

## Riflessione sul sistema delle Cure Primarie nel nostro Paese

a cura della Società Italiana Telemedicina e Sanità Elettronica  
e della Società Medica Interdisciplinare Promed Galileo

Le Società Medico-Scientifiche che hanno sottoscritto il presente documento intendono proporre, in spirito costruttivo e collaborativo, una profonda riflessione alla comunità medico-scientifica, agli ordini professionali, ai decisori istituzionali, alle associazioni dei malati ed ai cittadini, sul sistema delle Cure Primarie nel nostro Paese, sistema di cure che interessa non solo i medici del territorio, ma tutti gli operatori sanitari ed i cittadini in senso lato, stimolando un dibattito che, riteniamo, dovrebbe riguardare l'intera pubblica opinione.

I sistemi sanitari più efficaci, efficienti ed equi, si basano su un forte ruolo delle cure territoriali pubbliche o con un accesso "aperto", articolate in vario modo a seconda dei diversi Paesi. In Italia le cure territoriali riconducibili al sistema sanitario pubblico si fondano sulla pediatria di libera scelta, sulla medicina generale, comprendente a sua volta l'assistenza primaria, la continuità assistenziale e l'emergenza territoriale, sulla specialistica convenzionata, sulle strutture accreditate ed i distretti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali. Alcuni segnali derivanti da una serie di norme e provvedimenti, recentemente annunciati od emanati, ci fanno ritenere che nell'organizzazione della medicina territoriale sia in atto un suo profondo cambiamento, tale da poter modificare il rapporto tra i cittadini ed i vari operatori sanitari che esercitano sul territorio.

Attualmente il cittadino/paziente necessita ancora di un solido riferimento professionale indipendente ed autonomo per poter trovare il percorso di cura più adatto. Oltre all'appropriatezza scientifica, la cura si fonda soprattutto sul rapporto personale medico-paziente e sull'esperienza professionale del curante per adattare al singolo caso la medicina basata sulle evidenze. La cura è la risultante di un rapporto intimo che si instaura tra un pazien-

te che chiede aiuto ed un medico che si impegna, al meglio delle sue possibilità umane e professionali, a trovare il provvedimento "giusto". Affinché tale processo possa compiersi è necessaria non solo un'accurata disamina delle problematiche cliniche, ma anche un'approfondita conoscenza del vissuto personale e del contesto ambientale del paziente. Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta sono le figure che maggiormente incarnano questo ruolo di "*gubernator curae*", modulando le evidenze scientifiche al contesto specifico del paziente.

Per poter svolgere tale ruolo il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta devono mantenere una forte autonomia ed indipendenza al fine di poter evitare qualsiasi conflitto di interesse che influenzi le decisioni che devono essere intraprese nell'interesse preminente del paziente. Un ulteriore elemento imprescindibile del rapporto medico-paziente, specialmente nel *setting* della medicina "di famiglia" e della pediatria territoriale, è la riservatezza, senza la quale non può intraprendersi nessun reale percorso diagnostico e terapeutico.

Siamo convinti che l'innovazione tecnologica e l'utilizzo diffuso delle nuove tecnologie possano costituire un importante fattore di sviluppo e di fondamentale progresso dell'intera società civile. Le nuove tecnologie (*personal computer*, *internet*, telefonia cellulare, posta elettronica, dispositivi palmari, GPS, ADSL, UMTS, ecc.) alla portata ormai di quasi tutti i medici e, almeno per alcune di esse, di larghi strati della popolazione, hanno profondamente modificato il nostro modo di vivere ed anche quello di interagire con la pubblica amministrazione. Il servizio sanitario nazionale e quelli regionali, per essere sostenibili necessitano di appropriatezza delle cure e di un oculato utilizzo delle ri-

sorse e tali obiettivi possono essere meglio perseguiti mediante l'utilizzo corretto delle nuove tecnologie informatiche e della comunicazione.

