

Costo della struttura, persone coinvolte e risorse impiegate

## L'Indice energetico di un'organizzazione

di Bruno Agnetti, Alessandro Chiari, Davide Dazzi, Lucia Monari, Maria Antonioni, Lorella Marinucci \*

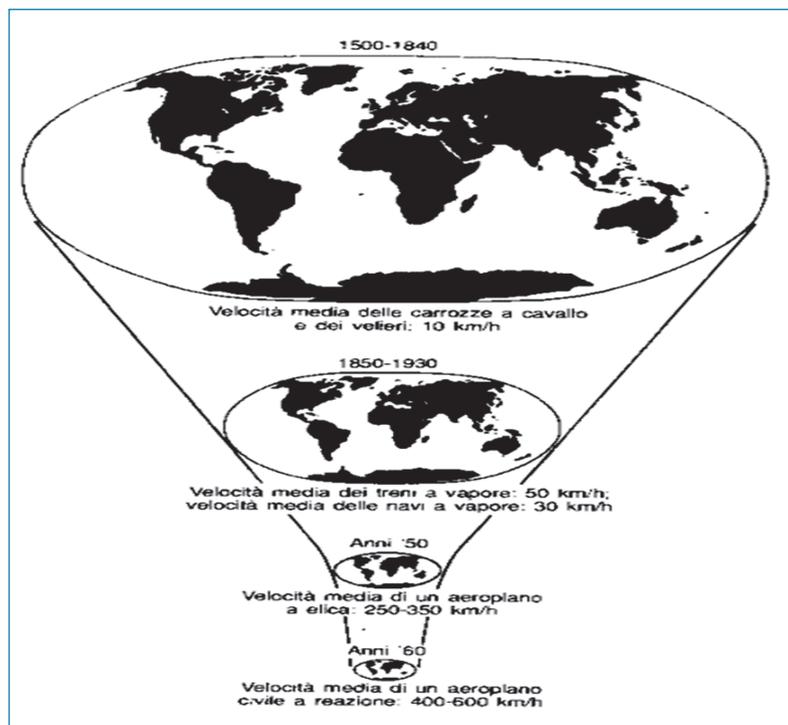
Risultati ottenuti in termini di servizio, miglioramento della qualità della vita ed ecosistema sociale di riferimento

Come è noto alcuni macrofenomeni bio-psico-sociali, ormai ampiamente analizzati in numerose pubblicazioni, vengono considerati come modificazioni epocali in grado di influenzare profondamente anche tutta la struttura organizzativa sanitaria (evoluzione demografica; cronicità; modificazioni strutturali dell'ordinamento sociale come capita per i nuclei familiari; sviluppo tecnologico e problematiche bioetiche; processi di integrazione e multiculturalismo sviluppatosi in pochissimi anni senza il retroterra culturale di altre nazioni europee; conseguenze sulla rete dei servizi, sulla modifica della manifestazione dei bisogni degli assistiti e dei clienti interni del Ssn e Ssr, cioè degli operatori e dei medici, a causa della crisi economica). Queste manifestazioni sottono due elementi in contrasto tra di loro ma che consentono di attrezzare uno strumento di lettura specifica, che permette di interpretare le criticità che si palesano quotidianamente e a volte in modo drammatico (malasanità) nel Ssn. Tutto ciò non è stato previsto dai responsabili

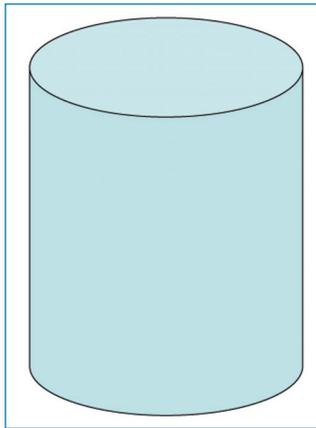
preposti all'uopo, nonostante l'enormità di risorse e di consulenze a disposizione.

