

3.2 Il lavoro dei gruppi.

GRUPPO 1.

Dalla discussione è emerso un atteggiamento di insoddisfazione, verso tutti quegli aspetti del nostro lavoro che hanno implicazioni di tipo burocratico, imposti dalle normative, ma che impediscono di avere rapporti con i nostri pazienti. In particolare tutte le richieste di "impegnative", gli obblighi di ricettazione e di certificazione.

Tutto questo fa perdere tempo, ostacola il rapporto con il paziente, condiziona un cattivo uso del medico da parte dei pazienti. Questa è una cosa di cui un po' tutti si sono lamentati. Soprattutto coloro che lavorano in un'area urbana, dove i pazienti sono ancora "assuefatti" alla mutua nella quale il medico di base non faceva altro che inviare ed autorizzare a prestazioni gratuite, che prescrivere farmaci a richiesta e consentire la gratuità delle terapie prescritte dallo specialista.

Altro motivo di insoddisfazione è il rapporto con l'ospedale, con i poliambulatori specialistici etc., con i quali in genere, salvo alcune eccezioni, i rapporti del medico di base non sono buoni. Un buon rapporto c'è con i servizi di alcolgia, ma anche questo è un caso isolato. Nella gran parte dei casi i problemi sono grossi, perchè fondamentalmente vi è, da parte dei medici della struttura pubblica, una sottovalutazione del ruolo del medico di base e, quindi una scarsa considerazione della sua professionalità.

Questo sono una grossa fonte di ansia per il medico di base che non risulta soddisfatto da queste cose.

Per quanto riguarda, invece, gli aspetti positivi e qualificanti vi è accordo sul fatto che il medico debba raccogliere accuratamente le informazioni relative ai propri pazienti. Che la raccolta venga fatta con una cartella medica orientata per problemi (CMOP) o con una cartella computerizzata, l'importante è che sia una raccolta accurata, per una buona gestione bene dei problemi dei pazienti.

Un altro aspetto discusso è l'ambulatorio per problemi, non approvato da tutti. E' visto come aspetto positivo e qualificante, perchè isolando i pazienti con una certa problematica, consente di vedere i pazienti in modo approfondito, in modo tale da non perdere alcuni aspetti delle patologie che potrebbero anche sfuggire nella routine quotidiana.

Per quanto riguarda la piccola tecnologia, si è detto che, fondamentalmente, le cose più interessanti sono usate un po' da tutti i medici: gli sticks, l'otoscopio etc.; mentre non tutti sono dotati degli strumenti più complessi, come l'elettrocardiografo. Qualcuno ha dei dubbi sulla utilità, in ambulatorio, di questi strumenti più complessi, però si è svelata una certa aspirazione a saperli usare, perchè il loro uso è ritenuto gratificante. Comunque, a tale proposito, vi sono state molte riserve.

Alcuni, del gruppo, usano le "visite su appuntamento" trovandosi d'accordo sul fatto che isolare il paziente in momenti particolari è possibile dedicargli più tempo e, quindi, curarlo meglio.

Nella discussione, infine, si messo in evidenza che la gratificazione del medico, l'entusiasmo col quale lavora, sono gli elementi che meglio qualificano la sua attività.

GRUPPO 2.

Non sappiamo quali siano esattamente le aspettative dei pazienti, riteniamo, però, che siano orientate in due modi.

Aspettative nei confronti del medico.

Noi tutti, appena abbiamo iniziato la nostra attività, pensavamo che le aspettative fossero di tipo "organicistico", invece, adesso, siamo convinti che siano aspettative di tipo "umano".

Del resto è anche vero che il medico "costruisce" i propri pazienti, caratterizza il proprio ruolo, ed anche dal punto di vista umano l'offerta crea le aspettative. Cioè una "maggiore disponibilità" per una "aspettativa di maggiore disponibilità".

Aspettative nei confronti dell'organizzazione.

Anche le modalità organizzative creano delle aspettative. Un orario fatto in un certo modo, crea delle aspettative circa l'orario, così come il lavoro in equipe con personale ausiliario, l'ambulatorio su prenotazione etc.

Ha un po' impressionato il grandissimo numero di ecg che il Dr. Passerini esegue: ci è venuto il sospetto che si tratti di una specie di bisogno indotto.

L'organizzazione del nostro lavoro non deve necessariamente rispondere alle aspettative dei nostri pazienti ma, almeno, avvicinarsi ad esse. Siccome l'aspettativa maggiore dei pazienti è di avere "tempo" per sé, dobbiamo cercare di sfolire tutto il lavoro burocratico che sottrae tempo.

Il rapporto paziente-medico di base è, o per lo meno si cerca che sia, umanizzato il più possibile mentre, quando il paziente entra in altre strutture, ospedaliere ad es., questo avviene con difficoltà. Quindi si è evidenziata la necessità di un contatto con le altre strutture sanitarie, per lo meno in quest'ottica.

