

di **Paolo Tedeschi**

Nel novembre 2008, la rivista *The New England Journal of Medicine*, ha pubblicato una serie di articoli e poi ospitato una tavola rotonda sulle prospettive delle cure primarie. Lo spunto: la crisi delle cure primarie negli USA, le difficoltà di risposta ad un numero crescente di pazienti cronici, in tempi sempre più stretti, e con compensi inferiori agli specialisti.

Inoltre i professionisti devono aggiornarsi di continuo, smaltire adempimenti amministrativi, compensare deficit di coordinamento a livello di sistema: come dire, “tutto il mondo è paese”! Di conseguenza, il numero di medici diminuisce, aumenta il burn-out professionale e gli specializzandi guardano altrove. Thomas Bodenheimer[1], Allan Goroll[2], Barbara Starfield[3], e Katharine Treadway[4] — moderati da Thomas Lee[5], si sono dunque confrontati sulle possibili risposte per la formazione, l’esercizio della professione, la remunerazione e la gestione del cambiamento; il tutto alla vigilia di una probabile riforma del sistema sanitario annunciata dal nuovo Presidente degli Stati Uniti Barack Obama.

**La discussione**[6], ha poi alimentato un dibattito allargato, mediante un forum con 150 persone. Malgrado la prospettiva “molto americana”, il confronto potrebbe anticipare tendenze future anche per l’Italia...

### **Il coraggio di reinventare le cure primarie**

La letteratura americana degli ultimi 10 anni rifluisce di analisi critiche e proposte di revisione delle cure primarie, soprattutto alla luce dell’ormai ingombrante paradosso americano (ovvero il Paese in cui si spende di più in sanità, che genera molteplici innovazioni scientifiche e cliniche, ma che al contempo presenta risultati di salute pubblica mediocri). La tavola rotonda e gli articoli allegati parlano dunque apertamente della necessità di reinventare le cure primarie, affinché tornino ad essere “the best job in medicine”. Oggi invece i nuovi medici preferiscono le specializzazioni “procedure-oriented”, caratterizzate da conoscenze, attività e carichi di lavoro più focalizzati, mentre i pazienti vorrebbero medici che si dedichino a persone malate, e non solo a malattie. Il dibattito si articola lungo alcune direttrici: problemi attuali, sviluppo organizzativo, riforma del sistema remunerativo, strategia di cambiamento, rispetto alle quali sono necessari interventi di riequilibrio. In particolare, gli esperti concordano sulla necessità di:

1. **recuperare un ruolo dei medici di famiglia distintivo**, accanto ai pazienti in modo responsabile e continuativo (contrastando quindi la percezione che il mestiere richieda un sapere sconfinato, molto lavoro e scarsa remunerazione). Occorre intervenire sulla formazione medica di base per rovesciare la cultura della “15 minutes visit”,

rivalutando il senso di soddisfazione professionale che deriva dalla capacità di problem-solving dei bisogni socio-sanitari dei pazienti. Diventa dunque necessario agire su soldi, prestigio, stile di vita professionale. Siccome esiste evidenza sui benefici dei “*primary care-centered healthcare systems*” (vedi lavori di Barbara Starfield...), se non si trova il modo di combinare prevenzione, cure ai cronici, gestione delle relazioni con i pazienti, coordinamento con altri attori sanitari, gli USA sono destinati ad ulteriori peggioramenti degli indicatori di salute pubblica. Per dare un’idea, prevenzione e cure di routine per un panel medio di 2.300 pazienti americani comporta 18 ore di lavoro al giorno: non è quindi plausibile che sia un solo medico ad occuparsene.

