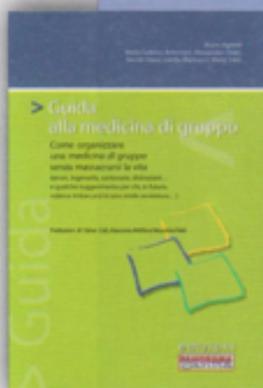


di Bruno Agnetti

## GUIDA ALLA MEDICINA DI GRUPPO

Come organizzare una medicina di gruppo senza massacrarsi la vita, (errori, ingenuità, distrazioni...e qualche suggerimento per chi, in futuro, volesse imbarcarsi in una simile avventura...)



Edito da Edizioni Panorama della Sanità il testo, di Bruno Agnetti, Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci Mario Salvi, rappresenta una raccolta di pensieri e di riflessioni riguardanti

l'esperienza accumulata negli anni nel campo dell'associazionismo medico territoriale ed in particolare si desidera raccontare l'evoluzione culturale ed operativa che alcune organizzazioni dette "medicines di gruppo" hanno compiuto a partire dalla seconda metà degli anni novanta fino ad arrivare ai nostri giorni. Considerata la specificità dell'esperienza si è deciso di utilizzare e di riportare in bibliografia soprattutto articoli recenti pubblicati su riviste italiane del settore medicosanitario ed inerenti l'organizzazione delle cure primarie territoriali. La malcelata ambizione e la speranza resta comunque quella che ogni tematica pratica proposta nei vari capitoli, possa essere comprensibile e di facile consultazione per tutti i colleghi interessati all'esperienza associativa.

# GUIDA ALLA MEDICINA DI GRUPPO

Da anni si parla di organizzazione in rete dei servizi sanitari e di integrazione. Da anni le convenzioni ed i documenti che si sono dati lo scopo di riordinare la medicina generale territoriale sembrano "summae" o trattati che dispensano ottime intenzioni, elenchi di dichiarazioni di intenti eccellenti ma inevitabilmente disattesi per poi, dopo carabole, rimandi, incertezze, interpretazioni, trascuratezze, oblii, essere ripresi dall'accordo successivo. Le varie delibere, le circolari, le intese o le stesse convenzioni sono, in aggiunta, intrise di una esorbitante terminologia burocratica, accavalano e sovrappongono concetti e definizioni, mescolano tempi e date applicative, complicano orrendamente le interpretazioni con l'emanazione di ulteriori circolari postume esplicative che dilazionano ancor di più tempi e comprensione.

Quando poi si perviene a quella che viene considerata la corretta decodifica e, forse, la definitiva indicazione operativa, l'attuazione di queste norme si trovano ad essere inserite in un contesto dove le stesse disposizioni appaiono ampiamente superate dalle contingenze, da nuove disposizioni o da sopravvenuti ulteriori indirizzi legislativi.

È indubbia la sensazione che vi siano diverse velocità tra medici, aziende, SSN (Servizio Sanitario Nazionale Italiano) e SSR (Servizi Sanitari Regionali Italiani).

Ciò nonostante i medici da tempo sono consapevoli di dover esaminare, far fronte e dare risposte alle profonde trasformazioni dei bisogni assistenziali della popolazione.

Le nuove esigenze degli assistiti, come è noto, sono causate da quattro macrofenomeni socio-biologici-culturali:

- evoluzione demografica con notevole incremento di persone anziane,
- accrescimento delle patologie croniche sintomatiche o clinicamente silenti, - profonda modificazione dell'organizzazione sociale nazionale,
- fenomeni e conseguenze legate alle crisi economiche
- esigenza di concretizzare processi di integrazione con cittadini provenienti da altre culture.

*In un articolo del 2007 apparso sul New York Times si sostiene che per la maggior parte degli americani la più grande minaccia per la salute non sia tanto l'influenza, l'aviaria o il morbo della mucca pazza ma l'epidemia di diagnosi.*

*Questo fenomeno sarebbe causato dall'eccessiva medicalizzazione della vita di ogni giorno e dall'impulso ad individuare precocemente più malattie possibili.*

*L'evoluzione tecnologica e il continuo perfezionamento-cambiamento delle regole o dei limiti di normalità sono i fattori principali che portano alla medicalizzazione del quotidiano. La maggior parte delle persone potrebbero pensare che tutto ciò comporti automaticamente dei benefici (e in parte è vero). Ma se più della metà della popolazione è ammalata cosa significa essere normale? (pag 221)*

“La sala  
d’aspetto è il  
biglietto da  
visita della  
medicina di  
gruppo”

