



Una ricerca di customer satisfaction condotta a Parma non rileva differenze di gradimento

# Mmg soli o in team pari sono

Gli utenti sono ugualmente soddisfatti - Ma serve un supplemento d'indagine

La ricerca ha valutato in modo omogeneo le aspettative degli assistiti e ha dimostrato come molte persone ritengono le prestazioni adeguate per loro così come sono (medici singoli) senza notare differenze specifiche tra forme associative e medici che lavorano da soli. È possibile che questi dati siano emersi proprio per il fatto che molte organizzazioni associative (Nuclei di cure primarie, aggregazioni funzionali territoriali, medicine di gruppo, Uccp) non sono in grado di mostrare le differenze e i vantaggi concreti per gli assistiti. Forse le persone si sono velocemente assicurate alle modifiche organizzative (il consumo del servizio medico di gruppo nel suo complesso è notevole, ma è aumentato) e rischiano di non ricordare più come fosse diverso il servizio prima. Il fenomeno dell'assuefazione alla qualità dei servizi può inficiare le conclusioni di una ricerca se questa rimane eccessivamente concentrata sull'oggettività.

Quando invece si organizza una ricerca in grado di analizzare le differenze, i dati che ne derivano possono aiutare a orientare o a comprendere obiettivamente le eventuali variabili esistenti tra

Il Dipartimento di psicologia dell'Università di Parma, nella persona della professoressa Olimpia Pino, ha condotto una rilevazione del gradimento percepito dagli assistiti nei confronti delle forme organizzative territoriali della medicina generale (medici singoli e medici in gruppo) della Pevicchia di Parma. Nella prima parte della ricerca ha esaminato gli elementi di omologazione trascurando una valutazione più approfondita delle differenze e delle specificità, destinata a una seconda parte, che richiederà a sua

volta la costruzione di ulteriori questionari differenziati e non uniformi per operatori e assistiti che operano o che frequentano medici che lavorano individualmente, o che operano in associazione-rete o che sono organizzazioni in medicina di gruppo.

Dovendo indagare le differenze esistenti tra modalità organizzative disomogenee nella medicina territoriale occorre preliminarmente approfondire alcune evidenze. I dati diffusi tra le organizzazioni territoriali del Mmg pare indichino come inevitabile che un'or-

ganizzazione tipo medicina di gruppo con caratteristiche gestionali-organizzative veritiere (o le futuribili Uccp intese come medicine di gruppo avanzate) possa produrre costi economici più elevati. Quando invece si considerano esiti sanitari e psico-sociali gli eventuali numeri-dati prodotti tendono a essere registrati con un segno negativo. La somma dei costi con segno + e di quelli sanitari e psico-sociali con segno - nella realtà potrebbe dare un risultato finale di costo economico complessivo ridotto.

Il tema potrebbe non essere peregrino e può rappresentare anche un interesse più allargato se si considera che la tenuta politica di ogni ente locale (e regionale) consiste soprattutto in quella rete di competenze non autoreferenziali che mette in condizioni la testa centrale di poter prendere decisioni omogenee, condivise, gradite ed equitanti per la maggior parte degli utilizzatori (clienti interni ed esterni) nel rispetto dei singoli territori.

Occorre inoltre considerare che un quartiere o un isolato ha istanze specifiche in quanto la mappa e la configurazione del territorio non si risolve nel numero di giovani o di anziani o in altri dati analitici e pesati in modo tradizionale ma si perfeziona solo aumentando che chi abbia la periferia o i quartieri definiti evidenzino atteggiamenti culturalmente diversi da coloro che risiedono in zone residenziali o più esclusive. Il Ncp rappresenta la struttura e l'organizzazione, probabilmente l'unica, in grado di comprendere e gestire giornalmente le informazioni sensibili riguardanti il proprio territorio.

