

Caro Vadalà...

Una lettera di *Francesco Vadalà*, medico generale; risponde *Claudio Cricelli*

Da alcuni decenni i medici di MG hanno visto il progressivo stravolgimento dei loro compiti, passando da medici di famiglia, che prescrivono i medicinali per curare le persone, a controllori nevrotici e frustrati del peggiore e più disorganizzato sistema sanitario e statale d'Europa. Io credo che questa confusione di ruoli possa e debba essere arginata, partendo, a proposito delle prescrizioni di farmaci, da questa semplice considerazione. Il mio dovere è prescrivere un farmaco tenendo presente solo l'effetto del medesimo nell'organismo del malato, non mi devo curare del costo del farmaco, nè di chi lo pagherà (il paziente? lo Stato?), solo mi devo curare che la prescrizione sia in armonia con la scienza al suo livello attuale, e con il buon senso. Al contempo, da buon cittadino, devo collaborare con l'amministrazione dello Stato per stabilire a quali persone concedere un beneficio economico per l'acquisto dei farmaci. Ciò anche perchè sono l'unica figura professionale che può certificare in tema di malattie e di salute.

Pertanto, io sono ovviamente disponibile a certificare al paziente che esistono condizioni particolari (es. pregresso infarto, colesterolo a 300, ecc.) e il paziente con tale certificato può andare alla USL a chiedere un attestato. A questo punto un medico della USL valuta la sua richiesta, il mio certificato e i documenti su cui esso si fonda: se tutto è a posto gli rilascia un attestato. Dopodichè il paziente presenterà ogni volta tale attestato in farmacia e ciò gli consentirà di avere uno sconto, o talvolta di non pagare niente. La USL potrà anche negare tale attestazione, o revocarla, se le leggi in questa materia sono cambiate. Ciò che conta è che in nessun caso devo essere io a stabilire volta per volta se il medicinale è concedibile o meno e a litigare continuamente e furiosamente con i pazienti. Io stabilisco se la sostanza chimica è utile a guarire dalla malattia e lo metto per iscritto, niente di più. Pertanto, nessuna informazione sulla rimborsabilità il farmacista deve trarre direttamente dalla ricetta. È curioso anche notare come in molti casi i pazienti potrebbero subire ritardi, a causa dell'inefficienza delle USL. Poco male, è sufficiente cambiare partito nelle successive consultazioni elettorali. Comunque, ciò non mi deve interessare. Toccherebbe anche alla USL, far presente al paziente che non ci sono soldi per la sua salute, perciò o trova i soldi per curarsi o peggio per lui. Anche in questo caso il cittadino potrebbe avere qualche motivo per regolare i suoi conti quando si va alle votazioni. Poco male. Io dormirei comunque sonni tranquilli. Non vendo farmaci. Non sono il ministro della Sanità. Non mi interessa. Tutto ciò che posso fare, al limite, è avere l'indirizzo e-mail della USL e mandare subito l'incartamento per via telematica.

Allora, tutto ciò che devo fare, quando prescrivo un medicinale, è: riportare il nome del paziente, un codice identificativo (il codice fiscale), il nome del, o dei, farmaci, la quantità, la posologia, la data, la firma, il mio codice regionale. Non devo limitarmi a 2 o a 6 confezioni, nè seguire regole complicate, nè barrare niente, nè scrivere numeri di note o altro. Tutto ciò che serve al paziente è scritto su un solo foglio, come è ovvio che sia.

Detto questo, è perfettamente inutile avere un ricettario ottico regionale, strumento costoso e

vessatorio, che serve a snaturare la professione medica. Se persino il MilleWin, costantemente aggiornato alla normativa, non è in grado spesso di barrare le caselle corrette e mi fa sbagliare, un giudice mi può accusare di aver rubato del denaro allo Stato. Si badi che non verrei accusato di aver fatto dei danni a un malato, ma di problemi che nulla hanno a che vedere con la mia professione, se non nella confusione di ruoli che si è sviluppata negli ultimi decenni e che ci ha trasformato da medici a controllori (oltretutto, controllori di noi stessi, perchè dovremmo spendere il tempo a vietare e a negare ai pazienti, e magari a invogliarli a cambiare medico, a favore dei colleghi che, nella sostanza più onestamente, non rispettano le regole in quanto non accettano tale confusione dei ruoli).

