

WORKSHOP 3 QUALE MEDICINA

-
- SESSIONE A **Uno sguardo alle esperienze internazionali**
moderatori: Nicolino D'Autilia, Filippo Anelli
- SESSIONE B **Come ci vedono gli altri**
moderatori: Maurizio Scassola, Eva Antoniotti
- SESSIONE C **La leadership funzionale medica in Sanità Complessa**
moderatori: Francesco Alberti, Gianluigi Spata
- SESSIONE D **Rapporti con le professioni sanitarie: responsabilità e competenze**
moderatori: Anna Maria Ferrari, Cesare Fassari

Sintesi dei lavori della sessione

Nicolino G. D'Autilia

responsabile Fnomceo Area Strategica Estero

NELL'AMBITO DELLA TERZA CONFERENZA nazionale non poteva mancare uno sguardo alle esperienze internazionali che spesso vengono portate, a torto o a ragione, come esempio da seguire o da evitare nel confronto con la nostra realtà nazionale.

Gli ospiti statunitensi Maria La Porta e Brian Zachariah hanno illustrato un contesto sanitario ospedaliero assai lontano dal nostro, dove la prima è primario anestesista presso il Memorial Hospital di Freeport nell'Illinois oltre che Presidente della commissione medica disciplinare dello stesso Stato e il secondo è Direttore medico del Department of Financial and Professional Regulation sempre nell'Illinois. Entrambi si sono soffermati sugli aspetti organizzativi del loro lavoro professionale e in particolare la prima ha centrato l'attenzione sulle modalità di collaborazione tra anestesisti (team strutturato) che comporta varie fasi di contrattazione dei budget con la Direzione ospedaliera in rapporto stretto con i risultati rag-

giunti. Introiti economici rilevanti a fronte di altrettante significative uscite per supportare le consulenze dei commercialisti impegnati *day by day* a far quadrare il bilancio tra investimenti nella professione, laute polizze assicurative e incassi derivanti dall'attività ospedaliera. Uno scenario profondamente differente dal nostro Servizio sanitario nazionale fondato sui principi di equità, universalità e solidarietà.

Stefano Del Torso, referente Fimp per i rapporti internazionali, si è soffermato sulle ricerche in campo pediatrico nell'ambito europeo, sottolineando la peculiarità della figura di un pediatra di libera scelta come quello italiano, punto di riferimento sicuro per la famiglia fin dalla nascita del bambino.

Un *workshop* in buona sostanza particolarmente interessante e seguito da molti colleghi che non hanno voluto perdere una preziosa occasione di confronto con le realtà sovranazionali che sempre più spesso ci troviamo ad affrontare in occasione di viaggi, scambi culturali e maggiormente di esercizio professionale che i giovani medici decidono di svolgere in realtà lontane dal nostro Paese.

L'impegno in questo senso della Fnomceo sul versante della partecipazione alle varie Commissioni Europee nelle quali i colleghi rivestono anche importanti ruoli di responsabilità politica depone per una attenzione allo scenario europeo della Professione, pur in un contesto storico come l'attuale di incertezza nel governo della stessa Comunità.

La Pediatria e il Territorio in Europa e nel Mondo

Stefano del Torso

Pediatra di Famiglia, Delegato FIMP ai Rapporti Internazionali
Vice-Presidente EAP (European Academy of Paediatrics),
Chairman EAP Research in Ambulatory Settings Network
EAPRASnet

DURANTE L'ULTIMO DECENNIO, i sistemi sanitari basati sulle cure primarie pediatriche sono in calo, e molti paesi si trovano ad affrontare difficoltà a causa della carenza di pediatri che lavorano nelle cure primarie (1). Il curriculum di studi formativo in pediatria per i medici di famiglia/medici di medicina generale varia da paese a paese ed è generalmente o troppo breve o addirittura assente. Vi è, inoltre, la necessità di misurare l'impatto sulla salute dei soggetti in età pediatrica, nei diversi sistemi di cure primarie, attraverso adeguati indicatori di salute e sanitari in questa fascia di età (1).

A partire dal 1978, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano ha erogato l'assistenza pediatrica di base attraverso i "pediatri di libera scelta (pls)" o "pediatri di famiglia" (pdf). Rispetto all'Europa, in Italia esiste una diversità, specie per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi materno-infantili. In particolare esiste la peculiarità data dalla Pediatria di famiglia, che comincia ad essere un modello che i paesi europei, le or-

*L'assistenza
pediatrica nei paesi
europei: i numeri*

ganizzazioni e le riviste pediatriche internazionali (2) osservano con attenzione. In alcuni paesi europei il pediatra viene considerato uno specialista di secondo livello e il personale paramedico svolge gran parte dell'attività preventiva e di puericultura. Nel Sistema sanitario italiano, i pdf lavorano nei loro ambulatori, fornendo l'assistenza di primo livello per le patologie acute e croniche ai bambini da 0 a 16 anni, inoltre si occupano in prima persona anche di prevenzione e puericultura.

Nell'ambito di un confronto tra i vari paesi europei, con particolare riguardo alle cure primarie in pediatria, nella prospettiva di una auspicabile integrazione nel campo della sanità sono stati utilizzati dei questionari (3, 4), inviati a pediatri di alcuni paesi europei e dell'area mediterranea quali Austria, Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Spagna, Svizzera, Grecia, Gran Bretagna, Slovenia, Ungheria, Repubblica Ceca e Israele. In Europa ci sono 180.000 pediatri, di cui 76.000 lavorano nell'area delle cure primarie e assistono circa 170.000.000 di bambini di età inferiore a 15 anni. Il rapporto tra numeri di pediatri e popolazione residente varia da 1 pediatra ogni 2.986 abitanti in Grecia a 1 pediatra ogni 53.846 abitanti in Irlanda.

Se consideriamo la sola popolazione pediatrica da 0 a 14-15 anni la differenza è ancora più significativa e passiamo da 1 pediatra ogni 485 pazienti pediatrici in Grecia a 1 ogni 10.743 in Irlanda. In Italia ci sono oltre 7.000 pdf contro un massimo di 3.900 in Spagna, mentre i medici di Medicina Generale (mmg) sono molto più numerosi in Spagna. Bisogna notare come in Gran Bretagna, con una popolazione simile a quella italiana, ci siano meno di un terzo di mmg (23.000 contro 70.000) rispetto all'Italia

Oltre che in Italia anche in Austria, Germania, Slovenia, Spagna, Svizzera, Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca esiste un'esclusiva competenza del pdf per gli assistiti, tra 0 e 6

anni, negli altri paesi valutati l'assistenza viene condivisa con i mmg o addirittura solo o prevalentemente effettuata dal gp, come accade in Gran Bretagna e nelle zone extracittadine in Francia. Tra 7 e 14 anni il pdf rimane come unico responsabile sanitario per l'età pediatrica solo in Austria, Slovenia, Ungheria, Svizzera, Repubblica Ceca e Slovacchia. Tra i 15-16 e i 18 anni anche la Spagna e l'Italia, oltre alle già citate Gran Bretagna e Francia, demandano l'assistenza ai medici di Medicina Generale, negli altri paesi l'assistenza viene ancora condivisa. In Austria, nella Repubblica Ceca e in Slovacchia tutti i pazienti fino a 18 anni vengono seguiti dai pediatri e in Austria il pediatra è specialista in Pediatria e Adolescentologia.