Attualmente il processo di cura si fonda su interventi che dovrebbero essere coordinati tra la medicina territoriale e quella specialistica ambulatoriale ed ospedaliera; ogni cambiamento significativo che avvenga in un comparto avrà influenza sull'intero processo assistenziale. Pertanto, costituisce elemento di comune interesse qualunque mutamento culturale ed organizzativo che sia proposto ed attuato in un dato comparto, in quanto mette in gioco diritti fondamentali della persona, costituzionalmente garantiti, quale quello della tutela della salute. Le nuove tecnologie, se correttamente indirizzate ed impiegate, possono invece contribuire fortemente a rendere questa interazione efficace, continua e produttiva.

In conseguenza di una serie di provvedimenti recentemente annunciati od emanati, si evidenzia il rischio che il rapporto medico-paziente, tipico dell'assistenza territoriale in cui prevalgono le valenze empatiche e di personalizzazione delle cure in rapporto allo specifico vissuto del paziente e al contesto sociale, familiare e lavorativo in cui esso vive ed opera, possa essere sostituito da un rapporto paziente-struttura, confidando sulla discutibile convinzione che una migliore condivisione di informazioni sanitarie tra medici ed amministratori, possa sostituire il peculiare ed intimo rapporto medico-paziente che caratterizza da sempre il *setting* delle cure primarie.

Un'ulteriore criticità si evidenzia nella tendenza in atto volta a creare una sorta di "ospedalizzazione" della medicina del territorio, applicando a questa dimensione elementi e procedure tipici della medicina nosocomiale e specialistica. Questa impostazione tradisce una scarsa conoscenza della dimensione della pratica clinica in medicina generale, in cui la diagnosi è strumentalmente finalizzata e centrata sul paziente e non sul raggiungimento di una codifica. Da tale rappresentazione alterata della pratica della medicina generale deriva l'intenzione di privilegiare l'applicazione delle categorie della medicina specialistica, in cui prevale l'elemento tecnico standardizzato, codificato e temporalmente puntiforme, a quelle della medicina territoria-

le, basata sull'ascolto, sulla narrazione, sull'attesa, sulla negoziazione e sulle decisioni contestualizzate nella dimensione del paziente. Anche qui la necessaria standardizzazione, richiesta dall'uso delle moderne tecnologie informatiche, non deve essere utilizzata per riscrivere il processo assistenziale di cura, ma sono invece le tecnologie informatiche a doversi adattare ad esso. Basti pensare, ad esempio, a come il più diffuso motore di ricerca sul *web* classifichi le informazioni non codificate, per le quali esiste proprio uno specifico scientifico. Invece di adattare la medicina clinica all'informatica, è la medicina clinica a dover guidare le soluzioni informatiche, troppo spesso progettate ed attuate da tecnici sprovvisti delle necessarie conoscenze cliniche.

Causa di ulteriore preoccupazione è la volontà di ricondurre la comunicazione tra i vari operatori sanitari, elemento costitutivo indispensabile del processo assistenziale nel terzo millennio, basato sul lavoro in *équipe*, ad una precisazione di entità nosografiche per finalità meramente burocratiche e di controllo e non già per favorire la trasmissione delle informazioni necessarie per definire il dubbio diagnostico e/o individuare la terapia più idonea.

L'inadeguatezza del sistema di codifica ICD, nelle sue varie versioni, per la dimensione della medicina generale è ben nota, in quanto spesso si trattano problemi, sintomi senza diagnosi, malattie allo stato iniziale ancora confuse e non definibili, in cui spesso il tempo rappresenta un ausilio diagnostico; tempo durante il quale sono prescritti dei trattamenti provvisori o sintomatici, oppure in cui si cercano di escludere possibilità diagnostiche anche poco probabili, o si usano gli interventi per il contenimento dell'incertezza (del medico e dei pazienti), sia pure con risultati certamente difficili e controversi. Non da ultimo va considerato il fatto che i medici di medicina generale, ai quali il paziente può accedere senza liste di attesa o pagamento di *ticket*, svolgono anche l'importante funzione di intercettare il crescente disagio sociale della popolazione, acuito dalla recente crisi economica: di qui la medicina dell'accoglienza, dell'ascolto ed anche, in alcuni casi, del conforto.

