

ALLEGATO 1

Senato della Repubblica

Commissione Igiene e sanità

CONVOCAZIONE IN AUDIZIONE IN VIDEOCONFERENZA

24 novembre 2020 , ore 18,00

Della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie

SIMG

Presidente

Claudio Cricelli

Promemoria

Cambiamenti professionali e generazionali

Dopo Covid 19 ben altro dovrà cambiare nel nostro sistema sanitario e nella nostra professione. E non sarà solo merito del coronavirus. Si tratta di problemi sotto gli occhi di tutti da decenni. Si tratta di ripensare elementi strutturali del sistema sanitario , della nostra professione , dei suoi modelli organizzativi. Ha a che fare con le inerzie , le pigrizie , la difficoltà di innovare e di modificare cose anche semplici ma tuttavia difficili in questo strano polemico Paese .

Sottolineiamo la rilevanza del fattore legato all'**avvicendamento generazionale** . Che viene visto al massimo come una sostituzione. Fuori uno , avanti un altro. Come se l'ingresso nella MG d decine di migliaia di giovani medici sia un problema sostitutivo non evolutivo . Si tratta di una generazione diversa , con formazione e cultura diverse .

- ✓ La Generazione attuale proviene dalle mutue , pre 833 , sanata per decreto. Nessuno ha frequentato il tirocinio , entrato in vigore dopo il 1992: Molti degli attuali MMG stati semplicemente "sanati" per continuità .

- ✓ Questa generazione non aveva una identità unica . Venivamo da esperienze professionali diverse . Un curriculum universitario arcaico “NON IDENTITARIO” della Medicina Generale. D’un colpo nel 1979 tutti hanno dovuto scegliere una unica professione : medico di medicina generale o specialista La 833 scelse di promuovere il concetto di **contratto di esclusiva** .

Dopo l’introduzione del tirocinio i nuovi medici HANNO SCELTO DI ESERCITARE LA MEDICINA GENERALE . Si chiama Formazione Vocazionale , fatta per scelta .

Fu scelta allora la forma giuridica del loro contratto, eredità della libera professione di un tempo , avente come fine lo svolgimento simultaneo di più attività mediche.

Questa forma contrattuale , normata oggi dalla ACN ,condiziona strutturalmente la Medicina Generale .

Sul piano degli obiettivi di sistema essa risponde alla necessità di garantire un medico della persona e della famiglia , scelto dalla persona e dalla famiglia che stabilisca esclusivo un rapporto esclusivo , biunivoco e fiduciario e la presa in carico della salute e della malattia.

Tuttavia , nel rispetto di questi obiettivi del SSN , si considera oggi una assoluta indipendenza tra la forma contrattuale de MMG e il ruolo , i compiti e la qualità della attività professionale .

Contratti ,convenzioni ed efficienza qualitativa della Professione

Outputs ed outcomes

Si può essere eccellenti professionisti in qualsiasi sistema sanitario , quale che sia il suo modello giuridico organizzativo. Dipendenza , Bismarck , Francese Olandese , Kaiser Permanente , NHS , SSN vanno confrontati a parità di ruoli , risorse , soluzioni organizzative.

Il falso dibattito sulla nostra forma contrattuale : liberi professionisti , convenzionati , dipendenti , parasubordinati , rimanda ad antiche polemiche degli anni’70

Certamente il profilo giuridico e la forma contrattuale possono influenzare le modalità di esercizio della professione . Ma sia in modo positivo che negativo .E a loro volta subiscono pesanti influenze e condizionamenti da parte dell’assetto organizzativo e giuridico dell’intero Sistema Sanitario .

Sta nella visione prospettica del SSN e nella sua organizzazione strutturale il vero equilibrio tra norme contrattuali , ruolo professionale e qualità della professione , non vice versa.

Non stiamo parlando di **rapporto GIURIDICO di dipendenza o di subordinazione** :stiamo parlando di una **relazione di dipendenza e di subordinazione**, TANTO CARA AI NOSTALGICI del tutto pubblico a tutti i costi . Pubblico è bello . Le Asl come centrali di comando e di controllo . I distretti ritornati strutture di microburocrazia territoriale .

