

Formazione, libertà e professione in Medicina Generale

L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto, ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà. Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando

Giuseppe Maso

Professore di Medicina di Famiglia - Università di Udine

► Cosa si intende per libertà professionale

L'articolo 4 del Codice di Deontologia Medica recita: *"l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura"*. Ma quanto è realmente applicabile di questo articolo per un Mmg che esercita nel nostro Paese? Il Sistema Sanitario italiano (Ssn) è di tipo *Beveridge*, finanziato dalla fiscalità generale e quindi governato dallo Stato con un modello organizzativo di tipo gerarchico-normativo. Questo modello presenta alcune differenze significative nei confronti di quello gerarchico-professionale (Regno Unito, Olanda ecc.) e di quello non-gerarchico-professionale (Germania), in questi ultimi la 'professione' ha un

ruolo determinante nella formazione e nella organizzazione del sistema di erogazione delle cure. In Italia i meccanismi procedurali e burocratici di gestione del Ssn nel corso degli anni sono diventati talmente pesanti da costituire una macchina che influenza molto l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità dei medici.

► Cosa influenza la libertà professionale

La Medicina Generale/di Famiglia (MG; MdF) è una disciplina che costantemente evolve perché costantemente evolvono la società e le conoscenze scientifiche, molti sono i fattori che la influenzano ed essi costituiscono una vera e propria cosmogonia, un sistema planetario in movimento continuo. Ma numerose sono anche le aree di interesse che interferiscono con i principi di indipendenza, autonomia e responsabilità. Anche queste aree costituiscono un sistema in continua mutazione, un sistema

le cui sfere interagiscono fra loro. Esse sono: la politica, l'organizzazione del lavoro, la burocrazia, la formazione, le linee guida, la tecnologia e i pazienti.

► La politica

I rapporti tra lo Stato e la Medicina Generale sono disciplinati da un Accordo Collettivo Nazionale (Acn), tale accordo definisce diversi livelli di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale. A livello nazionale prevede la definizione del rapporto ottimale, la definizione di ruolo, funzioni e compiti, modalità e ambiti della libera professione e un processo 'condiviso' di determinazione dei percorsi e linee guida per efficacia e appropriatezza. La negoziazione regionale prevede tra l'altro la realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse; prevede il sistema informativo fra operatori, strutture associate, distretti, aziende sanitarie e regioni e



prevede anche l'organizzazione della formazione di base, specifica, continua e aggiornamento. Gli obiettivi di carattere generale della contrattazione regionale sono i livelli essenziali di assistenza (Lea), l'assunzione condivisa di responsabilità da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico sulla scorta di quanto definito dalla programmazione socio-sanitaria e l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali. A tutti i livelli di contrattazione le organizzazioni sindacali hanno responsabilità del governo clinico e nell'Acn si sottolinea come la mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca. L'accordo regola il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali tra Mmg e le Asl per lo svolgimento nell'ambito e nell'interesse del Ssn dei compiti e delle attività relative ai settori: Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei servizi territoriali, Emergenza sanitaria territoriale.

► **Convenzione, libertà e autonomia**

Già leggendo quanto riportato dell'Acn si possono fare delle considerazioni circa l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità del medico di medicina generale che opera in regime di "convenzione". Parole chiave sono: "condivisione", "assunzione condivisa di responsabilità", "organizzazioni sindacali". Queste termini si concretizzano nella pratica quotidiana in PDTA (Percorsi Diagnostici e Tera-

peutici Assistenziali) e RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che la medicina generale è invitata a rispettare con un comportamento uniformato e condiviso. Uniformato, ovviamente verso una delega della patologia ad una struttura di secondo livello e condiviso in una maniera "comunitaria" dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, essa è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega (sindacale, politica o a commissioni) alla decisione di condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica può essere imposta. Si presuppone che i medici di medicina generale siano tutti uguali (e probabilmente si vuole che lo siano) e, ancora una volta, si mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, organizzazione di reparti o di ambulatori ospedalieri condizionino il comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento per la gestione delle patologie le linee guida internazionali. La Medicina Generale è la specialità che si fa carico delle malattie frequenti e, se non c'è bisogno di tecnologia costosa o manovre specialistiche, queste non dovrebbero mai essere delegate ad un secondo livello. Emerge chiaramente nell'Acn il ruolo determinante delle organizzazioni sindacali nella formazione e nel governo clinico e contemporaneamente emerge in tutta la sua drammaticità l'assenza del mondo accademico e delle società scientifiche nazionali ed internazionali.

