

Nulla sarà come prima di COVID-19? È il mantra speranzoso ma dubitante di questi mesi che noi medici ripetiamo con i nostri concittadini.

Come se lo stress test di questi mesi debba produrre automaticamente cambiamenti immediati e radicali e irreversibili nel nostro sistema sanitario, nella Medicina Generale e nelle abitudini dei cittadini.

### Cambiamenti professionali e generazionali

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



Basti pensare a come stiamo affrontando il tema **dell'avvicendamento generazionale**, che viene visto al massimo come una sostituzione. Fuori uno, avanti un altro. Come se l'ingresso nella Medicina Generale di decine di migliaia di giovani medici sia un problema sostitutivo e non evolutivo. Si tratta di una generazione diversa, con formazione e cultura diverse.

La mia generazione veniva dalle mutue, pre 833, sanata per decreto. Nessuno ha frequentato il tirocinio, entrato in vigore dopo il 1992: siamo stati semplicemente "sanati" per continuità. La mia generazione non aveva una identità unica. Venivamo da esperienze professionali diverse. Un curriculum universitario arcaico "NON IDENTITARIO" della Medicina Generale. D'un colpo nel 1979 tutti hanno dovuto scegliere una unica professione: medico di medicina generale o specialista.

Questa storia apparirebbe surreale oggi. Nessuno può lontanamente immaginare che si possa lavorare in ospedale la mattina e nel proprio studio di medico di famiglia al pomeriggio.

La SIMG e non altri scelsero di promuovere il concetto di **contratto di esclusiva**. Basta con i mille lavoretti diversi.

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

Non hanno scelto la forma giuridica del loro contratto come è successo a noi, eredi della libera professione di un tempo.

Ma sono consapevoli dell'assoluta indipendenza tra la forma contrattuale del loro lavoro e il ruolo, i compiti e la qualità dell'attività professionale?

### Contratti, convenzioni ed efficienza qualitativa della professione

#### Output e outcome

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

Il falso dibattito sulla nostra forma contrattuale: liberi professionisti, convenzionati, dipendenti, parasubordinati, rimanda ad antiche polemiche degli anni '70, quando l'allora direttore della ricerca dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) Sud Europa, che singolarmente si trova a Copenhagen, scriveva: "I medici di famiglia sono alleati o nemici della sanità pubblica?".

**How to cite this article:** Cricelli C. Editoriale. Rivista SIMG 2020;27(2):3-10.

© 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>

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

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

Anche grazie a COVID abbiamo avuto la conferma di una limitatezza imbarazzante del nostro ruolo. Si sono dovute inventare le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) per consentire a medici solo lontanamente apparentati con la Medicina Generale di affrontare fisicamente i casi sospetti o incidenti, i nuclei familiari, l'esecuzione dei tamponi.

Perché non attrezzare tempestivamente e adeguatamente dei nuclei di medici di medicina generale, già presenti sul territorio, già in possesso di tutte le informazioni logistiche, abitative e le conoscenze cliniche sugli individui, le famiglie e i cittadini di questo Paese?

Perché si sono dovuti inventare le USCA ? Perché non la Medicina Generale ? E perché qualcuno le USCA se le vuole tenere, compresi alcuni responsabili di distretto?

Perché le USCA secondo i livelli dirigenziali del SSN rappresentano unità a loro strettamente rispondenti e subordinate. Alle quali si possono attribuire compiti, funzioni e direttive da eseguire senza discutere.

Il filo del ragionamento è chiaro: nessuno può controllare la Medicina Generale, che resta una variabile indipendente sottratta al controllo burocratico di chi ha inventato la Assistenza Primaria – che non sono le Cure Primarie o la Medicina Generale moderna.

Sono gli stessi che sognano un Sistema Sanitario in cui il territorio sia governato dalla burocrazia delle ASL e dei distretti sotto il diretto e stretto controllo degli "esperti" di Igiene e Sanità Pubblica.

