

## Quarant'anni....

Potrebbe essere questo un compleanno speciale per la SIMG.

Fondata nel 1982, già nelle premesse era scritto ciò che oggi potrebbe e dovrebbe accadere: cambiare radicalmente la struttura, l'infrastruttura e le modalità stesse di organizzazione ed erogazione delle cure territoriali.

Pensate all'informatica. Quando creammo il primo software per la medicina, fummo insultati e derisi.

Badate MEGnet era l'evoluzione di una cartella clinica CARTACEA che creammo nel 1982 e di cui furono distribuite 350 mila copie. In pratica nessuno medico di famiglia teneva un registro, una cartella, un'annotazione dei suoi pazienti.

La SIMG nasce con il concetto di presa in carico innato. Utilizzavamo la digitalizzazione prima che il primo PC fosse messo in commercio. Sostenevamo la completezza della professione in tutte le sue componenti compresa l'organizzazione del personale di studio e della figura infermieristica quando al massimo negli studi medici c'era e, raramente, personale non qualificato.

Nel 1985 organizzammo il primo Congresso dedicato al lavoro di gruppo. Nel 1986 presentammo la prima proposta per la formazione specifica complementare. Sosteniamo da sempre il concetto di SPECIALIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE, al punto da organizzare il Convegno di Monate "L'anello mancante", in cui la creazione della specialità della Medicina Generale sembrava letteralmente a un passo.

Fummo protagonisti poi dell'introduzione della Formazione specifica in Medicina Generale. Pochi lo sanno, ma fino al 1978 la Medicina Generale delle mutue non prevedeva alcun titolo specifico. Chiunque poteva praticarla e chiunque poteva praticare insieme qualunque professione, anche più incarichi allo stesso tempo.

Anche quella battaglia che oggi ovviamente diamo per scontata, era osteggiata da tutti. Aldo Pagni li chiamava "I verdi pascoli della Medicina Generale". Chiunque poteva fare il medico di famiglia senza alcuna ulteriore specificazione.

Oggi qualcuno sta proponendo come novità rivoluzionaria gli stessi concetti che noi abbiamo progressivamente sviluppato e affinato in quaranta e passa anni.

Ma la SIMG nasce con una lucidità di visione che parte da un concetto diverso di professione. Inizialmente ispirata al *National Health Service* (NHS) inglese e al *Royal College of General Practitioners* (RCGP), incorporava sin dall'inizio l'inscindibilità tra formazione prelaurea, formazione complementare/specializzazione e formazione permanente.

Nel 1983 nasce la prima Scuola per Animatori di formazione a Villa Le Rondini e poi per anni, ad Artimino. Gli animatori di formazione applicarono sin dall'inizio la didattica dell'adulto, a piccoli gruppi, per obiettivi.

Da allora il processo di formazione della SIMG ha prodotto l'Alta Scuola, il College SIMG, SIMG Lab e la Scuola di Simulazione.

Quando altri proponevano la pratica ecografica per i medici di medicina generale (MMG), noi nel 1985 creammo a Bergamo la prima scuola di ecografia *bedside*.

Ma cosa significa compiere quarant'anni nell'epoca del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e della reboante grande riforma della Medicina Generale proposta oggi?



**How to cite this article:** Cricelli C. Editoriale. Rivista SIMG 2022;29(3):3-4.

© 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>

Da una parte significa essere compiaciuti dalla constatazione che finalmente qualcuno ha compreso che così non si poteva andare avanti e che la costruzione della vera, nuova, moderna Medicina Generale era un processo appena abbozzato nel 1978 e mai neanche lontanamente realizzato.

Dall'altra esprimo la delusione per un impianto che capovolge il senso della medicina del territorio concentrando nell'*hub* le funzioni che invece dovevano essere potenziate nello *spoke*.

*“Con il termine hub and spoke si intende un modello di sviluppo della rete delle compagnie aeree costituito da uno scalo dove si concentra la maggior parte dei voli. [...]”*

*Ad esempio, a parità di flusso di traffico tra due aeroporti spoke (Catania e Venezia, ad esempio), il convogliare traffico su un hub (come può essere Roma, ad esempio) permette, a parità di flusso, di realizzare più collegamenti in uno stesso periodo di tempo (più frequenze giornaliere).*

*Ciò è possibile a causa del fatto che, per uno spoke, il convogliare tutti i flussi verso gli altri spoke sullo hub si traduce in un incremento del flusso (definito come numero di passeggeri trasportati nell'unità di tempo) spoke-hub. In una rete hub and spoke si ha un flusso che giustifica più voli al giorno e quindi più flessibilità per i passeggeri, a scapito però del tempo di viaggio che risulta maggiore a causa dello stop-over nell'hub.*

*Si può facilmente capire come il successo di una rete hub and spoke dipenda quindi da fattori quali il numero di spoke collegati, la facilità di spostamento all'interno dell'aeroporto hub, la “centralità” dell'aeroporto hub rispetto al network servito. [...]”* (Fonte: Wikipedia, [https://it.wikipedia.org/wiki/Hub\\_and\\_spoke](https://it.wikipedia.org/wiki/Hub_and_spoke)).

In altre parole creare una rete di *Hub* concentra funzioni periferiche verso una centrale di alto livello da cui partono servizi/voli per le tratte o le complessità maggiori.

Molte navette di servizio connettono gli *spoke*/studi dei MMG a un *Hub* che dovrebbe erogare prestazioni e processi integrati complessi.

Ma a pensarci bene questo modello che va bene per razionalizzare l'evoluzione *low cost* dei trasporti è esattamente l'opposto di ciò che serve ai clienti del SSN.

Essi non hanno bisogno e non desiderano viaggiare sulle lunghe tratte. Hanno bisogno di servizi, prestazioni e interventi “di prossimità”, vicini a casa, ai luoghi dove, sempre più vecchi e fragili, tali servizi devono essere erogati.

Sono QUEI SERVIZI CHE VANNO POTENZIATI. La digitalizzazione che serve è quella che semplifica i processi e che diviene l'alternativa allo spostamento fisico verso unità mastodontiche come i Distretti e le Case della Salute.

Quarant'anni dopo ribadisco: quella visione, quel modello che abbiamo pensato e affinato è diverso da questo modello tecnocratico/efficientistico proposto oggi. Costoso, inefficiente e moltiplicatore di funzione evolute al posto di sviluppare perifericamente servizi distribuiti ed efficienti.

Chiediamo: perché investire (ma dove le troveranno le risorse quando ormai l'emergenza economica prevale su quella COVID) su 60-70 mila unità di personale nelle CDC quando con lo stesso numero di unità potremmo finalmente costruire un'ottima ed efficiente rete territoriale di MMG.

Spero che non si pensi di risolvere i problemi distribuendo piccoli ausili diagnostici a medici che non hanno nemmeno il tempo di seguire adeguatamente i processi basilari della loro professione.

Quando verrà letto questo editoriale, le elezioni politiche del nostro Paese si saranno concluse.

Mi auguro che passata la sbornia del PNRR e di *Next Generation EU*, il nuovo governo rifletta bene su come rivedere alcuni processi e alcune ipotesi di allocazione di risorse che invece di potenziare il territorio lo indeboliscono a favore di una visione centralistica e burocratica della Medicina delle Cure Primarie.

Buon compleanno alla SIMG e a tutti quelli che questo percorso lo stanno, da poco o da molto tempo, compiendo insieme.