In particolare il nostro paese ha un tasso di popolazione di età avanzata tra i più alti a livello mondiale e la Regione Emilia Romagna ha la quota percentuale più alta di anziani in Italia. La Francia raggiungerà i nostri risultati tra circa 10-12 anni. Gli Stati Uniti d’America dovranno prendere di petto la questione dell’aumento di cittadini che si trovano nella terza e quarta età tra 25-28 anni. In brevissimo tempo (e senza la cultura accumulata negli anni da paesi dove storicamente l’immigrazione è gestita, organizzata, perfettamente integrata) l’Italia è approdata a tassi di presenza extracomunitaria sovrapponibile a quella dei paesi nord-europei e si prevede un sostanziale raddoppio di questi dati nell’arco di 2 anni.

In 5 anni potremmo diventare la nazione europea con la più alta densità di immigrati.

A queste modificazioni epocali i medici impegnati nelle cure primarie cercano di dare risposte proponendo progetti e realizzando programmi organizzativi originali ed innovativi che prendono vita proprio dall’esperienza assistenziale territoriale quotidiana.

Questi modelli vengono posti sul banco di prova per valutare se sono in grado di affrontare le “modificazioni epocali” in atto a vantaggio del nostro SSN e di tutti i vari Sistemi Sanitari che dovranno affrontare nel futuro ciò che la medicina territoriale e le cure primarie, in Italia, affrontano già oggi.

Tra le tante possibili soluzioni i medici del territorio hanno progettato e realizzato le seguenti organizzazioni:

- le Medicine di Gruppo a diversa complessità ed adattabili alle necessità assistenziali-territoriali,
- i Nuclei di Cure Primarie NCP (diversamente definiti nelle varie regioni),
- l’inserimento dei medici di medicina generale (mmg) all’interno degli organigrammafuzionigramma aziendali,
- l’integrazione tra più Medicine di Gruppo all’interno dello stesso NCP
- l’integrazione tra i NCP ed i servizi territoriali (Continuità Assistenziale, SerT, Salute Mentale, Salute Pubblica, volontariato, organizzazioni di malati e famigliari, istituzioni politiche, realtà economiche...).

Il futuro che si prospetta, pur incerto ma imminente, pare, già da subito, condizionare il mandato della medicina territoriale molto più di ogni epoca passata. Anche nel campo della salute, come in politica e in economia, sussistono nel medesimo istante molteplici polarismi autonomi e significativi. Non sempre il “partito della sanità” esprime quell’interesse verso la salute dei cittadini che gli elettori si aspetterebbero.

Spesso non esiste una vera ge-

... l’immagine sociale del medico della mutua è tradizionalmente legata alla visita domiciliare.

L’arrivo del medico costituiva per il nucleo familiare un avvenimento carico di significato.

La chiamata, l’attesa, l’arrivo, l’accoglienza, l’agire, le parole, le prescrizioni, il commiato avvenivano in una successione quasi rituale.

Il malato e i suoi familiari sentivano nel medico un sicuro alleato, qualcuno che poteva riportare la guarigione e la serenità, ridare speranza, alleviare la sofferenza, confortare. Gli assistiti erano talmente riconoscenti per il suo comportamento autorevole e giusto che provvedevano, spontaneamente, a rendere molto dignitosa la vita quotidiana del medico e della sua famiglia.

Oggi non è più così.

Esigenze sanitarie e burocratiche sempre più elevate rendono la visita domiciliare un elemento critico. Se può risultare agevole organizzare il passaggio domiciliare periodico per le ADI, alcune richieste definite urgenti dagli stessi assistiti possono disorganizzare attività ambulatoriali sempre affollatissime dove i bisogni non si distinguono, inizialmente, dalle richieste. I contatti domiciliari divengono quindi essenziali, sbrigativi, distaccati. Non c’è più certo il tempo di fermarsi, sedersi, prendere il caffè e raccontarsi un po’ di cose. La percezione degli assistiti è quella di avere un servizio di qualità carente.

La collaborazione tra colleghi di una MdG e l’estrema facilitazione di accesso offerta può, in parte, aiutare a superare alcune criticità attualmente individuate nella visita domiciliare (pag.217)

Alcune medicine di gruppo hanno avuto il vantaggio di poter contare sul concreto e forte interesse aziendale per quanto riguarda la ricerca di locali adeguati a questa funzione. In questi casi le ristrutturazioni, il rinnovo dell’impiantistica, l’adeguamento, le certificazioni di idoneità, le autorizzazioni ecc. sono state a carico dell’azienda USL o del comune interessato. Vi sono aiuti concreti anche per quanto ri-

guarda le indicazioni organizzative, gestionali con importanti azioni premurose finalizzate a convincere i medici a far parte di queste medicine di gruppo.