Gli stessi che hanno caratterizzato la maldestra gestione territoriale di COVID-19, che hanno escluso la Medicina Generale da qualunque forma di collaborazione, sommergendola con un diluvio di circolari, delibere, determine e suggerimenti, variabili di ora in ora, contraddittori e paradossali.

Sono loro, questo filone di cultura sanitaria stantia e burocratica a essere il vero nemico di una moderna organizzazione delle cure primarie sul territorio, che in una logica arcaica dovrebbe essere affidata a docili obbedienti esecutori di disposizioni centrali. Cure Primarie erogate negli Health Centers, Case della Salute organizzate come in televisione, dove il mio medico di famiglia era in realtà un medico di distretto.

È la stessa tradizione culturale che intende riproporre la specializzazione in Medicina Generale aggregandola a specializzazioni di chiara competenza e ambito di Sanità Pubblica e spacciandola come una vittoria della Medicina Generale.

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

Questo è il vero tema su cui dobbiamo aprire un dibattito. O definiamo e scegliamo un ruolo moderno, di qualità e di efficacia della nostra professione o saremo attratti e distrutti dal buco nero della vocazione statalista innata nella cultura di questo Paese.

Ai nostalgici di Alma Ata, nata e pensata per finalità e obiettivi diversi da quelli del nostro sistema sanitario, dobbiamo contrapporre l'evoluzione dei sistemi sociali degli ultimi trenta anni che richiedono UN MEDICO DELLA PERSONA, SPECIALIZZATO IN CAPACITÀ DI PRESA IN CARICO DEGLI INDIVIDUI, DELLE FAMIGLIE E DELLE COMPLESSE RELAZIONI TRA SALUTE, MALATTIA, FATTORI DI RISCHIO, PREVENZIONE E CURA.

QUESTO MEDICO HA UNA RELAZIONE FIDUCIARIA assai diversa dalla figura paternalistica tanto cara anche oggi ai nostalgici della condotta e del "buon vecchio medico di famiglia". Figure cliniche specializzate in consolazione più che in evidenze scientifiche e capacità di affrontare l'intensità di cura di una società avanzata e affluente. Il libro "Cuore" della Medicina Generale a uso e consumo dei nostalgici.

Ai terzomondisti di casa nostra, dobbiamo contrapporre un progetto vero, fatto di una visione lucida, rigorosa. Un progetto profondamente radicato e integrato nella realtà di una moderna COMUNITÀ, dei suoi bisogni e delle sue aspettative di salute e che non ha bisogno e non vuole minimamente un medico sportellista di un Centro Sanitario.

FIGURA 1.



Dobbiamo proporre un modello di integrazione forte, convincente fatto di competenza clinica e di ricchezza relazionale fondato su una solida organizzazione del lavoro di équipe. Dobbiamo superare il concetto di uno o più dottori, qualche infermiera e un po' di personale amministrativo spacciati per organizzazione di un team.

Se il modello di riferimento resta ancora quello del Regno Unito, a esso dobbiamo avvicinarci funzionalmente.

Innanzitutto, una prammatica di come si lavora insieme, in cui i numeri sono la conseguenza delle funzioni. Oggi la Medicina Generale britannica occupa quasi 200 mila addetti. Solo 45.869 sono GPs (*general practitioners*). Il resto è composto da infermieri, 24.121, personale amministrativo non clinico 97.213 e personale addetto all'assistenza domiciliare 20.622.

In totale 3,1 unità di personale per ogni medico. L'aggregazione di uno studio medico varia da 3 a 7 medici a seconda delle realtà locali, con valori di clientela che vanno da 5.500 a oltre 10.000 assistiti per aggregazione.

In pratica un team di 5 medici comprende un gruppo di collaboratori – sanitari e non – di circa 15 unità. Quanto questo dato numerico coincida con l'efficienza e la qualità professionale è **oggetto di un altro ragionamento**. Ma è evidente che questo rapporto di un addetto alle cure primarie ogni 500 assistibili è un dato consolidato e non contestabile.

