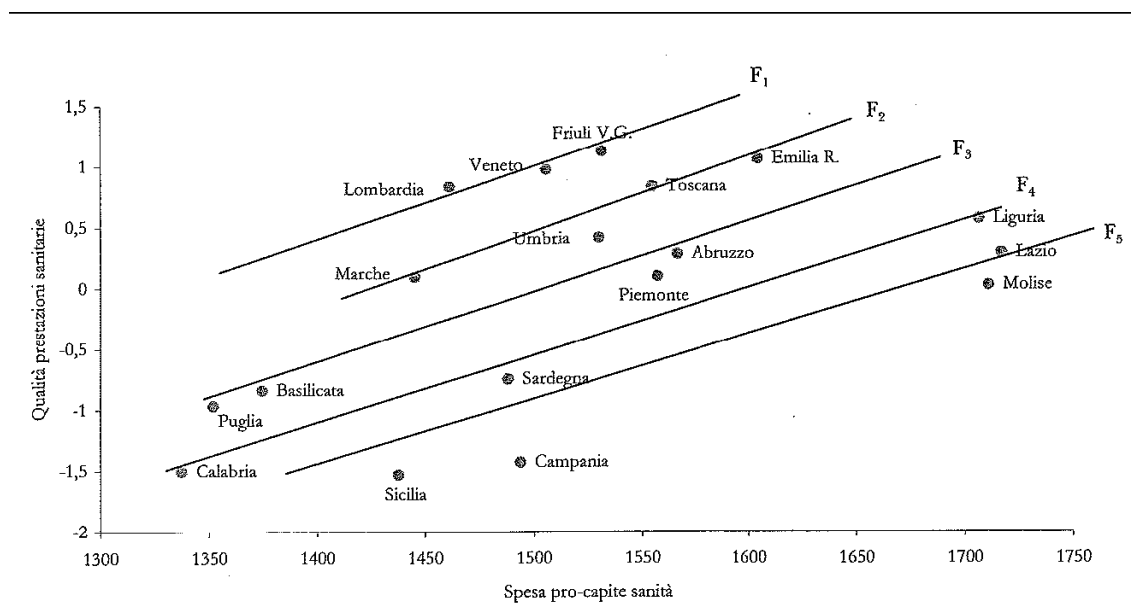


## UNA PREMESSA ALLA PREMESSA, LA VECCHIA MA SEMPRE ATTUALE QUESTIONE MERIDIONALE.



Prima di entrare nel merito dei contenuti del Libro verde e delle risposte che il ministero del Welfare ha sollecitato alle organizzazioni sindacali sullo stato della nostro sistema di tutele sanitarie, vogliamo fare una premessa: bisogna stare attenti a riassumere tutto con dati statistici, molti indicatori ci possono aiutare a capire meglio la realtà ma non a spiegarla in modo esaustivo. Prendiamo l'esempio più controverso: il sud del nostro Paese ha un bilancio sanitario del tutto deficitario, per non dire disastroso: sprechi, disservizi, bassa qualità del strutture sanitarie, alti costi, basso rendimento, qualche isola qua e là di eccellenza (vedi tabella sopra). Tutto vero, ma non basta. Possiamo continuare: clientele, macchine organizzative elefantache, eccesso di personale e una palude di precarietà endemica in attesa di essere stabilizzata. Tutto vero, ma se a questo quadro aggiungiamo un deficit storico di presenza dello Stato, a partire dal versante socio assistenziale (deficit documentato dallo stesso libro verde) e continuando con quello occupazionale, la questione meridionale riappare in tutta la sua cruda attualità.

La sanità del sud Italia è un grande ammortizzatore sociale, risponde non solo alla domanda di salute, ma spesso è l'unica presenza dello Stato e del Welfare. Il disagio dei cittadini in questa parte dell'Italia trova un riscontro certo in alcuni capisaldi concreti e visibili come le scuole, le sedi delle forze dell'ordine, o per quello che ci riguarda le Asl, gli ospedali, le postazioni di guardia medica o del 118. Molti anziani, molte famiglie afferiscono a ciò che hanno imparato ad usare, e talvolta ad abusare, hanno creato un circuito auto prodotto di tutele che da benefici per la qualità della vita di migliaia di persone. Come si misura questo dato, in che statistica appare? La ricaduta dei benefici di questa attività "impropria" non appare negli schemi riportati dal Libro Verde e neppure nei tanti studi che vengono periodicamente condotti per denunciare la cattiva amministrazione dei Servizi sanitari regionali.

Tutto ciò senza prendere in considerazione che in termini di risposta occupazionale la sanità ricopre un ulteriore ruolo "improprio" che per quanto, in molti casi, improduttivo è l'unica risorsa per contrastare anni di assenza di programmazione economica.

Rispetto a ciò, bisogna aprire un confronto ad hoc, mettere in campo un supplemento di analisi, cambiare, senza giustificazionismi il punto di osservazione e di analisi con l'obiettivo di individuare pragmaticamente risposte e proposte concrete.

## **LIBRO VERDE SUL WELFARE, UNA PREMESSA NECESSARIA**

Il Sindacato dei Medici Italiani (SMI) condivide l'analisi dei problemi e delle criticità del Libro Verde. La riflessione in premessa intende avvertire che l'urgente necessità di procedere ad un riordino del sistema Welfare e alla contestuale manutenzione straordinaria del SSN deve accompagnarsi alla salvaguardia dei criteri e dei sistemi che hanno permesso le straordinarie performance di qualità del nostro SSN .

I profondi mutamenti intervenuti nella domanda di salute evidenziano l'attuale inadeguatezza della risposta, intesa come offerta di servizi ai cittadini. Di come cioè al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione e all'aumento della speranza di vita, al conseguente dilatarsi nel tempo e nello spazio delle malattie croniche e multiple, della parziale autosufficienza, della non autosufficienza, delle disabilità, non corrisponda ancora una adeguata rimodulazione dell'offerta di servizi e la necessaria correzione dei processi formativi dei professionisti chiamati a rispondere alle mutate esigenze del sistema.