Nel 1989 D. Harvey ha enunciato il concetto della *compressione spazio-temporale* come strumento di comprensione delle modificazioni socio-economiche plane-

tarie ben raffigurate dall'immagine ad imbuto che tende, con velocità esponenziali, a diventare sempre più puntiforme. Questo movimento sempre più delirante contrasta con la necessità arcaica di una *costante spazio-temporale* palesata dai bisogni



correlati alle relazioni che necessitano di dedizione, di tempo, di ascolto ben rappresentata da quell'arte medica assai complessa che non ha mai subito modificazioni sostanziali nei millenni, tanto da poter ben essere rappresentata con la figura tridimensionale del cilindro.



La contraddizione esistente tra compressione e bisogno atavico crea due problematiche in spropositato contrasto tra loro e specificatamente presenti nella professione medica: la profonda crisi delle relazioni in generale e in particolare dal rapporto medico-paziente e dalle altrettanto enormi e critiche relazioni deontologiche tra colleghi.

Nella relazione medico-paziente la patologia si manifesta attraverso l'incapacità che il medico evidenzia di curare le malattie costituendosi nello stesso tempo guida etica, culturale, sociale ed educativa per i propri assistiti. I noti principi basilari del saper fare e saper essere, sembrano escludersi a vicenda come in un gioco ad esclusione diretta. Ed è clamoroso quel paradosso vissuto oggi quotidianamente dai mmg sulla loro pelle: quando erano meno efficien-

ti erano più riveriti e ora, che apparentemente sono molto più efficienti, sono molto meno considerati. La relazione medico-paziente è attualmente talmente mediata da infiniti fattori indipendenti dalla professionalità o dalla organizzazione assistenziale della medicina generale, che il medico ha assunto un significato da luogo comune o da bene di consumo come tanti altri e spesso nemmeno ai primi posti della scala del gradimento (pubblicità a tappeto di "uffici legali" dove la professione medica e le sue difficoltà vengono presentate ai cittadini anche come possibile fonte di opportunità economica). Le recenti analisi di customer satisfaction hanno dimostrato come sia più agevole ottenere indicazioni dettagliate ed esaurienti in merito a prodotti specifici e relativamente semplici contrariamente a quanto può capitare per prodotti molto più complessi come ad esempio: la professionalità del medico di base, dove gli esiti delle ricerche restano molto più indefiniti. In effetti i cittadini, assistiti, clienti, utenti (ex pazienti) pare non siano più in grado di analizzare ciò che sta capitando intorno a loro e non riescono in particolare a stabilire gli spessori delle cose a causa di una confusione intrinseca, un ritardo culturale, una mancanza di maestri e guide ed una ridotta trasparenza delle istituzioni. L'antitesi *compressione-costante* e la mancanza di spazi e tempi da dedicare alla riflessione crea, quindi, malessere e disagio nei singoli (rapporti medico-paziente e medico-medico) e nelle istituzioni-aziende-organizzazioni (produzione di documenti sempre più ambigui dove termini come clinico, dirigente, guardia medica, continuità assistenziale, continuità dell'assistenza, interruzione di pub-

blico servizio, aziendalizzazione, potere politico e territoriale, clientelismo, nepotismo, integrazione, governo clinico, responsabilità referente, coordinatore ecc.), possono riservare sorprese interpretative ed applicative sconosciute alla maggior parte dei colleghi, iniziative di valutazione delle performance dei mmg orientati in senso solo economico). L'iniziativa-ricerca finanziata dalla Regione Emilia Romagna all'Università Americana Jefferson di Philadelphia si è occupata dello studio dell'appropriatezza prescrittiva dei Mmg, inizialmente di Parma, in riferimento a 36 criteri epidemiologici e di consumo finalizzati a valutare la performance prescrittiva dei vari Ncp. La ricerca è stata definita "*profili assistenziali e strumenti organizzativi*" ed insieme ai reports sulla spesa farmaceutica già distribuiti periodicamente a ciascun medico, permette ai mmg di poter avere a disposizione una batteria di strumenti economici per analizzare il comportamento singolo e quello delle associazioni in merito alla prescrizione farmaceutica, alla prescrizione di esami e indagini, dei ricoveri e delle modalità assistenziali di alcune patologie croniche. Non è dato conoscere l'impegno economico di questa iniziativa, ma è possibile che anche il team americano della Jefferson, in previsione delle modifiche strutturali della sanità negli Usa, abbia appreso informazioni molto utili per un servizio sanitario estremamente diverso dal nostro, ma che guarda all'assistenza territo-

