

“CONOSCERE PER CAPIRE”



MEDICI DI PAESE

A CURA DI

GIUSEPPE VISONA'

INDICE

- 1 INTRODUZIONE**
- 2 PRIMI PASSI**
- 3 MEDICINA DI GRUPPO**
- 4 DATI SU BRENDOLA**
- 5 PATTO PER UNA NUOVA CITTADINANZA**
- 6 PASSAGGIO FONDAMENTALE**
- 7 CONSEGUENZE DELL'ESTERNALIZZAZIONE**
- 8 NASCE L'UTAP**
- 9 PROGETTO QUALITA'**
- 10 TEST DI GRADIMENTO**
- 11 EPIDEMIOLOGIA, FORMAZIONE, DATI ATTIVITA'**
- 12 CONSIDERAZIONI**
- 13 FUTURO POSSIBILE**
- 14 CONCLUSIONI**

Introduzione

La parola territorio per il vocabolario della lingua italiana si definisce come "porzione di terra di estensione abbastanza considerevole". E' un modo di identificare uno spazio, un luogo geografico in maniera geometrica, punto di appartenenza, punto di prospettiva e di identificazione. Il territorio da spazio, da luogo può divenire "dimora". Dimorare significa non solo vivere in un territorio, ma vivere quel territorio, far vivere quel territorio. Certamente la parola dimora, che è qualcosa di più dell'abitare, può essere meglio capita se viene analizzata dentro la relazione interpersonale. Il cammino dell'uomo dall'essere bambino all'essere adulto è un cammino nella dimora. Il bambino cioè vive essenzialmente dentro gli altri e l'uscita si definisce in successive separazioni che portano l'uomo adulto, la persona matura a vivere una relazione di reciprocità: gli altri sono dentro di lui. La



persona adulta matura è colei che interiorizza sempre più presenze significative, persone. Per fare questo occorre in qualche modo DIMORARE. Vivere un luogo in ultima analisi significa immergersi in quell'ambiente fisico ed in quelle relazioni che fanno parte del quotidiano e di ogni istante della giornata. Ascoltare, esprimersi, vedere l'ambiente e le persone in ogni momento ed in ogni angolo viene a plasmare l'uomo che sei, con i tuoi meriti ed i tuoi limiti. La vita ti provoca in ogni momento e, per essere vissuta intensamente, deve tradursi in pensieri ed opere. Alcune di queste righe costituivano la premessa ad mio precedente scritto e, dopo tanti anni, penso abbiano ancora un senso ed un valore. Passando gli anni si capiscono tante cose e si rivedono i propri atteggiamenti e giudizi. In questo tempo leggendo "Allegro ma non troppo" di Carlo Cipolla ho scoperto che la persona stupida esiste ed è il tipo di persona più pericoloso che si possa incontrare. A volte questo gruppo di persone senza capi, senza statuti, senza presidente riesce ad impedire e rallentare la crescita umana. Un tempo non sarei stato capace di riconoscere questo tipo di persone e soprattutto non sapevo che fossero così numerose. In ogni caso saper riconoscere la stupidità non scoraggia il tentativo di promuovere il pensiero e l'intelligenza individuale e sociale. Bisogna puntare molto sulle persone intelligenti, cioè su quanti si impegnano a procurarsi e contemporaneamente procurare un vantaggio agli altri. La differenza è proprio in questo concetto:

la persona stupida non si procura e non procura agli altri alcun vantaggio, mentre la persona intelligente lavora con profitto per sè e per gli altri. Pensate le conseguenze che ricadono su tutti quando al comando c'è una persona stupida. Allora tentiamo tutti insieme di dare spazio alle nostre menti, alla nostra creatività, alle nostre risorse migliori per alleggerire le tribolazioni della vita. Non vogliamo stare fermi al centro dell'universo per vedere come andrà a finire la storia. Non siamo per la pace mentale, per la tranquillità, per la semplificazione. Tante persone di destra e di sinistra potrebbero condividere l'idea di un clima più pacifico e dialogante, ma di cosa vogliamo parlare: di liberismo, di rispetto, di far play, di macchine, tutte cose importanti ma lontane dall'essenza della vita. La funzione di garanzia, di giudici non può essere un compito che uno dichiara di assumersi, ma una capacità che si dimostra, e poi chi può dire che i cambiamenti siano dannosi? E se lo sono, perché? La funzione di mediazione per essere riconosciuta non può appellarsi a quanto fatto, ma a quanto verrà proposto, quindi è sempre postuma dopo che gli altri hanno deciso. Manca di conseguenza, a mio avviso, la parte propositiva, la parte che sostanzia il passato e le dichiarazioni di intento in un progetto condivisibile. E' vero che tante persone tendono a semplificare per conciliare, a ridurre le diversità per permettere la condivisione. Ma sono le idee, la ricerca, le proposte che ci fanno crescere, preparare un progetto eccezionale per il futuro. La speranza che gli altri capiscano mi lascia perplesso e quello che serve è l'intelligenza di ognuno da impiegare per



una battaglia per un futuro di tutti. Non credo sia sufficiente ricostruire una storia, bisogna inventarne una nuova, dettagliata, precisa, puntuale e essenziale sui temi di oggi e di domani. Con il tempo si impara a farsi qualche domanda in più oltre a “QUALE - PERCHE' - QUANDO - COME” il territorio mi interpella. E' diventato necessario chiedersi: “ Che cosa posso fare per me, che cosa posso fare per gli altri e che cosa possono fare gli altri per me. Questa serie di domande è sicuramente un quesito a cui tutti dovrebbero saper rispondere con chiarezza e con precisa convinzione. In questo contesto i più avvantaggiati sono i bambini piccoli che sanno liberamente esprimere tanti interrogativi e poche risposte certe, ma che nello stesso tempo hanno bisogno di esempi e atteggiamenti positivi per continuare nelle loro scoperte. Qualcuno di Importante diceva che “se non siete come questi piccoli non entrerete nel regno dei cieli. Il nostro desiderio oggi è proprio quello di diventare come loro e soprattutto di poterci gemellare con un angolo di paradiso. Sarebbe meraviglioso leggere nel cartello di entrata del paese: **Brendola gemellata con città celeste.**

PRIMI PASSI

La storia è il risultato di fatti, relazioni, episodi che si susseguono ininterrottamente e quotidianamente nello scorrere del tempo. Il tempo è inarrestabile e segna la vita delle persone, della comunità e del mondo con risultati a volte positivi, altri incerti e altri negativi. L'uomo è artefice del suo tempo e dei suoi risultati, ma non sempre le vicende si concretizzano secondo logica e razionalità, non sempre la vita scorre automaticamente nel senso giusto di marcia, non sempre le cose accadono spontaneamente in maniera positiva per tutti. "Homo faber" non significa che il lavoro premia indipendentemente dalla concomitanza di altri attori e opportunità, dalla partecipazione di altre realtà comunitarie. Nella vita, quindi non basta la buona volontà, ma serve un pizzico di fortuna, di coincidenze favorevoli, di un clima politico attento, di un desiderio comune di cambiamento, di aspettative diffuse, di qualche personaggio intelligente e lungimirante, di fiducia



nel futuro. Il presente è uno scorrere continuo di atti e comportamenti abitudinari che fanno riferimento a schemi mentali e sociali standardizzati, a precedenti abitudini sovrappostesi nel tempo, ad ideali e sogni ormai lontani. Si dimentica facilmente come

stavano le cose prima, come si viveva, come si desiderava il domani e in particolare i giovani danno per scontato quanto certo non è al momento, quanto non esisteva concretamente. Per le nuove generazioni lo sviluppo ed il presente sono concetti banali e scontati, quasi che la storia non potesse che partire da oggi, che lo sviluppo partisse con loro e che quanto esiste sia naturalmente sempre esistito. E' un pericolo reale la dimenticanza, la non conoscenza del prima, l'adagiarsi sulle abitudini quotidiane. Si dimentica facilmente che la vita del mondo e della comunità è un percorso, una costruzione paziente di piccoli tasselli aggiunti nello scorrere del tempo. Si dimentica il lavoro dei padri e dei predecessori a causa della frenesia, dello scarso rispetto per il contributo altrui, della povera coscienza intergenerazionale. Certamente chi è partito prima e ha accumulato anni di esperienza ritiene scontato e normale che tutti sappiano come sono andate le cose e le vicende. Ritiene di essere in credito con il presente trascurando che solo la continua ripetizione e il continuo richiamo possono fornire la base di comprensione del presente. Abbiamo perso la capacità di ricordare e far conoscere quanto di essenziale esiste in riferimento ad un passato. Abbiamo dimenticato di ricordare e far ricordare, abbiamo trascurato il racconto dei fatti di ieri; siamo diventati tutti più poveri di memoria storica e delle nostre origini. Oggi il centro sociosanitario è un fatto scontato e normale e quasi siamo portati a pensare che la situazione sia sempre stata così. Ma qualcuno ricorda come stavano le cose prima? Qualcuno conosce il percorso seguito per giungere alla normale quotidianità? Qualcuno è in grado di narrare i passaggi formali ed informali fatti per un risultato apprezzato da tutti? Ma di cosa vogliamo parlare? Di decenni fa? Di avvenimenti lontanissimi?

Parliamo solo del sociale e del sanitario del 2002, quando sono iniziati i primi approcci al tema sociosanitario. Per tanti non è storia, ma qualcosa di vecchio e superato. Già parlare del 2002 è un

errore interpretativo nel senso che le vicende di quell'anno trovano la loro origine nel 1995. Il mio computer registra infatti che proprio nel 1995 si sono verificati i primi approcci casuali di collaborazione con il collega Giorgio. Si parlava del modo di concretizzare la reciproca sostituzione in caso di ferie e di impegni inderogabili. Erano i primi contatti tra professionisti in concorrenza e in competizione quando le regole fondamentali dell'attività consigliavano di evitare in modo assoluto di fornire occasioni al proprio competitore di entrare a contatto con i propri clienti. Fino a quel momento il massimo concesso era non parlare del collega, non screditarlo e non offenderlo. Iniziare un minimo di collaborazione era un evento straordinario ed avrebbe avuto effetti sconvolgenti nello scorrere del tempo. Dalla prima esperienza di sostituzioni siamo passati ad un comune mezzo tecnologico di lavoro: il computer. Noi infatti abbiamo percorso tutta la catena tecnologica informatica: Spectrum, Comodor, 286, 386, 486, pentium e così via, per giungere all'uso scontato della rete nel nuovo centro. Normale! Non sembra visto che ancora oggi tanti medici non sono in grado di utilizzare il computer per lavoro e che uno degli obiettivi principali del SSN resta l'informatizzazione concreta degli studi. E si perché qualche medico ha acquistato il computer, ma per lasciarlo nel sottoscala o nel magazzino.

Dopo la nascita del SSN che aveva rivoluzionato il sistema sanitario e un discreto numero di anni in cui i medici del paese avevano lavorato in maniera autonoma, competitiva, senza legami di alcun genere iniziano a farsi vivi la volontà ed il desiderio di instaurare rapporti di buon vicinato tra i quattro medici che operano in paese. Brendola, comune di circa 6400 abitanti, si estende su una superficie di 25 Km con abitazioni sparse in collina e con due grossi agglomerati in località Vò e Brendola centro, dove insistevano i quattro ambulatori a distanze modeste e con caratteristiche simili. E' qualcosa che nasce dalla lettura dei tempi e dall'osservazione del servizio medico che mostra i primi segni di inadeguatezza, che mette in evidenza il profondo cambiamento dovuto alla cancellazione della figura del medico condotto, dall'impostazione ospedalocentrica della sanità, dall'aumento vertiginoso della tecnologia sanitaria, dai mutati bisogni della popolazione, dalla distanza tra erogatori dei servizi ed utenti, dall'aumento continuo del carico burocratico, dall'incremento della specializzazione. La percezione, la sensazione del nuovo che non c'è, l'attenzione al paziente richiedevano cambiamenti. Ma non è sempre facile tradurre le anticipazioni in eventi concreti e precisi. I primi approcci tra colleghi sono avvenuti in occasione di ferie ed assenze con sostituzioni reciproche e nel periodo di tempo in cui si è condiviso insieme un ambulatorio di proprietà comunale dislocato a Vò.