Si affermano prepotentemente modelli diversi di pratica medica, più "medicine". Quella ospedaliera, vocata alla tempestiva risposta alla patologia d'organo, nella quale il medico è chiamato ad un approccio ultraspecialistico concentrato nel tempo e nello spazio e dove, più del rapporto medico-paziente, diventa importante la tempestività e l'efficacia della prestazione. Quella del territorio, in cui viceversa, il medico, prendendosi carico del paziente nel tempo - sempre più lungo - e nello spazio relazionale della famiglia - sempre più povero - è esaltato il rapporto fiduciario. Quella riabilitativa, che tende ad assumere dimensioni sempre più importanti, nella quale il medico è chiamato non solo ad una molteplicità di competenze, ma anche ad un lavoro di gruppo interdisciplinare centrato sulla domanda di salute dell'assistito. Al primo è richiesta una competenza specifica sulla particolare patologia, la rapidità degli interventi diagnostici e terapeutici. Al secondo, come in parte anche al terzo, di farsi carico del complesso dei problemi di salute del paziente all'interno di un rapporto fiduciario lungo e duraturo, che investe il coinvolgimento di altre professionalità e la gestione di molteplici sistemi relazionali.

E' evidente come ciò richieda profonde modifiche nell'impianto organizzativo e gestionale del Servizio sanitario nazionale, ponendo anche un problema di sostenibilità di costi. Ma chiamando i medici alla sfida della modernità, a significativi cambiamenti culturali, al necessario adeguamento dei processi formativi, rimasti pressoché immutati nell'ultimo quarto di secolo. Deve quindi cambiare l'approccio culturale del medico nel prendersi cura del paziente ed essere ridefinito l'assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale, riqualificando e diversificando l'offerta dei servizi.

C'è insomma un ritardo della politica nell'interpretare i profondi mutamenti avvenuti, ma c'è un grande ritardo dei medici, intesi come categoria professionale, nel comprendere che è necessario ripercorrere strategie unitarie di lungo respiro che consentano loro di riappropriarsi del governo della professione non solo con riferimento agli aspetti deontologici, ma più in generale ai processi formativi e ai momenti decisionali delle politiche sanitarie.

L'eclissi delle principali malattie acute che ci affliggevano appena 60 anni fa si accompagna ad una profonda modificazione della nosografia delle malattie, caratterizzata da una esplosione epidemica della cronicità. La loro gestione rimanda alla rimodulazione dell'offerta dei servizi ma è centrata soprattutto sui corretti comportamenti e stili di vita individuali.

In linea con il concetto di responsabilizzazione personale, che è uno dei fili conduttori del Libro Verde, accanto al diritto costituzionale alla salute va quindi affiancato e promosso **il nuovo paradigma del dovere individuale ad agire per la promozione di una adeguata salute personale**, cooperando con i servizi del SSN per il raggiungimento degli obiettivi di riabilitazione e mantenimento delle funzioni compromesse dalle malattie croniche.

Crediamo quindi strategica una politica che riorganizzi l'offerta di servizi contestualmente al sistema delle esenzioni e dei ticket, nell'ottica della promozione di una attiva modificazione degli stili di vita della popolazione, a partire dalle fasce più a rischio.

**Il Sindacato dei Medici Italiani – SMI – propone le seguenti osservazioni limitandole all'ambito di propria competenza, che riguarda il Servizio Sanitario Nazionale e i medici che vi operano.**

Il SSN italiano ha dimostrato di essere estremamente efficace nel raggiungere i risultati di salute con costi mediamente più contenuti rispetto agli altri paesi OCSE. Nella stessa campagna elettorale americana in corso sia Obama che Mac Cain, con accenti diversi, intendono introdurre un sistema sanitario più solidale e universalistico di quello attualmente vigente in USA e l'alternativa più significativa è quella europea, e, noi aggiungiamo, secondo tutti gli studi, nel panorama del nostro continente quella migliore è quella italiana.

Questi risultati sono dovuti al costante miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, alle innovazioni tecnico-scientifiche ma, come dimostra proprio la situazione americana, sono successi legati anche alla nostra specifica organizzazione sanitaria, caratterizzata dall'accesso universale e gratuito alle prestazioni con particolare riguardo alla diffusione capillare dell'assistenza territoriale e ospedaliera. Tutto ciò è possibile anche grazie ai medici italiani, interpreti di questo modello di servizio e dei profondi cambiamenti intervenuti nella domanda di salute, deputati all'uso appropriato della tekne e del farmaco; successi quindi di tutti i medici del SSN:

- dei medici ospedalieri che interpretano sempre più l'ospedale come luogo di cura delle patologie acute e che hanno costantemente ridotto tempi di intervento e cura, rivoluzionando profondamente le strutture e la propria mission
- dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta, peculiarità positiva del nostro SSN. La loro diffusione capillare, la libera scelta dell'assistito, il rapporto fiduciario e la gratuità delle prestazioni li hanno resi figure terapeutiche strategiche nell'attuale mutato contesto sanitario e sociale
- dei medici della continuità assistenziale che per 106 ore ( su 168 ) la settimana, di notte e nei giorni festivi, insieme ai medici dell'emergenza e del pronto soccorso, sono i punti di riferimento della popolazione

- dei medici specialisti ambulatoriali, parte della rete capillare di servizi in grado di soddisfare la crescente domanda di salute
- dei medici del territorio che attraverso la prevenzione –vaccinazioni e attività distrettuali- e la predizione - consultori, sert, etc – contribuiscono a ridurre mortalità e morbilità.

### **Promozione della salute e Prevenzione collettiva**

“Spendere per la salute, non è un costo, bensì un investimento” Secondo l’OMS, i Sistemi Sanitari hanno un valore aggiunto rispetto alla mera cura individuale delle patologie ed includono la prevenzione collettiva delle malattie, la promozione della salute e gli sforzi per influenzare altri settori che concorrono, con le proprie scelte di politica sanitaria, a sviluppare la salute. Ciò vale a maggior ragione ove si tenga conto del progressivo invecchiamento della popolazione e dei costi legati alla disabilità, dovendo progettare ed attuare una serie di azioni tese a contrastare l’insorgere delle patologie correlate all’anzianità, ovvero la loro prevenzione primaria e secondaria, nonché la loro riabilitazione, corrispondente alla prevenzione terziaria. Appare urgente, quindi, il rilancio della prevenzione e della sanità pubblica, intesa come un valido strumento tecnico ed organizzativo per sviluppare e tutelare la “salute collettiva”, diversa per determinanti e rischi dalla “salute individuale”.

