

Elio Borgonovi

GUARDARE OLTRE

Dialoghi
per i giovani medici

introduzione di
Alessandro Colombo

postfazione di
Ovidio Brignoli

 **Polis**
Lombardia


**GUERINI
E ASSOCIATI**

Elio Borgonovi

GUARDARE OLTRE

Dialoghi per i giovani medici

*introduzione di
Alessandro Colombo*

*postfazione di
Ovidio Brignoli*

GUERINI
E ASSOCIATI

© 2021 Angelo Guerini e Associati srl
via Comelico 3 - 20135 Milano
<http://www.guerini.it>
e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: aprile 2021

Publisher Antonello De Simone

Ristampa: V IV III II I 2021 2022 2023 2024 2025

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

ISBN 978-88-6250-815-5

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla siae del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da Clearedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.

a Roberto Stella

Indice

- 9 INTRODUZIONE
di Alessandro Colombo
- 13 Perché la clinica è una scienza
- 21 Modelli di sanità pubblica
- 29 Guardare oltre i confini: testimonianza
dall'Inghilterra e dal Portogallo
- 35 Una questione di sanità pubblica
- 43 Suggestioni per la medicina generale
- 51 Oltre: la bioetica
- 59 Tecnologie, salute, nuovi orizzonti
- 67 Aver cura di chi cura: la manutenzione del ruolo
curante nella medicina del territorio

- 73 Sistema per l'assistenza agli anziani: cosa ci ha insegnato il pre-, durante e post-covid-19 su un settore da riformare
- 81 Le forme di organizzazione della medicina generale e le relazioni con le aziende sanitarie e le agenzie
- 87 Guardare oltre i confini
- 95 Guardare avanti e indietro: la lezione della storia della medicina
- 103 Guardare il territorio
- 109 Guardare alla fine: cure palliative e medicina generale
- 115 Guardare bene: medicina difensiva e medicina generale
- 123 POSTFAZIONE
di Ovidio Brignoli
- 129 SEMINARI

Introduzione

Questo libro è da leggere perché è facile, come andare in montagna con la guida. Davanti all'ostacolo lei ti dice dove mettere i piedi e dove non metterli, dove e come dosare l'energia: così tu sali, scopri che andare avanti si può, e diventa facile.

Il libro raccoglie le conclusioni di Elio Borgonovi a sedici seminari per giovani in tirocinio per diventare medici di medicina generale. Questi seminari sono stati organizzati da PoliS-Lombardia – Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo durante la prima fase acuta della pandemia, quando i giovani tirocinanti erano impegnati e smarriti come tutti, eppure coraggiosamente coinvolti ad aiutare il sistema sociosanitario lombardo.

Mi ha colpito come, durante quei lunghi e terribili mesi, tutti i martedì e i giovedì per quattro ore «il prof» stava lì ad ascoltare e, alla fine, interveniva come fanno i veri maestri: valorizzando tutto, correggendo, orientando, mai censurando, ma sempre trovando un appiglio concreto da cui partire. Mentre imperversava il male e cominciavano ad affiorare le rivendicazioni e le recriminazioni, lui rilanciava sempre un percorso possibile, una soluzione pratica-

bile, una prospettiva accomunante e concreta. E così, su quel terreno di proposta, i relatori e i *discussant* si ritrovavano d'accordo, le differenze dialettiche si conciliavano e ci trovavamo all'angolo, inchiodati dal dovere e dal desiderio di agire più che dalla pretesa di aver ragione. Questo è il carisma del professor Borgonovi: alla fine non riesci a non dargli ragione, perché sposta la questione dai massimi sistemi a dove mettere i piedi e l'energia.

Il libro è nato quindi per i sanitari ma è per tutti, sanitari e non; è per tutti coloro che vogliono salire su quella montagna che è il sistema sociosanitario che può – e deve – cambiare. Come una guida, Elio Borgonovi ti dice dove mettere i piedi e dove non metterli, dove vale la pena investire le energie e dove invece non vale la pena.

Il testo ha mantenuto i titoli e l'ordine dei capitoli così come i seminari si sono svolti (in fondo al libro il lettore trova i programmi e i nomi di quanti sono intervenuti), e chi lo desidera può saltare con libertà da un capitolo all'altro, senza compromettere la comprensione. Mi pare però ci sia un filo rosso che lega queste pagine e che può rappresentare la raccomandazione di Borgonovi non solo ai giovani medici, ma a tutti coloro che sono chiamati a essere quella che una volta si chiamava «classe dirigente». Il filo rosso lo sintetizzerei così: passare dalla logica di progetto a quella di processo. Il progetto è qualcosa di statico, nel quale i ruoli, i risultati, i tempi sono definiti. Il processo invece è dinamico: si parte da ciò che c'è per costruire insieme. La pandemia da covid-19 ha violentemente costretto tutti a rimettere al centro del sistema il bisogno di salute (di respirare!) delle persone. Per far respirare le persone, i professionisti sanitari hanno attraversato e rein-

interpretato ruoli e responsabilità inventando soluzioni, tecniche e procedure dettate dall'urgenza del bisogno. Così facendo hanno lavorato insieme, scoprendo di nuovo, in molti casi, il gusto del lavoro.

Ecco, in questo libro il lettore potrà seguire una guida per mettere a terra i suggerimenti che l'esperienza unica e tremenda ci ha imposto, uscendo da una concezione talvolta troppo rigida di ruoli, risultati e tempi così come finora li abbiamo concepiti e praticati.

Non si tratta di un invito all'eversione o al cambiamento «giusto per cambiare»: il sistema nuovo non dovrà essere alternativo a quello attuale, ma rinnovato nelle ragioni. Come dice sempre il professor Borgonovi: «Un pensiero *originale* è sempre un pensiero *originario*».

Avendo fortemente voluto i seminari e la realizzazione del volume, devo, infine, ringraziare di cuore alcune persone preziose. Innanzitutto, i tirocinanti del corso di formazione lombardo: a loro, che sono il presente e il futuro della medicina territoriale, sono dedicati i nostri tentativi e sempre rispondono con entusiasmo, dando contributi fondamentali, soprattutto in questa delicata fase.

Al professor Borgonovi il grazie è non solo per questo volume, ma per la continua, ostinata dedizione con cui partecipa e contribuisce allo sviluppo di tutta l'attività di PoliS-Lombardia – Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Ugualmente, sono grato al presidente di PoliS-Lombardia Leonida Miglio e al direttore generale, Fulvio Matone, per come accompagnano i nostri sforzi. Questo libro si deve al loro supporto.

Gratitudine speciale a Giulia Parisi, che mi ha aiutato

con pazienza nella organizzazione dei seminari e nella raccolta del materiale. Sono sempre in debito a Marinella Gallo, Loana Domanda e Giovanni Paternò per l'impegno con cui garantiscono l'organizzazione del corso, così come a tutto il Comitato didattico, che ha sostenuto i seminari e ogni iniziativa per i giovani tirocinanti.

I libri non si chiudono mai se non c'è qualcuno che con pazienza e rigore si assume il compito di curarne la realizzazione. Di questo, insieme a tanto altro, sono grato ad Alessandra Piazza, che insieme all'editore ha permesso di affrontare e risolvere le mille insidie dell'impegnativo lavoro redazionale.

Anch'io, infine, non posso non ricordare con gratitudine e commozione il grande amico Roberto Stella, che dal Cielo sorride e sostiene i nostri tentativi di applicare quanto ci ha insegnato, con le parole e con l'esempio.

Buona lettura!

Alessandro Colombo

direttore dell'Accademia di formazione per il servizio
socio-sanitario lombardo di PoliS-Lombardia

Perché la clinica è una scienza

La distinzione tra clinica e scienza ha portato a una diversa considerazione della prima, che prevede l'assistenza e la presa in carico olistica della persona, nei diversi stati di salute, come una conoscenza meno specialistica rispetto alle discipline logiche, non basata sul sintomo, come meno prestigiosa, dal punto di vista del riconoscimento del ruolo professionale. La medicina generale condivide questa suddivisione e questo ruolo subalterno rispetto alle discipline logiche e specialistiche: da qui la riflessione sul ruolo della medicina generale, del medico di base rispetto a quelli che sono i bisogni espressi dai pazienti.

La scienza e la conoscenza

Il processo di conoscenza si è sviluppato inizialmente con riferimento ai fenomeni naturali e a interpretazioni religiose di fenomeni naturali; in seguito, con filosofia, etica e morale, diritto, governo delle comunità e i principi della politica, antropologia, sociologia e, alla fine del XVI secolo con Galileo, scienza basata sulle evidenze.

Questa evoluzione evidenzia che occorre distinguere conoscenza da scienza, anche se negli ultimi secoli si è imposto progressivamente un approccio riduttivistico che ha portato a sovrapporre il concetto di scienza e conoscenza. Questa sovrapposizione ha portato a privilegiare il metodo «scientifico» basato sui principi delle evidenze. Le condizioni richieste dal metodo scientifico sono la possibilità di ripetere un determinato fenomeno nelle stesse condizioni, la misurabilità dei risultati che, se uguali, consentono di dimostrare le relazioni di causa effetto. Anche le discipline sociali, che dalla fine del XIX secolo hanno cercato di caratterizzarsi come «scienza», si sono sviluppate secondo la logica della specializzazione, in quanto la ripetitività del fenomeno e la misurazione dei risultati comparabili possono avvenire solo per parti limitate della realtà.

È accaduto nel campo della medicina, e più in generale delle «discipline della salute». La dimostrazione dell'efficacia di un farmaco avviene con le evidenze di correlazione tra assunzione del farmaco e scomparsa di sintomi o remissione di una malattia. I trattamenti di certe patologie consentono di confrontare i risultati in termini di recupero dello stato di salute, l'intervento chirurgico sempre più specializzato consente di confrontare i diversi livelli di efficacia e gli esempi potrebbero continuare all'infinito.

L'altra dimensione del metodo scientifico è quella di considerare le relazioni di popolazioni, in quanto, per esempio, i dati di prevalenza e incidenza di singole patologie, di sopravvivenza rispetto a certe patologie (oncologiche, cardiache ecc.) possono essere confrontati prescindendo dalla realtà dei singoli pazienti. Si possono avere miglioramenti di esiti di salute rispetto a un certo tratta-

mento o a un certo modello assistenziale, prescindendo dal fatto che per un certo numero di pazienti vi possa essere stato un peggioramento. Ciò in quanto il risultato di macro variabili è la somma algebrica o il risultato di interazioni tra risultati opposti.

Riferendomi al mio campo di studi, la tendenza alla specializzazione ha dominato le teorie e i paradigmi economici, aziendali e manageriali secondo i quali la generazione di evidenze comparabili è possibile per fenomeni sempre più specifici (ottimizzazione dei processi produttivi, delle scorte, dell'efficienza, delle quote di mercato, dei flussi finanziari ecc.) o per fenomeni generali (relazioni tra tassi di interesse, liquidità e investimenti, aumento del Pil in funzione degli investimenti della riduzione della tassazione, dell'aumento della spesa pubblica ecc.). Inoltre il metodo scientifico è stato applicato con strumenti di analisi quantitativa sempre più sofisticati.

*L'equilibrio tra conoscenze specialistiche
e considerazione olistica della persona*

La specializzazione e la sempre maggiore sofisticazione di strumenti quantitativi di misurazione e analisi, che indubbiamente hanno dato un contributo positivo allo sviluppo delle conoscenze, hanno però generato anche effetti negativi che possono essere sintetizzati nei seguenti termini: il prestigio professionale e sociale è maggiore per le discipline «specialistiche», mentre è minore per tutte le discipline che cercano di ricondurre a unità la conoscenza.

Ciò in parte spiega perché la pediatria, la medicina ge-

nerale (esercitata dentro e fuori l'ospedale), la geriatria, la fisiatria, la presa in carico delle persone con cronicità/disabilità/fragilità («care» invece di «cure») godono nella società moderna di un minore prestigio e soffrono di un paradosso solo apparente. Da un lato rispondono a bisogni crescenti e che caratterizzeranno sempre più il futuro; dall'altro sono considerate meno «attraenti», hanno meno prestigio, sono assenti o hanno difficoltà a emergere nei percorsi formativi universitari, post universitari e nella pratica assistenziale.

Per il medico, il superamento di questo paradosso richiede di ricercare un nuovo equilibrio tra conoscenze specialistiche e considerazione olistica della persona nei diversi stati di salute.

Questo equilibrio può essere ricercato agendo a tre livelli:

- quello etico/valoriale/vocazionale per cui anche il medico «specializzato» applica la propria conoscenza non limitandosi a considerare la patologia, l'organo, ma attento alla condizione complessiva del paziente che lo deve portare ad andare oltre la semplice prestazione specialistica stabilendo relazioni di rispetto del paziente che alimenta la fiducia di quest'ultimo;
- quello della formazione, nella quale vi sia un mix di conoscenze verticali (specializzazione) e orizzontali (integrazione sul paziente): questo mix è oggi difficile nei corsi universitari e delle scuole di specializzazione che privilegiano la prima dimensione verticale, ma può essere rilanciato con la formazione continua;

- quello organizzativo che deve essere aperto al lavoro in équipe, alla interdisciplinarietà, alla interprofessionalità (riconoscimento dell'autonomia professionale di medici, infermieri, psicologi, altri professionisti).

Da queste considerazioni deriva una nuova prospettiva per la figura del MMG. Forse potrebbe essere utile recuperare il termine/concetto di «medico di base», inteso come medico che ha le conoscenze fondamentali e fondanti necessarie per coniugare le conoscenze riguardanti la salute alle esigenze specifiche di ogni paziente. Lungi da me la tentazione di aggiungere confusione a confusione continuando a cambiare i nomi, ma intendo sottolineare che il MMG/medico di base deve avere un equilibrio tra conoscenze verticali e conoscenze orizzontali diverse da quelle del chirurgo, del cardio-neuro-chirurgo e di altri specialisti. È richiesto un mix maggiormente focalizzato sulle conoscenze orizzontali che consentono di inquadrare la condizione di salute del paziente, capire quali sono i bisogni reali e dare a essi una risposta articolata.

Il MMG (o medico di base) deve essere in grado di fare un inquadramento diagnostico del paziente con:

- strumenti che oggi possono essere resi disponibili non solo nei luoghi in cui esercita la professione, ma anche a distanza con la telemedicina;
- erogazione di cure primarie con la qualità consentita non solo dalla sua formazione (accademica e continua – *life long learning*) e dalla sua esperienza, ma anche dalla collaborazione con altri colleghi;
- acquisizione di conoscenze diagnostiche specialistiche;

- invio di pazienti per cure specialistiche solo quando è necessario;
- monitoraggio delle condizioni di salute dei propri pazienti quando hanno superato momenti di cure specialistiche in fase acute in ospedale o in centri specialistici (per esempio riabilitazione).

*MMG, non semplice gate keeper
ma «antenna sul territorio»*

Questa figura di MMG/medico di base implica, inoltre, di superare la narrativa del «gate keeper» o semplice prescrittore, che si è fermata nel tempo e di accettare una nuova sfida professionale e culturale.

È quindi necessario recuperare l'identità di MMG/medico di base, che opera in contesto diverso dal medico ospedaliero, ma che, non per questo, deve essere considerato di serie B, come purtroppo è stato nel recente passato quando è stato considerato prevalentemente come prescrittore di farmaci o di accertamenti diagnostici. La pandemia da covid-19 ha invece messo tutto il SSN di fronte all'evidenza secondo cui il rafforzamento della medicina di base e di territorio, delle cure primarie e della continuità assistenziale è un fattore essenziale per la migliore tutela dei livelli di salute e anche per la sostenibilità economica. Infatti il MMG/medico di base ha una funzione essenziale come «antenna sul territorio» per individuare l'emergere di eventi sentinella o segnali deboli non solo in caso di epidemie/pandemie, ma anche per quanto riguarda la modificazione e l'evoluzione dei bisogni di salu-

te in larga misura collegati all'allungamento della vita e alle condizioni socioeconomiche ambientali in cui le persone vivono. Non si tratta di mettere in discussione o ridurre l'importanza delle specializzazioni, ma si tratta di valorizzare maggiormente il ruolo del MMG/medico di base e più in generale dell'assistenza territoriale.

Inoltre la valorizzazione del MMG/medico di base non è rilevante solo sul piano dell'assistenza e della erogazione di cure primarie, ma è anche importante sul piano della ricerca. Definendo adeguati protocolli di ricerca è possibile, anche tramite moderne tecnologie informatiche, raccogliere ed elaborare dati e informazioni di tipo *real world evidence* che consentano di generare conoscenze secondo un paradigma diverso dalle sperimentazioni controllate (trial clinici).

In questo senso si recupera la logica di medico a tutto tondo, ma poiché è difficile cambiare le culture e molti anni di immagine «riduttiva» del MMG/medico di base pongo una domanda ai tirocinanti: volete accettare la sfida di essere forse considerati di serie B, dai vostri colleghi specializzati ospedalieri e universitari ancora per qualche anno, però con la ragionevole probabilità di essere voi a cambiare questa percezione? Non lo potrete fare da soli, ma stabilendo nuovi rapporti:

- con i MMG/medici di base che hanno una lunga esperienza;
- con i vostri colleghi che operano negli ospedali e nelle strutture di cure intermedie per trovare insieme a essi il migliore rapporto tra specializzazione delle conoscenze e integrazione sui bisogni complessivi del paziente;

- con gli stessi pazienti, la cui fiducia potrà essere rafforzata non tanto perché sarete prescrittori, ma perché sarete coloro che li sanno ascoltare e capire.

Modelli di sanità pubblica

La pandemia da covid-19 che ha colpito il nostro Paese ha posto in evidenza il tema della nostra organizzazione sanitaria, che prevede il decentramento delle competenze alle Regioni, con evidenti differenze territoriali. Modelli organizzativi differenti rispondono in modo diverso, anche e soprattutto di fronte a un'emergenza sanitaria senza precedenti: qualunque sia l'organizzazione più idonea a far fronte a tali situazioni, occorre tener presente l'importanza dei professionisti che compongono l'organizzazione sanitaria, e la loro stessa capacità a trovare soluzioni e modalità per lavorare in sinergia.

*I professionisti: il valore della sinergia
nella medicina di gruppo*

In un mondo troppo attento alle forme organizzative e alla architettura istituzionale, si è dimenticato che la qualità delle prestazioni e degli esiti di salute viene fatta dalle persone. Solo la qualità di medici, infermieri, psicologi, tecnici e altri operatori di salute, con personale amministrativo

che semplifica le procedure, è garanzia reale per i pazienti. Inoltre, in un mondo sempre più complesso, la qualità dei singoli professionisti è migliore se esercitata in collaborazione con altri professionisti. Ne consegue che dovrebbe essere promossa, sostenuta e valorizzata la «medicina di gruppo» tra MMG/medici di base. Questa soluzione genera sinergie di qualità in quanto consente il confronto, la condivisione dei diversi approcci al paziente, lo scambio di esperienze, la possibilità di garantire la continuità assistenziale, contemperando il rapporto fiduciario medico/paziente e una adeguata conoscenza del paziente da parte dei colleghi che fanno parte del gruppo. Ove possibile la medicina di gruppo deve essere esercitata in appositi locali attrezzati, ma nei territori a elevata dispersione della popolazione e con distanze tra MMG/medici di base (per esempio zone di montagna), è possibile mantenere la logica della medicina di gruppo facendo ricorso alle moderne tecnologie e con periodici incontri di condivisione delle conoscenze e di confronto sulle diverse modalità di rapporti con diverse tipologie di pazienti (neonati, anziani, cronici ecc.).