Quando un'azienda sanitaria locale desidera informazioni reali,

due forme organizzative diverse. Uno studio ben condotto che confermasse l'assenza di differenze tra due forme di organizzazioni territoriali costringerebbe a rivedere linee politiche sanitarie nazionali. È ugualmente palese che alcuni standard qualitativi e oggettivi di questi servizi e queste organizzazioni dell'assistenza di base sono già evidenti (maggiore orario, maggiore copertura, maggiore accoglienza, maggiore accessibilità, maggiore personale, maggiore informatizzazione...). Ma è il gradimento espresso dai clienti e non gli standard qualitativi oggettivi che possono condizionare le scelte

politiche: dati forti come quelli estratti da una ricerca di customer satisfaction sono spendibili sui media e sui lavori istituzionali. L'architettura e la re-ingenierizzazione di servizi più costruttivi favorisce certamente la sostenibilità di prestazioni integrate perché utilizzabili anche dal medico che continua a operare senza far parte di organizzazioni più strutturate. I Mmg che operano in una medicina di gruppo avanzata o Uccp (hub), tutti inseriti in un Ncp, possono conoscersi direttamente anche con medici che operano singolarmente (spoke) condividendo servizi a misura e in sinergia con

il territorio del Ncp e con le varie tipologie di assistiti. Per le zone disagiate o di montagna l'hub potrebbe addirittura essere considerato un reparto ospedaliero territoriale di medicina generale. Questo permetterebbe di creare una economia di scala in grado di massimizzare le risorse, le esperienze, i servizi, i saperi, la logistica (equipamente distribuita).

Se i professionisti di un Ncp partecipano insieme a diffondere e a divulgare le basi della conoscenza sperimentano un senso di reciprocità di intenti e di impegni. Questo sarebbe ancor più vero se alcune idee progettuali non restas-

sero abbandonate nei cassetti aziendali (si veda la tabella sotto) perché considerate inconsistenti. Da questo punto di vista diventerebbero più praticabili le orbite dei singoli Mmg intorno al Ncp. Al Mmg-Uccp che a loro volta si trasformerebbero in punti di riferimento professionali e umani tanto che i Mmg singoli potrebbero scegliere spontaneamente di salire a bordo delle organizzazioni più complesse. Con un'ulteriore ottimizzazione delle risorse e dei risultati ma anche un'adesione più serena e convinta agli obiettivi aziendali (tipico nel passato sottile o percepito come up-down).

Carico di lavoro	
<b>In una Mmg composta da 5 medici, 2 segretarie, 1 infermiera, Capo-Sala, 1 addetto alla manutenzione e alle pulizie</b>	
<b>Prima parte. Gli accessi</b>	
• ogni paziente si reca, dal proprio medico curante 7-8 volte l'anno (media assoluta);	
• se un medico di famiglia ha in carico 1.500 (+) assistiti può raggiungere la cifra di 12.000 accessi annui;	
• se il medico lavora in gruppo con altri 5 colleghi si arriva alla considerevole cifra di 60.000 accessi annui per la struttura (P462);	
• se il ipotizzato un Ncp avviato cioè una Uccp nel quale operano 10-20 Mmg di assistenza primaria si raggiungono valori di 130-240.000 accessi annui per la struttura.	
<b>In una Mmg composta da 5 medici, 2 segretarie, 1 infermiera, Capo-Sala</b>	
<b>Seconda parte. I contatti</b>	
• ogni medico ha in media 40-45 contatti al giorno di assistito regolarmente iscritti;	
• per la struttura diventano 200 contatti al giorno, 1.000 contatti le settimane lavorative, 4.000 al mese, 48.000 all'anno;	
• i prelevati sono 1.600 annui;	
• fatturati cup 5.000 all'anno;	
• per una Uccp nella quale operano 10 oppure 20 Mmg di potranno avere gli stessi valori moltiplicati per 2 o 4 volte.	
<b>Attuale suddivisione oraria settimanale per un medico di Ag che operi singolarmente o in un Ncp-Alt o in una Medicina di gruppo avanzata (non sono ancora state attivate le Uccp): mostra ora settimanali necessarie per svolgere il servizio e le varie attività connesse</b>	
<b>Terza parte. Monte ore: totali ore settimanali necessarie per svolgere il servizio assistenziale: 50,00 h/sett.</b>	
• Del conteggio sono escluse le visite domiciliari che richiedono singolarmente un tempo medio valutato in un'ora (contatto, contrattazione, viaggio, protezione, accesso all'abitazione, erogazione della prestazione che per caratteristiche del domicilio non riguarda solo il servizio oggetto della richiesta della visita ma questioni comportamentali e psico-sociali dell'ammalato e dei vari figli, cogeniti (tra i semplici), ricovero auto, ricovero all'ambulatorio o ripresa delle visite domiciliari. (Med. & Sala24Ore Sanità n. 13 del 6-12 aprile 2010)	