\* Centro Studi di Programmazione Sanitari (CSPS) Regione Emilia-Romagna-Sindacato dei Medici Italiani (SMI)

riale di base italiana come modello da imitare. Nella ricerca sono stati analizzati i dati presentati dai Ncp, e depositati nell'archivio regionale, relativi agli anni 2006 e 2007 e si è in attesa di poter valutare gli esiti che i vari Ncp hanno prodotto nel 2008 e nel 2009. Tutto ciò che è stato possibile prendere in considerazione, sino ad oggi, ha mostrato la presenza di luci e di altrettante ombre come se la

contrapposizione tra *compressione-costante* si manifestasse nettamente anche in questa area della galassia sanitaria. Sono emersi Ncp più virtuosi e altri Ncp meno virtuosi. Alcuni Ncp considerati nel complesso più virtuosi (secondo i criteri economici esposti), evidenziano una aderenza più convinta agli obiettivi aziendali di appropriatezza prescrittiva; referenti di Ncp che interpretano il loro ruolo in modo

più orientato alla gerarchia; alcuni di questi Ncp presentano un aumento di ricoveri, di accessi al Ps, di prescrizioni su fogli bianchi per farmaci prescrivibili con il ricettario del Ssn; alcuni eccessi di virtuosismo prescrittivo possono poi a volte creare non pochi imbarazzi. Altri Ncp che risultano essere meno virtuosi; hanno referenti che interpretano il loro ruolo più come un servizio che come funzione ge-

#### Nuclei delle Cure Primarie Profili Assistenziali e Strumenti Organizzativi

### Elenco di 36 criteri di valutazione di performance dei NCP per gli anni 2005-2006-2007

- 1- Caratteristiche dei Nuclei delle Cure Primarie
- 2- Caratteristiche generali dei Mmg
- 3- Distribuzione percentuale dei medici per fascia di età
- 4- Caratteristiche demografiche della popolazione
- 5- Prevalenza delle malattie croniche sulla base dei consumi farmaceutici
- 6- Prevalenza delle malattie croniche sulla base di consumi farmaceutici e diagnosi di ricovero
- 7- Numero e prevalenza (per 1.000 assistiti) dei pazienti con insufficienza renale
- 8- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per 1000 Assistiti: ricoveri ordinari e chirurgici
- 9- Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 1.000 assistiti
- 10- Assistenza ospedaliera: ricoveri medici più frequenti
- 11- Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (Acsc): tasso di ospedalizzazione standardizzato, numero

di ricoveri e numero di pazienti con 2 o più ricoveri

- 12- Ricoveri medici potenzialmente inappropriati: numero e percentuale di ricoveri
- 13- Assistenza ospedaliera: spesa (€) per assistito
- 14- Assistenza ospedaliera: spesa (€) per assistito per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale
- 15- Assistenza farmaceutica: consumo standardizzato per le principali categorie di farmaci (DDD per 1.000 assistiti/die)
- 16- Consumo di farmaci (DDD per 1.000 assistiti/die) 2005-2006-2007
- 17- Assistenza farmaceutica: principi attivi più frequenti (DDD per 1.000 assistiti/die)
- 18- Assistenza farmaceutica: spesa standardizzata per assistito (€)
- 19- Spesa per assistito (€) confronto 2006-2006-2007
- 20- Assistenza specialistica ambulatoriale: consumo di prestazioni per macro-aggregazione per 1.000 assistiti 2005-2006-2007
- 21- Assistenza specialistica ambulatoriale: visite specialistiche più frequenti per 1000 assistiti
- 22- Visite (prima visita e visita di controllo): principali discipline. prestazioni per 1000 assistiti
- 23- Diagnostica strumentale: principali prestazioni (prestazioni per 1.000 assistiti)
- 24- Diagnostica strumentale: indice di consumo per 1.000 assistiti (RMN, ECD, ECO e TAC) 2005-2006-2007

