

Una guida per “organizzare una medicina di gruppo senza massacrarsi la vita”

Il manuale, elaborato dal dottor Bruno Agnetti insieme ad altri collaboratori, rappresenta una raccolta di pensieri e riflessioni in merito al campo dell'associazionismo medico territoriale.

di Antonella Del Gesso

“Guida alla Medicina di gruppo - Come organizzare una medicina di gruppo senza massacrarsi la vita” (Edizioni Panorama della Sanità, Roma, 2009) di Bruno Agnetti e scritta in collaborazione con Maria Caterina Antonioni, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lorella Marinucci, Mario Salvi, racconta l'evoluzione culturale di una parte di mmg in merito all'associazionismo ed in particolare prende in esame, in modo a volte minuzioso e dettagliato, la cronistoria della costituzione di due Medicine di Gruppo a far data dal 1995 per arrivare fino ai giorni nostri.

È noto come la modificazione recente dell'organizzazione sanitaria sia stata e venga tutt'ora influenzata da macrofenomeni biologico-sociali analizzati, discussi e approfonditi in svariate occasioni e che permettono di ottenere una visione complessiva ed unitaria di ciò che sta accadendo e di come ci si stia attrezzando per affrontare un passaggio così delicato per l'evoluzione della medicina (1. evoluzione demografica e tasso di assistiti anziani; 2. cronicità delle patologie; 3. modificazioni strutturali dell'ordinamento sociale; 4. sviluppo tecnologico; 5. processi di integrazioni e multiculturalismo; 6. conseguenze dalla variabilità economica sulla rete dei servizi).

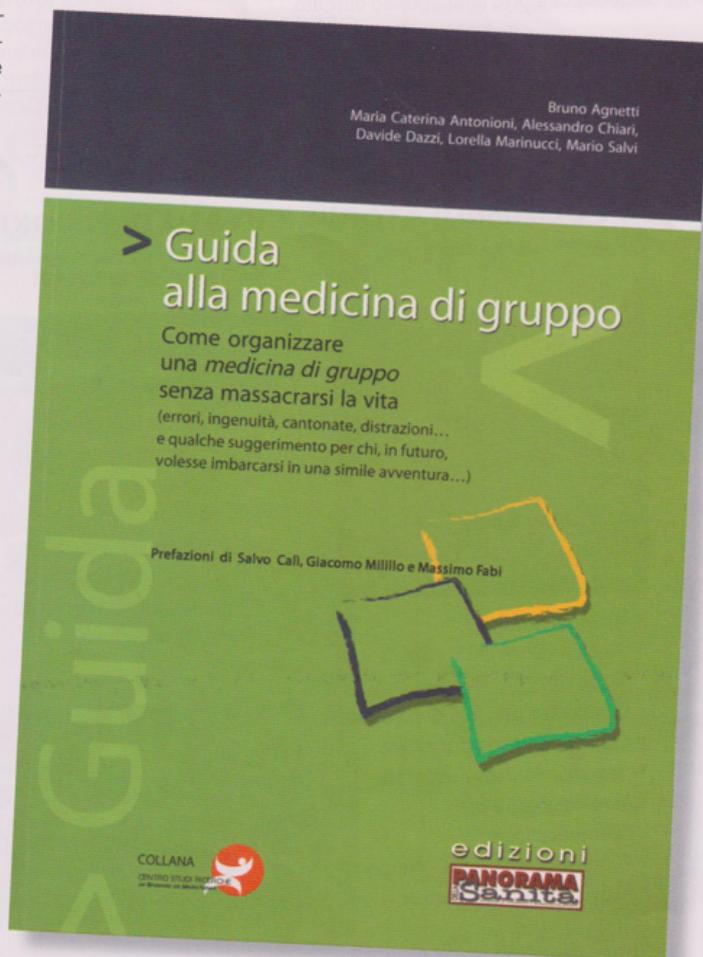
A queste modificazioni epocali i medici impegnati nelle cure primarie hanno cercato di dare risposte concrete ipotizzando percorsi, proponendo idee, inventando modelli sostenibili ed adattabili. La Medicina di Gruppo (MdG) rappresenta una risposta tra le tante possibili. Ciò non toglie che anche la medicina generale esercitata dai medici singoli, in mancanza di dimostrazioni contrarie, rimanga tutt'ora una valida, ben sperimentata e in alcuni casi insostituibile possibilità operativa. Può apparentemente sembrare paradossale ma più