L'attività del pdf in Italia viene svolta, in una buona parte dei casi, in ambulatori singoli. A seconda delle varie realtà loco-regionali cambia la percentuale di pdf che lavora in associazione (sempre in ambulatori separati) o in gruppo (presenza di più pediatri nello stesso ambulatorio); quest'ultima anche in Italia è guardata con sempre più interesse (5). La percentuale dell'attività in gruppo è nettamente più alta negli altri paesi, fino ad arrivare all'89% dei GP in Gran Bretagna, all'80% in Slovenia e Ungheria. È comune nelle varie nazioni il dato della femminilizzazione della pediatria con percentuali che nella maggior parte dei paesi supera il 50 % di pediatre donne per arrivare all'85 % della Repubblica Ceca. In un recente sondaggio negli Stati Uniti il 64% degli specializzandi del 1° anno erano donne.

Nella maggior parte dei paesi europei presi in esame, l'attività pediatrica ambulatoriale è svolta al 90% a tempo pieno, mentre in Belgio e in Svizzera i pdf svolgono anche servizio ospedaliero (90% in Belgio e 40% in Svizzera). Molto basse le percentuali di pdf (tra il 5 e il 10% al massimo) che praticano attività di ricerca e di insegnamento e ciò avviene solo in 4

*L'organizzazione
dell'assistenza
pediatrica nei
Paesi europei e
nel mondo*

paesi: Italia, Spagna, Svizzera e Israele.

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale è utile mettere a confronto tra i vari paesi le modalità organizzative per quanto riguarda l'utilizzo di personale di segreteria ed infermieristico e l'effettuazione di alcuni semplici esami di laboratorio e strumentali. La Gran Bretagna è il paese che più si serve della possibilità di eseguire esami di laboratorio come l'esame delle urine, il tampone faringeo, ecografie e radiografie in ambulatorio. In Italia poco più della metà dei pdf pratica semplici esami di laboratorio, e solo una minoranza può usufruire di personale (pur senza una figura professionale specifica).

Il numero di pazienti per pediatra è variabile, in Italia fino a un massimo di 1.000 con una media nazionale di 780, mentre negli altri paesi i numeri sono molto più alti con una media di circa 2.000-3.000 pazienti, considerando anche le ben diverse modalità organizzative che consentono l'apertura dell'ambulatorio di gruppo per 3-6 ore fino ad un massimo di 8 ore in Gran Bretagna, Svizzera e Lussemburgo. In Belgio invece non ci sono limiti di orario neanche per il sabato e la domenica. Per quanto riguarda il sabato, i giorni festivi e le notti in Italia, così come in Spagna, l'assistenza è di prevalente competenza dei servizi di continuità assistenziale, mentre viene garantita dai medici del territorio in tutti gli altri paesi mediante tipologie organizzative di gruppo o associazioni. Rimangono ovviamente molte possibilità di miglioramento dell'organizzazione delle cure pediatriche, con particolare riguardo alla frammentazione dei servizi sanitari (6) e all'utilizzo efficace delle risorse seguendo l'effettiva priorità dei bisogni di salute dell'infanzia e dell'età evolutiva (7).

La situazione delle cure pediatriche negli Stati Uniti è notoriamente molto diversa: alti livelli di cura ad altissimi costi per circa l'80% dei pazienti in età pediatrica (0-18 anni, con l'intenzione della American Academy of Pediatrics di proseguire l'assistenza fino ai 21 anni), ma almeno un 20% di

bambini ed adolescenti resta senza nessun tipo di assistenza pediatrica, fatte salve le urgenze in strutture ospedaliere statali. È stato recentemente pubblicato un articolo (8) che documenta come negli ultimi 20 anni l'assistenza pediatrica primaria negli Stati Uniti sia sempre più effettuata dai pediatri con un aumento dal 1990 al 2000 dal 56.2% al 64.2 % . Nello stesso periodo le visite dei pazienti da 0 a 17 anni presso i medici di Medicina Generale sono scese dal 33.7% al 23.9 % . Rimangono da determinare le ricadute sulla qualità dell'assistenza, sulla pianificazione assistenziale ed economica di queste variazioni.

Un problema ancora aperto non solo in Italia, ma comune anche agli altri paesi europei si evidenzia nel momento in cui sia necessario un ricovero. In rari casi è il pdf a mediarlo, più frequentemente il paziente si rivolge direttamente al Pronto soccorso; il paziente viene gestito dai pediatri ospedalieri che raramente comunicano con il pdf se non attraverso la lettera di dimissione nella quale viene descritto l'andamento della degenza e vengono date le direttive per il proseguimento della convalescenza. Ciò che manca è l'interazione tra le figure professionali, manca la comunicazione delle decisioni prese e cosa ancora più importante la discussione di tali decisioni in previsione di un riaffidamento delle cure al pdf. In termini di globalità assistenziale possiamo pertanto porre l'accento sull'importanza della comunicazione bi-direzionale tra l'ospedale e il pdf. È interessante notare che la comunicazione tra ospedale e territorio risulta soddisfacente solo in Svizzera, paese nel quale un'elevata percentuale di pediatri ambulatoriali lavora anche in ospedale. La necessità di una figura professionale pediatrica operante totalmente in ambito ospedaliero sta emergendo anche negli Stati Uniti dove il pdf era anche il medico curante durante la degenza ospedaliera. La riduzione delle risorse economiche e la necessità di migliorare la qualità

Il problema delle ospedalizzazioni

dell'assistenza hanno comportato questa modifica del tradizionale modello organizzativo sanitario. Negli Stati Uniti sta, peraltro, emergendo la figura del medico ospedaliero (mo), definito come un medico che spende almeno il 25% del suo tempo prestando cure a pazienti inviati a ricovero in ospedale dal medico delle cure primarie, dimessi poi dall'ospedale e riaffidati alle cure del proprio medico; le prime esperienze ed i primi risultati sono stati presentati anche in campo pediatrico (9-10).

*Il dibattito sui
diversi modelli di
assistenza sanitaria
ai bambini*

Il futuro della pediatria delle cure primarie vedrà l'affermarsi di team interdisciplinari composti da specialisti e da personale paramedico specializzato in pediatria, la cura del singolo verrà effettuata sempre più in una visione di salute pubblica (11). L'attività del pediatra delle cure primarie verrà svolta nel territorio fortemente integrata con le varie strutture assistenziali con l'obiettivo di creare una "casa pediatrica" e potrà essere assicurata attraverso modelli organizzativi innovativi con l'utilizzo anche di moderne tecnologie informatiche.

Il dibattito su quale sia la metodologia migliore di assistenza sanitaria per i soggetti in età pediatrica è molto acceso (1, 12-15). I modelli di riferimento più studiati sono certamente i sistemi presenti in UK ed in Svezia comparati anche con altri paesi europei (14-15). Alcuni parametri sembrano favorire sistemi che prevedano il pediatra delle Cure Primarie o un sistema dove siano presenti il medico di Medicina Generale/gp a stretto contatto professionale con il pediatra delle Cure Primarie nel territorio (14-16).

I bambini dipendono sia dagli adulti che dai soggetti responsabili delle politiche sanitarie rispetto ai servizi di assistenza sanitaria primaria di cui possono usufruire. Tuttavia, non c'è consenso unanime sul modo migliore di fornire assistenza sanitaria primaria ai bambini. Diversi paesi adottano diversi modelli, i due principali sono: medici di medicina generale

che vedono il bambino nel contesto familiare, e pediatri di libera scelta con esperienza specifica. Non vi è ancora nessuna evidenza scientifica che dimostri quale modello sia più efficace, il che implica che alcuni bambini in Europa potrebbero non essere assistiti nel miglior modo possibile.

Recentemente si è tenuta a Londra la riunione inaugurale per il lancio di un nuovo progetto di ricerca europeo che intende esaminare criticamente i servizi di assistenza sanitaria pediatrica primaria nei 30 paesi dell'Unione europea e dell'area economica europea, e formulare raccomandazioni su quali modelli sono più efficaci.