Altre medicine di gruppo, motivate a seguire questo tipo di gestione organizzativa territoriale, sono state in pratica ignorate e hanno dovuto provvedere in proprio alla ricerca di locali, alla progettazione, all’esecuzione dei lavori di ristrutturazione, alla con-

divisione delle spese per la realizzazione. Queste ultime medicine di gruppo hanno dimostrato quindi di credere intensamente a questa nuova modalità di assistenza e, autonomamente, hanno offerto alla popolazione e alle istituzioni una impostazione “chiavi in Mano” completata a proprio carico e supportando rischi economici e un dispendio di energie notevolissimo (pag.199).

rarchia degna di tale considerazione, un ordine in grado di esprimere giustizia, sovranità, potere, controllo, sostenibilità, sussidiarietà, responsabilità ma soprattutto in grado di immaginarsi il futuro prossimo venturo. È opinione diffusa tra i medici delle cure primarie che operano in prima linea ogni giorno che occorra ricostruire, nel campo sanitario assistenziale, una ideologia forte ed un sistema di riferimento altrettanto autorevole. Anche nel terreno "reticolare" delle cure primarie è giunto il momento di osare e di superare le dichiarazioni

di intenti ed arrivare al più presto ad un'autentica modificazione del paradigma aziendale a struttura piramidale in favore di una organizzazione dove la competenza gestionale e quella clinica siano solidamente unificate in modo che l'assistenza territoriale diventi realmente sostenibile.

Nel titolo di questo elaborato si utilizza il termine semplificativo di "manuale".

Il testo rappresenta piuttosto una raccolta di pensieri, citazioni letterali e di riflessioni riguardanti l'esperienza accumulata negli anni in me-

rito all'associazionismo medico territoriale (si è scelto di non riportare i riferimenti bibliografici diretti nel testo ma solo nella bibliografia per non appesantire oltremodo lo scritto). In particolare si desidera raccontare l'evoluzione culturale ed operativa che le organizzazioni dette "medicines di gruppo" hanno compiuto a partire dalla seconda metà degli anni novanta fino ad arrivare ai nostri giorni. Considerata la specificità dell'esperienza si è deciso di utilizzare soprattutto il materiale contenuto in articoli di recente pubblicazione su riviste italiane di set-

### Progetto organizzativo-gestionale per la nuova Medicina di Gruppo (2006)

La normativa prevede che il testo del progetto organizzativo-gestionale per la nuova Medicina di Gruppo debba essere ufficialmente (protocollato) presentato all'Ordine dei Medici e all'AUSL.

Forma associativa Medicina di Gruppo  
Dimensione della struttura 350 mq Sala d'attesa 75 mq  
Numero di ambulatori 5+1 ambulatorio infermieristico e specialistico + 1 ambiente archivio + 1 ambiente segreteria e attività amministrative  
Numero medici componenti la medicina di gruppo 5  
Personale infermieristico 1  
Collaboratrici di studio 2.

#### Specialistica

Possibilità di ospitare 2 specialisti presenti al giorno uno al mattino e uno al pomeriggio, in ambulatorio dedicato per patologie particolari o per percorsi o progetti specifici, per 5 giorni alla settimana. Gli specialisti ambulatoriali possono essere specialisti aziendali ma anche mmg-specialisti in grado di svolgere valutazioni di 1° livello in favore dei colleghi della MdG e del NCP. Si considera necessario che l'ambulatorio dedicato all'attività specialistica o a progetti particolari o a percorsi sia dotata di linea telefonica, linea ADSL, computer in rete con il poliambulatorio.

#### Popolazione assistita 7.500

La MdG ha la potenzialità per poter incidere su 30.000 persone se si considerano alcune attività integrate MdG-NCP come può capitare per le campagne di vaccinazione o le campagne di educazione sanitaria o per alcuni programmi che prevedano l'attivazione di una sede di NCP inserita nella MdG.

