

Medicina Generale “Julian Tudor Hart”: elementi di gestione a livello di prossimità orientati alla PHC

The General Practice “Julian Tudor Hart”: PHC-oriented management at the proximity level

Agostino Panajia¹, Desiree Barbetta²

¹Medico di Medicina Generale presso la Medicina di Gruppo Julian Tudor Hart di Ferrara, membro della Campagna Primary Health Care: Now or Never

²Medica di Medicina Generale, collaboratrice presso la Medicina di Gruppo Julian Tudor Hart di Ferrara, membro della Campagna Primary Health Care: Now or Never

Parole chiave: medicina generale, organizzazione delle cure primarie, prassi, territorializzazione, Comunità

RIASSUNTO

L'articolo intende fornire un esempio concreto di sviluppo di un presidio di Medicina Generale orientato alla PHC, affinché stimoli l'auto-organizzazione dei professionisti anche in contesti di scarso supporto strutturale. In particolare, si pone l'attenzione su alcuni degli elementi e strumenti caratterizzanti la gestione di un presidio di salute a livello di prossimità. L'esperienza descritta è stata condotta secondo la metodologia della ricerca-formazione-intervento. La ricerca-formazione-intervento condotta presso il presidio Julian Tudor Hart ha portato alla costruzione di un gruppo interprofessionale responsabilizzato e capace di riflettere sulle prassi, all'integrazione formazione-lavoro, all'avvio del processo di territorializzazione e del processo di partecipazione comunitaria. Ciò dimostra che è possibile costruire un presidio di Medicina Generale orientato alla PHC anche in contesti in cui è assente un'organizzazione preesistente di supporto. Affinché ciò sia possibile sono necessari: la conoscenza dei quadri teorici della PHC, tempi e strumenti dedicati alla riflessione collettiva sulle prassi in essere, integrazione formazione-lavoro, coinvolgimento di tutti gli attori fondamentali a un'azione trasformativa delle pratiche (comunità, professionisti, enti di formazione/ricerca, amministrazione/politica).

Key Words: general practice, primary care management, praxis, community oriented primary care

SUMMARY

The objective of this article is to show a concrete example of development of a PHC-oriented General

Autore per corrispondenza: agostino.panajia@gmail.com

Practice, in order to motivate professionals self-organization, even in contexts where the structural support may be inadequate. The experience reported was conducted according to the Participatory Action Research (PAR) methodology. The Participatory Action Research conducted at the Julian Tudor Hart General Practice lead to the formation of an accountable interprofessional team capable of reflecting on praxis, to the integration of education-work processes, and to the start of Community Oriented Primary Care processes, that is the so called “Territorializzazione” and Community Participation. Forming a PHC-oriented General Practice is possible even in contexts where structural support is inadequate. This requires: knowledge of PHC framework, time and tools for collective reflection over ongoing praxis, education-work integration, participation of all fundamental actors (community, professionals, education/research, administration/politics) in order to foster transforming actions in praxis.

1. Introduzione: un presidio di medicina generale orientato alla PHC

Lo scopo di questo articolo è raccontare l’esperienza del presidio di Medicina Generale Julian Tudor Hart (JTH) nel Comune di Ferrara. Questa esperienza nasce da professionisti aderenti alla “Campagna Primary Health Care: Now or Never” (Campagna PHC) con l’obiettivo di calare i principi della Primary Health Care (PHC) nelle pratiche quotidiane della Medicina Generale (MG), nonostante i limiti dell’organizzazione della stessa in Italia, ancora basata su un approccio centrato sulla malattia (1). Il gruppo era originariamente composto da due medici di medicina generale (MMG), facilitati dalla consulenza di un medico igienista esperto in cure primarie. A tale nucleo si sono aggiunte due collaboratrici di studio e una medica di MG, costituendosi in un secondo momento in Medicina di Gruppo (MdG) (Figura 1).