Fare il MMG non significa avere uno strumento di carta che dà il potere per dispensare gratis un servizio sanitario, ma significa visitare e curare le persone, esattamente come fanno e hanno fatto tutti i medici, ma con la continuità che è propria del medico di famiglia, che segue nel tempo gli assistiti. L'aver acquisito il potere di concedere le medicine è stato un errore gravissimo. Tempo fa, un paziente è tornato da me inferocito perchè avevo prescritto una medicina che è per tutti in classe C, e il computer aveva preparato la ricetta scrivendo qualcosa come "Non prescrittibile a carico del SSN". Per lui ero io ad aver deciso, per pura antipatia, di fargli pagare la medicina. Come dargli torto? Avrei dovuto spiegargli il sistema delle classi e delle note? E perchè io? Vendo forse medicinali? Ho forse una percentuale su quei farmaci? Io mi ero solo preoccupato, come è ovvio, della sua salute. Credo che il sindacato dei medici dovrebbe sfruttare il suo potenziale di esperti in medicina legale per trovare una formula che, partendo dalla cessazione del ricettario ottico regionale, possa riportare gradualmente la nostra professione nella normalità e per ridurre al minimo i problemi legali relativi alle prescrizioni, senza per questo ridurre, anzi rinforzando grandemente, le performance economiche del sistema, in quanto si passerebbe da un sistema dove le regole sono sbagliate, o rivolte a soggetti sbagliati (noi) e disattese, a uno dove le regole sono fatte rispettare da chi è preposto a questo e non dipende dalle quote assistite.

Sono speranzoso e penso che già questa prima iniziativa potrebbe essere atta a farci somigliare ai medici veri, cioè a quelli che fino a 30-40 anni fa esercitavano seriamente questa professione (e noi no!). Ovviamente un ricettario dovrebbe pur esistere, ma dovrebbe essere solo una griglia che permette di standardizzare i processi di stampa, e uniformare a livello nazionale i software gestionali. E, soprattutto, dovrebbe essere stampato e progressivamente modificato dai medici medesimi.

Ovviamente si può anche ritenere che il MMG non debba più occuparsi, se non marginalmente, della salute dei cittadini, mentre debba preoccuparsi della salute del SSN. Nulla di male, è un pensiero rispettabile e forse anche condivisibile. A patto che si accetti di diventare dipendenti, che si abolisca la scelta del medico, e di fatto, tutta la MG (come fa a sceglierti un paziente per il tuo furore nel negargli l'Aulin? Nel cacciarlo a pedate nel sedere quando ti dice che il farmacista gli ha consigliato di farsi prescrivere gli antidepressivi ultimo grido a carico dello Stato? Non è tuo compito. Tu devi vedere solo se queste sostanze chimiche sono utili, o se invece sono inutili o superflue o dannose, o se ci sono farmaci più economici ma altrettanto sicuri). I medici dipendenti non avrebbero problemi e sarebbero lieti di risparmiare, e avrebbero strepitose promozioni basate sul raggiungimento di obiettivi partoriti talvolta da economisti non in armonia con le necessità sociali. Del resto, nessuno si preoccuperebbe più delle sorti dei cittadini, tutti penseremmo ai vari budget e ai vari benefici. Questa prospettiva non è brutta: ha dei lati positivi, perchè non ci espone ai problemi degli esseri umani. Probabilmente io diventerei più ricco e, non essendo proprio il medico più intelligente del pianeta, certo farei una gran carriera. Penso che la vera medicina ne morirebbe.

Francesco Vadalà

Risponde **Claudio Cricelli**

Caro Vadalà,

ho ricevuto questa lettera da un amico comune e, avutone il consenso, ho deciso di risponderti pubblicamente. Mi è parsa, oltre che uno sfogo amaro per una situazione professionale che da tempo ha superato i limiti dell'umana sopportazione, una occasione di capire io stesso, attraverso la risposta, perchè siamo arrivati a questo livello e come possiamo uscirne. Ma in particolare la risposta a questa lettera incorpora buona parte delle ragioni che stanno alla base della politica della Simg e che cercherei di sintetizzare in questi termini: come si fa a restituire dignità professionale alla Medicina Generale se non si riconosce al medico il ruolo di professionista della salute e non della burocrazia? E ancora: a che serve parlare di formazione e ricerca, se poi tutto questo non serve alla professione di tutti i giorni, non viene tenuto in considerazione dal sistema sanitario e non porta alcun beneficio ai medici e ai cittadini? Abbiamo scritto: a questo sistema serve un medico mediocre, asservito e privo di passioni. Qualunque altro tipo di professionista inutile e disutile. In questo dilemma c'è il dilemma della società professionale, oggi. Devo dirti innanzitutto che trovo la tua lettera ambivalente. é comprensibile: la parte positiva riafferma le ragioni del privilegio etico della cura del paziente e ne fa il fondamento della moderna medicina generale. La parte negativa, presagisce abbandoni e disinteresse tipo: ma a noi che ce ne importa, non sono compiti nostri, cosa vuole da noi questa gente, etc.... Credo che la comprensione della tua amarezza non possa esimerci dall'analizzare le ragioni per cui siamo arrivati a questa situazione.