Il progetto, coordinato dall'Imperial College di Londra, è finanziato nell'ambito del programma della Commissione Europea Horizon 2020, e il coordinatore scientifico è il professor Mitch Blair. Al progetto partecipano 19 partner scientifici provenienti da 10 paesi europei, più Australia, Svizzera e Stati Uniti. Il progetto MOCHA si propone di studiare i vari modelli sanitari adottati nei 30 paesi della Commissione europea e dell'area economica europea. I 19 partner scientifici lavoreranno in collaborazione con esperti nazionali (*country agent*) identificati in ogni paese per ottenere e analizzare informazioni chiave su una serie di argomenti che riguardano il bambino e le cure primarie:

- modelli di assistenza primaria pediatrica (incluse le urgenze);
- continuità della cura e integrazione dei servizi socio-sanitari (cure secondarie, assistenza sociale, istruzione, ecc), comprese le cure complesse, ed i servizi per la tutela dei minori;
- servizi sanitari scolastici;
- servizi di accesso diretto per gli adolescenti;
- individuazione di misure innovative sulla qualità e risultati clinici;
- identificazione di misure composite, utilizzando banche

*Il progetto europeo
MOCHA*

dati di grandi dimensioni, per misurare la qualità e i risultati clinici;

- analisi economiche e di abilità;
- garantire equità per tutti i bambini;
- l'uso delle cartelle cliniche elettroniche in pediatria.

Il progetto MOCHA avrà una durata di tre anni, i risultati finali verranno presentati entro la fine del 2018. Durante il primo anno, il progetto MOCHA raccoglierà informazioni sul sistema sanitario di cure primarie pediatriche di ciascun paese, attraverso un country agent che ha il compito di raccogliere dati scientificamente mirati. Nel secondo anno il team del progetto analizzerà le informazioni raccolte e trarrà delle conclusioni preliminari. La fase finale del progetto sarà quella di proporre quali sono i modelli migliori e come i paesi li possano adottare. Tutte queste fasi sono affiancate da un costante processo di diffusione e di coinvolgimento degli stakeholder.

Il progetto si avvale di un comitato consultivo esterno formato da esperti internazionali, spesso provenienti da varie organizzazioni internazionali, ed agisce in rappresentanza di tutti gli interessi degli stakeholder. I Pediatri Europei sono rappresentati dalla European Academy of Paediatrics, Sezione Pediatrica dell'Unione Europea Medici Specialisti UEMS.

Tutte le informazioni sono disponibili sul sito: <http://www.childhealthservicemodels.eu/>

In un documento preparato per una interpellanza al Parlamento si richiedeva:

1. che sia definita a livello europeo l'età di competenza pediatrica, che non può essere inferiore ai 18 anni, in sintonia con quanto prevede la Convenzione Internazionale sui Diritti del bambino;
2. che sia affermato il principio che, indipendentemente dal modello assistenziale, il pediatra è il medico naturale del bambino;

3. che sia riconosciuto al bambino il diritto ad una sua specificità assistenziale;
4. che il bambino non subisca riduzioni di servizi pediatrici territoriali dipendenti da condizionamenti legati a politiche di sostegno economico;
5. che sia garantito nell'iter formativo delle scuole di specializzazione in Pediatria una idonea e specifica formazione in pediatria delle cure primarie (o pediatria ambulatoriale) anche attraverso la frequenza presso gli studi dei pediatri di famiglia;
6. che il pediatra generalista debba comunque essere il supervisore delle cure primarie territoriali, quando queste vengano ad essere effettuate da medici di Medicina Generale o personale paramedico.

Una attenta analisi dei programmi di assistenza pediatrica e dei risultati ottenuti nei vari paesi sviluppati nell'ottica di un confronto tra pari potrà permettere di soddisfare i bisogni del futuro del nostro mondo, i bambini e anche dei pediatri attuali e futuri di tutte le nazioni.

Bibliografia

- Diego van Esso, Stefano del Torso, Adamos Hadjipanayis, Armand Biver, Elke Jaeger-Roman, Bjorn Wettergren, Alf Nicholson and the members of the Primary–Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP). Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 2010 95: 791-795
- Del Torso S., Bussi R., DeWitt TG. Primary Care Pediatrics in Italy. *Pediatrics* 1997,99,1
- Del Torso S., Luchelli R., Camporese E., Meneghelli G. Il pediatra del territorio in Italia e in Europa. *Riv Ital Pediatr (IJP)* 1998, 24:808 –811
- Camporese E.,del Torso S. La organizzazione delle cure pediatriche

- primarie in Europa. *Il Medico Pediatra* 1999, 3,161- 164
- Calia V., Causa P., Venturelli L. Pediatria di Gruppo. *Medico e Bambino* 1998, 17,7
 - Meneghelli G. Analisi dei fattori di crisi dell'assistenza Pediatrica. *Il Medico Pediatra* 1998: 7,5
 - Schuster MA, Duan N., Regalado M., Klein D. Anticipatory Guidance. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:1191-1198
 - Forrest CB, Counting Child Health Care Professional. *Arch Pediatr Adolesc Med* ,2004,158 : 13-14
 - Bellet PS, Wachter RM. The Hospitalist Movement and its implication for the care of Hospitalized children. *Pediatrics* 1999,103,473 - 477
 - Bellet PS, Withaker R. Evaluation of a Pediatric hospitalist Service: Impact on Length of Stay and Hospital charges. *Pediatrics*, 2000,105,478- 482
 - Cheng T. Primary Care Pediatrics: 2004 and beyond. *Pediatrics* 2004, 113(6):1802-18092
 - Ingrid Wolfe, Matthew J Thompson, Alan Craft, Ed Peile, Pieter A Wiegiersma, Staffan Janson, T L Chambers, Martin McKee. *BMJ*, 2011, 342: 901.
 - Ingrid Wolfe, Matthew Thompson, Peter Gill, Giorgio Tamburlini, Mitch Blair, Ann van den Bruel, Jochen Ehrich, Massimo Pettoello-Mantovani, Staffan Janson, Marina Karanikolos, Martin McKee. *The Lancet*, 2013, 381: 1224 – 1234
 - Fiore M, Del Torso S, Chiamenti G *BMJ* 2014; 348:g3030 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3030?tab=responses>
 - Sanchez Pina C, Carrasco A, Villaizán C, Aparacio M, Sanchez L, Begoña D *BMJ* 2014;348:g3030 <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3030?tab=responses>
 - Tom Stiris, Stefano del Torso S, Jean Christophe Mercier et al. *The Lancet* 2015, 385:1505

La costruzione di una professione adeguata

Maurizio Scassola

vicepresidente Fnomceo

AL CENTRO DEL NOSTRO DIBATTITO con “gli altri” ci sono stati tre i temi fondamentali di riflessione: la necessità di avere una professione medica adeguata, una vera alleanza politica tra medico e paziente, l'alleanza tra tutti gli operatori della salute.

