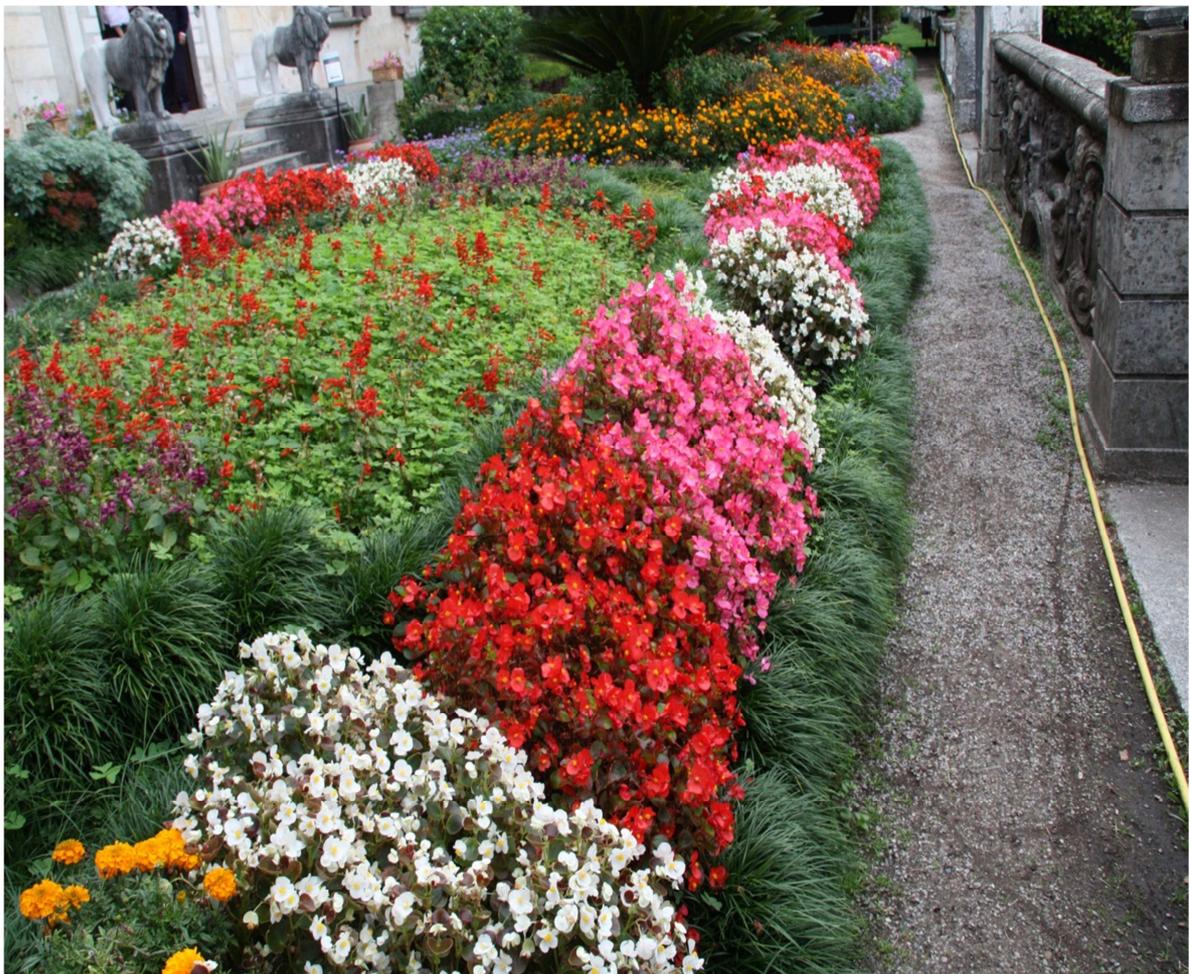


**Giuseppe dr. Visonà**

## **UNA VISIONE PER SPERARE E PER SOGNARE**



**ASSISTENZA TERRITORIALE E MEDICO DI FAMIGLIA**

Brendola 2013

Dr. Giuseppe Visonà

Sito Internet: [www.giuseppevisona.altervista.org](http://www.giuseppevisona.altervista.org)

Email: [giuseppevisona@gmail.com](mailto:giuseppevisona@gmail.com)

Le persone, i gruppi, le organizzazioni, i paesi cambiano e lentamente si trasformano in realtà nuove e diverse anche senza la consapevolezza e la scelta programmata. Gli intellettuali un tempo costituivano un nucleo di penetrazione e di avanguardia nel leggere il futuro. Questa capacità sembra essere stata smarrita da chi sapeva ricoprire tale ruolo di precursore e sostituita dall'ondeggiare quotidiano dei mercati, degli interessi particolari, delle posizioni di potere. Ma il cambiamento avviene ugualmente nella pratica quotidiana, non sempre con serenità e tranquillità, e con un accumulo sotterraneo di rabbia e rancore che a volte preoccupa coloro che riescono a percepire questo stato d'animo di tante persone. E' una sofferenza continua stare a fianco a quanti sono sul punto di esplodere e scaricare la loro carica negativa sull'intera comunità. E' evidente la differente percezione dello stato attuale tra coloro che hanno responsabilità di classe dirigente, di conduzione di pubblici uffici ed incarichi rispetto ai pochi personaggi attenti ai loro compagni di viaggio in questo momento storico. La logica di settore, la difesa dello status quo anche con qualche piccolo ritocco organizzativo e qualche variazione sul tema, sono destinati a fallire in breve tempo perché la famosa massa critica del 25% ormai esiste veramente e potrà in qualsiasi momento riservare sorprese imprevedibili e dirompenti facendo saltare l'equilibrio attuale. La stabilità è un bene per quanti sono in condizioni accettabili e sopportabili, ma non interessa a quanti sono nel disagio, nel bisogno e nella continua affannosa ricerca di un minimo decoro ed una decente sopravvivenza. La passività dura il tempo di un banale innesco accidentale di un episodio emblematico che travolgerà come una valanga quanti non hanno percepito per tempo il pericolo. La frustrazione, l'invecchiamento, l'insoddisfazione, l'apatia, la paura, la passività, l'appiattimento economico dell'attuale classe medica, la miopia e l'indifferenza del sindacato, la crescita esponenziale burocratica, la perdita di sogni e speranze dei giovani, la gestione amministrativa invadente e preoccupata esclusivamente delle proprie posizioni, faranno implodere e collassare il sistema sanitario. La mancanza di coscienza e presa in carico di tali fenomeni porterà a sconvolgimenti ora impensabili con una regressione per tutti in primis le persone con i loro bisogni e necessità. Un accordo collettivo nazionale per i medici, attualmente di oltre 250 pagine, non potrà contenere le fughe, le diversità, le disuguaglianze del sistema salute. Dovremo assistere a sconvolgimenti traumatici che non risparmieranno neanche gli attuali privilegiati e tutelati. Non è una crisi il momento attuale, ma un cambio epocale che arriverà senza lasciare pause e tregua. Non siamo ancora abbastanza preparati per parlare di salute e benessere globale della persona per cui limitiamoci a pensare alla sanità come settore della salute e tentare di capire alcuni fenomeni che stanno rivoluzionando la situazione. In Italia, così come negli altri

Paesi industrializzati, l'organizzazione sanitaria sembra non tenere in sufficiente considerazione l'evoluzione della demografia e dell'epidemiologia. L'invecchiamento della popolazione e le malattie croniche richiedono una riconfigurazione del sistema di erogazione delle cure ancora orientato al trattamento in acuto e non sufficientemente attrezzato per affrontare le condizioni cliniche multi patologiche. I dati epidemiologici mettono in discussione il modello indirizzato ad una singola malattia che viene adottato dalla maggior parte dei sistemi sanitari, così come mettono profondamente in discussione **la moltiplicazione delle specialità mediche** e la formazione universitaria "disease oriented" anziché "**patient oriented**" dei futuri dottori. La specializzazione e la ricerca sono aspetti importanti per lo sviluppo e meritano tutta l'attenzione, gli investimenti possibili, ma non possono pesare in maniera massiccia nell'operatività standard ed entrare come elemento fondante e di primo livello nell'approccio ai problemi. C'è un mondo del sapere ed un mondo del fare che devono interagire, ma i ruoli e le funzioni sono diversi pur essendo entrambi un valore ed un aspetto importante del sistema. Vogliamo considerare i due mondi di pari dignità e con prassi diverse e quindi con ruoli precisi ed integrativi. Vogliamo chiarire che l'ordine di approccio si differenzia e di conseguenza lo spazio di competenza è diverso. Vogliamo affermare che la pari dignità comporta la necessità di un trattamento valoriale adeguato alle caratteristiche intrinseche ai due ordini di sistemi senza privilegi a priori, ma legati al bisogno. Le scale di giudizio valoriale servono proprio a mettere ordine e definire gli ambiti di competenza nel rispetto della diversità che non necessariamente è migliore o peggiore dell'altro componente. L'orientamento alla persona è una acquisizione nuova o una riscoperta del valore umano che il mondo economico ha trascurato pensando al primato dei soldi e degli interessi. La persona ha assunto una dimensione diversa dalla macchina e la similitudine uomo macchina ha perso il fascino del passato. Ogni tempo ha i suoi paragoni; oggi siamo passati al confronto con il computer, ma ancora non ci siamo perché l'uomo è qualcosa di diverso, di più complesso ed indecifrabile. L'idea di persona è un concetto globale ed olistico, misterioso ed indefinibile. In ogni caso il prossimo futuro già comincia a delinearsi presagendo scenari in cui l'attuale modo di gestire la domanda di salute sarà completamente stravolto. Secondo Bain&Company (Società di consulenza [www.bain.it](http://www.bain.it)) dati gli elevati livelli di debito pubblico con cui sono alle prese i paesi occidentali non sarà più possibile finanziare nel modo cui si è fatto finora le strutture e il sistema attuale di erogazione dei servizi sanitari, mentre la domanda di servizi sanitari continuerà a crescere. Vi è dunque necessità ed urgenza di ridurre i costi della sanità e l'aumento dei bisogni. Si andrà verso la gestione integrata dell'assistenza sanitaria, una maggiore trasparenza e una

