

Gavino Maciocco



I *primary care physician* devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure inappropriate, ed aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza spendere enormi quantità di risorse.

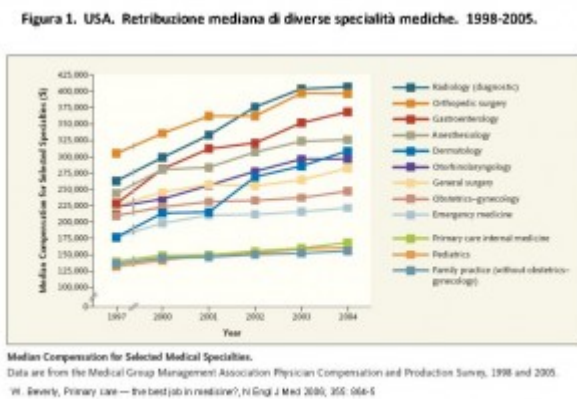
Il primo allarme è stato lanciato dal *JAMA* nel 2002, con un serie di articoli dedicati al tema "Innovation in Primary Care", il cui primo contributo[1] si concludeva così: **"Un sistema di cure primarie è essenziale, ma, per sopravvivere e rifiorire, le cure primarie devono cambiare drasticamente. Per usare le parole di Donald Berwich: 'Noi stiamo portando l'ambulatorio del 19° secolo nel 21° secolo. E' ora di mandarlo in pensione' "**. I motivi della crisi erano da ricercare soprattutto nell'incapacità della disciplina di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni assistenziali, in particolare quelli collegati alle malattie croniche, garantendo *comprehensiveness & accountability*, che significa dare risposte assistenziali articolate e complesse, dalle vaccinazioni e gli screening agli interventi proattivi nel campo del diabete e dello scompenso cardiaco, utilizzando sistemi oggettivi di valutazione dei risultati, e presidiando *coordination & continuity*, mettendo al centro degli interventi il paziente.

Sullo stesso tema torna nel 2004 il *New England Journal of Medicine* con un articolo dal titolo "The Future of Primary Care Medicine"[2] che ribadisce la necessità di un cambiamento di rotta nel campo della gestione delle malattie croniche da parte delle cure primarie: **"Se questi cambiamenti non avverranno - e non avverranno in fretta - la pratica della *Primary Care Medicine* sembra destinata a diventare campo d'azione degli infermieri e di altre professionalità non mediche"**.

Il *New England Journal of Medicine* nel 2006 dedica l'editoriale alla domanda **"Primary Care - Will it Survive? [3]**. La disciplina è a rischio d'estinzione a causa della disaffezione dei medici (eccessivo carico di lavoro, insufficienti compensi, se confrontati con quelli di altri specialisti - **Figura 1**): i neolaureati disertano sempre più le scuole di specializzazione

in *Family Medicine* (nel 2005 solo il 41% dei posti disponibili è stato ricoperto - **Figura 2**); ancora più preoccupante è la tendenza degli specializzandi in medicina interna a privilegiare la carriera di sub-specialisti o di hospitalist, rispetto a quella di generalista (altra figura di medico impegnata nelle cure primarie): nel 1998 oltre il 50% degli specializzandi si indirizzava verso il ruolo di *primary care physician*, nel 2005 solo il 20%, **Figura 3**.

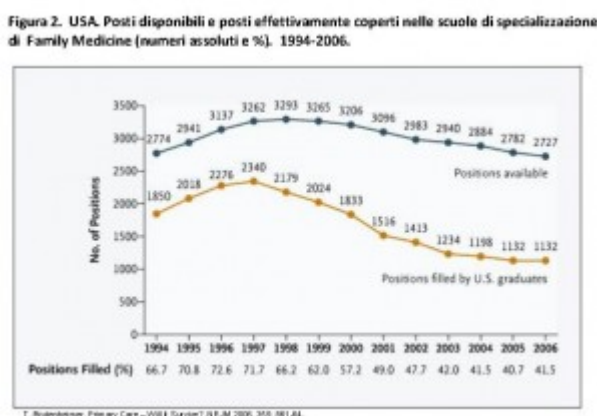
Figura 1. USA. Retribuzione mediana di diverse specialità mediche. 1998-2005.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: Beverly W. Primary care — the best job in medicine? N Engl J Med 2006; 355: 864-5.

Figura 2. USA. Posti disponibili e posti effettivamente coperti nelle scuole di specializzazione di Family Medicine (numeri assoluti e %). 1994-2006.

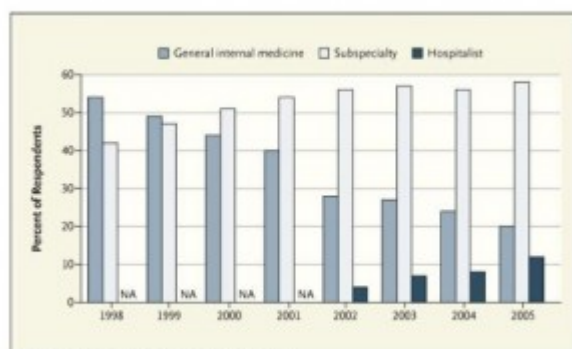


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: [3]

Figura 3. USA. Proporzioni di specializzandi di medicina interna al 3° anno che scelgono la carriera di generalisti, sub-specialisti e hospitalist. Anni 1998-2005

Figura 3. USA. Proporzioni di specializzandi di medicina interna al 3° anno che scelgono la carriera di generalisti, sub-specialisti e hospitalist. Anni 1998-2005



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: [3]

La questione del ruolo delle cure primarie all'interno del sistema sanitario americano torna con forza dopo la riforma Obama, approvata dal Congresso lo scorso marzo.

