

Le «ragioni» dei dottori

I medici in difficoltà «Oberati da burocrazia e numero eccessivo di assistiti»

Lo sanno bene i dottori: il tempo di comunicazione con il paziente è «tempo di cura». Quel tempo che scarseggia sempre più. I motivi? Molteplici. E anche i medici di famiglia «soffrono». In Italia ne mancano oltre 5.700 e, per far fronte alla carenza, c'è chi arriva ad avere oltre 1.800 assistiti, tra cui molti anziani con due o più malattie croniche, quali ipertensione, diabete, bronchite cronica, scompenso cardiaco.

Intanto, i pazienti spesso si lamentano perché gli ambulatori sono aperti solo poche ore al giorno. Chiarisce Alessandro Rossi, presidente Società Italiana Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg): «Il lavoro del medico di famiglia va ben oltre l'orario di presenza in ambulatorio. Non compiliamo solo ricette o certificati di malattia o di invalidità, ma parliamo coi pazienti a telefono quanto serve, perché il tempo fa parte della relazione di cura. Rispondiamo ai messaggi, via email o whatsapp, facciamo visite domiciliari non solo

per eventi acuti ma anche per controllare pazienti fragili allettati; aggiorniamo le cartelle cliniche. Ma siamo anche oberati di carichi di lavoro amministrativi, tra adempimenti burocratici da assolvere, per esempio una serie di indicatori di prestazioni chiesti dalle Asl per i controlli sull'appropriatezza prescrittiva e resoconti che di volta in volta ci vengono chiesti — sottolinea il medico —. Tutto questo tempo può essere stimato, per ciascun professionista, da

un minimo di 2 ore a un massimo di 4 al giorno, tutti i giorni. Ed è tempo sottratto

alla relazione di cura».

Se da un lato si vive più a lungo, dall'altro sono aumentate le condizioni croniche, come rilevano i dati Istat e il recente rapporto della Fondazione Gimbe sui medici di famiglia in Italia. «L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche generano bisogni assistenziali molto più complessi rispetto al passato — sottolinea Nino Cartabellotta, presidente Gimbe —. Di conseguenza, un massimale di 1.500/1.800 assistiti per dottore, adeguato al quadro demografico sino agli anni Novanta, oggi riduce il tempo da dedicare ai pazienti, aumenta i carichi di lavoro con ripercussioni su accesso alle cure e qualità dell'assistenza».

«La sfida che oggi la medicina generale deve affrontare è governare condizioni anche molto complesse che riguardano pazienti cronici, fragili, che spesso vivono da soli — conferma il dottor Rossi —. Sono loro che riempiono i nostri ambulatori cercando risposte ai propri bisogni, che possono essere diversi pur avendo la stessa malattia».

Risposte «su misura»

Il dottor Rossi fa l'esempio di due pazienti col diabete: «Il primo non è in sovrappeso, ha una famiglia che lo assiste, va spesso dal medico e fa controlli regolari; l'altro è obeso, fuma, non fa i controlli periodici e non ha una rete familiare. Anche se entrambi hanno gli stessi valori di emoglobina

glicata e assumono le medesime terapie, sono diversi i loro profili di rischio e richiedono una presa in carico differente.

In un'ottica di medicina proattiva, il medico di famiglia pianifica controlli periodici «tarati» sulla persona e poi valuta gli esiti di salute».

Sono le risposte «su misura» che ogni paziente vorrebbe, ma da solo il medico di famiglia non ce la fa.

Soluzioni possibili? Intanto, dice il presidente Simg, «molto del lavoro burocratico che svolgiamo potrebbe essere fatto da personale amministrativo messo a disposizione della Casa di Comunità, dove il medico di famiglia potrebbe lavorare col supporto dell'infermiere e in collaborazione con altri specialisti coinvolti. Dove è stato già sperimentato questo tipo di presa in carico delle cronicità si sono registrati migliori esiti di salute in termini di minore morbilità, numero di ricoveri diminuito, meno decessi, e anche risparmi economici per il Servizio sanitario».

C'è un'altra emergenza che investe l'assistenza di prossimità: sempre più cittadini hanno difficoltà a trovare il medico di famiglia, soprattutto nelle Regioni più popolate. Non solo: i disagi aumentano per chi vive in zone del Paese difficili da raggiungere e mal collegate, dove non bastano gli incentivi economici per «attrarre» i giovani medici che dovrebbero sostituire



quelli andati in pensione.