maggior competitività. Un mondo di sogno o una probabilità? Più semplicemente sarà una necessità per il futuro e la sopravvivenza di una società che non ha saputo ricordare e tenere a mente il dopo di noi, una società che non ha saputo conservare il limite del tempo e delle generazioni, che ha smarrito il senso della vita e della morte come fonte di progresso e di servizio ai figli e nipoti. Sarà una necessità per rimediare ai tanti sprechi ed al cattivo uso delle risorse di questi anni, per salvare il minimo essenziale per tutti onde evitare guerre e lotte infinite. La storia avrebbe dovuto insegnarci che gli eccessi si pagano per tanto tempo ed a caro prezzo. La mia formazione umanistica non è più un requisito per la nuova medicina (ora già vecchia) che qualifica come prioritaria la scienza nel senso stretto del termine, orientata e guidata dalla macchina più o meno tecnologica, che considera ancora il malato come un pezzo difettoso o rotto con conseguenti costi e manutenzione. La malattia ancora pensata come incidente e non come parte di una persona che, anche se malata, è una risorsa, un contributo al vivere della comunità. Inoltre continua a imperversare nonostante la presenza di malattie croniche, di durata pluridecennale, di pluripatologie a lenta degenerazione l'idea di malattia solo come fatto acuto, di breve periodo, di bisogno immediato. L'accesso al pronto soccorso è la logica conseguenza di questa idea, oltre che una scappatoia per una fornitura rapida ed immediata di prestazioni e servizi. Tutto è acuto e temporaneo, quindi tutta la medicina deve essere pronta e rapida, erogata subito e completa. Ma la realtà è cambiata dal tempo in cui esisteva la necessità di interventi rapidi perché la persona arrivava ad approcciare il sistema sanità solo nei casi disperati o nei momenti di fine vita. Oggi sono la cronicità e la pluripatologia ad occupare veramente la sanità.

**La memoria ti salva. La memoria fa dell'uomo un soggetto storico, gli conferisce personalità e soprattutto la base per la costruzione del futuro.** Aristotele : "Giungo allora ai campi ed ai vasti quartieri della memoria, dove riposano i tesori delle innumerevoli immagini di ogni sorta di cose introdotte dalle percezioni; dove sono depositati tutti i prodotti del nostro pensiero ottenuto amplificando o riducendo o comunque alterando le percezioni dei sensi, e tutto ciò che vi fu messo al riparo e in disparte. Quando sono là dentro evoco tutte le immagini che voglio." In ogni caso a tutte le età la memoria rappresenta il fondamento della vita stessa. Infatti all'origine dell'interesse per la memoria si trova il timore dell'amnesia, cioè la paura di dimenticare e di essere dimenticati. La memoria è una funzione cognitiva complessa, inseparabile dalle altre capacità cognitive e dell'affettività; è un meccanismo adattivo e indispensabile alla sopravvivenza del singolo e della

collettività. Non solo l'organismo in toto ha una sua memoria, ma anche i suoi costituenti, come il sistema immunitario. Apprendimento e memoria sono strettamente correlati a tal punto che spesso è difficile valutare se le alterazioni fisiologiche o patologiche interessano l'uno o l'altro. Memoria immediata (flash), memoria a breve termine (pochi secondi), memoria a lungo termine, memoria procedurale a basso livello di coscienza (abilità ripetitive), memoria dichiarativa ad alto livello di coscienza (semantica episodica): tanti aspetti della stessa funzione vitale. Ogni giorno percepiamo l'angoscia di tanti anziani che ti comunicano sottovoce la paura della perdita, la paura di non aver più una storia, una identità, l'angoscia di non riconoscersi e di riconoscere. Purtroppo abbiamo perso la memoria di quello che eravamo e quindi non sappiamo più chi siamo e dove siamo diretti. Ho ancora ricordo quando non esisteva un SSN e si doveva fare i conti con il medico condotto e l'ufficiale sanitario, quando bisognava alzarsi la notte magari più volte, quando la gente pagava la prestazione medica, quando si faceva uso moderato della medicina, quando andare in ospedale era una disgrazia, quando il pronto soccorso si usava solo per gravi traumatismi o situazioni estremamente critiche, quando a turno si copriva l'attività di pronto soccorso, quando gli esami di laboratorio era conteggiabili con le mani, quando in studio si preparavano i vetrini, quando in ambulatorio aspettavi che qualcuno si presentasse, quando lo stipendio del medico era faraonico, quando la gente ti ringraziava con salami e galline, quando era diffuso un spirito caritatevole e compassionevole, quando le malattie si diagnosticavano con la semeiotica e la clinica, quando si annotava nel quadernetto le informazioni significative, quando in qualsiasi momento trovavi uno specialista o una consulenza, quando si visitavano tutti, donne incinte e bambini compresi, quando non esistevano montagne di carte e moduli, quando il farmacista non si permetteva di interferire. Potrei continuare a ricordare per pagine e pagine, ma il senso di questi ricordi non è la narrazione di una storia. Il significato è quello di poter fare dei confronti e delle riflessioni per guidare il momento attuale ed il futuro. Nessuno ha nostalgia di un passato certamente felice perché rielaborato e legato alla gioventù, ma altrettanto denso di fatiche e difficoltà come ogni tempo dell'esistenza. Nessun rimpianto del tempo trascorso, ma la ferma convinzione che rivedendo la storia si possono capire i progressi e gli errori commessi oltre che ridimensionare le paure e le ansie del domani. In tutti questi anni abbiamo senza ombra di dubbio compiuto passi da gigante nel miglioramento e nel benessere, ma abbiamo perso la memoria personale e la memoria collettiva. Abbiamo vissuto come se il passato non esistesse ed il paese dovesse necessariamente continuare a migliorare per opera divina o della scienza. Abbiamo tutti pensato al nostro piccolo orticello da allargare e sfruttare, raccogliendo il più possibile senza mai

chiederci chi seminava e coltivava con fatica, senza mai pensare che gli investimenti dovevano essere oculati ed attenti, eliminando la competizione e il merito. Il SSN garantiva a tutti l'assistenza, garantiva a tutti i medici un discreto guadagno indipendentemente dalle capacità e qualità, garantiva la possibilità di fare la cresta a tante spese (Poggiolini docet), lasciava spazio ad interesse particolari, permetteva la nascita di mille centri specialistici ed ambulatori: il tutto alla modica spesa di una piccola rinuncia di libertà professionale, di un'accettazione di qualche modulo in più da compilare, di spostare l'attenzione dalla persona alla struttura, di togliere potere ai migliori, di non discutere del futuro sanitario lasciato alle lobby di partito, di accettare che i partiti potessero mettere le mani sull'immenso tesoro finanziario della sanità. La spesa sanitaria costituisce uno dei capitoli più importanti dello stato e delle regioni e quindi uno degli scomparti più interessanti per operazioni di dubbia trasparenza e di possibili interferenze. Piccoli arretramenti nella mission e nel tempo anche attraverso continue riforme della legge che confondevano sempre più ruoli e funzioni, favorivano deleghe e una riduzione delle responsabilità individuali scaricate su organismi sempre più complicati e più numerosi. Ormai non esiste problema che non preveda un primariato, una segretaria, un numero di telefono indispensabili per una richiesta che non verrà mai evasa per incompletezza o per tempi di attesa infiniti. Come si dice il nemico si può prendere anche per fame e stanchezza: così sono i percorsi di certe consulenze per cui è meglio prenotare due anni prima.

**Le caratteristiche del medico di famiglia**, che costituisce l'ossatura di qualsiasi sistema sanitario, tanto è vero che se manca non si può parlare di sanità, sono da sempre:

INDIPENDENZA

RAPPORTO FIDUCIARIO

CONOSCENZA GENERALISTA

VISIONE OLISTICA

PRESENZA CONTINUA.

Il potere del medico sta proprio in queste caratteristiche inderogabili e scritte nella storia che lentamente e recentemente si tenta di modificare con piccoli aggiustamenti al fine di depotenziare il ruolo e la funzione.