Le considerazioni sulla medicina di gruppo devono far riflettere sulle formule organizzative che sono caratterizzate e qualificate dai comportamenti reali. Vi può essere medicina di gruppo solo sul piano formale perché si condividono alcuni spazi o si suddividono le spese, ma senza condivisione reale delle esperienze. Allo stesso modo le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), introdotte con i provvedimenti per affrontare la pandemia di covid-19, sono presenti in tutte le regioni, ma hanno modalità di funzionamento e una reale efficacia assai diverse

nelle diverse regioni. Sotto la stessa denominazione o acronimo vi possono essere realtà sostanziali di funzionamento completamente diverse, oppure vi possono essere realtà assistenziali che sono sostanzialmente uguali, ma che hanno denominazioni diverse nelle varie regioni.

La medicina generale è regolata dalla convenzione con il SSN e ha alcune caratteristiche comuni. Tuttavia il rapporto con i pazienti dipende dal modo in cui i singoli MMG/medici di base intendono il proprio ruolo e la propria funzione: prevalentemente come prescrittore o come erogatori di cure primarie in grado anche di stabilire una empatia con i propri pazienti? Sono altrettanto importanti le politiche regionali riguardanti l'organizzazione della medicina generale, come è apparso evidente anche durante la pandemia di covid-19. Per esempio, le politiche esprimono una visione frammentaria che porta a tenere, tendenzialmente, distinta la medicina di base (esercitata da professionisti convenzionati) dall'attività assistenziale (svolta da dipendenti del SSN), oppure propongono forme di coordinamento e integrazione compatibili con il diverso status giuridico? La prima tendenza è frutto della logica di specializzazione e della prevalenza delle forme tipiche del passato, la seconda è la prospettiva che deve guidare il futuro e che richiede il coraggio di rompere con schemi che rispondono sempre meno ai reali bisogni dei pazienti.

Questa prospettiva è imposta anche dal principio secondo cui la produttività non va riferita a singole persone o a singole unità organizzative, ma è, sempre più, il risultato del coordinamento e della integrazione di tanti professionisti (équipe multidisciplinare e multiprofessionali in

ospedale e in medicina di gruppo che vede insieme MMG, infermieri, psicologi, assistenti sociali).

Anche le moderne tecnologie consentono di ottenere i migliori risultati quando sono utilizzate congiuntamente. Per esempio la medicina di gruppo consente di dotare i MMG/medici di base di alcune tecnologie per accertamenti diagnostici o per consulti di telemedicina che difficilmente possono essere presenti nell'ambulatorio di ogni singolo medico. Riflettere su coordinamento e integrazione come condizioni per aumentare la produttività, la qualità e un corretto uso delle tecnologie, significa essere consapevoli che non si può rispondere a un aumento della domanda con il semplice aumento di personale o di dotazioni tecnologiche, ma rivedendo i modelli organizzativi.

I modelli organizzativi: l'accentramento/decentramento

La pandemia da covid-19 ha riproposto con forza il tema dell'accentramento/decentramento organizzativo e istituzionale. Molti studiosi e opinionisti hanno sottolineato la mancanza di direttive di indirizzi e coordinamento «centralizzato» da parte dello Stato o delle Regioni. Al riguardo va ancora una volta ricordato che non esistono soluzioni «ottimali» in astratto. Sicuramente in alcuni casi un coordinamento e una linea di comando unitaria e più chiara ha (o avrebbe) aiutato ad affrontare meglio la pandemia, tuttavia non va sottovalutato il fatto che molte soluzioni per una situazione imprevista e imprevedibile sono nate dal basso. In alcune regioni, in mancanza di indicazioni di indirizzi regionali, i MMG/medici di base si sono

autorganizzati per curare a domicilio i pazienti che non potevano essere ricoverati o le cui condizioni non particolarmente severe consentivano e consigliavano l'assistenza a domicilio.

Mentre nel «mondo ideale» si possono confrontare i vantaggi e i limiti di modelli, nel mondo «reale» le soluzioni dipendono dalla qualità delle persone, dall'incertezza delle informazioni, da fattori politici, istituzionali e sociali. Perciò, quando non arrivano indirizzi chiari dall'alto (UE, OMS, Stato, Regioni, vari comitati tecnico-scientifici), come è capitato nel caso del covid-19, non ci si può limitare a lamentarsi o a recriminare, ma tutti coloro che sono in prima linea, come sono stati i MMG/medici di base, oltre ai medici ospedalieri, devono ritrovare il senso della propria missione, che è quella di salvare il maggior numero di vite e di stare vicino alle persone, trovando soluzioni «creative». È un messaggio che i MMG/medici di base in formazione devono far proprio e interiorizzare per tenere fede al giuramento di Ippocrate.

Apprendere come apprendere

Passando a un altro tema, quello dei dati, che si collega alle teorie sulle decisioni razionali basate su evidenze è opportuno sottolineare alcuni elementi di teoria e di contesto. Sul piano della teoria è stata superata quella classica delle decisioni basata solo su evidenze di dati e informazioni, perché le persone decidono anche sulla base di esperienza, intuito ed emozioni. Nel caso specifico del covid-19 vi era poi l'estrema incertezza dei dati sui positivi

sintomatici, positivi asintomatici (il cui numero dipendeva anche dalla disponibilità e dalla tempestività di tamponi), pazienti a domicilio con sintomi compatibili con covid-19 ma non sottoposti a tampone, pazienti ricoverati e morti per covid-19 o con covid-19, dimessi dagli ospedali (guariti in senso clinico) e anche pazienti non più infetti a seguito di test ripetuti con tampone. Date queste incertezze è noto che i dati, sia a livello internazionale sia nazionale, sono stati oggetti di «uso politico» nel senso di messaggi preoccupanti/tranquillizzanti che si volevano dare. Anche nel dibattito tra esperti, virologi, infettivologi e clinici si è assistito a balletti delle cifre. Nel caso del covid-19, come altre situazioni analoghe, oltre ai dati di fonti ufficiali è utile avere la percezione della dimensione del problema dalla base. Infatti i MMG/medici di base avevano il polso della situazione dei propri assistiti diverso e molto più preciso dei dati ufficiali (ovviamente, per la componente di pazienti non ospedalizzati).

Infine uno spunto per il futuro. Il covid-19 ha posto i sistemi di tutela della salute di fronte alla necessità di rivedere i processi formativi. La formazione di medici, infermieri, psicologi e altri professionisti della salute deve riguardare innanzitutto le conoscenze fondamentali che caratterizzano ogni professione e le conoscenze specialistiche secondo la vocazione di ognuno, ma anche le conoscenze relative ai diversi contesti in cui viene esercitata la professione (ospedale, strutture di cure intermedie, cure primarie) e alle capacità critiche per aggiornare le conoscenze.

In un mondo che cambia rapidamente i professionisti devono «apprendere le conoscenze» e «apprendere come

apprendere» anche sulla base della propria esperienza. Come provocazione si può dire che un'organizzazione che prevede la rotazione di medici, infermieri, psicologi, altri professionisti della salute per periodi più o meno brevi in diversi contesti potrebbe servire a rendere più completa e meno parcellizzata la professionalità.

Guardare oltre i confini: testimonianza dall'Inghilterra e dal Portogallo

Altri Paesi europei, tra cui Inghilterra e Portogallo, hanno un'altra organizzazione relativamente alla medicina generale, a partire da come è strutturata la formazione di questi professionisti che devono operare sul territorio, attraverso l'inserimento lavorativo con mentoring da parte di colleghi esperti che ne supervisionino l'apprendimento. L'emergenza sanitaria da covid-19 ha posto anche in Italia la condizione per i giovani medici in formazione di sperimentare la prima linea nell'assistenza territoriale ai malati di covid-19. Questa è l'occasione per rivedere i processi formativi, integrandoli con l'esercizio della funzione.

La formazione: la curiosità di apprendere

Molti studi hanno evidenziato che dopo sei mesi le persone ricordano e hanno interiorizzato solo il 10-15% delle nozioni apprese; ricordano e hanno interiorizzato tra il 30 e il 40% delle cose viste; ricordano e hanno interiorizzato tra il 50-60% delle cose che hanno visto fare. Ma hanno interiorizzato ben oltre l'80% delle cose che hanno impa-

rato facendo. Queste percentuali sono indicative perché variano molto tra istruzione primaria e secondaria, formazione universitaria di base e di specializzazione, qualificazione e riqualificazione post universitaria come componente della formazione continua. Dipendono inoltre dai diversi sistemi e metodi.

Tra l'altro anche l'uso dei termini ha un significato rilevante in quanto «istruzione» significa «mettere dentro», e quindi evoca pezzi unidirezionali da chi ha le conoscenze a chi le deve apprendere. «Educazione» significa invece «tirar fuori», in senso maieutico, le cose che fanno parte di abitudini, personalità, interessi ed esperienze di ognuno; tra l'altro, poi, vero significato di «formazione». Si può dire che la formazione delle persone accende il fuoco della curiosità e della capacità di apprendere. Sulla base di questi sintetici richiami pedagogici si possono distinguere due grandi modelli di formazione. Quelli che separano nettamente, e vedono in sequenza, l'istruzione/formazione e il lavoro e quelli che invece, dopo una fase di necessaria istruzione di base, considerano strettamente collegati apprendimento e lavoro. L'Italia è un tipico esempio del primo modello, solo in parte attenuato da alcune normative e politiche di alternativa scuola/lavoro e tirocinio.

Le esperienze di UK e Portogallo indicano che la formazione dei MMG/medici di base avviene inserendo i giovani medici nell'attività lavorativa sotto la supervisione di *mentoring* di colleghi con maggiore esperienza. Una formazione, quindi che si sviluppa esercitando la funzione del MMG/medico di base e che, tra l'altro, avviene normalmente in gruppi di pratica.

Questo processo è tipico ed essenziale per la formazio-

ne di «professionisti» che sono tali perché svolgono una funzione (diagnosi, cura, presa in carico) con autonomia e rispondendo dei risultati. Al contrario di funzioni e ruoli esecutivi per i quali si richiede lo svolgimento di compiti predefiniti, codificati e standardizzati, i professionisti rispondono direttamente per ciò che fanno, applicando con autonomia conoscenze di tipo generale a concrete situazioni e sono valutati per i risultati ottenuti: nel caso specifico, risposta ai bisogni di salute.

La distruzione creativa dell'emergenza sanitaria

Ai sistemi giuridici basati sulla *civil law* si può applicare parafrasandola la famosa frase di Einstein secondo cui «È più facile rompere l'atomo che i pregiudizi sociali». Si è rivelato più facile inventare tecnologie molto avanzate, nel campo della tutela della salute, come robot per chirurgia mininvasiva, PET, bionanotecnologie ecc. che non cambiare le leggi sulla formazione dei professionisti, compresa quella che riguarda il tirocinio dei futuri MMG/medici di base. Il dramma che ha causato il covid-19 ha comunque avuto un effetto che si potrebbe dire «distruzione creativa» in quanto ha fatto, per esempio, saltare l'esame di abilitazione, ha mandato in prima linea sul fronte dell'assistenza specializzandi e tirocinanti del corso MMG, ha permesso di assumere con procedure di urgenza medici e infermieri. Quindi ha generato una evidenza che da ora in poi sarà difficile negare, quella di medici e infermieri che hanno dimostrato concretamente di saper fare. Ciò non vuol dire che i giovani non abbiano bisogno di una fase di

ulteriore formazione, ma ha dimostrato che questa formazione può essere fatta sul campo. I processi di apprendimento e miglioramento della professionalità possono benissimo andare di pari passo con l'esercizio della professione come avviene in molti altri Paesi europei.

Si tratta di non sprecare l'occasione sulla base del principio secondo cui nessuna crisi va sprecata. L'occasione è stata, ed è, propizia per rivedere processi formativi non solo integrati con l'esercizio della funzione, ma che sappiano collegare gli aspetti clinico-assistenziali con quelli organizzativi ed economici. Mai come in questo caso è apparso chiaro che la buona organizzazione consente di valorizzare la qualità dei professionisti, mentre quella cattiva rischia di disperdere energia. Allo stesso modo occorre tener conto che le implicazioni economiche delle scelte del modo di operare sono importanti perché consentono di fare più con meno. Le prime risorse economiche aggiuntive, infatti, sono quelle ben utilizzate e che si recuperano con l'eliminazione di sprechi e inefficienze.

Certamente a livello generale sarà necessario anche rivedere le priorità, poiché se è vero che la salute della popolazione è la condizione di base anche per lo sviluppo economico, occorre riflettere sul fatto che la spesa per la salute può essere un buon investimento per il futuro.

Le esperienze di UK e Portogallo, oltre a indicare le nuove vie per una formazione sul campo, indicano anche che gli aspetti organizzativi (per esempio medicina di e in gruppo) ed economici (budget di risorse entro cui muoversi) non sono elementi marginali da trascurare.

Ora che il covid-19 ha distrutto i vecchi schemi e i vecchi paradigmi della formazione, occorre anche pensare a

come rivedere i contenuti, oltre che il processo. Invece che strutturare contenuti partendo dalle specializzazioni di tipo clinico sviluppate nel secolo scorso, il MMG/medico di base ha bisogno di una formazione nella quale si parte dai bisogni reali, dalla definizione di cosa si deve intendere per salute dei propri pazienti e di come ricostruire attorno a questi bisogni obiettivi le conoscenze acquisite all'università o acquisibili con il ricorso a specialisti.

MMG: medico generalista

Il MMG/medico di base del futuro non può essere né il «tuttologo della medicina», né un «novello Pico della Mirandola» in grado di integrare conoscenze su tante patologie di tanti pazienti diversi. Deve essere un medico che più di altri è generalista, concetto ben diverso da generico, perché, messo a contatto diretto con tante patologie e tanti pazienti diversi, è in grado di personalizzare le risposte ai problemi di salute di ognuno meglio di quanto non possa fare uno specialista la cui attività si rivolge tendenzialmente a pazienti tra loro più omogenei.

Tuttavia impostare un programma di formazione «per problemi» di salute potrebbe comportare un altro rischio di tipo riduttivistico. Occorre quindi articolare i percorsi formativi all'interno di un quadro organico che, per esempio con riferimento al covid-19, sia in grado di collegare i problemi relativi a: pazienti asintomatici, con sintomi compatibili con covid-19 ma non gravi, ricoverati e di cui occorre seguire l'evoluzione, dimessi con eventuali complicazioni lasciate come triste eredità dell'infezione.

Ma occorre non limitarsi a questi problemi e pensare che il MMG/medico di base deve affrontare anche situazioni di pandemia, influenze, pazienti con patologie croniche, pazienti dimessi dopo gravi traumi o fasi acute.

Solo avendo questa prospettiva il MMG/medico di base potrà recuperare, o rafforzare dove già esiste, non solo la fiducia dei propri pazienti ma anche un più elevato prestigio sociale e non essere più considerato di serie B rispetto ai colleghi super specialisti. Attorno a queste figure potrà essere superata la tradizionale contrapposizione tra ospedale, medicina territoriale e cure primarie che è stata considerata, a ragione o a torto, il tallone di Achille del nostro modello sanitario lombardo.

Una questione di sanità pubblica

L'emergenza sanitaria che ci ha colpiti ha posto in evidenza un tema che era stato trascurato negli anni passati: i problemi di salute pubblica. Questo pone all'attenzione la necessità di riflettere sulla riorganizzazione del sistema, non in chiave emergenziale, ma con un modello in grado di affrontare i problemi correnti di salute e di reagire nei casi di eccezionalità della situazione, come per la pandemia da covid-19. Da qui, l'importanza del ruolo del MMG, come professionista in grado di interagire con i pazienti, sul territorio, e di cogliere le necessità di cura.

La salute individuale e la salute delle comunità

La pandemia ha ricordato a chi se ne era dimenticato che la salute individuale e la salute delle comunità (collettiva) sono strettamente collegate. Ha ricordato in modo drammatico che negli ultimi anni lo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie si è concentrato soprattutto sul miglioramento della salute individuale, dimenticando o sottovalutando i problemi di salute pubblica. Ciò ha fatto trovare

anche i sistemi dei Paesi progrediti impreparati o deboli rispetto al diffondersi del covid-19. Sono state adottate misure nei confronti degli individui, isolamento prima volontario e poi costretto dal *lockdown* per rallentare la diffusione. Il tema è, tra l'altro, più generale, perché oggi si deve parlare di *one health* o salute circolare, in quanto la salute umana dipende dalla salute animale e vegetale. Già da tempo gli esperti hanno teorizzato che le nuove pandemie del ventunesimo secolo saranno causate da antibiotico resistenza, dall'eccessivo uso di antibiotici per l'uomo e per gli animali allevati in modo intensivo. Sono poi noti gli effetti deleteri causati dall'eccessivo uso di anticrittogamici per le coltivazioni che inquinano prodotti, terreni e falde acquifere.

Queste relazioni dovranno diventare patrimonio di conoscenze diffuse nelle iniziative formative di tutti i professionisti della salute, oltre che degli operatori economici impegnati in agricoltura, nell'allevamento di animali e più in generale in tutta la popolazione.

Oltre a queste relazioni l'emergenza da covid-19 impone una riflessione sul rapporto tra gestione corrente, risposta alle emergenze e apertura all'innovazione. Il sistema di tutela della salute, forse più di altri sistemi, è sollecitato da queste tre esigenze. La gestione corrente di ASL, AO e altre strutture di erogazione deve rispondere alla pressione di una domanda crescente in quanto lo sviluppo delle conoscenze deve dare risposte positive a problemi di salute che in passato non erano risolvibili in senso positivo. Si pensi, per esempio, alle patologie oncologiche che sono diventate di fatto croniche, in quanto il tasso di sopravvivenza di 5 anni supera ormai il 70%. Lo stesso dica-

si di altre patologie e disabilità che in passato portavano alla morte in pochi anni e che invece oggi sono diventate condizioni croniche. Non va poi dimenticato che la gestione corrente dei sistemi di tutela della salute contempla anche «emergenze prevedibili» come incidenti gravi o complicanze gravi, statisticamente prevedibili, per interventi chirurgici complessi. Il covid-19 ha posto i sistemi di tutela della salute in tutti i Paesi di fronte a una emergenza eccezionale, non prevista, probabilmente non prevedibile, costringendo a rivedere in pochi giorni l'organizzazione del sistema di offerta, con la sospensione e il rinvio di prestazioni programmate per altre patologie, o situazioni di salute. Per esempio, i dipartimenti di prevenzione sono stati costretti a sospendere le vaccinazioni infantili obbligatorie, molti reparti sono stati riconvertiti per la cura di pazienti covid con rinvio di ricoveri programmati e una parte significativa dell'attività ambulatoriale di prime diagnosi o controllo è stata sospesa e rinviata.

In questo caso si è confermato con maggiore forza il principio secondo cui «l'urgenza scaccia la rilevanza».

