Qualita' o ricertificazione in medicina generale?

Data 04 ottobre 2015
Categoria scienze_varie

La visione del futuro della medicina generale interpretrata da due visioni contrapposte sostenute da due illustri medici britannici.

Karl Popper, il più importante filosofo della scienza del XX secolo, le chiamava conseguenze inintenzionali: “Una delle singolari circostanze della vita sociale è che mai nulla riesce precisamente nel modo prestabilito. Tutto va sempre a finire un poco diversamente. Quasi mai ,nella vita sociale, riusciamo a provocare il preciso effetto che desideriamo, e, normalmente otteniamo conseguenze ulteriori non desiderate” (1).
Di conseguenze non previste e non volute ne sta avendo molte, nel Regno Unito la “Revalidation”, che è il processo di ricertificazione a cui, dal 2012, devono sottoporsi, ogni 5 anni, tutti i Medici, per poter continuare ad esercitare. La più sgradevole, che è il prepensionamento di molti professionisti, apprezzati dai Colleghi e dai loro Pazienti, si sta rivelando particolarmente grave nell'ambito dell'Assistenza primaria, ovvero della Medicina di famiglia. Secondo la professoressa Patricia Mary"Trisha"Greenhalgh , che dirige la cattedra di Primary Health Sciences all'università di Oxford ed esercita come General Practitioner (Medico di famiglia): “Conosciamo tanti valenti MMG che stanno abbandonano il campo, uno o due, ma anche 10 anni prima, piuttosto che dare battaglia a queste inique novità”(2). Perché inique? L'illustre docente , che, con al suo attivo oltre 220 pubblicazioni su riviste indicizzate ed 8 libri di testo, è considerata uno dei massimi esperti mondiali di Evidence Based Medicine ed è stata decorata per i suoi meriti scientifici da S.M. la regina Elisabetta II, non ha dubbi su quale errore sia stato commesso: “Proprio i medici più esperti che praticano la medicina basata sulle relazioni, e da cui i giovani medici avevano ancora molto da imparare, sono coloro che più sono stati spinti a gettare la spugna ed uscire dai ranghi”(2). Privilegiare nella formazione dei Medici di famiglia l'aspetto tecnico a scapito di quello relazionale, significa snaturarli, allontanare i migliori, peggiorare la qualità dell'assistenza ai cittadini e non certo, come si proponeva il NHS (Servizio sanitario nazionale), garantire che a curarli sia un medico “up to date”(3) , aggiornato.
Individuato l'errore la professoressa Greenhalgh non esita ad indicare il colpevole e ad abbozzare una strategia difensiva: “Dobbiamo sconfiggere questo trend, a costo di chiamare da parte il presidente del Royal College of General Practitioners (Mike Pringle) e indurlo ad una serrata discussione sulle conseguenze non previste dalla sua brillante idea . Noi dobbiamo affermare con decisione quasiano le caratteristiche di un buon medico di medicina generale, e quanto esse si fondino su una Medicina Generale basata sulle relazioni...e dobbiamo farlo nei luoghi dove si svolge il dialogo civico: i blog, i social media, i quotidiani”(2).
Ecco dunque un'altra formidabile conseguenza inintenzionale della “Revalidation”: un dibattito su cosa significhi “essere medici di famiglia” simile, ma ancora più appassionato, a quello che precedette l'approvazione da parte di WONCA (Organizzazione mondiale della Medicina generale/di famiglia) della “Definizione Europea della Medicina generale/di Famiglia”, con qualcosa in più,rispetto a quello, il non essere limitato all'ambiente accademico e qualcosa in meno, non avere ancora una dimensione internazionale.
Non era per niente facile prevedere uno scontro così duro tra due dei maggiori innovatori della Medicina britannica: la regina dell'EBM (Greenhalgh) contro il principale artefice dell'informatizzazione della Medicina generale (Pringle). Infatti Informatica Medica ed EBM ci sono sempre apparsi come gambe dello stesso tavolo.
Ma chi segue con attenzione il dibattito epistemologico ha certamente notato che, dopo vent'anni di successi, l'EBM è entrata in una fase di riflessione critica. Per più motivi è necessaria una messa a punto: la qualità delle “prove” su cui si fonda è spesso messa in discussione e comunque sono così tante che gestirle correttamente è tutt'altro che facile; le notevoli differenze tra l'approccio epidemiologico (medicina di comunità/popolazione) e quello clinico (medicina della persona) finiscono con l'essere indebitamente trascurate; la necessità di rispettare le regole tecniche, che essa fornisce, rischia di far perdere di vista la centralità del paziente; soprattutto è poco utile per i casi resi complessi dalla comorbilità, che con l'invecchiamento della popolazione stanno diventando la regola.
La professoressa Greenhalgh, fedele esponente del razionalismo critico anglosassone, concependosi non come una persona che possiede la verità, ma che la ricerca, ha lucidamente evidenziato i limiti di quella EBM di cui è una dei principali artefici: ”Grazie al confronto, alla sintesi ed all'utilizzo sistematico di prove empiriche di alta qualità, sono stati fatti molti progressi e delle vite sono state salvate. Tuttavia alcuni problemi restano irrisolti, soprattutto quelli legati agli errori nella valutazione delle prove scientifiche, che sono dovuti a fattori psicologici (biases) o alla “mano nascosta” di chi ha interessi personali da difendere, sempre più sottili e difficili da scoprire. Soprattutto l'EBM è stata condizionata dall'attuale contesto politico ed economico, che ne ha spostato l'interesse verso, aspetti quali la medicina di popolazione, le statistiche, i rischi e false certezze. L'EBM può favorire la condivisione da parte del paziente delle decisioni riguardanti le cure, ma se la loro gestione clinica è impropriamente guidata da protocolli algoritmici, da direttive calate dall'alto e da indicatori di processo, i pazienti possono finire con l'essere confusi e tiranneggiati”(4).
Ecco perché i cultori dell'EBM stanno studiando come rifondarla. Si propongono di favorirne un uso umanistico, “patient centred”. La vogliono al servizio della personalizzazione della cura e della Clinica, non in contrasto, come sta accadendo contro le loro intenzioni. Quindi non sono in sintonia con l'entusiasmo neo-positivista degli informatici medici, con il loro approccio ultra semplificatorio e con la loro volontà di standardizzazione.
Ne derivano polemiche inimmaginabili qualche anno fa. Greenhalgh contro Pringle. L'un contro l'altro armati. Scontro tra titani. La resa dei conti tra due concezioni della Medicina generale. Quella che mette al centro di tutto la relazione di fiducia tra medico e paziente, la loro alleanza, una particolare sensibilità del medico, il suo radicamento nel territorio, l'approccio complessivo (Greenhalgh) contro quella del medico strettamente dipendente dal computer, focalizzato sulla popolazione più che sulla persona, attento soprattutto al rispetto degli indicatori di processo, più controllore della spesa