L'indipendenza è legata al giuramento che ogni medico enuncia e sottoscrive quando decide di dedicare la sua opera al servizio della persona. L'attuale medico di famiglia ha perso questa connotazione accettando un rapporto convenzionale che non salva l'indipendenza e non lo rende neppure un dipendente collocandolo nel limbo di quanti sono né carne, né pesce in una posizione definita di volta in volta a seconda del momento o dell'interesse. Quindi è un medico non libero professionista né dipendente ma convenzionato, cioè sospeso in uno stato giuridico indefinito. Un medico che non può vantare un ruolo indipendente è soggetto a continui ricatti da parte del paziente, dell'asl, della concorrenza di colleghi non potendo scontentare nessuno pena l'esclusione. La conseguenza si è tradotta in una serie infinita di compromessi operativi e professionali con perdita di qualità e autorevolezza. L'autonomia è stata limitata da una serie di prescrizioni restrittive sull'uso di farmaci, esami strumentali, certificazioni delegate alla specialistica che ha invaso la sanità. Il territorio è stato ospedalizzato nel senso che quella è la medicina che vale e che può avere competenze sufficienti. I medici di famiglia, meglio i sindacati, hanno accettato queste limitazioni considerandole un vantaggio, uno sgravio lavorativo: il compenso rimane lo stesso, ma lavoriamo meno. La perdita di indipendenza ha comportato una perdita di valore: come è possibile che il mio medico faccia diagnosi di ipertensione, mi prescriva farmaci ed esami ma non possa certificare la mia malattia ai fini di eventuali agevolazioni o benefici economici? Perché la certificazione deve essere fatta da un medico sconosciuto al paziente a sua volta non noto? Inoltre per avere tale documento il paziente deve sottoporsi ad una visita specialistica con relativo ticket e programmare controlli periodici come da protocolli in occasione del rinnovo di patente, naturalmente a pagamento. Non entriamo in riabilitazione e fisioterapia perché è diventato impossibile accedere a tali cure senza consulenza fisiatrica. Il medico può certificare l'idoneità fisica all'attività sportiva, ma non prescrivere un ciclo di fisioterapia autorizzabile solo dal fisiatra dopo tempi biblici. Non parliamo poi di risparmio di farmaci perché si rischia una denuncia. L'appropriatezza prescrittiva secondo il criterio del risparmio comporta un premio a condizione che esistano colleghi iperprescrittori che alzano la media aziendale. Il miglior criterio prescrittivo dovrebbe essere il miglior farmaco per quel paziente per quella diagnosi: curare bene si risparmia. Tutti d'accordo, ma quel farmaco abbisogna di piano terapeutico fatto sempre dallo sconosciuto specialista che non conosce il paziente. E questa è indipendenza? Riconoscimento di centralità nelle cure? E' il caso di ricordare che serve il rispetto di 60 norme per la compilazione di una ricetta che non può contenere normalmente più di due confezioni di medicinali con un spreco di trenta milioni di carta annui senza conteggiare il

costo del toner. Alla faccia del risparmio di carta e denaro! Non parliamo di priorità da segnalare per ogni ricetta con il classico ritorno del paziente dall'ufficio prenotazioni dove il buon samaritano di turno consiglia un ritorno dal medico per modificare la casella con barratura in B altrimenti non c'è posto per la prestazione in questione: se ne parla l'anno prossimo. Dimenticavo di dire che quell'impegnativa poteva essere redatta dallo specialista senza trascrizione del medico curante, che a parole è al centro dell'assistenza sanitaria. Anzi è proprio al centro della guerra continua tra richieste e risposte del sistema sanitario e investito del ruolo di controllore controllato alla faccia dell'indipendenza giurata all'inizio della professione. Stavo per scrivere all'inizio della carriera, ma per fortuna mi sono corretto in tempo perché per il medico di famiglia non esiste la parola carriera perché pagato in maniera tale che colui che meno lavora più guadagna, in maniera che chi ha maturato esperienza, conoscenza, concretezza operativa sia uguale a colui che è incapace e lavativo. L'uguaglianza tra diversi penso sia una delle peggiori ingiustizie e la certezza che il cambiamento e la qualità non saranno mai la spinta vitale di una classe medica senza prospettive. La relazione medico-paziente mette in gioco la salute: è un patto di cura fondato sulla fiducia: **quel paziente con quel medico**; è un'alleanza contro un nemico comune: la malattia. Perché, se è vero che la Medicina è una scienza, è altrettanto vero che è soprattutto un incontro tra due persone: una con le proprie competenze, l'altra con i propri bisogni, entrambi fanno un pezzo di strada insieme, come due viandanti in viaggio. D'altra parte l'esperienza personale mi ha insegnato che, accompagnare un paziente fino al momento della morte, è una straordinaria possibilità di arricchimento professionale ed umano che segna in maniera indelebile il nostro agire di medici e di uomini. La fiducia è un valore in ogni caso ed in ogni momento, ma nel caso del medico di famiglia è la condizione "sine qua non", è il bene prezioso da salvare e conservare in cassaforte, incredibile a qualsiasi prezzo, non negoziabile. Purtroppo questa relazione è mutata perché pesante da difendere e portare in tanti casi umani che logorano la pazienza e la capacità di empatia del medico su cui si riserva la sofferenza non solo fisica della persona. Il medico di famiglia è il delegato a tutte le problematiche personali, familiari, storiche e presenti, delle persone che si rivolgono a lui. E' il depositario della relazione e delle implicazioni che ne derivano. E' il famoso segreto professionale che non può mostrare crepe o incertezze. La relazione è tutelata dalla privacy come è di moda dire ogni. Oggi si vorrebbe mettere in piazza, cedere a colleghi, trasmettere all'Ulss il contenuto di questa relazione, come dato paragonabile ad un esame di laboratorio. Nessuno ormai è tanto preoccupato che questo fenomeno possa compromettere seriamente il rapporto di fiducia, ma soprattutto sta passando il concetto che questa relazione sia

assimilabile all'anamnesi di una cartella clinica cedibile per studi epidemiologici e statistici. Tutto è scienza misurabile anche la relazione medico paziente. Sarà proprio vero? Mi sembra che la sanità sia tornata al paragone con la macchina e quindi come meccanico autorizzata a smontare, controllare tutte le componenti, anche i segreti più profondi; meglio tutti i meccanici hanno diritto di vedere perché abilitati alla professione. Ma dove sta quel medico con quel paziente? **Stasformandosi in un medico con un paziente**, cosa ben diversa da quanto dichiarato prima di iniziare la professione e ben lontano dal concetto di persona. Un'attività professionale generalista, così definita, in modo da dare quasi l'impressione di qualcosa di banale e poco valore. Il termine invece sottende una conoscenza estremamente vasta e globale, quasi enciclopedica, per poter dare risposte a problemi difficilmente classificabili. La medicina di famiglia (MDF) è una disciplina ed al tempo stesso un esempio paradigmatico di inter-politran-disciplinarietà. Essa si serve di un metodo clinico assolutamente originale che le deriva dal fatto che affronta problemi destrutturati e non malattie codificate. I disagi che vengono esplicitati al medico di famiglia sono sempre analizzabili in un'ottica molto ampia e la loro soluzione si ha nella stragrande maggioranza dei casi intervenendo a livello familiare e sociale oltre che individuale. Il campo di interesse della MDF è estremamente vasto ed è pieno di incertezza clinica. **Il 40% di tutti i problemi indifferenziati che vengono posti all'attenzione del medico non evolveranno mai verso una condizione inquadrabile in qualsiasi criterio diagnostico ICPC o ICD-10.** La modalità con cui vengono affrontati questi problemi (spesso sintomi iniziali di patologie definite) e l'incertezza del loro trattamento sono i responsabili veri della qualità delle cure primarie. La MDF si dimostra, ovunque esista, di insostituibile efficacia tanto che la sua assenza significa praticamente assenza di sistema sanitario. Come dicevamo, l'arte di applicare su vastissima scala, quotidianamente e contemporaneamente, i risultati scientifici e tecnologici delle discipline specialistiche, adattandole ai bisogni di ogni singola persona è probabilmente la più grande conquista della medicina moderna. Se il medico nell'era della tecnica indossa sempre più l'abito del combattente senza limiti e senza paura, se cioè la medicina è sempre più offensiva armata di protocolli e procedure, è naturale che forte sia la collusione della fabbrica della salute con una ampia delega sociale a realizzare, apparentemente, fitness, salute perfetta e negazione del destino umano. **Con questa logica il medico non è più un guaritore:** è un uomo di scienza che ha voltato le spalle all'arte e al mito. Ecco perché è importante conservare il concetto di complessità e varietà delle persone senza false dichiarazioni ed applicare quelle iniziative che veramente servono a quella persona indipendentemente dal modello organizzativo di erogazione delle cure. Il medico di famiglia è anche colui che, nella

maggior parte dei casi, abita nel territorio e garantisce una presenza anche fisica continua. La classica battuta “dottore xa che lo vedo” è il modo abituale di salutare di tante persone. E’ questa la miglior testimonianza della continuità delle cure, meglio della contiguità giornaliera con la gente e con il territorio. E’ la condivisione continua di un modo di vivere ed abitare un territorio, una presenza fisica palpabile ed individuabile come vero compagno e sostenitore nel trascorrere del tempo. Siamo riconosciuti in continuazione e chiamati, il più delle volte, non per nome ma per funzione cioè dottore, meglio ancora el dottore come non esistessero altre professioni che potessero usare tale titolo. La memoria mi riporta ai tempi in cui ero presente 24 ore al giorno per sette giorni la settimana con plurime alzate notturne. Quello era il duro H 24: una anomalia anche allora per qualsiasi professione a parte la nostra di medici di famiglia o di paese. Non tornerei a fare quella vita ,ma nello stesso tempo devo dire che qualche collega oggi fa un dramma per un’ora in più. L’introduzione della guardia medica è stata un vera conquista, ma anche l’interruzione di un filo conduttore con tutte le conseguenze del caso. La paura della gente di essere abbandonata e la scarsa fiducia nei medici di continuità assistenziale, la continua ricerca del vecchio medico ed infine la rassegnazione al nuovo ordine. Per tanto tempo la mancata presenza del medico di famiglia ha convogliato tante persone al pronto soccorso dal momento che quel luogo era un punto fisso non come le continue rotazioni dei guardisti. In ogni caso è altrettanto importante sapere che il medico di famiglia opera in un territorio, in un luogo geografico preciso con caratteristiche diverse non solo geografiche, ma sociali, economiche, religiose e abitative. Il paese di campagna è diverso dalla città, il paese di collina è diverso dalle zone ad alta industrializzazione. La varietà dei luoghi richiede valutazione nei servizi e quindi nella sanità diverse. Usando le aggregazioni tipiche possiamo raggruppare le diversità in gruppi: alta, media, bassa densità abitativa ; ed ancora area rurale, di collina, industriale. O più semplicemente possiamo parlare di comuni di varie dimensioni e connotazioni.