*Il project management, tra gestione corrente
e gestione delle emergenze eccezionali*

Si dice che «nulla ritornerà come prima» e che occorre attrezzare il sistema per affrontare la temutissima seconda ondata o le future pandemie, ma sarebbe un errore sul piano logico, oltre che concreto, riprogettare il sistema di offerta con la logica dell'emergenza eccezionale. Ciò implicherebbe l'impiego di ingenti risorse per attrezzare una

capacità di assistenza che sarebbe utilizzata solo per periodi brevi. Occorre invece riprogettare i sistemi del futuro tramite una pianificazione e programmazione riferita all'attività corrente, dotata però di una flessibilità tale da consentire la necessaria capacità di adattamento. Una gestione corrente che, inoltre, sia in grado di recepire e introdurre l'innovazione delle conoscenze, delle tecnologie e dell'organizzazione.

Il contemperamento delle due esigenze, gestione corrente/gestione delle emergenze eccezionali (oltre al covid-19 anche calamità naturali come terremoti, alluvioni ecc.), può essere ottenuto con la logica del *project management*. Essa vuol dire identificare rapidamente il problema (la diffusione della pandemia), capirne o intuirne la rilevanza (rapidità della diffusione, presenza di focolai ecc.), specificare l'obiettivo (istituzione di zone rosse o comunque circoscrizione dei focolai), chiarire la catena di comando che deve essere semplice, con una linea di trasmissione corta, basata su persone oneste, competenti, autorevoli e che abbiano leadership. Gli ultimi due elementi sono stati l'anello debole in molti Paesi occidentali poiché l'equilibrio dei poteri che qualifica i sistemi di democrazia moderna e liberale ha spesso reso difficile la definizione di una chiara e univoca catena di comando, come invece non è avvenuto in paesi «autoritari». Situazione che per il SSN italiano è stata resa ancor più difficile dalla regionalizzazione delle competenze, da una certa confusione creata dai molti comitati tecnici e dalla inadeguatezza delle informazioni che ha minato l'autorevolezza e la leadership di molti decisori.

Poiché alcuni di questi fattori sono esterni alla realtà in

cui operano i professionisti – MMG/medici di base e i dirigenti delle aziende – occorre cercare di ridurre il più possibile gli elementi di incertezza esterna focalizzandosi con determinazione sull'obiettivo, che nei casi di pandemia gravi è salvare le persone, in altri casi può essere l'attenzione a particolari gruppi di pazienti fragili (per esempio definire ogni anno progetti speciali per questi pazienti da condividere eventualmente con i MMG/medici di base della provincia, della regione, o eventualmente a livello nazionale).

La logica e la metodologia del *project management* consente di focalizzare ogni anno l'attenzione su una parte che si ritiene strategica o particolarmente rilevante per il contesto in cui si opera.

*Burn out e impatto emotivo:
la gestione delle conseguenze dell'emergenza*

Questa logica deve essere applicata anche per affrontare uno dei problemi lasciati in eredità dal covid-19. L'impatto psicologico che ha avuto sui professionisti, sui pazienti e più in generale sulla popolazione. Esistono già molte analisi sulle conseguenze in termini di stress da superlavoro richiesto nei mesi critici o di *burn out* per coloro che hanno affrontato decine e centinaia di situazioni drammatiche. Molti operatori hanno provato anche la sensazione di solitudine, forse si sono sentiti abbandonati dalle istituzioni, come si sono sentiti abbandonati molti pazienti e i loro familiari e amici. È compito degli psicologi andare

più a fondo sulle conseguenze psicologiche derivanti da queste situazioni per i singoli e per i diversi gruppi sociali.

Passata la fase critica in termini di numero di positivi e morti, usciti dal lockdown, si stanno diffondendo tra la popolazione diversi sentimenti e diverse reazioni emotive. Sono situazioni non riconducibili alla sfera della razionalità, ma fortemente influenzate dalle emozioni, dalla mentalità corrente e a volte anche da rabbia contro le istituzioni. Molte di queste situazioni si scaricheranno presumibilmente proprio su medici, infermieri e altri professionisti che sono stati, e sono tuttora, in prima linea. La buona assistenza non solo dei prossimi mesi, ma probabilmente dei prossimi anni, consisterà proprio nella capacità di capire quando occorre tranquillizzare le persone, quando invece occorre sottolineare i rischi (per esempio nei ragazzi e giovani adulti che sembrano sottovalutare una pandemia che colpisce soprattutto le persone anziane).

Lasciando agli psicologi la funzione propria delle loro competenze specialistiche, ogni MMG/medico di base dovrà comunque sviluppare l'attenzione verso i pazienti, non solo per quanto riguarda gli aspetti strettamente correlati a patologie più o meno croniche, ma anche alla capacità di dominare le emozioni. Anche in questo caso occorrerà molto equilibrio nei messaggi da dare ai propri pazienti per evitare che da un giusto livello di preoccupazione, che stimola l'attenzione, si passi al panico che induce a comportamenti irrazionali, quali per esempio l'accaparramento di mascherine, disinfettanti, generi alimentari o farmaci ritenuti utili per prevenire o attenuare future ondate.

Un ultimo punto da sottolineare riguarda il rischio che si corre adottando il classico approccio delle scelte raziona-

li che, partendo dalla osservazione dei fatti, sviluppa le analisi al fine di dare valutazioni e decidere. Molti propongono di analizzare il passato cercando di distinguere gli errori, da non ripetere, da chi ha commesso gli errori. È inutile sottolineare che, in un contesto con forti implicazioni politico-istituzionali, è difficile, se non impossibile, tenere distinti gli errori da chi li ha commessi. A riprova di ciò si ricorda che sono già iniziate le indagini della magistratura e le denunce di associazioni di parenti contro soggetti giuridici e fisici. Senza poi dimenticare le strumentalizzazioni politiche che sempre accompagnano situazioni drammatiche nelle quali è più facile criticare con il senno del poi che prendere decisioni quando si è nella bufera.

Conviene invece proiettarsi direttamente nel futuro individuando «ciò che occorre fare», quando si presentano certe situazioni (per esempio future pandemie, influenze più gravi del normale, effetti nocivi per la salute derivanti da attività produttive) e predisporre protocolli di comportamento. Sapere in anticipo chi deve fare che cosa *se e quando* si presenteranno certe situazioni è un buon modo per prepararsi a situazioni oggi imprevedibili, anche se temute e un poco più conosciute di quanto non lo fossero a gennaio/febbraio 2020.

Suggerimenti per la medicina generale

Il sistema sanitario deve affrontare una riorganizzazione, a partire da una ridefinizione del ruolo della medicina territoriale, che non parta solo dalla considerazione di una managerialità basata su aspetti di sostenibilità economica del sistema, ma dalla consapevolezza di dover rispondere efficacemente tenendo presente i bisogni di salute. In quest'ottica, ruolo fondamentale è assegnato al MMG, nella sua capacità di confronto con altri professionisti e nell'andare verso una prospettiva di assistenza personalizzata, con particolare riferimento ai pazienti cronici e pluripatologici.

*Organizzazione: «Dare più (soddisfare i bisogni)
con meno (risorse)»*

Il fondamento di qualsiasi sistema organizzativo è costituito dalle persone che in esso operano. Organizzazione significa identificare mansioni, compiti, funzioni e ruoli, ma l'effettivo funzionamento dipende dalla qualità delle persone. Vi sono organizzazioni che dal punto di vista formale sono simili (per esempio ASL, AO, case della

salute, distretti di AFT) ma funzionano in modo molto diverso, proprio in ragione delle caratteristiche delle diverse persone.

L'organizzazione serve per rispondere a bisogni che sono crescenti con risorse che sono limitate e quindi la buona organizzazione è una delle condizioni per ottenere la sostenibilità economica, per poter applicare i principi di «dare più (soddisfare i bisogni) con meno (risorse)». Ovviamente questo principio deve essere ben inteso soprattutto dal lato delle risorse, perché se si riducono continuamente le risorse si finisce con il mettere in crisi la possibilità di soddisfare i bisogni, come purtroppo è stato dimostrato nel caso del SSN con il covid-19.

La buona organizzazione favorisce la sostenibilità economica nel lungo periodo, tuttavia occorre mettere in guardia rispetto al rischio dell'egemonia dell'economia. Realizzare organizzazioni/aziende sostenibili sul piano economico non deve voler dire porre l'equilibrio economico davanti alla finalità di tutela della salute ma porsi l'obiettivo di creare migliori condizioni affinché medici, infermieri, altri professionisti della salute possano dare il meglio di sé per rispondere ai bisogni di salute.

Conoscere i principi, le logiche, i criteri e gli strumenti dell'organizzazione, del management, dell'economia è una condizione per poter interloquire nel mondo moderno. Se non si conoscono queste cose i professionisti rischiano di essere in un certo senso «sudditi delle regole dell'economia, dell'organizzazione, del management», con un danno finale per i pazienti. Infatti, nessuno può pensare di salvare l'economia trascurando la salute, poiché una popolazione in buona salute è il primo fattore dello sviluppo econo-

mico, oltre che civile e sociale. Occorre, invece, superare steccati e separazioni che in passato consideravano distinte e spesso contrapposte finalità di tutela della salute e dell'economia.

Per sfuggire al rischio dell'egemonia della dimensione economica occorre riflettere sulla relazione tra fini (tutela della salute) e mezzi (organizzazione ed economia). Recuperare questa corretta relazione consente di sottolineare che la buona/funzionale/efficiente organizzazione esalta il contributo delle singole persone, mentre quella cattiva/disfunzionale/inefficiente comporta una dispersione di risorse, in primis quelle professionali e motivazionali delle persone.

Modelli organizzativi: strutturale e per processi

Poiché nel campo della tutela della salute le conoscenze si sono sviluppate nella direzione di continua specializzazione professionale e diversificazione degli ambiti in cui l'attività si svolge (setting assistenziali), l'organizzazione deve rafforzare il coordinamento che può essere realizzato con i due seguenti modelli:

- quello strutturale realizzato con posizioni/figure di coordinamento: per esempio direttore di strutture complesse che coordina medici, infermieri, altri professionisti che svolgono sia attività per degenti sia attività per day hospital e ambulatori;
- quello per processi che integrano i diversi compiti/

mansioni/funzioni/prestazioni/servizi in sequenze coerenti con i risultati da ottenere.

Il modello strutturale significa definire chi fa che cosa nell'ambito di un'organizzazione/azienda complessa e quali relazioni si stabiliscono tra le parti; per esempio, tra le diverse unità operative o i dipartimenti di una ASL o AO. Rappresenta quindi il consolidamento dei saperi che, come si è detto, nell'ultimo secolo hanno seguito le specializzazioni.

Il modello per processi significa dare maggiore rilievo a come si opera realmente.

In effetti, le strutture organizzative nascono a seguito dell'emergere di nuove conoscenze, ma poi tendono a irrigidirsi in modo frammentario, anche perché si trasformano progressivamente in strumenti di potere organizzativo. L'evoluzione e i cambiamenti dei bisogni di salute richiederebbero di ridefinire la struttura organizzativa, ma le resistenze professionali, culturali, di potere organizzativo determinano una crescente divaricazione tra bisogni/domanda di salute e capacità di risposta. Questo *gap* si manifesta tramite due fenomeni.

Ogni unità organizzativa si preoccupa della singola prestazione ma non del paziente in modo unitario e complessivo. In secondo luogo, a volte si genera la concorrenza tra diverse unità organizzative per appropriarsi del paziente.

Per superare questa situazione negli ultimi decenni si sono sviluppati i modelli per processi, per esempio profili di cura, continuità assistenziale, processi diagnostici terapeuti assistenziali (PDTA) il cui obiettivo è di coordinare/

integrare le diverse competenze specialistiche facendole convergere sul reale bisogno dei pazienti.

Questo modello richiede ai professionisti e al personale tecnico e amministrativo di assumere i seguenti atteggiamenti e comportamenti:

- non devono pensare alla ottimizzazione delle proprie prestazioni, ma a ciò che è meglio per il paziente: i due criteri tendono a sovrapporsi in presenza di patologie molto specifiche, ma in genere non coincidono in presenza di patologie complesse, in presenza di comorbilità, patologie sistemiche e multi cronicità;
- devono saper ascoltarsi senza voler fare prevalere il proprio punto di vista (principio essenziale della interdisciplinarietà);
- devono capirsi e avere linguaggi e livelli di professionalità simili;
- devono rispettare l'autonomia professionale di ognuno senza imporre gerarchie di ruoli;
- devono porsi nell'ottica di migliorare se stessi e non in quella di individuare errori e/o debolezze degli altri (reciproco apprendimento).

Il modello strutturale privilegia l'efficienza e la ricerca di economie di specializzazione e di dimensione (molti interventi chirurgici dello stesso tipo secondo schemi standardizzati). Il modello per processi consente non solo di considerare in modo integrato le prestazioni all'interno dell'ospedale, ma di superare anche la frammentazione, quando non addirittura la contrapposizione, tra assistenza ospeda-

liera, specialistica ambulatoriale, territoriale e tra MMG/medico di base e medici specialistici.

Il modello strutturale si traduce nella cosiddetta assistenza «a silos o a canne d'organo», mentre il modello per processi consente di seguire il flusso che attraversa le strutture, i silos, le canne d'organo.

L'organizzazione si basa anche sul potere di governo delle risorse che nel modello strutturale sono assegnate e gestite dai responsabili delle strutture, nel modello per processi sono attribuite ai responsabili dei gruppi omogenei di pazienti.

Il modello a matrice per una assistenza personalizzata

Per far coesistere i vantaggi dell'organizzazione per strutture e per processi è stato proposto il modello «a matrice» il cui corretto funzionamento dipende dalla allocazione delle risorse tra chi ha la responsabilità delle strutture e dei processi. Per esempio, si può limitare lo spreco della duplicazione degli accertamenti e la ripetizione di accertamenti inutili riducendo le risorse (finanziarie ma anche di personale) allocate alle strutture e aumentando le risorse messe a disposizione dei responsabili dei processi. Per potenziare l'assistenza extraospedaliera, cure intermedie, cure primarie, assistenza domiciliare non si devono trasferire risorse alle strutture, poiché ciò manterrebbe l'organizzazione a «silos o a canne d'organo», ma occorre organizzare una parte significativa dell'attività secondo la logica per processi. Questa evoluzione si pone nella prospettiva di assistenza «personalizzata» che molti collegano a sviluppi

specialistici (genomica, proteomica, terapie genetiche, CAR-T ecc.), altri collegano alla presa in carico dei pazienti cronici, ma che in generale significa «costruire» l'assistenza attorno a ogni persona, come si dice «assistenza *one to one*». Il MMG/medico di base è nella migliore situazione per tendere a questo tipo di assistenza, che è assai più impegnativa rispetto alla funzione di prescrittore o di monitoraggio di terapie decise da altri, ma che è molto più qualificante sul piano professionale e gratificante sul piano umano.

Il MMG/medico di base che agisce in questa prospettiva è in grado di suscitare e rafforzare la fiducia dei propri assistiti e la stima sociale.

Oltre: la bioetica

L'emergenza sanitaria da covid-19 ha evidenziato la rilevanza del tema etico: la limitatezza delle risorse a disposizione e il crescente bisogno dei fabbisogni di salute hanno comportato anche la necessità di compiere scelte, definendo le priorità. La conoscenza scientifica non può risolvere tutte le situazioni, come si è visto nel corso della pandemia, e il ruolo passa alla dimensione etica, che vede alla base l'assunto di «stare dalla parte del paziente», riportando la vicinanza necessaria tra medico e paziente, a maggior ragione per quanto riguarda il medico di medicina generale.

Etica: scegliere tra priorità

Il covid-19 ha riproposto in termini drammatici e in dimensioni rilevanti il tema etico che, nel campo della tutela della salute, è più importante rispetto ad altri settori dell'attività umana. Un tema che deve essere affrontato a due livelli:

- quello del medico, infermiere, altro professionista nei rapporti con i pazienti;
- quello della allocazione delle risorse limitate rispetto ai bisogni.

Di fronte alla limitatezza dei posti letto per ricoveri e, in modo ancor più drammatico, per i posti di terapia intensiva, i singoli professionisti, i responsabili di unità di terapia intensiva e le società scientifiche sono state poste di fronte alla necessità di scegliere le priorità tra pazienti, valutando le maggiori o minori possibilità di sopravvivenza di fronte a condizioni gravi.

A monte vi è stato un problema etico non avvertito quando, dovendo rispettare vincoli di equilibrio di bilancio, è stato deciso di ridurre il finanziamento al SSN. Il problema non era presente in alcun modo, poiché gli effetti di queste decisioni non erano diretti e immediati, ma dipendevano da molti fattori che si sono poi manifestati nel tempo.

Le politiche regionali e aziendali che hanno definito in modo più o meno razionale il numero di posti di terapia intensiva sulla base di «bisogni normali o relativamente prevedibili» hanno portato a una dotazione di posti letto per terapia intensiva inferiore a quella di altri Paesi, per esempio la Germania. Anche in questo caso il problema etico non è stato avvertito perché il problema della selezione tra diversi pazienti non si poneva in modo diretto.

Con la diffusione del covid-19 il problema etico è diventato un elemento che ha caratterizzato la condizione quotidiana, anzi, si potrebbe dire ora per ora nei periodi di massima virulenza del contagio, di chi si è trovato in prima linea, nelle zone più calde del Paese.

Nel caso del covid-19 per quanto riguarda i criteri si può dire che sia la tecnica (per intubare i pazienti o per posizionare caschi e maschere di erogazione dell'ossigeno) sia la scienza (per valutare il decorso della malattia) non potevano dare risposte dato che il virus e i suoi effetti erano, e tuttora sono, in gran parte sconosciuti. Quando l'insieme di criteri scientifici, tecnici ed economici non sono in grado di dare una risposta alla scelta tra diverse alternative di comportamento entra in gioco la dimensione etica che per sua definizione è di tipo soggettivo e discende dai «valori» di chi è chiamato a decidere.

Etica: humus per lo sviluppo delle conoscenze tecniche

Va peraltro sottolineato che in tutte le decisioni che riguardano le persone, e più in generale con la natura, il riferimento a valori etici viene prima in quanto i criteri tecnici, scientifici, economici non sono neutrali, imparziali, oggettivi come invece è enunciato dal principio di razionalità, fondamento della filosofia del positivismo scientifico. Si può dire che l'etica costituisce la cornice entro cui si muovono, o si dovrebbero muovere, i comportamenti umani. Per essere ancor più precisi, si può dire che l'etica è l'humus entro cui vanno sviluppate e applicate le conoscenze tecniche, scientifiche e professionali.

Per aiutare medici, infermieri e altri professionisti in molte scelte che riguardano la salute sono stati introdotti codici etici e comitati etici. Nel caso specifico del covid-19, vari organismi – come per esempio NICE (National Institute for Health and Care Excellence), SIAARTI (Società

Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva) e Comitato bioetico nazionale italiano – hanno affrontato l'aspetto etico con documenti che si sono mossi su due linee:

- una ha cercato di risolvere il dilemma etico con la definizione di criteri precisi, per esempio punteggi ritenuti espressivi di maggiore o minore probabilità di sopravvivenza, in grado di guidare in modo «razionale la scelta di chi si trovava in prima linea»;
- l'altra che, dopo aver richiamato i principi della bioetica e formulato orientamenti di carattere generali, demandava la scelta alla valutazione informata, consapevole e responsabile di medici, infermieri, altri professionisti che si trovavano di fronte a specifiche situazioni.