## COME ESAMINARE LA PERFORMANCE DEI NUCLEI DI CURE PRIMARIE

### Per valutare non bastano soltanto criteri economici

Paradossalmente, dai dati accumulati in questi anni, pare che alcuni Nuclei di cure primarie non considerino il tra i più virtuosi dal punto di vista della spesa abbiano poi evidenziano minori accessi al Ps e ridotti ricoveri ospedalieri rispetto alle medie aziendali e distrettuali. Per altri Ncp la minor spesa complessiva ha comportato invece un incremento degli accessi al Ps e di ricoveri ospedalieri.

È possibile, quindi, che quando un assistito percepisce di non essere seguito adeguatamente possa esprimere una scala gerarchica dei propri bisogni nella quale l'accesso al Ps diventa una polarità di riferimento assoluta ed estrema: è certo infatti che in quel luogo troverà gratuità, immediatezza, competenza, immunità, immenza, verità e carità. Questo presupposto (senz'altro un preconcetto) porta il cittadino a scavalcare sistematicamente eventuali ulteriori opportunità poste ai gradini inferiori della scala gerarchica della soddisfazione dei bisogni.

Il fenomeno è talmente reale che le autorità politiche hanno considerato utile istituire i "punti bianchi", cioè punti di raccolta delle non urgenze al fine di non intasare e non inquinare il concetto stesso di urgenza. Quando poi i punti bianchi sono nelle immediate vicinanze se non all'interno dei Ps la contenzione è assicurata. Se il punto bianco viene invece proposto come integrativo alla guardia medica assume un importante significato organizzativo (fino alla strutturazione del Ncp-Alt-Uccp). Quando al contrario il punto bianco h24 ha finalità di assistenza alle non emergenze, in quanto gli assistiti considerano di non avere interlocutori validi sul territorio, il servizio diventa improprio.

I numeri del Sin	
44.500	Dipendenti Fiat Auto nat. (2003)
659.000	Dipendenti San nat. (2003)
55.000	Dipendenti Asl Emilia-Romagna (2003)
6.250	Dipendenti Asl Pr (2008)
L'80 per cento del bilancio regionale riguarda la Sanità	

In un tempo di estrema attenzione all'aspetto economico è prevedibile che un passo successivo consideri la possibilità di richiedere una quota di partecipazione a chi accede al Ps in modo improprio oppure, come già è capitato per molte sedi della ex guardia medica, potrebbe essere considerato opportuno dai decisori esternalizzare i punti bianchi a strutture accreditate-convenzionate (volontariato).

Strutture intermedie. Nonostante le pressanti richieste del Mmg non vi è stato lo stesso impegno istituzionale per costruire strutture intermedie territoriali in grado di produrre un'anime di filtro e di orientamento coerente ai bisogni e ai consumi socio-sanitari documentati a livello di quel territorio (carenza di day hospital fragili effettivamente dal Mmg; day hospital surrogati in modo insufficiente da strutture private accreditate; hospice malamente inseriti nella rete dei servizi senza trasparenza; mancanza di sinistri/locali per forme associative complesse uniformemente distribuite; ridotta capacità motivazionale e coinvolgimento dei Mmg che operano singolarmente per un eccesso di concentrazione, negli anni, su strumenti esclusivamente economici; mancata attivazione di progetti/iniziative pubblicate e presentate ufficialmente alle aziende in grado di incrementare

l'adesione del Mmg ai programmi e agli obiettivi aziendali).

Le diverse forme organizzative territoriali. È necessario riflettere sulle differenze esistenti tra forme organizzative territoriali della medicina generale: secondo quanto sostenuto dai cosiddetti "innovatori" le medicine di gruppo (Ncp-Mdg-Uccp) possono rappresentare un forte vantaggio assistenziale. Per i "conservatori" la medicina di gruppo non è invece un valore aggiunto ma è sovrapponibile al servizio offerto dai medici che lavorano singolarmente (la conclusione della prima parte della ricerca).

