

11. I medici del territorio

Silvio Garattini

Premessa

Esiste un consenso generale sulla inadeguatezza della medicina del territorio, resa evidente, se c'è ne fosse stato bisogno, dalla recente pandemia. I medici sul territorio sono infatti rimasti senza informazioni e senza un minimo di attrezzature di sicurezza per poter interagire con i propri pazienti sia all'inizio, sia purtroppo anche alla seconda ondata con un carico di morti che avrebbe potuto essere evitato se i pazienti si fossero potuti curare tempestivamente a casa senza intasare i pronto soccorsi e le terapie intensive degli ospedali. Il medico di medicina generale o di famiglia che agisce da solo sul territorio non è più credibile in considerazione della crescente complessità delle conoscenze mediche e delle maggiori esigenze dei cittadini che hanno acquisito maggiori, anche se non sempre corrette, conoscenze attraverso internet.

Come dovrà operare il Medico di famiglia

Anzitutto il medico di famiglia deve operare all'interno di strutture che riuniscano più medici con una segreteria informatica, la presenza di infermieri, psicologi, operatori sociali, pediatri di famiglia. Si deve poter costituire un gruppo di lavoro collaborativo per poter mantenere aperti gli ambulatori sette giorni alla settimana. Esistono già, in questo senso, parecchie sperimentazioni in varie Regioni italiane con vari nomi: "case della salute" o "case della comunità". Con l'aiuto dell'infermiera(e) si possono eseguire anche piccoli interventi, come qualche punto per piccole ferite; con la psicologa(o) e con l'assistente sociale si possono eseguire supporti a livello domiciliare; i pediatri di famiglia potrebbero realizzare un'attività nella scuola

per identificare precocemente sintomi e malattie.

Nella struttura deve essere possibile eseguire le analisi di routine, grazie ad apparecchiature automatiche che possono evitare il ricorso dei pazienti a laboratori con relativa perdita di tempo. Avere a disposizione la telemedicina per comunicare con i pazienti e con gli specialisti ospedalieri. I pazienti con malattie croniche spesso non hanno bisogno di visite o di analisi, ma hanno bisogno di collegarsi con il medico per esprimere i loro problemi, per essere rassicurati sul loro stato di salute o anche semplicemente per avere qualche certificato o ricetta. Con gli specialisti ospedalieri è importante ristabilire relazioni di reciproca fiducia, oggi ridotte al minimo. Occorre che si parlino perché spesso è inutile inviare il paziente in ospedale. Basta che il medico del territorio esponga i problemi perché molte volte si tratta solo di cambiare il farmaco oppure di modificarne la dose o la durata del trattamento. Non è possibile mantenere l'attuale ibrido rapporto di lavoro. Tutti i componenti del Servizio Sanitario Nazionale devono essere dipendenti, membri della stessa organizzazione e con le stesse finalità in cui il paziente deve essere al centro.

In quale contesto culturale

I cambiamenti organizzativi della medicina del territorio non devono sottacere la necessità di una importante rivoluzione culturale. Il Servizio Sanitario Nazionale ha perso nel percorso di oltre 40 anni una parte importante della sua missione. Il termine prevenzione è divenuto obsoleto perché si è persa l'idea che la medicina deve evitare che si sviluppino le malattie, considerando la malattia un fallimento della medicina. La Costituzione ritiene che la salute sia un diritto di ogni cittadino, ma i diritti sono sempre accompagnati dai doveri. In questo caso il dovere è "mantenere la propria salute" per interesse personale, ma anche come forma di solidarietà visto che il Servizio Sanitario Nazionale non può avere risorse infinite. Non bisogna dimenticare che la prevenzione è un conflitto di interessi con il mercato della medicina perché ne impedisce la crescita, anzi tende a ridurlo. La mancata attenzione alla prevenzione ha determinato una significativa riduzione della durata di vita "sana". I maschi e le femmine hanno rispettivamente 6 e 8 anni di cattiva qualità di vita