La costruzione di una *professione adeguata* (Ivan Cavicchi) ci deve impegnare a ricontestualizzare i nostri principi, i nostri doveri ma anche i nostri diritti all'interno di un ambiente sociale, culturale, professionale ed economico in continuo cambiamento. Ci siamo sempre detti che dobbiamo recuperare il senso più profondo della *cura, come attività umana* dove scienza, cultura, valori, etica, sensibilità, appropriatezza interagiscono per *sostenere la persona malata nel suo percorso di vita*. La formazione professionale ed un nuovo rapporto costruttivo con il mondo accademico devono portare al cambiamento della professione; d'altra parte la formazione non può essere svolta solo in ambito universitario ma anche al-

l'interno dei luoghi formativi per eccellenza: dove si svolge la vita quotidiana delle persone. La formazione è quindi strumento di ricontestualizzazione, di pratica clinica legata strettamente ai bisogni di salute, di riorganizzazione dei servizi che devono essere coerenti con la vita e i suoi ritmi circadiani. Il confronto con “gli altri”, pazienti, operatori sanitari, amministratori, politici, ci permette di porci criticamente in discussione e di rivisitare il nostro ruolo: durante la nostra vita professionale non dobbiamo perdere occasione per svolgere una verifica e una revisione costante dei nostri atti e dei nostri comportamenti. Questo percorso di qualità è anche un percorso di ricollocazione sociale e politica. In questo senso noi dobbiamo essere *nuovamente adeguati*.

La nostra presenza nel contesto sociale sarà tanto più incisiva e determinante quanto più riusciremo a svolgere anche una attività politica; è in questo senso che ci vengono le sollecitazioni dal mondo dell'associazionismo (Tonino Aceti, *Cittadinanzattiva*) che ci sollecita esplicitamente alla *protesta*, richiamando la necessità di “stringere un patto tra tutti gli attori per difendere la sanità pubblica”. Questo *invito* è anche una richiesta di alleanza vera per definire attività sociali, informative, educative e politiche che permettano alle persone di esprimere i propri bisogni ed agli operatori della salute di formulare proposte e progetti per salvaguardare la Sanità Pubblica.

Difendere l'autonomia del medico nelle scelte secondo criteri di appropriatezza vuol dire difendere il diritto alla salute dei cittadini, dare sicurezza nelle cure, offrire al Ssn modelli organizzativi efficienti, ottimizzare le risorse, indicare obiettivi di salute concreti ed evitare lo smantellamento dei Servizi per soli fini contabili o per *efficientamento* organizzativo-amministrativo.

Ecco che la strategia di una parte del mondo associativo – *difendere il medico per difendere il cittadino* – non è solo una

proposta provocatoria (Gabriella Accoramboni, presidente della Associazione Onlus *La voce del cuore per la chirurgia*) ma pone la questione di una vera alleanza che riunisce pazienti in un rapporto positivo, proattivo con i propri medici; la promozione del valore di questo rapporto, di questa alleanza tra medici e pazienti è infatti la mission dell'Associazione. Se leggiamo l'art. 20 del Codice di Deontologia Medica comprendiamo come questa relazione rafforzi ancora di più il concetto di relazione che "persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura". Possiamo affermare che questa alleanza è necessaria e strategica: la mia sicurezza come operatore della salute è la tua sicurezza come persona che assisto; abbiamo interessi comuni che identificano le priorità di questa alleanza: la sicurezza e la qualità delle cure.

Per offrire serenità ai medici come è possibile limitare il contenzioso medico-paziente? Qual è il ruolo degli avvocati? Esiste la possibilità di fare alleanza con gli avvocati? Giovanna Ollà – Consiglio Nazionale Forense – non nasconde le difficoltà di questa relazione ma parte dal protocollo siglato recentemente da Fnomceo e Cnf. Lo rappresenta come un piccolo punto di partenza che può incominciare ad incidere sulla *deriva di mercato* che introduce forme e strumenti aggressivi di pubblicità e vede l'inserimento di nuovi soggetti che con l'etica dei comportamenti hanno poco a che vedere. D'altra parte la forte pressione della sottoccupazione nell'ambito della avvocatura spinge molti professionisti a ricercare ossessivamente spazi professionali.

Tutti concordano che i medici devono trovare anche all'interno delle equipe multiprofessionali uno stimolo importante per il loro cambiamento. Il lavoro in team è una occasione di crescita professionale, di responsabilizzazione individuale

e collettiva, di sicurezza; anche in questo ambito *la mia sicurezza è la tua sicurezza*. All'interno di attività sempre più complesse, è essenziale che queste siano tracciate e le responsabilità individuali identificate; nel gruppo l'audit interno, la formazione inter e intraprofessionale, la comunicazione degli errori e degli incident reports fanno parte costitutiva della sicurezza e della efficacia delle cure.

Credo che da questa tavola rotonda sia scaturito un messaggio, un invito pressante: il medico deve affrontare con consapevolezza e determinazione i cambiamenti in atto; il suo ruolo è vissuto da tutti come fondamentale in una società in grande trasformazione; il suo compito è quello di riuscire ad adeguare velocemente il proprio profilo professionale e civile ai nuovi bisogni di una Società in grande trasformazione e in grande disorientamento.

Crediamo che la sua capacità di orientare le persone e le Comunità di appartenenza verso questi nuovi orizzonti gli permetta di recuperare pienamente ruolo e autorevolezza.

Relazione introduttiva alla sessione

Guido Regis

vicepresidente Omceo Torino

componente Gruppo di lavoro Fnomceo “Centro Studi,
Documentazione e Ricerca”

IN SEGUITO AL CONTINUO MUTARE ed evolversi del nostro sistema sanitario, si è iniziato a parlare di Sanità Complessa.

Riassumiamo brevemente alcuni degli aspetti principali di questi mutamenti.

*I mutamenti
della sanità*

- *Evoluzione del quadro demografico, sociale, epidemiologico:* invecchiamento, urbanizzazione, multietnicità, povertà, inquinamento, malattie croniche, polipatologie, disagio mentale, ambiente e salute.
- *Evoluzione del concetto di attesa di salute e personalizzazione delle cure:* esigenze del paziente, elevate aspettative, difficoltà a riconoscere i limiti scientifici tecnologici, speculazione mediatica e rivendicativa risarcitoria.
- *Impatto dell'ICT (Information Communication Technology)* sulle organizzazioni sanitarie e sul ruolo dei professionisti.

- *Ruolo sempre più centrale del cittadino* a fronte di una diversità di *compliance* nel saper utilizzare gli strumenti tecnologici (internet), nel partecipare al percorso di cura, nel comprendere il concetto di appropriatezza.
- *Incremento d'investimenti ed innovazione nel settore biomedico.*
- *Quantità di risorse limitata rispetto alla crescente domanda di salute.*
- *Complessa integrazione fra gli interessi delle persone, comunità, "stakeholders" e decisori politici.*
- *Evoluzione delle caratteristiche ed esigenze delle professioni sanitarie:* lauree brevi, specializzazioni, masters...
- *Sanità business* con l'utilizzo tra l'altro di un concetto prevalentemente economicistico nella governance dei sistemi sanitari, pericoloso sia nel sistema pubblico sia in quello privato, con implicazioni notevoli sul concetto di universalità ed equità delle cure, ed un impatto notevole sugli aspetti etici e deontologici della professione.

*Le trasformazioni
per la professione
medica*

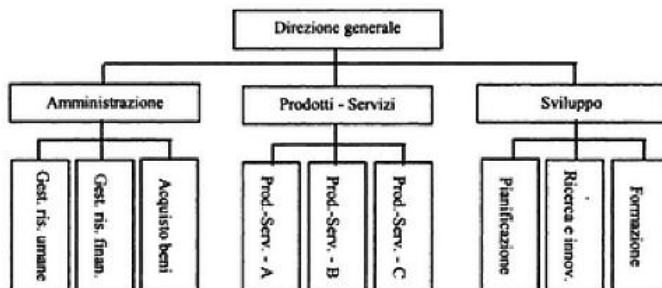
La professione medica si trova pertanto ad affrontare una rivoluzione che la pone di fronte a trasformazioni di significativo impatto, tra le quali:

- dover rendere conto delle performance, degli esiti nonché dell'impatto economico rispetto alle strategie utilizzate per raggiungerle, cercando di evitare i conflitti d'interesse;
- necessità di lavorare in team;
- utilizzare e filtrare l'elevata quantità di informazione e dati disponibili sia in materia scientifica sia per quanto riguarda la conoscenza dei processi di "governance";
- aderire a regole e raccomandazioni scientifiche ed etiche non sempre immediatamente traslabili a fronte di decisioni politiche contraddittorie e talvolta in conflitto con le stesse;
- modificare il modello di relazione con le persone e con la comunità.

