

Direzione Nazionale SMI a Reggio Emilia per il 9-10-11 marzo 2012.

<p>Titolo della sceneggiatura/piece: recitata ad un convegno a Reggio Emilia il 9 marzo 2012.</p>	<p>L'integrazione multi professionale e multidisciplinare territoriale come risposta efficace ai nuovi bisogni creati dall'incremento delle persone affette da condizioni croniche (dall'epidemia dalle patologie croniche/fragili)</p> <p>(indipendentemente dai vari modelli organizzativi proposti o adottati AFT, UCCP, Reti, Gruppi, SuperGruppi, UTAP, Case della Salute ...)</p>
<p>Materiale:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - attori (mmg, specialista, mCA, infermiera, assistente sociale, ospedaliero, servizi territoriali ...) - ogni attore porta un cartello a sandwich sul quale è scritto il ruolo e la funzione di ogni attore - una diapositiva presenta il titolo agli astanti e gli elementi collegabili al caso/paziente di cui si parla - altre diapositive accompagnano la scena per illustrare con immagini (es.: le caratteristiche del caso/persona di cui si sta parlando) ciò che avviene sul palco - ogni attore è microfonato - un tavolo - sedie
<p>Inizio :</p>	<p>Viene proiettata la diapositiva con il titolo della piece</p>
<p>1 Bruno MMG:</p>	<p><i>ordina casualmente le sedie come se fosse in attesa di altre persone</i></p>
<p>2 Paola OSPITE:</p>	<p><i>entra nella scena , casualmente, guardandosi intorno incuriosita</i></p>
<p>3 Bruno MMG:</p>	<p><i>ciao Paola, che bella sorpresa, come mai sei qui?</i></p>
<p>4 Paola OSPITE:</p>	<p><i>ma sai, sono qui per partecipare alla Direzione Nazionale a Reggio Emilia, stavo facendo quattro passi qui intorno e sono capitata in questa stanza per caso ...</i></p>

<p>5 Bruno MMG:</p>	<p><i>anch'io devo partecipare alla Direzione Nazionale ma da tempo era già stata indetta questa riunione del team assistenziale territoriale per un caso complesso che stiamo seguendo a domicilio... sai con quella modalità organizzativa assistenziale di cui abbiamo già parlato tante volte in numerosi convegni e su molte riviste ... quel tipo di integrazione assistenziale territoriale che abbiamo definito con lo slogan provocatorio "mmg primario del territorio" ... questa è proprio una riunione di quel team che viene convocata periodicamente da qualche mese ... ogni riunione viene incentivata con un gettone di presenza e con un punteggio ECM ...</i></p> <p><i>Ma senti Paola ... visto che sei qui perché non ti fermi con noi ... potresti aiutarci con suggerimenti ed osservazioni e potremmo così migliorare questa nuova modalità operativa di integrazione ...</i></p>
<p>6 Paola OSPITE:</p>	<p><i>ma grazie ... molto volentieri ... in effetti di questi temi ne abbiamo trattato molte volte ... ora ho la possibilità di vedere concretamente come si svolge una riunione di team territoriale e come avviene l'integrazione territoriale che secondo noi dello SMI potrebbe essere la vera soluzione sostenibile nei confronti dell'epidemia della conicità qualunque sia il modello organizzativo seguito dalle varie regioni ... ma posso chiederti chi parteciperà a questo incontro?</i></p>
<p>7 Bruno MMG:</p>	<p><i>il team è composto da tutte le figure che operano sul territorio e che normalmente si interfacciano per motivi vari con il mmg e</i></p>

	<p><i>che in questo momento sono coinvolte e si occupano di questo caso o di più casi/persone/malati cronici/fragili.</i></p> <p><i>Ma sai non sempre è necessaria la presenza proprio di tutti ...</i></p> <p><i>E' il medico di base che decide chi convocare in relazione alle problematiche.</i></p> <p><i>Formalmente si comunica con il cellulare con un numero di team.</i></p> <p><i>Materialmente è l'assistente sociale che, sentito il mmg, convoca tutti i componenti del team.</i></p> <p><i>Ogni riunione viene comunque incentivata grazie ad una revisione dei sistemi e delle funzioni incentivate già attive negli anni precedenti che vengono riallocati in favore delle attività di team territoriale ...</i></p> <p><i>La gestione della cronicità/fragilità resta attualmente il vero obiettivo dell'assistenza territoriale ...</i></p>
<p>8 Paola OSPITE:</p>	<p><i>negli articoli pubblicati questa funzione del mmg è stata definita "mmg primario/dirigenete del territorio" puoi chiarirmi meglio questa idea?</i></p>
<p>9 Bruno MMG:</p>	<p><i>Si il termine è formale, è uno slogan ma ha anche senso e sostanza.</i></p> <p><i>Il mmg resta tutt'ora il vero conoscitore del territorio, delle persone e delle famiglie.</i></p> <p><i>E' il vero gestore esperto di assistenza territoriale, ha una esperienza ed una competenza specifica ... potremmo dire che è un "sistema esperto" e quindi rivesta un ruolo centrale fisiologico e non retorico in un progetto come questo che si basa sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare che diventa operativa sul territorio.</i></p> <p><i>Per altro ci si rifà a modelli italiani che già esistono e che da anni agiscono secondo il</i></p>

