

Cure primarie: l'evoluzione della specie

Gianluca Bruttomesso

È questo il titolo che ha caratterizzato il Congresso del 2008 della Società scientifica Csermeg, svoltosi a Costermano (VR), in cui sono state focalizzate le implicazioni del cambiamento in atto nella medicina generale sul territorio soprattutto in rapporto alla relazione tra Mmg e paziente che è elemento fondante della professione

Lo sviluppo della medicina generale (MG) in Italia è condizionato dalla possibilità che i professionisti che la esercitano riescano a organizzare il loro lavoro in modo da operare sia con la clinica *on demand*, ossia su richiesta dei pazienti, sia con quella di "popolazione" o medicina di iniziativa. Quest'ultima sembra però presupporre la disponibilità di un'organizzazione di gruppo perché solo la presenza di varie figure professionali può consentirla, in quanto il medico di medicina generale da solo non potrebbe proporre un ventaglio così ampio di competenze e abilità.

Com'è possibile in questo quadro salvare il rapporto medico singolo/paziente inserendolo in un contesto multidisciplinare? Cosa significa lavorare in un assetto organizzativo funzionale all'individuo e alla popolazione (intesa come gruppo di persone che ha bisogno di risposte modulate e complesse sul piano sanitario e sociale)? Si possono realizzare gli aggiustamenti e le variazioni "personali" e "professionali" richiesti ai medici dal passaggio da una pratica esercitata individualmente a una gestione "collegiale" delle attività?

Queste sono state le domande al centro del XX Congresso del Centro studi e ricerche in medicina generale (Csermeg): "Cure primarie: l'evoluzione della specie", tenutosi a Costermano (Verona), che ha approfondito in particolare l'idea della creazione di ambulatori per obiettivi, guardando a queste realtà però: "dal punto di vista del modello di tipo assistenziale, che poi può essere realizzato all'interno di strutture orga-

nizzative diverse: nuclei di cure primarie, équipe territoriali o Unità di MG, a seconda della situazione e del posto", puntualizza **Massimo Tombesi**, Mmg a Macerata e membro del consiglio direttivo Csermeg.

■ Un'organizzazione funzionale

"Il lavoro del medico si svolge oggi su due tipi di target - spiega Tombesi - uno è quello del singolo paziente sofferente di un problema che una volta esposto al clinico, deve essere da quest'ultimo affrontato. Esistono però persone che hanno patologie che necessitano di un approccio proattivo, cioè ciò che abbiamo professionalmente denominato "clinica di popolazione", sostanzialmente diverso sul piano organizzativo, che alla fine confluisce sempre in un intervento sul singolo".

Il tipo di organizzazione funzionale dell'ambulatorio per obiettivi - è stato osservato al congresso Csermeg - non provoca la perdita della visione globale e unica dell'individuo, ma rafforza la valutazione singola in ogni momento della storia del paziente. La continuità relazionale con il proprio medico rappresenta l'elemento unificante del percorso di cura, dove il medico di medicina generale integra intellettualmente la clinica di popolazione con quella individuale.

La separazione è infatti relativa soltanto alla modalità di organizzazione e offerta del servizio, all'interno di un setting pre-orientato, ma coordinato mediante il sistema informativo condiviso. Così al momento della visita il medico procede alla personalizzazione di

ogni singolo intervento o piano di cura, preservando l'unicità dell'individuo e dei suoi problemi e la necessità che questi siano valutati singolarmente.

L'attivazione di un ambulatorio per obiettivi non richiede peraltro la presenza in un'unica sede di tutti i membri di una medicina di gruppo, essendo più un metodo di lavoro funzionale che una struttura, ma è possibile ricorrere a un'organizzazione in rete, con distribuzione delle attività in singoli studi sparsi sul territorio. Non si tratta quindi di sedi necessariamente fisiche, ma in primo luogo di programmi di intervento pianificati e ottimizzati rispetto alla patologia. Cosa, questa, alquanto importante se si considera la caratterizzazione geografica italiana, che non consente una distribuzione omogenea della tipologia di medicina di gruppo con sede unica, dato che moltissime realtà sono costituite da piccoli paesi e frazioni disperse anche su aree vaste e diversificate e sarebbe improponibile proporre agli abitanti di recarsi per le proprie esigenze sanitarie in ambulatori distanti magari molti chilometri.

