

MEDICINA DI GRUPPO: UNA FORZA PER IL FUTURO. PROPOSTE E STATO DELL'ARTE

Massimo Fusello, N. Renzo Laurora
Medici Generali - Venezia

Da "medico della mutua" a "Medico Generale"

Il S.S.N. ha, nel corso degli ultimi anni, sostituito le preesistenti "casce mutue" (INAM, ENPALS, INADEL, ENPDEP, ECC.) regolando, in un certo senso, con la sottoscrizione dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Generali (MMG), diritti e doveri del Medico Generale.

La Medicina di gruppo (MDG), nasce come esperimento nel 1990 con la Convenzione valida dal 1988 al 1991 e, al paragrafo 3 dell'art. 27 cita la provvisorietà della medicina di gruppo come carattere innovativo della pratica di lavoro.

Nella convenzione successiva del 1995-1997 all'art. 40 scompare il paragrafo succitato ed anzi viene integrato lo stesso articolo dagli accordi regionali dove viene dato un ampio spazio alle forme di associazione fra Medici Generali per favorire ...un miglioramento qualitativo dell'assistenza.(Figura 1)

Vantaggi e svantaggi della MDG

Naturalmente non è in assoluto la miglior scelta associarsi per costituire la MDG, tuttavia, come vedremo, si potrà cogliere nella trattazione del problema un gran numero di aspetti positivi (Figura 2).

Toccando "democraticamente" gli opposti si può vedere come alcuni vincoli rendano la MDG talora meno libera della gestione da "single".

A tal proposito, ricordo due pubblicazioni edita dal Royal College of Practitioners, dove gli autori evidenziano come i pazienti tendano a rinunciare ad alcuni evidenti vantaggi del gruppo per non perdere quello che ritengono più importante e cioè il rapporto strettamente personale con il curante; ciò contrasta con indagini effettuate in Umbria e, successivamente da Donati e coll. a Seveso, che evidenziano l'accettazione piena da parte dell'utenza della MDG come miglioramento qualitativo dell'assistenza.

La possibilità che altri Medici, diversi dal curante, vengano a conoscenza dei dati sanitari dei pazienti, pone comunque il problema della tutela della privacy che va risolto studiando appositi "moduli liberatori" da far sottoscrivere ai pazienti.

Rapidamente toccando gli aspetti negativi e positivi del problema:

L'orario: nella MDG è libero come ideazione ma costretto dalla norma di tenere lo studio aperto al pubblico in senso lavorativo almeno 3 ore mattina e 3 pomeriggio con una sovrapposizione di almeno 2 medici per 2 ore nella giornata; l'orario richiede ad ogni componente tuttavia 4 e non 5 giorni di apertura al pubblico, qualora il 5° sia dedicato ad altre attività previste dall'accordo.

Le revoche: questo è il punto più spinoso su cui vogliamo soffermare brevemente la nostra attenzione perché la dizione "principio della libera scelta" viene purtroppo inteso nelle nostre convenzioni come "principio della libera revoca". Basterebbe applicare le regole dettate in linea generale dall'art. 40 paragrafo n per equiparare la situazione tra MDG e "single".

A tal proposito, la nostra ASL ci ha chiesto di definire una modalità di revoca precisa per codificare l'accettazione della revoca da parte degli uffici competenti; nella fattispecie abbiamo identificato che le revoche debbano essere sostenute da "gravi e giustificati motivi che ledano il rapporto di

fiducia nel medico curante e dichiarati per iscritto dal paziente".

Le spese: sono chiaramente inferiori nella MDG che però richiede maggiori "sforzi" per investire in apparecchiature e strumenti di lavoro. Anche le spese per il personale sono chiaramente "divise"!

Le comunicazioni: gli scambi informativi tra colleghi sono estremamente facili per l'ovvia vicinanza e così le notizie scientifiche e di carattere burocratico-amministrativo risultano quotidianamente in uso. Una piccola insidia nascosta dietro a questo aspetto è la necessità di avere conformità di intenti tra i componenti del gruppo.