per non aver osservato appunto le regole della prevenzione. Almeno il 50 per cento delle malattie croniche - diabete, insufficienza cardiaca, respiratoria e renale - sono evitabili; il 30 per cento delle demenze senili e perfino il 70 per cento dei tumori dipendono dai nostri stili di vita. Tutti li conosciamo, ma non li osserviamo soffrendo le conseguenti malattie di cui poi ci lamentiamo. Fumo, alcol e droghe illecite, obesità e sedentarietà sono nocivi alla salute mentre vanno privilegiate una dieta varia ma moderata, l'esercizio fisico e intellettuale e un'adeguata durata del sonno. Ognuno di questi comportamenti ha un suo significato in termini di prevenzione. Ad esempio l'esercizio fisico ed il sonno sono importanti per mantenere le funzioni cognitive mentre l'alcol e il fumo sono cancerogeni, l'obesità è un fattore di rischio per il diabete. Un grande studio condotto in Australia mostra che un insieme di cattive abitudini di vita aumenta di circa 6 volte la mortalità rispetto ad una vita condotta con buoni stili di vita. Ecco quindi una delle funzioni dei medici del territorio: prescrivere non solo farmaci, ma anche stili di vita spesso più importanti dei farmaci. Devono essere giudicati per la loro capacità di diminuire il numero di fumatori, di alcolizzati, di obesi. Devono svolgere questa missione anche con l'esempio - troppi medici che fumano! - che spesso giustifica i comportamenti dei pazienti.

Prevenzione e medici del territorio

Ecco una delle importanti componenti della formazione dei medici del territorio: la prevenzione. Il successo delle prestazioni dei medici del territorio deve essere rappresentato dalla capacità di mantenere i cittadini che si affidano alla loro cura nelle migliori condizioni di aderenza ai buoni stili di vita. Un secondo compito nella formazione dei medici del territorio deve sviluppare il concetto dell'appropriatezza delle terapie. Non è confacente alle conoscenze scientifiche osservare persone anziane che devono ingerire ogni giorno 15-20 farmaci. Chi ha stabilito che sono utili? Chi ha mai dimostrato che 20 farmaci sono meglio di 15 oppure che 15 sono meglio di 10? Quali sono le intersecate interazioni fra tutti questi composti chimici? Perché non conosciamo le differenze di genere nella efficacia e nella tossicità dei farmaci? Le donne sono notevolmente danneggia-

te perché non partecipano in numero significativo agli studi clinici controllati. Ne deriva che le donne vengono trattate come se fossero maschi, mentre sappiamo – quando vengono eseguiti gli studi – che le donne possono rispondere in modo diverso a causa del diverso metabolismo. Inoltre le donne subiscono più effetti tossici. Negli Stati Uniti a fronte di 1,3 milioni di effetti tossici nel maschio, se ne registrano 2 milioni nella femmina. Ben 8 su 10 farmaci ritirati dal commercio per tossicità sono dipesi da tossicità nelle donne. Qual è la probabilità che un farmaco possa agire su di un singolo paziente? Gli effetti dei farmaci si ricercano su gruppi di pazienti, ma poi il singolo farmaco va prescritto al singolo paziente. Spesso occorre somministrare il farmaco a molti pazienti perché uno abbia un vantaggio. Ad esempio nella prevenzione primaria occorre trattare centinaia di persone perché uno non abbia un infarto cardiaco. Questo dato noto con la sigla NNT (Number Needed to Treat) va poi comparato con il NNH (Number Needed to Harm) che esprime il numero di pazienti da trattare per avere un caso di tossicità. Se il medico avesse a disposizione questi dati probabilmente avrebbe importanti informazioni per prescrizioni più razionali. Sono domande prive spesso di risposta perché l'informazione ai medici è ormai completamente un monopolio dell'industria farmaceutica. È necessario realizzare una significativa informazione indipendente che permetta al medico di avere una visione oggettiva della letteratura scientifica. Chi vende deve incrementare il mercato mentre la prevenzione e l'informazione indipendente sono in contrasto con il mercato. Una formazione del medico alla appropriatezza delle terapie è la miglior condizione perché la medicina del territorio rappresenti un filtro per evitare inutili ricorsi dei cittadini al pronto soccorso ed ai ricoveri ospedalieri. Infine una terza area di formazione riguarda la conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale come esempio di bene comune. Ogni errore commesso nel rapporto medico - paziente come accade nella diffusa medicina "difensiva" si ripercuote sulla sostenibilità del SSN.

Prevenzione ed appropriatezza terapeutica con particolare attenzione alle loro ripercussioni sul SSN sono le basi su cui si deve realizzare la formazione dei "nuovi" medici del territorio. Cominciamo subito con direttive centrali che lascino poco fascino alle "creatività" regionali.