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

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

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

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

## La Medicina Generale moderna

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

Questa Medicina Generale analizza, si organizza e si adatta ai bisogni del suo territorio. Si specializza in persone. Non sta dietro un bancone ad aspettare che una sofisticata e sempre più esigente organizzazione sociale si adatti a una centralistica gestione dei problemi

di salute della popolazione di assistiti, ma programma aggiornamento e formazione sulla base delle proprie potenzialità e in previsione dei cambiamenti dei bisogni di salute che una popolazione in dinamica e non statica evoluzione va incontro.

Questa Medicina Generale non può essere sostituita a piacere da un sistema in cui è il servizio sanitario ad attendere e dare risposte (magari anche ben integrate) all'interno delle sue strutture. Un ospedale del territorio, con un vestito da cure territoriali ma con un'anima ospedaliera e da Sanità Pubblica.

Badate, è un errore pensare che si confrontino due punti di vista SANITARI diversi, DUE MODELLI ORGANIZZATIVI DIVERSI, DUE RAPPORTI GIURIDICI DIVERSI.

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

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

Questa controversia fu illustrata molto bene da Hannu Vuori nel 1986 in un incontro al Barbican Center di Londra (*Wonca 1986 - Keynote Address, Health for all, primary health care and general practitioners, Hannu Vuori, MD, PhD, MA Chief, Research Promotion and Development, WHO Regional Office for Europe*).

### General practitioners - allies or enemies of primary health care?

Anni dopo Alma Ata, a dispetto dei vetusti ripetitori dei vecchi concetti, Nakajima, allora direttore Generale dell'OMS, affermava nel 1992 che appena le società moderne, socialmente evolute raggiungevano maggiori consapevolezza sociali e sanitarie e maggiore capacità economica, le comunità richiedevano, dappertutto un medico della persona che affrontasse problemi personali superando l'offerta indifferenziata collettivistica dei vecchi servizi di Sanità Pubblica.

In un controverso interminabile dibattito iniziato alla fine degli anni '70 si confrontano due distinti punti di vista, equivalenti grosso modo a due distinte visioni. Medicina Generale è pubblica o privata?

## La Medicina Generale oggi: una visione per il futuro

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

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

Per tale motivo ritengo neutro e quindi superato l'annoso dilemma sulla libera professione della Medicina Generale. Peraltro profondamente distorta da 40 anni di contratti e accordi che hanno introdotto profonde modifiche al concetto di libera professione liberale come intesa un tempo.

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

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

Oggi, 21 maggio il distanziamento sociale è terminato. Le terapie intensive e i reparti COVID sono quasi vuoti. Restano le mascherine, i gel, i termoscanner e l'auspicabile distanza individuale.

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

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

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

Veniamo da decenni di mancata programmazione della presa in carico. I pazienti sono stati mal gestiti hanno organizzato discrezionalmente la propria modalità di interagire col medico di famiglia. Hanno dettato tempi, frequenze, modalità di contatto, modulazione della domanda. Gli accessi e la loro temporalità sono stati NON Gestiti. Non sono stati organizzati gli accessi programmati per patologia. Pochissimi hanno realizzato processi peraltro intuitivi e logici per costruire un piano individuale di presa in carico di ciascun paziente. Eppure sappiamo che la possibilità di descrivere, programmare e calendarizzare il processo di presa in carico è l'elemento che differenzia una Medicina Generale disorganizzata e caotica da una professione costruita su criteri sistematici, time-saving e finalizzata al raggiungimento di obiettivi di salute.

L'accesso indiscriminato, caotico, non programmato, da ieri è sospeso. Accedere alle cure e agli studi corrisponde alla configurazione di un set di criteri che fotografino uno per uno tutti i nostri pazienti, patologie trattamenti, flussi di salute, caratteristiche delle microcomunità, dei nuclei familiari, dei percorsi quotidiani di trasporto e logistica, di accesso ai servizi e ai luoghi di lavoro, di frequentazione di attività ludiche ed extralavorative.