Dopo queste ampie, ma non esaustive, premesse che meritano un confronto serrato e chiarificatore proviamo a fare delle riflessioni sulle ultime proposte sanitarie regionali.

## 29 LUGLIO 2009 –MEDICINA GENERALE ART. 26 Bis-AGGREGAZIONE FUNZIONALE TERRITORIALE DELLA MEDICINA GENERALE

1. Con le aggregazioni funzionali territoriali si realizzano alcune fondamentali condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei singoli medici di medicina generale per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.
2. I medici di medicina generale partecipano **obbligatoriamente** alle AFT

### I PRINCIPI

- ☞ Adottare l'orientamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità verso il "care near to patient", ispirandosi ai principi della accessibilità e della equità, della validità scientifica e della accettabilità sociale dei metodi, del coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi, della sostenibilità economica degli stessi puntando sulla loro appropriatezza clinica e organizzativa
- ☞ I medici aderiscono all'aggregazione funzionale indicata dalla Regione allo scopo di:
- ☞ -promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso l'individuazione di percorsi di integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- ☞ -promuovere la diffusione e l'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della "evidence based medicine", nell'ottica più ampia della "clinical governance";
- ☞ promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica e organizzativa nell'uso dei servizi sanitari, anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di "peer review";
- ☞ promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza e di efficacia

**Il modello organizzativo** è parte del processo di implementazione della Medicina di Gruppo Integrata, sostiene lo sviluppo delle forme associative più evolute al fine di acquisire il maggior numero possibile di assistiti e garantire una risposta appropriata, lungo le 12 ore, alle richieste dei pazienti, in ogni parte del territorio regionale. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali **-AFT svolgono funzioni di coordinamento, e non di erogazione**, tra gli studi medici in esse presenti. Con le Aggregazioni Funzionali Territoriali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei medici e per il conseguimento degli obiettivi di assistenza.

## **I PUNTI STRATEGICI DEL PROGETTO:**

### **ORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO**

Ogni aft comprende 15 –20 medici che sono tenuti a collaborare tra loro per garantire migliore accessibilità degli utenti ed estensione dell'orario di reperibilità dei medici (12 O 24 ore)

- **IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSOCIAZIONISMO**

Tutti i medici singoli ed in associazione devono passare, entro il 31.12.2013, alla medicina di gruppo. sono previste:

- a. medicina di gruppo tradizionale
- b. medicina di gruppo senza sede unica
- c. medicina di gruppo integrata

- **INFORMATIZZAZIONE**

Gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili. Collegamento reciproco degli studi medici con sistemi informatici tali da consentire, su richiesta e con il consenso del paziente, l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti il proprio Gruppo. Utilizzo, da parte di ogni medico, di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione dell'Azienda e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici e prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi Accordi Regionali e/o Aziendali, nonché per la realizzazione di momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva

- **INTEGRAZIONE:** Un concetto ancora indefinito di sociosanitario

E' questo uno schema riassuntivo che elimina le decine di pagine scritte in merito. Seguono alcune considerazioni altrettanto schematiche.

### **Prima osservazione**

Il processo di trasformazione in atto della medicina generale convenzionata italiana è **un processo essenzialmente organizzativo** e si basa, quasi esclusivamente, sulla promozione di forme associative con il fine di garantire una maggior disponibilità oraria di apertura degli studi medici. L'obiettivo dichiarato è quello di andare incontro alle richieste sempre maggiori dell'utenza, diminuire l'accesso al Pronto Soccorso e diminuire i ricoveri ospedalieri. A detta dei sostenitori di questa trasformazione, essa dovrebbe portare ad una maggiore efficienza dell'intero sistema delle cure ma vi sono molti dubbi al riguardo e questa ipotesi presenta molte criticità.

Efficienza non è sinonimo di efficacia e di qualità; sono concetti diversi.

### **Altre criticità**

- L'aumento della disponibilità oraria porta ad un aumento della domanda incongrua.
- L'aumento della domanda porta ad un incremento della diagnostica e delle visite specialistiche.
- Continua la confusione tra urgenza ed emergenza con grave rischio per il paziente.
- Si passa dal medico personale al medico di turno. Perdita del rapporto di fiducia.
- Si passa da medico libero professionista a dipendente (o simile) con perdita delle motivazioni professionali ed organizzative.
- Si passa da una professione di concorrenza ad un lavoro pianificato.
- Si passa dalla distribuzione capillare dell'ambulatorio a sedi uniche spesso scomode per la popolazione più debole.
- Il lavoro in forma associata non è una libera scelta del professionista o del cliente ma viene indotto dal sistema politico-organizzativo.
- La scelta dei componenti delle forme associate non è fatta su affinità professionali, ma su ambiti territoriali.
- I dati che il paziente fornisce confidenzialmente al proprio medico vengono forniti ad un sistema.

In termini semplificativi si potrebbe dire che

**La nuova riorganizzazione**

Significa passaggio

- Dalla bottega al supermercato
- Dall'arte al protocollo
- Dalla responsabilità alla delega
- Dalla difesa del paziente ad impiegato aziendale
- Dal territorio al distretto
- Dalla necessità al consumo

A meno che non si chiariscano i ruoli e le funzioni del medico, del paziente e dei gestori

Lasciando nel limbo il ruolo e la funzione del medico di famiglia, esonerando il paziente da diritti e doveri, permettendo che le decisioni siano prese dalle alte sfere senza il parere vincolante dei due attori precedenti non si cambia assolutamente niente.

## Alcuni concetti utili

### CONNOTAZIONI FONDAMENTALI DI UNA ORGANIZZAZIONE:

MEZZO E STRUMENTO RISPETTO ALLA MISSION

RELATIVITA' RISPETTO ALL'AMBIENTE ESTERNO

- un'organizzazione è un mondo artificiale per cui bisogna che ogni elemento definisca – individui - realizzi il proprio ruolo e il proprio rapporto con tutte le altre persone
- un'organizzazione è un mondo artificiale per cui bisogna inventare - progettare - realizzare ogni tipo di collegamento , di regolazione, di controllo
- l'organizzazione è un organismo in tensione verso un continuo
- miglioramento, costantemente distante dalla perfezione che tenta di raggiungere con un costante apprendimento alla ricerca di efficacia ed efficienza.
- l'organizzazione è un organismo con delle strategie e sotto obiettivi che attribuiscono e definiscono ruoli, posizioni ed rapporti, relativi contenuti di responsabilità'
- l'organizzazione è un organismo che non può dimenticare che la risorsa principale sono le persone con le loro competenze, motivazioni, aspettative e desideri di realizzazione, comportamenti quotidiani e conflitti
- è un processo di cambiamento continuo accettando l'approssimazione e le incertezze dell'evoluzione senza rinunciare ad interagire con l'ambiente esterno
- significa un sistema di norme ed aspettative che convergono su di una persona e in cui tutti devono avere un ruolo

La “professione” è la forma con cui l'arte medica si presenta alla società nel suo compito di tendere alla salute del paziente. Questo aspetto è fondamentale per cogliere proprio la dimensione pubblica della medicina: la professione pubblica dell'impegno a curare i malati costituisce, infatti, una promessa di operare per il bene del paziente in materia di salute che caratterizza in modo essenziale l'arte medica . La professione medica si basa, quindi, su una dichiarazione volontaria del medico che coscientemente e liberamente professa la sua dedizione ad un modo di agire che tende sempre alla salute del paziente. Le nostre scelte vanno in questa direzione? Quando qualcuno dice che evitare un viaggio per la persona ammalata fa parte del bilancio sociale che non riguarda L'ulss siamo lontani dalla professione.

**Si viene affermando un nuovo concetto di professionalità, che comprende, oltre alle conoscenze tecniche, la capacità di interagire correttamente con il paziente, tra medici e tra operatori sanitari in genere sempre per il bene del paziente**

Nel suo preambolo la Carta della Professionalità Medica, emanata congiuntamente nel 2002 da organismi europei e nordamericani , dichiara che la professionalità, su cui si basa il contratto della Medicina con la società, richiede di porre l'interesse del paziente al di sopra di quello del medico.

Sono affermati tre principi fondamentali della professionalità, Essi sono:

- a) il primato del benessere di quest'ultimo su qualunque pressione economica, sociale ed amministrativa;
- b) la sua autonomia decisionale, che dev'essere rispettata e favorita dal medico, anche mediante un'adeguata opera informativa;
- c) la giustizia sociale, che dev'essere promossa dai medici, affinché presieda sempre all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il professionalismo viene definito come un "modo di agire", che comprende un insieme di comportamenti codificati. In teoria un operatore sanitario – secondo Cohen – può adempiere ai doveri sopra elencati solo per rispettare delle aspettative, ma senza credere realmente nei principi che sottostanno ad essi; questi operatori potrebbero svolgere la loro professione come un dovere, senza necessariamente dividerne le motivazioni. Il cosiddetto humanism, al contrario, è un "modo di essere", che comprende una serie di convinzioni profonde che riguardano la concezione del senso del dovere verso gli altri, specie se in difficoltà. Esso si manifesta attraverso caratteristiche personali, come l'altruismo, il senso del dovere, l'integrità, il rispetto degli altri e la compassione. Sulla base di queste definizioni, il legame tra questi due aspetti può essere così riassunto: "L'umanità fornisce la passione che anima l'autentica professionalità"; in assenza di un substrato di umanità la professionalità manca di autenticità.

