

Le unità mono e multi professionali di Medicina Generale e la tecnologia

Fabio Bono*

La nascita delle AFT e delle UCCP rappresentano una grande opportunità per i SSR, ma questa chance può essere percepita solo da coloro che conoscono a pieno il territorio e la Medicina Generale.

La Medicina Generale ed il territorio sono un mondo sconosciuto alla maggior parte della dipendenza sia amministrativa che sanitaria. Questo debito formativo limiterà, in modo tutt'altro che residuale, l'efficienza del sistema se avverrà, come da più parti si sta progettando, lo spostamento di forza lavoro dagli ospedali al territorio ed in particolare nelle UCCP.

Molto lavoro è stato fatto in questi anni per trasformare il territorio da un "black box", come era in passato per le amministrazioni aziendali, in una struttura organizzata. È stata posta grande attenzione alla strutturazione ed allo studio degli out-comes della Medicina Generale ma poco tempo è stato dedicato allo studio dei flussi di lavoro negli studi di Medicina Generale. Questa carenza progettuale non dà certezze su quanto siano sostenibili gli obiettivi ipotizzati con lo spostamento sul territorio di una quota parte delle prestazioni che prima gravavano sull'ospedale.

Ancor meno si sa sui flussi di pazienti nelle UCCP-Case della Salute se non in funzione di singole esperienze e poche di queste con una memoria storica sufficientemente lunga.

Tuttavia, da dati provenienti da queste re-



altà, si evidenzia come vi sia un considerevole aumento dei contatti in carico alla Medicina Generale e alla struttura in toto, a dimostrazione di come queste realtà organizzate intercettino il bisogno sia sanitario che sociale.

Un ulteriore motivo di confusione è stata l'introduzione del concetto "ospedale" dedicato alla cura delle acuzie e "territorio" a quello della cronicità, tramite il "Chronic

Care Model" (CCM).

Modello, quello della cura della cronicità, derivato da modelli sanitari, culturali e territoriali diversi da quello italiano e latino dove la Medicina Generale da sempre, seppur in modo meno strutturato, si è dedicata alla cura del paziente cronico. Sicuramente una medicina pro-attiva migliorerà le performance del nostro sistema ma non le stravolgerà come in altri contesti nazionali.

Se osserviamo la struttura del CCM ed i numeri di pazienti attesi, di per sé enormi, la maggior parte degli interventi pro-attivi e di formazione sull'utenza verranno fatti da altri soggetti (infermieri, assistenti sociali, OSS, volontariato ecc.) e non incideranno, se non parzialmente, sul medico di Medicina Generale più di quanto già incidano, a meno che non si voglia sanitarizzare metà della popolazione o che gli altri soggetti implicati nel modello, non siano numericamente adeguati.

In altre parole, buona parte dell'aumento dei contatti, osservati negli studi di Medicina Generale, potrebbero non essere dovuti alla gestione della patologia cronica ma dalle complicanze e dalla gestione delle acuzie vere o percepite.

Troppo scarso appare il personale amministrativo/infermieristico che i parametri convenzionali, non più adeguati ai nuovi modelli, concedono; così come non sono più adeguati i parametri normalmente usati per valutare l'operatività di una medicina generale associata se questa è inserita in una Casa della Salute.

Nella nostra esperienza, oramai decennale, il front-office produce circa 10 operazioni/paziente/anno con un numero medio di 17 operazioni/operatore/ora, pari a circa 3'30" per ogni operazione (telefonate, appuntamenti, ricettazione, medicazioni, distribuzione farmaci, mail, informazioni, empowerment dell'utenza, programmi di richiamo ecc.).

Tali ritmi risultano particolarmente stressanti e facilitano il burn-out del personale, ma solo una reception, efficace ed appropriatamente dimensionata, può consentire una corretta rimodulazione del sistema territoriale.