Per quanto riguarda le modalità organizzative, esse dipendono dagli obiettivi e dai compiti del medico di base, cercando di fissare delle priorità, visto che non si può far tutto. Organizziamo, allora, il tempo disponibile! Con l'aiuto di personale ausiliario, che risponda al telefono durante le ore di ambulatorio e che ci sollevi dai compiti burocratici. Poi l'organizzazione degli orari su prenotazione: qui non si è concordato se tutta l'attività del medico debba svolgersi su prenotazione, oppure soltanto una parte, perchè entrambe le soluzioni presentano dei problemi.

Si è discusso sulla medicina di gruppo: sembrano indispensabili ancora delle valutazioni, perchè se ne ravvede l'utilità ma, nello stesso tempo, le difficoltà di organizzazione e realizzazione sembrano prevalere.

Altri elementi utili alla organizzazione: la riduzione del numero degli ambulatori per chi ha più zone da seguire; la segreteria telefonica ed il telefono "attivo" 12 ore su 24; cartelle cliniche compilate in tempo reale come fonte rapida di reperimento dei dati ed elastiche; i registri per problemi, utili per valutare la qualità del nostro lavoro e per gli interventi su gruppi di pazienti; la piccola tecnologia, da non adottare a tappeto ma in relazione ai bisogni; il personal computer, non ancora strettamente indispensabile.

Importanti sono ritenute le occasioni per l'aggiornamento, non in tempi "volontaristici" ma in orario di lavoro, con l'intento che da essi nascano anche interventi collettivi di prevenzione. Importanti pure i contatti sistematici e di collaborazione con altri colleghi, medici di base, operatori socio sanitari del territorio e delle strutture specialistiche.

E' stato "bocciato", invece, l'ambulatorio per problemi, perchè non è sembrato un alleggerimento dei tempi di attività, mentre può creare problemi ai pazienti che vi accedono.

Infine, l'aspettativa principale dei pazienti è di avere un medico "felice"; qualcuno ha detto che non è vero, tuttavia possiamo "farglielo credere", nel nostro interesse.

GRUPPO 3.

Come risposta alla prima domanda, cioè quali modalità organizzative riteniamo qualificanti, non abbiamo una risposta originale perché riteniamo che sia uno degli aspetti più indagati: noi abbiamo sottolineato le cose che già sono emerse negli altri interventi e che sono ampiamente conosciute.

Abbiamo tuttavia stabilito un certo grado di priorità, mettendo al primo posto l'uso della cartella clinica, che riteniamo uno strumento irrinunciabile, anche se scontato.

Per quanto riguarda la medicina di gruppo, dobbiamo sottolineare le difficoltà che si incontrano nel realizzarla. Inoltre, non pensiamo che il medico che lavora da solo sia necessariamente meno qualificato, nella sua attività professionale, rispetto a chi lavora in gruppo.

Per quello che riguarda le visite su appuntamento, ci siamo sentiti di ridimensionarne la validità e l'effettivo potere qualificante della attività del medico di base. Abbiamo messo in luce che sono utili per il paziente, che vede ridurre i suoi tempi di attesa in ambulatorio, però è anche stato detto che il sistema non è apprezzato da tutti i pazienti. In ogni caso appare evidente la ricaduta sul lavoro del medico, che ha la possibilità di lavorare con maggiore discrezione, programmare il proprio lavoro, andare a rivedere le cose con maggiore attenzione e, non ultimo, l'elemento psicologico di lavorare, cioè, con minore pressione da parte dei pazienti che attendono di essere visti.

Il personale ausiliario è stato considerato un elemento fondamentale per il migliore utilizzo delle risorse, cioè, per la possibilità di delegare una parte dei compiti che non sono ad alto contenuto professionale.

La piccola tecnologia non suscita problemi. Tutti concordano sull'utilizzo del personal computer, pur rimanendo da definirne bene l'effettivo uso. Non c'è accordo tra chi ritiene che sia valido solo per gli scopi della ricerca e chi ritiene sia possibile utilizzarlo per una vera e propria gestione della cartella clinica.

Ulteriori elementi sottolineati sono:

la definizione della "domanda sanitaria": forse non è un aspetto propriamente organizzativo, però si configura come un elemento molto importante poiché

consente di delineare il lavoro che il medico dovrà svolgere.

il recupero del "tempo reale utile": cioè la necessità di contenere tutte le prestazioni "minori e dispersive". Ad es. le visite domiciliari effettuate per redarre certificati di astensione dalla attività lavorativa e non motivate, invece, da una reale necessità dell'intervento del medico. In questo senso, il tempo del medico ha dei costi anche rilevanti per la collettività, e va razionalizzato.