■ Ambulatorio per problemi

Questo aspetto è stato ricordato anche da **Sergio Bernabè**, referente della Medicina di Gruppo di Pianezza (Torino), che ha fatto il punto sugli sviluppi di quell'esperienza pilota, considerata dallo Csermeg una realtà di riferimento valida per tutta Italia. Quel modello infatti non solo è esportabile perché le tipologie di servizi che sono *on demand* o di popolazione sono le stesse in tutta Ita-

lia”, ma andrebbe realmente applicato perché “in un momento in cui si sta focalizzando la discussione sui meccanismi di funzionamento del gruppo, le esperienze territoriali sono scarse, spesso affidate alla creatività locale di persone che cercano di dare strumenti di lavoro al gruppo per funzionare. Quanto ai rapporti fra la medicina *on demand* e di popolazione, è indispensabile trovare il modo di coniugarle: non si tratta di passare da un servizio all’altro, bisogna mantenere un equilibrio fra le due forme, tenendo presente che una di esse, la clinica di popolazione, è profondamente rendicontabile”, e quindi naturalmente in grado di soddisfare quelle richieste di visibilità del medico di medicina generale ormai avanzate da più parti.

■ Il ruolo dell’infermiere

“L’ambulatorio per problemi - ha spiegato Tombesi - rappresenta una buona soluzione organizzativa. Si tratta di un assetto funzionale che vede l’intervento di diverse persone, da chi prende gli appuntamenti a chi controlla, a chi fornisce prestazioni pertinenti alla propria professionalità. Per esempio, misurare la pressione, la circonferenza addominale, monitorare l’indice di Winsor sono attività che possono essere svolte dagli infermieri, rientrando nelle loro mansioni. Ciò significa liberare al contempo risorse mediche a disposizione di azioni che richiedono competenze di livello più alto, che devono indirizzarsi verso una personalizzazione della definizione di un piano terapeutico. Questo lo si fa in tutto il mondo, si tratta di avere a disposizione le risorse per realizzarlo”.

Il fatto che l’assistito mantenga il suo rapporto privilegiato o esclusivo con il proprio medico di medicina generale non vuol dire, in altri termini, che ogni atto richieda sempre un rapporto diretto col clinico: questo non influisce in modo negativo sulla relazione medico-paziente. E d’altra parte questo rapporto può essere allargato in una logica

multi-professionale, coinvolgendo nel rapporto di fiducia anche altre figure, come l’infermiere. “Questo - sottolinea Tombesi - ha una valenza terapeutica; significa offrire all’infermiere un ruolo strutturale, non basato su sentimenti di umanità o buona educazione”.

■ La motivazione del paziente

Questo aspetto è stato confermato anche da **Sabrina Tamborini**, infermiera del gruppo di cure primarie “Cibieffe” di Monza, secondo la quale “in questo modo, l’attività ambulatoriale viene vissuta dai pazienti come uno spazio libero da giudizi o sentenze, all’interno del quale è possibile confrontarsi ed essere supportati per meglio affrontare la malattia, nei suoi significati oltre che nei suoi sintomi, e li avvicina al concetto del: *mi prendo cura di me*”.

Questo meccanismo funziona solo

nella misura in cui gli assistiti siano disponibili a essere inseriti in questo percorso, perché è caratterizzato da prestazioni erogabili da diverse figure professionali; ed è importante che il paziente concordi nell’essere seguito secondo questo modello. L’esperienza peraltro conferma che i malati, per parte loro, sembrano apprezzare le ricadute positive degli ambulatori orientati in termini organizzativi, soprattutto quando si confrontano con servizi di prenotazione degli esami, di ricezione dei referti, oltre che con il richiamo attivo.

Attraverso l’adesione informata e motivata a questa modalità assistenziale si tende infatti anche a sviluppare nei pazienti una maggiore consapevolezza nelle scelte che riguardano la loro salute, che si rivela di notevole significato per la compliance, per la riduzione delle complicanze e per la prevenzione delle ricadute.