	<i>paradigma bio-psico-sociale che è poi un paradigma che si adatta molto bene anche alla medicina generale.</i>
10 Paola OSPITE:	<i>Ti riferisci ai modelli del Chronic Care model o ai suggerimenti dell'European Forum for Primary Care?</i>
11 Bruno MMG:	<i>Solo in parte. Questi modelli improvvisamente diventati un po' di moda venivano già studiati da anni. Già dagli anni novanta se ne discuteva nei corsi formativi della Bocconi. Restano comunque appunto modelli è il rischio di ogni modello è quello di semplificare eccessivamente le problematiche molto complesse e spesso uniche che richiedono personalizzazioni degli interventi molto specifici.</i>
12 Paola OSPITE:	<i>Ma questo bisogno di semplificazione operativa non è una necessità politica?</i>
13 Bruno MMG:	<i>Hai ragione ma in questi anni, nei quali ci siamo impegnati su progetti e obiettivi a volta molto semplificati, abbiamo anche imparato che esistono altre attività svolte quotidianamente dal mmg che non riescono ad essere pienamente considerate da alcuni progetti e da alcuni obiettivi.</i>
14 Paola OSPITE:	<i>Ma per perfezionare queste esperienze non sarebbe sufficiente utilizzare con più efficacia l'informatica, le mail, le telefonate?</i>
15 Bruno MMG:	<i>Questi sono tutti strumenti utilizzabili e in effetti fanno parte del lavoro quotidiano ma l'informatica o la tecnologia non risolve il problema della complessità dei</i>

	<p><i>casi seguiti quotidianamente e nemmeno i bisogni complessi dei professionisti e degli operatori.</i></p> <p><i>Le persone sono complesse, i malati sono molto complessi così come le loro famiglie. Anche il sapere dei professionisti è complesso.</i></p> <p><i>Per dare risposte corrette ai problemi occorre ricevere e diffondere informazioni corrette ed elaborate.</i></p> <p><i>Solo un incontro ed un confronto tra persone può affrontare la complessità dell'umanità ammalata.</i></p>
<p>16 Paola OSPITE:</p>	<p><i>Ma una organizzazione di questo tipo potrebbe essere gestita anche da un sanitario non medico o da un altro medico che non sia un mmg?</i></p>
<p>17 Bruno MMG:</p>	<p><i>Si tutto è possibile ma oltre le caratteristica di "sistema esperto" del mmg di cui ti ho parlato prima c'è un altro aspetto relazionale di non poco conto.</i></p> <p><i>Il mmg ha già raggiunto il massimo possibile della sua carriera, non ha ruoli gerarchici e può quindi essere un coordinatore che fisiologicamente si pone, ed effettivamente è, alla pari con tutti gli altri, non crea conflittualità relazionali e può garantire quindi il buon funzionamento emotivo del team.</i></p> <p><i>Inoltre è direttamente interessato al buon funzionamento del team e alla sua produttività finalizzata alla soluzione dei problemi anche perché ha a che fare con i propri pazienti che lo hanno scelto per fiducia e che sono anche suoi clienti e che partecipano direttamente alla produzione del suo reddito ...</i></p>

<p>18 Entra l'assistente sociale che viene presentata dal MMG all'OSPITE</p>	
<p>19 MMG:</p>	<p><i>Ti presento la collega che assisterà oggi alla nostra riunione.</i></p> <p><i>La nostra assistente sociale si occupa, in questo team, anche di verbalizzare la riunione direttamente in un foglio Word in estrema sintesi e questo viene condiviso come metodo da tutti i componenti.</i></p> <p><i>In un mezzo foglio A4 vengono riportate le osservazioni principali ma soprattutto i vari impegni e chi si occupa di portarli a termini.</i></p> <p><i>In questo modo si risolve un altro tema legato alla complessità e difficilmente risolto dai modelli noti e pubblicizzati, cioè in poche righe si sa chi fa che cosa con un impegno da galantuomini preso di fronte ai colleghi e siglato immediatamente ad ogni riunione con le firme dei presenti riportate sul verbale che essendo estremamente breve non ha bisogno di riletture (tutti vedono nello stesso tempo ciò che viene scritto eventualmente anche sul telefonino).</i></p>
<p>20 entrano uno dopo l'altro il collega della Continuità Assistenziale, lo specialista ambulatoriale, il collega del servizio territoriale, l'ospedaliero, l'infermiere, il chirurgo nutrizionista ... tutti vengono presentati all'ospite con la loro funzione e con un accenno al motivo che giustifica la loro presenza ... tutti si siedono ...</p>	<p><i>Viene proiettata la diapositiva che presenta il caso/la persona malata che tutto il team conosce già ...</i></p>
<p>21 MMG:</p>	<p><i>Come tutti sappiamo la signora si è aggravata e sono peggiorate le sue</i></p>

