

Ricreare la Medicina Generale per salvare il Servizio sanitario nazionale

Conoscenze, qualità, capacità e abilità espropriate, delegate o perdute dalla Mg vanno riedificate ripartendo da cinque requisiti fondamentali: campo di azione definito, specialità accademica, principi stabiliti, autorità e ricerca. Sarà una gestazione pluriennale ma la sola, che in questo periodo di enorme cambiamento, possa portare alla rinascita del Servizio sanitario nazionale

Giuseppe Maso

Past-President Società Italiana Interdisciplinare Cure Primarie (SIICP)

Non può esistere un qualsiasi sistema di erogazione delle cure equo e universale che non preveda la Medicina Generale (Mg) tra i suoi pilastri portanti. La Medicina Generale/Medicina di Famiglia (MdF), in tutto il mondo, viene definita come la specialità medica orientata a fornire una cura comprensiva agli individui e alle famiglie integrando le scienze biomediche, ambientali e sociali; una disciplina medica accademica che comprende l'assistenza sanitaria comprensiva, l'educazione sanitaria e la ricerca. È l'arte di applicare su vasta scala e contemporaneamente i risultati scientifici e tecnologici di tutte le altre discipline specialistiche. Per la Medicina Generale il problema essenziale non è mai parcellare e il globale è sempre essenziale. Questo enorme processo di sintesi si è rivelato, in assoluto, la più grande conquista dell'intera medicina moderna. La Mg, così come avviene per le altre discipline, per esistere e avere un ruolo all'interno di un qualsivoglia sistema sanitario deve avere un campo di azione definito, un insegnamento specialistico, dei principi stabiliti, autorità e produrre ri-

cerca. Proviamo ad osservare cosa avviene in Italia analizzando questi cinque requisiti fondamentali.

1. Campo di azione definito

La Medicina Generale è la specialità che si fa carico delle patologie frequenti. È ragionevole che le malattie non frequenti e rare siano inviate e concentrate presso strutture specialistiche che ne possono avere ampia esperienza. Le patologie più frequenti sono quelle che maggiormente incidono sullo stato di salute della popolazione, sulla spesa sanitaria e sulla struttura organizzativa di ogni sistema. Se, per essere affrontata, una patologia frequente richiede una tecnologia costosa o manovre particolari, deve essere delegata a un secondo livello di cura; se non ha bisogno di tecnologia o manovre particolari deve essere a carico della Medicina Generale. Questo è l'algoritmo che regola in tutto il mondo il livello di presa in carico di una patologia sia questa acuta o cronica. Diversamente da quanto comunemente si pensa il medico di medicina generale (Mmg) non è solo il medico che si occupa della gestione delle cronicità ma gioca

anche un ruolo essenziale nell'affrontare problemi di nuova insorgenza, spesso presenti in uno stadio precoce e indifferenziato.

Un'analisi condotta nel *setting* della Mg ha evidenziato che non vi è una netta prevalenza dei problemi di tipo cronico rispetto a quelli acuti: il 57% dei pazienti si presenta in studio per la gestione di una patologia cronica e il 43% per un problema di recente insorgenza. Per quanto riguarda le fasce di età di chi si rivolge al medico di medicina generale, la popolazione maggiormente rappresentata è quella dei soggetti di età compresa tra i 60-79 anni (37%), a seguire troviamo la fascia 40-59 anni (31%) e agli estremi si collocano i pazienti di età compresa tra i 12-39 anni e quelli ultraottantenni (ciascuno con una prevalenza del 16%). I pazienti con un'età superiore a 65 anni rappresentano complessivamente il 43% degli accessi totali e non costituiscono la maggioranza come comunemente si pensa. Per quanto riguarda il sesso le donne rappresentano il 53% degli accessi totali. Se analizziamo l'area disciplinare a cui appartengono i problemi che i pazienti manifestano vediamo che in cima alla lista svettano l'ortopedia

(21%) e la medicina interna (19%) con un netto distacco rispetto a tutte le altre; a seguire ritroviamo l'urologia (7%), la dermatologia (7%), l'otorinolaringoiatria (7%), la cardiologia (6%) e la neurologia (6%). Le altre aree nel loro insieme vanno a costituire il 27% dei casi.