La prima linea è stata motivata con l'esigenza di togliere o ridurre il peso (anche emotivo) della scelta a chi era in emergenza costante, ma presentava l'indubbio limite etico di discriminazione aprioristica. La seconda linea si basava sull'assunto che il principio etico è per sua natura soggettivo, interroga il senso di responsabilità e la coscienza di ognuno e deve applicarsi alla specifica situazione.

*Stare dalla parte del paziente:
principio etico imperativo per il MMG*

Il principio etico è la base del giuramento di Ippocrate: stare dalla parte del paziente. Ciò significa non stare dalla parte di una generale e generica tipologia di pazienti, ma

di «quel paziente, in quel contesto preciso, con gli strumenti che si hanno a disposizione in quel momento». Ciò significa riportare in superficie la relazione di vicinanza, la dimensione relazionale che deve caratterizzare il modo in cui il medico si rapporta con il paziente.

Per alcuni problemi di salute può essere prioritario e per certi aspetti sufficiente mettere in campo conoscenze, abilità e competenze tecnico-professionali. Per il MMG la relazione di vicinanza è coesenziale alle conoscenze, competenze, abilità tecnico-professionali in quanto si occupa e si preoccupa della salute di persone che vivono in uno specifico contesto socioeconomico, ambientale e culturale, con cronicità, disabilità, e a volte accompagna al fine vita senza ricovero in strutture.

Una relazione che viene percepita dal paziente (e da chi gli è vicino) e che costituisce la discriminante tra un ottimo/eccellente professionista e un professionista sensibile sul piano umano, tra un ottimo/eccellente MMG sul piano professionale e un MMG che invece conosce e capisce i propri pazienti e diventa credibile, oltre che affidabile.

Parafrasando la frase testamento del giudice Rosario Livatino, ucciso dalla mafia il 21 settembre 1990 – «Quando moriremo, nessuno ci verrà a chiedere quanto siamo stati credenti, ma credibili» – si può dire che «Nessuno chiede al MMG quanto è professionale, ma quanto è credibile sul piano professionale e umano».

L'enorme sviluppo delle conoscenze tecnico-scientifiche ha indebolito anche il senso etico diffondendo una cultura che non accetta i limiti della natura umana. Questa cultura ha toccato anche le professioni della salute in quanto si è ritenuto che tecnologie sempre più avanzate

potessero in qualche modo sostituire la soggettività delle relazioni. Occorre, invece, sostenere una inversione della tendenza culturale, che non vuol dire negare l'importanza delle conoscenze scientifiche per il continuo miglioramento della salute, ma avere chiaro che la conoscenza non si limita alla scienza. Comprendere i bisogni di salute significa stabilire relazioni di ascolto con la persona che si presenta al medico e non solo effettuare esami obiettivi. Formulare una diagnosi e proporre una terapia non significa solo applicare i dettami della conoscenza basata su evidenze (scienza), ma significa anche cercare di «mettersi dalla parte del paziente» come si è scritto sopra.

La formazione che serve al medico in generale, e al MMG in particolare, non può tenere distinte e separate la dimensione tecnico/professionale da quella etico/relazionale. Quella tecnico/professionale garantisce la necessaria barriera rispetto al coinvolgimento emotivo; quella etico/relazionale consente di evitare che tra medico e paziente si erga la barriera della impersonalità che induce nel paziente la percezione di essere abbandonato all'azione di farmaci o di strumenti diagnostici, terapeutici o riabilitativi.

Per valorizzare realmente l'apporto della scienza nel campo della salute occorre che essa si sviluppi in parallelo al rafforzamento della cultura etico/relazionale. Un rafforzamento che non può essere lasciato solo alla sfera dell'individuo, della famiglia, del sistema educativo, della filosofia o della religione, ma deve diventare un obiettivo specifico e rilevante anche della formazione professionale pre-esperienza (università) e post-esperienza (*life long learning*).

Il corso per MMG deve recepire questo imperativo per formare professionisti in grado di rivitalizzare e rilanciare la funzione e il ruolo delle cure primarie e dell'assistenza di base.

Tecnologie, salute, nuovi orizzonti

Anche nell'ambito della sanità si stanno sviluppando nuove tecnologie a supporto del lavoro dei professionisti, sia nella fase diagnostica, nella fase clinica, nella interrelazione con il paziente sia come supporto alla formazione. Le tecnologie rischiano però di causare una distanza dai pazienti: la telemedicina, la robotica, la digital therapeutic indubbiamente hanno il pregio di aver portato un valore aggiunto al lavoro del medico, ma affinché il loro sia un contributo veramente efficace deve essere accompagnato da un utilizzo consapevole, in particolare da parte del MMG, così che possa costruire una relazione di vicinanza terapeutica con il paziente anche grazie alla tecnologia applicata alla scienza medica, e non si faccia sostituire da essa nella costruzione del rapporto di cura.

La dimensione psicologica nell'uso delle tecnologie

L'analisi del rapporto tra psicologia e salute potrebbe partire da un paradosso proposto dalla fantascienza, quello secondo cui in futuro potrebbero esserci gli psicologi dei robot o i robot che diventano psicologi per gli umani.

Uscendo dal paradosso si può ricordare che la legge 833/78 definisce la salute come «benessere fisico, psichico, relazionale, sociale» e si può aggiungere anche spirituale (in senso laico e religioso). Le interazioni tra psiche e corpo sono oggetto tradizionale degli studi sulla salute, ma purtroppo è stato (ed è tuttora) dimenticato, o sottovalutato, nel curriculum universitario di medicina. Molti pazienti hanno avuto esperienze non sempre felici con la psicologia di medici che hanno incontrato nella loro vita. Medici anche bravi, o addirittura eccellenti sul piano professionale, non di rado sono poco attenti al modo con cui comunicano e interagiscono con i pazienti, specialmente quando si tratta di dare notizie che hanno forti impatti negativi o drammatici sulla condizione di vita.

La dimensione psicologica deve essere affrontata in modo innovativo anche per quanto riguarda l'uso delle tecnologie a supporto delle professioni che si diffondono, e si diffonderanno sempre più, nei sistemi di tutela della salute.

Occorre distinguere tre grandi classi di tecnologie il cui rapido sviluppo è iniziato da almeno un decennio e che quasi sicuramente avrà delle accelerazioni anche in futuro:

- quelle biomediche che contribuiscono a migliorare la razionalità dei processi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione;
- quelle a supporto dei processi decisionali aziendali, per esempio di pianificazione e controllo, semplificazione delle procedure, elaborazione di dati di carattere epidemiologico, amministrativo, contabile ecc.;
- quelle che contribuiscono a migliorare i processi di for-

mazione professionale (manichini che simulano le reazioni del corpo e che consentono di esercitarsi per interventi chirurgici, pratiche riabilitative e valutare l'effetto di farmaci) o su aspetti manageriali, organizzativi, gestionali (discussione di situazioni gestionali utilizzando *role play* o casi complessi, uso di brevi filmati a sostegno delle lezioni, altre tecnologie per facilitare l'apprendimento attivo dei partecipanti ecc.).

Le tecnologie: andare verso i pazienti

Le tecnologie del primo tipo sono molto utili perché consentono miglioramenti nell'ambito della specializzazione. Soprattutto con le tecnologie di dimensioni limitate e di facile uso (*user friendly*) a costi decrescenti consentono anche a MMG/medici di base di rafforzare le loro possibilità di diagnosi e cura, senza necessità di inviare i pazienti all'ospedale o in ambulatori specialistici. La telemedicina consente, da un lato, di fare diagnosi e monitorare la cura di pazienti senza necessità di farli arrivare nel proprio ambulatorio e, dall'altro, di avere accesso alle conoscenze di specialisti tramite il teleconsulto e/o la telecooperazione (il MMG/medico di base in presenza del paziente effettua l'esame obiettivo essendo collegato con uno specialista che lo guida e contribuisce a formulare la diagnosi o a valutare gli effetti delle terapie). Infine l'accesso a sistemi di intelligenze artificiali consentirà a tutti i medici di ottenere ipotesi di diagnosi con le relative probabilità a seguito dell'inserimento nel sistema dei sintomi rilevati e di dati anamnestici o di accertamenti strumentali del paziente.

Insieme alle probabilità di diagnosi, questi sistemi, che in futuro saranno sempre più numerosi ed estesi a patologie/condizioni di salute molto più numerose di quelle attuali, formeranno anche proposte di «terapie», con la stima del livello presunto di efficacia, che il medico dovrà, però, interpretare considerando le conoscenze che ha del paziente e del contesto in cui vive.

Queste tecnologie hanno l'indubbio vantaggio di favorire l'inversione dei flussi, passando dalla situazione odierna, nella quale il paziente va «verso» la struttura o il medico che eroga le prestazioni/servizi, a una situazione futura nella quale sempre più prestazioni e servizi andranno «verso» i pazienti. Si tratta di una evoluzione con indubbi vantaggi, ma che occorrerà governare evitando il duplice rischio del distanziamento e della sfiducia. Per chi, infatti, ha una concezione della persona come «individuo in relazione» non si può negare che la relazione a distanza (virtuale) è diversa anche sul piano psicologico delle relazioni dirette che passano non solo attraverso le parole, ma anche gli sguardi e i movimenti. Il secondo rischio è quello della sfiducia. Senza entrare in sofisticate considerazioni su neuroni specchio o su fattori biofisici e psicologici che influenzano le emozioni, è indubbio che il rapporto di fiducia è fortemente correlato alla conoscenza fisica diretta. Bisogna evitare il rischio, e la sindrome, dei call center de-localizzati in paesi stranieri o gestiti da sistemi di interazione automatica, che hanno determinato la caduta di credibilità e di fiducia in molti clienti in generale e dei pazienti, in particolare, per i quali la fiducia è fattore molto più determinante di quella che si deve avere per altri erogatori di beni e/o servizi.

Le tecnologie per il MMG

Le tecnologie potranno indubbiamente aiutare i processi di «personalizzazione» di diagnosi/cure/riabilitazioni/prese in carico di pazienti con cronicità, disabilità, fragilità per cause di salute o di altro tipo (socioeconomiche e culturali). Ma questa evoluzione potrà essere reale e concreta solo con MMG/medici di base dotati delle seguenti caratteristiche:

- *avere curiosità*. Essere curiosi significa non diventare succubi delle tecnologie e delle loro indicazioni, ma essere sempre capaci di porsi delle domande che è la base della conoscenza medica; domande come: quali possono essere le cause delle anomalie di certi dati? Come possono essere migliorate le prestazioni delle tecnologie? Quali possono essere gli eventi sentinelle che scaturiscono da certi dati? Quali aspetti qualitativi possono influenzare i dati e le informazioni generate dalle tecnologie?;
- *avere capacità di assumersi il rischio*. Come qualsiasi attività, anche quella del medico comporta il rischio di sbagliare o, al contrario, di attenersi a comportamenti consolidati e di estrema cautela, riducendo però la capacità di dare la migliore risposta ai pazienti. Al riguardo vi è purtroppo una asimmetria poiché l'errore reale o presunto comporta responsabilità professionali e il rischio di denunce. Questa è la causa, se non l'unica, comunque la principale, della medicina difensiva. Al contrario, chi va oltre i comportamenti consolidati ottenendo risultati molto positivi spesso non viene rico-

nosciuto e non viene premiato. Tuttavia è buon medico chi spinge sempre in avanti la frontiera, non solo della ricerca, ma anche dell'assistenza;

- *avere creatività*. Significa fare quello che non è stato fatto per l'emergenza da covid-19, ma anche per tante altre situazioni di salute più o meno gravi, per esempio i casi di malaria o di malattie tropicali ai quali i medici non avevano pensato perché non erano stati informati su alcune circostanze (viaggi in Paesi a rischio), oppure avevano sottovalutato alcune circostanze di vita del paziente (di fronte alla diffusione del colera a Londra nel 1856 John Snow si è accorto che era diffuso a centri concentrici attorno a un pozzo d'acqua, individuando così la fonte dell'epidemia). Creatività significa avere il coraggio di pensare l'imprevedibile, o di sperimentare alcune pratiche assistenziali banali ma efficaci, per esempio come ha fatto il medico Luciano Gattini che ha scoperto la respirazione a pancia in giù per agevolare la ripresa polmonare. Può essere facile affrontare emergenze gravi ma controllabili e relativamente note nelle loro manifestazioni, mentre per comprendere e reagire rapidamente a problemi di salute imprevedibili e fino a quel momento sconosciuti ci vuole creatività. Oggi si parla molto della funzione dei MMG/medici di base per cogliere gli eventi sentinella, ma per far questo bisogna formare alla creatività, oltre che alla curiosità. In caso contrario non avremo la capacità di reagire velocemente e di svolgere la funzione di sentinella;
- *recuperare tempo*. Le tecnologie, se ben usate, consentono di recuperare tempo che è la risorsa più scarsa in assoluto. Il problema diventa poi quello di buon utiliz-

zo del tempo. Nelle visite in presenza, non di rado, il medico dedica più tempo a guardare gli esiti degli esami su documentazione cartacea o su computer e a inserire dati nella cartella clinica o nel fascicolo sanitario elettronico che non ad ascoltare il paziente. Con le tecnologie occorre evitare che il recupero del tempo sia utilizzato solo per aumentare il numero di pazienti visitati, senza dedicare a essi tempo per l'ascolto e l'interazione. Occorre evitare che le tecnologie delle visite o dei controlli a distanza si trasformino in asettiche, impersonali e fredde comunicazioni; sarà invece molto utile guadagnare tempo per guardare negli occhi gli interlocutori a distanza e trasmettere loro quel poco o tanto di empatia consentito da queste situazioni. Il medico deve essere una persona che nel momento in cui si collega a distanza guarda negli occhi e spiega, guidando il paziente in quello che sta facendo. È necessario recuperare tempo per far sentire alla persona che è meritevole del tempo del medico;

- *aiutare la persona a chiarire il percorso di salute che lo aspetta*. Significa che il medico in generale, e il MMG/medico di base in particolare, non si limita a chiarire la diagnosi e a prescrivere la terapia, ma deve anche dare informazioni e chiarimenti sul percorso di salute che attende il paziente. È un passaggio particolarmente delicato, specialmente in presenza di patologie gravi o degenerative, che deve tener conto della differente emotività del paziente e dei suoi cari. Il medico può essere quindi graduale nello spiegare le patologie che emergono dagli accertamenti. La multidisciplinarietà va spiegata. Il medico deve spiegare che tutto quello che si fa è

per aiutare il paziente. Le tecnologie che pongono altri problemi devono essere anticipate. Devo prevenire non perché so, ma perché posso condividere l'esperienza con altri per dare risposte al paziente in quel contesto. Dare rassicurazioni fa parte della relazione sapendo quando dare rassicurazioni e quando condividerle con il paziente. È importante anche saper cogliere i momenti.

Secondo Henry Minzberg il management è una funzione multidisciplinare composta da scienza (razionalità), arte (intuito) e tecnica (formazione/esperienza). Le tecnologie possono sostituire, o sostituiranno, in gran parte la razionalità e quella parte di tecnica che è legata a conoscenze consolidate (con sistemi di *machine learning*) ma difficilmente potranno sostituire l'arte costituita dall'intuito del medico e quella parte di tecnica costituita dalle conoscenze applicate sulla base dell'esperienza personale di relazione con i pazienti.

Aver cura di chi cura: la manutenzione del ruolo curante nella medicina del territorio

Il ruolo del medico di medicina generale è sempre più un'attività in cui la relazione con il paziente è al centro. Questa vicinanza con il paziente, con la sua sofferenza a volte e con il suo bisogno di cure, porta in evidenza la necessità che il MMG non affronti da solo il suo lavoro, ma sia supportato da relazioni con équipe di professionisti, anche interdisciplinari. Questo è emerso in maniera più forte con la crisi sanitaria, dove sono venuti a mancare strutture e ruoli definiti, ed è emersa la necessità sempre più forte della relazione. Interessante è l'esperienza dei Gruppi Balint, che hanno come fondamento l'apprendimento insieme ad altri medici/professionisti, per analizzare le relazioni medico paziente, in una occasione di condivisione.

L'attenzione alle relazioni con i pazienti: il metodo Balint

Per inquadrare il tema è opportuno sottolineare che in Italia le politiche pubbliche presentano due principali punti di debolezza: implementazione/attuazione e valutazione dell'impatto/risultati effettivi rispetto agli obiettivi pro-

grammati. I due punti di debolezza che caratterizzano i comportamenti di molti decisori delle politiche pubbliche, politici o dirigenti pubblici (e a volte anche privati) possono essere sintetizzati nei seguenti termini: spesso parlano e decidono coloro che non sanno; altre volte decidono coloro che sanno, ma hanno scarse attitudini alla attuazione. L'Italia è conosciuta come un Paese che ha buone leggi e anche buone idee di politiche pubbliche, nel caso specifico delle politiche sanitarie, ma con un grande divario tra ciò che si decide e ciò che si fa realmente.

Per esempio, si teorizza la centralità del rapporto medico/professionista-paziente: questo principio è presente in tantissime leggi, norme attuative, documenti ufficiali, ma poi la concreta attuazione è lasciata alle attitudini e alla buona volontà dei singoli. Il metodo Balint è un concreto strumento che ha lo scopo di migliorare gli atteggiamenti e i comportamenti dei medici, ponendo l'attenzione sulle relazioni, ossia sul modo in cui essi si rapportano con i pazienti. È diverso da altri due approcci, quello della centralità del paziente e quello del «benessere organizzativo» del medico/professionista che include anche il supporto contro la sindrome di *burn out*.

Le relazioni e il confronto tra professionisti

Ponendo l'attenzione sulle relazioni, tramite la condivisione di esperienze, i medici/professionisti realizzano un processo di apprendimento concreto che può tradursi in un miglioramento della propria capacità di relazionarsi con diverse tipologie di pazienti. Infatti molte volte la profes-

sionalità e i valori del medico/professionista non si traducono in qualità dell'assistenza per il paziente poiché le errate impostazioni della relazione genera una specie di barriera. Il paziente può rivolgersi al MMG/medico di base o allo specialista, riconoscendo le competenze professionali, può ricevere prestazioni di diagnosi e cura (adeguate sul piano clinico), ma non ricevere una risposta coerente con le proprie attese perché non funziona la relazione. Il metodo Balint aiuta a trasformare la relazione in una specie di «ponte» che agevola e rafforza il rapporto fiduciario.

Il metodo Balint non è una terapia di gruppo, né la semplice discussione di casi clinici, ma è uno strumento per portare l'attenzione del medico/professionista sul modo in cui si sono sviluppate le relazioni nelle diverse situazioni e su come esse possono aver costituito una barriera o un ponte nei confronti del paziente.