Il tempo della lentezza deriva da una profonda trasformazione delle procedure di accesso agli studi e al domicilio. L'assistenza programmata deve fare i conti con nuovi criteri di sicurezza degli ambienti, dalla messa in sicurezza degli operatori, dei pazienti e delle loro famiglie.

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

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

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

La rilevazione dei segni, legata alla telemedicina e alla trasmissione delle immagini statiche o in movimento è stato oggetto di poche osservazioni e di modesto impiego in Medicina Generale.

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

La struttura base di uno studio medico segue fino a oggi logiche di ergonomia priva di standard. È una tipologia passiva legata alla morfologia corrente. In molti paesi le caratteristiche costruttive di uno studio di Medicina Generale fanno parte della programmazione sanitaria.

Se volessi costruire ex novo uno studio nel Regno Unito troverei aree dedicate nei piani regolatori e tipologie edilizie facilmente reperibili sul mercato.

Gli accessi legati a prestazioni con elevata intensità numerica concentrati nell'unità di tempo diventano altresì complesse e problematiche. Basti riflettere all'imminente campagna di vaccinazione antinfluenzale che potrebbe raggiungere dai 150 ai 400 pazienti per medico. La vaccinazione erogata sinora era basata sull'intensività di volumi in tempi ristretti. Tutto questo sarà praticamente impossibile per tempi, logistica, caratteristica degli ambienti e modalità di somministrazione.

Possiamo paradossalmente affermare che in un momento in cui dovremo effettuare più vaccinazioni avremo bisogno di studiare modalità, tempi e procedure di vaccinazione ancora sconosciute. Cambia in sostanza il concetto classico di metodologia clinica.

## La metodologia clinica della nuova Medicina Generale

Ho un vecchio libro del 1993, che esprime bene il concetto di Metodo Clinico: "The clinical method is the means by which physicians discover facts about the sick or well patient and enter them into the diagnostic and therapeutic process in equal partnership with information about disease, pathophysiology, and technology. The inadequacy of the clinical method as currently taught and practiced creates problems for physicians, patients, and the health care system — especially primary care medicine. There are three problems. First, knowledge of persons, generally absent from the method, is just as important as knowledge of disease as a foundation of primary care. Second, much of the information required for diagnostic and therapeutic decisions in primary care must still be obtained from communi-

cating with and examining patients. Finally, the clinical judgment of individual physicians is also a component of the clinical method that is insufficiently stressed, and yet the health and well-being of patients are directly dependent on it" (*Eric J. Cassell. The Clinical Method. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195113235.003.0005*).

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

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

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

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

## Modifiche non cambiamenti

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

Abbiamo per necessità modificato la falsa dematerializzazione delle ricette, grande inganno italiano.

La ricetta infatti non era sparita anzi era diventata un foglio di carta più pieno di inchiostro. Un paradosso tecnico: da rossa a bianca, più carta e più toner consumati, stessa perdita di tempo per stamparla e consegnarla/ritirarla.

Ma perché non si poteva far sparire prima la ricetta fisica? Perché forse importava poco che i cittadini fossero liberi di ritirare i farmaci dappertutto senza spostamenti inutili e senza essere vincolati da due fustelle da appiccicare su fogli di carta "residenti" e rimaterializzati. Anzi fossero liberi di ricevere i farmaci a casa.

COVID ha momentaneamente fatto accantonare il grande tabù della deontologia clinica: Il "triage" telefonico e il monitoraggio attivo delle patologie da casa sono diventati temporaneamente la regola.

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

Si può fare molto di più di quanto avessimo fatto in passato con la collaborazione di un cittadino cooperante e ben formato. Vale a dire – è la scoperta dell'acqua calda – che un cittadino ben informato e ben organizzato può sorvegliare con il medico molti parametri di salute e di malattia.