25- Assistenza specialistica ambulatoriale: spesa standardizzata per assistito (€) 2005-2006-2007

- 26- Assistenza specialistica ambulatoriale: spesa standardizzata per assistito per le principali prestazioni di diagnostica strumentale (€)
- 27- Assistenza specialistica ambulatoriale: spesa standardizzata per assistito per le principali visite (€)
- 28- Trattamento farmacologico con betabloccanti dopo IMA 2005-2006-2007
- 29- Trattamento con statine dopo un episodio cardiaco 2005-2006-2007
- 30- Management del colesterolo: valutazione di un dato LDL entro 6 mesi dall'evento cardiaco-vascolare 2005-2006-2007
- 31- Trattamento farmacologico con Ace inibitori dopo uno scompenso cardiaco congestizio 2005-2006-2007
- 32- Trattamento con Betabloccanti entro 90 gg da un episodio di scompenso 2005-2006-2007
- 33- Test HbA1c almeno 1 volta all'anno nei diabetici
- 34- Esame dell'occhio almeno 1 volta all'anno nei diabetici
- 35- Profilo lipidico completo almeno una volta all'anno nei diabetici 2005-2006-2007
- 36- Prescrizioni inappropriate o raramente appropriate o da usare solo su indicazioni specifiche in assistiti con età superiore ai 65 anni 2005-2006-2007

## Valutazione della Cultura Organizzativa nei Nuclei (prima parte)

Il questionario distribuito ai NCP pubblicato dalla Jefferson Medical College nel 2001 non è liberamen-

te utilizzabile in quanto protetto da diritti riservati e da copyright. Una indagine attraverso i motori di ricerca più comuni (google scholar) non ha dato risultati rilevabili sull'utilizzo di questo test nella medicina generale che appare inoltre datato in relazione alle esperienze territoriali dei Ncp. È possibile comunque descrivere per sommi capi il questionario: nella prima

parte definita Valutazione della cultura organizzativa dei Nuclei vengono somministrati 22 item inerenti al tema culturale indicato dal titolo. In particolare un item tenta di valutare la rapidità con cui avvengono le modificazioni della pratica clinica all'interno di un NCP a fronte di studi indicanti una possibile migliore qualità e/o una possibile riduzione di costi.

rarchica; negli anni questi Ncp hanno stabilizzato il loro comportamento prescrittivo tanto che presentano una ridotta variabilità comportamentale interna assicurando quindi una assistenza più uniforme ai cittadini; gli obiettivi aziendali non vengono completamente raggiunti ma sono ridotti i ricoveri ospedalieri e gli accessi a Ps; i contratti Adi pur essendo diminuiti in modo altamente significativo non hanno fatto venir meno l'assistenza domiciliare. Infatti alcuni dei medici apparentemente meno virtuosi eseguono scrupolosamente visite domiciliari anche di sabato e domenica, eseguono, in caso di necessità, paracentesi, trasfusioni, Ecg, cure palliative domiciliari. Recentemente i ricercatori dell'Università Jefferson hanno distribuito anche un questionario ai singoli mmg dei Ncp con la finalità di raccogliere ulteriori informazioni organizzative e psico-sociali per arrivare a completare la ricerca già in atto.

Non è stato possibile reperire il questionario tra quelli pubblicati ufficialmente dalle Organizzazioni Speciali, ed è quindi possibile che il test sia stato tradotto dall'Americano anche se non è credibile che esista una medicina di base negli Usa sovrapponibile a quella Emiliana. Alcuni degli item contenuti nel questionario non sembrano validati per il nostro sistema sanitario, tanto che vengono conservati termini alquanto speculativi o eccessivamente coerenti con la teoria della *compressione spazio temporale* considerata all'inizio di questo articolo come elemento non appropriato per una valutazione corretta della performance dei mmg.

