loro tutori e dei gruppi multiprofessionali in cui lavorano.

Infine, va detto che le condizioni in cui opera oggi la MG, per le scarse prospettive di sviluppo professionale e di carriera al suo interno, per la scarsa remuneratività in termini economici rispetto a qualunque altro settore professionale, e anche per l'emarginazione professionale e lo scarso prestigio di cui soffre in Italia, la rendono ben poco attraente per i giovani medici, che scelgono perciò altre carriere dopo la laurea. Si prevede infatti nel giro di pochi anni una drammatica carenza di MMG, analogamente a quanto sta accadendo in altri Paesi^{8 9}.

7. La ricerca

Quali sono le aree tematiche e applicative della ricerca biomedica da considerare come prioritarie?

Anche nella MG si può fare ricerca, e il Sistema sanitario ha impellente bisogno di ricerca condotta nelle Cure Primarie¹⁰. Per la massa di osservazioni e dati disponibili, di problemi affrontati ed emergenti, o che non trovano risposte allo stato delle attuali conoscenze, la MG è non solo il luogo in cui si trasferiscono ed implementano (più o meno razionalmente ed efficacemente) conoscenze prodotte in altri setting specializzati, ma anche il luogo in cui si possono produrre conoscenze originali e pertinenti alle cure primarie. In Italia vi sono già disposizioni che

⁷ Si veda ad esempio, tra le tante, l'esperienza della Scuola di Formazione in MG della Provincia di Trento. <http://www.scuolamgtn.it/>

⁸ The Impending Collapse of Primary Care Medicine and Its Implications for the State of the Nation's Health Care: A Report from the American College of Physicians. January 30, 2006. http://www.txpeds.org/u/documents/statehc06_1.pdf

⁹ Bodenheimer T. Primary Care — Will It Survive? *New Engl J Med*. 2006;355:861-864

¹⁰ De Maeseneer J, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003; 362: 1314-9.

permettono la ricerca e la sperimentazione clinica in MG¹¹, e non mancano importanti esempi in cui ciò è avvenuto¹² o sta avvenendo^{13 14}. Gli ambiti possibili di ricerca sono molti: a) clinical decision making; b) outcome research; c) indagini epidemiologiche; d) trasferibilità alle cure primarie dei risultati della ricerca condotta in altri setting assistenziali; e) sperimentazione clinica; f) sperimentazione di assetti e modalità organizzative per l'assistenza (anche incentivando le Regioni a promuoverla), la prevenzione ed il trattamento di patologie.

In ragione della radicale e differenziata riorganizzazione del sistema delle cure primarie, appare cruciale sottoporre a sperimentazione i nuovi assetti e le nuove modalità organizzative messe in essere per l'erogazione della assistenza.

8. Finanziamenti

L'onere economico richiesto da queste trasformazioni è rilevante, non può essere posto a carico dei medici, e richiede lungimiranza politica: va riorganizzata una parte del Sistema sanitario italiano, a cui afferisce ogni giorno oltre un milione di persone, ricevute solitamente da un medico privo di supporto infermieristico o segretariale, in una condizione inimmaginabile altrove. Tuttavia l'investimento può rendere in termini di salute e andrà inoltre detratto il risparmio prodotto dall'erogazione dell'assistenza sul territorio, più economica rispetto alle strutture specialistiche od ospedaliere, e capace di evitare le inefficienze ed i problemi causati da discontinuità assistenziali. Ma non si può dimenticare l'onere, anche economico, delle morbidità ed invalidità prevenibili con una migliore organizzazione della MG e con la sua responsabilizzazione nel documentare e rendere finalmente visibile il suo enorme lavoro, dopo aver ottenuto le risorse necessarie per svolgerlo al meglio.

Infine la medicina generale e l'area delle cure primarie possono dimostrarsi un originale motore di sviluppo sia sul piano economico che occupazionale che tecnologico e trainare la riorganizzazione dell'intero sistema sanitario del paese.

25/10/2008

CSerMEG

¹¹ Si veda il D.M. 10/5/2001.

¹² Collaborative Group of the Primary Prevention Project (PPP). Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: randomised trial in general practice. *Lancet* 2001; 387:89-95.

¹³ Studio Rischio & Prevenzione. <http://www.rischioeprevenzione.it/>

¹⁴ Si veda la rete di raccolta dati epidemiologici della Società Italiana di Medicina Generale: <http://www.healthsearch.it/>