Promemoria per una Revisione dei comparti del SSN

Questo è il vero tema su cui dobbiamo aprire un dibattito .

Occorre definire ruoli moderni

- ✓ **Identificare e condividere obiettivi di sistema chiari e definiti di qualità e di efficacia delle professioni e dei comparti sanitari**
- ✓ **Definire i percorsi e gli interventi legislativi**
- ✓ **Programmare i fabbisogni di risorse, strutture , personale**
- ✓ **Identificare i percorsi e i contenuti della formazione**
- ✓ **Definire le competenze centrali e regionali degli accordi nazionali e delle specificità regionali**

- ✓ La figura del MMG , (GP , Omnipraticien ,) nasce per soddisfare l'esigenza dettata dalla evoluzione dei sistemi sociali degli ultimi cinquanta anni che richiedono
- ✓ UN MEDICO DELLA PERSONA ,
- ✓ SPECIALIZZATO IN CAPACITÀ DI PRESA IN CARICO DEGLI INDIVIDUI , DELLE FAMIGLIE
- ✓ E DELLE COMPLESSE RELAZIONI TRA SALUTE , MALATTIA , FATTORI DI RISCHIO , PREVENZIONE E CURA .
- ✓ QUESTO MEDICO HA UNA RELAZIONE FIDUCIARIA assai diversa dalla figura paternalistica tanto cara all'anostalgia della condotta e del "buon vecchio medico di famiglia" .
- ✓ Figure cliniche specializzate in consolazione più che in evidenze scientifiche e capacità di affrontare l'intensità di cura di una società avanzata ed affluente
- ✓ dobbiamo quindi elaborare un progetto vero , fatto di una visione lucida , rigorosa .
- ✓ Un progetto profondamente radicato e integrato alla realtà di una moderna COMUNITA' , dei suoi bisogni e delle sue aspettative di salute e che non ha bisogno e non vuole minimante la burocratizzazione della Medicina Generale .

Dobbiamo proporre un modello di integrazione forte ,convincente fatto di competenza clinica e di ricchezza relazionale fondato su una solida organizzazione del lavoro di equipe .

Il Team delle Cure Territoriali

Dobbiamo superare il concetto di uno o più dottori , qualche infermiera e un po di personale amministrativo , sostituendo **una moderna organizzazione del Team delle Cure Territoriali**

Se il modello di riferimento resta ancora quello del Regno unito , ad esso dobbiamo avvicinarsi funzionalmente .

Innanzitutto una prammatica di come si lavora insieme , in cui i numeri sono la conseguenza delle funzioni

.Oggi la MG britannica occupa quasi 200 mila addetti . Solo 45,869 sono GPs . Il resto è composto da infermieri , 24121 , personale amministrativo non clinico 97,213 e personale addetto all'assistenza domiciliare 20,622.

In totale 3,1 unità di personale per ogni medico . L'aggregazione di uno studio medico varia da 3 a 7 medici a seconda delle realtà locali , con valori di clientela che vanno da 5500 ad oltre 10000 assistiti per aggregazione .

In pratica un team di 5 medici comprende un gruppo di collaboratori - sanitari e non - di circa 15 unità . Quanto questo dato numerico coincida con l'efficienza e la qualità professionale è **oggetto di un altro**

ragionamento . Ma è evidente che questo rapporto di un addetto alle cure primarie ogni 500 assistibili è un dato consolidato e non contestabile .

Questo dato è peraltro inferiore al rapporto tra personale medico , amministrativo , tecnico ed infermieristico di una struttura specialistica , pari ad un multiplo di 5-10 volte tale rapporto .



Ma il vero tema in discussione non è fatto di numeri e di quantità . L'efficienza e l'efficacia di un sistema sanitario poggiano su criteri diversi dal semplice rapporto tra costi generali , numero di addetti e prestazioni erogate – output -.