#### **ALLORA IL PROBLEMA NON E' ORGANIZZATIVO, MA DI RUOLI CHIARI E DEFINITI.**

L'evoluzione, il cambiamento, l'innovazione organizzativa passano attraverso una ridefinizione di ruoli e funzioni, di rapporti, di relazioni, di mission, di responsabilità e competenze. La famosa centralità si traduce in regole e norme comuni e condivise, non in rimescolamenti finalizzati ad accontentare qualcuno. Troppi interessi settoriali a scapito dell'interesse collettivo. Allora, dopo i chiarimenti su quello che dovremmo essere, su quella che si chiama professionalità come precursore di un modo di lavorare collaborativo ed associativo (il gruppo a cui partecipo ha iniziato nel lontano 1995 arrivando all'utap) credo che l'attuale situazione del sindacato non sia orientata a creare miglioramenti e cambiamenti positivi perché ha perso di vista il significato del proprio ruolo e funzione e ha venduto la «professione» per comodità, interesse, per rinuncia ad una responsabilità, difendendo politiche sanitarie di scarso respiro e settoriali senza pretendere dai propri associati un salto di qualità.

**Vagliare la qualità** del sottosistema “organizzazione dell’erogazione delle cure” significa definire quale livello di cura si debba fare carico di intervenire nella prevenzione e nella cura di determinati disagi o malattie. In definitiva si deve decidere in base alle evidenze chi si deve fare carico di cosa in medicina. L’efficacia di un livello non può venire confusa con la sua efficienza. L’efficienza di un livello può essere eccellente, ma può risultare uno spreco di risorse economiche, intellettuali, tecnologiche ed umane se andiamo a verificare l’impatto reale sulla salute dei singoli e della popolazione

Negli ultimi anni è andata vieppiù incrementandosi la valutazione di qualità del singolo medico; in particolare vengono presi in considerazione, da parte pubblica, parametri di spesa (prevalentemente farmaceutica), parametri di disponibilità oraria, o parametri di partecipazione a progetti regionali o aziendali (vaccinazioni, compilazione di reports o partecipazione a corsi di formazione). Ma come si può valutare un medico? Chi decide se le prestazioni erogate da un medico di famiglia sono adeguate? Il Sistema Sanitario o i clienti? In Italia rispondere a queste domande è particolarmente difficile. Questa difficoltà è legata alla mancanza di un chiaro dominio nel sistema della erogazione delle cure. La mancanza di un dominio rende difficile la valutazione: a questa disciplina si può chiedere tutto e nulla. La valutazione da parte pubblica infatti non si basa su un “gold standard” ma su una media; il sanitario viene valutato sulla base del suo più o meno discostarsi dal comportamento medio dei suoi colleghi. Ovviamente questa media può variare molto se viene considerato l’intero territorio nazionale o se viene considerato il contesto europeo o mondiale. La media dei comportamenti diventa il comportamento di riferimento.

È anche ovvio che la parte pubblica si ponga in una visione complessiva dell’operato di ogni singolo medico con una valutazione che diventa la somma di ogni singolo atto. Questo metodo naturalmente non può percepire la complessità di ogni singola prestazione ed è completamente opposto al sistema di valutazione del paziente che percepisce e valuta la qualità sulla base della capacità di risolvere il suo problema. Lo stesso medico può risultare molto efficace per un paziente ed assolutamente inefficace per un altro. Per gli stessi motivi non è molto corretto valutare gruppi di medici perché all’interno dei gruppi vi può essere una grande variabilità ed in ogni caso ogni medico è responsabile solo del suo operato. Valutare un medico di medicina generale è molto difficile, ma la valutazione è importante per migliorare, essa è determinante per la formazione e per l’organizzazione professionale. Bisogna ricordare che il medico di famiglia è lo specialista delle malattie frequenti (che non significa le più semplici) e che esse sono di sua competenza quando non vi sia bisogno di attrezzature diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità. È su questo campo che ne va valutata l’efficacia. Probabilmente il primo parametro da considerare è la delega della cura delle malattie frequenti. Va tenuto presente comunque che il Sistema Sanitario (chi paga e organizza) e il paziente (chi usufruisce e paga) non possono essere gli unici valutatori. La qualità richiede anche una valutazione “inter pares”, solo i membri di una disciplina (questo per tutte le discipline) sono in grado di valutare la qualità intrinseca e il valore professionale di un loro pari.

Bisogna ricordare che non sono le necessità delle discipline o della burocrazia che definiscono l'organizzazione ed i livelli d'assistenza, **ma sono sempre e solo i bisogni dei singoli e della comunità a definire i confini, le funzioni, i compiti e le abilità di ciascuna disciplina sanitaria.**

Dovrà essere fatta un'analisi delle aspettative di ciascuna disciplina medica, dovranno essere definiti i punti di collaborazione, ottimizzate le risorse, incentivate competenze ed abilità e disincentivata l'assunzione di funzioni e ruoli d'altrui competenza.

La frammentazione fra le varie discipline può essere eliminata condividendo i valori di qualità, equità, pertinenza e costo-efficacia . Il concetto di sussidiarietà dovrebbe essere sempre applicato: quando possibile, l'atto medico dovrebbe essere espletato al livello più basso e largo di livello di cura.

I criteri di qualità, equità, pertinenza e costo-efficacia, in ogni caso, vanno tenuti presenti anche per le applicazioni tecnologiche che vanno utilizzate al livello il più possibile vicino alla gente.

Le evidenze vanno messe in luce il più possibile anche quando si parla di strumenti e dovrebbe essere implementato al massimo l'autocontrollo e il near patient testing cioè la possibilità di eseguire esami strumentali e di laboratorio in ogni ambulatorio o a casa del paziente.

I pazienti sono in grado, se educati, di gestire e monitorare patologie croniche, così come buona parte degli esami di laboratorio possono essere eseguiti da infermieri o medici di famiglia direttamente a domicilio del paziente o nell'ambulatorio.

A questo punto ritengo sia opportuno ipotizzare qualche proposta concreta che riassumo in un bivio tra due strade:

LA DIPENDENZA

LA RIVISITAZIONE CURE PRIMARIE

Con la speranza di poter contare su una classe medica ancora viva e desiderosa di riscattarsi alla ricerca di una strada percorribile per il proprio futuro e quello dei suoi cittadini. Non so quanti di noi siamo ancora abbastanza entusiasti, motivati, disponibili, quanti invece delusi demoralizzati, orientati alla pensione senza più interesse al cambiamento. Non so se i sindacati composti da personaggi tanto datati abbiano coscienza della necessità che non basta sopravvivere o recuperare qualche piccolo vantaggio senza una visione per il futuro e hanno ancora risorse morali, etiche, culturali e di previsione per farci sperare. Non so se la classe politica percepisca la necessità che l'attuale sistema vada rivisto ed adattato ai tempi, pena l'esplosione e la disintegrazione, e se sarà in grado di coinvolgere i cittadini ed tutti gli operatori sanitari in un progetto di ampio respiro. La mia è un modesta riflessione, un contributo al dibattito che potrebbe seguirne.

Dopo tanti enunciati e premesse, dopo aver ribadito la necessità di chiarimenti sul ruolo e le funzioni cerchiamo di analizzare i cosiddetti mezzi di produzione che traducono la teoria in buona pratica.

L'ambulatorio pubblico o privato è una piccola azienda, ha una sua organizzazione e una sede, ha tecnologia informatica e diagnostica, ma come si può pensare al suo sviluppo se il quadro normativo varia praticamente di giorno in giorno?

Come si può pensare di investire se vengono considerati dalla parte pubblica "prestazioni di particolare impegno professionale" atti di basso livello infermieristico come mettere una flebo, medicare una ferita o fare un'antitetanica?

Qualsiasi professione investe in conoscenza, organizzazione e strumenti se questo comporta un miglioramento nei risultati e nei guadagni. Investire in una professione bloccata e senza concorrenza non è affatto produttivo, anzi.

**Come dicevamo ci sono ancora molti gap da colmare ed in particolare: quello esistente tra quanto si conosce di questa disciplina e quello che in realtà essa è; quello che c'è tra quanto la medicina di famiglia fa e quanto invece le sarebbe richiesto e quello che esiste tra quanto viene insegnato e i reali bisogni formativi dei medici generali.**

Come colmare questi gap? Elenco parziale dei possibili interventi innovativi:

- Organizzazione dello studio
- Organizzazione del team di lavoro
- La tecnologia
- Il marketing
- La comunicazione
- La produzione editoriale educativa e di informazione
- Organizzazione di ambulatori dedicati
- Tecniche di ricerca
- Verifica dei risultati e delle performance
- Scelta delle abilità
- Conoscenza della organizzazione dei servizi
- Comunicazione con le autorità
- Leggi e regole
- Conoscenza delle organizzazioni del territorio
- Pubblicità

- Management del tempo
- Scelta dei campi di intervento
- Gestione della CME
- Insegnamento e tutorship

**PRIMO OBIETTIVO: AUMENTARE LE CAPACITA' DI DIAGNOSI E CURA DEL MEDICO ATTRAVERSO L'AIUTO ANCHE DELLA TECNOLOGIA ED EVENTUALI COLLABORAZIONI.**

**STANDARD MINIMI PER UN AMBULATORIO PARTENDO DALLA SITUAZIONE CHE IL**

- **Sistema Sanitario Nazionale tipo Beveridge.** (si basa sui principi di uniformità, universalità e unità. È finanziato dallo stato e il vantaggio di questo sistema è che tutti sono trattati allo stesso modo. (?)È adottato in Danimarca, Irlanda, Svezia, Finlandia, Regno Unito, Italia, Malta, Polonia, Slovacchia, Cipro. Nella maggior parte di questi paesi la medicina generale è ben sviluppata e riconosciuta, esiste un contratto complesso tra chi paga e i medici, lo Stato è il pagatore principale, la professione è regolamentata attraverso norme di accreditamento, formazione continua e presenza accademica (tranne che in Italia). Il modello Beveridge, in alcuni paesi, nel corso degli anni ha mostrato diverse criticità come una burocrazia elefantiaca, un costo crescente per il personale amministrativo, un abuso delle risorse, un costante aumento delle prestazioni indotte, un aumento della conflittualità con i pazienti e un peggioramento dei risultati sulla salute e sulla sopravvivenza).