Orario di apertura Lunedì-Venerdì 8.00-20.00

#### Attività

- medicina generale convenzionata
- specialistica diagnostica
- partecipazioni a progetti sperimentali elaborati dalla stessa MdG (valutazione di 1° livello da parte dei mmg del NCP; Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e Relazionale per il

disagio giovanile; guardia medica leggera residenziale; integrazione mmgspecialisti; implementazione delle ADF con razionalizzazione delle altre visite domiciliari; pronta disponibilità infermieristica; formazione ed ECM nei NCP; tirocini mediciinfermieristici-operatori del sociale; formazione per i collaboratori di studio e le infermiere che operano nelle MdG)

- distribuzione diretta farmaci
- servizio di prelievi domiciliari per esami ematologici
- educazione alla salute (conferenze per la popolazione organizzate in autonomia dai mmg e dai componenti del NCP) finalizzata all'informazione e alla educazione sanitaria per l'utilizzo di una medicina territoriale compatibile con risorse disponibili
- sala d'aspetto trasformabile in sala conferenze per le attività della Medicina di Gruppo, per le attività formative-didattiche del NCP, per le attività di educazione sanitaria alla popolazione
- sede di riferimento per l'intero NCP (incontri obbligatori ed incentivi, a scadenza regolare, per condivisione e allineamento nei comportamenti assistenziali; per lo studio e la produzione di linee guida o indicazioni o raccomandazioni comportamentali; per coinvolgere i colleghi del NCP nelle attività cliniche e culturali svolte nella sede di riferimento; per facilitare la presa di consapevolezza e lo sviluppo di una autonomia nel processo decisionale da parte dei mmg del NCP; per un aumento qualitativo dei servizi offerti, e di conseguenza, per un incremento autorevole di controllo sulla domanda)
- ambulatorio infermieristico-medicheria
- computerizzazione (strumentazione rinnovata, scanner, modem, stampanti, proiettori Wireless...) con software compatibili con l'azienda e pronta assistenza in caso di necessità.
- Particolare attenzione all'integrazione tra la dimensione sociale e clinica in medicina generale e nel territorio di competenza dell'intero NCP che è situato nella prima periferia cittadina. Molte associazioni e NCP sono orientati prevalentemente verso obiettivi clinici. Il gruppo San Moderanno intende sviluppare una competenza distintiva anche in campo socio-sanitario-clinico. Da questo punto di vista si desidera, in un primo tempo, raccogliere con attenzioni i

dati riguardanti i contesti psicosociali: scolarità, reddito, compliance, fenomeno del l'Inverse care (cura al contrario: moltiplicarsi degli accessi al sistema sanitario o di richieste di visite domiciliari da parte di chi ne ha meno bisogno); i dati significativi possono così essere considerati così come problemi "attivi" infatti la letteratura sostiene che le persone ad rischio psicosociale sia un possibile soggetto al altro rischio clinico e suggerisce quindi l'attuazione di strategie direttive o approcci intensivi (concetto della progressiva fragilizzazione della popolazione assistita dai mmg).

- Benefici
- Aumento dell'autonomia e perfezionamento della continuità dell'assistenza
- modello di riferimento per altri gruppi o per il NCP
- offerta specialistica di 1° livello con riduzione immediata delle liste d'attesa e con creazione di percorsi o accessi privilegiati condivisi (in caso sia necessario un approfondimento specialistico)
- integrazione mmg-specialisti
- creazione di una offerta globale territoriale innovativa attuando nello stesso tempo, il governo della domanda ed una offerta di una medicina generale di base sostenibile
- particolare attenzione nei confronti delle problematiche presentate dai pazienti anziani e dal disagio giovanile
- ampliamento degli orari di ambulatorio che mantengono costantemente una sola tipologia complessiva (H1 2) di facile apprendimento per gli utenti
- educazione sanitaria della popolazione supportata anche dall'organizzazione interna innovativa del poliambulatorio, dal comportamento del personale e dei medici, dall'arredamento, dalla cartellonistica informativa semplice e computerizzata, dalle attività di intrattenimento e sollievo (film, musica, distributori di bevande...)
- sperimentazioni, adesione alle iniziative, ai programmi ed ai progetti
- potenziamento dell'assistenza territoriale, con riduzione degli accessi al PS e ai codici bianchi
- aumento dell'appropriatezza; coincidenza tra mmg e specialistica di 1° livello
- forte integrazione Azienda-territorio con la possibilità di importanti collaborazioni per i programmi aziendali e/o per i progetti proposti da mmg.

di **Salvo Cali**

Segretario Generale Smi

tore e inerenti l'organizzazione delle cure primarie territoriali, riportando i concetti e i pensieri. La malcelata ambizione e la speranza resta comunque quella che ogni tematica pratica proposta nei vari capitoli possa essere comprensibile e di facile lettura per tutti i colleghi interessati all'esperienza associativa. In osservanza al detto "...cosa fatta capo ha..." le riflessioni, le opinioni, i ricordi, le citazioni dirette e le inevitabili imprecisioni, gli errori, che si spera siano rari, sono da attribuire completamente ed unicamente all'autore.