Le invasioni. In Italia le varie discipline specialistiche si fanno carico sempre di più delle patologie che dovrebbero essere di pertinenza delle cure primarie. Esistono ambulatori per l'ipertensione, per il diabete, per la menopausa, per le malattie respiratorie, per patologie cardiologiche per le patologie psichiatriche, per le demenze ecc. Molte aree di intervento sono state espropriate alla Mg grazie alla introduzione di piani terapeutici o esenzioni dalla spesa sanitaria per malattie frequenti rilasciabili esclusivamente dallo specialista pubblico. Altre aree di intervento sono state invece delegate al secondo livello di cura (diventato il primo) per mancata formazione o per consuetudine; a differenza dei colleghi di altri Paesi, i Mmg italiani non affrontano più alcuna problematica ostetrico-ginecologica o pediatrica. Molto spesso anche le patologie acute vengono delegate e il numero di richieste di visite specialistiche così come gli accessi al Pronto Soccorso (Ps) sono in costante aumento. Il campo di azione della Medicina Generale non ha un'area propria e per questo la categoria di coloro che la esercitano è estremamente eterogenea.

2. Insegnamento specialistico

Nel nostro paese non esistono Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia. I medici di famiglia sono abilitati alla disciplina dopo aver frequentato un corso regionale di

Formazione specifica in Medicina Generale (Fsmg).

Il corso di Fsmg venne istituito per legge in Italia nel 1991, in attuazione della direttiva n. 86/457/CEE. Con tale decreto, per l'esercizio dell'attività di Medico Chirurgo di Medicina Generale, è necessario il possesso del titolo di Formazione specifica in Medicina Generale. L'evoluzione nel tempo del corso di Fsmg è caratterizzata principalmente da un aumento della durata complessiva della formazione: inizialmente biennale, il corso è attualmente triennale, e si contraddistingue dai corsi precedenti principalmente per un aumento della durata dei periodi di tirocinio presso lo studio del tutor di Mg e per l'introduzione del tirocinio in Ps, della durata di almeno 3 mesi.

I medici accedono al corso di Fsmg per concorso, bandito annualmente dal Ministero della Salute e gestito successivamente dagli Assessorati Regionali alla Sanità e Province Autonome, a cui è demandata anche l'organizzazione del corso. Per quanto riguarda la strutturazione del corso le direttive europee sono state recepite quasi fedelmente, limitandosi a definire i dettagli formali, senza delineare concretamente i contenuti, gli obiettivi didattici e le metodologie di insegnamento. Come conseguenza di ciò, sono oggi chiare e univoche su tutto il territorio nazionale le attività pratiche da svolgere e la loro durata, il totale del monte ore complessivo del corso e, di questo, la quota da assegnare rispettivamente alle attività pratiche e teoriche, ma manca ancora un'indicazione condivisa tra tutti i corsi Fsmg regionali in merito ai contenuti e alle competenze specifiche da acquisire, alle attitudini umane e professionali da promuovere e soprattutto man-

ca una riflessione profonda su quali metodologie formative e organizzative siano necessarie per raggiungere tali obiettivi.

Quindi, la grande libertà concessa agli Stati Membri dalla normativa europea si è tradotta in Italia in un'enorme variabilità di percorsi formativi. Ogni regione e provincia autonoma ha infatti dato vita ad un proprio corso di Fsmg che, come conseguenza dell'elasticità dei vincoli fissati, risulta molto diverso da quello gestito dalle altre regioni o province autonome. Si è creata dunque un'enorme offerta di corsi diversi, con un'importante variabilità anche nella qualità della formazione. Inoltre, sono poche le regioni che hanno istituito un centro regionale per la Fsmg, col risultato che la variabilità dei corsi, oltre che inter-regionale, si presenta anche a livello intra-regionale. I corsi regionali di Fsmg presentano un'importante eterogeneità ed esiste discrepanza fra i programmi di formazione e le effettive competenze che il Mmg dovrebbe mettere in atto durante la pratica ambulatoriale. Per raggiungere gli standard degli altri Paesi europei risulta essenziale la nascita anche in Italia dei Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia al fine di garantire anche a tale disciplina:

- la dignità e la nobiltà;
- un campo di azione definito;
- qualità e abilità specifiche;
- il metodo nella ricerca e nell'insegnamento;
- il rapporto paritario con le altre discipline;
- l'indipendenza dei docenti;
- la verifica dei titoli e della qualità dei docenti;
- i rapporti internazionali istituzionalizzati;
- lo scambio di metodologie di formazione e di ricerca;
- la creatività del setting;

- gli stimoli innumerevoli dalle altre branche;
- La possibilità di dare alle altre discipline il proprio patrimonio di conoscenze;
- il riconoscimento della propria originalità;
- le facilitazioni istituzionali quali biblioteche, mezzi didattici, ecc.