Figura 1 - Sede e simbolo della Medicina di Gruppo Julian Tudor Hart

Coerentemente alle riflessioni sulla PHC maturate nella Campagna e descritte ne “*Il Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*” (LA) (2), il gruppo si è da subito orientato allo sviluppo delle metodologie di pratica e di governo del livello microgestionale, quello che nel LA è ascrivibile alla *microarea*, intesa come il territorio di attenzione dell’equipe di base. Secondo questa visione, la microarea non è solo un oggetto da delimitare, studiare e su cui agire, ma è un soggetto con il quale entrare in relazione, affinché si possa essere effettivamente in grado di affrontare le questioni di salute e malattia che lo riguardano. Nel LA vengono definiti tre livelli gestionali: uno macrogestionale in capo al Distretto, uno mesogestionale in capo alle Casa della Comunità (CdC) e uno microgestionale in capo all’equipe di base. L’innovazione portata dal LA è quella di affidare a ognuno dei tre livelli un territorio di attenzione, non esaurendo la responsabilità del sistema di salute al solo legame con i cittadini-utenti, ma ampliandola all’intero territorio e alle comunità in esso presenti e agenti. La microarea è quindi l’unità fondamentale su cui si esercita l’attenzione ai processi di salute e malattia agenti in un territorio, nonché l’articolazione fondamentale della CdC. Più microaree dovrebbero far capo a una CdC, che diventa una sorta di quartier generale capace di fornire gli strumenti culturali e logistici che capacitano l’equipe di base a svolgere il proprio compito. La CdC è inoltre fondamentale per arricchire l’equipe di base del contributo di quei professionisti (sanitari e non) che servono più microaree, per ragione di epidemiologia dei bisogni di salute e in ottica di economia di scala, formando così un’equipe allargata. Il LA non stabilisce dove debbano avere sede fisica i professionisti o gli studi/ambulatori medici, in quanto il concetto di prossimità ivi espresso indica innanzitutto una prossimità di attenzione e di azione e, di riflesso, di responsabilità in merito ai processi di salute e malattia. La sede e la collocazione fisica dei professionisti e dei presidi dipenderanno dalle caratteristiche (non solo geografiche) del territorio, tenendo presente che ogni scelta potenzierà alcuni aspetti del sistema di assistenza e ne sfavorirà altri, che dovranno perciò essere attivamente curati e potenziati (es. accessibilità/coordinamento).

Pur consci che l’assetto attuale delle Cure Primarie non rispecchi il modello ideale proposto dal LA, il gruppo ha deciso di utilizzare gli insegnamenti che derivano dal documento e dalla Campagna PHC per orientare le proprie pratiche. Per far ciò, ha deciso di insediarsi in un quartiere periferico della città, delimitato da barriere fisiche, al fine di essere attrattivo prevalentemente per i suoi abitanti, ricreando, seppur in modo imperfetto, le condizioni di una microarea. Il gruppo si è costituito prefiggendosi di fornire i servizi tipici di una MdG ma al contempo di mantenere la prossimità con i territori serviti, in modo da poter sviluppare strategie di intervento che tenessero conto del contesto territoriale e delle dinamiche in esso agenti. Lo scopo è quindi di non limitarsi alla sola attività di studio, ma di agire in modo proattivo all’interno del

territorio e delle comunità, “territorializzando” le pratiche.

Per avviare il processo è stato necessario interrogarsi su cosa significasse fare assistenza sanitaria in quel determinato quartiere in quel determinato momento, imparare a conoscere il territorio e le comunità in esso presenti, nonché riflettere sulle pratiche messe in atto e sul significato del proprio agire come sanitari in un determinato contesto.