COVID-19 ha mostrato che gli ambulatori affollati di un tempo oltre che essere pericolosi oggi per la pandemia, sono pericolosi sempre perché tradiscono la disorganizzazione, la mancata programmazione del monitoraggio delle patologie croniche da parte del sanitario, lasciata invece alla iniziativa del paziente

Si è modificato il concetto tradizionale che la presenza fisica sia sempre e comunque necessaria per ragioni mediche e medico legali determinata dal bisogno di ritirare un certificato di malattia, un foglio di carta, un inutile e incancellabile piano terapeutico, un ennesima misurazione di pressione, in un mondo in cui la fisicità del contatto col medico deve rispondere a due sole precise condizioni di necessità: la necessità di osservare di persona sintomi e segni certi ed eseguire trattamenti non effettuabili altrimenti e non eseguibili a distanza, e la necessità di parlare con il proprio medico. Che rappresenta almeno la metà del successo della relazione terapeutica.

Medici e pazienti hanno bisogno di comunicare TRA LORO. COVID ha provato a far interrompere questi contatti con l'appoggio di qualcuno che erroneamente pensava che la soluzione al problema di salute fosse solo nella diagnosi e nella terapia. Medici e pazienti hanno trovato da soli la soluzione con l'uso di strumenti semplici, per poter tornare a parlare tra loro. In attesa di mirabolanti strumenti di teleconsulto hanno deciso che whatsapp risolveva alcuni problemi basilari di comunicazione.

Nel Regno Unito il NHS ha dotato i suoi medici di una piattaforma, LIVI della KRY, per effettuate televisite con i propri pazienti.

Piaccia o meno per noi oggi WA è lo standard di base più diffuso e riconosciuto in attesa che qualcuno ripensi globalmente le soluzioni.

\* \* \* \* \*

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

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

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

### E infine il grande dilemma: come cambieranno ruoli, modelli organizzativi, funzioni e relazioni delle professioni del SSN?

Questi temi dobbiamo immediatamente affrontare. Ricordando che perché nulla sia davvero come prima occorre innanzitutto che sia la mentalità del Paese e dell'organizzazione sanitaria a dover cambiare e adattare i propri modelli organizzativi e le procedure ai bisogni delle persone, non viceversa.

## Appendice

### Health for all, primary health care and general practitioners

Hannu Vuori, MD, PhD, MA Chief, Research Promotion and Development, WHO Regional Office for Europe

#### General practitioners - allies or enemies of primary health care?

...passim...

How can I call general practitioners enemies of primary health care? Well, it depends on how you interpret the concept, what you emphasize and what you omit. This becomes obvious if we take another look at the four facets of primary health care: as a set of activities, as a level of care, as a strategy and as a philosophy. There seem to be several traps into which general practitioners may fall and which, in the worst case, make them potential enemies of primary health care.

**Primary health care as a set of activities.** There are usually no difficulties about this aspect. General practitioners tend to agree that all the activities suggested in the Alma-Ata Declaration are relevant. In the industrialized countries they may, however, feel that there are no longer any problems related to the provision of these minimum services. Those who think in this way should not consider 'proper nutrition' in terms of marasmus and kwashiorkor but in terms of nutritional fads, nutritional imbalance and overnutrition. In the context of 'immunization' they should think of the recent epidemic of whooping cough in the UK and of what it tells us about the level of immunization of the population. I could go on, but these examples probably suffice to demonstrate that there is still room for improvement, even in industrialized countries.

A limited concept of primary health care as a set of activities only, coupled with the view that these services are adequate in the industrialized countries, maintains the status quo and clearly hinders any further development of primary health care. It seems that many general practitioners have fallen into this trap.

**Primary health care as a level of care.** This facet is particularly important to many general practitioners. Understandably so as a general practitioner is a soldier in the front line. Consequently, it is tempting for them to equate their own activities with the new concept so forcefully advocated by the WHO and to assume that all the fuss about it is intended to buttress their own professional position.