L'aggiornamento: risulta più facile e produttivo poiché "a turno" 1 o 2 colleghi possono seguire aggiornamenti scientifici e riferirne ai colleghi al ritorno in sede in apposite riunioni.

Le sostituzioni: sono sicuramente più onerose come fatica lavorativa per i sostituti, però permettono di non "perdere" informazioni sui propri pazienti ed evitare inoltre spese per sostituti esterni.

Supporti tecnici per la gestione pratica

Per lavorare in gruppo è necessario dotarsi di supporti tecnici (Figura 3) come:

Programma informatico in rete (noi usiamo Millewin con buon risultato); suggeriamo l'uso di 2 stampanti, una ad aghi veloce (es. EPSON FX-870) ed una inkjet (es. HP 690C) con commutatore DATA SWITCH (es. PRIMAX) che consente la stampa di ricette ordinarie e/o di certificati e lettere che richiedono una grafica più pulita ed elegante.

Doppia linea telefonica non molto costosa ed utile, poiché consente ad una sola linea ricevente la ricezione delle richieste in segreteria telefonica o direttamente comunque con numero reso pubblico e una seconda linea bidirezionale a numero riservato per richiamare i pazienti o inviare fax o collegarsi in posta elettronica o ad internet o ricevere telefonate personali.

Consigliamo anche una singola linea telefonica (meglio se ISDN) intestata alla MDG con segreteria telefonica a software dedicato per la gestione dello smistamento delle telefonate e collegamento a Internet per e-mail del gruppo.

A questa stessa linea può essere collegato un fax per la ricezione di documenti inviati da pazienti e/o colleghi.

La telecamera a circuito chiuso consente la visione delle sale d'attesa di eventuali pazienti o eventuali sgradite intrusioni di sconosciuti.

L'avvisatore acustico e/o luminoso con il nome del medico evidenziato informa gli utenti sulla presenza e/o disponibilità del Medico Generale e può sostituire il classico "avanti" per i pazienti in sala d'attesa.

La medicheria

Una struttura che riteniamo importantissima per la gestione della MDG è stata per noi la Medicheria (Figura 4) dove abbiamo riunito tutto ciò che riguarda la gestione e la esecuzione delle prestazioni di particolare impegno professionale (PIP), l'esecuzione rapida di esami ematochimici tramite Reflotron BBR, la piccola chirurgia e altre modalità diagnostiche (ECG, Spirometrie, Pressurometrie ecc) o terapeutiche (terapie fisiche o altro).

La Medicheria funzione preferibilmente su appuntamento ed è chiaro che tutto ciò richiede una struttura organizzativa precisa sia nella distribuzione dei tempi che in senso "sterico".

L'ambiente è uno studio aggiuntivo con:

lettino e armadio polifunzionale a caselle aperte contenente tutto il materiale di medicazione e cartaceo di uso corrente. Un computer collegato agli studi.

Sterilizzatrici con termoidicatori (HP Dry Heat) e strumentazione chirurgica (Figura 5).

Attrezzatura diagnostica che il gruppo ritiene utile (analyzer o altro).

La Medicheria rappresenta "effettiva assistenza" ai propri pazienti, pertanto rientra nell'orario a disposizione.

Le ore inserite nell'orario ufficiale vanno dedicate esclusivamente ad attività che rientrano in

obblighi o opzioni della Convenzione.

Durante l'orario di Medicheria il Medico Generale impegnato viene sostituito per urgenze o imprevisti dagli altri colleghi al momento presenti.

Le prenotazioni

La MDG può essere gestita ad accesso libero, a sistema misto o solo su prenotazione.

Noi abbiamo sperimentato tutte 3 le modalità di ricevimento giungendo alla conclusione che sicuramente il metodo migliore è un sistema misto che preveda l'accesso dei pazienti per sole ricette ripetitive o rapide di tipo libero ma solo i primi 30 minuti di ogni turno ambulatoriale riservando il rimanente tempo di ricevimento alle visite solo su prenotazione.