2 . L'educazione Permanente in Salute

La prima difficoltà a essere affrontata è stata quella di imparare agendo nel territorio. Rifacendosi al LA, il gruppo ha adottato il quadro concettuale dell'Educazione Permanente in Salute (EPS) (3) per implementare le proprie pratiche e accrescere le proprie competenze, localizzate e particolari, cioè non riconducibili alla letteratura medica standardizzata, ma da costruire necessariamente nel contesto dell'agire quotidiano. L'EPS è un particolare tipo di formazione che riconosce come momento di apprendimento le pratiche del lavoro quotidiano, che diventano luogo e oggetto di ricerca, riflessione, formazione e innovazione, sia in ambito clinico-assistenziale che in ambito gestionale-organizzativo. La convergenza di teorico e pratico verso un approccio prassiologico, nonché la convergenza delle funzioni di ricerca, formazione, pianificazione, gestione ed erogazione delle pratiche, determinano le condizioni idonee allo sviluppo di innovazione e adeguamento dei servizi di salute alle esigenze contestuali. Nell'ottica dell'EPS, le reti assistenziali divengono luoghi di produzione della domanda di ricerca e di formazione situata, le quali a loro volta possono orientare allo sviluppo di competenze specifiche, all'empowerment e alla capacitazione delle reti nella risposta assistenziale, alimentando un circolo virtuoso. Nello stesso orizzonte è accolta la ricerca-formazione-intervento (4) come metodologia di ricerca e formazione applicate ai contesti di lavoro, dai quali è tratta la domanda di ricerca e nei quali si applicano le nuove acquisizioni, in un permanente ciclo di riflessione-azione. La ricerca-azione in salute rende così i saperi e le pratiche permeabili alle esigenze e alle peculiarità dei contesti in cui sono calati e, attraverso un processo permanente di auto- ed eteroriflessione, li calibra affinché possano trovare risposte e soluzioni appropriate.

Quattro attori sono fondamentali per la buona riuscita dei processi di EPS, a individuare quello che viene definito il “Quadrilatero della Formazione in Salute” (QFS) (5): i professionisti della salute, la comunità, i ricercatori e gli amministratori/politici (Figura 2).

La riflessione sulle pratiche tra questi quattro attori rende il sistema di salute flessibile e dinamico, atto ad accogliere i bisogni e ad agire in un continuo processo di rimodellamento e riorganizzazione affinché sia capace di rispondere in maniera risolutiva ed equa ai bisogni mutevoli delle popolazioni, in un determinato e particolare contesto geografico e storico.

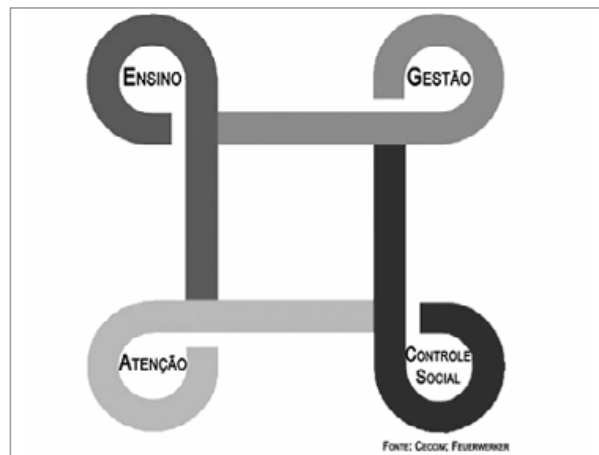


Figura 2 - Rappresentazione schematica dei vertici del Quadrilatero della Formazione in Salute (QFS): ricerca/formazione, amministrazione, professionisti delle Cure Primarie e comunità. Tratto da Ceccim e Feuerwerker, 2004.

Alla luce di questo le attività inizialmente individuate come fondamentali e caratterizzanti per l'avvio di un presidio di MG orientato alla PHC si sono concentrate su due dei vertici del quadrilatero: l'equipe e la funzione di ricerca. Sono state quindi avviate riunioni periodiche del gruppo (riunioni di equipe) e si è dato vita a una chiamata di ricercatori, intesi come attori capaci di studiare, indagare, osservare la vita e le attività del gruppo e di restituirgli informazioni e riflessioni.

3 . Il Distretto Geoeducativo

La volontà di sovrapporre le attività lavorative alle attività formative-di ricerca e il bisogno di produrre conoscenze localizzate e riflessività sulle pratiche finalizzate a un apprendimento prassiologico sono confluiti nella nascita di un dispositivo che il gruppo ha chiamato Distretto Geoeducativo. L'obiettivo era quello di coinvolgere persone che potessero partecipare al progetto, fornendo quel prezioso lavoro di approfondimento, osservazione e riflessione di cui il gruppo aveva estremamente bisogno. Anche grazie ai suggerimenti del supervisore, che ha agito come promotore e facilitatore dei processi, il gruppo ha maturato l'idea che il territorio e il progetto stesso potessero essere delle risorse utili ad attrarre partecipanti per il Distretto Geoeducativo.