È molto probabile che siano necessarie ed urgenti ulteriori iniziative diverse ed innovative finalizzate ad incrementare il senso di appartenenza ai Ncp da parte dei Mmg (Map e Mca), ad aumentare la credibilità delle stesse Aziende nei confronti dei

mmg, a facilitare una aderenza convinta dei mmg dei Ncp ai progetti e agli obiettivi aziendali. Alcune di queste iniziative/progetti, pubblicati, già più volte presentati, ufficialmente alle aziende con spirito di fattiva collaborazione, non hanno poi ottenuto l'attenzione che i mmg si aspettavano, possono essere riassunti in questo elenco ridotto:

- Le riunioni di Ncp devono poter assolvere completamente ai debiti/crediti Ecm per quell'anno (strutturazione di relatori, segreteria scientifica, segreteria organizzativa e contenuti economici);
- Attività o parere di primo livello in merito a quadri patologici definiti e condivisi espresso da colleghi componenti di un Ncp con specifiche competenze che, con spirito di servizio, si mettono a disposizione dei colleghi stessi appartenenti al Ncp per contribuire ad una riduzione di liste d'attesa causate da multipli accessi non appropriati ed in grado di essere risolti a livello di cure primarie territoriali (necessità di strutturazione e di contenuti economici adeguati);
- Coinvolgimento ed integrazione fattiva della Guardia Medica/Continuità Assistenziale con i Ncp ed in particolare attivazione del progetto pronta attivazione della Guardia Medica/Continuità Assistenziale in caso di catastrofi e disastri che attualmente sono all'ordine del giorno

## Scala di Empatia del Jefferson (seconda parte)

Anche questa parte del questionario distribuito ai NCP pubblicato dalla Jefferson Medical College

nel 2001 non è pubblicabile in quanto protetto da diritti riservati e da copyright. Nella seconda parte del test detto *Scala di empatia del Jefferson* vengono somministrati ulteriori 20 item inerenti al tema culturale indicato dal titolo.

e che non ammettono più im-  
preparazione di sorta;

- Integrazione dei Ncp con alcuni servizi territoriali come ad esempio: il SerT per problematiche emergenti come la dipendenza giovanile e le degenerazioni mentali giovanili (definite per comodità demenze giovanili) rendendo operativo il progetto prevenzione ed orientamento con una azione di sostegno ai genitori (questo progetto è stato studiato con la collaborazione del volontariato a causa delle drammatiche emergenze che si vivono nelle periferie delle nostre città da parte di genitori e dai parenti coinvolti in problematiche di dipendenza);
- Pronta Valutazione Infermieristica: con questo progetto il Ncp considera la possibilità di un coinvolgimento dei colleghi infermieri di MdG o di Uccp per attività integrative o di supporto svolte di sabato e domenica in collegamento telefonico con i mmg dello stesso Ncp o con i medici della Continuità Assistenziale operanti nel medesimo Ncp
- Educazione Sanitaria nelle sale d'aspetto delle medicine associate (MdG, Uccp): la finalità è quella di utilizzare il tempo d'attesa come tempo piacevole ma nello stesso tempo utile per messaggi di educazione sanitaria grazie ad un sistema già collaudato di presentazione in power point molto brevi, accompagnati da commenti vocali professionali o da musica che si mostrano a ciclo continuo ma per tempi definiti per non rischiare di confondersi con spot pubblicitari (dove l'ambiguità e l'aggressività

possono non essere appropriati ad un consiglio nel quale deve trasparire la cultura medica contenuta);