Altro piccolo passo verso la collaborazione è stata la decisione di turnarci il sabato chiudendo gli ambulatori ed assicurando le urgenze. Occasioni di incontro e scambio che hanno portato alla conoscenza ed al rispetto reciproco, che hanno portato a qualche uscita serale, che hanno portato all'associazionismo. Non è facile abbandonare le proprie abitudini, il metodo di lavoro individuale, la libertà di agire senza interferenze, ma le esperienze comuni aiutano a dare valore diverso alle cose e quanto potrebbe sembrare una perdita si trasforma in un vantaggio per tutti. L'associazionismo, nato nel 2000, altro non era che l'impegno ad incontrarci con regolarità e con la stesura di un verbale di riunione. La dichiarazione ufficiale della nascita dell'associazione medici di Brendola era stata comunicata con lettera alla direzione Ulss n° 5 e all'ordine dei medici di Vicenza. Era un impegno formale a iniziare un percorso di scambio di informazioni e di confronto sul modo di lavorare ed operare in paese. Un vincolo leggero, quasi inesistente, finalizzato esclusivamente ad un corretto comportamento di rispetto e riconoscimento reciproco di esistenza che non modificava minimamente il proprio lavoro quotidiano. Un passo che superava distanze abissali rappresentate dall'ignorare la presenza di altri colleghi con cui raramente si aveva opportunità di parlare, che si sapeva lavoravano a pochi metri di distanza, ma che non si vedevano, che stavano chiusi dentro ad un ambulatorio vicino, ma non si era mai visitato. Noi stessi autori dell'associazionismo ci siamo resi conto in tempi brevi che l'idea era poco impegnativa e modesta. Ci siamo resi conto che potevamo fare molto di più, che potevamo ricavare spazi di operatività ben diversa da un misero accordo di turnazione al sabato mattina.

MEDICINA DI GRUPPO

E, stranamente per la maggior parte di colleghi di altri paesi, ci siamo orientati in breve a costituire la medicina di gruppo. Altro passaggio importante nel percorso di collaborazione dei medici:

“Con la presente comunichiamo alla Signora Vostra Alberto Vielmo la costituzione della medicina di gruppo, in P.za Mercato 8 Brendola, a partire dal 15 ottobre 2001. Copia del presente atto costitutivo è stata inviata all’Ordine dei Medici della Provincia di Vicenza e per conoscenza al Sig. Sindaco del Comune di Brendola.

L’attuale referente della medicina di gruppo è il dr. Giuseppe Visonà. “

Alla presente si allegano l’atto costitutivo e il regolamento interno del gruppo.

Erano discorsi seri ed impegnativi, assolutamente nuovi per il nostro territorio e per la nostra azienda sanitaria. Così scrivevo allora.

La medicina di gruppo rappresenta una strada quasi obbligata per il futuro. Il medico di famiglia nella attuale situazione è sempre più vittima e sempre meno in grado di rispondere, da solo, ai continui mutamenti, alle continue richieste di ordine sanitario e burocratico. La medicina di gruppo rappresenta una risposta ad una serie di problematiche personali e territoriali. Sicuramente nel prossimo futuro anche la normativa convenzionale subirà delle modificazioni e permetterà iniziative comuni in maniera più diffusa e manageriale. Il potenziamento dell'associazionismo comporterà, certamente, una **diversa organizzazione** del lavoro e dell'assistenza in generale con vantaggi per il singolo medico e per la comunità. La medicina di gruppo diventa una strada per controllare realmente e con libertà di movimento le aspettative e le richieste dei pazienti applicando delle regole concordate e condivise tra colleghi. In tante occasioni la paura della concorrenza ed una eccessiva disponibilità mettono il medico in situazioni ingestibili e difficili. La medicina di gruppo fa superare l'isolamento culturale e lavorativo in cui i medici sono collocati aumentando il prestigio nei confronti di altre istituzioni sanitarie e favorendo lo scambio di notizie, la partecipazione ad aggiornamenti, la realizzazione di una ricerca continua, una valutazione più obiettiva dell'operato. Queste possibilità non vanno ad intaccare il nostro rapporto di confidenza, di conoscenza, di fiducia con il paziente. Nei paesi europei i colleghi sono certamente più orientati e da tempo praticanti tale modalità di lavoro. La medicina di gruppo è una scelta che richiede un minimo comune denominatore a livello di convinzioni ed idee tra sottoscrittori. E' indiscutibile che la nostra preparazione e la nostra cultura contrastano, scovano difficoltà non piccole a modificare i ritmi ed le abitudini instaurate da anni. La capacità di cambiamento è l'arma che ci permette di migliorare e sviluppare tutte le nostre potenzialità personali. Al fine di conseguire un più elevato livello delle prestazioni e per facilitare il rapporto tra cittadino e medico anche attraverso lo snellimento delle procedure di accesso ai diversi servizi della Azienda, anche nel quadro degli accordi rimessi alla trattativa regionale, i sottoscritti iscritti negli elenchi della medicina di base,

**concordano tra di loro e realizzano
la medicina di gruppo**



Gli obiettivi che la Medicina di Gruppo intende perseguire sono:

- la crescita culturale dei soci attraverso il miglioramento delle loro conoscenze scientifiche e comportamentali ; l'elevazione e la standardizzazione delle prestazioni professionali ; l'aggiornamento sistematico, continuo e integrato con particolare rilievo alla specificita' del ruolo dei Medici di Medicina Generale in rapporto ad altre figure professionali sanitarie ; la messa in opera di opportune metodiche di verifica e revisione di qualita' delle prestazioni offerte ;
- la fornitura agli associati di opportune metodologie lavorative, quali, ad esempio, protocolli diagnostici, terapeutici e di ricerca ; strumentazione informatica standardizzata ; dotazione strumentale comunque intesa, arredi, attrezzature, e quantaltro e' intrinsecamente funzionale all'attivit  del Medico di Medicina Generale. Il tutto viene finalizzato all'ottimizzazione delle attivita' nell'area delle cure primarie ed al mantenimento di un rapporto operativo stabile ed organico fra i soci, teso ad erogare prestazioni sanitarie omogenee, verificabili e con il miglior rapporto costo beneficio ;
- l'organizzazione di prestazioni infermieristiche, paramediche, riabilitative e supporto nei confronti degli assistiti dei soci, sia presso il loro domicilio, sia presso gli ambulatori dei singoli soci che presso strutture centralizzate afferenti al gruppo ;
- l'organizzazione e la gestione delle adempienze, burocratiche ed amministrative relative all'attivit  professionale dei singoli studi dei soci in maniera semplificata;

- l'opera di prevenzione ed educazione sanitaria nei confronti della popolazione raccordandosi a programmi di igiene ed informazione a carattere locale, nazionale ed internazionale. Ci si propone altresì di attivare tutte le potenzialità estrinsecabili all'interno dell'area delle cure primarie per quanto attiene alla partecipazione a programmi di screening, indagini epidemiologica e " medicina d'iniziativa ".
- l'organizzazione di attività in ambito diagnostico terapeutico , ambulatoriale e domiciliare, secondo modalità comuni decise dai soci sulla base del confronto delle specifiche competenze e delle più recenti acquisizioni scientifiche, con valutazione del rapporto costo beneficio dell'intervento, nel rispetto della libertà prescrittiva del singolo ;
- l'incentivazione del momento riabilitativo domiciliare, sia esso psichico o motorio funzionale, nel rispetto della dignità della persona e del suo ambito familiare al fine di diminuire l'ospedalizzazione. Perno centrale ed ineliminabile di tale programma è il Medico di Medicina generale con i quali il paziente intrattiene un rapporto di fiducia ; essi si avvalgono di figure professionali complementari e di supporto;
- è parte integrante e vitale dell'attività del gruppo la riflessione sistematica su quanto viene da esso operato . Le informazioni ed i dati così raccolti sono patrimonio esclusivo dei soci ; spetta al gruppo all'unanimità deliberare in merito all'utilizzo degli stessi (studi, pubblicazioni, ricerche, richieste da parte di Aziende Sanitarie Locali, Università, case farmaceutiche , ecc.) ;
- il gruppo può intraprendere rapporti con altre figure sanitarie al fine di fornire prestazioni mediche specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio in regime di convenzione . Tali prestazioni possono essere erogate sia in regime libero professionale che nell'ambito di convenzioni con Enti Pubblici e/o privati, come Aziende Sanitarie Locali, categorie professionali, Enti mutualistici, Società Assicuratrici, Associazioni, circoli e sodalizi privati.
- il gruppo svolge attività di studio e di ricerca e formazione professionale primariamente verso i propri soci e le figure professionali direttamente coinvolte nell'area delle cure primarie (ivi compreso il personale paramedico, infermieristico, segretariale , ecc.) Intrattiene comunque rapporti di studio e collaborazione con specifici fini formativi con Aziende Sanitarie Locali, Università , sindacati di categoria, Associazioni professionali , società culturali, case editrici in Italia e all'estero. Tutto il materiale formativo prodotto viene utilizzato sotto la diretta supervisione e responsabilità del gruppo. L'attività di ricerca può essere intrapresa singolarmente o insieme ad altre società culturali o enti interessati all'iniziativa sia essa di studio o sperimentale, purché il programma sia autorizzato all'unanimità.
- il gruppo può compiere tutte le operazioni finanziarie, mobiliari e immobiliari volte al perseguimento degli scopi , ivi comprese l'acquisto o il nolo di beni immobili e mobili ; la richiesta ed utilizzazione di finanziamenti concessi da Enti Locali, Regioni, Stato, Cee, nonché di provvidenze o contributi disposti da enti ed organismi pubblici o privati; il ricorso a qualsiasi forma di finanziamento, sia esso proveniente da Stato, Enti Pubblici, banche, società e privati, tramite l'offerta delle garanzie richieste dalla legge vigente;

I criteri ed i principi che regolano la Medicina di Gruppo sono:

- L'associazione è libera, volontaria e paritaria;
- L'accordo che costituisce la medicina di gruppo è *liberamente* concordato tra i medici partecipanti e depositato presso la Azienda e l'Ordine dei Medici
- Del gruppo fanno parte Visonà dr. Giuseppe, Stefani dr. Giovanna, Castegnaro dr. Giorgio, Fantuz dr. Vittorio, medici che svolgono in modo esclusivo l'attività di medico convenzionato nello stesso ambito di scelta determinato dalla Regione;
- La sede della medicina di gruppo è unica, posta in Brendola Piazza Mercato ed articolata in più studi medici
- I partecipanti non aderiscono ad altri gruppi
- Ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo, mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- L'accordo prevede la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
- La distribuzione degli orari di presenza dei singoli medici nella sede della medicina di gruppo prevede che tre di essi siano presenti per almeno quattro giorni la settimana quando il quinto giorno è dedicato ad altre attività previste dall'accordo, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, ecc.; altrimenti la presenza è garantita per cinque giorni la settimana;
- In ogni caso è assicurata l'assistenza nello studio per almeno sei ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi è assicurata presso la sede la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante l'uso di segreteria telefonica;
- le competenze relative alle scelte di cui è titolare vengono liquidate direttamente a ciascun medico del gruppo e non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione dei medici interessati.
- All'interno del gruppo le sostituzioni per ferie, malattia ed aggiornamento, le spese di gestione della sede e altre problematiche saranno regolate liberamente tra i componenti per mezzo di un regolamento.

