

## L'asino di Buridano



Una nuova sfida attende le nuove generazioni di medici di medicina generale (MMG).

La vecchia sfida era identificare le migliori esperienze della professione, gli strumenti più avanzati, le soluzioni organizzative che molti di noi in più parti avevano sperimentato negli anni. Le eccellenze che eravamo riusciti a sperimentare e costruire negli anni. Le “Best Practices” della professione.

Abbiamo pensato, realizzato, creato dal nulla tutti i presupposti per costruire una Medicina Generale migliore, nel contesto e con i limiti degli accordi, delle condizioni, delle risorse disponibili in questi anni.

Il percorso era obbligato: questa è la minestra, questa è la cornice. Usiamola nel miglior modo possibile, riempiamola col meglio che la politica sanitaria ci offre.

Non c'erano grandi spazi di manovra. C'era e c'è davvero poco da fare.

Malgrado queste limitazioni abbiamo costruito sistemi informatici straordinari dal nulla. Nessuno ha contribuito o dato una mano. I MMG utilizzano oggi prodotti efficienti e sofisticati, non semplici cartelle cliniche. Sono in grado di ricevere supporto alla decisione clinica, assistenza alla conoscenza e alla competenza.

Sono in grado di valutare l'efficacia della presa in carico dei pazienti, gli "outcomes", l'appropriatezza prescrittiva, i risultati del lavoro. Possono trasformare dati in conoscenza e ricerca epidemiologica e clinica.

I dati della rete dei MMG hanno offerto durante COVID-19 una replica fedele dell'evoluzione pandemica.

Attraverso gli strumenti informatici e di comunicazione la rete della Medicina Generale ha ricevuto informazioni, documenti, raccomandazioni, indicazioni pratiche in tempo reale.

Nessun altro comparto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha la stessa capacità, la stessa coesione.

Non per merito dell'organizzazione sanitaria, sempre in affanno, sempre in ritardo e spesso reticente nel dare indicazioni e supporti puntuali ed efficienti a quelli che sono considerati medici privati, esterni al SSN.

Abbiamo fatto tutto da soli.

---

**How to cite this article:** Cricelli C. L'asino di Buridano. Rivista SIMG 2021;28(4):3-6.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

*L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>*

Mostrando tutti i limiti di una professione abbandonata a se stessa, malamente e per niente finanziata, dimenticata dai finanziamenti per COVID.

Con un'operazione iniziata già dall'inizio della pandemia, dopo averci affamati ci hanno accusato di essere stremati. Come nella peggiore tradizione della falsificazione storica si è scambiata la conseguenza con la causa. Dimenticando che nel giro di qualche giorno, insieme ad associazioni e società scientifiche, siamo riusciti a costruire e diffondere capillarmente un sistema di triage che ha contenuto le infezioni mettendo in sicurezza gli studi medici tramite l'accesso selettivo dei pazienti.

Non esiste probabilmente al mondo, o almeno a mia conoscenza, un sistema sanitario in cui un professionista possa aprire uno studio senza supporto di segreteria, personale, regole e criteri rigorosi relativi alle dimensioni, disposizione e spazi interni dello studio e sue attrezzature.

In Italia questo è paradossalmente possibile per la Medicina Generale; secondo il criterio furbesco che impone qualunque regola e obbligazione stringente avrebbe comportato la necessità di dotare i medici delle risorse necessarie per la dotazione richiesta e che quindi era meglio evitare di imporre degli standard dovendoli magari pagare <sup>1</sup>.

Una sola Regione ci ha provato pur con alcune limitazioni e ripensamenti.

Mr Hancock, Ministro di Sua Maestà Britannica, appena dichiarata la pandemia, ha immediatamente stanziato alcune centinaia di milioni di sterline (a mia stima quasi un miliardo) destinati ai *General Practitioners* (GPs) del Regno Unito. Sono state impiegate per aumentare il personale di studio e gli infermieri in un Paese in cui per ogni medico sono già finanziate 3,2 unità di personale di studio.