	<p>condizioni generali tanto che è prevedibile un exitus nel breve periodo ... dopo il parere negativo sul possibile impianto di una PEG (a suo tempo forse avrebbe potuto modificato la qualità della vita della paziente e della famiglia) il nostro collega chirurgo ci ha aiutato ad inserire un sondino naso gastrico nonostante tutte le difficoltà ... ma ieri la signora con un gesto improvviso ha spostato il sondino ... abbiamo controllato con l'infermiera ... ci sembra tutto a posto ma non siamo proprio sicuri ...</p>
<p>22 chirurgo/ospedaliero:</p>	<p>domani nell'intervallo del mezzogiorno posso fare un salto e vi comunico subito con il cellulare la situazione, eventualmente... lo risistemo al momento ...</p>
<p>23 infermiera:</p>	<p>come ho già detto al medico curante non riesco più a reperire vene. Alla dimissione abbiamo chiesto che impiantassero una succlavia ma la dimissione è avvenuto senza questo supporto. Ora con il sondino naso gastrico riusciamo a somministrare i farmaci ma forse una terapia idratante può essere continuata solo con ipodermoclisi e con lo stesso sondino nasogastrico ... mi sono confrontata con il medico curante che mi ha confermato di poter proseguire in questo senso ...</p>
<p>24 MMG:</p>	<p>si penso sia una buona idea ...</p>
<p>25 Chirurgo/ospedaliero:</p>	<p>in effetti in ospedale al momento delle dimissioni si sottovalutano queste problematiche pratiche che diventano drammatiche a livello domiciliare</p>

	<p><i>improvvisamente ... quando poi i trasporti non sono più consigliabili ...</i></p> <p><i>Potrei occuparmi dell'incannulamento della succlavia ma al domicilio senza controllo radiologico è un po' rischioso e forse ora è tardi ... io consiglio di proseguire come ha detto il mmg e come ha suggerito l'infermiera</i></p>
<p>26 Assistente sociale:</p>	<p><i>abbiamo attivato la pulizia alla persona con due accessi al giorno e inviamo anche un pasto al giorno già confezionato per due persone ... ma credo che il problema più serio sia l'etilismo del figlio e la scarsa consapevolezza del marito che a volte non prepara i pasti nemmeno per se stesso e non fornisce correttamente le medicine alla moglie... non fa spesa.</i></p> <p><i>A volte in casa c'è anche freddo perché i parenti non si preoccupano di riscaldare i locali ... so comunque che attualmente il figlio assume la terapia al Sert e le cose dal punto di vista della sua malattia sono più accettabili ...</i></p>
<p>27 Medico dei Servizi:</p>	<p><i>si il figlio è seguito sia dal punto di vista terapeutico farmacologico ma anche dai nostri psicologi, non è più violento, si rende conto di quello che sta capitando alla madre, è più curato nella persona e accede al servizio regolarmente</i></p>
<p>28 Infermiera:</p>	<p><i>La famiglia è senz'altro problematica e assorbe molte delle nostre energie e risorse territoriali ... facciamo fatica a seguire questa famiglia perché ve ne sono tante altre in questa situazione ... soprattutto andiamo in sofferenza al sabato e la domenica ...</i></p>
<p>29 Cardiologo ambulat.:</p>	<p><i>Ho sentito il mmg per cellulare che mi ha</i></p>

	<p><i>descritto il problema della aritmia e dell'ipotensione ma, in accordo con il lui , non aggiungerei altri farmaci alla terapia già in atto</i></p>
<p>30 Continuità Assistenziale:</p>	<p><i>anch'io non ho notizie nuove... I colleghi mi tengono informato e le cose sono stazionarie ... devo congratularmi con il mmg perché da tempo vedo che il dolore è perfettamente controllato con i cerotti trans dermici e non sono stati evidenziati effetti collaterali ... le chiamate alla CA sono state rare fino ad ora ... ma siamo comunque pronti e informati grazie a queste riunioni di team</i></p>
<p>31 MMG:</p>	<p><i>Molto bene possiamo chiudere la riunione, restiamo come sempre collegati con i nostri telefonini di team per ogni necessità e per consigli e pareri a favore dei colleghi ... ci siamo già divisi i compiti ...</i></p>
<p>32 Assistente Sociale:</p>	<p><i>ricapitoliamo: il collega chirurgo passerà per controllare il posizionamento il sondino nasogastrico; prima dei movimenti di pulizia alla persona chiederemo di somministrare 8 gocce di lexotan immesso nel sondino; proseguiamo con l'idratazione tramite sondino e con le ipodermoclisi; la prossima riunione è stabilita per il 29-3-2012. Visto e approvato. Firmato. Durata della riunione 20 minuti.</i></p>