1. Quando tutta questa storia è cominciata noi non eravamo medici della persona, non lo eravamo mai stati con le Mutue e non avevamo intenzione di esserlo. Eravamo, noi medici generali, i paria della medicina, non come individui ma come categoria. Qualcuno si arrabbierà, ma chi ha vissuto l'epoca preriforma, sa che Alberto Sordi ha colto aspetti deteriori (solo quelli) ma presenti nella Medicina Generale. Io ho lavorato sei anni con le mutue e ricordo i sottoscala, l'approssimazione, l'incultura, l'assenza di formazione e informazione.

La formazione è cominciata in Toscana come riscossa del nostro orgoglio. Dal 1982 abbiamo inventato la formazione moderna, la Scuola Animatori, la Simg, la Formazione Permanente. Pensi che qualcuno ci fosse grato per questo? Macchè. Pagni, io e tanti altri amici siamo stati per anni insultati, dileggiati, trattati da illusi o da minacce per la professione. L'industria ci sbatteva le porte in faccia, i corsi andavano deserti, le convenzioni parlavano di cifre, percentuali, soldi e burocrazia. Nell'alternativa tra burocrazia e competenza professionale, il pericolo era la seconda. Il pericolo non era restare ignoranti, ma andare preda dei professori della Simg che predicavano sudore e studio come mezzo, non come fine. L'obiettivo che perseguivamo era una decorosa competenza professionale che ci affrancasse dalla servitù di chi, in cambio di soldi, ci voleva schiavi del sistema.

Oggi, a distanza di diciassette anni, il mondo è apparentemente tutto cambiato. é vero o è solo una illusione? Le nostre radici sono comunque quelle che ho descritto. I nuovi MG sono nati con il tirocinio e d'ora in poi nessuno può pensare di accedere alla MG senza una cultura, ma il peso del passato è

ancora troppo pesante e noi non abbiamo completato il trapasso dalla servitù alla libertà. Secondo me la verità sta nel mezzo. Il mondo della sanità è in evoluzione ma è ancora a metà del guado, vittima di una generazione di burocrati, per la maggior parte ex funzionari della burocrazia sanitaria, che hanno mutuato un linguaggio nuovo e una nuova mezza cultura manageriale, ma che sono ancora figli della cultura burocratica dalla quale provengono.

Dall'altra parte anche chi fa politica medica della professione vive lo stesso trapasso. Leggi documenti sindacali e non, pieni di parole come qualità, accreditamento, formazione, scuole, distretto e poi scopri che dietro non c'è altro che la parola vuota, che a dispetto di Platone non incarna e non sostituisce la realtà.

E poi ci sono ancora i medici. Sempre meno inerti, sempre più decisi a ribellarsi, a reagire, a percorrere la strada della qualità, ma non tutti.

Quando fondammo la Simg, ci ridevano in faccia: i medici motivati erano l'1%, circa 500 in tutta Italia. Oggi sono quasi il 20%, quasi 10.000. Secondo me potenzialmente di più.

È il momento per una politica per quei 10.000, che ne riconosca la diversità e prospetti un sistema fortemente differenziato anche sul piano economico? Forse sì, se è vero che ormai almeno diecimila medici potrebbero offrire al SSN una radicale trasformazione del modello di lavoro della Medicina Generale. Non prima il contratto e poi i contenuti: prima i contenuti e poi il contratto. Come dire che oggi si contrattano la competenza clinica e l'applicazione dei principi scientifici. Oggi le qualità professionali e scientifiche dei medici non sono una cosa diversa dai contratti: esse sono i contratti! Diecimila medici informatizzati, organizzati, associati, dotati di elevati standard professionali sono in grado di gestire le cure dei loro pazienti senza bisogno di burocrazia stupida e asfissiante. Essi conoscono e gestiscono meglio di qualunque nota Cuf la prescrizione del farmaco, sanno autogestire, grazie alle loro associazioni professionali, un progetto di popolazione, un progetto di prevenzione, uno screening, una ricerca epidemiologica.