A tutto questo si aggiunge la necessità di elaborare “nuovi” modelli organizzativi che prevedano una integrazione equilibrata tra il sociale e il sanitario, le varie fasi del “percorso” del paziente, l’intensità di cura e la continuità delle cure, la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà, la garanzia di standard di sicurezza ed efficienza con la riduzione dei costi. Esiste a tal proposito una discreta letteratura concorde nell’individuare la necessità di una evoluzione dell’organizzazione e programmazione anche del sistema sanitario, con progressivo passaggio dal modello funzionale verso quello a matrice (v. Tab 1; Giorgio Gosetti, Michele La Rosa, *Sociologia dei servizi. Elementi di organizzazione e programmazione*; 2010)

TABELLA 1
IL MODELLO FUNZIONALE

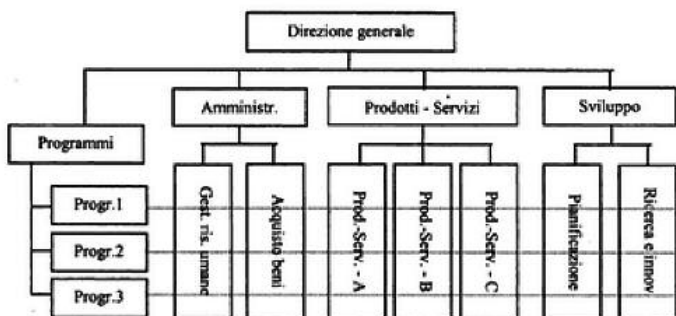
Schema 2.2 - Modello funzionale



Schema 2.3 - Modello divisionale



Schema 2.4 - Modello a matrice



Ma a fronte dei diversi modelli organizzativi è fondamentale non perdere di vista quale sia la principale *mission delle organizzazioni sanitarie*, vale a dire rispondere ai bisogni di salute della popolazione fornendo cura di qualità.

Per perseguire questa mission è necessaria:

- *una buona organizzazione* con integrazione multi professionale al fine di tradurre in una buona assistenza i PDT più aggiornati;
- una partecipazione del personale attiva e consapevole;
- un miglioramento del clima organizzativo.

Non possiamo dimenticare il ruolo centrale delle risorse umane. Da sempre in ogni tipo di organizzazione la differenza la fanno le persone, le loro motivazioni, il loro sentirsi attori del processo. Il clima organizzativo è peculiare, è come la parte sommersa di un iceberg di cui costituisce la componente più voluminosa e determinante nel garantirne la stabilità e sopravvivenza, pur risultando la dimensione invisibile del sistema. È l'espressione degli umori delle persone, delle loro motivazioni, dell'entusiasmo e del modo con cui si relazionano ai vari livelli organizzativi.

In questo contesto le principali caratteristiche richieste ad un medico nel nuovo millennio sono riassumibili in: *capacità di integrazione delle diverse conoscenze, competenze tecniche specifiche delle disciplina, abilità di relazione, adattamento al contesto organizzativo, capacità di affrontare la complessità delle situazioni, positività delle abitudini mentali con capacità osservare le proprie emozioni e riconoscere gli errori* (Epstein RM, Hundert EM; "Defining and assessing professional competence"; *JAMA*, 2002 Jan 9; 287(2): 226-35.)

Ma il medico è chiamato anche ad essere formatore, secondo quegli elementi compresi nell'ormai ampiamente utilizzata definizione di *non technical skills* (NOTTS) (Yule S at all; "Non technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature"; *Surgery* 2006;139 :140-9.)

La mission delle organizzazioni sanitarie

Le caratteristiche del medico del nuovo millennio

TABELLA 2
NON TECHNICAL SKILLS

Abilità interpersonali	Abilità cognitive
Comunicazione	Coscienza della situazione
<i>Leadership</i>	Prontezza mentale
Lavoro in <i>team</i>	Valutazione dei rischi
Briefing / Preparazione/ Pianificazione	Anticipazione dei problemi
Gestione delle risorse	Prendere decisioni
Ricerca di consigli e di <i>feed back</i>	Strategie di adattamento/ flessibilità
Far fronte alla pressione, allo stress e alla fatica	Distribuzione del carico di lavoro

Come si evince dalla tabella all'interno dei NOTTS vengono indicati alcuni elementi peculiari quali la consapevolezza della situazione, il saper prendere delle decisioni, il saper comunicare, il saper lavorare in gruppo e non ultima la *leadership*.

Ma come intendiamo la leadership? Saper dirigere, guidare un gruppo o esserne piuttosto un riferimento riconosciuto? Tutte queste cose? E come si deve porre un leader rispetto al gruppo davanti, di fianco, in mezzo?

L'Academy of Medical Royal Colleges nel 2010 ha prodotto un modello di leadership medica che riportiamo nella Tabella 3.

TABELLA 3
 IL MODELLO DI LEADERSHIP MEDICA

Qualità personali	<ul style="list-style-type: none"> - agire con integrità - sviluppo autonomo - autogestione - consapevolezza di sé
Lavorare in gruppo	<ul style="list-style-type: none"> - spronare ciascuno a fornire il proprio contributo - costruire e mantenere relazioni - sviluppare reti
Gestione dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> - gestione delle <i>performance</i> - gestione delle persone - gestione dei servizi - pianificazione
Orientare verso una direzione	<ul style="list-style-type: none"> - valutare l'impatto - prendere decisioni - applicare conoscenza ed evidenze - identificare i contesti del cambiamento
Migliorare i servizi	<ul style="list-style-type: none"> - facilitare il cambiamento - promuovere l'innovazione - giudicare sempre in modo critico - garantire la sicurezza del paziente

Fonte: Academy of Medical Royal Colleges and NHS Institute for Innovation and Improvement. Medical Leadership Competency Framework. 1st Edition July 2010.

Il modello dell'Accademia Britannica disegna una sorta di Superman della medicina! Il medico italiano è stato selezionato e formato per questo? Gli sono stati forniti gli strumenti? Ha compreso questo tipo di missione? Perché oggi il medico rivendica una leadership? L'ha forse in parte perduta? Se sì, quali sono i motivi? Proviamo a dare delle risposte iniziando dall'ultimo quesito. Perché sembra esserci una crisi della leadership medica in Italia?

Crisi della leadership medica?

Partiamo da un elemento semplice ma dirimente, l'etimologia della parola. Il termine *leader* nasce dal verbo *to leade* cioè guidare, condurre, dirigere.

Analizziamo un concetto comune di guida, quella dell'auto, rapportandolo a quello di leader in medicina, una sorta di pilota esperto che diviene anche istruttore di se stesso e degli altri. Per essere un esperto pilota d'auto è necessario innanzi tutto conoscere bene l'auto ed aver imparato a guidarla al top. Avere la stima ed il riconoscimento di coloro che trasportano con te, ai quali devi insegnare come funziona l'auto ed indicare il metodo per guidarla al top. Saper riconoscere i nuovi piloti leader, valorizzarli ed avere la capacità di farti da parte quando sono in grado di superare le tue conoscenze e capacità, mettendoli eventualmente al volante al tuo posto. Motivare e responsabilizzare chi non ha le caratteristiche del pilota leader. Un leader non può essere imposto ma deve imporsi con le sue reali competenze.