### **LE DOMANDE POSTE DAL LIBRO VERDE**

#### **LE DOMANDE**

17. Come è possibile ridefinire il ruolo del medico di medicina generale in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto di integrazione con gli altri segmenti del SSN? Come coniugare il medico di medicina generale con le strutture del servizio sanitario in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all’*empowerment* dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di bene-essere?

18. Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la medicina generale, anche nella fase di formazione dei medici, e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e di comunicazione?

19. Quale la dimensione territoriale che più efficientemente può trattare tutte le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?

20. Quali le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo, con processi attivi, nei complessi percorsi della rete dei servizi?

21. Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?

## DOMANDA N.17

Come è possibile ridefinire il ruolo del medico di medicina generale in modo da rispondere appropriatamente ed efficacemente ai crescenti bisogni di accessibilità, continuità assistenziale e soprattutto di integrazione con gli altri segmenti del SSN? Come coniugare il medico di medicina generale con le strutture del servizio sanitario in modo da costituire una risposta di rete ai bisogni della comunità e contribuire attivamente all'*empowerment* dei cittadini e alla responsabilizzazione della persona e del nucleo familiare nel perseguimento del massimo livello possibile di bene-essere?

**In SINTESI** ciò che pensiamo: Ruolo e accesso unico, tempo pieno, progressione di carriera, rimodulazione dell'area delle cure primarie con standard riorganizzativi minimi essenziali delle forme organizzative normate su scala nazionale (a standard prestazionali minimi non possono non corrispondere standard organizzativi e modalità di erogazione minimi essenziali), medicina di gruppo, valorizzazione dei presidi ospedalieri minori e connessione con le attività territoriale (punto di primo soccorso attrezzato con diagnostica h 24 o h 16 e funzionalmente collegato con pronto soccorso avanzato per codici gialli e rossi), potenziamento delle attività di DH e ambulatoriali, integrazione con le attività sociali.

### LA RISPOSTA

Il sistema attuale è orientato a rispondere alla domanda espressa, legata a bisogni acuti che presuppongono prestazioni professionali individuali prevalentemente di tipo diagnostico-terapeutico. Mancano interventi di promozione della salute, scarsi sono quelli di riabilitazione ed empowerment. Non ancora sviluppate sono le équipes multiprofessionali più volte auspiccate negli indirizzi programmatori nazionali, utili per realizzare interventi integrati e continui e la presa in carico dei pazienti complessi.

#### Soluzioni:

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** E' necessario sviluppare il modello organizzativo-gestionale dei **servizi in rete** nei quali sono previste **équipe funzionali multiprofessionali e interdisciplinari** composte dai professionisti dei settori sanitario, sociale e della educazione, di volta in volta attivati a seconda della tipologia degli interventi (promozione delle salute, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona). All'interno di questo modello è necessario sviluppare una efficace **comunicazione clinico-assistenziale** fra i nodi della rete, utilizzando specifici strumenti (sistema informativo, sistema di registrazione delle informazioni/documentazione socio-sanitaria...). Nel modello dei servizi in rete si inserisce a tutti gli effetti il medico di medicina generale convenzionato, rinnovato nel suo profilo professionale da una appropriata formazione (vedi punto 4)

- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema della integrazione multiprofessionale e interdisciplinare e sugli strumenti della comunicazione clinico-assistenziale (es. cartelle socio-sanitarie continue che seguano il paziente nei suoi percorsi di cura<sup>1</sup>....)
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere il modello della formazione multiprofessionale e intersettoriale nell'ambito di tutti i **corsi ECM relativi alle patologie croniche.** Tale formazione è finalizzata a fornire agli attuali professionisti impegnati nei settori sanitario, sociale e della educazione una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori. Una formazione di questo tipo è in grado di realizzare le condizioni per attuare interventi assistenziali innovativi (continuità ospedale-territorio, percorsi di cura per pazienti cronici, presa in carico di pazienti complessi...). Questa formazione deve coinvolgere gli attuali medici di medicina generale
- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare il processo della integrazione multiprofessionale e l'uso dei suoi strumenti (es. cartelle socio-sanitarie integrate) come "atti medici", incentivandone la attuazione e prevedendo indicatori dell'integrazione, in termini di struttura e di processo per misurare l'adesione di ogni professionista ai percorsi integrati.

### **Responsabilizzazione del paziente**

Nonostante l'enfasi data da tempo al concetto di responsabilizzazione ed empowerment, il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia nella assistenza è attuato in modo disomogeneo dai vari professionisti, che spesso non conoscono metodi e strumenti per la loro attuazione. Empowerment è un concetto che si presta a molte interpretazioni. In alcuni paesi (Stati Uniti e recentemente Regno Unito) in nome dell'empowerment si è tentato di far passare misure punitive e di restrizione delle prestazioni per i pazienti: responsabilizzo il paziente riducendogli le cure erogate gratuitamente se egli continua ad adottare comportamenti non salutari. Empowerment è invece un **processo educativo continuo**, integrato nell'attività clinica dei professionisti sanitari, che mira ad aiutare

---

<sup>1</sup> Nel progetto Leonardo – Disease and Care Management, svoltosi in Puglia nel 2006-2007, sono stati utilizzati con buoni risultati la "**Scheda riassuntiva del Piano delle Cure**" che accompagnava il paziente cronico in occasione di consulenze specialistiche o di ricoveri ospedalieri e la "**Scheda riassuntiva della consulenza specialistica**" nella quale il medico consulente indicava i suoi suggerimenti per il piano delle cure in merito a terapia, obiettivi comportamentali, follow up. Sarebbe opportuna una più larga sperimentazione

il paziente a conoscere la propria condizione cronica (**informazione personalizzata**) e ad educarlo (**sviluppare una coscienza critica**) al fine di elaborare un piano di azione condiviso (**il piano delle cure**) in un team delle cure in cui il paziente è uno degli attori coinvolti. Questo obiettivo implica la necessità di ridisegnare il modello assistenziale in tutti gli ambiti dell'intervento sanitario, anche se le cure primarie sono considerate l'ambito prioritario per la presa in carico del paziente cronico e di conseguenza per un approccio orientato all'empowerment. Il **Chronic Care Model (CCM)** di Wagner e Innovative Care for Chronic Conditions edito dal WHO indicano un modello generale ed i percorsi possibili.