IL vero tema è l'utilità di un comparto del sistema sanitario in rapporto ai bisogni evolutivi di quella società , in quel Paese , nella prospettiva delle attese di salute e della evoluzione epidemiologica delle malattie.

E , una volta per tutte , sulla qualità dei risultati clinici – outcomes- in rapporto agli obiettivi di sistema.

La Medicina Generale Moderna

La Medicina Generale moderna è fatta di aggregazioni e sinergie di ruoli e processi , di divisione di compiti e funzioni , organizzazione del team di cure , dotazione tecnologica , infrastruttura informatica , capacità di relazione con la clientela ed il territorio .

Questa Medicina Generale analizza si organizza e si adatta ai bisogni del suo territorio .Si specializza in persone . Non sta dietro un bancone ad aspettare che una sofisticata ed esigente organizzazione sociale si adatti ad una struttura centralistica .

- Questa Medicina Generale non può essere sostituita a piacere da un sistema in cui è il servizio sanitario ad attendere e dare risposte (magari anche ben integrate) all'interno delle sue strutture . Un ospedale del territorio , con un vestito da cure territoriali ma con un'anima ospedaliera Badate , è un errore pensare che si confrontino due punti di vista SANITARI diversi , DUE MODELLI ORGANIZZATIVI DIVERSI , DUE RAPPORTI GIURIDICI DIVERSI .

Si confrontano in realtà due distinte , differenti modalità di interpretare il ruolo moderno del cittadino nei confronti dello Stato e dei suoi sistemi .IL primo modello pone al centro lo Stato e le sue istituzioni , con le sue regole , le sue farraginosità , la sua burocrazia , le sue gerarchie , le sue dipendenze di carriera dalla politica .

Il secondo, quello della Medicina Generale è moderno e risponde all'inversione del paradigma delle complesse società del nostro tempo . Un medico della persona, specializzato in persone , non un impersonale operatore salariato .

La MG oggi : una visione per il futuro

Una nuova Medicina Generale ripensa innanzitutto il suo rapporto con il suo interlocutore che è lo Stato , ma focalizza la sua visione sul suo "cliente" privilegiato che è il cittadino .

La dotazione del personale è una DERIVATA dell'organizzazione sanitaria delle Cure Primarie non il suo presupposto.

DOPO COVID : tempo di distanze , lentezze e di riorganizzazione dei tempi , dei processi e della metodologia clinica

Il coronavirus è stato affrontato con strumenti classici , arcaici , ma di comprovata efficacia: gel, mascherine , distanziamento sociale e individuale , terapie intensive.

Oggi come all'inizio è mancata una chiara consapevolezza che tutto ciò che nasce e si annida nel territorio va immediatamente osservato , individuato e tracciato sul territorio .

Per istintivo , innato , riflesso condizionato , il territorio è stato ancora una volta identificato con le ASL e i Distretti , gli Uffici di Igiene . Per incredibile persistente miopia nessuno ha mai pensato all'unico presidio capillare in grado di percepire e intervenire sull 'intera popolazione del paese , sulle comunità sugli individui , i nuclei familiari : i medici delle cure primarie .

Il dopo Covid sarà innanzitutto un tempo di rallentamento e di lentezze. Sarà un periodo di distanze . Sarà un periodo di cambiamenti sottili e poco ancora considerati.