Le norme deontologiche di base sono

- La medicina di gruppo si impegna a rispettare il codice deontologico
- Il gruppo si riunisce mensilmente e redige verbale della seduta
- La rappresentanza è affidata a rotazione annuale ad un membro
- Ogni componente si impegna a ricercare la collaborazione e l'unità
- Le decisioni vengono prese all'unanimità dei componenti
- Il gruppo si impegna ad aumentare l'efficienza e l'efficacia del lavoro dei singoli
- Il gruppo privilegia l'aggiornamento e la formazione
- Ogni componente è motivato ad ottimizzare e promuovere la salute di tutti i cittadini
- Il gruppo promuove la ricerca di nuove modalità organizzative
- I rapporti con l'Asl ed altri enti si muovono nell'interesse di tutto il gruppo
- Ogni componente si dichiara disponibile a migliorare la qualità del gruppo, a ridurre il carico burocratico e favorire la ricerca scientifica
- In caso di divergenze operative ed ideologiche l'abbandono del gruppo deve avvenire in tempi e modi concordati tra tutti.
- Il gruppo si impegna a mantenere con i pazienti rapporti uniformi e concordati.

REGOLAMENTO INTERNO

Art.1: Il presente regolamento interno è parte integrante dello Statuto della Medicina di gruppo e può essere modificato in tutto o in parte dall'unanimità dei componenti;

Art.2: I partecipanti alla Medicina di gruppo riconoscono come Società Scientifiche quelle accreditate a livello Nazionale e i Sindacati più rappresentativi a livello nazionale;

Art.3: I partecipanti alla Medicina di gruppo sono tenuti:

- a. al coordinamento degli orari di apertura degli studi dei singoli Medici, tale da garantire un orario di apertura degli stessi di almeno sei ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio per cinque giorni alla settimana secondo un orario determinato dai Medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita. Ciascun Medico è tenuto a svolgere la propria attività ambulatoriale anche nei confronti di tutti gli assistiti degli altri Medici del Gruppo nei casi in cui per urgenza siano impediti di rivolgersi al proprio Medico. Ciascun Medico è tenuto a svolgere la propria attività professionale anche nei confronti degli assistiti degli altri Medici del Gruppo che si trovano in regime Assistenza Domiciliare e si impegna ad effettuare le visite domiciliari nel caso in cui il Collega per impegni inderogabili non possa effettuarle fermo restando quanto previsto dall'articolo 33 DPR 484/96. Il Coordinamento degli orari di studio e l'attività associativa può anche svolgersi per patologie, concordate tra i Soci all'unanimità.
- b. alla condivisione e implementazione di linee guida diagnostiche – terapeutiche;
- c. a partecipare alla sperimentazione del rispetto del livello di spesa programmati ai sensi dell'articolo 72 ed altre sperimentazioni concordate a livello regionale, di ASL o distretto (budget per patologie – diabete – ipertensione – budget totale);
- d. all'acquisizione per tutti gli assistiti dei Medici della Medicina di Gruppo della collaborazione di figure professionali diverse (infermieristiche, mediche, segretariati , tecniche riabilitative e di supporto) al fine di erogare prestazioni mediche più articolate ed elevate. La collaborazione può essere garantita attraverso un rapporto di dipendenza o libero professionale o fornito da Società Cooperative o Associazioni di Servizio ed utilizzato secondo le normative vigenti;
- e. a realizzare un sistema informatico comune ed integrato tale da consentire:
 - 1) l'elaborazione di dati epidemiologici clinici e gestionali,
 - 2) il collegamento con gli altri servizi delle aree di cura principale, secondarie e terziarie;
 - 3) l'accesso alle informazioni cliniche dei pazienti da parte di tutti i membri collegati in rete nella erogazione dei servizi comuni di cui al comma a) del presente articolo;
 - 4) Il collegamento reciproco degli studi dei Medici con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei membri della Medicina di Gruppo anche agli Enti Pubblici e Privati nel rispetto delle leggi sulla privacy.

Art.4: I Soci sono tenuti alla realizzazione di momenti di revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva interna dei medici della Medicina di Gruppo a comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con i progetti relativi a livelli di spese programmati ai quali il Gruppo abbia aderito.

Art.5: I membri sono tenuti a consegnare mensilmente al responsabile i reporting di spesa e quant'altro richiesto dall'Ente Pubblico o Privato o dal gruppo stesso al fine di consentire l'elaborazione di dati statistico. Sono altresì tenuti a costituirsi in medicina in rete.

Art.6: I membri sono obbligati a comunicare, previo accordo con il gruppo, ai cittadini iscritti nei propri elenchi le forme e le modalità organizzative anche al fine di facilitare l'utilizzazione dei servizi offerti.

Art.7: La Medicina di Gruppo favorirà la partecipazione a Corsi di Formazione e a stage di aggiornamento.

Art.8: Ogni Partecipante alla Medicina di Gruppo è tenuto a essere presente a tutte le iniziative promosse in particolare:

- a) essere presente almeno alla riunione mensile del gruppo, fissata nella prima settimana di ogni mese. Gli incontri si terranno in orari compatibili con gli orari di apertura e di chiusura degli studi medici e saranno regolarmente verbalizzati. Le riunioni e le commissioni di lavoro sono convocate con lettera semplice o tramite fax o telefono rispettivamente dal Responsabile. L'assenza comporta una ammenda di 150 mila lire.
- b)) essere presente ad almeno il 50% degli incontri di formazione sottoscritti dal gruppo.

Art.9: La Medicina di gruppo, fondata sulla partecipazione solidaristica di tutti i membri si articola funzionalmente in Commissioni di lavoro ciascuna con un Responsabile:

- 1) Commissione amministrativa, manutenzione locali, tutela delle attività professionali, assicurazioni, privacy, rifiuti
- 2) Commissione informatica e tecnologie
- 3) Commissione formazione, sperimentazione clinica, rapporti istituzionali, enti regionali, Asl, cliniche private, specialistici
- 4) Commissione programmi educazione sanitaria, ricerca, stesura protocolli, reperimento risorse, gestione personale
- 5)

Art.10: Ogni Responsabile di Commissione si impegna a ricercare la collaborazione, l'unità, si ruota annualmente negli incarichi, relaziona sulle attività svolte ad ogni incontro. Ogni membro delle commissioni riceverà un compenso ed un rimborso spesa che dovrà essere preventivamente approvato.

Art.11: I partecipanti hanno sottoscritto e versato una quota capitale di £.200.000 e una tassa di ammissione di £. 50.000.

Art.12: I partecipanti si impegnano a versare alla Medicina di gruppo annualmente, entro e non oltre il 28 febbraio, un contributo per la copertura delle spese gestionali. Tale contributo, da pagare in unica soluzione, dovrà essere determinato in relazione al numero dei pazienti del medico socio, rilevati al 31 dicembre dell'anno precedente. Per investimenti strumentali e strutturali la partecipazione sarà suddivisa in quote uguali per tutti i membri.

Qualora il Socio, trascorsi 10 giorni dal termine suindicato, risultasse inadempiente, verrà invitato al pagamento tramite raccomandata con addebito delle spese al medesimo socio. Trascorsi venti giorni e quindi entro e non oltre il mese successivo di febbraio, sarà escluso automaticamente dalla Medicina di Gruppo. Le modalità di pagamento saranno indicate sulla fattura trasmessa.

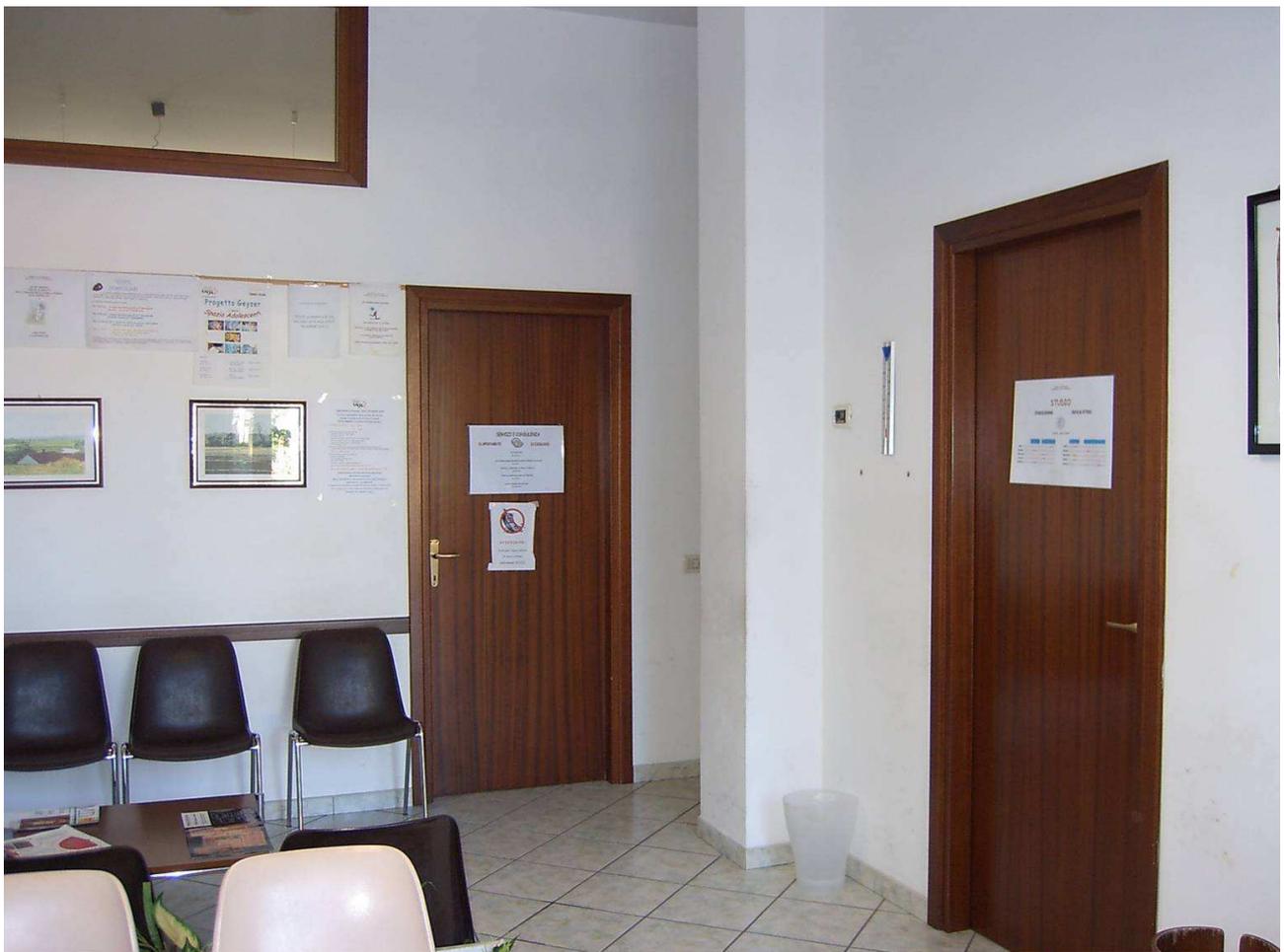
Art.13: I periodi di ferie sono concordati preventivamente all'interno tra i Colleghi associati che possono ricorrere a sostituti esterni facendo riferimento alla normativa contenuta nell'allegato C del DPR 484/96.

Art.14: I locali e la strumentazione di base sono di uso comune e promiscuo ed ogni partecipante si impegna a mantenere l'ordine e l'efficienza degli stessi senza modificare l'ordinamento stabilito di comune accordo.