Queste due tesi richiedono approfondimenti ulteriori mediante la somministrazione di nuovi questionari (che verranno inseriti nella seconda parte della ricerca) sulla soddisfazione dei consumatori-clienti. Con i nuovi modelli si tenterà di indagare le differenze: a chi frequenta, utilizza od opera in una medicina tradizionale verranno rivolte domande sulla medicina di gruppo in termini di aspettative. A chi opera o frequenta una medicina di gruppo si presenteranno quesiti sulla medicina tradizionale. Per capire da un lato quante aziende vi sono nei soggetti che accedono al medico singolo, dall'altro per comprendere quanto di superfluo si sta offrendo.

Nel caso venissero riconfermati i dati emersi dalla prima parte della ricerca sarebbe necessario rivedere profondamente la politica sanitaria in atto e l'avvicinata marcata valutazione oggettiva dei bisogni territoriali. Nel caso contrario diventa assolutamente necessario valutare nuovi potenziali indicatori orientati a considerare non solo la performance economica ma anche il valore gerarchico di elementi scelti dalla clientela interna ed esterna.

Il completamento della ricerca permetterà quindi di capire quanto può essere importante un Ncp, una Mdg o una Uccp. Ma aiuterà anche a definire come i medici di base possono essere valutati non solo con parametri economici numerici ma anche con parametri di diversa natura più corrispondenti alla qualità del servizio.

Le organizzazioni territoriali della medicina generale interpretano effettivamente esigenze assistenziali espresse dai clienti interni ed esterni rispetto a quella offerta dai Mmg che operano individualmente o rappresentano una manifestazione strategica delle aziende e dei decisori per rendere sempre più sostenibile il Sin e il Ssr? L'approfondimento potrebbe far emergere definitivamente gradimenti orientati a premiare la medicina non praticata in gruppo (es.: soggetti che richiedono individualismo, riservatezza e personalizzazione del servizio...). La politica sanitaria potrebbe però, assumendosene la responsabilità, concentrare il proprio potere decisionale più sulla sostenibilità dei servizi (varie forme di associazionismo). In questo caso il senso di equità e di responsabilità dei decisori dovrebbe poter offrire la stessa opportunità a tutti i Mmg che desiderano intraprendere questa esperienza.



### Sintesi dei dati fondamentali della ricerca (parte I)

Lo studio è stato condotto in collaborazione tra il Centro studi programmazione sanitaria (Csp) della Regione Emilia-Romagna del Sindacato dei medici italiani (Smi) e l'Università di Parma (Dipartimento di Psicologia, prof.ssa Olimpia Pini) con lo scopo di realizzare una ricerca tra assistiti e medici della provincia di Parma con l'intento di valutare, sul campo, il gradimento espresso dagli utenti (clienti esterni e clienti interni) in merito all'organizzazione territoriale della medicina generale (medici singoli, medici in rete, medicina di gruppo).

- è stata eseguita un'indagine preliminare bibliografica recente sul tema analizzato riportato al termine del sesto originale della ricerca;
- è stata compiuta una analisi generale dello stato dell'arte;
- sono stati posti degli endpoints;
- sono stati progettati e redatti questionari riguardanti la customer satisfaction da somministrare agli assistiti e ai medici costruiti ad hoc e testati precedentemente su campioni ridotti;
- è stato utilizzato il questionario già valido questionario Europap-ita 2007 e il test Mann-Whitney;
- la validazione psicometrica è stata compiuta su tutti i questionari e i test (coefficiente  $\alpha$  di Cronbach);
- tutti i risultati ottenuti sono stati analizzati tramite indici statistici;
- per la ricerca sono stati selezionati 135 Mmg ma solo 22 hanno accettato l'intervista somministrata; su 300 assistiti selezionati 96 hanno accettato di farsi intervistare;
- statisticamente l'86% dei medici intervistati opera in Medicina di gruppo e il 13,6% agisce come medico singolo;
- dall'analisi finale dei risultati non sono emerse differenze significative tra i due gruppi oggetto dello studio sia nelle risposte che nella manifestazione di gradimento (medicina in gruppo vs medicina singola).

non autoreferenziali o settoriali, su un dato territorio ha la necessità di doversi fidare delle opinioni del Ncp e del medico singolo an-

che se può apparire, in prima istanza, una antenna debole ma sia il medico che opera in associazione che quello singolo, vivono (irradia-

no e ricevono) una complessità quotidiana unica.