- **Sistema gerarchico-normativo**

- **Medico di famiglia gate-keeper.**

- **Compenso** dei medici di famiglia costituito da una quota capitaria, da una quota variabile in funzione

del raggiungimento degli obiettivi e da una quota variabile in funzione delle prestazioni.

- **Medicina di famiglia a bassa comprensività e con scarsa attrezzatura.**

## **REQUISITI MINIMI STRUTTURALI**

Per ambulatorio si deve intendere la struttura o luogo fisico preposto alla erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. La chirurgia ambulatoriale non è compatibile con l'uso dell'anestesia generale o della sedazione per via endovenosa, nonché con l'anestesia loco-regionale. Le attività di terapia fisica sono indirizzate nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali, quali artropatie segmentarie, esiti di fratture scheletriche, esiti di traumatismi vari, algie vertebrali, che richiedono un semplice e breve intervento terapeutico funzionale. I locali e gli spazi devono essere correlati alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate.

La dotazione minima di ambienti per l'attività ambulatoriale è la seguente:

- sala per l'esecuzione delle prestazioni, dotata di lavabo che garantisca il rispetto della privacy dell'utente
- sala infermieristica
- spazi per l'attesa, l'accettazione e le attività amministrative
- ambiente con sterilizzatrice e termosaldatrice, con un armadio lavabile per la rimessa dei ferri chirurgici, dei farmaci e del materiale monouso; le superfici devono risultare resistenti al lavaggio e alla disinfezione, lisce, con pavimento del tipo monolitico, resistente agli agenti chimici e fisici, antisdrucciolo
- un locale per l'esecuzione degli esami, con annesso spazio spogliatoio per gli utenti
- almeno un servizio igienico dedicato all'utenza ed uno dedicato al personale, di facile accesso

## **REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI**

La dotazione minima impiantistica prevista deve essere:

- in tutti i locali devono essere assicurate l'illuminazione, la ventilazione naturale, adeguate condizioni climatiche ovvero, in caso di necessità tecniche od operative che richiedano soluzioni impiantistiche diverse, devono essere comunque assicurate le condizioni di lavoro previste dalle vigenti normative;
- impianto telefonico con accesso alla rete nello spazio di attesa.
- Inoltre, nello spazio riservato al personale, devono essere presenti un lavello, in materiale igienicamente compatibile, fornito di acqua calda e fredda, per la pulizia degli strumenti chirurgici.
  - Lo studio medico e di altre professioni sanitarie deve possedere i requisiti previsti dalle normative vigenti, in particolare per quanto attiene a:
    - protezione antisismica;
    - protezione antincendio;

- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti-infortunistica e igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione delle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;

## **REQUISITI MINIMI TECNOLOGICI**

Il locale ambulatorio deve disporre di attrezzature e presidi medico chirurgici in relazione alla specificità dell'attività svolta ed al carico di lavoro. Nel caso che nel locale ambulatorio siano presenti risorse tecnologiche destinate a prestazioni diverse, le stesse non possono essere usate in contemporanea su pazienti diversi. Per le attività chirurgiche, tutto lo strumentario deve essere in monouso o in acciaio inossidabile o in leghe o metalli non ossidabili e deve essere idoneo al tipo di chirurgia esercitata. Devono essere previste apparecchiature per il processo di sterilizzazione in mancanza di servizio centralizzato o esterno e, per ogni locale :

- Scrivania e sedie;
- lettino ;
- Sfigmanometro e fonendoscopio;
- lampada ;
- otoscopio
- un tavolino servitore con aste ;
- un contenitore per rifiuti ;
- contenitori per rifiuti speciali taglienti (aghi, lame, etc.);
- computer, scanner, stampanti;

Dovrà essere presente

- un ecografo e da almeno due sonde dedicate, una per lo studio delle parti superficiali ed una per lo studio di quelle profonde;
- un elettrobisturi;
- un aspiratore con relativi sondini;
- un defibrillatore;

- un elettrocardiografo;
- un holter pressorio;
- uno spirometro;
- una bombola ossigeno;
- un carrello con farmaci di emergenza.

## **REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI**

Durante lo svolgimento della attività ambulatoriale deve essere prevista la presenza di almeno un medico. Nel caso di più ambulatori va individuato tra i medici un responsabile delle attività.

L'apertura deve essere di 12 ore diurne con copertura delle 24 h, con personale di assistenza infermieristica in numero proporzionale all'attività, con personale tecnico amministrativo;

Le prestazioni effettuate devono essere registrate e corredate dalle generalità riferite dall'utente.

Deve essere disponibile un punto prenotazione con internet

Deve essere organizzato un punto prelievi ematochimici.

Tutti questi requisiti sono il minimo indispensabile ai nostri giorni per avere un sistema di produzione salute sufficiente ed adeguato. Partendo da questa urgente necessità abbiamo due strade che si possono percorrere: quella pubblica e quella libero professionale.

**Nella prima ipotesi** ogni comune individua, mette a disposizione e gestisce la struttura e le relative tecnologie, mentre la Regione fornisce il personale medico ed ausiliario in relazione al numero di abitanti secondo graduatorie regionali. L'ambulatorio diventa paragonabile ad altri servizi tipo scuola, asili. E' una visione che riproduce lo schema ospedaliero: l'ospedale ha conquistato il territorio. I medici diventerebbero a tutti gli effetti dipendenti pubblici con relativi vantaggi e svantaggi. Il programma di lavoro farebbe riferimento ad un piano sanitario regionale con compiti e mansioni stabili dalla Regione, con tempi, modi di apertura ed organizzazione stabiliti centralmente. Fine del medico di famiglia e nascita di un nuovo medico pubblico dipendente, prestatore d'opera senza altri oneri, con ferie, malattia e turni, rapporto unico ed esclusivo.

**La seconda ipotesi** è più complessa ed impegnativa e parte dalla certezza del ruolo.

Essa deriva da una certezza normativa, dalla chiara consapevolezza della localizzazione della figura del Medico di Famiglia nel sistema delle cure primarie. Ciò significa una definizione non travisabile delle competenze nei confronti della specialistica e nei confronti del sistema burocratico.

- La possibilità reale di concorrenza professionale ed economica. Questo è l'unico vero stimolo per lo sviluppo di qualsiasi professione.
- Abitudine ad appropriarsi delle nuove tecnologie: molti dei nostri ambulatori non sono molto diversi da quelli di trenta anni fa; la maggior parte di noi ha come strumenti solo fonendoscopio, martelletto e sfigmomanometro. Ciò è impensabile ed è antistorico. La tecnologia, miniaturizzata ed a basso costo, è fondamentale perché la Medicina di famiglia possa sopravvivere. La maggior parte delle nostre deleghe non deriva dalla mancanza di conoscenze ma dalla mancanza di strumenti tecnologici e di mezzi diagnostici.
- **La libertà imprenditoriale ed organizzativa: ciò significa che oltre a definire le “competenze e abilità minime” bisognerà soltanto definire ciò che la Medicina di Famiglia non può fare lasciando la massima libertà individuale di organizzazione e di realizzazione.** L'eguaglianza imposta ai medici generali ha prodotto sperequazioni, ingiustizia e disuguaglianza, tarpendo le ali ai migliori impedendo così lo sviluppo della disciplina. Le nostre scelte organizzative e di sviluppo sono legate alla visione politica del Sistema Sanitario. Sono quindi ideologiche e spesso sono prodotte da norme contrattuali più che da esigenze professionali. Probabilmente una maggior concorrenza ed una maggior libertà organizzativa sarebbero salutari per lo sviluppo della disciplina, ovviamente nel rispetto delle evidenze scientifiche e deontologiche.
- La qualità: i medici di famiglia dovrebbero essere conosciuti come i medici della qualità. Ogni azione dovrebbe tendere all'eccellenza.
- L'innovazione e la ricerca: è impensabile lo sviluppo di una professione che non abbia come meta l'innovazione. Le cure primarie sopravvivranno solo se seguiranno l'evolversi della società, non solo, dovranno coglierne anticipatamente i cambiamenti e dovranno

L'organizzazione del lavoro dovrebbe essere più libera. Di fatto è talmente pianificata che sembra non esistere possibilità di innovazione in questo campo. Eppure basterebbe una sola azione: introdurre una reale concorrenza. **Il cliente dovrebbe essere il vero fulcro del sistema, non ci dovrebbero essere limiti alla sua libertà di scelta.** Oggi, il cittadino italiano non può scegliere un medico fuori dalla sua ASL di residenza, non può iscriversi nelle liste di un medico che ha raggiunto il massimale, deve obbligatoriamente far curare i suoi figli da un pediatra e deve essere visto da un geriatra se ha bisogno di una carrozzina. Quando chiede di poter scegliere un medico non gli viene fornita alcuna informazione sulla storia professionale del sanitario; non sa quale è stata la sua età di laurea, non sa se ha delle specialità, se ha un particolare curriculum né se ha particolari interessi. Tutti i medici sono uguali quindi uno deve valere l'altro.