2. **Supportare lo sviluppo organizzativo delle cure primarie:** come circondare i medici con altre professionalità e dotazioni strumentali (es. cartelle cliniche informatizzate, procedure assistenziali delegabili ad infermieri, ecc.) in grado di consentire una gestione attiva della “lista di pazienti”? Occorre transitare da una forma mentis medica individuale (“OK, oggi devo fare trenta visite da 15 minuti...”) ad un approccio multidisciplinare (“con l’aiuto del mio team, dedichiamo la giornata a migliorare lo stato di salute ed i bisogni dichiarati dal panel dei nostri pazienti, contattandoli e gestendo le priorità”). Ciò significa che un medico potrebbe anche vedere solo 10 pazienti al giorno, ovvero quelli che hanno veramente bisogno di un clinico. Alcune possibili implicazioni: sviluppare sistemi di “pre-visita”, “visita”, “post-visita” e di “inter-visite” (es. i pazienti hanno capito come comportarsi con le cure? Negli USA il 50% sembra di no...); riallocare internamente le risorse disponibili (da finanziamento per prestazioni a margini manovrabili all’interno di sistemi di cure primarie).
3. **Perseguire quattro principi organizzativi:** la capacità di analizzare i bisogni dei pazienti in carico, la completezza del portafoglio di servizi, l’accessibilità e continuità assistenziale. Due gli obiettivi finali: qual è il problema del paziente? Ci sono stati miglioramenti? La delega di funzioni ed attività ad altre figure serve dunque a liberare l’agenda dei medici affinché possano presentarsi al letto di un proprio assistito in ospedale o a casa (es. dopo una mastectomia), oppure chiamarlo per sapere come va (dopo un primo ciclo di chemio). Siccome delegare per diversi professionisti non è semplice, si ritiene che i team debbano essere al massimo di 6-8 persone, meglio se composti da diadi di 2 (es. medico ed infermiere, o assistente medico), con cui il paziente può entrare facilmente in sintonia.
4. **Rivedere il sistema remunerativo:** i differenziali tra medici di famiglia e specialisti (che in USA sono penalizzanti per i primi) devono essere cambiati superando, da un lato, il limite di tariffa per prestazioni o singole visite (sistema attuale), ma evitando al contempo le cadute di produttività (dovute ad uno scambio generalizzato, al crescere

della retribuzione, tra qualità di vita lavorativa professionale e minor numero di pazienti). Deve passare il principio che chi fa un lavoro migliore (es. gestione delle comorbidità, maggiore accessibilità, prevenzione e cure per i cronici, ecc.), viene pagato meglio. In particolare occorre remunerare risultati di salute intermedi (es. livelli di emoglobina glicosilata, pressione arteriosa, livello funzionale di un paziente cronico, ecc.) e non semplici procedure o accessi assistenziali (es. assistenza domiciliare). Bisogna inoltre fornire le risorse necessarie, un bonus variabile pari al 25% della retribuzione (es. non per impiantare cateteri, ma per gestire il rischio cardiovascolare), ponderando rischi e capacità di essere costo-efficaci; il sistema remunerativo deve quindi prevedere una parte di quota capitaria per compensare molteplici attività operative ed amministrative, nonché per gestire eccezioni e pazienti problematici o emotivi.

5. **Affrontare il malessere professionale non solo in termini finanziari, ma anche di prestigio medico.** Al riguardo occorre un approccio in grado di combinare “evoluzione con rivoluzione” (es. incentivi per riorganizzare l’attività - con tecnologie informatiche, lavoro di gruppo - allo scopo di accedere a pagamenti incrementali per risultati e risposte alle richieste dei pazienti). Il processo di trasformazione richiede inoltre supporti da parte di medici innovatori, consulenze gestionali, coinvolgimento di pazienti. La rivitalizzazione delle cure primarie è anche questione di orgoglio, creatività e flessibilità professionale. I medici devono imparare che il supporto di personale infermieristico, terapeutico e amministrativo, non comporta la perdita del paziente, quanto semmai una gestione più completa dei suoi problemi, anche in luoghi non tradizionali (es. ambulatori presso centri commerciali). In sostanza il sistema sanitario deve consentire ai medici di orientarsi sui pazienti più complessi, anziché preoccuparsi del guadagno, delle telefonate non risposte, delle analisi mediche non lette, di modo da poter tornare a casa soddisfatti per aver fatto la differenza nella salute dei propri pazienti.

Nella ricorrenza dei 200 anni di Charles Darwin, è quindi opportuno tenere presente che le “specie che sono sopravvissute non sono le più forti o intelligenti”, bensì quelle che hanno saputo cambiare adattandosi a nuovi contesti ed esigenze.

