

di **Alessandro Bussotti**



La maggior parte dei pazienti che si presentano dal medico di famiglia ha problemi multipli, complessi e interagenti - fisici, psicologici e sociali, non sempre misurabili. Il ruolo “chiave” delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l’assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione del ambiente e delle capacità del singolo paziente.

In Inghilterra, dal 2003, è stato introdotto un sistema di remunerazione dei medici di famiglia (*General Practitioners* - GPs) ispirato al principio del *Pay for Performance*, basato sul raggiungimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia clinica, capacità organizzativa e di soddisfazione degli assistiti, denominato *Quality and Outcomes Framework* (QOF) - [vedi post di Lorenzo Roti](#). Il sistema è centrato sulla valutazione dei risultati clinici relativi a una serie di malattie croniche tra cui diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ictus, ipertensione, asma, epilessia, BPCO. **La scelta delle malattie incluse nel QOF discende dalla misurabilità e dai benefici attesi in termini di salute sulla base delle evidenze scientifiche. La remunerazione è legata alla proporzione di pazienti, arruolati all’interno dei differenti registri di patologia, per i quali sia stato raggiunto un determinato obiettivo di processo (es: assidua e regolare misurazione della pressione arteriosa) o di risultato (es: pressione arteriosa all’interno di determinati parametri). L’iniziativa ha registrato un indiscusso successo giacché gli obiettivi sono stati largamente raggiunti; inoltre **questa strategia ha consentito di ridurre i livelli di disegualianza - dovuta alla condizione socio-economica - nell’accesso alle cure e nel controllo delle malattie**, come testimoniano due paper pubblicati su *Lancet* e *BMJ*. Il post di L. Roti riporta anche il commento di Barbara Starfield, critico sul fatto che il QOF sia concentrato massimamente sugli interventi medici (diagnostici, terapeutici e in misura minore di *follow up*) senza provare a misurare e premiare quello che nelle cure primarie è un aspetto fondamentale della **relazione terapeutica**, ossia la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e sulla continuità delle cure.**

Su questo specifico punto torna il BMJ con un articolo di Iona Heath (Gp) e altri tre autori (professori di *General Practice* e *Family Medicine*), intitolato **“Qualità nelle cure**

primarie: un approccio multidimensionale alla complessità” [1].

La qualità delle cure primarie - premettono gli autori - dipende dall'integrazione dell'assistenza verticale e di quella orizzontale. La **“vertically oriented care”** riguarda la gestione di specifiche malattie dall'assistenza primaria a quella terziaria, mentre la **“horizontally oriented care”** si basa sull'integrazione dell'assistenza intorno ai bisogni dell'individuo e su una strategia che dà priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione. In questo modo le misure della qualità delle cure primarie devono riflettere entrambe le dimensioni. **Un'eccessiva enfasi sull'assistenza verticale può migliorare specifici outcome, ma può anche avere delle involontarie e negative conseguenze, come la frammentazione dell'assistenza e il peggioramento della qualità complessiva delle cure.**

La maggior parte dei pazienti che si presentano dal medico di famiglia ha problemi multipli, complessi e interagenti - fisici, psicologici e sociali. Tuttavia - si legge nel *paper* - gran parte delle evidenze scientifiche su cui si basano le misure di qualità della gestione delle singole malattie escludono esplicitamente i soggetti con comorbidità. Quando questi pazienti sono visitati da molteplici specialisti, ciascuno dei quali ha competenze specifiche in una singola patologia, la somma delle raccomandazioni può essere o contraddittoria o eccessivamente pesante per il paziente. **Il ruolo “chiave” delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l'assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione del contesto e delle capacità del singolo paziente.**

Valutare la qualità nelle cure primarie è anche più complesso perché queste si basano sul **lavoro di un team multidisciplinare**, dove ogni membro contribuisce al risultato finale e dove l'interazione tra i diversi membri produce il successo, o anche l'insuccesso, del processo assistenziale. Va aggiunto che il lavoro di questo team avviene in un contesto dove operano molteplici discipline, specialità e agenzie esterne. La qualità delle interazioni con queste diverse realtà, con le organizzazioni della comunità, è un importante aspetto del successo delle cure primarie.