Art.15: I rapporti con gli informatori saranno regolati da uno specifico regolamento

Art.16: L'associazione può sciogliersi per decisione unanime. Vi potrà essere la revoca da parte di uno dei Soci, purché comunicata con sei mesi di preavviso, salvo causa di forza maggiore debitamente motivata.

Art.17: Ogni partecipante è escluso dalla Medicina di Gruppo nel caso in cui l'Ordine o i Comitati di disciplina previsti dalla vigente convenzione prendano dei provvedimenti disciplinari nei suoi confronti. E' altresì escluso se si rende colpevole di inadempienze agli obblighi assunti con il presente atto o nei confronti della legge o alle norme deontologiche professionali. L'esclusione per tali motivi non determina alcun rimborso delle quote fino a quel momento versate e nemmeno il rimborso delle quote capitale.



Non c'è dubbio che i passaggi descritti costituirono un notevole progresso reale rispetto alla situazione precedente con la presa in carico di tutti i problemi conseguenti senza uno strumento giuridico o forme analoghe da copiare. Ci siamo costruiti un modello operativo di gruppo dividendo gli incarichi ed i compiti amministrativi: Giorgio si è fatto carico dell'utenza gas, Vittorio dell'utenza enel, Giovanna dei rapporti bancari, Giuseppe del contratto d'affitto e delle pratiche burocratiche. Una vera avventura che comportava conteggi e divisioni di quote varie per aggiustare i conti di ogni mese, per regolare gli accessi all'ambulatorio unico in Piazza Mercato, per trovare modi di comportamento condivisi, per spiegare alla gente la novità, adeguare gli ambienti alle norme vigenti, per organizzare ex novo l'attività professionale a cominciare dal programma informatico.

Non tutti eravamo nelle stesse condizioni di partenza per cui abbiamo sperimentato varie proposte informatiche con conseguenti transcodifiche di dati e con serate dedicate all'apprendimento dei vari sistemi operativi. Nello stesso tempo le prime lamentele degli utenti per l'ambiente troppo piccolo, con l'accesso diretto dall'esterno che comportava "spifferi" di freddo e la mancanza di climatizzazione estiva. Cambiamenti, cambiamenti non sempre previsti e prevedibili non sono semplici da gestire. Neanche il tempo di aggiustare la situazione che l'assessore Lunari lancia l'idea di trasferire l'attività in altro luogo più adatto e suggerisce l'idea di approfittare dei locali comunali vicini inutilizzati dall'anagrafe. Negli anni precedenti durante l'amministrazione Mussolin Luciano gli uffici dell'anagrafe erano stati trasferiti dalla sede comunale in via Sarpi 1, ma con il cambio dell'amministrazione erano ritornati nella sede originaria. Il ricongiungimento dell'anagrafe era stato infatti uno degli impegni presi dalla nuova amministrazione Dal Monte Mario e dall'assessore ai servizi sociali Lunari Elio. L'amministrazione si trovava nella necessità di dare nuova destinazione d'uso ad una proprietà di 260 metri quadrati, occupati in piccola parte ancora dal servizio sociale. **Il servizio sociale si concretizzava nella presenza di 18 ore di un amministrativo lì piazzato in compagnia dell'assistente sociale Bacchin dr. Oriano, presente 12 ore alla settimana.** Era un ufficio lasciato alla deriva e che svolgeva un'attività limitata, quasi simbolica non certo per colpa degli operatori, ma per la cattiva direzione della macchina tecnico amministrativa. Quell'ufficio non godeva di molta simpatia da parte della dirigenza, anche se la figura dell'assistente sociale era apprezzata e stimata. In ogni Comune è indispensabile l'esistenza di un simile ufficio, ma per anni il tentativo di assumere un'assistente sociale era miseramente fallito. Una lunga lista di concorsi aveva sempre portato ad assegnare il posto in ruolo a persone di territori lontani che, appena possibile, chiedevano trasferimento verso il paese di origine lasciando regolarmente scoperto il ruolo. Proprio questi continui cambi avevano indotto l'amministrazione comunale a ricorrere ad un contratto libero professionale con il dr. Oriano Bacchin che avrebbe garantito un minimo di continuità. L'assessore Lunari, persona attenta ed impegnata, desiderava tradurre in qualcosa di visibile ed apprezzato dalla comunità la sua attività amministrativa. E' altrettanto vero che i medici accusavano la difficile situazione dello stabile in cui si erano collocati come medicina di gruppo. Nello stesso tempo erano spaventati dall'idea di perdere la loro indipendenza in seguito ad accordi con l'ente comunale che faticava a comprendere le loro preoccupazioni, ritenendo che la loro opera rientrasse nel quadro di una dipendenza quasi obbligatoria, anche se giuridicamente parlando erano dei liberi professionisti. La gente tende a considerare tutte le attività che hanno rapporti con gli enti pubblici alla stregua di un lavoro statale. Anche gli amministratori non sono indenni da questo approccio e non capiscono il senso di un rapporto di convenzionamento. I medici di base infatti sono liberi professionisti convenzionati; in realtà un ibrido tra dipendente e libero professionista, un escamotage per evitare i costi della dipendenza e la garanzia di un servizio a costi sostenibili. I medici sono dei prestatori d'opera quasi



a tempo pieno, ma possono conservare la libertà della libera professione e gli obblighi a cui sono tenuti a sottostare sono contrattualmente definiti e limitati. Questo è il motivo per cui tanti medici di base svolgono lavori diversi e remunerativi oltre la convenzione. In quel di Brendola i medici che conoscete da sempre svolgono solo attività convenzionata, dedicando le loro energie e capacità esclusivamente alla medicina di famiglia. Questo comportamento, ritenuto normale e diffuso ovunque, secondo il comune pensiero degli utenti in realtà è una fortuna e quasi un'eccezione. Tanti nostri colleghi infatti fanno i dentisti, i medici del lavoro, i ginecologi e quant'altro è permesso dall'abilitazione in possesso. A Brendola un gruppo di medici un po' speciale e dedicato all'interesse della comunità è stata la condizione per raggiungere certi obiettivi. L'insistenza dell'assessore era sostenuta anche dalla convinzione del sindaco Dal Monte Mario che sognava di

fornire servizi migliori ai cittadini. A completare il quadro si deve aggiungere la presenza della nuova direttrice generale dell'Ulss n° 5 Carraro avv. Daniela. Avevo avuto l'occasione di conoscerla a Lonigo alla conferenza dei sindaci, quando giunta leggermente in ritardo si era seduta accanto nelle ultime file della sala. Non avevo mai frequentato quegli ambienti e durante gli interventi commentavo sottovoce esprimendo le mie impressioni, parlando da solo. Quasi allo stesso modo, parlando a se stessa si esprimeva la



direttrice, che successivamente andava a prender posto nel tavolo degli oratori. Quello fu il primo incontro tra sconosciuti, a cui seguì un pranzo di lavoro presso la casa di riposo organizzato dal sindaco e con la partecipazione di amministratori, dirigenti Ulss e medici. In quella occasione il sindaco Dal Monte Mario lanciò l'idea di una stretta collaborazione tra i vari attori al fine di creare un polo sociosanitario brendolano. L'unica richiesta certa e condivisa dai medici era il bisogno di un punto prelievi, esperienza già sperimentata in proprio senza successo per i gravi problemi burocratici ed organizzativi. Era una esigenza sentita dalle parti perché la dislocazione geografica e la distanza dall'ospedale per i brendolani costituiva un ostacolo di difficile superamento dovendo attraversare il famigerato nodo stradale di uscita dell'autostrada investito da una quantità enorme di automezzi e camion. Il nucleo di partenza, rappresentato dalla creazione di un punto prelievi, registrò l'interesse dei medici desiderosi di un servizio aggiuntivo, dell'amministrazione per ridurre le difficoltà di spostamento dei cittadini, dell'Ulss per la possibilità di ridurre le fughe verso strutture private. Quel pranzo di lavoro si rivelò l'inizio di un percorso lungo e laborioso da condividere concretamente in un tavolo di lavoro presso la sede municipale. Seguirono infatti una serie ravvicinata di sedute interlocutorie con amministratori, medici e dirigenti Ulss. Come sempre succede agli inizi molte furono le persone convocate, ma inseguito il carico si concentrò sui delegati dei vari gruppi. Naturalmente si deve riconoscere in questo lungo colloquio di mesi l'abilità del sindaco che seppe sgomberare il campo da una marea di supposizioni, ipotesi, dubbi e perplessità

adottando la formula : vediamo cosa possiamo fare concretamente subito. La strategia di rinviare a momenti successivi il superamento di vari ostacoli concentrando tutta l'attenzione sulle finalità, sulla bontà degli obiettivi, sulle potenzialità della collaborazione pagò ampiamente costringendo tutti ad esprimersi in maniera positiva. Come non condividere l'interesse per le persone, come non concordare sull'utilità per tutti di nuovi servizi, come non accettare di essere un pizzico disponibili per il bene comune erano le premesse di ogni incontro.” Mai parlare di soldi o di carichi di lavoro” era il motto e la linea guida. Con questa metodologia si è giunti a sottoscrivere un accordo di massima, un protocollo di intenti sottoscritto dall'amministrazione, dai medici e dai dirigenti Ulss. A questo punto il percorso era avviato e lasciava poco scampo a cambiamenti di idee viste le dichiarazioni sottoscritte e le enunciazioni di principio. Iniziava una seconda fase terribile perché comportava una divisione di impegni e modifiche organizzative di non poco conto.



Qualsiasi progetto che si rispetti deve partire dalla conoscenza di dati e situazioni per tentare di costruire un percorso sensato e condivisibile, con un minimo di dati a disposizione su cui ragionare e confrontarsi. Quindi questo capitolo introduce notizie utili di tipo demografico.



Brendola è certamente in una posizione geografica invidiabile e si può sicuramente considerare una delle porte più importanti di accesso ai colli berici. Il castello di Brendola posto, con il dirimpettaio Castello di Giulietta di Montecchio Maggiore, a controllare lo stretto passaggio tra i colli, rappresenta il simbolo di questa antica e famosa comunità.

Confina a nord con il Comune di Altavilla, ad est con il comune di Arcugnano, a sud est con il comune di Zovencedo, a sud con il comune di Grancona, a sud ovest con il comune di Sarego, ad ovest con il comune di Montebello Vicentino e a nord ovest con il comune di Montecchio Maggiore. Il territorio del comune di Brendola si articola parte in piano, parte in collina (Monti Comunali 344 mt s.l.m.) per un totale di 25,52 kmq. La popolazione attualmente è di circa 6.000 abitanti.