Tutto questo (si chiama oggi Managed Care, che, non ci confondiamo, in Europa significa management a quota capitaria), è stato conferito alla cultura della MG dalla Simg e solo dalla Simg. I nostri congressi parlavano di questi temi in tempi ormai immemorabili. E abbiamo, da soli, introdotto la cultura moderna della Medicina Generale in questo paese. È vero che ci sono ancora alcuni (pochi) intellettuali e alcune centrali di potere accademico e scientifico, che dopo aver pontificato sulla Medicina Generale, rifilandole le note Cuf, continuano a dire che le Società Scientifiche debbono occuparsi del più puro distillato di cultura.

Quel che loro non hanno compreso è che oggi è saltata per sempre la vecchia mediazione per la quale i sindacati vendevano contrattualmente il nulla. Chiusa la Convenzione, definiti gli accordi economici, tutti a casa e si salvi chi può.

Oggi questa storia deve finire. Noi non vendiamo medici al SSN, vendiamo competenza e "performance". Chi sa curare le persone, perché lo ha imparato con fatica, non è uguale ad un altro che tutto questo sacrificio ha scelto di non fare. Chi ha investito risorse sulla professione non è uguale a chi tira a campare.

Non siamo contro il rapporto unico con il SSN, nel quale abbiamo scommesso da tempo. Non abbiamo alcuna passione per chi oltre al medico di famiglia fa anche lo specialista vero, il dentista, la medicina estetica, o altro. Ma crediamo che la progressiva introduzione della imprenditoria e della competizione

sia indispensabile per questo sistema. é ipocrita credere che un professionista mal pagato possa accettare il disastro economico col sorriso sulle labbra, gioioso mentre va verso il martirio. Rivendichiamo la più alta professionalità e studi in grado di offrire prestazioni di alto livello che rendano credibile l'alternativa alle cure secondarie. Ma se poi ci crocifiggono perchè, avendo investito su un Autoanalyzer, siamo considerati nemici del popolo, allora il gioco è finito e si apre una stagione molto difficile per tutti.

Le Società Scientifiche oggi definiscono la cultura, accreditano i loro iscritti e ne garantiscono la qualità non culturale, ma professionale. La cultura la fanno i centri culturali, le riviste i circoli di intellettuali. La professione la fanno, in tutto il mondo, le Società Scientifiche e professionali. Tutto questo, in sanità come in società ed in politica, avviene solo se se ne determinano le condizioni. Il disagio ed il peso della burocrazie sono indicatori di un rapporto sbilanciato. Il sistema e i suoi burocrati comandano e noi obbediamo, sennò ci puniscono. Perchè? Perchè non ha mai visto la luce il sistema della collaborazione paritetica: esso presuppone che i due interlocutori, medici ed amministratori, sviluppino insieme un'altra cultura che sia il fondamento di un nuovo patto professionale per la salute.

Noi abbiamo incominciato il percorso, ancora in pochi. La nuova cultura si chiama managerialità, competenza clinica, medicina delle prove, linee guida, formazione.

Per alcune avanguardie di amministratori e politici si chiama allo stesso modo. Ma noi come loro siamo ancora in pochi. I contratti orecchiano questa nuova cultura ma non ne conoscono le formule e le tecniche applicative e realizzative. é facile per il vecchio regime degli amministratori, oltre che per molti colleghi, continuare con i vecchi sistemi. Gestiamoci insieme il distretto, sembrano dire, fissiamo dei tetti di spesa e stiamoci dentro, gestiamo insieme la Cuf e contrattiamo le note. Facciamo contratti da pochi soldi, ma contrattiamo tutte le decisioni. In questo, amaramente, c'è una parte delle ragioni della devastazione della nostra vita professionale.

L'alternativa c'è, ma la devono chiedere ad alta voce i medici. Non basta dire che i cittadini debbono cambiarsi la classe dirigente per veder sparire la burocrazia. Anche la nostra classe dirigente dovrà cambiare se è vero, come è vero, che non esiste un accordo che veda scritto questo immaginario preambolo: *Ç*la presente convenzione regola le cure che i MG debbono erogare ai cittadini secondo obiettivi di salute e indicatori di qualità della salute. Le strutture, il personale, i presidi necessari al raggiungimento di tali obiettivi sono finanziati al di fuori della presente convenzione come requisiti strutturali del sistema. La retribuzione dei medici avverrà secondo una quota fissa, a copertura della attività professionale di base, e a quota variabile per qualità delle prestazioni in rapporto agli obiettivi sanitari individuali e di popolazione raggiunti. Si incentiva la collaborazione professionale e l'utilizzazione di risorse infermieristiche per il miglioramento delle cure domiciliari. Accreditamento e formazione sono promossi e garantiti, ma nessun medico verrà pagato o punito perchè si è formato o meno. Si retribuisce la qualità finale della prestazione, che è il vero fine del presente accordo.