Trasliamo questi concetti in sanità e riprendiamo un principio semplice ma caro a molti noti studiosi di organizzazione in questo campo, come Andrea Gardini o Ivan Cavicchi.

In sanità tutto parte da un *momento clinico*, un bisogno di cura con i suoi aspetti in primis clinici. Da qui si sviluppa tutto il *percorso di cura* che deve essere di *qualità*, con tutti i fattori noti a determinare questo percorso ma che ne rappresentano solo gli elementi formanti, non il principio. Questo percorso si completa con un risultato che nuovamente è in assoluto un *momento clinico*.

In sostanza, sia che si parli di prevenzione sia che si parli di cura, il tutto parte dalla clinica e termina nella clinica.

Ed allora la leadership medica parte da un curriculum clinico reale, non virtuale, che si sviluppa in un percorso di formazione ed esperienza sul campo dei percorsi di cura, terminando con la realizzazione di un medico leader vero, non imposto.

Quel tipo di leader medico diviene realmente utile all'organizzazione del sistema sanitario. Ecco perché gli stessi studiosi che amano il concetto di momento clinico sono altrettanto propensi a ricordare in molte loro relazioni il concetto di *self government* in medicina. *Self government* non significa anarchia, ma naturale selezione delle professionalità e del leader, al fine di sviluppare il miglior percorso di cura in qualsiasi condizione ambientale esterna. Anche in un ospedale militare da campo si può esercitare una medicina di qualità; è sufficiente che si permetta ai medici di autogovernarsi. Il medico meno esperto chiederà aiuto al medico che lui stesso riconosce più esperto e capace di risolvere insieme una situazione clinica ed organizzativa complessa. Non avrà la stessa sensazione di sicurezza, libertà, responsabilità, autonomia se si troverà costretto a chiedere aiuto ad un leader imposto dagli alti comandi ma non all'altezza di quella situazione clinica ed organizzativa. E da qui si ritorna necessariamente al clima organizzativo. Il professionista deve essere messo nelle condizioni di un uomo libero all'interno di un'organizzazione che ne riconosce l'identità, che lo mette nelle condizioni di scegliere perché è a conoscenza della meta e del fine di una sua azione all'interno della collettività, in sostanza responsabilizzandolo con lo strumento della libertà.

La libertà è come l'aria, diceva Don Luigi Sturzo, se è viziata si soffre, se è insufficiente si soffoca, se manca si muore.

Un serio professionista medico se da un lato riconosce il vero leader, ne rispetta la "gerarchia", determinando un ambiente positivo, collaborativo e con elevato standard di qualità, dall'altro disconosce il leader imposto e la sua funzione "gerarchica", alimentando un ambiente negativo, poco collaborativo e con mediocre standard di qualità.

La crisi di leadership medica in Italia può essere ricondotta proprio a queste criticità e viene ben descritta proprio da Gozzetti e La Rosa nel loro libro ove spiegano che il "modello

organizzativo in sanità è ancora di tipo funzionale”, “a canne d’organo” e soprattutto “fortemente autoreferenziale”.

Negli ultimi decenni si è amplificata l’abitudine di imporre troppi “non leader” ad ogni livello, generando una serie di paradossi: pochi *underskilling* che vengo insigniti a governare molti *overskilling*, amplificando arbitrariamente nel tempo il loro curriculum professionale, non essendo quasi mai soggetti ad una reale valutazione dei loro *outcome*. Troppi professionisti divengono autorevoli senza esserlo.

La loro autorevolezza nasce dalla posizione ottenuta e non dalla reale competenza ed il fatto stesso di aver ottenuto una posizione di *governance* li autorizza a presentarla nel loro curriculum. In questo modo si genera progressivamente un ingiustificato gap formale rispetto gli *overskilling*, difficile da superare nel momento in cui venissero posti a confronto sulla base dei curriculum.

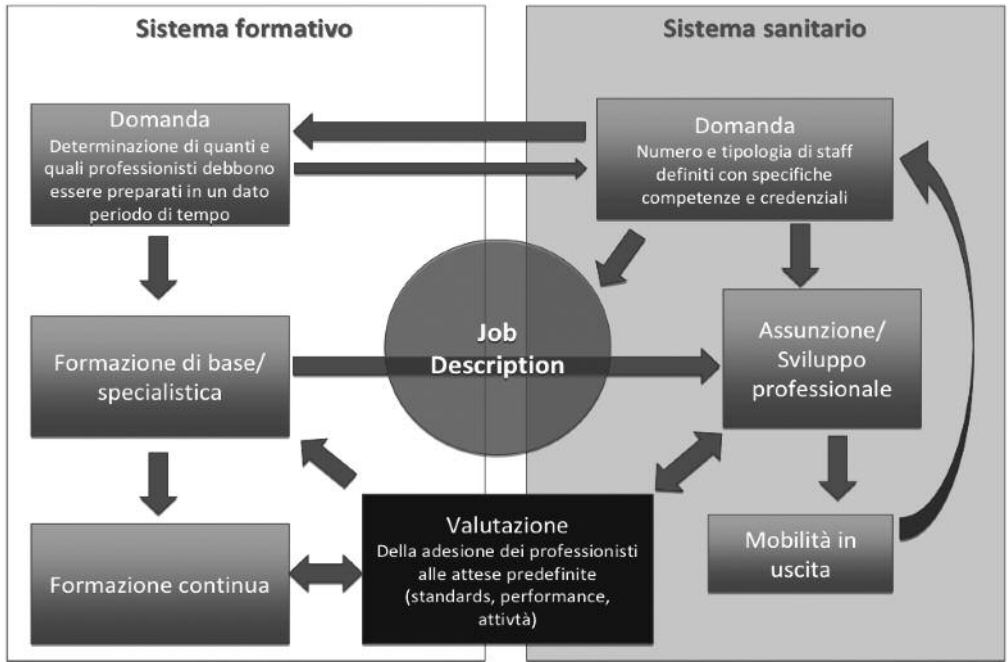
Si determina così una riduzione delle motivazioni nei professionisti di elevato livello ed una scarsa credibilità delle scelte strategiche.

Se a questi fattori aggiungiamo la ormai cristallizzata riduzione del turn over medico negli ospedali va da sé che il prodotto siano nuove generazioni tardivamente formate e soprattutto, una volta assunte, messe in una condizione di difficoltà a reperire medici esperti in grado di supportarli nel loro percorso formativo, o perché demotivati o perché fuoriusciti dal sistema.

*Correttivi necessari,
semplici e urgenti*

Il risultato è un ambiente “viziato” ed un impoverimento del concetto di leadership medica. Credo che da questa analisi i correttivi siano semplici da dedurre ma di fatto difficili da applicare, se non si opera una repentina e radicale rivoluzione culturale nel senso di alcune formule, per altro già ben consolidate in letteratura, come ad esempio la Job Description.

TABELLA 4
LA JOB DESCRIPTION



Formule che non possono però ancora una volta essere interpretate utilizzando modelli economicistici o sviluppate con sistemi di selezione autoreferenziale.

Parallelamente è essenziale che altri elementi innovativi proposti per la fase di reclutamento delle nuove generazioni mediche e per il percorso formativo del medico laureato, fin anche specializzato, vengano rapidamente recepiti soprattutto dal mondo universitario.

Innanzitutto è auspicabile lo sviluppo di un metodo raffinato e credibile che valuti preventivamente gli aspetti vocazionali, cioè l'attitudine alla professione medica.