#### **Soluzioni:**

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** Orientare l'organizzazione sanitaria complessiva per le patologie croniche al CCM, potenziando la medicina generale (con un medico di medicina generale rinnovato nel suo profilo professionale da una appropriata formazione) e tutte le cure primarie come strategia per la gestione delle cronicità, prevedendo operatori sanitari specificatamente formati (**i Care Manager** del CCM) e sociali capaci di offrire un supporto indispensabile al processo di empowerment del paziente
- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema della partecipazione, responsabilizzazione, empowerment e sull'utilizzo dei relativi strumenti (informazione, formazione, counselling...)
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere la attuazione di **corsi ECM multiprofessionali** sui temi della partecipazione, responsabilizzazione, empowerment e sull'utilizzo dei relativi strumenti (informazione, formazione, counselling). I corsi devono essere multiprofessionali e interdisciplinari per fornire una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori.
- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare "atti medici" anche i processi orientati all'**educazione del paziente**, incentivandoli contrattualmente attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito.

#### **Percorsi di cura e presa in carico**

**Criticità.** Le sempre più diffuse malattie croniche, nei loro molteplici aspetti (polipatologia, malattie rare, malattie ad esordio neonatale, patologie croniche con riacutizzazioni, patologie croniche stabilizzate, malattie croniche ad evoluzione

invalidante....) sono affrontate dall'attuale sistema secondo un unico modello rappresentato dalla "risposta per prestazioni professionali", in un sistema non integrato, che genera liste di attesa e nel quale il paziente transita in servizi che non comunicano fra loro, per lo più grazie al sostegno della famiglia.

#### Soluzioni:

- **Orientamenti legislativi ed indirizzi programmatori.** E' necessario sostenere il già citato modello organizzativo dei **servizi in rete** nel quale vengano previsti **percorsi di cura e assistenza** a diversa intensità a seconda della tipologia della patologia cronica, secondo il sistema del Cronic Care Model. In questi percorsi operano **equipe multiprofessionali** composte dai professionisti di volta in volta più appropriati a rispondere ai bisogni dei pazienti. Un percorso di cura e assistenza richiede la adozione di metodi e strumenti scientifici (assessment dei bisogni, definizione di piani assistenziali integrati, erogazione delle prestazioni professionali, verifica periodica di appropriatezza dei piani), la definizione di responsabilità o linee di responsabilità nella presa in carico che presuppone profili professionali appropriati. Il medico di medicina generale, con un profilo professionale moderno acquisito attraverso una appropriata formazione, deve sempre inserirsi in questi percorsi di cura e assistenza con compiti clinici ed anche con compiti gestionali di presa in carico del paziente (es. malattie croniche stabilizzate, malattie eleggibili per assistenza domiciliare integrata); a volte invece potrà essere necessario il supporto di un medico di Distretto/Dipartimento/Unità di Cure Primarie, anch'esso fornito di una solida formazione clinico-gestionale, per favorire l'accesso del paziente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, o al ricovero ospedaliero o a soggiorni in residenze con percorsi facilitati che superino le liste di attesa.
- **Orientamenti di ricerca.** E' necessario sostenere a livello ministeriale **progetti di ricerca applicata** sul tema dei percorsi di cura e della presa in carico
- **Orientamenti di formazione.** Per risultati a breve termine è necessario sostenere la attuazione di **corsi ECM** multiprofessionali e intersettoriali sul tema dei percorsi di cura e della presa in carico di pazienti con patologie croniche a diverso esordio, evoluzione, prognosi, esiti, che richiedono pertanto una diversa intensità di cura e assistenza

- **Orientamenti contrattuali.** E' opportuno considerare "atti medici" il coordinamento di percorsi di cura, la presa in carico globale, incentivandoli contrattualmente e prevedendone la verifica attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito

## **IL NODO DELLA CARRIERA IN MEDICINA GENERALE, PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

*E' urgente rispondere alla fragilità strutturale dell'area delle cure primarie non solo sul piano strutturale ma anche su quello funzionale.*

La medicina generale, la pediatria di libera scelta e la più vasta area dei professionisti delle cure primarie stanno arricchendo il SSN di una nuova cultura professionale e di un'autonoma capacità di crescita organizzativa, adatta a costruire servizi di crescente complessità sul territorio, come risulta indispensabile per rispondere in modo elastico e coerente alla drammatica modificazione della domanda di salute che caratterizza tutti i sistemi sanitari.

Si moltiplicano le associazioni complesse i medici hanno responsabilità funzionali sempre più ampie nelle RSA, negli Hospice, negli Ospedali di Comunità e in tutte le strutture intermedie che la fantasia amministrativa sta inventando per far fronte alla profonda modificazione della epidemiologia.

Cresce la necessità che al pensiero innovativo della medicina e pediatria di famiglia venga riconosciuta una più ampia responsabilità nella organizzazione e implementazione delle cure primarie, ma restano isolati gli esempi di un coinvolgimento diretto nel Distretto, nello staff di direzione delle ASL e nei tavoli decisori di Regioni e Ministero.

A questa crescente responsabilità funzionale deve corrispondere, nel progetto di riordino del sistema, il riconoscimento ai professionisti della loro capacità di gestire il nuovo e di adattarlo alle esigenze dell'utenza e alle risorse del servizio, non più solo nell'ambito del proprio studio, come da sempre sono abituati a fare, ma nell'orizzonte più vasto della comunità, prevedendo adeguate modalità di progressione di carriera.

Le possibilità di carriera sono un formidabile promotore dell'attività professionale. Finora questo istituto non è stato riconosciuto alla categoria, e ciò rappresenta uno degli elementi più gravemente demotivanti del lavoro dei medici.

Non ci risulta esistano altri settori, dove professionisti al massimo della propria qualificazione, mantengano gli stessi livelli di carriera e di progressione economica con i quali avevano iniziato l'attività.

Oltre ad alimentare la crescita e la formazione professionale degli addetti, la carriera rappresenta una risorsa interna del sistema, della quale il servizio si è avvalso finora in modo marginale, ma che potrà fornire professionisti abituati a misurarsi sul campo e a rispondere in modo pragmatico ai bisogni, ad un costo estremamente contenuto rispetto alle tradizionali modalità di reclutamento del lavoro professionale delle ASL.