I fattori che ostacolano il realizzo di tali condizioni, in relazione soprattutto con il punto precedente, sono le "imposizioni" di carattere legislativo, che troppo spesso estendono impropriamente il carico "burocratico" del medico, e le condizioni organizzative del lavoro del medico che vanno riviste.

per quanto riguarda l'integrazione con gli altri servizi sanitari di base si è evidenziata la carenza di "indirizzi istituzionali" soprattutto nell'ambito del distretto sanitario di base nel quale trova uno spazio naturale l'integrazione delle attività degli operatori. A questo proposito è paradigmatica la attività infermieristica domiciliare. Al momento attuale non si vede, però, alcuna alternativa a che il medico disponga di personale infermieristico alle sue dipendenze e che svolga attività di assistenza domiciliare definita dal medico stesso. Questa sembra essere la condizione in grado di fornire le migliori garanzie dal punto di vista della qualità delle attività, tuttavia, si oppone a ciò l'elevato costo del personale dipendente, che non è sostenibile da tutti i medici. L'alternativa, disporre cioè del personale del distretto di base per le attività domiciliari, non sembra perseguibile per le note carenze istituzionali. Tuttavia l'ostacolo più rilevante sembra essere la difficoltà di identificare una figura di "responsabile" in condizioni di guidare gli operatori nel territorio anche se nel distretto è prevista la figura del coordinatore, al quale si dovrebbe far riferimento.

Per quanto riguarda le aspettative dei pazienti, infine, a nostro avviso non sono soddisfatte dalla organizzazione del nostro lavoro: e non è detto che il problema si debba porre in questi termini. Un collega, molto spiritosamente, ha detto che il paziente si aspetta che il medico sia reperibile in qualsiasi momento, sia sempre disponibile ad andare a domicilio e che nello stesso tempo in ambulatorio le attese siano brevi. Bisogna vedere però se è utile rispondere a queste necessità, non è detto infatti che aspettative del genere siano sensate. E' evidente che il lavoro del medico ha contenuti rilevanti, come dare una

risposta ai bisogni di salute, e proprio per questo comporta un utilizzo del tempo nel quale le attese possono trovare una loro giustificazione.

Quindi, per certi versi, anzichè misurare la qualità del lavoro del medico tramite il soddisfacimento delle aspettative dei pazienti, si rende necessaria una conoscenza più approfondita della domanda di assistenza che viene rivolta al medico.

Tuttavia intervengono altri elementi nella valutazione del lavoro del medico: una buona organizzazione consente anche al medico di lavorare "meglio" e con maggiori soddisfazioni, di avere una resa migliore, cioè un maggiore numero di prestazioni utili nell'unità di tempo.

Quindi aspettative del paziente e lavoro utile al paziente possono non coincidere. Sembra possibile proporre, infine, una indagine conoscitiva ed una valutazione delle proposte dell'utenza verso l'organizzazione del lavoro del medico per verificare come e quanto l'organizzazione del lavoro del medico potrebbe migliorare e contemporaneamente incontrarsi con le aspettative degli stessi pazienti.

Gruppo 4.

Il nostro gruppo ha, per un certo verso, abbandonato la strada tracciata con gli interrogativi posti preferendo un confronto a "ruota libera".

Negli interventi precedenti sono state toccate quasi tutte le problematiche che sono state al centro anche della nostra discussione. Pertanto si sottolineano alcune semplici riflessioni che possono integrare quanto sinora sentito.

Si diceva che il medico di base è ancora oggi considerato il "medico della mutua" e, nonostante questo luogo comune, si vorrebbe un impegno da parte del medico nell'educazione del paziente ed un recupero della sua professionalità attraverso un continuo aggiornamento specifico. Il medico è chiamato ad essere educatore del proprio paziente ed educatore

nella comunità e, allo stesso tempo, "manager" dei problemi di salute dei singoli. Ciò implica una notevole capacità di comprensione e di sintesi dei problemi individuali e collettivi ed una considerevole duttilità intellettuale.

Il ruolo del medico, così come è definito sopra in termini decisamente conflittuali, e le opportunità tecniche ed organizzative che è in grado di offrire contribuiscono a "selezionare" i pazienti che si rivolgeranno a quel medico. Non che il problema sia nuovo, vale la pena tuttavia richiamarlo in quanto si intravede nella relazione medico-paziente uno degli elementi che caratterizzano le scelte organizzative del medico.

Si è approfondito il tema della medicina di gruppo, che alcuni di noi già praticano e, per questi, è un'esperienza positiva soprattutto per la ampia disponibilità oraria nell'arco della giornata, per le possibilità di interscambio e di confronto tra gli operatori. Rimane dubbio e da verificare ancora il possibile sviluppo dei gruppi come centri per l'urgenza e come luogo privilegiato per l'educazione dei pazienti e di promozione della salute.