L'insieme collinare dei Monti Berici si estende per una lunghezza di circa 20 chilometri, a sud di Vicenza. Esso ha la forma di un parallelogramma di quasi 200 chilometri quadrati, con asse maggiore orientato sud est nord ovest di 24 chilometri e asse minore lungo circa la metà. Il gruppo collinare si presenta molto frastagliato nella parte settentrionale, più regolare a mezzogiorno. Due profonde incisioni, la Val Liona e il sistema di valli di Fimon si insinuano praticamente fino al cuore del gruppo. La strozzatura situata in corrispondenza di Bocca d'Ansiesia e l'incisione della Val Liona permettono di suddividere i monti berici in due distinti settori: quello orientale, che si presenta come un vasto e articolato altopiano fortemente dirupato lungo il margine sud orientale, e il settore occidentale caratterizzato invece da morfologia più deboli, con lievi ondulazioni che si raccordano più o meno dolcemente con la pianura. Le quote maggiori si riscontrano nel primo settore, lungo un asse situato a ridosso del suo margine sud orientale; esso comprende le rilevazioni di **Monte Tondo** (metri 415), **Monte della Cengia** (metri 428) e infine **Monte Alto** (metri 444) che costituisce la quota maggiore di tutti i Berici. Come si è detto, a partire da questa culminazione,

che si estende in pratica da Sossano a Costozza, si ha un brusco raccordo con la sottostante pianura cosicché questo versante si presenta talora con aspetto rupestre o comunque con versanti assai ripidi. Verso Vicenza invece l'altopiano è smembrato da numerose incisioni che individuano alla fine una stretta e articolata dorsale; degradando progressivamente quest'ultima si esaurisce infine col Monte Berico. Numerose colline più o meno modeste sia come estensione che come quota restano isolate nella pianura. Perlopiù esse sono situate a ridosso del gruppo principale (il Monticello di Fara e la collina di Altavilla sono le maggiori); altre, ad esempio la collina di Montegalda, sono decisamente isolate o in posizione intermedia tra berici e monti euganei, come Albettone e, ormai già nel dominio euganeo, il Monte Lovertino. Non c'è dubbio che la morfologia dei monti berici è fortemente condizionata dalla situazione litostratigrafica che comprende principalmente un complesso calcareo- marmoroso molto erodibile, estesamente affiorante nel settore occidentale, e un complesso calcareo, talora massiccio, che costituisce invece una buona parte del settore orientale e che rende quasi dolomitico il paesaggio così caratteristico del versante compreso fra Villaga e Costozza.

La popolazione si attesta sulle seimila e duecentoquaranta unità con una previsione di crescita di altre 1000 unità nel prossimo decennio. L'esame della curva della popolazione ci permette di riconoscere un andamento di crescita sostanzialmente costante, che ha portato la popolazione residente dai 4224 del '71 agli attuali 6241 del giugno 2001. (vedi tabella 1)

Tabella. 1 - Popolazione residente, superficie territoriale, densità									
Fonte: Dati ISTAT Censimenti 1971-1981-1991, dati comunali 20 ottobre 2001									
		1971		1981		1991		2.001	
Comune	sup. kmq	residenti	ab/ kmq	residenti	ab/ kmq	residenti	ab/ kmq	residenti	ab/ kmq
Brendola	25,52	4.115	161	5.142	201	5.474	214	6.241	245
Vicenza	80,46	116.620	1.449	114.598	1.424	107.454	1.335		
tot.le Provincia	2722,20	677.884	249	726.418	267	747.957	275		

La crescita demografica ha avuto una significativa accelerazione negli anni '70 sino a superare nel 1977 il 3% di crescita annua (3,5 per la precisione) per poi riprendere in maniera consistente negli ultimi anni (2% nel '99, 2,1% nel 2000, vicino al 2% nel 2001 sulla base dei dati disponibili a giugno). Le modalità di crescita della popolazione sono facilmente riscontrabili osservando i dati relativi al saldo naturale e a quello sociale: saldo naturale che oscilla intorno allo zero e saldo sociale quasi costantemente sopra le 50 unità con qualche punta oltre i 100 (vedi i 121 del 1999). E' agevolmente riconoscibile, nel periodo esaminato, un'inversione di tendenza rispetto al recente passato (anni '60 in particolare), in cui la crescita della popolazione era legata a fattori naturali (nati

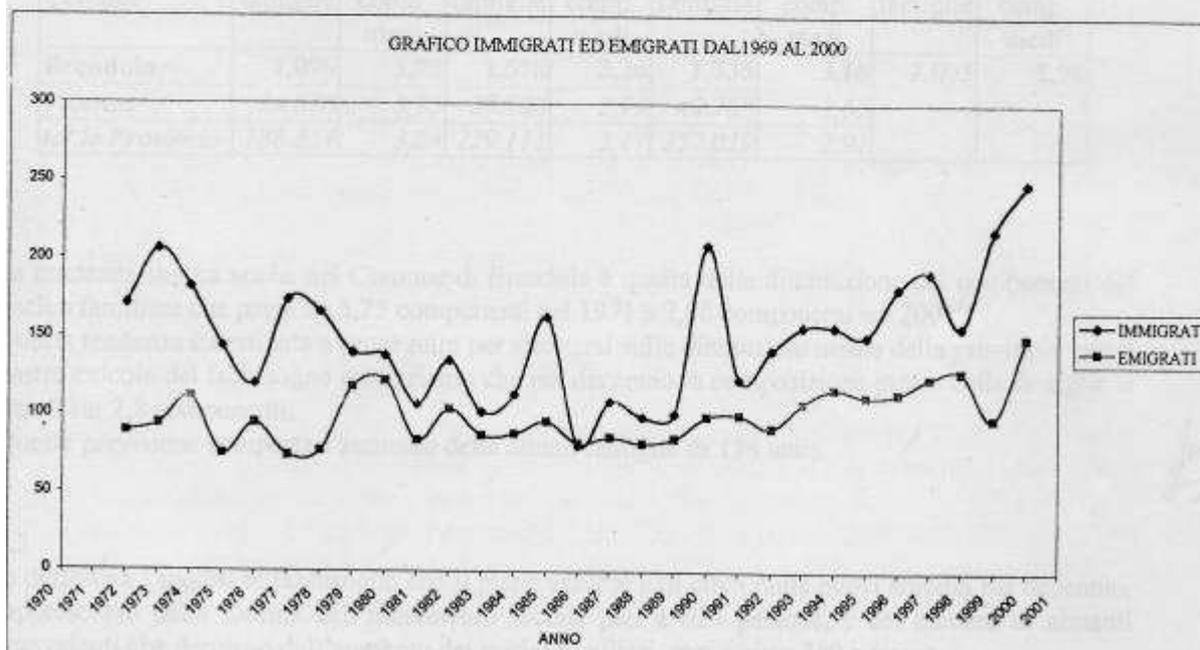
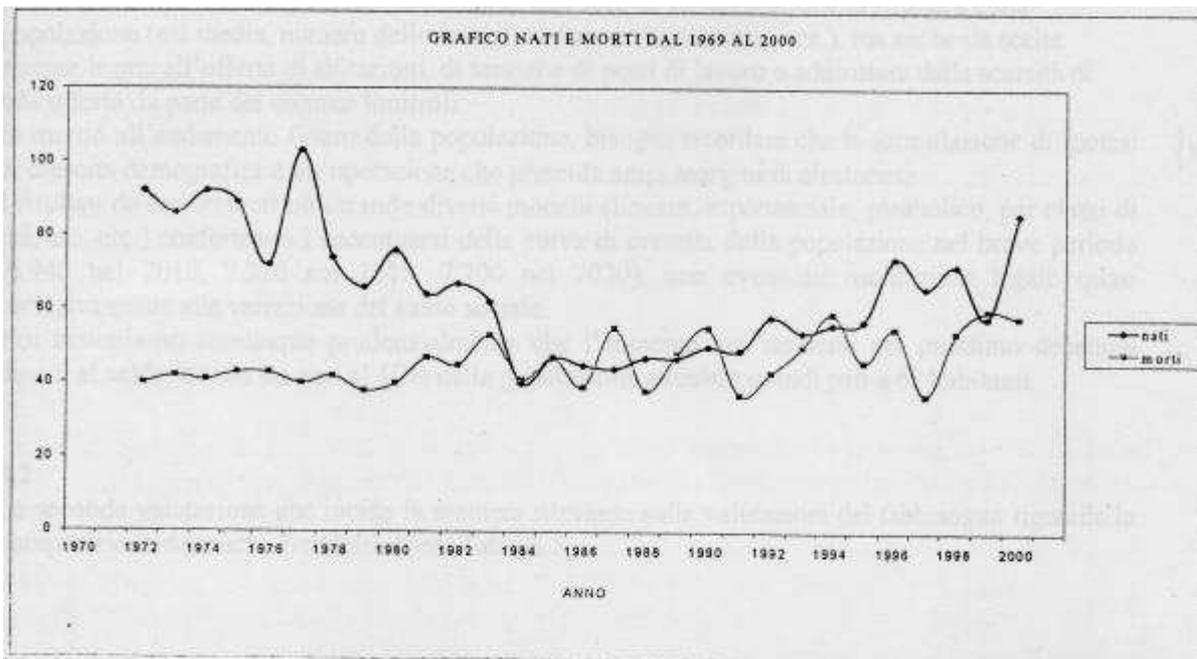
contro morti) A partire dagli anni '70 è evidente come il comune richiami popolazione e pur con alcune oscillazioni (-1 nell'86 contro i +121 del '99) è inopinabile la specifica connotazione sociale (immigrati) della crescita della popolazione. (Vedi tabella 2).

Le persone oltre i 64 anni di età sono 1100, il 17% della popolazione totale in linea con le medie dei paesi vicini e nazionali. Il movimento demografico è bene evidenziato dalla tabella successiva.

Tabella 2 - Movimento demografico

Fonte: anagrafe comunale - aggiornato a luglio 2000

anno	movimento naturale			movimento sociale			saldo totale	popolazione residente	variazione media annua
	nati	morti	saldo	immigrati	emigrati	saldo			
1970								4.224	0,0%
1971							-98	4.126	-2,4%
1972	92	40	52	171	89	82	134	4.260	3,2%
1973	86	42	44	206	94	112	156	4.416	3,7%
1974	92	41	51	182	111	71	122	4.538	2,8%
1975	89	43	46	144	75	69	115	4.653	2,5%
1976	72	43	29	120	95	25	54	4.707	1,2%
1977	103	40	63	174	74	100	163	4.870	3,5%
1978	74	42	32	166	77	89	121	4.991	2,5%
1979	66	38	28	140	118	22	50	5.041	1,0%
1980	76	40	36	138	122	16	52	5.093	1,0%
1981	64	47	17	107	84	23	40	5.133	0,8%
1982	67	45	22	135	104	31	53	5.186	1,0%
1983	62	53	9	102	87	15	24	5.210	0,5%
1984	40	41	-1	113	88	25	24	5.234	0,5%
1985	47	47	0	163	96	67	67	5.301	1,3%
1986	45	39	6	81	82	-1	5	5.306	0,1%
1987	44	55	-11	109	86	23	12	5.318	0,2%
1988	47	38	9	99	82	17	26	5.344	0,5%
1989	47	48	-1	101	85	16	15	5.359	0,3%
1990	50	55	-5	209	99	110	105	5.464	2,0%
1991	49	37	12	123	100	23	35	5.483	0,6%
1992	58	43	15	142	92	50	65	5.548	1,2%
1993	54	50	4	157	108	49	53	5.601	1,0%
1994	56	59	-3	157	117	40	37	5.638	0,7%
1995	57	46	11	151	112	39	50	5.688	0,9%
1996	74	55	19	182	114	68	87	5.775	1,5%
1997	66	37	29	192	124	68	97	5.872	1,7%
1998	72	54	18	157	128	29	47	5.919	0,8%
1999	58	60	-2	219	98	121	119	6.038	2,0%
2000	86	58	28	249	150	99	127	6.165	2,1%
2001 proiezione			0			0	90	6.255	1,5%



Questa crescita della popolazione determina l'aumento di residenti a Brendola e quindi la domanda di abitazioni e servizi, dipendente non solo da fattori interni alla struttura della popolazione, ma anche da scelte esterne legate all'offerta di abitazioni, di servizi e di posti di lavoro o addirittura dalla scarsità di tale offerta da parte dei comuni limitrofi. Si può assumere in maniera prudente un aumento dei residenti nel prossimo decennio dovuti al saldo sociale pari al 10% della popolazione attuale e quindi 624 abitanti.