Il Medico di Famiglia e il Pediatra svolgono anche funzioni non strettamente di assistenza primaria. Molti colleghi si occupano di didattica come animatori, tutori, docenti nelle scuole di formazione specifica, coordinatori di audit, di ricerca, di management e di organizzazione sanitaria all'interno degli organismi previsti dalle Contratto Nazionale Unico e in gruppi di lavoro non formalizzati.

Vanno rivalutate e riconosciute tutte queste nuove funzioni che ruotano attorno alla mission dell'area delle cure primarie e che riguardano il prendersi cura del singolo ma anche della salute della intera comunità, insieme ad una gestione dinamica e non burocratica dei servizi di base al cittadino.

***Lo SMI propone, quindi, di prevedere un sistema di responsabilità in grado di avvicinare l'organizzazione territoriale delle cure a quella già sperimentata all'interno degli ospedali.***

Questa strategia sarà in grado di promuovere e riconoscere la diversificazione già in atto dei ruoli propri della medicina generale, pediatria e specialistica convenzionata, a partire dal momento dell'accesso alla convenzione, in modo da favorire lo sviluppo delle competenze e delle funzioni sempre più complesse, che stanno emergendo nel settore.

Vanno codificate e definite le funzioni, gli incentivi, le modalità di nomina e la durata in carica dei responsabili dei diversi livelli funzionali e organizzativi del sistema, con meccanismi premiali che integrano una quantità predefinita di ore di distacco dal lavoro convenzionato individuale, con un remunerazione diretta della prestazione.

Come esempi del tutto orientativi proponiamo che le responsabilità del coordinamento nelle associazioni fra medici convenzionati e delle medicine di gruppo venga parametrata ai responsabili di struttura semplice del comparto dipendente.

I responsabili di struttura complessa nell'ambito del settore a convenzione possono essere identificati nei responsabili delle strutture più complesse, delle equipe territoriali, delle RSA, degli Hospice e degli Ospedali di Comunità, con gradi ovviamente diversi di impegno e quindi di remunerazione e ore "di distacco".

Vanno puntualmente definiti anche i profili e gli incentivi dei gradi superiori di responsabilità come i coadiutori del Direttore di Distretto per la Medicina generale già previsti dal ACN 2005, i responsabili dei Dipartimenti delle Cure Primarie, i componenti dello staff di Direzione dell'Azienda, i referenti regionali e nazionali per l'organizzazione dell'area delle cure primarie. Queste figure professionali hanno profili funzionali simili alle figure apicali del contratto della dirigenza medica, con modulazione dell'incentivo sulla base del livello di responsabilità.

Alle funzioni di carriera inerenti alla Direzione di Distretto, Direzione Generale di ASL bisogna che venga riconosciuta la posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie come previsto dall'art. 3 bis della DL 502/92 , con modalità garantite di rientro nella attività di partenza. A tal fine consideriamo ottimale la possibilità, studiata in dettaglio, di evitare un distacco completo dalle attività a ciclo di fiducia.

Un profilo a parte va studiato per i colleghi che si occupano della formazione continua e di quella tutoriale già avanzata in molte regioni, ma normata in modo variegato e insufficiente.

Appare opportuno legare questo aspetto di carriera con la riforma delle attività di consulenza, formazione e docenza dei medici e pediatri di famiglia all'interno delle Università, secondo le linee espresse dalle società scientifiche del settore.

Il riconoscimento di queste nuove e diversificate funzioni darà il vantaggio di poter disporre di professionisti motivati e attenti ad una visione più complessiva dell'assistenza territoriale, all'interno di un sistema formalizzato di responsabilità, cui la medicina, pediatria e specialistica di base non intendono derogare, impegnandosi ad un rilancio del vincente modello italiano di sanità .

E' opportuno che questa strategia di riconoscimento di talenti e responsabilità nasca e si sviluppi come una funzione naturale e volontaria della professione, senza una cristallizzazione dei ruoli, così come da sempre perseguito dal Sindacato SMI anche all'interno degli ospedali.

## DOMANDA N.18

**Attraverso quali strumenti è possibile valorizzare la medicina generale, anche nella fase di formazione dei medici, e sviluppare la relazione medico/paziente tenendo in doverosa considerazione aspetti quali la capacità di relazione e di comunicazione?**

### LA RISPOSTA

A tutt'oggi è carente per tutte le professioni una formazione appropriata ai contenuti e metodi della Assistenza Sanitaria Primaria, area multiprofessionale che coinvolge i medici e le numerose professioni sanitarie, sociali e della educazione. In particolare la formazione oggi impartita al medico in ambito universitario è del tutto organicistica e trascura la trasmissione di conoscenze e competenze che abbiano a che fare con l'uomo come essere unitario e unico. La formazione medica inoltre è per lo più specialistica ed essere specialista di branca oggi significa troppo spesso rinchiudere le proprie conoscenze in un ambito limitato, scevro da contaminazioni, orientato alla visione dell'organo.

### Soluzioni

La formazione deve essere impostata secondo il modello del "long life learning" ed essere pertanto:

#### a. **Formazione pre-laurea.**

- Medicina: gli studi universitari devono **recuperare un approccio umanistico** alla scienza medica. Fin dai primi anni devono essere inserite materie psicologiche e sociali (antropologia, filosofia della scienza) mentre negli ultimi anni devono essere acquisite metodologie di approccio all'uomo malato, in una visione olistica.