Diversamente il sistema non reggerà l'urto del conferimento di compiti precedentemente in carico alle organizzazioni ospedaliere né appare corretta, dal punto gestionale ed economico, l'abitudine inveterata di chiedere ai mmg di svolgere attività amministrative.

Grazie al lavoro dell'accettazione i medici di Medicina Generale, in parte liberati dalle attività burocratiche, si possono dedicare maggiormente all'attività di diagnosi e cura che, tuttavia, non risulta diminuita ma aumentata dai conferimenti dati dal sistema ospedale (dimissioni precoci, progetti obiet-

tivo, PDTA, posti di cure intermedie, R.S.A., Case di riposo, urgenze percepite territoriali ecc.).

Il rischio di "ospedalizzazione" della MG Per decenni è stato indicato nell'ospedale il luogo ove, a qualsiasi ora, si poteva risolvere un problema di salute. Ora che diamo una dignità fisica alle UCCP, come saranno percepite dai cittadini? Che uso ne verrà fatto? Le UCCP saranno in grado di reggere le richieste?

Il rischio che le UCCP non siano sufficientemente strutturate è grave anche per immagine del Medico di Medicina Generale che rischia di essere identificato, dal Cittadino, come il colpevole di disservizi sui quali non ha strumenti per agire.

In questo momento organizzativo stiamo correndo anche altri rischi ed uno ci appare particolarmente importante sia dal punto di vista culturale che di visione e si chiama ospedalizzazione.

Tale rischio è grave nelle le UCCP e gravissimo per le Case della Salute nelle quali agiscono più dipartimenti della Sanità Pubblica.

Le motivazioni del rischio di ospedalizzazione sono diverse e derivano da più fattori:

- visione politica, che appare rassicurata da un coordinamento in carico alla propria dipendenza;
- differenti rapporti lavorativi: uno convenzionale Libero professionale ed uno di dipendenza;
- trasferimento di personale dall'ospedale alle UCCP;
- origini culturali diverse: Medicina Generale - Ospedaliere
- numero dei componenti, professionali e non, che compongono le strutture e che risultano in molti casi apparentemente più rappresentati dalla dipendenza. Nella realtà, spesso le stesse figure della dipendenza risultano nell'organico di più UCCP e ne vivono l'organizzazione solo per alcune ore alla settimana.

La Medicina Generale lavora con una visione olistica e con la sua organizzazione dà risposte H12 ai suoi pazienti.

In altre parole, molte sono le professionalità che collaborano nelle Unità Multiprofessionali ma le figure che tengono "accesa la luce" al loro interno sono i mmg e, in un prossimo futuro, nell'ambito del ruolo uni-

co, la Continuità Assistenziale.

Anche l'organizzazione, per gli stessi motivi, appare troppo sbilanciata nei confronti delle aree della dipendenza rispetto quella della Medicina Generale.

La partita più importante, per impedire l'ospedalizzazione del modello territoriale, passerà inevitabilmente attraverso la visione del coordinamento delle singole strutture e, di conseguenza, alle origini culturali di chi vestirà questo ruolo.

Se il coordinamento clinico-organizzativo, ed i relativi rapporti con il Dipartimento delle Cure Primarie, saranno in carico alla Medicina Generale riusciremo a mediare, grazie ad una visione organizzativa orizzontale, la deriva ospedaliere delle strutture territoriali multiprofessionali, con un innegabile vantaggio per il sistema.

Conferire questo incarico a mmg è una scelta politica, visto che le caratteristiche ed i compiti di questa figura sono già normati dagli articoli dell'ACN, tutt'al più andranno affinati nella prossima Convenzione in funzione dell'evoluzione del sistema stesso.

Certo è che coordinamento e leadership, nell'interpretazione della Medicina Generale, dovranno coincidere nelle strutture e non andranno intese in modo gerarchico ma fondate sulla stima professionale e sui rapporti interprofessionali, agite attraverso la condivisione delle scelte con una visione d'insieme e prospettiva del territorio per il quale la Medicina Generale deve essere un riferimento autorevole.

