

FULVIO FACCENDA

IL RUOLO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

1. Introduzione

Ritengo utile, per introdurre l'argomento, fare riferimento al concetto di Salute, nelle sue definizioni ed evoluzione negli ultimi decenni. Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità definì la Salute come "completo benessere fisico, mentale e sociale". Si tratta di una definizione "ambiziosa", che descrive una condizione di perfezione, un ideale verso cui tendere ma non certo le condizioni reali della maggior parte degli esseri umani. Nel 1984 l'OMS definì la politica della Salute come "processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute", dando così realistico risalto agli aspetti operativi ed agli impegni concreti per migliorare la qualità della vita umana.

La consapevolezza dei problemi connessi alle mutate condizioni demografiche, all'aumento dell'aspettativa di vita che comporta, quasi inevitabilmente, la convivenza per lunghi periodi con patologie croniche, ha portato alla nuova, seguente definizione di Salute: "capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive" (British Medical Journal 2011).

La gestione delle cronicità nella popolazione costituisce un fondamentale campo di applicazione del concetto di Alleanza Terapeutica in Medicina di Famiglia: il Medico di Medicina Generale (MMG) è certamente, sul territorio, un protagonista di continuità del Sistema Sanitario. Ciò rappresenta una sfida impegnativa sul piano organizzativo e culturale.

2. La risorsa tempo

L'impegno organizzativo fondamentale è costituito dalla gestione ottimale della "risorsa tempo" che non va dissipata per compiti burocratici e compilativi. Alleanza Terapeutica significa poter dedicare al singolo assistito il tempo necessario alla gestione di problematiche anche complesse

(in questa ottica non è certamente accettabile l'idea del MMG che si limita a "smistare" i pazienti ed i loro problemi ai vari specialisti): la gestione delle cronicità (darò poi esempi) è compito specifico del MMG ed il riferimento e la delega ai centri specialistici di secondo e terzo livello dovrebbe avvenire solo nelle condizioni in cui ciò sia necessario per la natura dei problemi, non perché il MMG non ha il tempo per affrontarli! Abbiamo l'impressione che anche la diffusione dell'informatica sia diventata emblematica della problematicità della gestione della risorsa tempo: l'uso del computer negli studi dei MMG ha certamente consentito di velocizzare operazioni ripetitive come la prescrizione di farmaci ed indagini diagnostiche, costituisce un formidabile strumento di archiviazione e di elaborazione di dati a scopo clinico e di ricerca, ma è percezione di molti colleghi che l'informatizzazione sia diventata anche strumento e pretesto per caricare i MMG di ulteriori e gravosi carichi burocratici con sottrazione di tempo, anziché risparmio, al lavoro clinico ed al rapporto personale medico-paziente.

Gestione delle pass-words, compilazione ed invio telematico dei certificati di malattia dei lavoratori dipendenti, dei certificati per le pratiche di invalidità, delle schede gerontologiche, delle schede diabetologiche, del report mensile delle prescrizioni effettuate, attivazione della posta elettronica certificata, controllo ed aggiornamento delle esenzioni dal ticket di compartecipazione alla spesa sanitaria degli assistiti sono "passatempi" del MMG, alcuni di recente creazione. Si aggiungeranno forse la ricetta elettronica e la compilazione di un fascicolo sanitario elettronico per ogni cittadino (sperimentato in alcuni distretti del Regno Unito ed accantonato anche per la contrarietà dei medici inglesi a trascorrere troppo tempo a lavorare con mouse e tastiera!). Non si vuole qui, ovviamente, esprimere contrarietà all'uso delle tecnologie informatiche in Medicina Generale ma solo la consapevolezza che il binomio informatizzazione/burocratizzazione ostacola l'alleanza terapeutica se impone al MMG di trascorrere più tempo nel suo rapporto con il computer piuttosto che con i suoi assistiti.

3. Alleanza terapeutica e gestione delle cronicità: opportunità per la medicina di famiglia

Si propone un modello di gestione delle cronicità che incentivi il MMG a gestire in prima persona le patologie di maggiore diffusione nella popolazione, attuando nei fatti l'ideale di alleanza terapeutica con i propri assistiti: il ricorso alle consulenze specialistiche dovrebbe costituire l'eccezione,

da riservare a situazioni di particolare complessità, non una consuetudine deresponsabilizzante. Sarebbero così ottenuti minori spostamenti dei pazienti, minore affollamento dei centri specialistici (che potrebbero dedicare maggiori energie ai casi più complessi) e certamente un risparmio di risorse.

Propongo come esempi paradigmatici la gestione del diabete mellito dell'adulto, della terapia anticoagulante orale nei pazienti con aritmia da fibrillazione atriale, dell'osteoporosi, che ritengo debbano rientrare pienamente tra le competenze professionali del MMG. Sarebbe interessante verificare la preferenza dei cittadini se il MMG fosse incentivato ad esempio ad organizzare delle giornate di ambulatorio con appuntamenti riservati a determinate patologie. Corollario di questo modello e condizione imprescindibile per l'alleanza terapeutica è il ritorno all'autonomia prescrittiva che è stata sottratta ai MMG con i cosiddetti "piani terapeutici" dei centri specialistici necessari, ad esempio, affinché i pazienti ottengano alcuni farmaci ed i presidi per l'autocontrollo del diabete.

L'alleggerimento del carico burocratico e la valorizzazione del ruolo clinico del MMG sul territorio costituiscono fondamentali presupposti per la concreta attuazione dell'alleanza terapeutica con i nostri assistiti.