Although general practitioners unquestionably are key providers of primary care services, their responsibility lies predominantly in the area of medical care. By trying to monopolize primary care they perpetuate one of the main fallacies of primary care: that primary medical care is equivalent to primary health care. Are general practitioners willing to accept the lay care system as a part of the primary care

system? Are they prepared to grant an independent role to other health professionals such as nurses, public health nurses, home health visitors, health educators and nutritionists, or do they consider the other professionals as the servants of physicians? If they do, we cannot have true primary health care, no matter how effective or comprehensive the primary medical care system may be.

**Primary health care as a strategy.** Perhaps most of the traps for general practitioners are related to this facet. In many countries, general practitioners are fiercely proud of their independent role and the private nature of their work. The result is a lack of integration between primary, secondary and tertiary services. The channels of communication and referral remain obscure; duplication of services is common; mistrust may colour the relations between health professionals; waste of resources is almost inevitable; and collaboration between sectors of society remains an illusion. Independent general practitioners who are not a part of an organized system may also find it difficult to accept team-work. They may consider other health professionals as rivals to be fought against or as servants to be taken advantage of. Restrictive licensing laws may be their desired goal. New legislation which would allow a redistribution of labour between the existing groups of health personnel, delegation of tasks and the emergence of new health professionals can be actively lobbied against. Community participation can be conceived as a threat, an unwarranted and undesirable interference by lay people in professional matters. Cost-effectiveness and use of appropriate technology may be sacrificed in order to maximize profits. Decisions concerning what services to produce may be dictated more by self-interest and professional pride than by the needs of the population to be served.

**Primary health care as a philosophy.** In this area, few charges can be made against general practitioners. On the contrary, they have often been in the forefront of movements to defend social justice and equity. They are much better placed than their specialist colleagues to accept a broad concept of health and grasp its significance in the practice of medicine and its corollaries in terms of desired skills and types of personnel. They may, however, be guilty of adopting a paternal attitude towards their patients, thereby undermining the notion of self-responsibility; and in some cases the quest for financial gain may suppress the quest for equity. Development of primary health care - a challenge for general practitioners.

**In spite of the traps into which some general practitioners may have fallen,** I trust that the great majority of you want to take up the challenge of promoting primary health care and thereby health for all, together with the WHO and its member states. It may require great effort, even compromises and sacrifices, but the benefits will make the endeavour worthwhile. The most important thing is to recognize that primary health care is a broad concept; it is a set of activities, a level of care, a strategy and a philosophy. It cannot be monopolized by any one group of health professionals. General practitioners need to accept the idea of including their work in a national system, with at least a modicum of national health planning - however much they may cherish the idea of private practice.

**The benevolent but paternalistic single-handed practitioner is becoming a figure of the past.** In health centres staffed by teams of health professionals working as equals scientific and professional standards of service can be maintained. Such a mode of operation will ensure cost-effective services, the use of appropriate technology and collaboration with other concerned sectors of society such as education, housing and social services. The planning and management of such centres will be assisted by community representatives, to ensure social acceptability and relevance to the needs of the population. Ideally, community participation will be extended from patient participation groups providing advice to locally elected bodies exercising decision-making power.

**The education of general practitioners must face the new challenges.** The minimum requirement is that all medical students must be exposed to work in primary care during their undergraduate education. Ideally, general practice, family medicine, primary health care or whatever name is chosen should be made a medical specialty. Undergraduate training should prepare future physicians for work in teams and to accept other team members as equals. The establishment of departments of general practice in universities and the foundation of national associations or colleges of general practice will help to achieve and maintain professional standards. Research in general practice will be necessary, to create a solid foundation of knowledge upon which to build educational programmes and professional standards. Research is also an essential ingredient of professional image and self-esteem.

**Let's be allies.** Health for all and primary health care are revolutionary goals but their achievement does not necessarily require a revolution: small, systematic and persistent steps in the direction of the goals are called for. Success depends only slightly on the efforts of the WHO secretariat; health politicians, health authorities and particularly health professionals will determine whether the goals are attained or not. The general practitioners of the world are one of the key groups in this respect.