Il futuro della MG

A causa della crisi economica è pensabile che non vi saranno, nel breve-medio periodo, risorse sufficienti per aumentare in modo significativo i servizi ed i LEA e la Medicina Generale si troverà a gestire la gran parte delle problematiche sanitarie delle UCCP e delle AFT.

Per continuare ad essere un riferimento la Medicina Generale dovrà aumentare il proprio intervallo di confidenza diagnostica.

Dovremo aumentare la nostra capacità di presa in carico, dovremo implementare nuove conoscenze (il saper fare) per risolvere, nel circuito della Medicina Generale, la maggior parte delle problematiche.

Dovremo imparare a lavorare in squadra, dovremo imparare a gestire studi complessi, mono-multi professionali con tecnolo-

gia, dipendenti e bilanci ma non dovremo perdere i nostri “strumenti storici”: empatia, visione olistica, disponibilità, presenza. Per migliorare la nostra capacità di presa in carico abbiamo a disposizione strumenti organizzativi quali l’associazionismo, l’informazione tecnologia, il personale, le Società e le Cooperative di servizio ecc. e strumenti professionali come la formazione continua e la tecnologia diagnostica.

Quest’ultima può avere un ruolo determinante nel confermare ipotesi diagnostiche direttamente negli studi di medicina generale, nell’indirizzare i percorsi diagnostici e nel follow-up della patologia cronica.

Potremmo ipotizzare due tipi di tecnologia: una settoriale ed una generalista.

Nella prima rientrano una serie di strumenti atti a dare risposte specifiche su patologie organo correlate (ECG, Holter ECG, Holter pressorio, Ossimetro, Spirometro, Elettromiografo ecc.).

Nella seconda strumenti che possono dare

risposte sulla maggior parte degli apparati (Ecotetoscopio, Ecografo, Apparecchiature per la chimica-clinica).

I risultati attesi sono di contribuire, come evidenziano i profili di Nucleo di Cure Primarie della Jefferson University in alcune sedi di sperimentazione, alla diminuzione dell’uso del P.S., alla riduzione dei ricoveri sensibili al trattamento ambulatoriale, alla riduzione delle visite di controllo, al miglioramento del follow-up delle patologie croniche (scompenso-cardiopatici, diabete, I.R.C., B.P.C.O., ipertensione, vasculopatie, terminalità, s. ipocinetiche), al miglioramento della appropriatezza nell’uso della tecnologia pesante RM, alla diminuzione delle TC e alla gestione delle acuzie e dei relativi percorsi diagnostici (addominali, toracici, vascolari, muscolo-scheletrici). È evidente che l’inserimento della tecnologia in Medicina Generale richiede risorse, che possono essere reperite sia dal risparmio che il suo utilizzo indurrà nel sistema