Una considerazione anche sulla composizione dei nuclei familiari (tabella3)

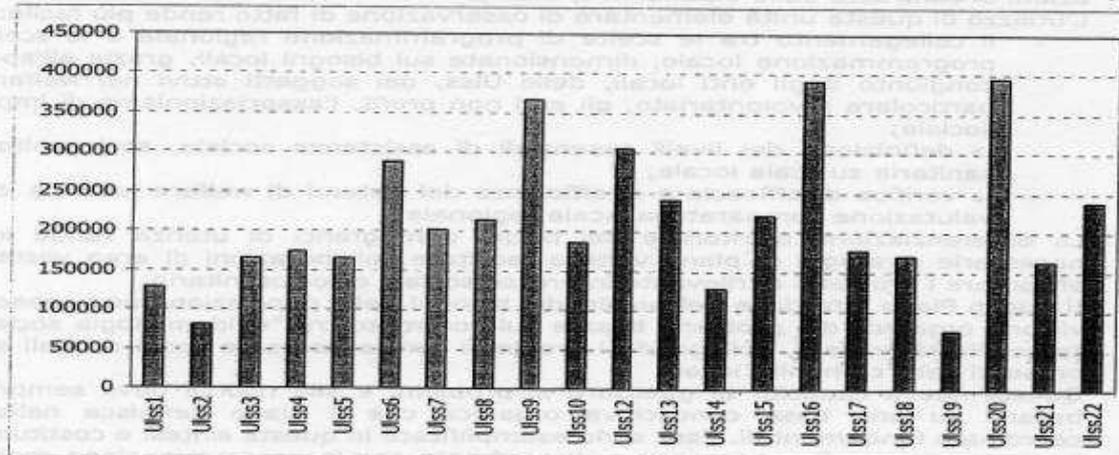
Tabella. 3 - Famiglie residenti e componenti medi								
Fonte: Dati ISTAT Censimenti 1971-1981-1991, dati comunali 20 ottobre 2001								
Comune	1971		1981		1991		2.001	
	famiglie	comp. medi						
Brendola	1.096	3,75	1.578	3,26	1.735	3,16	2.093	2,98
Vicenza	34.826	3,35	39.108	2,93	40.788	2,63		
tot.le Provincia	186.354	3,64	229.113	3,17	257.019	2,91		

La tendenza storica anche per Brendola è quella della diminuzione dei componenti del nucleo familiare che passa da 3,75 componenti nel 1971 a 2,98 componenti nel 2001. Questa tendenza è destinata a proseguire per attestarsi sulle dimensioni medie della provincia 2,8 con conseguente aumento dei nuclei familiari di 136 unità. Le famiglie restano la struttura portante del sistema sociale e dovranno essere sempre più valorizzate come risorsa della comunità.

L'andamento della Regione Veneto riporta: i bambini in età compresa tra 0 e 14 il 13,4% della popolazione, aggiungendo i ragazzi fino a 18 anni si arriva ad una percentuale del 17,1%,

- * le persone con più di 65 anni sono il 18% della popolazione, mentre quelle con più di 75 anni sono l'8,1%,
- * ogni 100 abitanti/ quasi 4 persone hanno più di 80 anni,
- * ci sono 34 anziani per ogni minore di età compresa tra 0 e 14 anni,

Fig. 1 - Distribuzione della popolazione residente per Azienda Ulss (1.1.2001)

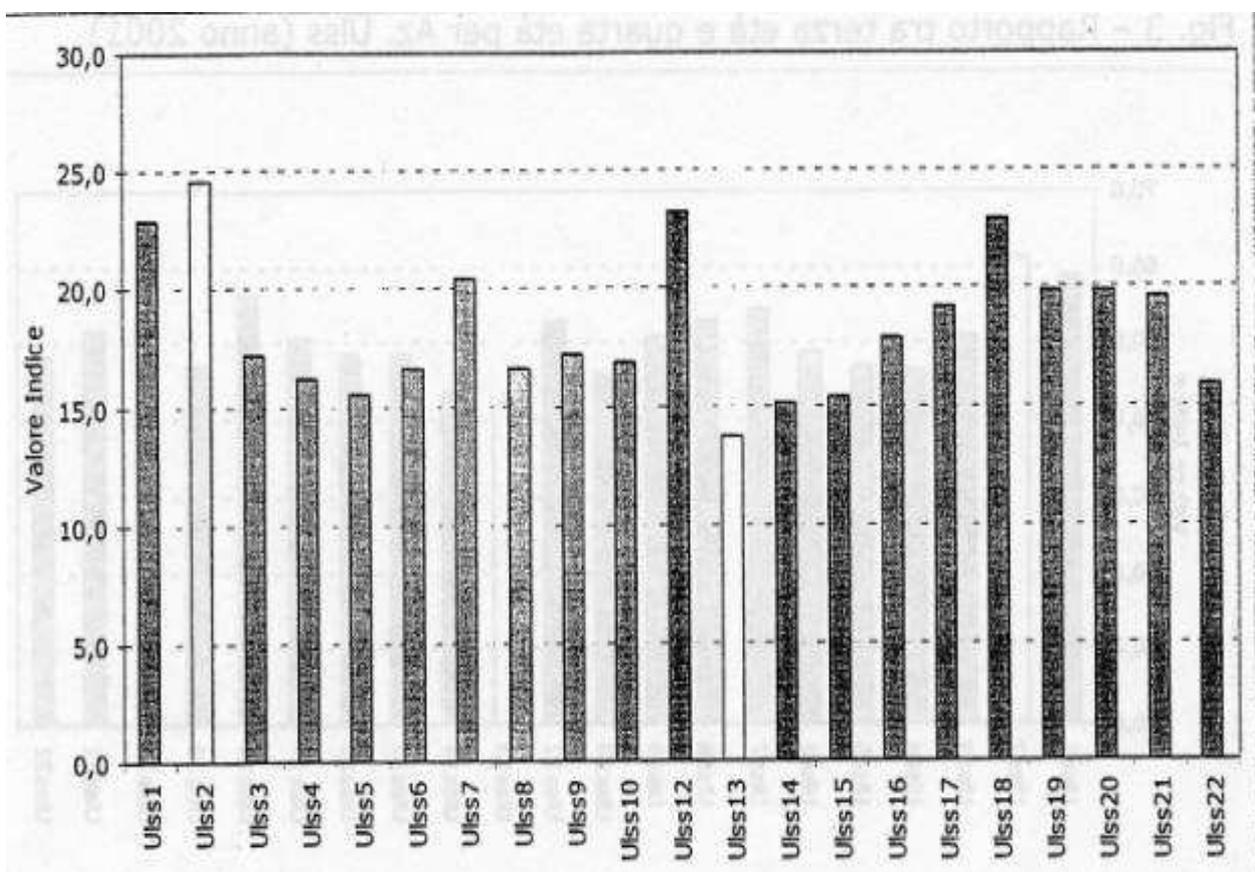


Secondo le tendenze demografiche rilevate dall'Istat, il processo di invecchiamento interessa tutte le regioni, compreso il Veneto nel quale la popolazione ultrasessantacinquenne aumenterà di 21 unità ogni 1.000 abitanti. La popolazione minorile (0-14) aumenterà di 5,4 unità ogni 1.000 abitanti mentre la popolazione in età 15-64 diminuirà di 1,4 unità.

INDICATORI DEMOGRAFICI

DIPENDENZA SENILE (75+/30-59) rapporto tra la quarta, (75 e +) nella quale è più probabile l'emergere della non autosufficienza e l'età adulta lavorativa (30-59)

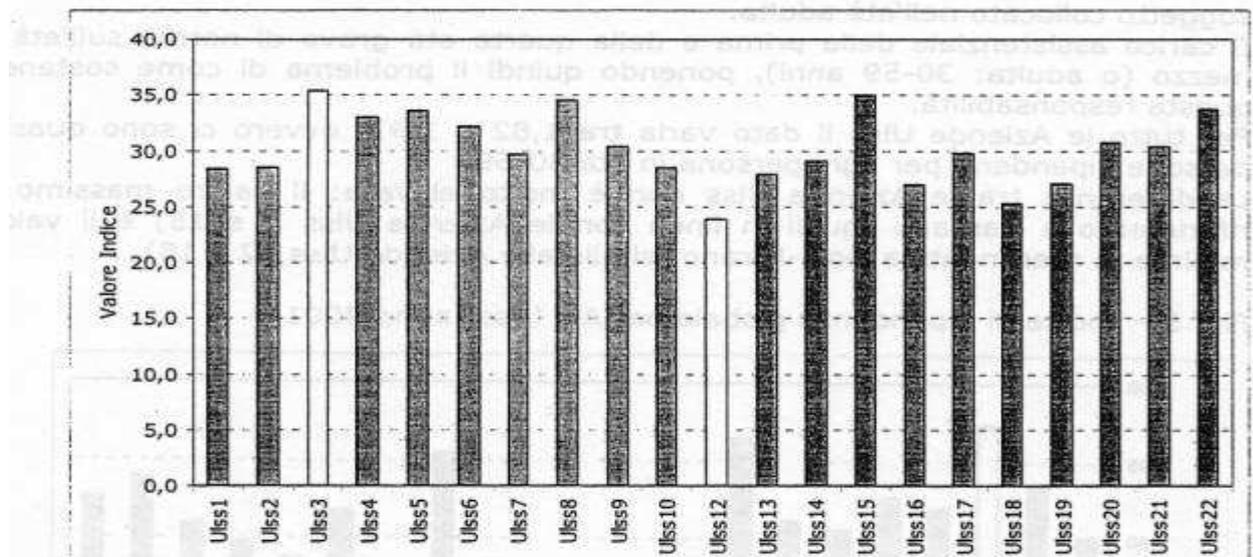
A Brendola le persone comprese tra i 30 e 59 anni sono circa 2750 mentre gli ultra settantacinquenni sono 400 con un indice di dipendenza senile del **14,54**. Cento adulti hanno in carico 14,54 ultrasettantacinquenni. **Valore regionale 18,2**.



RAPPORTO PRIMA ETÀ ED ADULTI: $(0 - 13) / (30 - 59)$ indica il peso dei minori sulla popolazione lavorativa. A Brendola il valore è di **30,9** bambini per **100 adulti**. Il valore regionale è 30,2.

La fascia di età da zero a tredici anni comprende circa 850 bambini e le variazioni nei prossimi anni saranno numericamente modeste. Rappresenta circa il **13,70 %** della popolazione.