si perfezionano e si migliorano le esperienze legate all'associazionismo medico territoriale più si comprende l'importante ruolo svolto dal medico singolo. Le indicazioni e gli indirizzi più recenti (il testo dell'Accordo Collettivo Nazionale è stato firmato da pochi giorni) insistono comunque nel considerare l'aggregazione tra mmg come soluzione per molte “criticità” territoriali inerenti l'assistenza primaria.

I macrofenomeni biologico-culturali già ricordati hanno in pochi anni cambiato radicalmente l'organizzazione e l'equilibrio sociale. La nostra vita e in particolare l'organizzazione sanitaria vengono ridisegnate e riorganizzate sotto i nostri occhi indipendentemente dalla nostra consapevolezza. Questo costringe i mmg a

muovere passi in ambiti e sistemi di regole non previste e che nessuno domina bene fino in fondo. Ci si trova quindi costretti a comprendere e a costruire nuove consapevolezze, a gestire valori ed emozioni, a vivere rapporti e professione in modo completamente diverso dal passato perché il modo cambia e si ri-complica ogni giorno. Tutto ciò coinvolge profondamente anche la medicina generale del territorio, i medici attivi nelle cure primarie e le stesse Medicine di Gruppo (MdG) che rappresentano, in definitiva, sistemi “complessi” che si inseriscono a loro volta in ulteriori complessità.

Nel libro “Guida alla Medicina di Gruppo” alcuni capitoli sviluppano concetti teorici ma la maggior parte dei paragrafi affronta temi assolutamente concreti ed utili: quali sono gli aspetti burocratici





essenziali da assolvere per attivare una MdG, come si redige un regolamento interno, come si disegna un progetto e come si seguono i lavori di ristrutturazione dei locali, come si assume il personale, come si determina un contratto di affitto e come si conduce una contrattazione-negoziazione con l'Azienda Usl di riferimento al fine di recuperare i possibili incentivi previsti.

In effetti le migliori intenzioni non sono sufficienti a sostenere il carico economico richiesto per gestire queste strutture. In molti casi l'associazionismo strutturato nasce da una maturazione culturale degli stessi medici di medicina generale che, motivati, hanno impiegato risorse proprie, in modo volontario, nella speranza di migliorare l'assistenza territoriale e di attuare ciò che "è bene fare" per riorganizzare una medicina di base sostenibile. L'impegno profuso alla fin dei conti si è dimostrato ben ricompensato dal gradimento nettamente positivo dimostrato dagli assistiti nei confronti delle organizzazioni strutturate come MdG ma dopo il lungo periodo di sperimentazione sarebbe opportuno trovare risorse adeguate ed equamente distribuite al fine di far uscire le MdG dalla stagione dei collaudi (rinnovo dei contratti incrementali, rifondazione di arretrati, considerazione di progetti incentivanti di interesse effettivamente diffuso alla maggior parte dei mmg). In caso contrario le MdG ed in particolare le MdG self-made saranno costrette a ridurre i costi di produzione e di conseguenza procedere ad un ridimensionamento di alcuni servizi non essenziali (accoglienza, locali gradevoli, servizi accessibili per 12 ore al giorno, servizi cup e infermieristici, educazione sanitaria di primo livello...).

La Convenzione Nazionale per la Medicina Generale da poco siglata dalle Organizzazioni Sindacali rappresentative e dalla Sisac tenta di risolvere una parte degli aspetti economici e delle disparità che gravano sulle MdG self-made sostenendo una improbabile assegnazione a tutte le MdG di locali pubblici proprio per annullare le discrepanze che si sono venute a creare. Se le strutture associative complesse non sono omogenee si rischia di creare differenze tra aree ad alta intensità assistenziale con altre più disagiate dove le difficoltà associative per la non reperibilità di locali adeguati potrebbe creare una disomogeneità nella distribuzione dell'assistenza e delle prestazioni.