► **L'ambiguità tra rappresentanza sindacale e scientifica**

La rappresentanza sindacale spacciata per rappresentanza scientifica della Disciplina, una accettata "normalizzazione" della professione con esclusione di qualsiasi condotta non "condivisa" attraverso protocolli, formazione locale e regole prescrittive. Un comportamento uniformato previsto per regolamento con un livellamento delle prestazioni. Esempi eclatanti di tali "regolamenti" esproprianti professione alla medicina generale sono i piani terapeutici rilasciati dallo specialista per la prescrizione di farmaci di malattie frequenti (es: diabete) o la necessità di visita specialistica per il rilascio dell'esenzione ticket per patologia (reale strumento lobbistico). La percezione che la gente ha della medicina generale è diventata per questo quella di una "medicina di base" che delega per incompetenza. È evidente come sia assolutamente necessario ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla medicina generale impantanata in una elefantica giungla burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina che da arte liberale si è trasformata in arte servile, una medicina non più antropocentrica ma orientata al sistema più che al paziente.

► **Organizzazione del lavoro**

Nella bozza del prossimo Acn si legge: I medici di cure primarie operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascu-

na Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (Aft - Aggregazione Funzionale Territoriale e Uccp - Unità Complessa di Cure Primarie). La Uccp rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'Acn e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le Aft, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi. La Uccp garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Tutti i medici di cure primarie partecipano obbligatoriamente alle attività della Uccp di riferimento nel rispetto della programmazione regionale. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale, avvalendosi dei sistemi informativi regionali. Nonostante che nella bozza di Acn si legga che le Aft

sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, il livello di negoziazione regionale sembra prevedere modelli differenti. La Regione Veneto, per esempio, implementa lo sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, definendone il contratto di esercizio tipo e prevedendo forme transitorie a termine per una graduale estensione del modello su tutto il territorio regionale.

► I limiti delle imposizioni

In Europa l'organizzazione del lavoro varia da paese a paese a seconda che il modello sia di tipo liberale, regolamentato o a salario; l'organizzazione dipende dal sistema di pagamento delle prestazioni mediche, dalle modalità di accesso alle cure primarie, dalla disponibilità di attrezzature e dalla libertà o meno di acquisire nuovi pazienti-clienti. In nessuna nazione europea è stato imposto in maniera coatta ai medici di associarsi e in ogni caso di non avere la possibilità di scegliere liberamente i colleghi con cui lavorare. Le regole imposte alla MG italiana hanno di fatto impedito lo sviluppo "spontaneo" degli studi medici ponendoli all'ultimo posto in Europa per attrezzature e *clinical skills*, in realtà, e paradossalmente, ci sono più attrezzature diagnostiche e servizi nelle farmacie che negli ambulatori. Si giustifica l'imposizione delle aggregazioni con la maggior disponibilità oraria e la conseguente diminuzione dell'afflusso al Pronto Soccorso, eppure qualsiasi addetto ai lavori sa benissimo che i motivi per cui la gente si reca al Pron-

to Soccorso sono indipendenti dall'orario di apertura degli studi e sono ben altri: l'accesso immediato alla specialistica, l'accesso alla diagnostica, la mancanza di tessera sanitaria, l'ipocondria, la mancanza di fiducia nella medicina generale, il secondo parere per una diagnosi di cui non ci si fida, eccetera. Il Pronto Soccorso è diventato un ambulatorio di primo livello che fa da gatekeeper alla specialistica e che può fornire, nella maggior parte dei casi gratuitamente o a basso costo, in tempi brevi prestazioni per cui ci sono lunghi tempi di attesa. Il numero dei codici bianchi ne è la riprova così come lo è il fatto che non vi è alcuna diminuzione del ricorso al Pronto Soccorso dei pazienti dei medici che operano in medicine di gruppo integrate. Il Governatore della Regione Veneto ha appena annunciato (*Il Gazzettino* 21.7.2016) la disponibilità di una applicazione per lo *smartphone* anti-code: il Pronto Soccorso da luogo dell'emergenza ad ambulatorio di cure primarie.