Riferendosi al sistema d'incentivazione QOF recentemente introdotto in Inghilterra, gli autori affermano: **“Non sappiamo se il sistema migliorerà la salute della popolazione inglese, ma appare probabile che la gestione di pazienti con patologie come diabete e scompenso cardiaco migliorerà. Tuttavia sono da aspettarsi effetti perversi, importanti e difficili da quantificare. Ciò include il sovratrattamento delle condizioni monitorizzabili e la ridotta attenzione a problemi non monitorizzabili, ma non per questo meno importanti per il paziente”.**

Questo punto va sottolineato. Nonostante si continui a pubblicizzare il gran numero di malati cronici non seguiti o comunque non adeguatamente trattati, in realtà si tende a sottovalutare il problema del sovratrattamento di una sempre maggior quantità d'individui, che sono in genere quelli più facilmente raggiungibili e più sensibili agli inviti a un corretto stile di vita e a una buona *compliance* farmacologica. Tutto questo non sempre comporta un miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita: basti pensare alla vicenda del PSA (indicatore del tumore della prostata), che, nonostante le ormai numerose prove che ne sconsigliano l'uso come screening, continua a essere prescritto e a provocare prostatectomie spesso superflue [2,3].

La qualità delle cure primarie - sostengono gli autori - deve essere valutata e calibrata a molti, differenti livelli: il livello dell'implementazione di linee guida basate sull'evidenza; il livello dei bisogni, dei valori e delle priorità del singolo paziente; il livello della famiglia e della comunità coinvolta nell'assistenza e nel supporto di quel paziente; differenti livelli di popolazione; e, infine, il livello complessivo del sistema sanitario, dove l'accessibilità e l'equità diventano i criteri fondamentali. **Un'eccessiva attenzione a un solo livello può impedire il raggiungimento della qualità ad altri livelli e della qualità complessiva.**

Queste riflessioni sono attuali anche in Italia, dove si stanno introducendo sistemi di remunerazione dei medici di medicina generale (MMG) basati sul *Pay for Performance*. È necessario individuare un sistema di indicatori che valorizzi la **relazione col paziente** e tenga conto del **lavoro multidisciplinare**.

Tutto questo potrebbe far diminuire il rischio che sta correndo la Medicina Generale italiana di finire in quella “*hamster health care*” citata da Roti: in effetti già ora molti MMG sicuramente si sentono come il famoso criceto che gira sempre più veloce nella ruota, producendo pochi risultati per la fatica spesa: l'uscita dalla gabbia ed il conseguente abbandono dell'attività insulsa della ruota (origine probabilmente di molto del *burn out* che affligge i MMG) potrebbero forse essere favoriti proprio da un ripensamento della loro attività.

D'altra parte **una riduzione e una redistribuzione del carico di lavoro attuale** è indispensabile in vista della modifica radicale dell'approccio alle malattie croniche, che, anche se con l'aiuto indispensabile di altre figure professionali, impegnerà moltissimo i MMG nei prossimi anni.

La critica del QOF e, più in generale, dei parametri di valutazione “verticali” non deve far però dimenticare che una valutazione analitica e quantitativa dei risultati del lavoro dei

MMG in Italia è ancora in una fase assolutamente preliminare ed è sicuramente indispensabile. **Solo dopo avere avuto a disposizione i risultati che ora iniziano ad avere i GP inglesi e dopo aver ridotto le eccessive variabilità di comportamento che affliggono la Medicina Generale italiana, potremo cominciare ad avventurarci nello studio e nella valutazione degli aspetti più caratteristici delle Cure Primarie, iniziando a costruire una cultura ed una ricerca che non sia idealmente dipendente da quella specialistico-ospedaliera.**

Bibliografia

1. I. Heath, A. Rubinstein, K. C Stange, and M.L van Driel. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009;338, 911.
2. Fritz H. Schröder et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.
3. Gerald L. Andriole, et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-9.