Il processo di ospedalizzazione del territorio comporta anche una deriva verso la standardizzazio-

ne, codificazione e rendicontazione della medicina generale, per meri fini amministrativi e di controllo di gestione, lodevoli, ma solamente se non peggiorativi dell'intero processo assistenziale. Inoltre, tale processo avviene in assenza, in larghe zone del Paese, di strumenti operativi adeguati e di infrastrutture tecniche idonee allo scopo. Tali attività possono sottrarre al medico del territorio ulteriore "tempo clinico di cura" e possono minare l'indispensabile confidenzialità che è alla base di quel peculiare rapporto fiduciario che si instaura tra il paziente ed il proprio medico curante, non a caso definito anche "medico di fiducia", allontanando dalle cure primarie, per intuibili motivi opportunistici, proprio le fasce più marginalizzate e bisognose della popolazione, qualora esse fossero realmente informate che dati nominativi riguardanti le prestazioni sanitarie ricevute fossero trasmessi ad altri soggetti terzi diversi dal proprio medico curante. L'accesso libero e "protetto" alle cure primarie ed il rispetto della dignità di ogni individuo, costituiscono diritti universali ed inviolabili delle persone, che devono essere garantiti senza alcuna distinzione di razza, di lingua, di religione, di opinione politica, di orientamento sessuale, di cittadinanza o di discriminazione di altro genere.

Qui non si tratta solo di problemi tecnici di "cifatura dei dati" o di "sicurezza" nella gestione e trasmissione telematica dei medesimi su una rete a pubblico accesso come *internet*, problemi pur rilevanti e ben lontani dall'esser compiutamente risolti, e su cui altri soggetti, più titolati di noi, hanno prodotto una serie di valutazioni tecniche in merito alle criticità rilevate rispetto alle norme sulla protezione dei dati personali, sensibili e sanitari degli assistiti; al contrario, si tratta di garantire la dignità e le libertà fondamentali degli individui, tra cui è ricompresa quella di poter ricorrere al proprio medico di fiducia in caso di necessità. Si tratta pertanto di una questione assolutamente centrale che, per la sua intrinseca valenza, dovrebbe interessare non solo i medici, ma tutti i cittadini ed essere al centro del pubblico dibattito della società civile.

Il "corpus" delle attuali norme in merito al segreto professionale ed alla comprensibile anonimizzazione dei dati inerenti ad alcune procedure sanitarie (si pensi solo, a mero titolo di esempio, alla de-

nuncia anonima di malattie veneree o alla non menzione nominativa in caso di IVG), si scontra profondamente con tali logiche di controllo, per di più inutili, poiché i dati trasmessi non sono idonei alla "governance" del processo clinico, bensì al mero controllo amministrativo e quindi non sono trattati nell'interesse dei medesimi cittadini cui i dati si riferiscono.

Riguardo il consenso al trattamento di dati sanitari, è inoltre da rilevare che gli ultimi orientamenti del Garante della *Privacy*, tendono ad introdurre il concetto dell'autodeterminazione del cittadino che ha diritto a decidere quali informazioni sul proprio stato di salute possano essere trattate e per quale periodo temporale. Insomma il consenso al trattamento dei propri dati, genericamente raccolto "una tantum" sull'intero "status di salute" dell'assistito, non può intendersi valido se non personalizzato su ogni singolo evento morboso e contestualizzato, anche temporalmente, in base ai diversi mutamenti della vita e del convincimento del paziente. Ben si comprende come l'insieme di tali incombenze, se poste a carico del medico del territorio, vada nella direzione opposta a quella così spesso annunciata, ossia della riduzione degli adempimenti burocratici a favore di un impiego del "tempo clinico" come strumento di cura.

Esaminato il problema della inopportunità e della "non liceità" della trasmissione di dati nominativi, non possiamo non avanzare preoccupazioni in merito alla durata della conservazione di tali dati, alle modalità ed ai privilegi di accesso ad essi, prospettandosi la possibilità che tali dati possano essere usati anche per scopi di profilazione del "rischio clinico e sanitario" dei cittadini.

Il sistema sanitario pubblico deve affrontare anche le sfide di una domanda che cresce esponenzialmente per l'invecchiamento della popolazione e per la cronicizzazione delle patologie. Pertanto vengono avanzate proposte per l'istituzione di fondi sanitari obbligatori integrativi al fine di ripartire socialmente il costo delle prestazioni. La profilazione del rischio clinico dei cittadini potrebbe dunque trovare grande interesse da parte dei soggetti chiamati ad amministrare tali fondi.