► Gli obblighi

Il fatto che i medici di medicina generale debbano aderire obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale e che queste siano condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione pone ancora degli interrogativi. Le cose che riguardano la vita intima dell'individuo sono faccende politiche o sono faccende strettamente domestiche? Con il Fascicolo Sanitario la politica entra nella sfera dell'intimità. Il fatto che gli aspetti privati entrino nella sfera amministrativa

attraverso moduli, ricette o prescrizioni è ormai accettato come “naturale” come se il corpo non fosse più proprietà privata ma oggetto della bio-politica.

► La burocrazia

La professione è soffocata da una burocrazia smisurata, i medici della Ulss 13 Veneto hanno ricevuto l'anno scorso 199 comunicazioni dagli uffici amministrativi. Tali comunicazioni, di provenienza prevalentemente distrettuale, riguardavano gli argomenti più disparati: dalla richiesta di pulizia di liste di pazienti alla trasmissione di reportistica varia, dalla procedura per richiedere un trasporto in ambulanza alla trasmissione di “raggruppamenti di attesa omogenei” per la richiesta di prestazioni di secondo livello, dall'elenco dei farmaci da prescrivere in DPC agli inviti ai “corsi di formazione” organizzati dalla Asl, dai Piani Diagnostici e Terapeutici “concordati” alla sottoscrizione di inviti agli screening, ecc. Un accanimento esasperante che impedisce anche al medico più motivato di continuare a lavorare con serenità. L'implementarsi quotidiano di complicazioni prescrittive, le difficoltà alla prescrizione della diagnostica, il difficile districarsi, anche con avanzati sistemi informatici (che richiedono a loro volta tempo e applicazione), tra note, codici ed esenzioni impediscono ancor di più il dedicarsi alla cura, aumentano il contenzioso con i pazienti e portano via risorse allo sviluppo professionale. L'influenza della smisurata componente burocratica sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il “go-

verno amministrativo”, le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'omogeneizzazione di una professione, sempre più pianificata, impedisce il merito ed è frustrante per i migliori, impedisce la crescita e, ancora una volta, confonde l'efficacia con l'efficienza. Ogni medico è unico nonostante la formazione, il programma per una medicina generale migliore non può che passare attraverso un progetto “umanistico” che preveda il rispetto del talento, delle capacità di relazione e della professione di ciascun professionista. Un programma che preveda il riconoscimento pieno della medicina generale come specialità (come in tutti i paesi evoluti) e che nei programmi il recupero di funzioni, compiti, abilità e considerazione.

► La formazione

Nella bozza di Acn si legge: Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività di Mmg. In ciascuna Regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti sindacali proposto a ... fornire indirizzi sui temi di

formazione di interesse regionale (70% del totale x 10 sabati x almeno 40 ore)”. L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà.

Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando. Chi pensa ai professionisti in termini di “classe” o “categoria” pensa in termini omogeneizzanti, tutti uguali, ma ogni atto medico ha una responsabilità individuale; non esiste una responsabilità della “classe medica” o della “categoria dei medici di famiglia”, ogni singolo atto è merito o demerito di un singolo che non può scomparire in un limbo classificativo. Questo incasellamento senza riconoscimento del merito individuale è un limite alla libertà ed è causa di infelicità. Il talento senza riconoscimento non ha alcun valore. In Italia, per quanto riguarda la medicina generale, questo incasellamento è causa di sudditanza verso le altre specialità che si sentono investite di un “sapere” superiore e che si sentono per questo in diritto di insegnare e giudicare.

Da noi il talento ed il merito sono frutto della posizione, del *setting* lavorativo e della carriera, esattamente il contrario di quanto dovrebbe avvenire. Questo stato di cose è talmente radicato nella mentalità comune che ormai la maggior parte dei medici e dei

pazienti sono convinti che un ospedaliero ne sappia di più di un medico di famiglia (di base!) e che un universitario ne sappia più di un ospedaliero. La formazione dei medici di famiglia è fondamentale per la libertà della professione e per la libertà dei pazienti.