«Circa un quarto della popolazione vive in aree interne e piccoli Comuni, dove il più vicino ambulatorio del medico di famiglia si può trovare anche a 10-20 chilometri di distanza — sottolinea Mariagiovanna Amoroso, segretaria regionale di Simg Puglia —. Il paradosso è che in queste aree disperse si concentrano le persone che avrebbero più bisogno di cure, cioè anziani, fragili e con malattie croniche, i cui figli spesso sono emigrati; pertanto, non possono contare su familiari che li accompagnino in studio e si prendano cura di loro».

Controlli che «saltano»

Le conseguenze di non avere un dottore vicino casa? Sintetizza Amoroso: «Problemi di salute non intercettati in tempo, quindi diagnosi fatte in ritardo; pazienti con malattie croniche, quali scompenso cardiaco, diabete, bronchite

cronica, che peggiorano poiché «saltano» i controlli, interrompono le terapie o non le seguono correttamente, quindi sono più soggetti a ricattizzazioni e ricoveri che avrebbero potuto essere evitati (con risparmi per il Ssn). La presenza del medico di famiglia è fondamentale anche nei piccoli centri: se viene meno, vacilla l'intero sistema dell'assistenza di prossimità».

Da parte loro, i (pochi) medici di famiglia che lavorano in aree disagiate diventano «itineranti», cioè «coprono» più Comuni o Comunità montane o rurali, come racconta ancora Amoroso: «Diversi medici visitano due giorni in un Comune, due in un altro, un giorno in un altro ancora, ma inevitabilmente dei territori possono rimanere scoperti. E poi, il sovraccarico di lavoro per i dottori che restano può diventare insostenibile: ci sono colleghi che arrivano persino a seguire fino a

cinquemila assistiti, come nel caso della dottoressa Maddalena Carta, che a soli 38 anni è venuta a mancare».

«A causa della carenza di medici di famiglia — riprende il dottor Rossi — oggi capita che i giovani medici non abbiano finito il corso di formazione o, addirittura, siano agli inizi del percorso e già abbiano un certo numero di assistiti da seguire, in alcuni casi raggiungendo il massimale di pazienti in poche settimane. È un po' come dire a un giovane medico, appena specializzato in cardiocirurgia, di effettuare un intervento al cuore. Nella medicina generale, come per altre discipline mediche, occorrono competenze specifiche che si acquisiscono con la formazione, la pratica, l'esperienza».

E poi, sottolinea il presidente Simg: «In Italia non mancano i medici se non in alcune discipline, tra cui la nostra. Occorre, quindi, rendere più at-

trattivo l'ingresso al corso di formazione (equiparandolo ad altre specializzazioni nel riconoscimento professionale e anche economico) e valorizzare il percorso lavorativo con possibilità di avanzamenti di carriera, per esempio perché si hanno specifiche competenze o si coordina l'attività delle Aggregazioni funzionali territoriali, con riconoscimenti economici legati a funzioni, competenze e obiettivi di salute raggiunti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Bisogni complessi La popolazione invecchia e aumentano le malattie croniche, ma si riduce il tempo per i pazienti

Medicina di iniziativa
Il dottore pianifica controlli periodici tarati sulla persona e poi valuta gli esiti di salute

Riforma

Ogni iscritto al Ssn ha diritto ad avere il medico di famiglia scegliendolo tra i dottori in convenzione con l'Asl. Con la riforma della Medicina Generale proposta dal ministro della Salute Orazio Schillaci, il Mmg non «sparirà» ma è previsto «il rafforzamento del suo ruolo nell'ambito della medicina territoriale». Il cuore della Riforma è il «doppio canale»: i Mmg potranno continuare a lavorare in regime di convenzione ma «riformata» (devono svolgere, tra l'altro, pure attività programmate nelle Case di Comunità) oppure scegliere la dipendenza dal Ssn, «selettiva», per garantire la loro presenza nelle CdC. È prevista inoltre l'istituzione della specializzazione universitaria in Medicina Generale, della durata di quattro anni.

11,3

milioni gli over 65 che hanno almeno una malattia cronica (Istat)

8,1

milioni gli anziani che soffrono di due o più malattie croniche (Istat)

8

mila i pensionamenti di mmg attesi entro il 2028 per limite di età: 70 anni

20

per cento gli iscritti al corso di formazione in medicina generale che lo abbandonano

Il ricambio Occorre rendere più attrattivo l'ingresso al corso di formazione specifico



Peso: 53%