L'accesso improprio alle strutture di pronto soc-

corso si verifica per fenomeni “culturali” sociali ed opportunistici e non per impossibilità o per difficoltà ad accedere ai servizi territoriali. Si richiama pertanto l'attenzione sulla necessità di evitare quei provvedimenti che rischiano di non diminuire gli accessi impropri al pronto soccorso, ma, viceversa, di aumentare in modo rilevante la domanda inappropriata in un contesto in cui invece è necessario operare una fortissima riduzione degli interventi inutili o comunque non supportati da solide evidenze sul campo, al fine di garantire la sostenibilità del sistema sanitario solidale ed universale.

Le evidenze a supporto degli interventi applicabili nel *setting* delle cure primarie, sono ben lungi dall'essere mutuabili in forma automatica, da quelle derivanti dagli studi, o da altre revisioni della letteratura, poiché queste non si riferiscono quasi mai a popolazioni quali quelle della comune pratica clinica, ma a gruppi selezionati, scevri dalla complessità della co-morbilità e con forti motivazioni a rimanere aderenti al protocollo.

Da una lettura attenta e distaccata di molti lavori scientifici recenti, si ricava che nell'ambito delle cure primarie gli interventi di cui si hanno prove convincenti su “*end points*” clinici rilevanti e non surrogati, e con orizzonti temporali adeguati, sono assai scarsi per quanto attiene alle grandi patologie “cronico-sociali”.

Molti interventi, basati su pur plausibili presupposti fisiopatologici, si sono rivelati deludenti per mancanza di aderenza “*long-term*”, per reazioni avverse o per altri motivi. Si pone dunque il problema della sostenibilità degli interventi stessi, che prima che economica, ha alla base una problematica di natura culturale. È dunque necessario distinguere con chiarezza ciò che nel *setting* delle cure primarie serve da quanto è funzionale ad incentivare logiche di consumo alimentate dai vari portatori di interesse.

Una “banalizzazione” dell'accesso al ricorso delle cure primarie e la sostituzione del rapporto medico-paziente con quello paziente-struttura, rischia di aumentare enormemente le richieste di quella minoranza di pazienti che già oggi da soli “consumano” la maggior parte delle risorse, con un peg-

giornamento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità delle cure e con un aumento della burocratizzazione che sottrarrà ulteriori risorse per gli interventi clinico-assistenziali.

Va infine rilevato che l'assenza di un ruolo giuridico definito per il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, e la sua surroga, ad opera di sentenze da parte della magistratura, che tendono ad equipararlo a quello del “pubblico ufficiale” per l'interezza dell'attività convenzionale, siano in antitesi con quelle proprie di un rapporto fiduciario medico assistito.

Ogni futuro assetto delle cure territoriali deve pertanto salvaguardare l'autonomia, l'indipendenza e la peculiarità della medicina generale e della pediatria di libera scelta, nonché la dignità e le libertà fondamentali degli individui, tra cui è ricompreso il diritto alla riservatezza sul proprio stato di salute e quello di potersi avvalere, in caso di necessità, di personale sanitario di propria fiducia veramente “libero” ed indipendente.

D'altro canto non vanno neanche perse le grandi opportunità offerte dalle nuove tecnologie informatico/telematiche, tenendo presente che un controllo di gestione e di processo non può essere attuato senza una migliore condivisione delle informazioni tra i vari operatori sanitari, producendo così un generale miglioramento dell'intero processo di diagnosi e cura.

Con un corretto utilizzo delle nuove tecnologie, il cittadino potrà vedere semplificati gli aspetti “burocratici” dell'assistenza sanitaria, i vari operatori sanitari potranno interagire tra di loro in modo più semplice ed efficiente, le ASL potranno monitorare meglio l'appropriatezza delle cure erogate e le Regioni controllare in maniera più efficace l'andamento della spesa sanitaria, riducendo le inefficienze e gli sprechi di risorse pubbliche. Un processo che deve essere progettato e governato dai decisori pubblici, assieme ai vari operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti...) e agli esperti di medicina telematica, che possa dare quindi le giuste informazioni ai *partner* tecnologici, permetterà di migliorare le cure, contenere i costi e semplificare la vita dei cittadini.