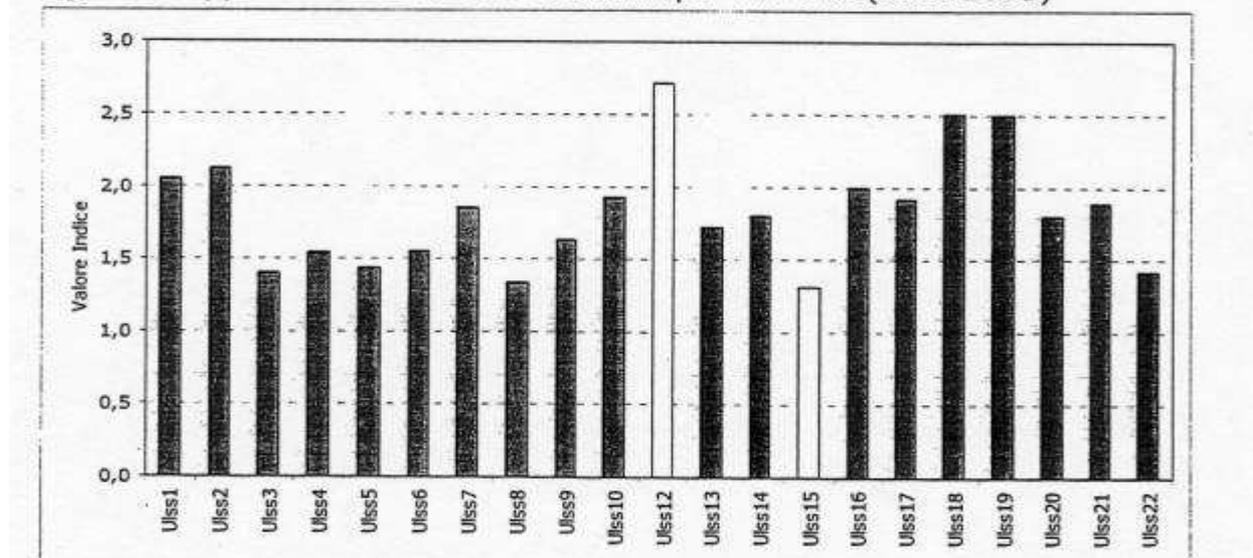
Fig. 6 – Rapporto tra prima età e adulti per Az. Ulss (anno 2001)



RAPPORTO TERZA ETÀ (60 – 74) E BAMBINI (0 - 13)

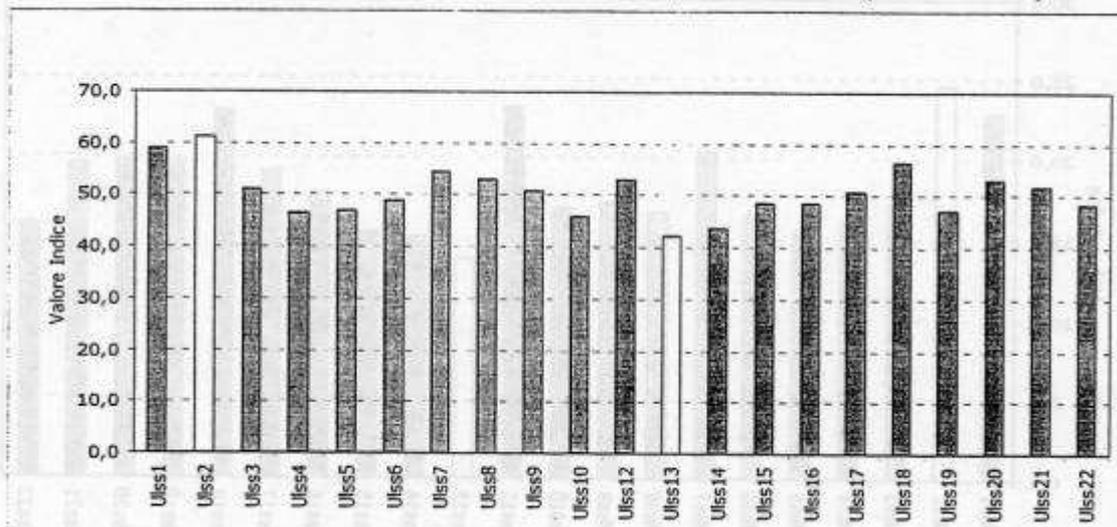
Indica quante persone vi sono nella terza età per ogni bambino: Questo rapporto può essere utilizzato per stimare le potenzialità degli anziani nell'integrare il lavoro di cura delle famiglie con bambini. A Brendola la situazione si può riassumere in circa 900 persone della terza età e 850 bambini con un valore di **1,058**. La terza età rappresenta il 14,51% della popolazione.

Fig. 4 – Rapporto tra terza età e bambini per Az. Ulss (anno 2001)



RAPPORTO TRA QUARTA E TERZA ETÀ' (75+ / 60 – 74) Il rapporto è utile per stimare quanto le persone della terza età possono essere considerate una risorsa per quanti sono oltre i 75 anni. A Brendola la situazione è rappresentata da un valore di **22,5**. **Il valore regionale si attesta 50,5**. La quarta età rappresenta il 6,45% della popolazione. Significa che ogni cento ultrasessantacinquenni ci sono 22,5 persone della terza età.

Fig. 3 – Rapporto tra terza età e quarta età per Az. Ulss (anno 2001)



DIPENDENZA GLOBALE: $(0 - 13) + (75+) / 30 - 59$

Indica quanti minori e persone nella quarta età sono a carico della persona adulta tra i 30 e 59 anni e consente di stimare il carico assistenziale sull'età di mezzo. A Brendola l'indice è di **0,454**, cioè mezza persona dipendente ogni lavoratore.

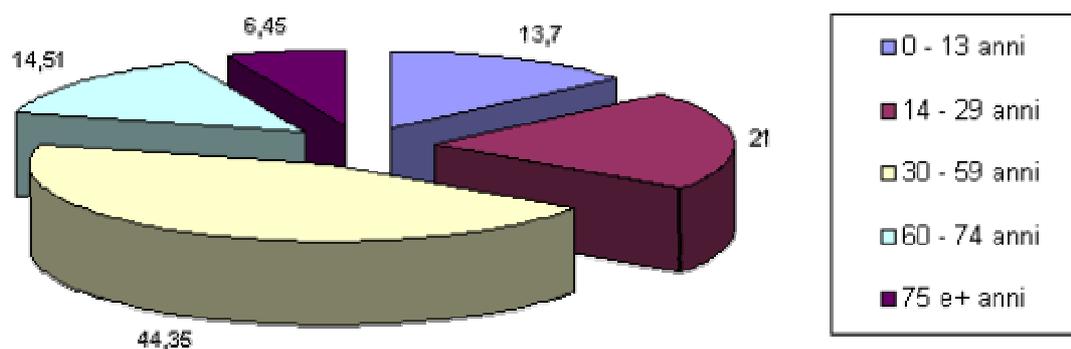
RAPPORTO GIOVANI ED ETÀ' ADULTA: $(14 - 29) / (30 - 59)$; questo rapporto serve a valutare il carico sociale delle famiglie. Il valore a Brendola si aggira su **0,472**

I giovani sono circa il 21% della popolazione.

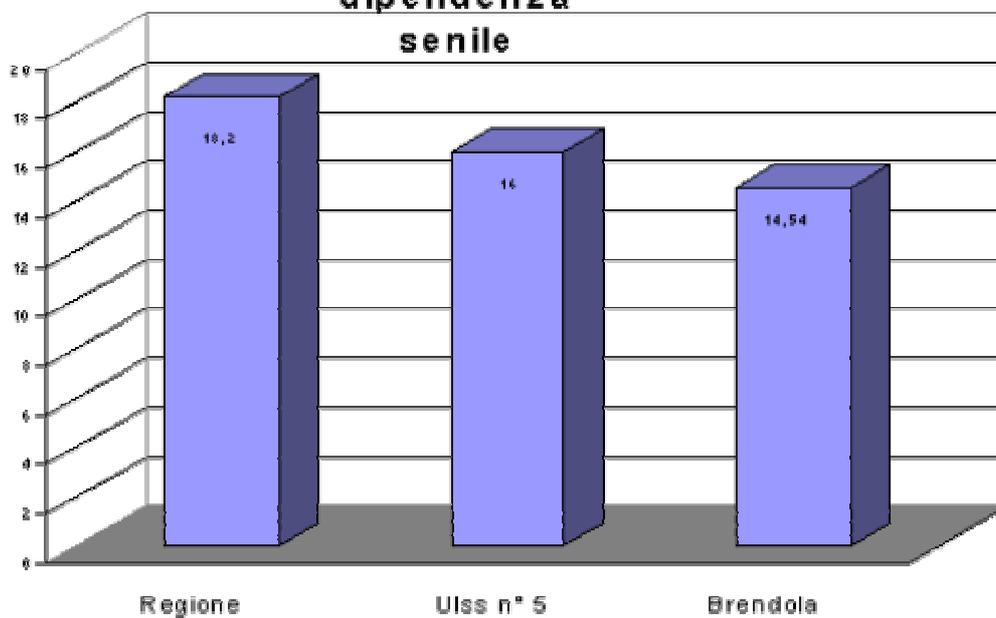
DIPENDENZA TOTALE SULL'ETÀ' ADULTA

$(0 - 13) + (14 - 29) + (60 - 75e+) / (30 - 59)$ Indica il carico totale su ogni persona in età lavorativa. A Brendola più della metà della popolazione circa il 55% è a carico del rimanente 45% in età lavorativa. Il rapporto è di 1,25 persona a carico ogni lavoratore