**indicatori per l'Azienda:**

- grado di evoluzione dei sistemi operativi aziendali (collegamento diretto con i dati di produzione dei mmg) Es.: produzione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-assistenziali-Relazionali condivisi con servizi territoriali e ospedalieri
- disponibilità di risorse
- struttura organizzativa territoriale
- perfezionamento ed implementazione delle adesioni attive ai progetti di prevenzione-omogeneizzazione del comportamento clinico (es. prescrittivo) ospedale-territorio
- offerta sostenibile
- capacità sostenibile di controllo della domanda

**indicatori per il territorio:**

- attività assistenziale corrispondente alla demografia, alla geografia e alla variabili sociali e stagionali della domanda
- continuità delle cure
- integrazione con il social
- definizione e allineamento su LEA
- implementazione della qualità delle ADI in particolare ai confronti delle persone fragili
- risposte autonome, efficaci, garantite, standardizzate, allineate per tutto il gruppo e il NCP
- riequilibrio ospedale-territorio condiviso

**indicatori per i mmg:**

- diffusione e implementazione dell'associazionismo medico in grado di fornire numeri importanti di produzione
- aumento del grado di grado di informatizzazione fruibile ed analizzabile (possibilità della raccolta dati per le necessarie elaborazioni utili all'autoformazione e alla definizione dei reali bisogni di salute)
- abitudine e facilitazione alla condivisione di protocolli operativi bottom up
- condivisione, produzione, allineamento, omogeneizzazione PDTA-R, linee guida, EBM
- confronto tra gruppi
- segnalazione di bisogni formativi
- condivisione con associazioni di cittadini
- governo e conseguente riduzione delle domande improprie
- formazione organizzata e gestita direttamente da parte dei mmg
- offerta presente sul territorio (sostenibilità della medicina generale)
- capacità di risposta alla domanda (sostenibilità della medicina generale).

La prefazione di Salvo Cali,  
al Volume "Guida alla Medicina di Gruppo"

## TESTIMONIANZA DI UN RINNOVATO RAPPORTO MEDICO/PAZIENTE

Quanti tra i medici di famiglia volessero complicarsi la vita, semplificando quella dei propri assistiti, dovrebbero ispirarsi a questo libro esemplare che racconta la costituzione e l'avvio di un'esperienza di medicina di gruppo. Consapevoli della propria relativa impotenza e dell'assoluta inadeguatezza dell'attuale organizzazione delle cure primarie, i nostri eroi si sono avventurati - non primi e non soli oramai, ma proprio per questo a maggior ragione eroi - a ridisegnare il proprio vissuto professionale, nel tentativo di ricostruirne le motivazioni primitive all'insegna del primato della clinica e di un rinnovato rapporto medico/paziente. La consapevole intuizione del mutato scenario del quadro epidemiologico e della necessità di una rimodulazione dell'offerta sanitaria sono alla base di questa esperienza che, piuttosto che pregiudicare il rapporto fiduciario tra l'assistito e il proprio medico curante, tende a valorizzare lo spazio professionale sempre più compresso, da un lato dall'aumento delle incombenze burocratiche, difficilmente comprensibili e accettabili dagli assistiti, che, dall'altro, manifestano una maggiore consapevolezza rispetto alla domanda di salute.

Libro esemplare perché accanto a tante, per quanto insufficienti esperienze simili, scrive una pagina importante di un futuro... che è già pas-

sato. Testimonianza felice e difficile di una necessità della storia della sanità italiana che da tempo individua nella riorganizzazione delle cure primarie il suo obiettivo strategico, ma ad esso non dà soluzione e prospettiva concreta. Qui ed ora i medici si riappropriano del proprio ruolo di classe dirigente ed indicano la via. Certo sperimentale. Certo non esaustiva. Prassi che prova a disegnare nuovi scenari all'interno dei quali, oltre a questa esperienza, altri approcci sono possibili. In ogni caso partendo da un nuovo patto tra medico e assistito. I tempi sono maturi. Il ritardo della politica nella comprensione delle dinamiche della nuova domanda di salute può essere colmato anche e soprattutto con il contributo di una categoria che si riappropria della propria centralità, scommettendosi in prima persona, a costo di grandi sacrifici, ma consapevole del proprio ruolo.

Questa consapevolezza si fa strada ad un livello più ampio. Non è un caso che questo libro abbia una doppia prefazione. A testimonianza di un nuovo clima nel quale il sindacalismo medico riconosce e valorizza anzitutto l'impegno dei medici a prescindere dalla loro appartenenza sindacale, ritrovando o riscoprendo una tensione culturale e professionale comune che rappresenta il presupposto di un rilancio della professione e di un nuovo protagonismo dei medici italiani.