La ragione è evidente per due fondamentali motivi:

1. A partire dal 2014 e negli anni a venire, una platea di **circa 32 milioni di americani** uscirà dalla condizione di "non-assicurato" e dovrà affidarsi alle cure di un *primary care physician* (attualmente solo un'esigua minoranza di "non assicurati" si rapporta stabilmente con un medico di famiglia);
2. Il governo americano con la recente riforma punta a contenere la spesa sanitaria, a **ridurre i larghi margini di inappropriatazza, di iniquità e di inefficienza che affliggono la sanità USA**, a migliorare gli outcome di salute della popolazione, contrastando in particolare la diffusione delle malattie croniche (in primis obesità e diabete); tutti obiettivi destinati a fallire senza il supporto di un solido sistema di cure primarie, come evidenziano recenti articoli pubblicati su *Health Affairs* e *JAMA*.

Health Affairs, la più importante rivista USA di politica sanitaria, dedica il numero monografico di maggio 2010 a "Reinventing Primary Care". **Uno degli articoli della**

monografia[4] invita il governo a potenziare la rete delle cure primarie raddoppiando gli investimenti, portando la percentuale della spesa per questo settore al 10-12% delle spesa sanitaria totale; una proposta condivisa dall'agenzia governativa *Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC)[5] e da altri centri di ricerca (come il *Patient-Centered Primary Care Collaborative*[6] che - sulla base di esperienze realizzate in varie realtà del paese - sostengono che l'incremento della spesa in cure primarie è da una parte controbilanciato da risparmi derivanti dalla riduzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza e dei ricoveri ospedalieri e dall'altra accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

L'editoriale di *JAMA* del 21 aprile 2010 ("The Primary Care Physician and Health Care Reform"[7]) mette in evidenza una forte contraddizione: molti studi, tra cui numerosi confronti internazionali, dimostrano l'utilità e i benefici della *Primary care*, ma negli USA è sempre più difficile convincere i medici neo-laureati a iscriversi a una scuola di specializzazione che forma *primary care physician* (ovvero: medici di famiglia, pediatri, internisti generalisti). L'articolo conferma i dati del *New England Journal of Medicine* del 2006: **nel 2010 solo il 44% dei posti di *Family medicine* è stato ricoperto**; un po' meglio è andata per gli internisti generalisti (54%) e per i pediatri (70%). Il motivo di questa disaffezione è essenzialmente economico: **il salario medio annuale di un *primary care physician* è intorno ai 200 mila dollari, contro i 350 mila di un dermatologo**. Questo è il momento delle scelte, sostiene *JAMA*. Si può decidere di non fare niente, ma allora è certo che il numero dei *primary care physician* continuerà a declinare, con serie conseguenze per la tenuta del sistema sanitario americano. **L'alternativa è convincere il 50% dei neo-laureati a percorrere la carriera del *primary care physician*, annullando il gap salariale tra questa disciplina e le altre specialità.**

Ma ciò non è sufficiente. E' necessario anche incidere sulla formazione e sui livelli di responsabilità di questi medici. "I *primary care physician* - affermano gli autori - devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure chirurgiche e radiologiche inappropriate, e aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza la spesa di enormi quantità di risorse".

Tutto ciò servirà a convincere i giovani medici a scegliere la carriera di *primary care physician*? Oppure il fascino delle moderne tecnologie catturerà comunque le loro menti e i loro cuori? E' impossibile dare una risposta, una cosa però è certa: "se il gap salariale non sarà colmato e se il ruolo dei *primary care physician* non sarà rafforzato, c'è poca speranza che il sistema sanitario possa fornire un'assistenza di alta qualità, a un costo sostenibile, per la popolazione americana".

Bibliografia

1. Grunbach K, Bodenheimer T. A primary care home for Americans. JAMA 2002; 288: 889-93.
2. Whitcombe ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. N Engl J Med 2004; 351:710-12.
3. Bodenheimer T. Primary Care - Will it Survive? N Engl J Med 2006; 355: 861-64.
4. Phillips RL, Bazemore AW. Primary Care and why it matters for US health system reform. Health Affairs 2010; 29-5: 806-10.
5. Medicare Payment Advisory Commission. Accountable care organizations. Chap. 2 in: Report to the Congress: Improving incentives in the Medicare program. Washington (DC), 2009.
6. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Evaluation /evidence of PCMH. Washington (DC), 2009.
7. Brook RH, Young RT. The Primary Care Physician and Health Care Reform. JAMA 2010, 303: 1535-6.