In Italia? Zero Euro. Hanno inventato le USCA? Adducendo a pretesto, ed era vero, che i MMG non sarebbero stati in grado di gestire lo studio e l'accesso domiciliare COVID in emergenza .

Una straordinaria commedia dell'ovvio. Avendoti privato del cibo, ti ho reso debole. Non puoi quindi lavorare ma per colpa tua non per colpa di chi il cibo non te l'ha dato. Il paradosso della mistificazione.

La nuova sfida è in realtà quella di accettare la sfida del nuovo, del cambiamento radicale senza esitazioni e tentennamenti. Ma a carte scoperte e con regole chiare.

Una Medicina Generale ben organizzata, ben dotata, ben staffata, con ambienti idonei, previsti magari obbligatoriamente nei piani regolatori comunali, con finanziamento separato delle risorse umane, logistiche e tecnologiche, avrebbe reagito in maniera efficiente alla pandemia, senza dover ricorrere all'ingegno, al sacrificio e a mani nude come abbiamo fatto in questi 19 mesi. E costituisce una straordinaria opportunità per il nostro Servizio Sanitario e per i cittadini di questo Paese.

In 43 anni di SSN abbiamo fatto finta che si potesse cambiare qualcosa, si potesse mettere qualche toppa: un po' di buona volontà, facciamo uno sforzo, rimbocchiamoci le maniche. La solita retorica italica dell'eroismo al posto di una buona organizzazione, del gesto isolato al posto di una visione di insieme.

Qualcuno dei nostri ci ha messo del suo; la logica è: ma se ci vogliono così perché sforzarsi di fare di più. Motori al minimo e tiriamo a campare.

Il "De Profundis clamavi ad te Domine" era cominciato da decenni, la consegna non scritta era: teniamoli a stecchetto e trasformiamo i loro stenti in demeriti. Prima o poi moriranno e daremo loro la colpa della loro scomparsa.

<sup>1</sup> L'Accordo Collettivo Nazionale del 2005 all'art. 36 - REQUISITI E APERTURA DEGLI STUDI MEDICI - recita: 1. Lo studio del medico di assistenza primaria è considerato presidio del Servizio Sanitario Nazionale e concorre, quale bene strumentale e professionale del medico, al perseguimento degli obiettivi di salute del Servizio medesimo nei confronti del cittadino, mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate retribuite.

Un capolavoro di ipocrisia si è consumato e si sta consumando alle spalle dei cittadini e degli stessi medici.

Volevano dimostrare che un settore vitale dello Stato POTESSE E DOVESSE funzionare senza adeguate risorse e organizzazione, miracolosamente o per qualche improbabile arcano?

In verità le cose mal costruite prima o poi si logorano e si rompono, non per colpa loro ma di chi le ha mal progettate e peggio costruite.

Le italiane “pezze a colore” i rattoppi e i rammendi non possono bastare.

Dunque il meccanismo della Medicina Generale si avvia verso la rottura con soddisfazione di chi questo stava probabilmente programmando e degustando.

Restano tuttavia molti problemi di cui queste persone non hanno tenuto conto.

Se questo giochino si rompe non se ne può costruire un' altro trionfalmente affermando la sua superiorità e continuando a idearlo e costruirlo male, senza risorse, pieno di regole burocratiche astruse e inefficienti.

Se questo giochino si rompe non si può raccontare ai cittadini imboniti da chiacchiere quotidiane sul “Servizio Sanitario che va a Casa ...” che invece devono trasferirsi loro a casa del Servizio Sanitario.

Non si può creare lo SPID, la PEC e simili diavolerie destinate ad affrancare il cittadino dalle pratiche burocratiche fatte in fila e in presenza e poi in una società moderna ed evoluta centralizzare i servizi invece di decentrarli obbligando i cittadini a porre in secondo piano i bisogni di salute barattandoli con la inevitabile centralistica burocrazia che è irrimediabilmente nel genoma di questo Paese.

Qualunque nuovo modello si voglia inventare deve funzionare meglio del precedente.

E bisogna dimostrare che il precedente non si poteva riparare e non si poteva metterlo in condizioni di funzionare bene con alcuni ben mirati interventi e risorse adeguate.