Quindi è importantissimo che sia nel percorso formativo universitario sia in quello post universitario si individuino spazi adeguati per argomenti quali:

- etica e deontologia;
- Non Technical Skills (NOTTS);
- organizzazione sanitaria;
- leadership;
- comunicazione e relazione.

È necessario inoltre conferire una sempre maggiore dignità al concetto di *Continuous Professional Development* (CPD). Un altro concetto ampiamente condiviso, in funzione della programmazione di una figura medica moderna e leader, è quello dell'integrazione strutturata fra Università e Ssn nel suo percorso formativo.

*Articolare una
nuova proposta di
Organizzazione
Sanitaria*

In ultimo, un accenno ai nuovi modelli di Organizzazione Sanitaria. Fatta salva la necessità già ampiamente argomentata di una profonda rivoluzione culturale e conseguentemente strutturale, ritengo sia opportuno esprimere un concetto che non so quanto sia condiviso in letteratura ma ritengo incontri un discreto consenso tra i teorici esperti. Non è corretto pensare che la politica governi la sanità: è la sanità che negli ultimi decenni si è lasciata governare e non necessariamente dalla politica. Se il mondo sanitario vuole ritrovare una più che lecita e virtuosa autonomia nei processi di Organizzazione Sanitaria, si deve ripartire in modo convinto da uno stretto rapporto tra Università, Società Scientifiche, Organizzazioni Sindacali, Collegi professionali e non ultima Fnomceo. È impellente programmare un percorso che li veda tutti attori, rispettosi l'un l'altro dei ruoli e delle funzioni, di una proposta ben articolata in termini di Organizzazione Sanitaria, che divenga un modello dinamico al quale la politica di qualsiasi colore non possa esimersi dall'uniformarsi.

La centralità del medico nella Medicina delle Complessità

Giovanni Pietro Ianniello
presidente Omceo Benevento

LA REALTÀ DEGLI SCENARI in cui il medico si trova attualmente a operare porta il clinico a confrontarsi con pazienti affetti da più condizioni morbose coesistenti.

Il modello di persona malata che più comunemente contraddistingue il nostro secolo è non tanto la persona affetta da un'unica e definita malattia, acuta e risolvibile nel breve-medio termine, quanto piuttosto un malato cronico, affetto da più patologie incidenti contemporaneamente, in cui il fenotipo clinico risultante è determinato e influenzato non solo da fattori biologici (malattia-specifici), ma anche da determinanti non biologici (status socio-familiare, economico, ambientale, accessibilità alle cure ecc.), che interagiscono fra loro e con i fattori malattia-specifici in maniera dinamica a delineare la tipologia del “malato complesso”.

Ciò richiede di guardare oltre le definizioni tassonomiche tradizionali, e di individuare nuove presentazioni fenotipiche relative ai pazienti, siano essi adulti ma anche, e soprattutto,

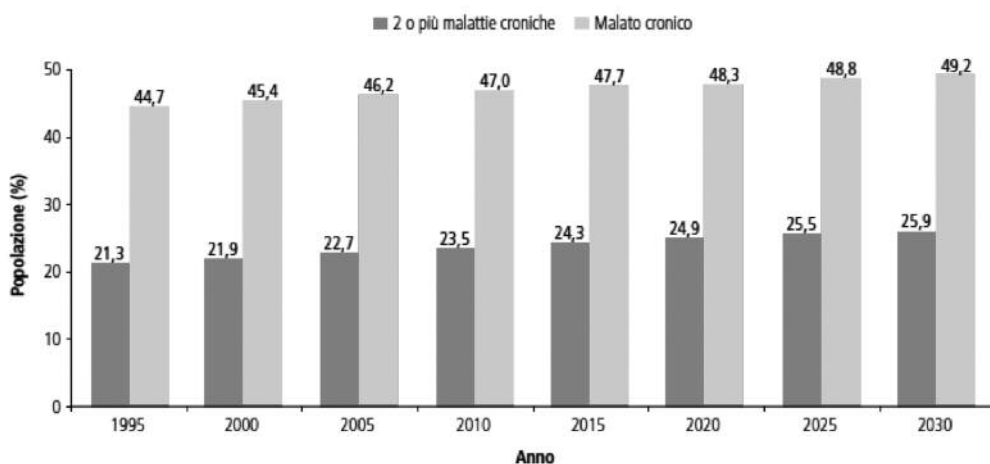
*Il medico
e la complessità*

bambini/adolescenti e anziani.

I progressi della medicina hanno infatti permesso, da un lato, di curare, ma non di guarire patologie che un tempo avevano un esito letale precoce (es. cardiopatie congenite, difetti genici) e, dall'altro, hanno prolungato la sopravvivenza di pazienti affetti da malattie croniche (es. cardiovascolari, metaboliche, oncologiche).

Tutto ciò ha condotto all'emergenza di quadri clinici/fenotipi complessi. Il fenotipo o Fenoma Complesso, lungi dall'essere una semplice sommatoria delle condizioni morbose che lo compongono, rappresenta un'entità fenomenica con caratteristiche peculiari in termini di eziopatogenesi, necessità terapeutiche e prognosi.

FIGURA 1
POPOLAZIONE CON MALATTIE CRONICHE
(ANNI 1995 – 2030)



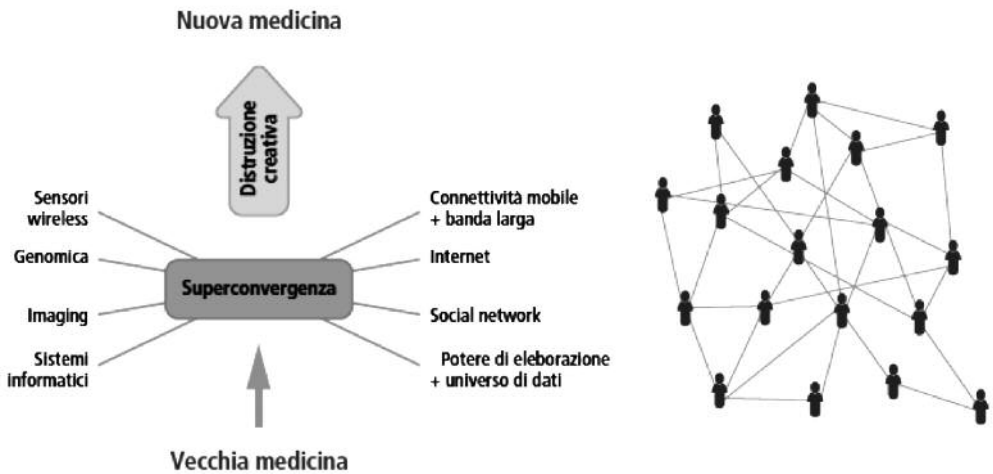
Fonte: Wu et al. RAND, ottobre 2001

La gestione del paziente complesso richiede un approccio, che vada al di là del semplice coordinamento delle varie prestazioni specialistiche, ma che si configuri come messa a punto di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi il più possibile individualizzati, con buon rapporto costo/efficacia, e che prevedano sempre di più l'empowerment del paziente e della sua famiglia, e la costituzione di percorsi assistenziali in continuità ospedale/territorio.

Approccio alla complessità

Questi "nuovi bisogni di salute" stanno determinando un cambiamento nell'agire medico sempre meno incentrato su un approccio riduzionistico (malattia → terapia → guarigione) soverchiato dalla necessità di un approccio di sistema (persona → definizione dei problemi → qualità della vita).

FIGURA 2
DALL'APPROCCIO RIDUZIONISTA VERSO LA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ



Questo approccio prende in considerazione l'aspetto tecnico-clinico, necessario per un adeguato studio del paziente, quello umanistico-comunicativo per analizzare appropriata-

mente la persona, e quello economico-gestionale per realizzare gli approcci che, per i diversi contesti clinici, l'HTA indica come adeguati.