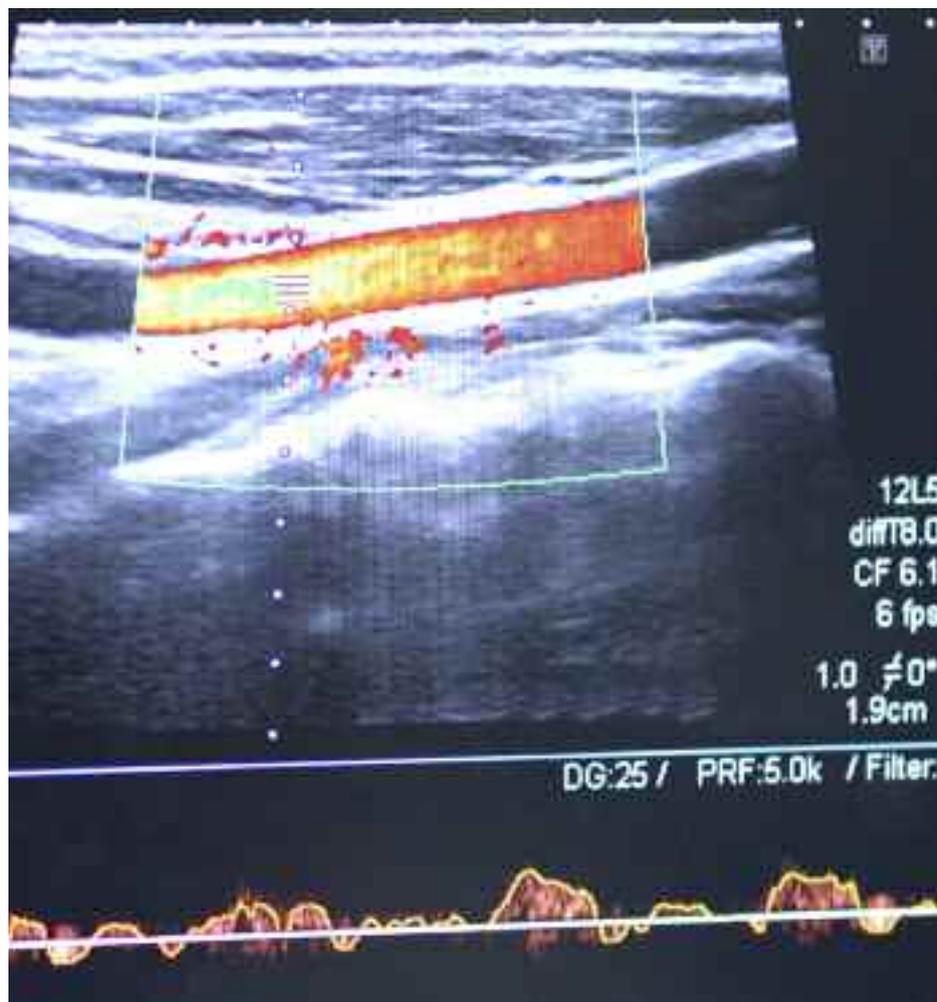
sanitario (Sistema pubblico) sia privatamente dalle Srl-Coop di servizio o direttamente dal professionista qualora l’uso sia di tipo misto (convenzionato-libero professionale).

In quest’ultimo caso Fiduprof, il confidi a cui partecipa FIMMG, offre ai suoi Soci la possibilità di fidi a tassi particolarmente interessanti (Fimmgmatica in www.fimmg.org).

Non dobbiamo infatti dimenticare che, in un sistema che cambia, la Medicina Generale potrebbe avere un ruolo sussidiario nel fornire servizi all’utenza sia convenzionati con i SSR, come già è avvenuto in altri Ssn (Inghilterra), sia direttamente al cittadino, qualora lo ritenesse, per i più svariati motivi.

Se la Medicina Generale riuscirà ad innovarsi fornendo servizi di qualità e, contestualmente, continuerà a coltivare il rapporto fiduciario con il cittadino, risolvendo problemi sanitari in modo efficace, continuerà ad essere il Leader sanitario del territorio. Avere un ruolo forte e riconosciuto dall’utente consentirà di sviluppare accordi collettivi adeguati ai cambiamenti.

*Fimmg Parma



Riferimenti

- Meridiano Sanità. Rapporto finale 2013 Coordinate sanitarie. The European House Ambrosetti*
- Meridiano Sanità. Rapporto finale 2007 Coordinate sanitarie. The European House Ambrosetti*
- Bozza Patto sulla salute 2013-2015 ACN Medicina Generale*
- VII Health Serch 2011-12 . SIMG The Chronic Care Model - <http://www.improvingchroniccare.org>*
- Profili di Nucleo Cure Primarie Colorno, Busseto 2011-2012 E.R. - Thomas Jefferson University Philadelphia*
- Esperienze di assistenza primaria - Agenas . http://www.agenas.it/agenas_pdf/SupplMonAssistPrim3.pdf*
- Le Case della Salute : http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/case_della_salute_ottobre201*