- Veniamo da decenni di mancata programmazione della presa in carico. I pazienti sono stati mal gestiti hanno organizzato discrezionalmente la propria modalità di interagire col medico di famiglia. Hanno dettato tempi , frequenze , modalità di contatto , modulazione della domanda . Gli accessi e la loro temporalità sono stati NON Gestiti .Non sono stati programmati gli accessi programmati per patologia . Pochissimi hanno costruito processi peraltro intuitivi e logici per costruire un piano individuale di presa in carico di ciascun paziente . Eppure sappiamo che la possibilità di descrivere , programmare e calendarizzare il processo di presa in carico è l'elemento che differenzia una medicina generale disorganizzata e caotica da una professione costruita su criteri sistematici , time-saving e finalizzata al raggiungimento di obiettivi di salute .
 - L'accesso indiscriminato , caotico , non programmato , da ieri è finito . Accedere alle cure ed agli studi corrisponde alla configurazione di un set di criteri che fotografino uno per uno tutti i nostri pazienti , patologie trattamenti , flussi di salute , caratteristiche delle microcomunità , dei nuclei familiari , dei percorsi quotidiani di trasporto e logistica , di accesso ai servizi ed ai luoghi di lavoro , di frequentazione di attività ludiche ed extralavorative.
- ✓ Occorre oggi una profonda trasformazione delle procedure di accesso agli studi ed al domicilio .

- ✓ L'assistenza programmata deve fare i conti con nuovi criteri di sicurezza degli ambienti , dalla messa in sicurezza degli operatori , dei pazienti e delle loro famiglie.

Non si potrà più accedere come una volta perché senza una programmazione che coniughi la priorità della condizione clinica , lo score complessivo dello stato di salute , l'urgenza dell'accesso e le modalità e la tipologia di prestazioni da erogare , sarà impossibile regolamentare gli accessi e definire i tempi della consultazione , dando ovviamente la priorità al contatto economico evoluto.

Nessuno finora ha mai valutato in maniera sistematica quali e quanti strumenti di self help possano essere distribuiti e utilizzati dal cittadino per un automonitoraggio e per un telemonitoraggio di sintomi e segni .

La deriva tecnologica ha spinto a pensare all'impiego di tecnologie di diagnosi , dimenticando i pochi ma importanti sistemi di rilevazione dei dati correlati ai sintomi .

la rilevazione dei segni , legata alla tele visita ed alla trasmissione delle immagini statiche o in movimento è stato oggetto di poche osservazioni e di modesto impiego in medicina generale.

Allo stesso modo abbiamo scarsa esperienza nel governo a distanza di sistemi diagnostici semplici , finora poco o nulla implementata .

La struttura base di uno studio medico segue fino ad oggi logiche di ergonomia priva di standard . E' una tipologia passiva legata alla morfologia corrente . In molti paesi le caratteristiche costruttive di uno studio di medicina generale fanno parte della programmazione sanitaria.

- ✓ Se volessimo costruire ex novo uno studio nel Regno Unito troveremmo modelli omogenei con strutture architettoniche e standard urbanistici obbligatori, aree dedicate nei piani regolatori e tipologie edilizie facilmente reperibili sul mercato.

Gli accessi legati a prestazioni con elevata intensità numerica concentrati nell'unità di tempo diventano altresì complesse e problematiche .

Basti riflettere alla imminente campagna di vaccinazione per Covid 19 che potrebbe raggiungere la copertura totale della popolazione residente

La vaccinazione erogata sinora era basata sulla intensività di volumi in tempi ristretti. Tutto questo sarà praticamente impossibile per tempi , logistica, caratteristica degli ambienti e modalità di somministrazione.

Possiamo paradossalmente affermare che in un momento in cui dovremo effettuare più vaccinazioni avremo bisogno di studiare modalità , tempi e procedure di vaccinazione ancora sconosciute.

Cambia in sostanza il concetto classico di metodologia clinica

LA METODOLOGIA CLINICA DELLA NUOVA Medicina Generale

Il concetto di metodologia clinica in senso classico è ormai superato e va sostituito da una visione integrata delle molte dimensioni in cui si articola l'attività della medicina generale , cliniche , relazionali , tecnologiche , di information technology , di acquisizione e gestione delle conoscenze scientifiche..

La moderna metodologia clinica della medicina generale si arricchisce di strumenti di organizzazione di condivisione di risorse , di shared care , di una multidisciplinarietà e capacità di lavorare in team in rapida evoluzione .

I nuovi medici di famiglia entrano nella professione con legami sempre più labili con i tragitti esperienziali della tradizione dei loro predecessori .