Nel CdL in Medicina e Chirurgia deve essere sviluppata l'area della Assistenza Sanitaria Primaria, peraltro prevista nel DM del MUR 16.3.2007 come Ambito Disciplinare obbligatorio (Medicina di Comunità), ma ancora non adeguatamente sviluppato. **Strategia**: attivazione in ogni CdL in Medicina e Chirurgia di un Corso Integrato di Assistenza Sanitaria Primaria con Docenti Universitari e Docenti esterni (MMG/Pls) a contratto <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Nel CdL in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia è in atto un Corso sperimentale denominato "**Medicina generale e Cure Primarie**" per tutti gli studenti dal 3° al 6° anno, che si avvale della collaborazione fra docenti universitari di discipline affini alle Cure Primarie, mmg e professionisti aziendali di cure primarie. Il corso intende fornire competenze di base di tipo organizzativo, clinico e relazionale nell'area della assistenza primaria

- Professioni sanitarie, sociali ed educative: sviluppo dei contenuti e metodi della Assistenza Sanitaria Primaria
- b. **Formazione post-laurea professionalizzante (Specializzazioni mediche, Master per tutte le professioni)**
- Formazione medica specialistica. La formazione specialistica deve insegnare, oltre ai contenuti clinici delle varie discipline, anche le tecniche di comunicazione con il paziente, l'inquadramento della problematica d'organo in una visione bio-psico-sociale dell'individuo che si sta curando. Il confronto con le altre discipline, la capacità di integrarsi in un più complesso sistema delle cure per affrontare correttamente la pluripatologia, il sentirsi parte di team delle cure, sono abilità che qualunque medico specialista deve acquisire dalla formazione post-curriculare.
  - Formazione specifica in medicina generale. E' necessario sostenere la evoluzione degli attuali corsi gestiti dalle Regioni in specializzazione universitaria affinché anche i futuri

Medici di Medicina Generale possano avere una formazione medica specialistica impartita in ambito accademico, in linea con le indicazioni della UE. Questa auspicabile "Specializzazione in Medicina Generale" oltre a conferire competenze cliniche potrebbe conferire competenze gestionali per ruoli organizzativi nell'ambito delle cure primarie, consentendo pertanto l'accesso alla dirigenza nei servizi territoriali di cure primarie. A tal fine si potrebbe pensare a sinergie con la attuale Specializzazione in Medicina di Comunità<sup>3</sup> nei modi e nei tempi da studiare. **Strategia:** attivazione di Tavoli di Lavoro a livello ministeriale (ministeri di Università, LSPS, Conf Stato-Regioni...) per studiare la possibilità di sinergie fra Specializzazione in Medicina di Comunità e Corsi Regionali per la Formazione Specifica in Medicina Generale (es. rete formativa integrata Università-Regione con possibilità di acquisizione di Crediti Formativi Universitari per i medici partecipanti ai Corsi Regionali e Crediti Formativi

---

<sup>3</sup> La **Specializzazione in Medicina di Comunità** (DM 1.8.2005) è una specializzazione di area medica, ed è organizzata in un triennio di attività cliniche e in un biennio di attività gestionali. Fornisce competenze cliniche di promozione della salute, diagnosi, cura unitamente a competenze organizzative per la gestione dei servizi di assistenza primaria e per il coordinamento della rete delle cure primarie.

regionali per i medici in formazione specialistica in Medicina di Comunità) che porti a vantaggi reciproci in termini formativi e professionali

- Formazione delle Professioni sanitarie, sociali ed educative. **Strategia:** attivazione di Master Universitari per fornire competenze nell'area della ASP.

### c. **Formazione post-laurea continua**

Come già detto in precedenza, è necessario sviluppare il modello della formazione multiprofessionale e intersettoriale nell'ambito dei **corsi ECM**. Tale formazione è finalizzata a fornire agli attuali professionisti impegnati nei settori sanitario, sociale e della educazione una base culturale comune in cui inserire gli specifici professionali dei singoli operatori. Una formazione di questo tipo è in grado di realizzare in tempi brevi le condizioni per attuare interventi assistenziali innovativi (continuità ospedale-territorio, percorsi di cura per pazienti cronici, presa in carico di pazienti complessi...).

## DOMANDA N. 19, 20 e 21

19. Quale la dimensione territoriale che più efficientemente può trattare tutte le patologie che non necessitano di assistenza ospedaliera e favorire assistenza continuativa ai malati cronici, ai disabili e alle persone non autosufficienti?
20. Quali le migliori pratiche e percorsi per assicurare la continuità assistenziale prendendo in carico il paziente e guidarlo, con processi attivi, nei complessi percorsi della rete dei servizi?
21. Come è possibile articolare la rete dei servizi sviluppando un connubio virtuoso tra sistema pubblico, famiglia, privato sociale e reti di supporto del volontariato, anche promuovendo nuovi strumenti per facilitare la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e lo sviluppo dei progetti di vita indipendente per le persone con disabilità?

## LA RISPOSTA

### **Bisogna puntare sui percorsi assistenziali e sul territorio**

I percorsi assistenziali (clinical pathways) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici o di diagnosi. In accordo con la filosofia del *Continuous Quality Improvement*, i profili di cura pongono l'attenzione sul miglioramento dei processi per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza e del servizio offerti.

Sono, cioè, “strumenti di gestione clinica” usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a pazienti con particolari diagnosi e condizioni o a pazienti che possono richiedere procedure specifiche garantendo la continuità dell'intervento tra i due momenti: quello ospedaliero e quello domiciliare.

Il modello organizzativo assistenziale può essere considerato adeguato in riferimento soprattutto alla “*necessità di sviluppare percorsi assistenziali integrati*” garantendo:

- l'unitarietà della presa in carico dell'assistito
- l'unitarietà del progetto assistenziale
- l'unitarietà del percorso di fruizione da parte del paziente stesso”

Gli obiettivi attesi si riferiscono ad una serie di vantaggi sia per il paziente che per l'organizzazione sanitaria:

- l'aumento della qualità percepita dall'assistito
- il consolidamento dell'organizzazione stessa
- il contenimento e la razionalizzazione dei costi
- la riduzione della ospedalizzazione
- il governo della domanda
- la possibilità di creare contesti organizzativi centrati sul paziente e sulla sua patologia, che consentano ai clinici la applicazione pratica di

linee guida e di comportamenti *evidence –based*.

### **La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

La RSA rappresenta uno dei punti cardine della rete integrata di assistenza a pazienti portatori di patologie cronico degenerative, non curabili a domicilio e bisognosi di assistenza continuativa.

Uno dei suoi obiettivi di lavoro è quello di recuperare il massimo livello di capacità funzionale in pazienti colpiti da patologia acuta o affetti da patologie cronico degenerative per poi reinserirli nel proprio tessuto sociale aiutati anche dai vari servizi territoriali.