**L’articolo allegato alla tavola rotonda di Roland, *Lessons from the UK*[7], propone ulteriori spunti.** Infatti la presenza di un unico terzo pagante (il National Health Service appunto), la scelta di fare delle cure primarie l’asse portante della sanità pubblica, l’introduzione di programmi di miglioramento della qualità assistenziale, di delega ad infermieri delle cure di routine ai malati cronici e, da ultimo, di un sistema di misurazione e remunerazione integrativa per risultati (il pay-for-performance addizionale dal 2004 rispetto

alla quota capitaria ponderata), costituiscono scelte di sistema precise che hanno anche bilanciato i rapporti di forza all'interno delle categorie mediche (oggi, in media, un *general practitioner* inglese guadagna più di uno specialista; non era così 10-15 anni fa). Malgrado il rischio di perdita di contatto dei medici con i pazienti (in parte compensabile con cartelle cliniche condivise tra professionisti), di continuità assistenziale (avendo rinunciato a questo ruolo nel 2004), elementi quali la registrazione dei pazienti e l'accesso universale agli 8.500 gruppi di cure primarie, rappresentano aspetti di interesse anche per il caso americano, soprattutto alla luce dei miglioramenti ottenuti negli outcome di salute rispetto al passato.

**E l'Italia?** È meglio che non si sieda sugli allori o su differenze strutturali (es. disponibilità in eccesso di personale medico, diffusione capillare di medici di famiglia e pediatri), in quanto lo scenario è destinato a cambiare. È semmai raccomandabile che i vari portatori di interessi (Politica, Ministero e Regioni, Sindacati, Società scientifiche, Università, Associazioni dei pazienti, ecc.) convergano su una visione comune per il futuro delle cure primarie, in grado di definire obiettivi, ruoli e risorse, evitando invece le difese di "rendite di posizione" (tanto nel territorio, quanto in ospedale), provincialismi, livelli remunerativi disallineati rispetto a responsabilità di risultato, autoreferenzialità professionali in antitesi ai veri interessi dei cittadini, soprattutto di quelli malati. Altrimenti il rischio è che, proprio come sta avvenendo nelle cure primarie di alcune zone della "civilissima" Gran Bretagna, altri attori portatori di interessi privati interpretino meglio i bisogni dei pazienti sviluppando vantaggi competitivi incentrati su servizi alla persona, dapprima integrativi dell'assistenza pubblica (occupando "vuoti di mercato" in zone disagiate), ma un indomani anche potenzialmente sostitutivi sulla base di una crescente legittimazione sociale. E si sa che il mercato (es. assicurativo, di servizi, ecc.), soprattutto in tempi di crisi, non chiede altro che di potersi espandere in ex-monopoli naturali...

### **Risorse**

La discussione: Thomas HL, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K.

**Perspective Roundtable: Redesigning Primary Care** è consultabile on-line sul sito del New England Journal of Medicine. [[Video](#)]

### **Note e bibliografia**

1. Thomas Bodenheimer è Professore del Centro di eccellenza nelle cure primarie presso il Dipartimento di Medicina di famiglia e comunità, della University of California, San Francisco.
2. Allan Goroll è Professore di Medicina presso la Harvard Medical School ed il Massachusetts General Hospital, Boston, e Presidente della Massachusetts Coalition for Primary Care Reform.

3. Barbara Starfield è Professore di management e politica sanitaria presso la Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore.
4. Katharine Treadway è Membro della Faculty della Harvard Medical School e del Dipartimento di Medicina del Massachusetts General Hospital, Boston.
5. Thomas Lee è Medico di famiglia, Presidente del network Partners HealthCare System a Boston, e Associate editor della rivista.
6. La discussione: Thomas HL, Bodenheimer T, Goroll AH, Starfield B, Treadway K. **Perspective Roundtable: Redesigning Primary Care** è consultabile on-line sul sito del New England Journal of Medicine. [[Video](#)]
7. Roland M. [Lessons from the U.K.](#) N Engl J Med 2008; 359:2087-2092