Questo metodo può contribuire anche a individuare le condizioni organizzative che ostacolano o facilitano la relazione. Riflettere sulle relazioni consente, per esempio, di individuare vincoli di tempo derivanti dal fatto che il medico/professionista deve svolgere attività che producono limitato o nessun valore per il paziente. Se l'organizzazione richiede al medico/professionista di svolgere attività inutili, o che potrebbero essere svolte da altro personale, può mancare l'elemento essenziale della relazione costituito dal tempo necessario per ascoltare e capire in modo più profondo le reali esigenze del paziente.

Come per tutti gli strumenti, anche per il metodo Balint vale il principio secondo cui la sua utilità deve essere valutata in rapporto ai tanti altri impegni del medico/professionista. Non deve quindi diventare un impegno ag-

giuntivo rispetto all'esigenza di aggiornarsi sul piano scientifico, professionale o alle riunioni di coordinamento, ma deve aiutare a recuperare tempo da investire nel miglioramento della relazione.

Deve inoltre aiutare a far emergere la distinzione tra impossibilità e impotenza. Approfondendo l'analisi delle relazioni con il paziente e del contesto organizzativo e culturale nel quale esse si pongono, il medico/professionista può distinguere ciò che è impossibile (per esempio finché non esistono terapie per certe malattie) da ciò che esprime invece un senso di impotenza, ossia una autolimitazione rispetto ai vincoli. Stimolare i medici/professionisti a comprendere che molte volte essi non utilizzano tutti i margini di azione consentiti dai vincoli, può aiutare a superare la sindrome di impotenza e ad avvicinarsi sempre più al limite della impossibilità. Come affermano anche i giuristi «ad impossibilia nemo tenetur», ma molte volte questo principio viene addotto come alibi da chi non conosce che l'azione sulle relazioni può migliorare la capacità di risposta ai bisogni reali dei pazienti, pur in presenza di vincoli della conoscenza o delle risorse destinate.

Il riconoscimento della dignità della persona

Il confronto con altri medici/professionisti, con la rigorosa applicazione del metodo Balint, può indurre a rivedere la posizione di chi è convinto di «aver fatto tutto il possibile», mentre invece si è limitato a riconoscere un proprio senso di impotenza perché non ha cercato soluzioni diverse da quelle tradizionali. Per esempio, di fronte a un pa-

ziente con patologie che oggi non hanno cure, il medico può limitarsi a informare con maggiore/minore «attenzione, delicatezza», oppure può lavorare sulla relazione per aiutare il paziente e i suoi familiari a vivere con la maggiore dignità possibile il periodo di vita che inevitabilmente condurrà alla morte.

Le cure palliative non vanno considerate solo sul piano assistenziale (riduzione del dolore), ma come sostegno e accompagnamento di una persona capace di uscire dal proprio ruolo per mettersi al pari del paziente. Essendo centrato sulla relazione, il metodo Balint si fonda sul pilastro del riconoscimento della dignità della persona che non può essere considerata come «utente o destinatario» di cure, ma come soggetto con il quale condividere le migliori risposte ai suoi bisogni di salute. Un principio, questo, che può essere anche espresso in questi termini: niente su di me, senza di me (*nothing about me, without me*) che indica il riconoscimento del fatto che la relazione umana è essenziale e di gran lunga superiore al semplice «rapporto professionale».

Attualizzando il tema a questo periodo, si può dire che il covid-19 ha contribuito a mettere in crisi le strutture e i ruoli creando condizioni per rivalutare il ruolo delle relazioni. Occorre, però, evitare che questo spazio sia ora occupato dalle tecnologie e non da un ritorno alle relazioni umane. Ha avuto un effetto *disruptive*, ora sta ai medici/professionisti, in modo particolare ai giovani del corso per MMG, introdurre l'innovazione delle relazioni, oltre a quella delle nuove conoscenze e dell'uso di nuove tecnologie.

Sistema per l'assistenza agli anziani: cosa ci ha insegnato il pre-, durante e post-covid-19 su un settore da riformare

La crisi sanitaria ha posto in evidenza la fragilità di una grande fascia di popolazione, nel nostro Paese, che mostra necessità di assistenza per un quadro pluripatologico, con situazioni cronico degenerative e di non autosufficienza. La long term care, soprattutto dopo la pandemia, ha messo in evidenza, ancora maggiormente, la necessità di bisogni assistenziali negli anziani e il supporto che deve essere fornito ai caregivers. Si è evidenziata la necessità di affrontare la cura e l'assistenza alla cronicità in modo coordinato, con il coinvolgimento di diversi professionisti, con un ruolo fondamentale da parte del MMG.

*Il coraggio nell'impegno diretto
per realizzare il cambiamento*

Di fronte a situazioni drammatiche, quale è, per esempio, nel nostro Paese il grande aumento delle patologie cronicodegenerative e delle persone non autosufficienti, stimate in circa tre milioni, si deve ricordare l'affermazione di sant'Agostino «La speranza ha due bellissimi figli, lo sde-

gno e il coraggio». Lo sdegno può essere interpretato come capacità critica di ciò che non funziona e il coraggio va inteso come disponibilità al cambiamento correndo i rischi che esso comporta.

Per realtà complesse, come è l'assistenza per persone con cronicità/multi cronicità, con patologie degenerative (come forme di demenza e altre) o non autosufficienti (totali o parziali), la capacità critica parte da una rigorosa ricerca. Occorre rilevare la dimensione quantitativa e qualitativa di queste componenti nei bisogni di salute, prospettare scenari per il futuro per decidere politiche e interventi per affrontare la situazione.

Tuttavia non basta la ricerca, perché alla semplice conoscenza del fenomeno e della sua evoluzione occorre fare seguire decisione e azioni coerenti. Il coraggio emerge quando si passa dall'analisi alle proposte di cambiamento e all'impegno diretto per realizzarlo. Infatti, moltissimi fanno analisi critiche su ciò che non funziona, molti sanno dire come «si dovrebbe fare», pochi si preoccupano di come fare, ancor meno sanno fare veramente. Avere coraggio non significa dire cosa sarebbe utile fare, non significa fare gli eroi e sacrificarsi, ma riconoscere i vincoli, fare proposte in grado di superarli o aggirarli, impegnarsi direttamente nella realizzazione degli interventi di miglioramento.

Chi si pone nella prospettiva del cambiamento deve conoscere i vincoli entro cui può operare (utilizzo dei risultati di ricerca), deve individuare le risorse disponibili (per esempio finanziarie, di strutture, di numero di professionisti, di volontari ecc.) e deve costruire alleanze con tanti soggetti pubblici o privati interessati al cambiamento (sulla base di valori, per convenienza, per immagini). Avere

coraggio non significa né essere ingenui, né essere incoscienti, ma saper discernere ciò che ragionevolmente può essere ottenuto in termini di miglioramento della risposta ai bisogni delle persone a cui ci si rivolge.

Risposte per il bisogno reale della persona nel suo contesto

Spesso si parla di leggi nazionali e regionali a favore delle persone con cronicità o dei gruppi fragili e poi eventualmente si fanno accordi regionali. In questi casi si usano varie classificazioni dei pazienti – per esempio con cronicità, multi cronicità, diversi stadi di malattie degenerative, con autosufficienza grave, media, bassa e altre ancora – ma quando si passa all'attuazione di legge e accordi queste classificazioni servono a poco. Occorre analizzare il bisogno reale della persona nel suo contesto e progettare risposte cliniche e socioassistenziali tra loro coordinate e integrate coinvolgendo le diverse figure professionali che meglio rispondono alle esigenze. Con riferimento a situazioni specifiche vanno definiti quali sono gli interventi del medico, quelli dell'infermiere, a volte quelli dello psicologo a supporto sia del paziente sia dei suoi *caregivers* o quelli dell'assistente sociale. Forse più che per patologie acute, le condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità richiedono risposte multidisciplinari che vedono coinvolte varie figure professionali, che possono essere date solo se le leggi e gli accordi prevedono anche la dotazione di adeguate risorse. Non si possono porre obiettivi sfidanti, per esempio soddisfare un'elevata percentuale di bisogno, prevedendo poi risorse finanziarie scarse o cre-

ando dei vincoli sull'assunzione del personale. Purtroppo proprio in questo settore è più accentuata questa contraddizione e la mancanza di coerenza tra fini e mezzi.

Si può manifestare sdegno nei confronti dell'incoerenza di leggi, regolamenti, accordi nazionali e regionali, ma il coraggio può e deve venire dal basso, da professionisti che sanno sfruttare con «creatività» tutti gli spazi di autonomia possibile e sanno unire le forze per creare il massimo di sinergie utilizzando risorse limitate. Concretamente ciò vuol dire che in assenza di indirizzi o di modelli regionali, uno o più MMG/medici di base che condividono l'esigenza di cambiare, possono sensibilizzare altri MMG che operano sul territorio, infermieri, assistenti sociali e costituire dei gruppi interdisciplinari e interprofessionali in grado di evitare prestazioni frammentate e disorganiche e di concordare un approccio più efficace. Possono poi darsi la regola secondo cui per alcuni pazienti il riferimento principe sarà il MMG/medico di base perché sono predominanti le problematiche di tipo sanitario; per altri pazienti, il riferimento principale sarà l'infermiere perché sono prevalenti aspetti di tipo assistenziale; per altri gruppi di pazienti il riferimento principale potrà essere l'assistente sociale perché prevalgono problematiche di tipo culturale/relazionale/economiche.

*Il case manager, tra confronto e coordinamento
con tutti i professionisti*

Però ogni figura potrà essere riferimento per il paziente e per il *caregiver* potendo contare sul confronto e il contri-

buto degli altri colleghi professionisti. Anche se sul piano istituzionale organizzativo non è previsto il coordinamento, nulla vieta che le persone responsabili e che hanno coraggio possono proporre dal basso esempi e modelli di coordinamento.

La moltiplicazione di esperienze consente poi di confrontare le buone pratiche, individuare gli aspetti positivi e quelli migliorabili di ogni soluzione, promuovere l'accumulo di conoscenze, e costituire reti tra gruppi di professionisti.

In genere le soluzioni previste da leggi, accordi, piani e programmi nazionali o regionali, che fanno riferimento a modelli mutuati dalla letteratura o da altre realtà senza una sperimentazione concreta, non funzionano. Al contrario, soluzioni che nascono dal basso e che si dimostrano efficaci costituiscono evidenze e possono contribuire a dare contenuti realistici a leggi, accordi, piani e programmi nazionali e regionali.

La logica dei processi definiti partendo dai bisogni reali complessi evidenzia anche i limiti della struttura delle conoscenze del passato che si basava su competenze specialistiche e specifiche. Queste servono a identificare diverse professioni: medico, infermiere, tecnico sanitario, assistente sociale ecc., il che però non deve voler dire «appropriarsi del paziente». I bisogni dei pazienti sono sempre più complessi e richiedono il contributo di molte professioni, ognuna dotate di una propria autonomia per le conoscenze acquisite con specifici percorsi formativi e con l'esperienza, responsabilizzata su atti, coordinate e integrate con quelle di altre professioni. Si può dire che alcune attività/funzioni/prestazioni sono riservate a specifiche

professioni (per esempio medico o infermerie) e in questo caso si parla di ruoli «non contendibili». In altri casi, invece, attività/funzioni/responsabilità non fanno riferimento a specifici percorsi formativi e in questo caso si parla di «ruoli contendibili», nel senso che devono essere attribuiti a chi nel concreto dimostra di saperlo fare bene o meglio di altri.

Sopra si è fatto riferimento al ruolo di chi prende in carico il paziente nell'ambito di una équipe multiprofessionale in relazione alle caratteristiche del paziente. Questo ruolo, definito di *case manager* (chi gestisce il caso come punto di riferimento) può essere del medico, infermiere, assistente sociale o psicologo, in relazione alla prevalenza del bisogno. Allo stesso modo in una équipe si possono identificare ruoli di chi gestisce le informazioni sui pazienti, chi si occupa di comunicazione, chi di relazioni istituzionali con ASL, Comuni, associazioni di volontariato ecc. Si tratta di ruoli, ancora una volta, «contendibili» nel senso sopra ricordato.

Trattando il tema delle persone con cronicità, malattie degenerative, non autosufficienti e in condizioni di fragilità appare evidente un limite strutturale del sistema di welfare italiano. Esso si basa in gran parte su trasferimenti finanziari (pensioni, assegni di invalidità o di accompagnamento, sussidi di disoccupazione, reddito di cittadinanza ecc.) che sottraggono risorse al potenziato dei servizi reali. A parte tutte le considerazioni sui livelli di efficienza dei servizi pubblici, si può dire che la spesa pubblica per il welfare privilegia i trasferimenti a individui e famiglie rispetto alla erogazione di servizi reali. Questo spiega perché l'offerta di servizi pubblici in questo campo dell'assi-

stenza copre una percentuale limitata del bisogno, meno del 20%, scaricando l'onere dell'assistenza su *caregivers* privati a domicilio o sul ricorso a strutture private a pagamento. La speranza di miglioramento risiede non solo nello sdegno e nel coraggio di cambiare di chi ogni giorno si trova in prima linea, ma passa attraverso un ripensamento del sistema di welfare e della cultura su cui esso si è fondato nell'ultimo secolo.

Le forme di organizzazione della medicina generale e le relazioni con le aziende sanitarie e le agenzie

I sistemi sanitari, per far fronte ai bisogni di salute ordinari e straordinari, si sono dati forme e modelli organizzativi che, in base alle loro caratteristiche, sono meglio in grado di far fronte alle situazioni che avvengono in merito alle problematiche di salute. Per quanto riguarda la medicina territoriale, a seguito della pandemia, è in corso una riflessione sulla sua definizione e strutturazione organizzativa: questo aspetto riguarda da vicino, ovviamente, anche la medicina generale. I modelli associativi, in particolare, intesi non solo come relazioni tra professionisti, ma tra gli stessi e il territorio, le istituzioni e i servizi che lo compongono, possono meglio andare incontro alla necessità di dare risposta ai sempre crescenti bisogni di salute complessi, non solo legati alle situazioni emergenziali, costruendo reti di collaborazione tra diversi professionisti che siano in grado di abbandonare la propria visione legata alle sole competenze professionali, per interagire con altri professionisti ed essere al servizio dei bisogni del paziente, durante e dopo l'intervento terapeutico.

Le strutture organizzative: rigide o flessibili e plastiche

I modelli e le strutture organizzative esprimono il consolidamento delle conoscenze, competenze, responsabilità, comportamenti generate dai processi assistenziali. Esse sono caratterizzate da una intrinseca condizione in quanto il consolidamento è il risultato del passato, mentre i bisogni sono correlati allo stato di salute attuale e alle aspettative che hanno in futuro. Tra l'altro le risposte attuali ai bisogni dipendono anche da farmaci, attrezzature, apparecchiature, *medical device* che in passato non esistevano. Da quando questa contraddizione intrinseca è diventata sempre più accentuata, si sono diffusi modelli assistenziali «per processi». Le strutture consentono di soddisfare l'esigenza di stabilizzazione, mentre i processi consentono di introdurre l'innovazione.

Le strutture consentono di ottenere o di perseguire il vantaggio della ripetizione di compiti e di attività standardizzate o standardizzabili. Svolgere compiti e compiere atti secondo protocolli e procedure consente agli individui e all'intera organizzazione di risparmiare energie e tempo in quanto di fronte a un certo problema o a una certa situazione non occorre ripetere l'intero processo decisionale e ci si può limitare ad applicare ciò che l'accumulo delle conoscenze collettive ha identificato come migliore soluzione. Le energie e le risorse risparmiate possono essere dedicate ad affrontare bisogni nuovi e a sperimentare soluzioni nuove per problemi noti, anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie. Ciò, però, richiede una condizione, ossia che l'articolazione delle conoscenze e le strutture organizzative non siano rigide ma flessibili, qualcuno dice

plastiche. Le conoscenze che continuano a svilupparsi in profondità in senso verticale devono destrutturarsi e riaggregarsi in modo variabile rispetto ai bisogni.

Le strutture rigide aggregano le conoscenze in modo incrementale tramite l'attrazione di pazienti tendenzialmente omogenei o occupandosi di problemi omogenei dei pazienti. Perciò diventano statiche e danno risposte parziali al bisogno del paziente, anche quando sono eccellenti (logica delle iperspecializzazioni). A volte, poi, si ha un aspetto peggiore in quanto la rigidità delle strutture (dei saperi e dell'organizzazione) sono strumento per esercitare e difendere il potere della conoscenza organizzativa.

Le organizzazioni flessibili o plastiche sono quelle che, senza rinunciare allo sviluppo e alle conoscenze, favoriscono la riaggregazione multidisciplinare attorno a problemi di salute complessi che devono essere affrontati unitariamente, per esempio considerare le possibili interazioni tra diversi farmaci che servono a curare specifiche patologie. Esse sono tali quando favoriscono anche le interazioni tra persone indipendentemente dal fatto che appartengono a strutture diverse. Non bisogna confonderle con le équipes stabili (per esempio l'équipe chirurgiche costituite da figure professionali quali chirurgo, anestesista, infermiere o tecnico di sala operatoria addetto alle diverse funzioni ecc.), ma ad aggregazioni di professionisti che condividono l'approccio unitario al paziente in una certa condizione (per esempio diagnosi multidisciplinare del tumore e di altre patologie complesse) o nel percorso di diagnosi, terapia, assistenza. A questo tradizionale processo andrebbe aggiunta anche la

fase che precede le altre, cioè la prevenzione che può ridurre il bisogno di diagnosi, cure, terapie e la fase successiva, cioè la riabilitazione non solo funzionale, ma nel senso di recupero anche delle relazioni sociali.

Non basta parlarsi, bisogna capirsi

L'affermazione di organizzazioni flessibili e plastiche è stata, ed è, ostacolata principalmente da tre ordini di motivi. Il primo deriva da un sistema di relazioni secondo il modello comando/controllo, che si è sviluppato soprattutto nel mondo industriale. Il secondo è derivato dalla forma di autoreferenzialità tipica di molte professioni che rivendicano l'autonomia e che spesso è collegato a una distorta concezione di prestigio sociale. Il terzo deriva dal fatto che i professionisti spesso non si capiscono, anche quando si parlano.

Aggregare persone in generale, e professionisti in particolare, significa che non basta parlarsi, ma bisogna capirsi. La reciproca comprensione non è un processo banale perché significa che ogni professionista deve abbandonare certi suoi codici e linguaggi comunicativi. A parte la comune formazione medica, codici/linguaggi/valutazioni su cosa si intende per «esito di salute» (*hand point* o *outcome* di una terapia) usati da specialisti e iperspazialisti possono essere diversi da quelli propri dei MMG/medici di base. Questo problema è ancor più accentuato nei rapporti tra professioni diverse: medici di base, clinici, genetisti, immunologi, biologi, infermieri, tecnici sa-

nitari ecc. Inoltre è richiesta un'altra condizione essenziale, poiché capirsi vuol dire rinunciare alla propria prospettiva per accettare quelle di altri professionisti con il fine ultimo di rispondere al bisogno. Quindi le organizzazioni flessibili e plastiche sono quelle guidate dai bisogni e dalle aspettative dei pazienti. Tenendo conto di queste considerazioni il MMG/medico di base deve sviluppare la propria capacità di coordinarsi con altri professionisti che operano sul territorio e con essi sviluppare linguaggi comuni che siano facilmente comprensibili anche dai pazienti.