Ad esempio, allocando almeno 70.000 unità di personale studio medico/infermieristiche di cui dotare i 44.000 MMG italiani con adeguato finanziamento extra quota capitaria.

Organizzare bene 50.000 punti di erogazione della Medicina Generale, dalla Val Senales a Erice. Tutti a standard, inseriti nei piani regolatori e finanziati dallo Stato. Dotazioni minime di studio, standard di connessione, raccolta e trasferimento delle informazioni, lavoro in gruppi veramente associati e governati da veri manager di Studio medico.

Tanto, se si affianca alla convenzione la dipendenza o se le regioni si convenzioneranno con gruppi privati accreditati, i nuovi rigorosi criteri di accreditamento richiederanno inevitabilmente numeri adeguati e piante organiche con dotazione di infermieri e di personale. E i presidi sanitari sul territorio dovranno essere di più e più sofisticati... e le risorse da investire saranno molto ma molto più ingenti.

E comunque alla fine ha davvero poca importanza se lo stipendio verrà pagato a un medico dipendente o a un convenzionato o accreditato. Abbiamo sotto gli occhi il funzionamento dei presidi pubblici e dei reparti ospedalieri. Chi funziona, funziona, e chi non funziona, non funziona. Lo stipendio alla fine del mese è lo stesso per tutti.

Quindi: non è un problema di busta paga ma di buon management di buona organizzazione sanitaria, di buona formazione medica, di buon impiego delle risorse allocate.

Quel che conta è soltanto che il sistema e le sue componenti umane lavorino bene, che la struttura in cui opera sia a misura dei cittadini e che questi ultimi ricevano giovamento e beneficio da quel servizio sanitario e da quel professionista.

Per non fare la fine dell'Asino di Buridano che incerto tra l'acqua e la biada, non beve e non mangiò e morì di fame. Nell'incertezza.

Questa è la nuova autentica sfida che noi dobbiamo immediatamente raccogliere. Dobbiamo riaffermare i valori di un comparto e di una professione che rappresentano la vera innovazione storica dei servizi sanitari moderni: la medicina generale delle persone, degli individui, vicina alle loro case, alle famiglie e alle comunità. Che cura e prende in carico le persone indipendentemente dal censo, dal reddito, dall'età, dalla etnia e dal credo religioso o condizione di salute e di bisogno.

Riaffermare la straordinaria capacità della Medicina Generale di offrire soluzioni di alto livello scientifico e di elevata qualità professionale grazie alla sua adattabilità, voglia di perseguire l'eccellenza e il beneficio delle persone nella vita quotidiana.

A condizione di dotarla di tutte le risorse LE SOLUZIONI E I SERVIZI di cui ha bisogno questo comparto senza alcuna esitazione e incertezza e senza fare sconti e guardare più in faccia a nessuno.

Ci sono numerose forze sane nella professione medica, nel Paese, nella politica e nell'organizzazione sanitaria disponibili e in grado di costruire con noi un nuovo modello di erogazione delle cure territoriali.

Questa professione ha sviluppato valori assoluti e indipendenti dal sistema sanitario di riferimento e dalle modalità di remunerazione in quanto interpreta bisogni primari dei cittadini e dei sistemi sociali.

Essa è indispensabile <sup>2</sup>.

Se fallisce la Medicina Generale, se ne consente la degenerazione burocratica e l'impoverimento, qualcuno dovrà renderne conto non ai medici ma ai cittadini di questo Paese.

Claudio Cricelli

<sup>2</sup> Evidence of the health-promoting influence of primary care has been accumulating ever since researchers have been able to distinguish primary care from other aspects of the health services delivery system. This evidence shows that primary care helps prevent illness and death, regardless of whether the care is characterized by supply of primary care physicians, a relationship with a source of primary care, or the receipt of important features of primary care. The evidence also shows that primary care (in contrast to specialty care) is associated with a more equitable distribution of health in populations, a finding that holds in both cross-national and within-national studies. The means by which primary care improves health have been identified, thus suggesting ways to improve overall health and reduce differences in health across major population subgroups (Barbara Starfield, 2005).