Una reale concorrenza comporterebbe una spinta all'innovazione, ad impegnarsi in più ambiti, ad acquistare strumenti diagnostici, ad acquisire nuove competenze e a lavorare con altri professionisti. Probabilmente verrebbe stimolata anche da noi la nascita di figure con competenze più alte in differenti campi (GpwsIgeneral practitioner with special interest) con maggior soddisfazione della gente che ora trova risposte solo ad un secondo livello. Ma una maggior organizzazione e una maggior competenza proteggono da un altro rischio, ancora più imminente e più grave: la ricerca del medico di fiducia, personale, di famiglia, fuori dal Sistema Sanitario Nazionale. Questo sta già avvenendo, si sta correndo il rischio che il medico di medicina generale diventi il punto di riferimento di chi non può pagarsi un medico più competente e più attrezzato. Questa sarebbe una grave sconfitta per il SSN.

E molto probabile (e forse auspicabile) che il modello attuale paziente-medico generale (GP)-specialista venga sostituito dal modello paziente- medico generale o specialista .

I progetti di riorganizzazione delle cure primarie prevedono la costituzione di Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e altre forme di organizzazioni che nulla hanno a che vedere con la costituzione di team efficaci. I nuovi modelli sono basati su una visione livellante della professione, basata su contratti e su convenzioni, ispirati ai principi della remunerazione uguale per tutti perché tutti i professionisti sono da considerarsi uguali indipendentemente dal curriculum professionale e dalla qualità delle prestazioni erogate. **Un consociativismo forzato che tiene insieme, in maniera coatta, gruppi di medici e singoli estranei tra di loro.** Un vero team è composto da professionisti diversi che lavorano assieme per libera scelta e per obiettivi comuni. Una squadra che si è scelta in cui ognuno ha la consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie capacità e delle proprie responsabilità così come ha la consapevolezza del ruolo, delle capacità e delle responsabilità degli altri componenti del team. I medici avrebbero già attuato liberamente forme di associazionismo e messa in comune dei mezzi di produzione al fine di ottimizzare i servizi.

**Solo uno studio adeguatamente attrezzato** può garantire la possibilità di erogare tutta una serie di prestazioni di qualità, tempestive ed efficaci. Ma per questo lo studio e il team devono vivere in un contesto di libertà e non in uno di pianificazione burocratica. Per esprimere tutte le potenzialità, medici e infermieri devono avere un adeguato riconoscimento dei valori professionali con un riconoscimento economico consono alla qualità delle loro prestazioni. **Il pagamento a quota capitaria è un vero cappio** per le cure primarie italiane. Nel nostro paese non vengono utilizzati gli strumenti atti a distinguere e valutare qualità professionali diverse. I migliori si sentono puniti e vivono la loro professione con un sentimento di frustrazione

Conclusione:

**CERTEZZA DEL RUOLO**

**ABOLIZIONE DEL MASSIMALE**

**LIBERTA' IMPRENDITORIALE ED ORGANIZZATIVA OLTRE I REQUISITI MINIMI**

**ABOLIZIONE DEL PAGAMENTO A QUOTA CAPITARIA**

La formazione e le competenze cliniche.

L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto, ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà. Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando. Chi pensa ai professionisti in termini di "classe" o "categoria" pensa in termini omogeneizzanti, tutti uguali, ma ogni atto medico ha una responsabilità individuale; non esiste una responsabilità della "classe medica" o della "categoria dei medici di famiglia", ogni singolo atto è merito o demerito di un singolo che non può scomparire in un limbo classificativo. Questo incasellamento senza riconoscimento del merito individuale è un limite alla libertà ed è causa di

infelicità. Il talento senza riconoscimento non ha alcun valore. In Italia per quanto riguarda la medicina generale, questo incasellamento è causa di sudditanza verso le altre specialità che si sentono investite di un “sapere” superiore e che si sentono per questo in diritto di insegnare e giudicare. Da noi il talento ed il merito sono frutto della posizione, del setting lavorativo e della carriera, esattamente il contrario di quanto dovrebbe avvenire. Questo stato di cose è talmente radicato nella mentalità comune che ormai la maggior parte dei medici e dei pazienti sono convinti che un ospedaliero ne sappia di più di un medico di famiglia (di base!) e che un universitario ne sappia più di un ospedaliero. Non esiste la piramide dei livelli di cura ma quella del sapere! Questa convinzione, che interessa ovviamente anche i politici, è una delle cause della anomalia nel sistema della organizzazione delle cure e la causa prima della “caffettiera” organizzativa ed anche la causa di maggior investimento nella specialistica. Quindi la formazione dei medici di famiglia è fondamentale per la libertà della professione e per la libertà dei pazienti.

Purtroppo, nel nostro paese, per la Medicina Generale, non è previsto un iter di carriera, basato su qualsivoglia criterio di selezione, come esiste nei paesi in cui la nostra disciplina è accademica. Non abbiamo un metro per misurarci e l’ assenza di giudizio, all’apparenza rassicurante, contrariamente a quanto si possa pensare, genera insicurezza, impotenza, sottostima e sudditanza.

Il medico di famiglia deve trovarsi in una posizione paritetica rispetto allo specialista , ma questa parità per essere reale deve soddisfare alcune criteri:

- La medicina di famiglia deve avere coscienza di essere una disciplina originale.
- Il medico di famiglia deve essere percepito dai pazienti di caratura pari allo specialista.
- Il medico di famiglia deve essere percepito dagli specialisti come pari.
- La medicina di famiglia deve essere una specialità.
- Le performance della medicina di famiglia devono avere la stessa qualità delle performance della specialistica.
- Il sistema di pagamento deve riconoscere pari valore alle prestazioni indipendentemente da chi vengano fatte.

Questi criteri sono soddisfatti nella maggior parte d’Europa mentre risulta evidente quanto cammino deve ancora fare la nostra disciplina in Italia. Un tale modello prevede un medico di famiglia sicuramente più competitivo di quanto non sia ora, prevede anche un sistema concorrenziale fra specialista e specialista e fra gli stessi medici di famiglia. **Se si prende in considerazione la continuità della cura va ripristinato il ruolo fondamentale di gestore dell’assistenza da parte di un solo medico curante.** Questo modello è l’unico che può evitare sovrapposizioni di ruoli, conflittualità, moltiplicazione di indagini diagnostiche, moltiplicazione di terapie e scomposizione della persona in organi. Va evitato il modello di cura “a spirale” in cui il paziente inviato per consulenza ad uno specialista viene rinviato al medico curante con una nuova richiesta di visita specialistica (il cui appuntamento di solito viene già fissato). Il reale curante diventa lo specialista (che auto induce i controlli) ed il medico di famiglia il suo segretario ma con tutta la responsabilità legale che ha chi prescrive farmaci, indagini e terapie. In questo modello il medico di medicina generale risponde per le decisioni altrui. Questo porta ancora ad una divisione di competenze pericolose, è motivo di frustrazione per il medico e di conflittualità per il paziente che ovviamente non sa più chi lo sta curando. Altrettanto accuratamente va evitato il modello che

vede più medici farsi carico delle cure primarie della stessa persona ; questo modello sarebbe la fine della medicina della persona e la fine della disciplina in seno al Sistema Sanitario Nazionale. Sono state inventate nuove aree di intervento specialistico (giovani, vecchi, adolescenti, maschi, femmine, menopausa ecc.) per limitare l'intervento della medicina generale dimenticando che la limitazione della libertà smorza le energie e l'entusiasmo e le performance di un'intera categoria di professionisti e limita fortemente l'equità delle cure.

Senza la definizione chiara dei campi di competenza non si potrà fare alcun controllo di qualità, non si potrà avere un sistema di pagamento equo né si stimolerà al miglioramento e all'eccellenza.

## **SECONDO OBIETTIVO:**

### **ABOLIZIONE DELLA FABBRICA DELLA SPECIALISTICA E DEL DISTRETTO**

Il medico generale è un libero professionista e come tale è trattato fiscalmente e normativamente ma la sua attività è sottoposta ad una infinità di vincoli che ne impediscono di fatto lo sviluppo professionale. In realtà non può acquisire clienti oltre un certo limite (molto basso), non può aprire il suo studio quando desidera (c'è una graduatoria) né dove desidera, ma solo in zone precise predefinite (così dette zone carenti); la struttura in cui opera deve sottostare a determinati parametri che variano da regione a regione, se non da comune a comune, e non può essere "autorizzata"; "se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività sanitarie soggette ad autorizzazione lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione fra le strutture. Questo libero professionista non può scegliere liberamente con chi lavorare, ma deve associarsi solo con colleghi convenzionati della stessa zona e praticamente è impossibilitato a trasferirsi (la mobilità in medicina di famiglia in Italia è praticamente assente) a differenza di quanto fanno i suoi colleghi in ogni parte del mondo. Questo medico ha dei limiti prescrittivi che praticamente gli impediscono di farsi carico integralmente della cura di patologie diffuse come il diabete e le malattie cardiovascolari; per prescrivere un antidiabetico di ultima generazione ci vuole il piano terapeutico di un centro specialistico, così come è necessario per prescrivere molti altri farmaci come una pomata cortisonica. Queste stesse medicine nel Regno Unito vengono prescritte dagli infermieri. Per specialista in Italia si intende non il medico in possesso del titolo, ma il dipendente della struttura pubblica. Contrariamente a quanto dovrebbe essere, vengono accreditate le strutture e non i professionisti esercitando così, di fatto, uno stretto controllo amministrativo e politico sulla professione. norme che di fatto blocca qualsiasi investimento da parte dei medici. Il medico di famiglia ha numerosissimi limiti certificativi e diagnostici; ai fini della esenzione dalla spesa sanitaria, per esempio, può certificare il diabete e l'ipertensione, ma non gli è concesso di certificare che il suo paziente è ipotiroideo o ha una neoplasia, questo è compito dello specialista a cui il paziente deve essere inviato. E in ogni caso, se decide di inviare un suo paziente ad un collega per un consulto specialistico, può consigliare un determinato presidio solo "a richiesta e senza dar luogo ad indebiti condizionamenti" (Codice di Deontologia Medica, art.27, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatrici). Ipocritamente si sottintende che tutti i medici e tutte le strutture sono uguali senza alcuna distinzione di merito. I limiti professionali della medicina generale italiana sono tali che