La presente convenzione retribuisce in maniera diversa obiettivi e competenze diverse. Nella presente dichiarazione a verbale si definisce che i medici possono optare per uno dei due seguenti regimi convenzionali:

- Regime manageriale: forme organizzative avanzate, contrattazione delle risorse allocate in base agli obiettivi, autogestione delle risorse nel rispetto del raggiungimento dei risultati di salute, adesione a progetti di piano, ricerca finalizzata, integrazione informatica, contributo informativo alla gestione del

sistema. Non valgono per questo tipo di regime il rispetto delle note Cuf, essendo comunque garantito l'obiettivo concordato anche in termini economici. Formazione autogestita a seconda dei bisogni professionali e degli obiettivi di cura. I costi della formazione sono parte integrante del budget complessivo allocato. L'allocazione delle risorse deriva da una analisi dei bisogni di cura e dei livelli di cura (non di assistenza) garantiti (cura è curare tutto il diabetico, assistenza è curare il diabete); é prevista ed incentivata la competizione interprofessionale secondo il principio di Pareto.

-Regime ordinario o burocratico: rispetto delle note Cuf, accettazione dei tetti di spesa, retribuzione bloccata a quota capitaria, in cambio di assenza di programmazione dei risultati. Formazione obbligatoria e sanzionata, rispetto dei comandi degli amministratori.

Forse stiamo correndo e sognando troppo, ma secondo me non ci sono altre alternative, se è vero, come è vero, che nessun esperto al mondo ha finora trovato altra soluzione a queste due alternative: o si contratta con i medici condividendo le decisioni, l'allocazione e gli obiettivi di cura, e poi gli si affida la responsabilità della cura delle persone o si costringono e si convincono i medici a obbedire a delle disposizioni. La seconda alternativa porta sempre ad un sistema di imposizione e di comando.

Tu Caro Vadalà proponi una soluzione: di tutte le questioni burocratiche si occupi la burocrazia, lasciate ai medici la cura delle persone. é accattivante ma è anche uno splendido nonsense. Se rinforzi la burocrazia, ti opprimerà di più. Se gli rimandi al mittente un comando, per la sua natura proterva, lo rimanda al destinatario peggiorato. L'unica vera strada è cominciare una nuova definitiva alleanza tra tutte le forze innovative della medicina e della sanità allo scopo di iniziare una vera rivoluzione di filosofia, di architettura e di metodo del nostro SSN. Tale rivoluzione, ci piaccia o meno, deve spazzare molti residui del passato e deve stringere nuove alleanze con le forze sane dell'amministrazione statale e locale, e soprattutto della politica e dell'Industria farmaceutica. é amaro dirlo, ma per ora la cosiddetta Riforma Ter è insipida nel bene e nel male. Ma attendiamo i decreti attuativi senza i quali è impossibile emettere un giudizio. Cambierà poco se non affronta il modo in cui si può modificare un sistema di cura. Ci sono trucchi del mestiere che gli esperti usano e sanno riconoscere. Salvo novità contenute nei regolamenti, continueremo a vedere un sontuoso monumento neoclassico.

La strada della trasformazione è una strada complicata perchè la vecchia cultura è dura a morire. Essa ragiona sempre nei vecchi, soliti, termini stantii. Il sindacato è il sindacato, le società sono società, il Ministro è il Ministro, la USL è la USL: ognuno stia al suo posto e obbedisca. Noi stiamo cercando di ribaltare la logica: non vogliamo fare i sindacalisti ma vogliamo contrattare i termini professionali dei problemi a viso aperto e con tutti.

Questo percorso è possibile solo con il consenso dei medici generali. Un consenso esplicito, un supporto chiaro e dichiarato ad una politica. Non succederà più che una avanguardia vada allo sbaraglio senza avere alle spalle una base convinta e motivata. A questa sfida si va tutti insieme senza timore. Tutelare la professione significa costruire la qualità delle cure fondandola sulla competenza professionale e sulla scienza. Non vediamo alternativa e nessuno ci presenta una alternativa. Si stanno preparando tempi durissimi ma assai stimolanti e pieni del fascino della profezia.


[top](#)