Anche qui abbiamo analizzato vantaggi e svantaggi della modalità di ricevimento su prenotazione (Figura 6).

Vi garantiamo che sicuramente sono maggiori i vantaggi derivanti dalle prenotazioni.

Un piccolo inciso sui punti 3 e 4 della figura dove si intravede un possibile nuovo modo di lavorare che già stiamo cominciando a sperimentare, cioè organizzare noi il follow-up dei pazienti preordinando gli appuntamenti dei controlli e gli eventuali accertamenti da eseguire, "raggruppando" per quanto possibile dei settori di appuntamenti per patologia.

Abbiamo notato che le prenotazioni consentono una minore necessità di spazio interno da destinare alle sale di attesa.

La gestione delle urgenze non è risultata fattore di disturbo delle prenotazioni.

Abbiamo eseguito un'analisi dell'attività lavorativa in uno studio su 4 settimane di media-bassa morbidità in periodi corrispondenti dello stesso mese in 2 anni diversi, il primo senza prenotazioni, il secondo con prenotazioni (Figura 7)

È emerso che sono diminuiti gli accessi impropri allo studio, le urgenze sono sovrapponibili, le visite domiciliari non sono aumentate e si sono lievemente incrementate le sole ricette e, soprattutto le telefonate.

La grande utilità del metodo è che si sa quando si inizia e si sa quando si finisce!

Suggeriamo un modello di agenda prenotazioni "fatta in casa" che contenga una statistica preimpostata di semplice uso assai utile per valutare il lavoro fatto e gli eventuali cambiamenti da apportarvi (Figura 8).

La gestione della società

Per ultimo lasciamo l'aspetto più complesso, cioè quello societario.

La considerazione del tipo di società e delle sue caratteristiche sono sicuramente compito di professionisti del settore, tuttavia un'infarinatura per sapere quello che facciamo o ci apprestiamo a fare pensiamo sia utile (Figura 9).

Con l'introduzione della Legge Bersani sulle piccole società cooperative (7/8/97 n.266), si stanno aprendo nuovi orizzonti per la gestione del lavoro di Medici Generali.

Nella figura si evidenziano i tipi di società che di volta in volta, secondo le esigenze e gli obiettivi del gruppo, si possono considerare.

Le grandi coop sono realtà che non si pongono necessariamente in concorrenza con la MDG poiché le due realtà si possono concatenare per diverse modalità e finalità di lavoro. Le grandi cooperative devono contenere un numero minimo di 6 soci ma tendenzialmente almeno 10 e possono essere di 2 tipi: Sociali o Sanitarie.

La coop sociale deve impegnarsi a fornire servizi a handicappati o anziani mentre le coop sanitarie ai soli soci.

Le grandi coop richiedono inoltre un iter discretamente complesso per la loro costituzione.

Per quanto riguarda le Società la FIMMG Toscana e il CUMI del Veneto hanno disegnato modelli gestionali-linee guida.

È comunque un fermento di idee e proposte da "setacciare" per tenere il meglio!

Comunque la Società non deve essere strumento di profitto ma "forma" del lavoro per non incorrere in limitazioni economiche o conseguenze disciplinari.

È assolutamente necessario, per scongiurare perverse dinamiche di gruppo, ideare e sottoscrivere uno statuto studiato dal gruppo; citiamo, ad esempio, gli articoli che a noi sono sembrati irrinunciabili (Figura 10).

Concludiamo dicendo e ribadendo che comunque, anche in MDG lo studio rimane STUDIO MEDICO e non AMBULATORIO come sostenuto anche dal D.P.R. 1/3/61 n°121, e quindi non deve sostenere (per ora) tutti gli oneri e le caratteristiche degli ambulatori meglio chiariti dalla nota relativa al punto 27 del titolo IV del D.P. 1/3/61.



[top](#)