

Restituire centralità alla medicina interna per garantire il diritto primario alle cure

di Antonello Pietrangelo *

L'aumento delle conoscenze biomediche e lo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate per diagnosi e terapie hanno determinato da un lato un miglioramento delle condizioni di salute e una riduzione della mortalità per malattie acute, dall'altro una progressiva frammentazione della medicina in specializzazioni e sub-specializzazioni. Questo fenomeno non permette oggi di far fronte alla vera emergenza epidemiologico-sanitaria del nostro paese: l'aumento della popolazione anziana vittima di malattie croniche. Questo scenario si acuirà a causa del progressivo aumento della vita media e, di conseguenza, della popolazione "anziana", ed avrà pesanti conseguenze non solo sanitarie ma anche economiche, visto che già oggi "la cronicità" assorbe oltre il 70% delle risorse sanitarie. Siamo quindi di fronte a un nuovo malato, il paziente complesso, multimorbido e fragile, non più colpito da patologia acuta, ma da più patologie contemporaneamente che, complicandosi l'una con l'altra, determinano spesso uno scenario clinico di maggiore difficoltà diagnostica e terapeutica. Questo paziente non è gestibile solo da uno o più specialisti che curano le singole patologie o i singoli organi, questo paziente ha bisogno del medico internista che, forte della sua visione d'insieme che pone al centro il paziente e non la patologia, risolve diagnosi difficili e semplifica il percorso diagnostico-terapeutico del paziente, coordinando a sua volta, ove necessario, l'intervento degli specialisti.

Pazienti e Servizio sanitario nazionale hanno bisogno di sintesi e ragionamento clinico, di una figura medica in grado di interfacciarsi efficacemente con altre figure professionali, incluso il medico di medicina generale. È questa una strada da cui attendersi un miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi, e quindi della qualità di vita dei pazienti, ed un utilizzo appropriati ed equo delle risorse disponibili. Al contrario, il perdurare del marcato orientamento alla cura delle singole malattie rischia di compromettere il diritto primario alla salute.

Ne è un esempio la tendenza propria della medicina basata sulla frammentazione e l'eccessiva sotto-specializzazione a curare aggiungendo farmaci invece di togliere quelli che non servono o sono dannosi. Fare di più, in questo caso, non vuol dire fare meglio. Questa medicina non pone al centro l'appropriatezza prescrittiva, l'importanza del "de-prescrivere" rispetto al "prescrivere". È necessario che la cura sia orientata al paziente, che tenga cioè conto da un lato del beneficio/rischio delle diverse terapie prescritte e dall'altro dei reali bisogni di cura del malato. La strada: identificare le priorità terapeutiche, scegliere i farmaci necessari, eliminare i farmaci inappropriati o inutili e quelli a rischio di interazione e reazioni avverse. A causa dell'effetto dannoso dei farmaci, i pazienti di età > 65 anni hanno, rispetto alla popolazione generale, una probabilità 2,5 volte maggiore di ricorrere al pronto soccorso e 8 volte maggiore di essere ricoverati. Senza contare che dal 5 al 20% dei pazienti over 65 sperimenta una reazione avversa durante l'ospedalizzazione e che quasi i 2/3 delle reazioni avverse che richiedono il ricovero sono potenzialmente evitabili. Questi dati sono emersi dal progetto Reposi (Registro POLiterapie Simi), realizzato dalla Simi con l'Istituto Mario Negri e il Policlinico di Milano, studio che ha permesso di raccogliere dal 2008 ad oggi i dati di oltre 7.000 pazienti over 65 ricoverati nei reparti di medicina interna e geriatria di tutta Italia. Lo studio ha anche evidenziato che il numero di farmaci prescritti ai pazienti alla dimissione erano inferiori a quelli assunti al momento del ricovero, dimostrando che l'approccio internistico attento alla rivalutazione dei piani terapeutici permette di ridurre il rischio clinico e i costi associati alla politerapia. Oggi una strategia efficace in grado di dare le giuste risposte ai nuovi bisogni di salute dovrebbe rivalutare la centralità della figura del medico internista per puntare alla semplificazione della gestione del percorso diagnostico e terapeutico del paziente cronico, multipatologico o con diagnosi difficile.