Purtroppo, nel nostro paese, per la Medicina Generale, non è previsto un iter di carriera, basato su qualsivoglia criterio di selezione, come esiste nei paesi in cui la disciplina è accademica. Non abbiamo un metro per misurarci e l'assenza di giudizio, all'apparenza rassicurante, contrariamente a quanto si possa pensare, genera insicurezza, impotenza, sottostima e sudditanza.

Oltre all'iter formativo sono indispensabili anche altre cose: la prima cosa è la certezza del ruolo. Essa deriva da una certezza normativa, dalla chiara consapevolezza della localizzazione della figura del Medico di Famiglia nel sistema delle cure primarie. Ciò significa una definizione non travisabile delle competenze nei confronti della specialistica e nei confronti del sistema burocratico. La possibilità reale di concorrenza professionale ed economica.

Questo è l'unico vero stimolo per lo sviluppo di qualsiasi professione. Abitudine ad appropriarsi delle nuove tecnologie: molti dei nostri ambulatori non sono molto diversi da quelli di trenta anni fa; la maggior parte di noi ha come strumenti solo fonendoscopio, martelletto e sfigmomanometro. Ciò è impensabile ed è antistorico. La maggior parte delle nostre deleghe non deriva dalla mancanza di conoscenze ma dalla mancanza di strumenti tecnologici e di mezzi diagnostici. La libertà imprendito-

riale ed organizzativa: ciò significa che oltre a definire le "competenze e abilità minime" bisognerà soltanto definire ciò che la Medicina di Famiglia non può fare lasciando la massima libertà individuale di organizzazione e di realizzazione. Le nostre scelte organizzative e di sviluppo sono legate alla visione politica del Sistema Sanitario.

Sono quindi ideologiche e spesso sono prodotte da norme contrattuali più che da esigenze professionali. La qualità: i medici di famiglia dovrebbero essere conosciuti come i medici della qualità. Ogni azione dovrebbe tendere all'eccellenza. Nessuna formazione "normalizzata" potrà raggiungere alcun obiettivo di miglioramento.

► Le linee guida

L'Acn prevede a livello locale la produzione di linee guida, protocolli diagnostici assistenziali e conferenze di consenso in ambito di Distretto. Il medico di medicina generale deve *"contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance"*.

La MdF molto probabilmente dovrà continuare a vivere con il paradosso che il rigore dei criteri di inclusione e il tipo di selezione dei pazienti necessari per i trial controllati sono esattamente l'opposto di quanto avviene nella pratica quotidiana. Per questi motivi c'è il rischio fondato che le linee guida formulate a livello locale, spesso su parametri economici, entrino in conflitto con la libertà professionale e talvolta con le stesse linee guida internazionali. Non solo,

dobbiamo tener presente che le linee guida per la gestione delle malattie più frequenti sono prodotte da società scientifiche a livello mondiale, continentale e nazionale e che spesso si nota un gap fra la loro produzione e la loro divulgazione. Spesso i medici pratici ne vengono a conoscenza quando ormai è già stata prodotta l'edizione successiva.

► La tecnologia

La tecnologia maggiore nell'ambulatorio del Mmg rimane il sistema informatico di raccolta dati. Ma il computer non è solo un raccogli-tore e trasmettitore di dati è qualcosa di più e per questo già nel lontano 1996 pubblicai un "codice per la robotica in medicina di famiglia" e presentai nel 1998 ad un congresso mondiale delle società scientifiche della medicina generale, tenutosi a Dublino, la proposta di una "carta per la robotica in medicina di famiglia".

I nostri computer si sono poi evoluti riuscendo a fare ciò che prima solo un dottore poteva fare: interpretare dati, seguire linee guida, assistere il processo diagnostico, aiutare nelle prescrizioni, gestire strumenti e tecnologie diagnostici, seguire nel tempo alcune malattie, gestire la formazione continua e lo sviluppo professionale, gestire conferenze virtuali, gestire il budget dello studio etc. (fase robotica).

Senza rendercene conto abbiamo vissuto e stiamo vivendo un cambiamento talmente grande che potrà travolgere in maniera definitiva la nostra professione. L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche in medicina di famiglia condurrà inevitabilmente ver-

so una robotica avanzata. La pluralità dell'offerta, la libera scelta e il controllo dell'evoluzione da parte dei medici di famiglia assumono quindi un'importanza strategica fondamentale per la sopravvivenza e la libertà della disciplina ma soprattutto per la libertà delle persone che a questa disciplina si affidano. Come abbiamo visto però in Italia queste regole di libertà vengono disattese, i dati forniti al medico devono obbligatoriamente essere forniti al sistema pubblico la cui influenza omogeneizzante e il controllo sulla tecnologia informatica dell'ambulatorio è particolarmente pesante.