Durante l'emergenza da covid-19 vi sono state due diverse situazioni. Da un lato è stato più facile capirsi per tutti coloro che erano impegnati a salvare vite. Dall'altro vi è stata una babele/alluvione di informazioni che spesso ha creato confusione anche tra i professionisti e non solo nella popolazione. Il ritorno a una normalità comunque diversa da quelle precedenti impone di mantenere, e anzi rafforzare, gli strumenti che aiutano i professionisti che operano nei diversi setting assistenziali a parlarsi, capirsi, agire con modalità condivise nei confronti dei pazienti e in generale della popolazione per quanto riguarda la prevenzione da future ondate di covid-19 o da altre epidemie.

Un passo determinante in questa direzione sarà quello di superare gli ostacoli posti dalla burocrazia che non riguardano solo i tempi lunghi, ma anche l'uso di termini che generano barriere di comunicazione tra professionisti e personale amministrativo, tra pazienti e professionisti, tra pazienti e personale amministrativo.

*Il manager e i comportamenti
che generano valore per il paziente*

L'emergenza ha insegnato che se si resta focalizzati sulle soluzioni da dare in tempi rapidi ai problemi è possibile far cadere tutte le procedure burocratiche, magari consolidate da decenni, e si trovano le forme di comunicazione più adeguate.

Il covid-19 ha chiarito in modo inequivocabile il vero significato di manager: colui che assorbe incertezze, contraddizioni, vincoli e restituisce orientamenti, fiducia e opportunità ai propri collaboratori.

Occorre evitare che il ritorno alla normalità faccia ritornare anche una errata concezione di manager fondato su procedure e regole burocratiche e su linguaggi poco comprensibili dai professionisti e dai cittadini/pazienti.

Con la formazione di professionisti e manager del SSR, *Accademia* può, e deve, svolgere un ruolo importante affinché il ritorno a una nuova normalità significhi anche impegno a ridurre o eliminare comportamenti che non generano valore per i pazienti.

In generale, e in particolare per i sistemi di tutela della salute, finora valeva il principio secondo cui «i problemi urgenti scacciano (mettono in secondo piano) i problemi rilevanti». In futuro occorrerà invece applicare il principio secondo cui «si affrontano i problemi rilevanti (per la salute) con la stessa determinazione ed efficacia con cui si affrontano i problemi più urgenti». Questo potrebbe essere un antidoto alla burocrazia che può avere nei MMG/medici di base importanti protagonisti.

Guardare oltre i confini

Il cambiamento nei modelli organizzativi è necessario per progredire e per raggiungere obiettivi maggiori di efficienza, soprattutto in ambito sanitario. Aprirsi al confronto con modelli di altri Paesi, soprattutto per quanto riguarda alcuni ambiti sanitari, riferiti prevalentemente alla medicina generale, può portare molti spunti di riflessione. L'Inghilterra, per esempio, ha istituito per prima la figura del medico di medicina generale (general practitioner). Per saper produrre cambiamenti che siano duraturi ed efficaci nel tempo, occorre però fare un'analisi dei benefici e degli svantaggi che un altro modello può portare nella propria organizzazione, per valutare i punti di criticità e gli elementi da considerare come con maggiori possibilità di esito positivo, e cambiare in modo consapevole per migliorare realmente il nostro sistema sanitario.

Il modello UK

Una riflessione sul concetto di modello. Esso è utile quando significa strutturare un problema, individuare le variabili che lo caratterizzano e le relazioni tra variabili.

Per esempio, individuare se la prevalenza di certe patologie in un certo contesto possa dipendere da inquinamento, condizioni socioeconomiche, alimentazione, stili di vita. È poco utile, e a volte dannoso, quando viene interpretato come qualcosa da copiare, o come soluzione di un problema individuato sul piano teorico, come si usa dire «a tavolino».

Per esempio il sistema UK è molto centralizzato e fondato su principi di razionalità clinica ed economica. Si pensi al NICE (National Institute for Health and Care Excellence) che compie analisi di farmaco-economia e in generale di rapporti benefici/costi, efficacia/costi, qualità/costi sulla base delle quali approva la rimborsabilità di farmaci, *medical devices* e terapie. Inoltre è un sistema che, facendo riferimento alla *common law*, può adattarsi in modo più rapido ai cambiamenti. Al contrario il sistema italiano è fortemente regionalizzato. Si basa sull'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, seppur limitata nei 10/15 anni a seguito dei vincoli di spesa e di assunzione del personale, non ha un sistema centralizzato di valutazioni simili a quello inglese del NICE, è irrigidito da un sistema di Diritto civile e Diritto amministrativo che è più difficile modificare. Perciò dal modello UK occorre cogliere stimoli per riflettere su come possa essere affrontato il problema del cambiamento nella funzione/ruolo del MMG/medico di base nel nostro Paese, e all'interno del Paese in vari contesti quali centri urbani, aree rurali, di montagna o con popolazione dispersa su vasti territori.

Le unità funzionali: l'azione congiunta dei professionisti

Il MMG/medico di base, nel modello UK, è inserito in unità funzionali, termine che è differente da quello di Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) previsto dalla normativa italiana. «Unità» significa azione congiunta, fusione delle conoscenze di vari professionisti. «Funzionale» significa che il criterio di verifica di questo modo di operare è il risultato di salute ottenuto. Si può richiamare il concetto già espresso da Donavedia secondo cui l'*outcome* può essere definito come modificazione della condizione di salute per effetto diretto di una determinata azione/intervento. Il termine «aggregazione» può lasciare un dubbio di interpretazione, nel senso che può essere inteso come complementarità, accostamento di più professionisti che operano sul territorio, ma non necessariamente in modo unitario e congiunto. Usando una terminologia matematica, «unità» significa prodotto di più professionalità, mentre «aggregazione» significa somma di più professionalità.

Il passaggio dalla logica del modello di aggregazione a quello di unità pone il tema del cambiamento per il quale sono state richiamate varie condizioni:

- un'organizzazione del lavoro per équipes multidisciplinare e multiprofessionale nella quale vengono discussi i problemi dei pazienti e concordati e condivisi gli interventi;
- l'esistenza di un sistema formativo di supporto al quale abbiano accesso i professionisti coinvolti nel processo di cura;

- una formazione che non è separata dall'esercizio della funzione di MMG/medico di base;
- la messa a disposizione di adeguate risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie (assegnazione di budget coerenti con gli obiettivi);
- un quadro normativo che chiarisca le diverse responsabilità pur all'interno di interventi condivisi.

Il change management

Il confronto tra due diverse realtà, quella italiana e quella UK o di altri Paesi, evidenzia che sono molte le differenze. Per evitare il ricorso alla errata concezione di modello come «qualcosa da copiare» occorre fare riferimento alle teorie del cambiamento (*change management*). Esse evidenziano due importanti elementi. Il primo consiste nella capacità di individuare quali sono, tra le tante cose da cambiare, quelle più importanti e potenzialmente più efficaci. Per esempio si ritiene prioritario intervenire sulla formazione o sugli incentivi di tipo finanziario o sulla dotazione strutturale e tecnologica? Il secondo elemento riguarda il superamento delle resistenze al cambiamento che sempre determina vantaggi per qualcuno e svantaggi per altri. I vantaggi dovrebbero riguardare il miglioramento della risposta ai bisogni del paziente e il riconoscimento del merito dei professionisti. Gli svantaggi possono consistere nella rinuncia a comportamenti consolidati, quando non addirittura la perdita di privilegi.

Spesso chi propone il cambiamento pone l'attenzione soprattutto sui vantaggi e sul positivo rapporto vantag-

gi-svantaggi. Ma ci si dimentica che il problema critico è come superare le resistenze, in quanto vi è una asimmetria informativa e di percezione, poiché gli svantaggi sono chiari e immediatamente percepiti per chi li subisce, mentre i vantaggi sono in genere futuri, sperati e non sempre percepiti nemmeno da chi li ottiene. Le resistenze costituiscono un ostacolo e quindi se si vuole avere successo occorre valutare bene le forze che si possono mettere in campo, proprie e dei possibili alleati. Se si pensa che gli ostacoli sono troppo forti, invece di cercare di abbatterli, occorre trovare soluzioni per aggirarli. Per esempio, se si ritiene troppo difficile e impossibile cambiare una norma che impedisce di dare positive risposte ai pazienti, occorre trovare forme di interpretazione della norma che, salvando la forma, consenta di perseguire la sostanza.

Il *change management* si articola in varie fasi che possono essere sintetizzate nei seguenti termini:

- definire con precisione l’oggetto del cambiamento: per esempio, si vuol cambiare la legge, un regolamento, l’organizzazione di distretti e/o dipartimenti, un corso obbligatorio di formazione, un sistema di valutazione delle performance ecc.;
- elaborare una proposta di cambiamento ritenuta migliorativa;
- specificare i vantaggi/benefici e i costi/svantaggi;
- individuare chi ha il potere di cambiare per non trovarsi nella spiacevole situazione di «voglio ma non posso»;
- mappare gli alleati, ossia coloro che possono trarre vantaggi, sia esterni (tipicamente pazienti, fornitori innova-

- tivi e Regione se si ha riduzione della spesa) e interni (gruppi professionali che vengono valorizzati);
- mappare i potenziali oppositori interni ed esterni;
 - in quale modo è possibile dare maggiore risalto ai vantaggi e rendere minima la percezione degli svantaggi.

Un criterio che viene suggerito è quello della ricerca di soluzioni *win/win* che però non sempre sono possibili, soprattutto se le resistenze derivano dalla difesa di privilegi o di rendite di posizione. In questo caso chi propugna e sostiene il cambiamento deve agire un poco come un «prestigiatore». Deve saper presentare le proposte di cambiamento come soluzione *win/win* sapendo benissimo che approvati certi principi e criteri qualcuno risulterà perdente. Ma quando se ne accoggerà il processo di cambiamento sarà arrivato a un punto di non ritorno.

Il covid-19 ha posto in evidenza l'obsolescenza sia del ruolo del MMG/medico di base all'interno del sistema di erogazione, sia della sua formazione. Parlare di ruolo significa in un certo senso ritornare al modello concettuale della struttura organizzativa, mentre a mio parere sarebbe forse più utile e indicativo parlare di identikit del MMG/medico di base. Dovremmo chiederci: quali caratteristiche deve avere il medico che opera sul territorio a diretto contatto con pazienti che lo hanno scelto e con i quali esiste un rapporto di fiducia più o meno forte? Questo identikit dovrebbe avere almeno quattro componenti: le conoscenze; le modalità di rapportarsi ai pazienti; la disponibilità alla collaborazione in team multidisciplinari-multiprofessionali; e il coinvolgimento nella strategia dell'azienda sanitaria. È però importante anche riflettere su come può

essere costruito questo identikit. In termini operativi si propone di chiedere l'identikit ai MMG/medici di base in formazione (corsisti), a un campione di MMG/medici di base che hanno una lunga esperienza sul campo, a un campione di altri professionisti che operano sul territorio, a medici ospedalieri o di strutture specialistiche, a un campione di pazienti. Così facendo, le diverse prospettive possono dare un identikit più completo del MMG/medico di base dei prossimi decenni.

Su questo fronte l'emergenza da covid-19 ha aperto una breccia nella struttura istituzionale, contrattuale e organizzativa mai messa in discussione dopo l'istituzione del SSN nel lontano 1978. Bisogna quindi sfruttare l'occasione per cambiare interamente il sistema.

Guardare avanti e indietro: la lezione della storia della medicina

In riferimento alla storia, vi sono due linee di pensiero: la prima che considera la storia come maestra di vita e la seconda che vede la tendenza nell'uomo a dimenticare l'esperienza vissuta e i suoi insegnamenti, proseguendo a ripetere gli stessi errori. Ciò è vero se andiamo a esaminare la storia della medicina, in particolare riferimento alle emergenze epidemiche, che spesso hanno colpito l'umanità nel corso dei secoli. Le esperienze pregresse possono essere comprese e utilizzate solo se si è in grado di integrarle in una visione di processo unitario, che possa portare una reale comprensione anche nell'affrontare situazioni attuali, per cogliere i segnali e poter mettere in campo le risorse necessarie per fronteggiare i pericoli e le emergenze. Conoscere ciò che è accaduto in passato può consentire, soprattutto al medico sul territorio, di cogliere più tempestivamente e in modo efficace i segnali di rischio epidemiologico.

*La storia: maestra di vita
nella prevenzione di eventi eccezionali*

La famosa affermazione di Tucidide secondo cui «Bisogna conoscere il passato per capire il presente e orientare il futuro» è condivisa da coloro che considerano la storia maestra di vita, mentre è negata da coloro che sono convinti che «l'umanità dimentica la storia perché spesso ripete gli stessi errori». Questa seconda linea di pensiero sembrerebbe confermata da quanto è capitato con il covid-19. La storia dice (sembra fuori ruolo usare il verbo «insegna») che le pandemie sono eventi eccezionali che però si sono ripetuti ciclicamente e in modo ricorrente, anche dall'inizio del ventunesimo secolo con Sars, Mers, Ebola, Zika, Aviaria per i polli ecc. Sulla base di queste considerazioni i virologi e gli infettivologi da tempo mettevano in guardia contro i rischi di diffusione di epidemie non locali e l'OMS nel 2019 aveva elencato tra le pandemie possibili una ignota di cui aveva descritto le caratteristiche risultate poi uguali o sovrapponibili a quelle reali di covid-19 (definita anche Sars-CoV-2). Ci si può domandare, allora, come è potuto accadere quello che stiamo vivendo tutti con quasi 17 milioni di positivi e oltre 660 mila morti, dichiarati da fonti ufficiali a fine luglio 2020.

Una probabile spiegazione si richiama proprio al mondo medico. Nei sistemi sanitari di tutto il mondo si era atrofizzata, anche a seguito di politiche di contenimento della spesa, la funzione di allerta rispetto alle pandemie. In Italia, come in molti altri Paesi sviluppati, si riteneva che fosse superata la fase delle malattie trasmissibili e ci si è concentrati sulle patologie acute e sulle cronicità, con un

indebolimento delle divisioni di infettivologia, nonostante la diffusione di molti virus identificati e segnalati in più parti del globo.

L'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie aveva in un certo senso generato l'illusione di poter reagire e controllare ogni tipo di emergenza facendo dimenticare il principio base secondo cui è meglio «prevenire che curare», che nel caso nelle pandemie significa tenere alta la capacità di individuare e interpretare gli eventi sentinella. Può aiutare in questa riflessione la concezione della storia come processo unitario e non come una sequenza di fotogrammi. Ciò avrebbe suggerito di interpretare meglio il susseguirsi di informazioni che provenivano da Wuhan e dalla provincia di Hubei, le segnalazioni provenienti da Singapore e Taiwan dove erano stati rilevati i primi pazienti colpiti da un virus nuovo, le segnalazioni di polmoniti «anomale» che non rispondevano alle terapie tradizionali in Italia e in altri Paesi europei.

La costruzione della storia della medicina territoriale

Interpretare la storia come un processo e non come fatti che si susseguono avrebbe aiutato anche ad affrontare in modo più organico e più efficace i segnali di allerta che erano diventati sempre più frequenti e preoccupanti almeno a partire da metà febbraio 2020 fino al giorno del caso del paziente 1 di Codogno e del primo decesso a Vo Euganeo in Veneto. Considerare la storia come processo unitario significa anche decidere se ognuno di noi vuole essere attore che contribuisce a costruire una parte di storia del

sistema sanitario nazionale italiano. I partecipanti al corso per MMG/medici di base devono sapere che stanno costruendo, o ricostruendo, con la loro professionalità, il loro impegno e le loro capacità relazionali, la storia della medicina territoriale del nostro Paese.

Per essere veramente innovativi occorre recuperare il principio di unitarietà a tutti i livelli:

- unitarietà della salute umana, animale, vegetale come è stato dimostrato da un virus che ha «fatto il salto di specie», come dimostrano le patologie derivanti da: inquinamento, uso indiscriminato di anticrittogamici nell'agricoltura, antibiotico resistenza derivante dall'uso eccessivo di antibiotici negli allevamenti intensivi;
- unitarietà tra assistenza ospedaliera, territoriale e a domicilio dove è possibile;
- unitarietà della tutela della salute nelle fasi di prevenzione/diagnosi/cura/riabilitazione;
- unitarietà nella formazione (*life long learning*) che deve fare riflettere anche sui contenuti. Per oltre un secolo lo sviluppo delle conoscenze si è mosso nella direzione di ridurre la complessità da un lato (specializzazione) e dare strumenti per governare l'incertezza (processi di pianificazione, programmazione e controllo) dall'altro. Una prospettiva che si è rilevata illusoria per motivi intrinseci alla conoscenza e motivi esogeni. Infatti anche nel campo della salute più si conosce e più ci si accorge di non conoscere.

Fattori intrinseci sono lo sviluppo di nuovi campi della conoscenza quali genomica, genetica, epigenetica, proteo-

mica, nutraceutica, trascrittomica, rigenerazione dei tessuti, determinanti ambientali e socioeconomici della salute.

Fattori esogeni sono i cambiamenti dei processi produttivi, la globalizzazione, l'aumento della popolazione, le migrazioni, la mobilità di persone e merci, la rapida modificazione dei comportamenti.

Governare e gestire nell'incertezza

Le teorie del secolo scorso cercavano di governare e gestire l'incertezza, oggi, e sempre più nel futuro, si deve, e si dovrà, governare e gestire nell'incertezza. Nel secolo scorso si riteneva che l'incertezza potesse essere in qualche modo controllata, oggi, e sempre più in futuro, occorre accettare che l'incertezza non è controllabile neppure dai più sofisticati sistemi di previsione e di elaborazione di enormi quantità di dati.

Governare, gestire e controllare l'incertezza significa avere la convinzione di poter prendere decisioni secondo vari criteri (ottimalità o massimizzazione dei risultati da conseguire) e attuarle sulla base di logiche deterministiche o probabilistiche. Governare e gestire nell'incertezza significa prendere decisioni sulla base di previsioni più o meno razionali in rapporto alle informazioni disponibili, ma anche predisporre strumenti per reagire, adattare l'attuazione a condizioni che cambiano continuamente secondo schemi non prevedibili.

La prospettiva storica, anche nel campo dei sistemi di tutela della salute, insegna a resistere alle sirene del pen-

siero dominante che promette certezze, ma lascia poi le persone in un clima di incertezza crescente.

Per resistere a queste sirene occorre formare medici (e in generale professionisti) che accettino la sfida di operare sulla base del trinomio: maggiore autonomia, assunzione di responsabilità, creare risultati misurabili e comparabili. La logica, forse sarebbe meglio dire l'ideologia, della razionalità scientifica tende invece a comprimere l'autonomia professionale (e delle ASL/AO) generando sistemi che diventano burocratici. La conseguenza è la caduta di motivazione e lo spreco dell'inesauribile miniera di fonti rinnovabili quali sono la curiosità, la generosità, la creatività e i valori morali delle persone. L'antidoto è invece quello di ampliare l'autonomia, diffondere la cultura della responsabilizzazione che va dimostrata sulla base di risultati di salute, nel caso specifico della sanità.