Nel passato alcune interpretazioni normative hanno palesato

una contrapposizione tra Mmg e Asl: un grave errore che può aver condizionato le relazioni reciproche per lunghi periodi. Il Mmg

### I progetti proposti e ignorati

Alcune iniziative/progetti, pubblicati, già più volte presentati ufficialmente alle aziende con spirito di fattiva collaborazione senza aver 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 Eom 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 a una riduzione di liste d'attesa causate da multiformi accessi non appropriati e in grado di essere risolti a livello di cure primarie territoriali (necessità di strutturazione e di contenuti economici adeguati);
- coinvolgimento e integrazione fattiva della Guardia medica/Continuità assistenziale con i Ncp e 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 e che non ammettono più in preparazione di sorta;
- integrazione del Ncp con alcuni servizi territoriali come a es. il SerT per problematiche emergenti come la dipendenza giovanile e le degenerazioni mentali giovanili (definite per comodità demenze giovanili) rendendo operativo il progetto prevenzione e orientamento con una azione di sostegno ai genitori (questo progetto è stato studiato con la collaborazione del volontariato a cura 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 Mkg 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 (Mkg, 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 a 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 a 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 Mkg avanzate.

### Conclusioni della ricerca (parte II)

- Il confronto tra percezione espressa dagli assistiti e dai medici in merito alle organizzazioni che operano in gruppo e a quelle che non operano in gruppo ha permesso di ottenere un questionario utilizzabile sia per gli utenti che per gli operatori;
- Dai dati ottenuti non sembrano emergere differenze significative nella percezione specifica degli assistiti riguardo alle due tipologie di organizzazione;
- A questo punto è senz'altro necessario analizzare le caratteristiche psicometriche su un campione di soggetti più esteso (seconda parte della ricerca).

non si considera un antagonista dell'Asl, ma è l'Asl, è il Smi e il Ser proprio perché i medici, da sempre, ascoltano effettivamente il territorio, sono in sintonia con il quartiere, manifestano un valore aggiunto inascuribile. Se però fenomeni di sottocultura o l'impegno delle delibere e delle determinazioni sovrasta in modo stancante ogni primato dell'assistenza allora viene pesantemente condizionata l'azione sanitaria complessiva in quel territorio.

Nonostante la possibile ottima immagine che un'Asl può ottenere da manovre innovative persiste una forte resistenza verso possibili cambiamenti nati dal basso a causa del terrore derivato dall'ipotesi della perdita di controllo sul cambiamento. Il potere ha paura di perdere il potere. Paradossalmente, l'assunzione convinta di iniziative innovative valide per tutti i Mmg non modificherebbe sostanzialmente la situazione e non potrebbe essere altrimenti: chi dispensa e pubblica le buone prassi e i risultati rimangono le aziende; la differenza sta nel fatto che invece di produrre le raccomandazioni in modo autoreferenziale o clientelare possono ascoltare o apprendere direttamente dai professioni-

sti che operano sul territorio. La documentazione e la formalizzazione delle esperienze innovative rimarrebbero comunque all'organizzazione centrale e non al singolo Ncp.

Il vero potere politico è quello del consenso e l'azienda, ascoltando gli operatori, avrebbe le informazioni necessarie per mantenerlo: non ha senso contrapporre tra loro Mmg o Ncp ma è il recupero di criteri non autoreferenziali che permetterà di distribuire solidarietà, cultura, sostegno e supporto da parte di chi presenta le migliori prassi e di chi lavora bene assicurando quotidianamente l'assistenza territoriale verso tutti i colleghi del Ncp (Mkg e Uccp) senza contrapposizioni o conflittualità o gerarchie di sorta.

a cura di  
**Bruno Agnetti,  
 Davide Dazzi,  
 Alessandro Chiari,  
 Lucia Monari,  
 Lorella Marinucci,  
 Maria Antonioni,**  
 Centro Studi  
 di programmazione sanitaria  
 (Csp) - Regione  
 Emilia-Romagna - Sindacato  
 dei medici italiani (Smi)