- Omogeneità ed equità nella reperibilità di locali adeguati all'associazionismo avanzato con il necessario contributo degli attori interessati e con esperienza in materia derivata dalle esperienze accumulate in questi anni di attività territoriale nelle MdG avanzate;
- Altre iniziative derivano direttamente da quanto emerso dalle valutazioni finali di performance dei Ncp che tendono di norma ad utilizzare numeri nudi e che sembrano oggi non più sufficienti a rappresentare la complessità degli esiti ottenuti da organizzazioni assistenziali territoriali come un Ncp (o da un MdG o da una Uccp...). I tempi potrebbero quindi essere maturi affinché i dati numerici o economicistici che attualmente e tradizionalmente rappresentano il metro di valutazione complessiva della performance dei medici (per il 100%) possano, in qualche modo, essere rivestiti da altri valori o da nuovi criteri o da nuovi vestiti. La scelta di valori innovativi, di criteri più completi o di nuovi vestiti, esprime ed esprimerà il gusto (o il cattivo gusto) che i responsabili della produzione di un servizio dimostrano verso la qualità del servizio stesso. L'indice energetico può rappresentare effettivamente una grandezza di riferimento che permetterebbe di valutare la qualità di una struttura o di una organizzazione in modo innovativo: è un parametro che quan-

tifica il consumo di energia/risorse in relazione agli elementi utilizzati o gli attori che si muovono in quella struttura/organizzazione, (dall'impianto di riscaldamento installato, alle altre installazioni tecniche, al clima relazionale locale, alle risorse, al modo di funzionamento e al comportamento degli utenti/operatori...). È possibile quindi pensare di utilizzare l'Indice Energetico di una Organizzazione come strumento di misurazione obiettiva del rapporto tra costo/energia/risorse e risultati.

L'energia dell'organizzazione (intesa come interazione virtuosa delle risorse cooperanti e in grado di produrre maggior valore della semplice somma lineare dei costi), produce e misura il vero risparmio energetico organizzativo.

L'indice energetico di una organizzazione può quindi alla fine rappresentare, in forma numerica ma molto più completa ed innovativa, le performance di una organizzazione assistenziale (Ncp, Unità Complessa di Cure Primarie Uccp o Medicina di Gruppo...), superando la pesantezza evidentemente troppo limitata utilizzata fino ad ora che non considera specificatamente la qualità della vita percepita dai clienti, il miglioramento del servizio reso, le persone, la rassicurazione, l'accoglienza, la specificità socio-culturale dei quartieri. Questa qualità deve poter intervenire nel conteggio finale (del 100%) almeno per il 30% della valutazione complessiva (es.: le diverse modalità comportamentali tra mmg e mmg; la

Indice energetico  
di una organizzazione =

Costo della struttura, persone coinvolte,  
tutte le risorse che partecipano al suo funzionamento

Risultati ottenuti in termini di servizio, miglioramento  
della qualità della vita, ecosistema sociale di riferimento, ecc.

differenza tra Medicine di Gruppo pubbliche e Medicine di gruppo self made; la variabilità assistenziale tra MdG, o tra Ncp, ... sono misurabili... quanto contano...). La raccolta di nuovi indicatori, sperimentati attraverso indagini di gradimento eseguite con la tecnica della narrazione su un campione di assistiti e di medici, sono stati inseriti in un questionario composto da 10 item in grado di esprimere valori numerici interi che vanno da 1 a 5 (per ogni item) e che possono raggiungere un punteggio massimo di 50. Il test sperimentale contiene affermazioni e/o domande finalizzate a far emergere all'interno di organizzazioni territoriali evolute ed innovative alcuni elementi fondamentali per poter indagare in modo non solo autoreferenziale o speculativo, il gradimento o la soddisfazione degli assistiti (clienti) e degli operatori-clienti interni (medici). Da questi nuovi 10 criteri emersi dall'indagine sperimentale i mmg del organizzazione territoriale interessata ad una modificazione della loro valutazione possono sceglierne 5: questa ulteriore gerarchia dei nuovi criteri elaborata dai mmg, ma standardizzata a suo tempo dalla somministrazione del questionario, permette a questi di chiedere di essere valutati sui temi o sulle questioni nelle quali si sentono più forti, più preparati, più formati superando dal basso certi schemi valutativi eccessivamente rigidi ed economicistici. I 5 criteri scelti dai medici occuperanno un valore complessivo sovrapponibile al 30% dell'indicatore tradizionale di performance (del 100%), ottenendo così un criterio complessivo, più omogeneo e veritiero e una valutazione più appropriata definita *indice di risparmio energetico organizzativo assistenziale*.