che curante (Pringle). Scontro tra università, la tecnologica Nottingham (Pringle) contro l'umanistica Oxford (Greenhalgh). Curare le malattie o prendersi cura delle persone? Medico filosofo o Medico meccanico? Clinico o Informatico? Medico "gatekeeper" o tutto votato alla "advocacy"? Fiduciario del NHS o Medico di fiducia del paziente?
Ben si comprende come il dibattito susciti l'interesse di tutti i cultori della Medicina Generale e sia destinato a non restare confinato al Regno Unito. Ricordiamo che la progressiva integrazione tra gli Stati appartenenti alla UE consente già oggi ai professionisti della Salute di lavorare in qualsiasi Paese membro senza eccessive difficoltà. Ma alla base del riconoscimento reciproco delle qualifiche c'è una standardizzazione della formazione. Non è perciò improbabile che, così come il “Vocational Training for General Practice” (triennio di formazione specifica in Medicina Generale), nato nel Regno Unito, è divenuto obbligatorio in tutta la UE, qualcosa di simile avvenga con la “Revalidation”, che potrebbe essere vista come un logico sviluppo della già obbligatoria ECM (Educazione continua in medicina). D'altra parte anche l'ingresso della Medicina Generale in Università con un suo Dipartimento è ormai realtà in tutta Europa, con la sola eccezione dell'Italia, dove questo processo, pur iniziato, ha subito una battuta d'arresto.
La valutazione professionale dei propri aderenti è una tradizione delle Società scientifiche del mondo anglosassone,: acquisire i più alti livelli di membership conferisce agli iscritti un prestigio, spendibile tanto in ambito pubblico che privato. La recente esperienza del Regno Unito costituisce per noi una importante lezione, perché ci mostra come da una realtà positiva siano scaturite conseguenze nefaste, nel momento in cui si è scivolati dalla certificazione dell'eccellenza da parte del proprio corpo professionale di appartenenza alla volontà di assicurare ai pazienti che la preparazione del loro medico è “regularly checked by their employer” (2) , periodicamente controllata dal datore di lavoro.
Questo passaggio di potere dal corpo medico e accademico a quello burocratico è davvero vantaggioso per il Paziente? La progressiva limitazione della libertà professionale del Medico, che è tanto auspicata dai Burocrati di tutti i Paesi, si rivelerà un fatto positivo per il Paziente nel caso, sempre più probabile, che le sue esigenze profonde vadano in contrasto con quello della Popolazione?

Stefano Alice, medico di medicina in generale in Genova, gia' direttore del Centro di riferimento per la formazione specifica in Medicina generale della regione Liguria

Bibliografia

1) Karl R. Popper, Congetture e confutazioni, Bologna, Il Mulino, 1972; 213
2) Abi Rimmer, Bureaucracy is forcing GPs to quit under “euphemism of early retirement”, BMJ,2015; 350
3) http://www.england.nhs.uk/revalidation/about-us/faqs/
4) Greenhalgh T, Howick J, Maskray N, Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014, June 13; 348
5) Alice S, Luciani MA, Zonno G, Cecchini M, Biondi I, Messina E, Puccetti L La Formazione Specifica in Medicina Generale Aggiornamento medico Vol. 37, NO. 7-8 Luglio-Agosto 2013; 141.