► I pazienti

La professione è fortemente influenzata dai pazienti e non potrebbe essere altrimenti trattandosi di una professione di "servizio" caratterizzata dalla continuità del rapporto. I cambiamenti principali avvenuti negli ultimi anni sono essenzialmente tre: l'aumento del numero di anziani, l'aumento del numero degli assistiti extracomunitari, la generazione *millenium*. L'aumento del numero di anziani ha comportato un aumento delle patologie croniche, delle cure palliative e un peso sempre maggiore della componente "sociale" della cure. È una popolazione che non è in grado di gestire i cambiamenti, soffre di un analfabetismo tecnologico e di un "disagio cognitivo" che la rende fragile.

L'affiancarsi al medico di medicina generale di figure come l'infermiere, il fisioterapista, il palliativista, l'assistente sociale, il funzionario distrettuale e il geriatra territoriale ha prodotto un sistema di relazioni che condiziona le scelte terapeuti-

che e pone problemi di responsabilità. L'aumento del numero di assistiti extracomunitari comporta un cambiamento dell'approccio al paziente, una modifica importante dello stile di "visita" e condiziona non poco la professione perché diverse sono le aspettative di cura così come diverse sono le credenze religiose, i valori della vita e le possibilità economiche.

La generazione *millenium*, quella dei ragazzi che nei primi anni del 2000 terminano la scuola per entrare nel "mondo del lavoro", sono utilizzatori del web, formulano quesiti precisi, chiedono accertamenti talvolta improbabili, hanno scarse economie.

Questa popolazione ha a disposizione un oceano di informazioni, ma spesso una preparazione "culturale" assolutamente inadeguata per gestirle. Tutte le categorie di pazienti, in un modo o nell'altro, influenzano l'operato del medico che viene sottoposto ad infinite forme di condizionamento, la prima di tutte la richiesta di visita specialistica per la diffusa convinzione che questa sia sempre necessaria e in ogni caso richiesta come autorevole certificazione dell'operato del proprio medico. Non potrebbe essere altrimenti in un sistema costruito sulle "specialità". Non potrebbe essere altrimenti anche nel caso di richieste di terapie, giorni di assenza di lavoro o certificazioni le più varie in un sistema in cui tutto sembra essere un "diritto".

► Il futuro

Le cure primarie e la medicina generale in particolare stanno rapidamente cambiando per una serie di fattori, tra i più significati-

vi dobbiamo considerare quelli economici, quelli scientifici-tecnologici e quelli legati alle aspettative della popolazione. Il Ssn di tipo Beveridge di fronte all'invecchiamento della popolazione, alle maggiori possibilità diagnostiche e terapeutiche si sta dimostrando difficilmente sostenibile, l'allungamento dei tempi di attesa e la indisponibilità di metodologie e tecniche terapeutiche sono sintomi di una malattia difficilmente curabile.

Sempre più spesso i pazienti si rivolgono a strutture alternative bypassando anche chi nel Ssn dovrebbe avere la funzione di gate-keeper, il Mmg diventa così il medico di chi non può permettersi l'accesso alle cure private. La Medicina Generale sarà esclusa dal futuro? Genetica, Bionica (biologia-elettronica) e Biotica (biologia-informatica) assieme alla mobile e *digital technology* cambieranno l'approccio diagnostico e terapeutico e daranno ai pazienti la gestione della loro salute. Gli scenari potranno variare da una nuova alleanza tra medico e paziente alla *post-physician era*, dalla scomparsa delle specialità al recupero delle *humanities*.

Nessun cambiamento sarà comunque indipendente dall'innato desiderio profondo di libertà individuale di ogni singolo individuo e di ogni singolo professionista, questo desiderio sarà quello che condizionerà qualsiasi sistema di erogazione delle cure, questo è quello che dobbiamo tenere presente sempre se teniamo alla sopravvivenza della nostra Disciplina.

Bibliografia disponibile a richiesta