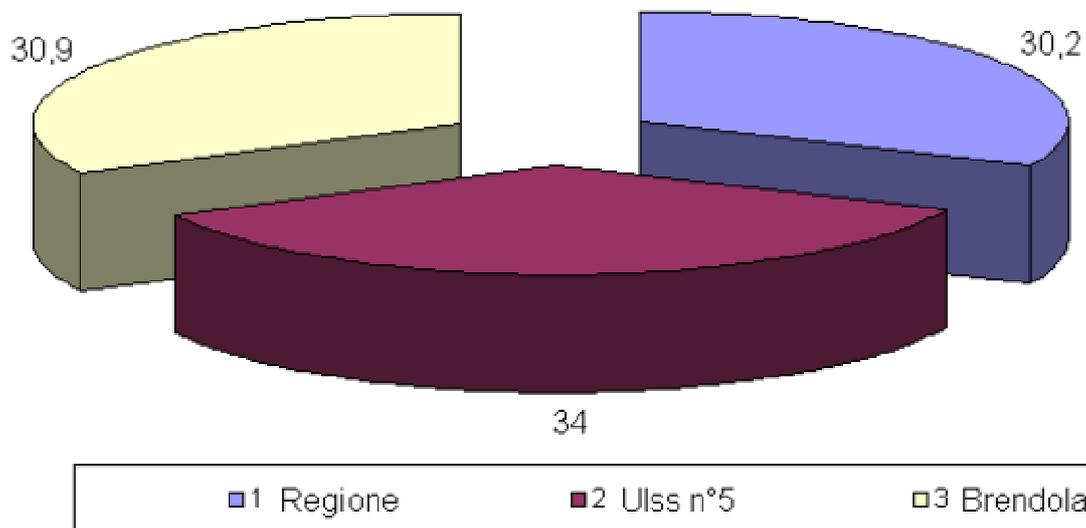
Brendola Composizione Popolazione



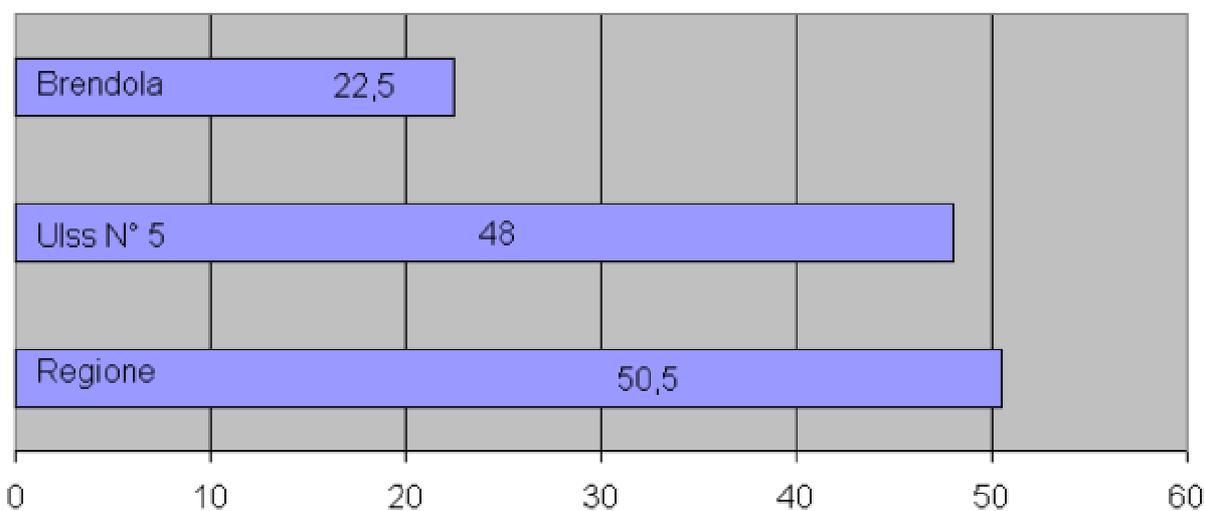
indice dipendenza senile



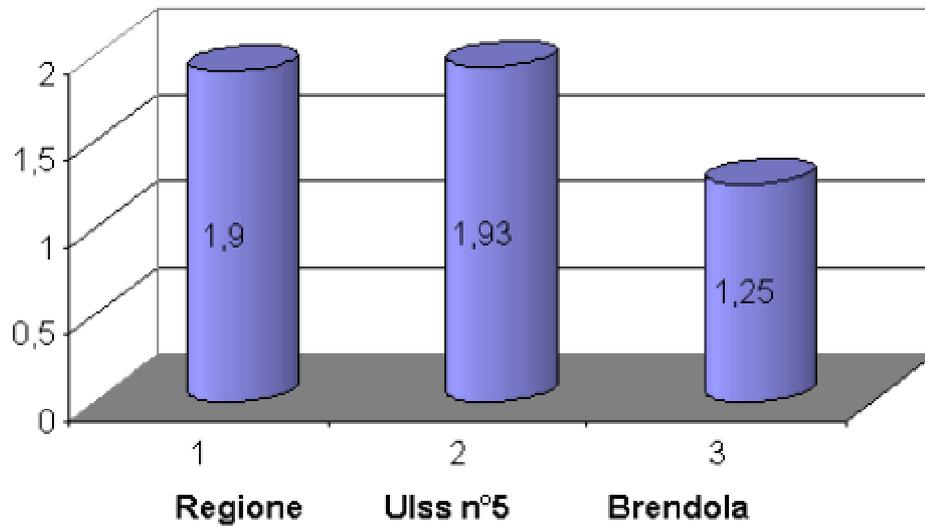
Rapporto Prima età (0-13) /Adulti (30-59)



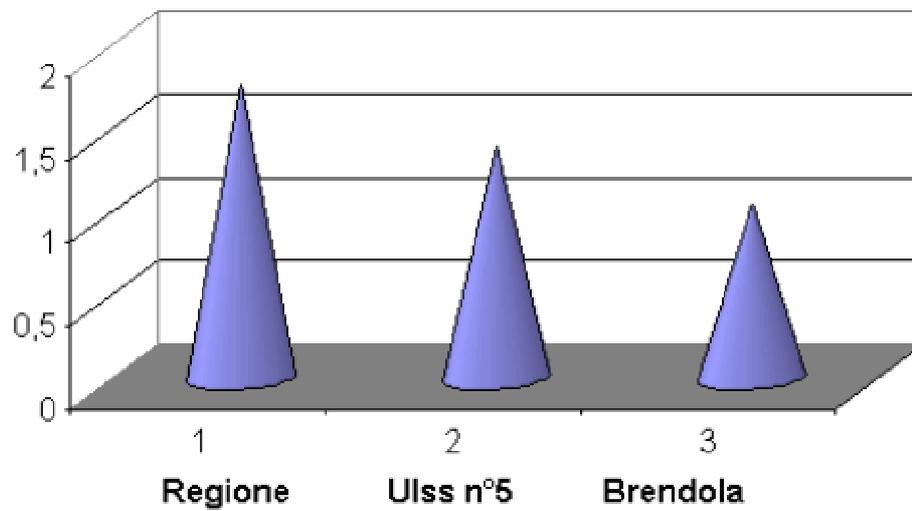
Rapporto quarta/terza età



Rapporto di dipendenza globale



RAPPORTO TERZA ETA' / MINORI



QUADRO SOCIALE

Esiste in paese un variegatissimo mondo di gruppi, associazioni, gruppi informali e spontanei, piccoli movimenti vecchi e nuovi, di varie dimensioni ed entità, che ha tentato e tenta di ricercare nuove forme di presenza e partecipazione. Si tratta il più delle volte di un mondo non ben conosciuto e noto alla maggior parte delle persone, rintracciabile solo sulla base di conoscenze dirette. Eppure vi è la sensazione che esso si stia consolidando ed espandendo in continuazione. Il fenomeno è sicuramente accentuato e collegato alla crisi del sistema dei partiti tradizionali e alla constatazione della scarsa concretezza di quest'ultimi lontani dal quotidiano. Di queste realtà anche la Regione Veneto ha tentato una elencazione e un censimento, animata da intenzioni positive di supporto economico e di riconoscimento ufficiale. Non si conosce in Italia, periodo più fecondo degli ultimi anni per quanto riguarda le normative emanate a favore della partecipazione dei cittadini e mi riferisco in questo momento ad esempio alla legge 142/90 di riforma delle autonomie locali che all'art. 6 stabilisce la consultazione e la partecipazione dei cittadini. Penso che in nessuna società democratica possano mancare gruppi ed associazionismo dove tutti i comuni cittadini di ogni età e pensiero possano costituire entità ricche di significato e influenti sul territorio. Tutti questi gruppi sono una testimonianza di reattività, di capacità di iniziativa e mobilitazione, di risposta alla degradazione sociale con potenzialità notevoli. Sono oltre quaranta i gruppi e le associazioni presenti in paese. Un'altra caratteristica di questi gruppi è l'elaborazione di codici, regole e linguaggi rispettati con coerenza dai propri aderenti al contrario di quanto offre il sistema politico organizzato lontano dall'ambiente umano e dalla società civile. Tutti i gruppi presentano, oltre che una dimensione propria, una presenza sociale che si esplica con l'organizzazione di manifestazioni, spettacoli, corsi, mostre, viaggi, feste od altro. I gruppi locali si trovano soprattutto a gestire aree di problemi su cui da tempo si scontano inefficienze e latitanze del sistema politico ed istituzionale, o aree ritenute di scarso valore politico, che costituisce l'elemento di maggior resistenza ai processi di mutamento ed innovazione della società. Quello che ci auguriamo per il futuro e per continuare a sperare è che tutti questi gruppi non perdano la disponibilità e la capacità di alimentarsi ad ideali e ricerca di nuove strade e cultura, superando eventuali aspetti localistici e particolari.

QUADRO ECONOMICO

Con un breve percorso veniamo ad analizzare la situazione produttiva attuale senza fornire un elenco delle unità produttive brendolane. E' un quadro generico per permettere una serie di considerazioni generali. L'occupazione nel lontano 1971 era di 1100 unità, attualmente si aggira sulle 4.000 persone impiegate nelle varie aziende. Si potrebbe riassumere il messaggio che ne deriva con la frase: "grandi numeri per un piccolo paese". Si tratta quindi di un polo industriale vero e proprio. Ad entusiasmare maggiormente e creare aspettative ottimistiche è il dato che la crescita dell'occupazione si manifesta continua e costante nel tempo. Tutti inoltre hanno cominciato a vedere in paese extra - comunitari, espressione di impiego di manodopera d'importazione in quanto la comunità non è più in grado di offrire altro personale alle aziende. Si sta verificando un fenomeno di attrazione di soggetti e personale da altri territori. A parere degli imprenditori la difficoltà maggiore riguarda il reperimento di personale specializzato e preparato.

L'elenco delle aziende mette in evidenza con certezza come Brendola non si discosti minimamente dall'andamento di tutto il vicentino, che vede nell'attività secondaria il maggior numero di addetti della forza lavorativa. L'attività produttiva brendolana è caratterizzata prevalentemente da industrie ed artigianato impegnati nel settore meccanico ed elettromeccanico. La maggior parte delle attività lavorative si inserisce in questo filone ed in questi settori. L'indice di industrializzazione è altissimo e si discosta notevolmente dalla realtà globale nazionale che vede il terziario come settore prevalente. La nostra industria, che conta ormai quaranta anni di storia è cresciuta e continua a

crescere con indici più che rispettabili. Le unità operative ormai raggiungono l'invidiabile numero di 500 imprese, trascurando naturalmente le aziende agricole che non sono meno di 250 unità. In considerazione della globalità delle unità lavorative registrate, si può concludere che il rapporto tra popolazione (circa seimila abitanti) ed imprese di vario genere (circa 830) è di 1 a 7,5. Oserei dire che il dato di una unità produttiva ogni 12 persone presenti a Brendola costituisce veramente un record difficile da superare numericamente. Le cifre da sole sembrano creare ottimismo ed entusiasmo, che però diminuiscono se abbiamo il coraggio di analizzare più in dettaglio la situazione. Il maggior numero di unità operative è di piccolissime dimensioni e legato ad ambiti familiari ristretti con un prodotto ed un fatturato dipendenti da altre aziende non sempre locali. Abbiamo purtroppo un numero elevato di aziende che lavorano per conto terzi e con una redditività fluttuante ed incerta. Le imprese maggiori con prodotti propri e con alta qualità nella produzione sono piuttosto poche, mentre si registrano produzioni decentrate di aziende che collocano il loro centro direttivo e manageriale in altre località. L'aspetto tecnologico delle aziende è in continua evoluzione e progresso con conseguente futura diminuzione di manodopera impiegata nella produzione. Questo aspetto se, come normale, ci introduce nell'era post industriale, nello stesso tempo porterà ad una diminuzione degli occupati. Diventa chiaro e necessario ristrutturare ancora il nostro sistema produttivo alla ricerca, ogni giorno di più, di unità produttive qualificate e dimensionate in maniera diversa. Le aziende che più impiegano dipendenti sono quelle dei cavi elettrici e della lavorazione dei fili e cavi isolanti.

DAL BILANCIO COMUNALE:

Si riporta:

“ Particolare riguardo si è voluto avere nel settore sociale che negli ultimi anni impegna una percentuale sempre più cospicua del bilancio corrente (dal 6,7% circa di incidenza nella spesa corrente per l'anno 2000 al 7,2% previsto per l'anno 2001). In particolare interventi sono previsti a favore di soggetti economicamente disagiati con uno stanziamento di Lit. 50 milioni per contributi in materia di tariffa sui rifiuti, acqua luce e gas. A favore della fondazione “Dopo di Noi” è previsto un contributo di Lit. 20 milioni, in favore delle scuole materne uno stanziamento di 30 milioni da erogarsi quale contributo straordinario, per la sala della comunità di Vò un contributo straordinario di lire 2.500.000 oltre al consueto ordinario di lire 25 milioni ed un incremento del contributo alla locale Polisportiva per la gestione degli impianti. E' previsto inoltre di riconoscere un contributo al Coro degli alpini, che si assume l'onere di allietare le nostre ricorrenze più importanti e le piccole manutenzioni delle ex scuole di S. Vito.”

PER CONCLUDERE

In questo quadro si collocano le azioni innovative di un piano comunale con l'intento di affrontare i problemi aperti e di sperimentare il governo unitario, razionale, più qualificato ed efficiente dei servizi. Si aprono maggiori possibilità di azioni di sistema, grazie agli effetti positivi di un'azione programmatica che tenta ed ha la capacità di pensare le scelte, e le condizioni della loro efficacia in un arco di tempo compatibile con una tornata amministrativa. Il primo risultato dovrebbe essere il passaggio da una gestione prevalentemente corrente ad una finalizzata e progettata organicamente nel tempo. La riqualificazione della spesa rappresenta un passaggio obbligato, finalizzato ad un nuovo sistema che dovrebbe avere l'effetto di liberare nuove risorse e nuova imprenditorialità sociale, aumentando i servizi e la partecipazione. **Per qualsiasi organizzazione sanitaria e dei servizi sociali è fondamentale conoscere questi dati per poter programmare la tipologia e l'entità delle risorse da impiegare nel tentativo di dare una risposta adeguata e accettabile.**