## I dieci criteri innovativi

### 1- La MdG (la Uccp) è il punto di interesse di zona per i cittadini

La MdG inserita nel quartiere ha modificato la percezione di sicurezza personale perché c'è la sensazione di essere assistiti e di avere un punto di riferimento medico-sanitario stabile, sempre aperto, facilmente identificabile e visibile, raggiungibile, senza barriere architettoniche o burocratiche. La sicurezza di poter contare sulla medicina di base organizzata come in una Medicina di Gruppo di rione ha condizionato positivamente la scelta di residenza o di interesse verso quel quartiere o per quella zona della città.

(...Vado ad abitare in quella zona in quanto ben servita dal servizio di Medicina di base...; vado in quel quartiere per stare meglio ed avere servizi efficaci ed efficienti molti di questi presenti nella Medicina di gruppo nella quale lavora il mio medico: attività di prenotazione, prelievi, medicazioni e piccola chirurgia, iniezioni, presenza continua dalle ore 8 alle 20 di medici, infermiera e segretaria, consegna continua di ricette, attività di orientamento ed indicazioni su come seguire i vari percorsi diagnostici terapeutici e su come accedere ed utilizzare i servizi del Ssn e del Ssr, risposte telefoniche sempre dirette senza l'utilizzo di segreteria telefonica o di risponditore automatico)

### 2- Prevenzione ed educazione al benessere

Nella MdG le informazioni riguardanti la prevenzione sono facilmente praticabile grazie a servizi effettivamente integrati con percorsi semplificati, di fa-

cile comprensione ed esecuzione; in particolare i medici danno indicazioni precise ed esauritive sul come e dove espletare tutte le pratiche burocratiche che, generalmente, vengo tutte risolte dalla capo sala della MdG che si interessa della prenotazione, degli orari, dei luoghi e spiega all'assistito come accedervi senza perdita di tempo o disorientamenti. La MdG esegue anche interessanti programmi di educazione sanitaria, di educazione alla prevenzione e di cultura al benessere e agli stili di vita auspicabili. Questi programmi vengono trasmessi utilizzando il programma power point nella sala d'aspetto con la finalità di comunicare agli assistiti presenti informazioni semplici, di facile comprensione ma anche concreti, attuabili e sostenibili (divertenti ed accattivanti).

### 3- Accoglienza e relazione: dove attendo, come attendendo, che cosa succede mentre attendo

Mentre sono in attesa nella sala d'aspetto mi sento comodo. Ho la possibilità di leggere giornali o riviste recenti, di vedere programmi di educazione sanitaria o programmi televisivi, di vedere film. L'attesa è diventato un momento di costruzione del mio benessere, di educazione collettiva spontanea, di scambio di pareri e battute in un ambiente gradevole. I rapporti con il personale sono amichevoli. Mi sento accudito dal personale, ricevo risposte immediate dalle segretarie. Le ricette ripetibili vengono redatte nel minor tempo possibile. Il flusso delle persone è ben regolato e non crea conflittualità tra gli assistiti. La priorità di accesso agli ambulatori è altrettanto chiara ed intuitiva e in caso di urgenza vi è un per-

corso preferenziale per poter essere visitato immediatamente dal medico.

#### **4- Passione: l'organizzazione tende ad un miglioramento continuo interno, in presenza di confronto reciproco, e di attenzione verso l'esterno**

Il personale e tutti i componenti del gruppo sono organizzati al fine di tendere ad un miglioramento continuo culturale e di accoglienza: i locali sono rinnovati periodicamente, i bagni puliti ed attrezzati del necessario materiale di consumo, le riparazioni per i piccoli danni o guasti vengono eseguiti nel miglior tempo possibili, l'ambiente è fresco d'estate e caldo d'inverno, è luminoso, privo di ogni tipo di barriere architettoniche. E' un ambiente che fa sentire gli assistiti a loro agio e dove ci si trova bene, non sembra nemmeno di essere in un ambulatorio

#### **5- Gruppo di supporto: mi sento meglio se percepisco di avere a disposizione, oltre al singolo medico curante, anche un gruppo integrato ed omogeneo nei comportamenti umani e professionali.**

I medici eseguono periodicamente corsi interni di aggiornamento in quanto osservo che all'incirca ogni mese organizzano serate di confronto e di scambio di idee tra di loro e tra i colleghi dello stesso Ncp. Tutto ciò aumenta la mia fiducia e la percezione di avere dei medici attenti alle novità e alla traduzione nella quotidianità di queste novità.