E' in carico alla loro generazione la costruzione di una nuova prammatica della professione che nella continuità delle esperienze , innovi , trasformi e sviluppi la professioni di oggi e del futuro.

Modifiche non cambiamenti

In realtà Covid-19 ha prodotto per ora solo piccole ma sostanziose modifiche generate dalla necessità del lockdown più che da una lungimiranza organizzativa. Modifiche , non cambiamenti . Con il grande rischio ed in qualcuno anche una gran voglia inconfessata di ritornare al passato e alle vecchie abitudini precovid.

A mero titolo di esempio ecco una riflessione su alcune modifiche

- Abbiamo per necessità realizzato dematerializzazione delle La ricetta.In realtà occorre dematerializzare , deburocratizzare , e rendere fruibili con gli strumenti digitali tutte le procedure ed i processi ed i percorsi del SSN

Il falso dilemma se si possa effettuare una diagnosi corretta solo con una telefonata sarà oggetto di riflessione già in fase 2 .La risposta è certamente negativa in termini generali ma ricordando tuttavia che i sintomi e i segni nella medicina moderna si rilevano ormai in gran parte con l'ausilio del telemonitoraggio fatto anche con strumenti semplici e di basso costo .

- Si può fare molto di più di quanto avessimo fatto in passato con la collaborazione di un cittadino cooperante e ben formato . Vale a dire – è la scoperta dell'acqua calda - che un cittadino ben informato e ben organizzato può sorvegliare con il medico molti parametri di salute e di malattia.
- Covid-19 ha mostrato che gli ambulatori affollati di un tempo oltre che essere pericolosi oggi per la pandemia , sono pericolosi sempre perché tradiscono la disorganizzazione , la mancata di programmazione del monitoraggio delle patologie croniche da parte del sanitario ,, lasciata invece alla iniziativa del paziente
- Si è modificato il concetto tradizionale che la presenza fisica sia sempre e comunque necessaria per ragioni mediche e medico legali determinata dal bisogno di ritirare un certificato di malattia , un foglio di carta , un inutile e incancellabile piano terapeutico , un ennesima misurazione di pressione , in un mondo in cui la fisicità del contatto col medico deve rispondere a due sole precise condizioni di necessità : la necessità di osservare di persona sintomi e segni certi ed eseguire trattamenti non effettuabili altrimenti e non eseguibili a distanza , e la necessità di parlare con il proprio medico . Che rappresenta almeno la metà del successo della relazione terapeutica.
- Medici e pazienti hanno e comunicare TRA LORO che anche se temporaneamente abbiamo trovato strumenti semplici per parlare tra di loro . In attesa di mirabolanti strumenti di teleconsulto hanno deciso che whatsapp risolveva alcuni problemi basilari di comunicazione.

Covid ha quindi prodotto modifiche modeste ma sostanziali. Ha tuttavia introdotto alcuni elementi concettuali di sistema che non devono essere più abbandonati

Tutto ciò che inutile superfluo , lungo , verboso e dettato da vessazioni burocratiche deve sparire. Code fisiche ,telefoniche e telematiche per prenotare e avere risposte devono sparire .Carte cartacce , timbri e autorizzazioni devono sparire . Si possono trasferire milioni di euro con un click e non si riesce a prenotare un emocromo o una ecografia o prenotare un tampone per covid ?

Perchè , o le piccole modifiche sono seguite da grandi cambiamenti o tutto rischia di tornare come prima di Covid 19 .Non cambiano i bisogni e le esigenze ed urgenze sanitarie.I cronici continueranno ad aumentare , come il tasso di invecchiamento della nostra popolazione e le multi patologie .

Come cambieranno ruoli , modelli organizzativi , funzioni e relazioni delle professioni del SSN

Occorre innanzitutto che sia la mentalità del Paese e dell'organizzazione sanitaria a dover cambiare ed adattare i propri modelli organizzativi e le procedure ai bisogni delle persone , non viceversa .