Troppo spesso si parla del nuovo identikit del MMG/medico di base con riferimento a processi assistenziali che recuperano l'unitarietà ospedale/territorio, tra prevenzione/diagnosi/cura/riabilitazione e si dimentica, o sottostima, il suo coinvolgimento nella ricerca. È noto che l'efficacia misura nei trial clinici è diversa da quella sperimentata nella pratica medica. Ne deriva il filone teorico, e le correlate metodologie di *real world evidence*. Nelle sperimentazioni si possono valutare l'efficacia e gli effetti collaterali di un singolo farmaco o di un singolo *medical device*, ma non è possibile verificare gli effetti delle interazioni tra molti farmaci assunti autonomamente o sulla base di tecnologie per il rilascio continuo della sostanza, per esempio cerotti curativi, glucometri ecc. Con i metodi della *evidence based* su sperimentazioni di laboratorio e trial clinici si

perde una parte rilevante della conoscenza, quella che nasce dall'osservazione degli effetti ottenuti nella vita reale dei pazienti.

Buona parte di queste conoscenze potrebbe essere sviluppata dalla raccolta strutturata con rigorose metodologie di dati sui pazienti da parte dei MMG/medici di base. In questo modo si supererebbe anche la separazione tra ricerca e assistenza che oggi è ancora legata alla separazione tra ospedali universitari o convenzionati con atenei (nei quali si svolge ricerca, assistenza e didattica) e altri ospedali o strutture di erogazione, compresi MMG/medici di base che hanno solo funzioni di assistenza.

Per valorizzare la funzione di ricerca nel campo della medicina generale, che riguarda la persona considerata nella sua unitarietà, occorrono tre condizioni: una solida teoria sulla «ricerca applicata sul campo», la semplificazione burocratica che liberi tempo per la ricerca e la dotazione di strumenti di supporto alla ricerca (raccolta, immagazzinamento, elaborazione di enormi quantità di dati su vasti campioni della popolazione).

Guardare il territorio

La riforma del sistema sanitario, e del territorio in particolare, è emersa come necessaria dopo la crisi sanitaria, che ha fatto emergere carenze e criticità in situazioni epidemiche. In primis, è apparsa necessaria la riforma che riguarda l'organizzazione relativa alla medicina generale. La crisi ha però evidenziato anche degli elementi su cui è necessario soffermarsi e che devono essere considerati: il dialogo collaborativo che si è instaurato spontaneamente tra i diversi attori sul territorio, con ruoli diversi, con responsabilità diverse, non solo legate alla sanità, ha permesso di dare risposte integrate, che saranno sempre più necessarie, in futuro, con il ripetersi di situazioni analoghe, ma anche nella riorganizzazione per la gestione degli ordinari bisogni di salute: il medico, i Comuni, le Prefetture, la Protezione civile, le ATS, hanno collaborato e dovranno sempre più farlo in futuro, per dare ascolto ai bisogni dei cittadini e fornire risposte adeguate.

Il territorio durante l'emergenza: reti di collaborazione

L'emergenza da covid-19 ha fatto emergere reti di relazione soprattutto tra Comuni e MMG/medici di base nelle zone calde della pandemia. I sindaci, in quanto autorità sanitaria nel comune di competenza, sono stati chiamati ad affrontare, giorno per giorno, situazioni imprevedute e sempre più gravi in molti casi, insieme alla dirigenza di ASL, o ATS-ASST in Lombardia, a medici, infermieri e altri operatori sanitari del territorio. Si sono costituite reti di collaborazione di fatto sotto la pressione della gravità e dell'urgenza, superando di colpo la separazione delle competenze e incomprensioni che spesso hanno caratterizzato il recente passato.

La condivisione di informazioni e il coordinamento degli interventi tra istituzioni, strutture e professioni di SSN sono diventati metodo di lavoro quotidiano.

Si è trattato della attuazione pratica, e non solo a parole, del principio secondo cui la realtà deve prevalere sui modelli e sulle teorie. In assenza di linee guida precise, la soluzione dei problemi è stata il criterio e la stella polare di riferimento.

Le reti informali che si sono create nelle diverse realtà si sono date una organizzazione definita non solo in relazione ai bisogni di salute (omogenei per le persone colpite dal virus ricoverate o curate a domicilio) ma anche alla conformazione del territorio (centri urbani, aree extraurbane pianeggianti, zone di montagna ecc.) e alla numerosità/dimensioni dei comuni, oltre che alla presenza di associazioni di terzo settore. È stato, ed è, tuttora difficile analizzare le diverse soluzioni. Sarà però importante per il

futuro individuare modelli organizzativi da applicare quando si dovessero manifestare situazioni simili.

Le reti informali: relazioni tra le persone

Le reti informali che si sono costituite sono servite a risolvere specifici problemi. Tradurre in modelli organizzativi espliciti e formali ciò che si è fatto consente di realizzare le economie di apprendimento. Di fronte a situazioni simili che si dovessero presentare in futuro non ci sarà bisogno di reinventare e sperimentare soluzioni con gli inevitabili errori, ma si potranno applicare le soluzioni organizzative che si sono dimostrate più efficaci.

Occorre riflettere sulle relazioni che esistono tra organizzazioni formali e informale. L'esperienza del covid-19 ha mostrato che l'organizzazione formale precedente era inutile o addirittura dannosa facendo riferimento, per esempio, a procedure formali di acquisto, alle competenze, ai ruoli. Perciò è subentrata l'organizzazione informale, nel caso specifico il coordinamento tra Comuni e strutture del SSN. Ora sulla base dell'organizzazione informale è possibile prospettare nuovi modelli organizzativi formali per le pandemie o per altre emergenze sanitarie. Sarà però necessario ricordare che l'organizzazione formale, pur garantendo le economie di apprendimento, non potrà essere applicata in modo rigido in future situazioni. Sarà sempre necessario integrare o sostituire l'organizzazione formale con l'organizzazione informale costituita dalle relazioni tra persone. L'organizzazione formale codifica compiti/mansioni/funzioni/ruoli considerati impersonali, mentre

L'organizzazione informale è costituita dalle relazioni tra persone. Si può dire che l'organizzazione informale viene prima, e va oltre, l'organizzazione formale. Viene prima poiché si realizza in assenza di un'organizzazione formale. Va oltre in quanto i comportamenti reali delle persone possono rendere più o meno efficace, più o meno rigido, il funzionamento delle organizzazioni formali. I sindaci e i professionisti della salute hanno dimostrato di saper andare oltre le rispettive competenze e responsabilità formali, guidati solo dall'obiettivo di trovare le migliori soluzioni per affrontare problemi mai affrontati in precedenza. È un atteggiamento che dovrebbe caratterizzare i professionisti che devono utilizzare la loro autonomia per andare oltre le regole dell'organizzazione formale quando ciò è necessario per ottenere i fini dell'istituzione, nel caso specifico la tutela della salute. L'organizzazione formale deve essere un aiuto per non «reinventare la ruota», come dice il proverbio popolare e non deve mai diventare un ostacolo al raggiungimento dei fini. Quando diventa un ostacolo è necessario il coraggio di andare oltre poiché le regole sono per le persone (pazienti, tutti coloro che operano nel SSN) e non viceversa.

Andare oltre le regole: coraggio e responsabilità

Il coraggio di andare oltre le regole significa anche assumersi la responsabilità e il rischio del cambiamento. In ogni campo non si ha progresso se non si assume il rischio intrinseco a ogni innovazione. Purtroppo nel sistema pubblico ha prevalso una asimmetrica concezione della re-

sponsabilità e del rischio. Vi è un eccesso di norme che prevedono sanzioni, in caso di mancato rispetto anche di norme obsolete o che addirittura, se applicate formalmente, impediscono di garantire servizi adeguati. Esistono poi molte norme contraddittorie che accrescono i rischi per chi decide. Di conseguenza si diffondono comportamenti di rinvio delle decisioni per evitare di assumere rischi, la cosiddetta fuga dalla firma. Al contrario sono invece limitati gli incentivi per chi realizza miglioramenti assumendosi rischi e responsabilità.

Condizioni essenziali per il miglioramento delle amministrazioni pubbliche, nel caso specifico del SSN, sono:

- semplificazione intesa come eliminazione di norme obsolete, contraddittorie, di dubbia interpretazione;
- eliminazione di sanzioni per il solo mancato rispetto di norme formali o di dubbia interpretazione;
- rafforzamento dei sistemi di valutazione dei risultati rispetto alle valutazioni sul semplice rispetto delle procedure;
- introduzione di responsabilità non solo per chi ha causato danni avendo assunto decisioni, ma anche per chi ha causato danni (per esempio bassi livelli di appropriatezza/efficacia/efficienza per i servizi di tutela della salute) per non aver assunto decisioni adeguate.

Guardare alla fine: cure palliative e medicina generale

Le cure palliative e l'accompagnamento al fine vita sono temi che toccano aspetti medici, etici, sociali. L'evoluzione della scienza medica, con le innovazioni tecnologiche e le sempre nuove scoperte, in ambito diagnostico, terapeutico, spesso produce l'illusione che tutte le malattie dell'uomo possano trovare una risposta e che non vi possano essere situazioni in cui non sia possibile la guarigione. Nel nostro Paese, quasi 150.000 pazienti all'anno hanno bisogno di cure palliative per essere accompagnati al fine vita: da questo dato occorre partire per sensibilizzare e investire risorse nella formazione dei professionisti che si prendono cura del paziente, nell'ambito delle cure palliative. Anche il medico di medicina generale deve essere coinvolto e deve ricevere una formazione adeguata, per essere in grado di fornire assistenza, per dare indicazioni al paziente, per accompagnarlo nel ricevere il massimo di qualità della vita, anche nelle situazioni terminali.

Oltre la cura, la qualità della vita

Le cure palliative sono una espressione di una società civile che va oltre la razionalità. Significa andare oltre la cura per cercare di garantire il massimo di qualità della vita, anche a persone per le quali la scienza non riesce a evitare l'esito della morte. Significa andare oltre la cura per occuparsi e prendersi cura della persona che soffre nel corpo e ancor più nello spirito. Non è un caso che anche in Italia le cure palliative siano nate da iniziative di filantropia e volontariato, di carattere non profit (terzo settore) e solo in seguito sono entrate come attività delle istituzioni, anche se ancora inadeguate rispetto al bisogno. L'evoluzione delle cure palliative può essere analizzata a tre livelli di analisi:

- quello dei problemi concreti del cosiddetto mondo reale;
- del contesto/mondo organizzativo;
- del contesto/mondo istituzionale.

Il primo livello è quello più importante poiché è caratterizzato dalle relazioni di persone che mettono in comune conoscenze/competenze/attitudini/risorse (economiche e non) per costituire reti di risposta a problemi reali. Sono persone che, come nel caso delle cure palliative, non si sono limitate a prendere atto dei limiti della scienza, ma hanno cercato di occuparsi dei pazienti terminali in modo creativo e innovativo. Stare vicino a queste persone e occuparsi di loro è un imperativo che non nasce da una legge o da un modello organizzativo, ma nasce da valori profon-

di delle persone. In seguito, le cose che funzionano, da semplice esempio, diventano modello organizzativo che può essere diffuso in tante altre realtà. Infine il modello di risposta può essere recepito dalle istituzioni e diventare parte da non trascurare del diritto alla tutela della salute. Questa evoluzione può essere più o meno rapida in rapporto alla sensibilità diffusa nella società e all'attenzione che il legislatore (nazionale o regionale) intende dare nella legislazione. Il riconoscimento delle cure palliative come diritto dipende dalla norma, da un'organizzazione in grado di formare persone ed erogare i servizi e, soprattutto, dalla cultura che sta alla base della scelta di medici, infermieri e altri professionisti: la motivazione è quella di curare o di prendersi cura?

Il paziente: la persona

La formazione delle professioni sanitarie dell'ultimo secolo è stata improntata soprattutto al primo tipo di motivazione, quella di curare. Essa ha in un certo senso dimenticato che la scienza non può eliminare la morte dalla prospettiva delle persone. I miti della società consumistica, del benessere e della razionalità tecnologica hanno generato percezioni riduttivistiche e parziali non solo nella popolazione ma anche nelle professioni sanitarie e socioassistenziali. Esse hanno avuto una formazione focalizzata su malattia e organi, che ha in gran parte estromesso il bisogno profondo delle persone di veder riconosciuta la propria dignità fino al momento della morte.

Una formazione che si è preoccupata di diffondere co-

noscenze/competenze/capacità/attitudini ma ha trascurato la diffusione della cultura del rispetto del paziente in quanto persona e non portatrice di malattie «curabili». Parafrasando l'ossimoro secondo cui a volte ci si trova di fronte a «silenzi assordanti» si potrebbe dire che le difficoltà con cui si è sviluppata la cultura e il recepimento a livello organizzativo/istituzionale delle cure palliative è stata una «assenza ingombrante». È significativo il fatto che nella formazione di medici, infermieri e altri professionisti il tema delle cure palliative è assente o è entrato solo da poco tempo e non di rado con un ruolo marginale. Il MMG/medico di base in futuro si troverà di fronte a un numero crescente di pazienti con situazioni di cronicità e di pazienti che dovranno essere accompagnati verso una morte dignitosa. Dovranno utilizzare tutti gli strumenti messi a disposizione dalla scienza, dalla tecnologia, dall'organizzazione e gli strumenti potenziati dalle proprie capacità relazionali e dai propri valori.

Il medico: anche ruolo sociale

Non basta dire che i medici dovrebbero conoscere più a fondo la psicologia, occorre formare medici con piena consapevolezza della loro funzione e del loro ruolo sociale, oltre che professionale. Ciò vale a maggior ragione per i MMG/medici di base che, in un certo senso, possono essere considerati come i sensori terminali per il SSN nei confronti della popolazione, la cui salute deve essere recuperata, mantenuta, migliorata e rispettata fino al termine della vita.

Sensori terminali in grado di far arrivare ai propri assistiti ciò che il progresso scientifico nel campo della salute può dare e sensibilizzare su ciò che la conoscenza scientifica non può dare.

Esiste una differenza fondamentale tra medici, infermieri, altri professionisti che affrontano il problema del fine vita sulla base di conoscenze scientifiche per alleviare il dolore o sulla base del principio «asettico e impersonale» del consenso informato e chi affronta queste situazioni cercando di comprendere la prospettiva della persona a cui devono rivolgersi. La cosa più difficile da fare in assoluto non è quella di comunicare la mancanza di una cura e la previsione della morte utilizzando tutte le conoscenze psicologiche, ma quella di comunicare questa situazione in modo da tener viva la speranza e la volontà di vivere in pienezza il restante periodo di vita.

Funzione sempre più difficile in un mondo che sembra voler esorcizzare la morte come appare quando si sente dire «impossibile che non vi sia una cura».

Guardare bene: medicina difensiva e medicina generale

Il progresso in campo medico-scientifico ha portato a un aumento delle aspettative della popolazione nell'ambito della salute e della cura e delle possibilità di guarigione. Vi è sempre maggiore difficoltà nell'accettazione di un esito negativo, intolleranza nei confronti dell'errore medico o semplicemente della considerazione dell'emergere di fattori di imprevedibilità: questo ha comportato il frequente ricorso a cause legali per responsabilità professionale contro il personale sanitario. Tale situazione porta i medici a praticare quella che comunemente viene chiamata «medicina difensiva». Il timore di un contenzioso legale, di un risarcimento, di possibili sanzioni disciplinari sono preoccupazioni molto concrete per i professionisti sanitari, che spesso mettono in atto azioni che deviano dalla buona pratica medica, con il solo scopo di ridurre la possibilità di contenzioso.

Il modello aziendale: il fine dell'equilibrio economico

Il tema del rischio clinico deve essere affrontato considerando da un lato il contesto istituzionale nel quale si collo-

ca e dall'altro i comportamenti di medicina difensiva che comporta un aumento di spesa senza alcun effetto positivo sulla salute del paziente.

Con riferimento al contesto istituzionale è opportuno un brevissimo richiamo storico. L'approvazione della legge n. 833/78 che ha introdotto in Italia il SSN prevedeva l'aggregazione di presidi e servizi nelle Unità sanitarie locali (USL). Al vertice era previsto un organo collegiale, comitato di gestione, composto da politici per sottolineare lo stretto collegamento tra politiche di tutela della salute e gestione dei servizi. Nei dieci anni successivi l'esperienza ha messo in evidenza i limiti di un modello istituzionale e organizzativo che era comunque condizionato dalla frammentazione dei diversi servizi e dei diversi ambiti di intervento.

Perciò nel 1991 è stata affermata l'esigenza della unitarietà della gestione e della separazione tra livello delle politiche di tutela della salute e gestione. All'esigenza di unitarietà si è data risposta con l'introduzione della figura di amministratore straordinario e, dopo l'approvazione dei D.lgs 502/92 e 517/93, con l'introduzione della figura del direttore generale. Alla seconda esigenza, separazione tra politica di tutela della salute e gestione, si è data risposta introducendo il «modello aziendale» sul quale vi è stato, e vi è tuttora, una grande confusione interpretativa. Questo modello, infatti, non vuol dire recepire la logica dell'impresa e del mercato, ma significa semplicemente affermare che l'erogazione dei servizi deve avvenire seguendo principi/criteri/tecniche/strumenti che consentono il migliore utilizzo delle risorse disponibili per il migliore soddisfacimento dei bisogni di salute.

La confusione è stata alimentata da molti studiosi/con-

sulenti/direttori generali/altri manager che hanno accettato l'inversione fini/mezzi, ponendo l'equilibrio economico come obiettivo e criterio di valutazione e non come strumento/condizione per raggiungere il fine di miglioramento della salute.

Questa errata interpretazione del concetto di azienda e l'inversione di fini/mezzi ha condizionato il funzionamento del SSN nell'ultimo quarto di secolo. Lo sviluppo di sistemi tariffari per la valutazione della produzione di servizi (DRGs), l'introduzione di strumenti quali il budget o il controllo sulla spesa realizzato con vari interventi, tra i quali i piani di rientro per le regioni in disavanzo strutturale, hanno inciso profondamente sulla responsabilità professionale. A essa si è aggiunta anche una evoluzione/involuzione della cultura per cui la popolazione non accetta esiti negativi di diagnosi e cure che, più frequentemente che in passato, imputa alla responsabilità di professionisti. Questa situazione è stata aggravata anche da una cultura giuridica centrata sulla tutela dei diritti astratti ma che spesso sottovaluta i limiti delle conoscenze mediche e quelli derivanti da vincoli esterni. Soprattutto i medici si sono trovati in un certo senso tra l'incudine delle risorse limitate e delle conoscenze «susceptibili di errore» e il martello costituito dal diritto costituzionalmente riconosciuto (art. 32) e delle crescenti aspettative dei pazienti.

La medicina difensiva e la responsabilità professionale

In questa situazione si è sviluppata la medicina difensiva, costituita da atti/prestazioni/richieste di accertamenti inu-

tili rispetto alle esigenze di diagnosi e terapia, ma finalizzati solo a difendersi da possibili contestazioni di responsabilità con richiesta di risarcimento danni.