Il collegamento tra le RSA ed il presidio ospedaliero rappresenta la strategia indispensabile per garantire la continuità assistenziale per le seguenti tipologie di pazienti

- soggetti che dopo evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione non intensiva (neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico ecc), non ancora trattabili in forma ambulatoriale o domiciliare, per una durata della degenza non superiore ai 60-90 giorni
- soggetti con patologie croniche riacutizzate (insufficienza cardiaca, respiratoria, nutrizione artificiale ecc) non curabili a domicilio in quanto soli o con coniuge a rischio di perdita di autosufficienza
- pazienti terminali che per particolari condizioni, non è opportuno che risiedano nella propria abitazione oppure, che non abbiano un adeguato supporto parentale che consenta il trattamento a domicilio

### **L'Assistenza Domiciliare Integrata**

In quanto insieme coordinato di prestazioni a termine, di carattere sanitario e socio-assistenziale, rese a domicilio secondo piani individuali programmati rappresenta il servizio di elezione per garantire il “continuum dell’assistenza”. Lo sviluppo del sistema integrato in rete tra servizi ospedalieri e medici di medicina generale completa il percorso della continuità.

### **L'integrazione socio-sanitaria**

Partendo dalla unitarietà del singolo individuo, la capacità operativa congiunta sociale e sanitaria rappresenta l'elemento chiave che può consentire la effettiva realizzazione della continuità della presa in carico. L'ottimizzazione di questo aspetto trova la sua origine già dalla fase progettuale affidata alle strutture tecniche

di AS, Distretti, Comuni, piani di zona e tavoli di “coprogettazione” previsti dalle normative in tema di programmazione sociale e sanitaria del capitolo relativo allo sviluppo delle attività territoriali.

A valutare adesso le criticità che caratterizzano complessivamente il percorso di integrazione sin qui intrapreso si possono suddividere le problematiche tra quelle interne (endogene) all’organizzazione distrettuale e quelle ad essa esterne (esogene).

#### Fattori esterni (esogeni)

- debolezza del sistema di protezione sociale (mancata definizione dei piani di zona, più generale asincronia tra ambito sanitario ed ambito sociale di assistenza)
- sbilanciamento del sistema di offerta verso la residenzialità con l’ulteriore aggravante della incombente trasformazione di una parte dei posti di casa protetta in RSA e, quindi, di una ulteriore spinta verso la sanitarizzazione dell’offerta con conseguente deresponsabilizzazione dei comuni verso forme di domiciliarizzazione dell’assistenza

#### Fattori interni (endogeni)

- debolezza del sistema produttivo dell’offerta assistenziale dei Servizi / UU.OO. distrettuali. E nello specifico:
  - mancata definizione delle equipes territoriali /Utap in molte zone del ns territorio
  - inadeguatezza dei percorsi assistenziali integrati (multiprofessionali – multidisciplinari) di tipo verticale (interno alle UU.OO. – Servizi) e di tipo orizzontale (che coinvolga, cioè, più UU.OO. – Servizi distrettuali).

#### Soluzione:

Lavorare sulle fasi del processo di integrazione gestionale e professionale **accoglienza - trasformazione della domanda e valutazione del bisogno**, presa in carico attraverso una **integrata unità di cura** che coinvolga a tutto spessore le organizzazioni e le professionalità (le risorse, in altri termini) interne al distretto.

Che coinvolga, cioè, le organizzazioni ed i professionisti che, a partire dalla medicina generale / pediatria di libera scelta, garantiscono gli ambiti di intervento propri dell’assistenza distrettuale (materno – infantile, salute mentale, tossicodipendenze, disabili, anziani).

E' necessario favorire tale processo con un sempre maggiore coinvolgimento e con una sempre maggiore trasversalità dell'attività improntata contemporaneamente ad una duplice integrazione:

- multiprofessionale, all'interno delle stesse UU.OO. /Servizi (*di tipo verticale*)
- multidisciplinare, garantendo l'apporto di professionalità afferenti ad UU.OO. /Servizi differenti (*di tipo orizzontale*)

### **Azioni**

- 1) promuovere e canalizzare l'accesso ai servizi distrettuali attraverso il Punto Unico di Accesso
- 2) diffondere il sistema di valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali afferenti alle aree delle fragilità
- 3) definire percorsi terapeutici condivisi di presa in carico verticali e trasversali alle unità organizzative distrettuali per i seguenti ambiti di attività:
  - a. tutela donna infanzia donna e famiglia: P.O. materno infantile /neuropsichiatria infantile
  - b. salute mentale : P.O. salute mentale
  - c. anziani : P.O. anziani
  - d. terminalità
  - e. disabili

### **Obiettivi distrettuali**

- 1) univocità nell'accoglienza della domanda
- 2) approccio integrato nella trasformazione della domanda e nella valutazione del bisogno
- 3) definizione di progetti personalizzati di assistenza e presa in carico globale

## L'assistenza domiciliare

OBIETTIVI DI PIANO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE			
Tipologia	Prestazioni sanitarie da erogare	Prestazioni sociali (comuni)	Tipologia pazienti da assistere
Assistenza Domiciliare Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> <li>✓ Infermieristiche</li> <li>✓ riabilitative</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ paz. di ogni età</li> <li>✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio</li> <li>✓ riacutizzaz. Di patologie croniche</li> </ul>
Assistenza Domiciliare Programmata	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paz. non ambulabili con necessità di monitoraggio continuo</li> </ul>
Assistenza Domiciliare Integrata	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mediche</li> <li>✓ Infermieristiche</li> <li>✓ riabilitative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. Pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ paz. di ogni età</li> <li>✓ patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio</li> <li>✓ riacutizzaz. Di patologie croniche</li> </ul>
Assistenza a Pazienti Terminali	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ terapia del dolore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. Pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ patologie in fase terminale</li> </ul>
Ospedalizzazione Domiciliare (UU:OO. Ospedaliere)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ diagnostica</li> <li>✓ cura</li> <li>✓ riabilitazione (di tipo ospedaliero)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>igiene persona</i></li> <li>✓ <i>aiuto domestico</i></li> <li>✓ <i>prep. Pasti</i></li> <li>✓ <i>commissioni esterne</i></li> <li>✓ <i>socializzazione</i></li> <li>✓ <i>aiuto economico</i></li> </ul>	

I criteri organizzativi a cui si è ispirata tale progettazione possono essere così sintetizzati, delineandosi comunque una perfetta sovrapposizione con le attuali linee di indirizzo nazionale e regionali:

- ❖ sportello unico di accoglienza che opera con modalità concordate con i mmg/pls (punto ADI)
- ❖ valutazione dei bisogni ed elaborazione di un **progetto personalizzato di assistenza** domiciliare da parte di una **Unità di valutazione multidisciplinare**
- ❖ presa in carico del paziente
- ❖ erogazione di materiale sanitario e di medicazione e degli ausili necessari
- ❖ definizione delle procedure diagnostiche e delle prestazioni specialistiche da erogare al domicilio
- ❖ identificazione di un responsabile organizzativo del progetto assistenziale personalizzato;
- ❖ definizione dei criteri e delle modalità di rivalutazione del caso

forte integrazione con i MMG/PLS (% dei medici di medicina generale che segnalano propri pazienti ed aderiscono al programma di ADS)

Una ulteriore notazione merita la caratterizzazione del **livello di intensità** - ***alta, media, bassa*** – con cui devono connotarsi le cure domiciliari. Una ricerca, realizzata su scala nazionale dal CERGAS ha consentito di connotare le realtà assistenziali domiciliari secondo quattro modelli prevalenti, esaustivi dei diversi livelli di **intensità assistenziale (i.a.)**.

La misurazione dell' **i.a.** viene determinata su due diverse scale :

1. livello di protezione sanitaria / gravità delle patologie trattate
2. livello di durata dell'assistenza / tipo di patologie trattate

Ai due estremi della prima scala figura:

- a. ***alto*** livello di protezione sanitaria / ***gravi*** patologie (**modello dimissioni protette**)
- b. ***basso*** livello di protezione sanitaria / ***lievi*** patologie trattate (**modello flessibile**).

Ai due estremi della seconda scala figura:

- a. ***lunga*** durata / ***cronicità*** delle patologie trattate (**modello lungodegenza grave**)
- b. ***breve*** durata / ***acuzie*** della patologia trattata (**modello lungodegenza lieve**).

Evidente appare come a regime l'attività di assistenza domiciliare, anche in ragione del grado di integrazione con il livello ospedaliero e con i comuni, si caratterizza per una adeguato mix di tutti i livelli di **i.a.**, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

Una notazione a parte merita l'attività di assistenza domiciliare correlata alle **cure palliative**

- c. ***basso*** livello di protezione sanitaria / ***lievi*** patologie trattate (**modello flessibile**).

Evidente appare come a regime l'attività di assistenza domiciliare, anche in ragione del grado di integrazione con il livello ospedaliero e con i comuni, dovrà caratterizzarsi per una adeguato mix di tutti i livelli di **i.a.**, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

Una notazione a parte merita l'attività di assistenza domiciliare correlata alle **cure palliative**

### le **procedure di dimissioni protette**

analizzando le criticità che emergono nelle varie regioni a macchia di leopardo si possono sintetizzare come:

- quelle essenzialmente riconducibili alla mancata applicazione della L.R. 328/2000 e delle LR di recepimento soprattutto nelle regioni meridionali, e quindi, sul versante dell'integrazione socio – sanitaria con i comuni;
- quelle relative all'elevato costo del servizio

### Azioni

- ✓ Migliorare gli standards di servizio
- ✓ Definire le procedure di dimissioni protette dalle AA.OO.
- ✓ Omogeneizzare il servizio su tutto l'ambito territoriale
- ✓ Mantenere gli attuali livelli assistenziali
- ✓ Completare la rete assistenziale per le cure palliative

### Obiettivi distrettuali

- ✓ Attivazione del servizio 7 giorni/7giorni
- ✓ Condivisione del protocollo di dimissioni protette da proporre alla Direzione Sanitaria del P.O. aziendale ed alle AA.OO. che insistono nel territorio di competenza
- ✓ Partecipazione al Gruppo operativo interdisciplinare per l'Assistenza domiciliare sanitaria
- ✓ Presa in carico di un numero di pazienti pari alla totalità degli aventi diritto
- ✓ Raggiungimento dei parametri indicati dai PSR e dagli standard di qualità fissati nel settore

## NOTE A MARGINE. STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

### LA TESSERA SANITARIA MAGNETICA

**Proposta per una modalità di ricettazione innovativa, sicura, deburocratizzata e attenta alla privacy dei cittadini**

La nuova ricetta è correlata al possesso della nuova Tessera magnetica. La TS registra su banda magnetica i dati anagrafici dell'assistito e il suo codice fiscale sia numerico che come codice a barre. Il codice fiscale diventa il numero identificativo dell'utente: "unico requisito necessario per l'accesso alle prestazioni a carico dell'SSN".

Ma questa TS rappresenta tuttora un'occasione mancata. Mancano infatti altre informazioni importanti come l'ASL di appartenenza e i codici di esenzione dal ticket per patologia.

Si obbliga così l'assistito a presentare al medico sia la nuova TS che la vecchia tessera sanitaria: ci immaginiamo già il via vai casa-ambulatorio-ospedale dei cittadini che immancabilmente avranno dimenticato di portare con sé uno dei due "preziosi" strumenti.

La TS dovrebbe poi essere decifrata con lettori tipo "bancomat" o con penna ottica, strumenti non ancora in uso presso i medici italiani ospedalieri o convenzionati. Se si doveva fare una rivoluzione tanto valeva farla sfruttando le moderne tecnologie informatiche. Con una tessera che attualmente molti supermercati mettono a disposizione dei propri clienti, fornita di microchip sarebbe stato possibile:

- avere e modificare nel tempo i dati anagrafici e sanitari relativi alle esenzioni per patologia degli assistiti
- memorizzare i dati sanitari del paziente ai fini della continuità delle cure fra tutti i medici operanti nell'SSN
- ricettare in modo anonimo e per periodi elastici le cure farmacologiche su modello tedesco e olandese. Soprattutto per le patologie croniche si possono avere cure per tempi di 3, 6 o 12 mesi, in modo anonimo, efficace, controllato nei tempi e nelle posologie con un passaggio diretto dal medico al farmacista, senza necessità quindi di supporti cartacei e inutile burocrazia.
- gli esami diagnostici e strumentali possono essere programmati anche in unica seduta annuale con i tempi e i modi previsti per le malattie di riferimento. Con una netta diminuzione degli ormai ossessivi accessi agli studi medici e con la risoluzione di gran parte dei tempi di attesa.

Tutto questo con un abbattimento incredibile della burocrazia a carico dei medici, il risparmio delle costose tonnellate di carta filigranata e un assoluto rispetto della privacy.