3. Principi stabiliti

Una disciplina che ha un campo di azione definito e un insegnamento specialistico ha dei principi che vanno soddisfatti. Per la Medicina Generale sono:

- Osservazione contemporanea di patologie diverse.
- Pazienti e patologie non selezionati.
- Facilità di accesso.
- Orientamento alla famiglia.
- Ruolo dell'ambiente nell'induzione della domanda.
- Continuità.
- Collaborazione.
- Rapporto personale.
- Presa in carico globale.
- Autonomia.
- Indipendenza.
- Coordinazione.
- Orientamento alla comunità.

Questi prevedono un ampio campo di preparazione su metodo clinico, organizzazione del lavoro, ottimizzazione dei servizi, strategia clinica, terapia e luoghi della professione. Il medico deve considerare il paziente nel contesto familiare, sociale e lavorativo.

4. Autorità

Hannah Arendt già nel lontano 1954 scriveva a proposito della crisi dell'autorità nel mondo occidentale: *"il sintomo più significativo, indice della profondità e gravità della crisi. È la diffusione della crisi stessa a set-*

tori prepolitici, quali la pedagogia e l'istruzione, nei quali l'autorità in senso lato era sempre stata accettata come una necessità naturale, richiesta tanto da esigenze di natura (quali l'incapacità del bambino a provvedere a sé stesso), quanto dall'esigenza politica di assicurare la permanenza di una civiltà nell'unico modo possibile: ossia offrendo ai nuovi venuti per nascita una guida attraverso quel mondo già formato al quale essi nascono stranieri." L'autorità non è né coercizione né persuasione, *"il rapporto d'autorità tra chi decide e chi obbedisce non si fonda né su ragioni convincenti né sul potere di chi decide; l'una e l'altra delle parti in causa hanno in comune la gerarchia stessa, che entrambe riconoscono giusta e legittima e nella quale entrambe hanno un posto fisso e pre-stabilito"*. La Medicina Generale senza un campo di azione definito, senza un insegnamento specialistico e senza dei principi chiari si ritrova, a differenza delle altre specialità, priva di autorevolezza riconosciuta. Autorevolezza inesistente nel mondo accademico e priva di autorità nei confronti delle altre specialità che la considerano subalterna. Il medico che frequenta i corsi di formazione regionale percepisce un compenso economico molto inferiore di quanto viene percepito dai colleghi in formazione specialistica accademica. La Medicina Generale spesso è priva di riconoscimento da parte dei pazienti stessi che percepiscono il *"medico di base"* come un mero esecutore di indicazioni specialistiche cui non riconoscere alcuna autorità decisionale sui piani di cura.

5. La ricerca

Una disciplina non esiste se non produce ricerca. Ogni specialità si attiva per produrre conoscenze

nuove e generalizzabili sui fenomeni che interessano la professione. I vuoti di conoscenza e i deficit organizzativi non possono essere colmati in altro modo se non con la ricerca e sappiamo che non esiste alcun fenomeno della medicina o dei sistemi sanitari che possano essere esclusi dalla Mg. Numerose sono pure le motivazioni extra-cognitive dell'attività di ricerca determinanti la figura degli appartenenti a una disciplina:

- Ristabilire curiosità ed interesse per il proprio lavoro.
- Affinare il senso critico e di osservazione.
- Acquisire metodologia di lavoro rigorosa.
- Aumentare il bagaglio culturale.
- Mantenere la dignità della disciplina.
- Occasione per fare audit.
- Sentirsi parte di una comunità.

Ma una disciplina che non ha un campo di azione definito e non è accademica non può produrre ricerca se non in maniera sporadica, mai in maniera sistematica.

► Conclusioni

In Italia il Sistema Sanitario Nazionale è in sofferenza, nessuna azione sarà in grado di ridargli forza e difenderlo se non quella di ricreare dalle fondamenta la Medicina Generale. Conoscenze, qualità, capacità e abilità espropriate, delegate o perdute dalla Medicina Generale vanno ricreate ripartendo da cinque requisiti fondamentali: campo di azione definito, specialità accademica, principi stabiliti, autorità e ricerca. Sarà una gestazione pluriennale ma la sola, che in questo periodo di enorme cambiamento, possa portare alla rinascita del Sistema Sanitario Nazionale.

Bibliografia disponibile a richiesta