Si può parlare di medicina difensiva quando il medico prescrive certi accertamenti diagnostici ed effettua atti e prestazioni consapevoli della loro inutilità, ma considerando i seguenti elementi:

- il rischio intrinseco e ineliminabile connesso alla attività di diagnosi e terapia;
- il sistema giuridico e il funzionamento della giustizia;
- i valori presenti nella società;
- l'autorevolezza.

Il rischio è collegato al fatto che ogni persona reagisce in modo diverso alle stesse terapie e alla imprevedibilità delle dinamiche di salute. Oltre al rischio reale, che può essere stimato su base probabilistica (per esempio in presenza di un quadro diagnostico si stima la probabilità di uno su 100 mila o 1 milione che si manifesti una patologia o decesso), il comportamento dei medici è influenzato anche dal rischio percepito. Si può ritenere che il medico giovane abbia una percezione di rischio più elevata di quello reale e che un medico che nella sua vita professionale ha subito denunce per imperizia professionale abbia una percezione di rischio più elevata di quella reale.

A sua volta la normativa sulla responsabilità professionale di medici/infermieri/altre figure e il funzionamento del sistema della giustizia possono influenzare il rischio reale e quello percepito. Una normativa che di fronte a denunce nei confronti dei medici impone l'onere della

prova del danno subito a carico del paziente riduce la percezione del rischio rispetto a una norma che metta a carico del medico l'onere della prova di aver agito correttamente secondo scienza (per esempio linee guida di società scientifiche) e coscienza.

Se i giudici sono più o meno rigorosi nell'applicare le norme di responsabilità nei confronti di medici/infermieri/altre figure la percezione del rischio sarà più o meno elevata.

Se i valori presenti nella società sono tali da aumentare il numero di denunce per imperizia professionale o per danni subiti dai pazienti, aumenta la percezione del rischio e il ricorso alla medicina difensiva. È noto il circolo vizioso presente in alcuni Paesi nei quali esistono avvocati e studi legali specializzati nel promuovere cause per danni a medici, il che aumenta il rischio reale e quello percepito dai medici che a sua volta causa un aumento dei premi assicurativi per la copertura del rischio e l'aumento della medicina difensiva. Un circolo vizioso che determina un aumento della spesa, senza alcun effetto sui livelli di assistenza effettivamente garantiti.

Infine, l'autorevolezza del medico, collegata all'esperienza, alle riconosciute capacità diagnostiche/terapeutiche, al prestigio acquisito nell'ambito delle società scientifiche e alla professione, può a sua volta avere riflessi sulla percezione del rischio. Più elevata è l'autorevolezza, minore è la percezione del rischio poiché, anche in sede processuale i periti, che necessariamente sono medici, e gli stessi giudici possono essere influenzati dallo status, poiché la perizia e il giudizio sono attività soggettive.

La combinazione di questi quattro fattori varia in rela-

zione all'etica e alla deontologia professionale di ogni medico che porta ad avere una percezione più o meno elevata del rischio e ad avere comportamenti diagnostici e terapeutici che si caratterizzano come «medicina difensiva».

Medici con più solidi valori etici e deontologici hanno una maggiore capacità di resistere ai condizionamenti, formali o informali, che inducono ad adottare la «medicina difensiva».

Il rischio della rottura della catena generazionale

Esiste poi un fattore generale che ha alimentato la medicina difensiva che può essere identificato nella rottura della catena generazionale. Infatti, medici senior di elevata professionalità e guidati dalla deontologia professionale e dal senso etico contribuiscono a dare l'esempio a medici più giovani. Sul piano delle conoscenze professionali e dei valori si formano catene generazionali che occorre rafforzare quando sono positive o rompere quando sono negative. Purtroppo nella società moderna, definita «liquida» dal sociologo Bauman, sono stati indeboliti, e in alcuni casi distrutti, i corpi intermedi e anche le catene intergenerazionali. La lotta alle cosiddette baronie, ai clientelismi, al familismo (figli di medici che sostituiscono i genitori) è stata condotta introducendo criteri di selezione neutrali, imparziali, oggettivi. Tale rimedio in molti casi non ha funzionato ma dove ha funzionato spesso si è «buttato il bambino con l'acqua sporca». L'acqua sporca erano, e sono, le baronie, i familismi; il bambino era, ed è, la scuola, la catena internazionale positiva.

Per il futuro un suggerimento che può essere dato ai giovani in formazione è quello di scegliere MMG/medici di base che possono essere punto di riferimento sul piano professionale e dei comportamenti, compresa la resistenza alla medicina difensiva. Per chi fa politiche di tutela della salute il suggerimento è quello di interrompere le catene negative. Per esempio, in ospedale se esiste un direttore di struttura complessa inadeguato sul piano professionale e dei comportamenti, cercare di inserire un aiuto con elevata professionalità e comportamenti corretti. Se esistono MMG/medici di base con bassa professionalità, contrari al cambiamento, difensori dello status quo e, a volte, più attenti a rivendicazioni sindacali che al miglioramento dell'assistenza, occorre trovare il modo per tenerli lontani dai giovani MMG/medici di base in formazione.

Oltre a coloro che decidono le politiche sanitarie, alle direzioni strategiche delle ASL e AO, spetta anche agli Ordini dei medici valorizzare le catene generazionali positive evitando che si disperdano le conoscenze maturate nelle scuole e si rompano così le catene generazionali negative. Anche in questo modo si può combattere lo spreco derivante dalla medicina difensiva.

Postfazione¹

La medicina generale si occupa di *tutti* i problemi di salute, di *tutti* i cittadini, in *tutte* le comunità locali e per *tutta* la durata della vita.

Nei Paesi occidentali e in Europa lo sviluppo delle cure primarie e della medicina generale dalla seconda metà del Novecento ha consentito lo sviluppo di servizi sanitari nazionali, accessibili a tutti i cittadini, garantendo promozione della salute, cure personalizzate, integrate tra i vari servizi, continuative, utilizzando una relazione di fiducia costruita nel tempo e libera da conflitti di interesse.

Due milioni e seicentomila italiani contattano ogni giorno il proprio medico di famiglia. È il primo e costante contatto con il servizio sanitario. Il cittadino vorrebbe accessibilità e competenza nel personale, ascolto dei suoi problemi, orientamento nei servizi, sentirsi tutelato e ricevere le informazioni necessarie per poter collaborare alle cure e utilizzare correttamente i servizi. Le attività diagnostiche di base, in particolare per il monitoraggio della cro-

¹ Ringrazio Alberto Magni, giovane MMG e amico. Questo testo deve molto allo scambio di idee con lui.

nicità, devono essere parte del programma di cura e inserite nel processo di medicina di iniziativa e presa in carico, che ha dimostrato di ottenere il gradimento dei pazienti, generare un buon uso delle risorse, prevenire le complicanze garantendo guadagno di salute e qualità di vita, riduzione degli accessi ai dipartimenti di emergenza e dei ricoveri in ospedale.

Eppure questa area essenziale negli ultimi venti anni è stata lasciata a se stessa, abbandonata ed emarginata dal Servizio sanitario, privata del necessario e costante investimento di idee, innovazione e risorse che l'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali della popolazione richiede: l'evoluzione demografica (progressivo incremento della coorte di persone con età superiore ai 65 e ai 75 anni), l'evoluzione sociale (nuclei familiari sempre più composti da 1-2 persone, in particolare nelle coorti di età avanzata), l'evoluzione epidemiologica (diagnosi sempre più precoci e lunghi periodi di vita con malattia, che richiedono una forte alleanza terapeutica e un sempre maggiore coinvolgimento delle persone nella definizione dei programmi di cura), sono alla base della richiesta pressante di una sostanziale rifondazione, necessità resa drammaticamente evidente dalla pandemia di covid-19.

La medicina generale non va solo riformata, va rifondata. Alla radice. Per tornare al cuore del sistema, deve essere messa in grado di rendere conto del suo contributo.

Tale processo di revisione globale deve riguardare l'organizzazione del lavoro in termini di struttura, personale, processi di cura, strumenti diagnostici di base e digitalizzazione per favorire integrazione tra i servizi ed efficienza.

Servono risorse certe per la formazione specifica e con-

tinua. Dipartimenti istituzionali per il coordinamento delle attività assistenziali e l'implementazione di buone pratiche per il governo clinico.

La professione, in autonomia, ha garantito lo sviluppo di software gestionali per l'attività del medico di medicina generale (MMG), software che vanno selezionati, sviluppati e integrati nelle reti aziendali e nel fascicolo sanitario elettronico; sono stati elaborati e testati indicatori di processo e di esito, con l'obiettivo della rendicontazione e dello sviluppo delle attività di audit e miglioramento, vanno selezionati e portati a sistema per tracciare le attività e monitorare gli esiti.

Alcune esperienze regionali e locali hanno permesso di documentare risultati in termini di salute di grande interesse, da queste deve partire l'analisi dei problemi e la messa a fuoco delle soluzioni che richiedono da un lato investimenti in conto capitale e dall'altro una fase di implementazione in un arco di tempo pluriennale, con scadenze prefissate e verificabili.

Questi sono alcuni degli argomenti che sono stati dibattuti nei Seminari di formazione dei MMG che avevano come tema generale il «Guardare oltre».

In particolare, sono emersi alcuni aspetti su cui vorremmo continuare a lavorare perché li consideriamo essenziali per il rinnovamento della medicina generale.

1. Non è accettabile che un comparto formato da circa 6500 medici in Lombardia non sia in grado di *documentare l'impatto in termini di produzione di salute*. Non è accettabile che oggi un medico di medicina generale non abbia gli strumenti e la capacità di program-

mare e di misurare i propri interventi in termini di risultati clinici. La Medicina Generale vuole essere misurata perché solo misurando gli esiti si comprende il valore dell'attività professionale dei singoli e dell'intero comparto. Il tema quindi è: che cosa misuriamo e a chi rendiamo conto della nostra attività professionale?

2. Un secondo aspetto è che la richiesta di cambiamento espressa dai giovani medici in formazione evidenzia la necessità che con loro ci sia uno scambio continuo sui contenuti didattici, sugli aspetti professionali, sull'organizzazione, sull'utilizzo delle risorse, per rispondere in modo adeguato al debito formativo che essendo basato sulla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione è in continuo cambiamento. Per rispondere in maniera adeguata a questo bisogno è urgente superare l'attuale sistema di contraddittorie incompatibilità professionali e *introdurre il tirocinio professionalizzante*: i medici in formazione siano inseriti da subito nella attività professionale, con un numero limitato di pazienti e con un tutore che possa monitorarli continuamente. La pandemia ha dimostrato che i tirocinanti sono medici e sanno rispondere in modo esemplare alle necessità. Il tirocinio teorico-pratico per formare professionisti adeguati ai bisogni deve quindi trasformarsi in tirocinio professionalizzante. Imparare lavorando (come ci ammoniscono i colleghi inglesi e portoghesi) permetterebbe anche allo stato di colmare in parte la carenza di MMG, eliminerebbe il problema dell'iniquità di una borsa di studio inadeguata, ma soprattutto permetterebbe ai giovani medici di sentirsi subito parte

attiva del Servizio sanitario nazionale e quindi di stimolare il senso di responsabilità.

3. Nel corso dei seminari i giovani tirocinanti hanno formulato dei dossier di proposte. È fondamentale che tali proposte *vengano riviste e condivise con i decisori e i responsabili politici* perché le riforme sanitarie hanno successo quando vengono condivise con gli operatori; soprattutto se essi *rappresentano il presente e il futuro della medicina territoriale*. I tirocinanti hanno di fatto individuato alcuni aspetti della Medicina generale (organizzazione, personale, flussi informativi, accountability dei MMG) che potrebbero essere obiettivi di accordi regionali che cambierebbero la qualità del lavoro in Medicina generale con evidenti benefici per i pazienti per i medici e per l'efficienza del Sistema socio-sanitario regionale.

Ovidio Brignoli

Coordinatore del corso di Medicina generale della Lombardia,
vicepresidente nazionale della Società italiana
di Medicina generale e delle cure primarie

Seminari

Polis Lombardia
Milano, maggio-luglio 2020

Ciclo di seminari per
«Accademia di formazione
per il servizio sociosanitario lombardo»

Perché la clinica è una scienza

12 maggio 2020

Relatore: Luigi Tesio, medico fisiatra e professore ordinario di Medicina fisica e riabilitativa presso l'Università degli Studi di Milano.

Discussant: Gianfranco Lima, presidente dell'Ordine dei Medici di Cremona.

Modelli di sanità pubblica

14 maggio 2020

Relatore: Americo Cicchetti, professore ordinario di Organizzazione sanitaria dell'Università Cattolica di Roma.

Discussant: Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano; Massimo Vajani, presidente dell'Ordine dei Medici di Lodi.

Guardare oltre i confini: testimonianza dall'Inghilterra e dal Portogallo

19 maggio 2020

Relatori: Simon Gregory, deputy medical director of Primary and Integrated Care Education for England; Martino Gliozzi, coordinatore dell'Unidade de Saúde Familiar da Baixa di Lisbona.

Discussant: Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e odontoiatri; Gianluigi Spata, presidente FROM CEO e presidente dell'Ordine dei Medici di Como

Una questione di sanità pubblica

21 maggio 2020

Relatore: Carlo Signorelli, professore ordinario di Igiene e Sanità pubblica all'Università di Parma e all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

Discussant: Guido Marinoni, presidente dell'Ordine dei Medici di Bergamo.

Suggerimenti da e per la medicina generale

26 maggio 2020

Relatori: Antonello Zangrandi, professore ordinario di Economia delle Aziende e delle Amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma; Emanuele Vendramini, professore ordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza.

Discussant: Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine dei Medici di Brescia

Tecnologie, salute, nuovi orizzonti

28 maggio 2020

Relatore: Gabriella Pravettoni, direttore del Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia presso l'Università degli Studi di Milano.

Discussant: Pierfrancesco Ravizza, presidente dell'Ordine dei Medici di Lecco; Carlo Maria Teruzzi, presidente dell'Ordine dei Medici di Monza.

Oltre: la bioetica

4 giugno 2020

Relatore: Paolo Cattorini, professore ordinario di Bioetica clinica presso la Scuola di Medicina, DBSV di Varese, Università degli Studi dell'Insubria.

Discussant: Giorgio Monti, coordinatore didattico del polo formativo di Pavia; Claudio Lisi, presidente dell'Ordine dei Medici di Pavia.

Aver cura di chi cura: la manutenzione del ruolo curante nella medicina del territorio

9 giugno 2020

Relatore: Mario Perini, direttore scientifico dell'Associazione IL NODO Group.

Discussant: Alessandro Innocenti, presidente dell'Ordine dei Medici di Sondrio.

Sistema per l'assistenza agli anziani: cosa ci ha insegnato il pre-, durante e post- covid-19 su un settore da riformare

11 giugno 2020

Relatore: Elisabetta Notarnicola, associate professor of Practice in Government, Health e Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management.

Discussant: Stefano Bernardelli, presidente dell'Ordine dei Medici di Mantova.

Le forme di organizzazione della medicina generale e le relazioni con le aziende sanitarie e le agenzie

16 giugno 2020

Relatore: Valeria Tozzi, associate professor of Practice of

Government, Health and Not for Profit presso SDA Bocconi School of Management.

Discussant: Silvano Casazza, direttore ATS Brianza e direttore del polo formativo della Brianza; Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine dei Medici di Brescia.

Guardare oltre i confini

18 giugno 2020

Relatore: Laura Gastaldi, general practitioner.

Discussant: Walter Bergamaschi, direttore ATS Milano e direttore del polo formativo di Milano.

Guardare avanti e indietro: la lezione della storia della medicina

23 giugno 2020

Relatore: Alessandro Porro, medico chirurgo e professore associato di Storia della Medicina presso l'Università Statale di Milano.

Discussant: Lorella Cecconami, direttore ATS della Montagna e direttore del polo formativo della Montagna; Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano.

Guardare il territorio

30 giugno 2020

Relatore: Mauro Guerra, presidente ANCI Lombardia.

Discussant: Massimo Giupponi, direttore ATS di Bergamo e direttore del polo formativo di Bergamo; Gianluigi Spata, presidente FROM CEO e presidente dell'Ordine dei Medici di Como.

Guardare alla fine: cure palliative e medicina generale

2 luglio 2020

Relatore: Furio Zucco, già presidente della Società italiana di Cure palliative.

Discussant: Claudio Sileo, direttore ATS di Brescia e direttore del polo formativo di Brescia; Pierfrancesco Ravizza, presidente dell'Ordine dei Medici di Lecco.

Guardare bene: medicina difensiva e medicina generale

7 luglio 2020

Relatore: Alessandro Dell'Erba, professore ordinario di Medicina legale presso l'Università degli Studi di Bari

Discussant: Mara Azzi, direttore ATS di Pavia e direttore del polo formativo di Pavia; Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e odontoiatri.

I volumi Polis Lombardia

Rapporto Lombardia 2019

Rapporto Lombardia 2020, volume 1

Rapporto Lombardia 2020 – volume 2. Studio per la ripartenza dei territori lombardi

Elio Borgonovi, *Guardare oltre. Dialoghi per i giovani medici*, introduzione di Alessandro Colombo, postfazione di Ovidio Brignoli

Di prossima pubblicazione

Alessandro Colombo, Marta Marsilio (a cura di), *Risorse umane e sistema socio-sanitario. Note per la formazione manageriale*, premessa di Elio Borgonovi

Dal catalogo Guerini

Aldo Stella, *Medicare e meditare. Fondamenti teorici per una scienza unificata della salute*

Tatiana Pipan (a cura di), *Presunti colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità*

Gustavo Guizzardi (a cura di), *Giunti sul passo estremo. Medicina e società di fronte al fine vita*

Alberto Malliani, *Medico sempre. Lezioni di buona sanità*, a cura di Nicola Montano, Giangiacomo Schiavi

Mauro Boldrini, Sabrina Smerrieri, Paolo Cabra (a cura di), *Si può vincere. Storie di pazienti che hanno sconfitto il cancro*, prefazione di Beatrice Lorenzin

Francesco Nicosia, Fabio Tosatto, Paolo Guglielmo Nicosia, Simone Canepa (a cura di), *Spending review in ospedale senza tagli. Il lean system applicato in sanità*, presentazione di Adriano Lagostena

Alessandro Lovari, *Social media e comunicazione della salute. Profili istituzionali e pratiche digitali*

Angelo Rosa, *Lean organization in sanità. Esperienze e modelli di applicazione da Nord a Sud*, prefazione di Elio Borgonovi, introduzione di Adriano Lagostena

Francesco Nicosia, *Sanità Lean. Migliorare il servizio ai pazienti, ridurre gli sprechi, innovare la gestione ospedaliera con il metodo Toyota*

Thomas L. Jackson, *Value stream mapping nella gestione ospedaliera. Mappa-re il flusso del valore con il Lean System*, edizione italiana a cura di Francesco Nicosia

Francesco Cognetti, Mauro Boldrini, *Ritorno alla vita. Conoscere, prevenire, sconfiggere il tumore*
Gianluca Comin, Lelio Alfonso, *#Zonarossa. Il Covid-19 tra infodemia e comunicazione*, premessa di Walter Ricciardi

Finito di stampare nel mese di aprile 2021
presso Geca Industrie Grafiche San Giuliano Milanese (MI)