Note favorevoli e spunti per ulteriori azioni di miglioramento del servizio derivano dalle sperimentazioni organizzative presentate da alcune MdG: gli assistiti mostrano di gradire molto il servizio di apertura detto "H12" che permette alle persone di accedere all'ambulatorio durante tutto l'arco della giornata. Nello stesso tempo il rapporto medico-paziente viene gelosamente protetto in quanto ogni assistito

resta in carico al proprio medico e può usufruire dei servizi di un altro collega, fuori orario di ambulatorio o in assenza del proprio medico, solo in caso di necessità oggettiva. Una MdG H12 può dimostrare di effettuare un numero di contatti giornalieri veramente grande (250 -350 - 450 contatti giornalieri considerando il numero dei mmg che compongono la MdG) tra visite, telefonate, richieste di ricette, richieste di informazioni, azione infermieristica, prelievi, attività cup, integrazione con il servizio sociale di quartiere, collaborazioni con il volontariato, accessi occasionali di soggetti fragili con scarsa abilità di orientamento nel SS Nazionale e/o Regionale, riduzione in termini assoluti di accessi al PS e al Punto Bianco, visite domiciliari...

E' stato dimostrato come le MdG operino in modo significativo come stimolo culturale per i colleghi mmg del territorio dove le stesse MdG sono inserite: alcune strutture di gruppo divengono punti di riferimento per le attività di aggiornamento e di formazione periodica per tutti i mmg appartenenti allo stesso Nucleo di Cure Primarie (NCP). Questa collaborazione e confronto tra pari grazie alla programmazione annuale di un certo numero di incontri serali (da 6 a 8 riunioni) ha potuto ottenere una riduzione della variabilità comportamentale prescrittiva all'interno di uno stesso NCP virando abitudini ampiamente soggettive verso una appropriatezza terapeutica più uniforme ed equa per gli assistiti. Sono stati inoltre prodotti numerosi progetti, inseriti nel testo, derivanti dall'analisi dei bisogni assistenziali dei mmg e degli assistiti di quel territorio.

Agnetti spiega come l'ambizione sarebbe quella di poter utilizzare gli ambienti delle MdG ormai ben inserite e ben individuabili nei singoli quartieri (es.: della città) anche al sabato e alla domenica, permettendo ai colleghi Medici di Continuità Assistenziale di usufruire di questi locali, del personale, del sistema informatico già esistente (cartelle) per una azione diurna di Guardia Medica - Punto Bianco di quartiere lasciando l'attività di Guardia Medica Notturna organizzata a livello più ampio sul territorio in collaborazione con il servizio emergenza del 118. Dopo il problema dei costi di gestione l'abbondante offerta medica rappresenta però una criticità che richiede le maggiori attenzioni. L'incremento del lavoro delle MdG viene palesato dal costante afflusso di assistiti che saturano ogni giorno, senza differenziazioni stagionali, le sale d'aspetto. Il rischio è quello di medicalizzare sempre di più i cd "sedicenti malati" che non vedono l'ora di avere un medical shopping completo in un locale unico, comodo, senza barriere architettoniche, gradevole, climatizzato e ad accesso libero.

Di fronte a questi comportamenti inappropriati e smarriti di molti assistiti i mmg delle MdG possono contrapporre una educazione sanitaria generale di 1° livello fondata su una autorevole azione educativa pedagogica di base che sia in grado di motivare i grandi frequentatori delle sale d'aspetto a modificare stili di vita e comportamenti inadeguati. Allo scopo vengono utilizzate presentazioni in power point o in video già sperimentate e trasmesse su sistemi audio-video computerizzati (TV o proiettori) posti nelle sale d'aspetto delle MdG che si rifanno al principio pedagogico sanitario sintetizzato dallo schema anagrammatico EBM vs EBM, dalla medicina basata sulle evidenze EBM alla medicina basata sulla semplicità (EBM dove la E del secondo acronimo sta per Elementary).