anche l'industria farmaceutica ne è ben conscia e praticamente esclude questa disciplina dall'informazione per intere categorie di farmaci (ginecologici, dermatologici, psichiatrici ecc.) Ad aggravare ulteriormente la situazione contribuisce anche il continuo variare delle politiche sanitarie e delle norme che di fatto blocca qualsiasi investimento da parte dei medici. È il paradosso della libertà negativa, puoi fare tutto, ma devi conquistare questa libertà costantemente. Questa anomala deviazione avviene in parte per l'eterogeneità della preparazione dei medici di medicina generale, ma soprattutto perché indotta dalla specialistica stessa e dai vincoli imposti alla medicina di famiglia. Si applica un metodo abdicativo coatto determinato dalla impossibilità di prescrivere farmaci (es. adrenalina iniettabile per un asmatico) o terapie (es. obbligo di ricorrere al fisiatra per le terapie fisiche). Questa deviazione comporta una limitazione della libertà decisionale dei medici curanti, disagio per i pazienti e moltiplicazione della spesa. È assolutamente ovvio che una professione come quella medica abbia un controllo da parte dello Stato, essa interessa il bene più prezioso delle persone e agisce nel nostro paese all'interno di un'organizzazione che è quasi totalmente pagata attraverso la fiscalità generale. Ma i vincoli imposti alle cure primarie sembrano andare al di là degli interessi dei cittadini, spesso hanno come fine il mantenimento di equilibri di potere (economico e politico), o agiscono in difesa di interessi corporativi o tendono ad incrementare il potere amministrativo e burocratico a scapito della buona clinica. Il nostro Sistema Sanitario, sulla carta e non solo, uno dei migliori del mondo, è bloccato ed in affanno per una **miriade di norme illiberali che niente hanno a che fare con l'efficienza e con i risultati**. La situazione è veramente preoccupante e tra i medici serpeggia un sentimento di frustrazione e di rassegnazione che si riversa sulla qualità della cura. Tutto è ormai pianificato in perfetta regola burocratica. La mancanza di libertà dei professionisti si specchia nella mancanza di libertà dei cittadini, anche loro avvolti da una ragnatela di regole, numeri e codici. **Le sedi dei Distretti Sanitari hanno in realtà poco di sanitario, trovano la loro ragione di vita in un continuo via vai di pratiche burocratiche che sono l'humus necessario alla loro crescita continua.**

Negli ultimi dieci anni, inoltre, la cultura aziendale ha improntato i rapporti in sanità anche sul linguaggio del business, soprattutto in Italia, con l'avvento del DRG (diagnosis related groups). Tuttavia, al di là degli aspetti quasi contabili della registrazione dei casi clinici, la scarsa competenza nelle conoscenze di management e soprattutto in managing by value ha generato, nella classe medica, la diffusa percezione della trasformazione dell'area sociosanitaria in un mercato con uno stile di approccio che è entrato così nella divulgazione quotidiana degli addetti al SSN, pertanto la Salute è un prodotto, l'Assistenza Sanitaria un servizio, il Malato un utente, l'Ospedale un'azienda, mentre lo Stato eroga, spende e controlla le prestazioni. Guai continuare solo con questa logica. Il timore è che in ossequio alla necessità di non sprecare in un sistema assistenziale sempre più costoso (piuttosto per beni e servizi che per spesa farmaceutica), nel rispetto della disponibilità economica, si possano generalizzare dei comportamenti che generino un minore impegno nel trovare strategie terapeutiche che possano essere utili al Cittadino, fino ad arrivare all'estremo di praticare una medicina difensivista. Ciò è particolarmente rischioso in Oncologia, e tale comportamento nel non superare la prima e la seconda linea delle Linee Guida per patologie

specifiche è, a volte, sostenuto dal timore di eventuale successivo contenzioso interno/amministrativo con chi è predisposto al controllo, ed esterno di tipo legale con il cittadino.

Ecco la ragione per cui è necessario comprendere qual è la **centralità del processo decisionale** che genererà la strategia terapeutica.

### **TERZO OBIETTIVO:**

#### **TRASFORMARE IL PRONTO SOCCORSO COME EMERGENZA E 118 SENZA ACCESSO DIRETTO CONCENTRARE LA SPECIALISTICA CON DEFINIZIONE DELLE DIMENSIONI E FUNZIONAMENTO**

- creazione di un centro intercomunale di secondo livello specialistico e super tecnologico con accesso solo su richiesta del medico ed operante come consulente senza autonomia propria per evitare induzioni di spesa e business.
- In alternativa come pari competitor: il pz sceglie il mdf o lo specialista

### **QUARTO OBIETTIVO**

Molto, ad esempio, deve essere ancora fatto proprio sul fronte più debole di quel processo di allargamento delle informazioni sanitarie che costituisce un'innegabile ed importantissima conquista del PAZIENTE PER DIVENTARE UN CITTADINO.

In tale ambito la formazione del medico DA RIVERSARE ai cittadini rappresenta un aspetto irrinunciabile di impegno ed innovazione. Al di là dei diversi gradi di responsabilità attribuiti al medico o al paziente è

evidente che il ruolo centrale è assunto dalla variabile informazione. Proprio nel passaggio da un paziente passivo a un paziente ben informato è individuato, infatti, il più significativo trend evolutivo degli ultimi anni denso di ricadute sui concreti comportamenti sanitari e sulla domanda di salute.

Con il miglioramento e la crescita della cultura diffusa “della malattia e del malato”, il rinnovato Codice Deontologico già dal 3 ottobre 1998 non riconosceva più il paziente come malato, **bensì il cittadino**, ovvero l'individuo portatore di patologia. Viene a cadere l'ultima “ghettizzante definizione” responsabile di una morte sociale che anticipava di gran lunga la morte corporale. Al tempo stesso, conservare la condizione di cittadino significa riconoscere di rappresentare ancora la condizione/funzione di elemento socialmente attivo. Nelle lingue moderne di derivazione latina la parola “cittadino” include la parola “città”, diversamente in latino nella parola “civitas” che significa “città” vi è la parola “civis” che significa “cittadino”. Quindi significa anche **assunzione di autonomia e responsabilità sociale, etica ed economica**.

La quantità e, soprattutto, la qualità dell'informazione disponibile ai cittadini è considerata, infatti, una variabile chiave e il vero catalizzatore del cambiamento oltre che una possibile via d'uscita alla crisi dei sistemi sanitari.

Queste azioni sarebbero un volano potentissimo per tutto il Sistema Sanitario; costituirebbero una iniezione di libertà e gioventù che porterebbe ad una totale ridefinizione dei livelli di cura; ridarebbero dignità ad una disciplina e libererebbero le energie migliori, restituirebbero autonomia, indipendenza e reale responsabilità. Una ventata di efficienza ed efficacia che ci porterebbe a competere con i sistemi più avanzati. Ma molte sono le resistenze e nel nostro paese si sta “rifondando” la medicina generale imbrigliando questa “libera” professione in una rete di sigle, organizzazioni, incombenze burocratiche, norme e divieti per cui sono necessarie più di 250 pagine di solo Accordo Collettivo Nazionale. A questo si devono aggiungere le norme e direttive regionali che tendenzialmente portano a burocratizzare ancor di più la situazione spingendo nella direzione di un medico impiegato con scarsa propensione alle iniziative e sempre più deresponsabilizzato. Proprio in questi giorni si parla di informatizzazione del sistema e, data la scarsa conoscenza informatica dei medici, si finirà per cedere anche la gestione di questi mezzi di produzione all’ente pubblico, togliendo ulteriore autonomia ed iniziativa. E’ giusto che esistano degli standard o requisiti minimi, ma questi devono essere di chi produce, se questi dichiara di essere indipendente e libero professionista. Ritorna il tema fondamentale del RUOLO non ancora definito che lentamente porta alla morte professionale ed avvicina sempre più alla dipendenza. Se questa opzione è la mia gettonata si abbia il coraggio di dichiararlo ed attuarlo definitivamente.

Non ho la più pallida idea di come si evolveranno le cose ed il tempo a mia disposizione ormai non è molto. Una cosa possiamo fare tutti e subito migliorare i nostri ambulatori e i nostri mezzi di produzione in attesa di un chiarimento che, data la situazione economica attuale, non è molto lontano. La scure è già levata e colpirà soprattutto chi non ha saputo pensare per tempo a soluzioni accettabili nell’interesse personale e collettivo. Ho sempre creduto che siano necessari Nuovi orizzonti e Nuove speranze, che però nessuno ti regala.