Modelli gestionali della complessità

La realizzazione di un modello di assistenza sanitaria, che possa prendere in carico in modo sostenibile i pazienti con patologie croniche, richiede una nuova definizione dei modelli gestionali.

In tale ottica lo sviluppo di una *sanità d'iniziativa*, ovvero di un modello assistenziale che sia in grado di intervenire, quando possibile, prima dell'insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa, in modo tale da rallentarne il decorso e limitarne le riacutizzazioni, garantisce al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Il modello che meglio integra gli aspetti di prevenzione e promozione della salute è l'*Expanded Chronic Care Model*, dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute, in un'ottica di Community Oriented Primary Care; gli outcome non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l'intera popolazione. Con questo nuovo modello gli sforzi della prevenzione sono di ampio respiro, con il riconoscimento dei determinanti sociali della salute e una maggiore partecipazione della Comunità.

Questo approccio alla sanità di iniziativa ha la caratteristica di unire l'empowerment del paziente con l'approccio comunitario: l'accessibilità alle cure, l'informazione, la proattività e l'autocura insieme ai bisogni della comunità, alla partecipazione, alla lotta alle disuguaglianze, alla prevenzione primaria.

FIGURA 3
 EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



Questo modello gestionale permette di superare l'approccio per patologia (disease oriented), focalizzando l'attenzione sul livello di complessità.

Solo un modello *person-focused* può portare un reale vantaggio nella qualità delle cure, permettendo di modulare la tipologia di intervento sulla base del grado di rischio.

FIGURA 4
 TIPOLOGIA DI INTERVENTO SULLA BASE DEL GRADO
 DI RISCHIO

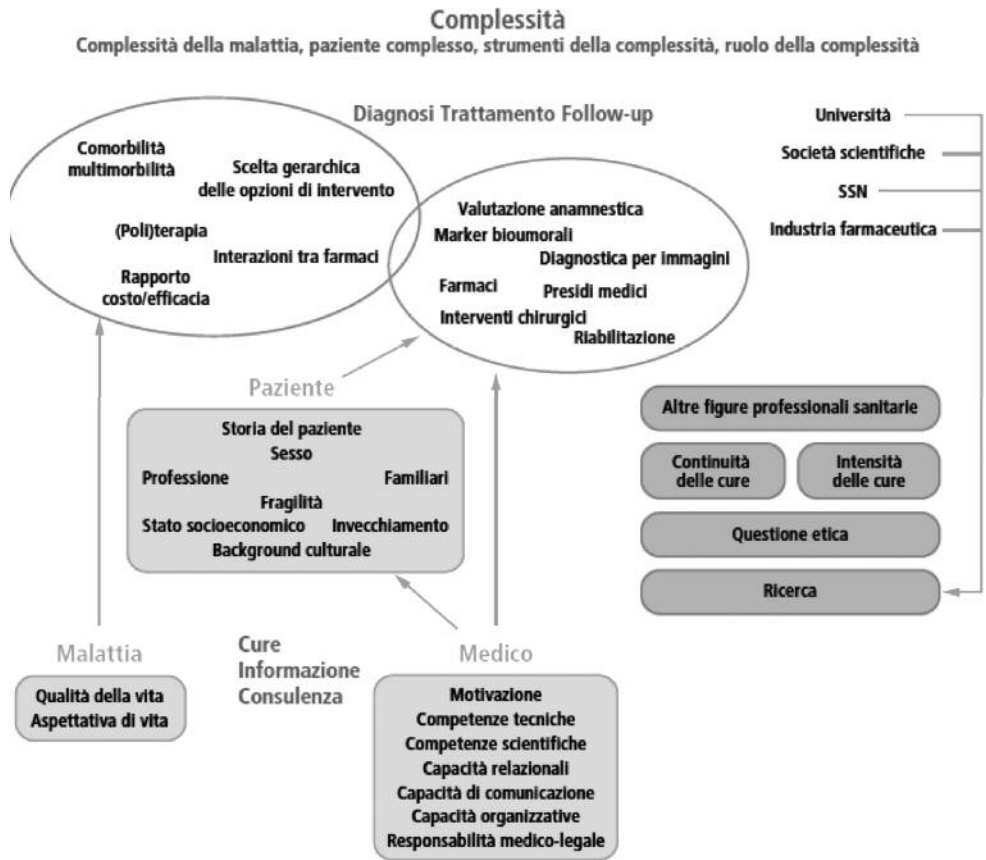


*Professione
 medica e
 Medicina della
 Complessità*

La medicina della complessità offre una efficace e concreta risposta ai bisogni sanitari in evoluzione in quanto: si apre alla medicina sociale, ponendo l'attenzione alle persone socialmente e clinicamente più fragili, che rappresentano la grandissima parte dei bisogni, ai quali un sistema sanitario deve dare risposta; si rivolge alla Global Health, nella quale s'identificano gli ammalati cronici, gli anziani, i poveri, ma anche i migranti.

In quest'ottica, il medico, essendo in grado di analizzare e di gestire nella sua interezza il tema della complessità in medicina, è il solo che può coniugare ruoli scientifici, ruoli di relazione, ruoli clinici e ruoli organizzativi, in un'unità inscindibile, perché rappresentano gli elementi costitutivi della Medicina. Oltre a possedere competenze tecniche, relazionali e organizzative, il medico deve, pertanto, essere in grado di utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione per analizzare nella sua interezza la complessità in medicina.

FIGURA 5
 IL MEDICO E LA COMPLESSITÀ



In conclusione, il medico, in quanto punto di riferimento del paziente nel processo diagnostico, curativo e riabilitativo, è il centro nevralgico della complessa rete del sistema sanitario, possedendo egli la formazione e le competenze necessarie a garantire lo stato di ben-essere del cittadino.

Dialogo e collaborazione con le professioni sanitarie

Giancarlo Pizza
presidente Omceo Bologna

IL CONSIGLIO DIRETTIVO dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Bologna ritiene indispensabile continuare a favorire e sviluppare sempre di più un dialogo tra le professioni sanitarie sottolineando come abbia sempre svolto un ruolo attivo in questo senso promuovendo incontri ed invitando i relativi Presidenti dei Collegi. Ricorda come nel recente incontro con le realtà sanitarie della città richiesto dal Ministro Lorenzin abbia facilitato, all'interno della sede ordinistica, un dialogo ritenuto proficuo dal Ministro stesso, non solo con i direttori generali, sanitari e scientifici delle aziende ospedaliere ed Irccs cittadini, ma anche con i presidenti di tutti Collegi provinciali vigilati dal ministero stesso. Si intende dunque rassicurare la Presidente nazionale del Collegio delle Ostetriche sul fatto che il Suo appello al dialogo, appena lanciato, non solo non cadrà nel vuoto ma che è già tenuto presente a Bologna e soltanto l'agenda di impegni molto fitta della Presidente Ipasvi Mangiacavalli ha impedito

la concretizzazione di una recente nostra richiesta di incontro che giusto poco fa siamo riusciti a concordare.

Dunque nessun problema in tal senso. Non solo dialogo comunque ma anche collaborazione stretta. Si ricorda che tutte le componenti operanti nel Servizio sanitario nazionale hanno l'obbligo non solo normativo, ma soprattutto deontologico, di cooperare per la migliore salvaguardia possibile del diritto alla salute sancito dal dettato costituzionale. Bologna non ha nessuna intenzione di venire meno ai principi suddetti naturalmente nel rispetto delle diverse competenze di cui ciascuna componente medica e sanitaria è latrice e nei confronti delle quali si augura ogni sviluppo secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