Si è sottolineata l'importanza della comunicazione tra gli operatori medici di base e gli ospedalieri, e si è rimarcata la necessità di garantire in via prioritaria la nostra disponibilità ad un confronto entro i distretti sanitari pur non essendo, questi, ancora attuati in tutte le regioni.

La discussione si è fermata a lungo sul senso di malessere, dichiarato anche in altri interventi, che caratterizza i nostri pazienti. A tale proposito, nel corso della discussione, si sono delineati due diversi atteggiamenti. Da parte di alcuni una relativa sicurezza di saper rispondere a tutte le esigenze dei pazienti, anche in un approccio di tipo relazionale. Altri, invece, hanno dichiarato il persistere ancora di una certa impreparazione e di una certa difficoltà a rispondere a richieste complesse sul piano relazionale. Da entrambe le parti si è convenuto sulla necessità inderogabile di acquisire la capacità di dare risposte congrue ai pazienti difficili e di perfezionare gli atteggiamenti anche non verbali e l'ascolto e di manifestare la propria disponibilità attraverso soluzioni organizzative ponderate ed accessi flessibili.

Gruppo 5.

Ciascuno di noi ha espresso la propria opinione riguardo ai quesiti posti illustrando contemporaneamente le proprie modalità di lavoro e le proprie scelte organizzative. Tuttavia si è sviluppato un ampio dibattito su un aspetto non marginale: qual'è il ruolo del medico di base e quali sono i suoi compiti?

A questo riguardo sono scaturite risposte assai diverse. C'è stato chi ha posto più l'accento sul fatto che il medico di base "ha in mano" il proprio paziente e la sua storia, che deve intervenire in senso preventivo ed educativo favorendo stili di vita adeguati e che, quindi, la sede dell'intervento del medico di base va spostata dall'ambulatorio all'esterno, nel territorio.

Con sfumature diverse ma senza un netto disaccordo, c'è chi pone in risalto l'aspetto più propriamente clinico, diagnostico e terapeutico, del lavoro del medico. Non si nasconde la presenza di aree di bisogno di tipo diverso, soprattutto nell'ambito del sociale. Tuttavia, non si ritiene che il medico di base sia in grado di dare risposte a bisogni di questa natura pertinenti, invece, ai servizi di intervento pubblico.

Infine c'è stato chi ha tentato una sintesi delle visioni precedenti sottolineando il fatto che il medico di base è chiamato a rispondere un po' a tutti questi bisogni.

C'è da dire che la mancanza di una visione omogenea sul ruolo del medico di base ha condizionato il lavoro del gruppo e l'approfondimento dei quesiti posti.

Al di là delle divergenze si è concordato che lo sviluppo in termini organizzativi dell'attività medica richiede uno sforzo tale da consentire di saldare insieme professionalità del medico, garanzie per i pazienti di trovare risposte soddisfacenti, anche negli

accessi agli ambulatori, e progettazione di interventi di promozione della salute e di educazione sanitaria. Elemento principale, fra tutti, sembra essere la raccolta delle informazioni che riguardano i pazienti, le famiglie e la comunità. La cartella clinica è ancora vista come strumento basilare del lavoro del medico e rappresenta ancora un importante obiettivo di studio e di perfezionamento.

Convinzione comune, inoltre, è che il medico di base, nel suo percorso di qualificazione e recupero della professionalità, debba compiere lo sforzo di ridurre la distanza che lo separa dal "sapere specialistico" rendendolo in grado di dare risposte anche complesse ai propri pazienti.

Pertanto assume una importanza considerevole lo sviluppo di competenze in ambito diagnostico, soprattutto con la acquisizione di piccola tecnologia strumentale e laboratoristica in ambulatorio, almeno per i bisogni più semplici ed immediati. L'educazione sanitaria e l'individuazione di strumenti idonei a svelare "problemi" sia in ambito sanitario che assistenziale, costituiscono un altro impegno irrinunciabile. Il riferimento al "malessere sociale" è quantomeno d'obbligo a causa della sua ampia diffusione e delle implicazioni considerevoli sul piano relazionale tra medico e paziente, così come è stato detto da altri.

Per quanto riguarda la medicina di gruppo e il ricorso alla collaborazione con personale ausiliario, infermieristico e di segreteria, sono state avanzate delle riserve a causa delle difficoltà, per ora prevalenti, di ordine economico ed organizzativo. Non si esclude che l'aspetto limitante più significativo sia il reperire medici idealmente orientati allo sviluppo di un comune progetto di assistenza medica di base e con una visione omogenea del proprio ruolo. Non si è trascurato, inoltre, di sottolineare le difficoltà che ancora si incontrano nello sviluppare ruoli, competenze, attività e prestazioni del personale ausiliario entro un servizio sanitario che con le sue rigide regole non offre margini consistenti di autonomia organizzativa.