#### **6- Sicurezza: l'organizzazione è percepita come reale presidio di una zona della città**

Questa Medicina di Gruppo viene percepita come un presidio inserito in questo quartiere della città tanto che non solo gli assistiti di questi medici vi accedono tranquillamente e serenamente per le visite, le prenotazioni, i

prelievi, le visite specialistiche ma anche altre persone non assistite o parenti di persone assistite dalla MdG chiedono e desiderano usufruire di alcune prestazioni offerte da questa MdG.

#### **7-Confronto: i medici e i pazienti crescono seguendo le modalità organizzative della MdG ed usufruendo dei rapporti che ne derivano**

La fiducia in una organizzazione assistenziale territoriale di questo tipo mi permette di mostrare attenzione e partecipazione verso programmi socio-sanitari di interesse per tutta la comunità. Alcuni sacrifici richiesti in merito al consumo di salute sono altamente e abbondantemente compensati dai servizi resi effettivamente dalla MdG.

#### **8-Benessere individuale**

Quando, per mancanza giustificata del mio medico di fiducia, mi rivolgo ad altri colleghi del gruppo o al personale infermieristico percepisco un comportamento omogeneo in merito alle diagnosi, alle terapie, ai percorsi Assistenziali Diagnostici Terapeutici Relazionali, agli atteggiamenti umani e ai comportamenti di comunicazione: questa percezione mi fa sentire bene e più sicuro. Il rapporto con il mio medico è gelosamente mantenuto e questo mi fa sentire bene anche se mi sento accudito e protetto, in caso di necessità, da tutti i componenti del gruppo

#### **9- Benessere di collettivo**

Sto bene anche perché l'attesa da momento noioso, destrutturato e inutile, diventa momento di costruzione del mio benessere e di educazione collettiva spontanea ma guidata professionalmente.

#### **10 - La cultura della salute**

Io da solo, tu da solo, il mio medico, il tuo medico, la nostra infermiera, il personale della nostra MdG, l'organizzazione nel

suo complesso ci permette di imparare molte cose inerenti la salute. E tutti insieme diventiamo un veicolo o uno strumento socio-culturale di crescita per tutto il nostro quartiere in favore di una salute collettiva e di un equilibrio psico-sociale diffuso. Il legami e i rapporti che si creano con l'organizzazione della MdG e con gli assistiti permette una crescita continua comune. I periodi di assenza o di ferie non creano più angoscia o insicurezza ma le eventuali comunicazioni di servizio sono ben comprese e le soluzioni ad ogni problematica organizzativa è ben spiegata da tutto il personale. Nessuno comunque viene lasciato solo in balia di dubbi o di disorientamenti. Spesso i problemi vengono risolti in tempo reale sia che si tratti di ricoveri, di ricerca di posti letto, di contatti diretti con specialisti, di contatti con i servizi sociali e vengono dati agli assistiti le indicazioni precise sull'appuntamento, sulle pratiche burocratiche, sui numeri telefonici eventualmente da contattare.

Tutto ciò crea fiducia nei medici, in questo tipo di assistenza e di organizzazione di quartiere tanto che mi risulta facile accettare e seguire le indicazioni del mio medico o degli altri colleghi della medicina di gruppo in merito all'appropriatezza prescrittiva, all'esecuzione di esami e di visite specialistiche, alla prescrizione di farmaci, alla partecipazione a programmi aziendali o regionali

Nel passato la carenza organizzativa di qualità territoriale e di quartiere non ha permesso una acquisizione di fiducia nelle iniziative sanitarie che sono state considerate sempre formali e non attendibili. Come paziente è stato molto più semplice, nel passato, seguire le indicazioni della televisione, degli amici, dei giornali.