In particolare, si è capito che un importante ritorno poteva essere fornito dai professionisti in formazione che volessero, frequentando questa esperienza in fase di avvio, apprendere sul campo. A loro è stata proposta una collaborazione basata su uno scambio-compromesso, per cui le necessità, gli interessi e gli obiettivi sia dei professionisti

in formazione che del gruppo venivano posti a confronto in modo da poter garantire la soddisfazione di entrambe le parti. In altre parole, il gruppo offriva sé stesso e il territorio in cui si trovava a chi fosse stato interessato a formarsi sul campo, aprendo la possibilità di partecipare ai propri spazi di lavoro, studio e discussione. In cambio, i formandi avrebbero restituito approfondimenti e riflessioni sulle tematiche emerse dalle pratiche quotidiane, svolgendo un ruolo attivo di agenti di trasformazione delle pratiche, in coerenza con le più recenti indicazioni sulla formazione sanitaria (Figura 3) (6-7).

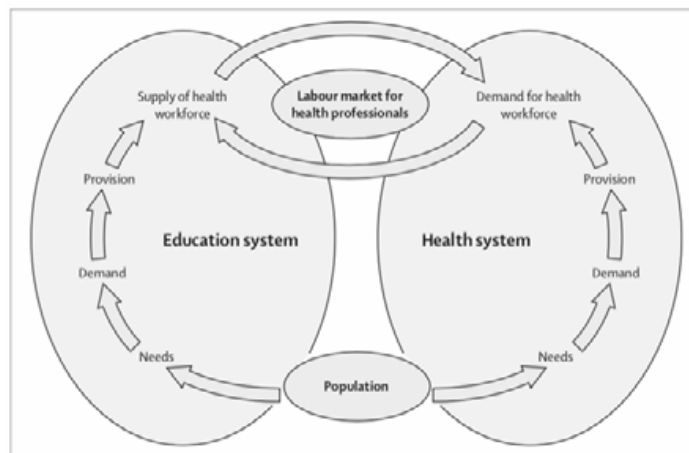


Figura 3 - L'interdipendenza tra i servizi sanitari e sociali e le istituzioni per la formazione dei professionisti è sempre più importante per permettere un "apprendimento trasformativo" capace di produrre professionisti capaci di agire come agenti di trasformazione. Tratto da Frenk et al., 2010.

Il lancio dell'idea del Distretto Geoeducativo ha permesso di attrarre un numero notevole e variegato di professionisti in formazione, in particolare: medici in formazione specifica in MG, una medica brasiliana neolaureata interessata a un'esperienza europea prima di intraprendere la specialità di Medicina di famiglia e comunità in Brasile, una studentessa di medicina, una neolaureata in medicina e due antropologhe dell'Università di Ferrara e dell'Università di Bologna.

L'avvio dell'esperienza del Distretto Geoeducativo ha dato un'enorme spinta al progetto JTH, permettendo ai formandi sia di assumere funzioni di supervisori alle riunioni di equipe, sia di avviare il necessario processo di studio del territorio e quindi, in ultimo, l'avvio del processo di territorializzazione.

4. La territorializzazione

Il riferimento alla territorializzazione deriva dalla letteratura (8) e dalle conoscenze del Sistema Unico di Salute brasiliano, che fin dalla sua istituzione nel 1988 ha riconosciuto nella territorializzazione delle pratiche e nella partecipazione comunitaria

due elementi fondamentali al conseguimento dei principi di universalità, equità e integralità delle cure.

La territorializzazione rappresenta uno strumento partecipato di lettura del territorio e di raccolta dei dati di salute e malattia, intesi secondo lo spettro ampio dei determinanti di salute. Segue l'analisi dello stato di salute e malattia di un territorio, l'identificazione dei bisogni di salute prioritari e la pianificazione delle azioni necessarie a darvi risposta. La territorializzazione si pone quindi come mezzo capacitante il sistema di salute, che diviene in grado di fornire risposte adeguate e contestualizzate rispetto ai bisogni di salute rilevati. Essa, inoltre, è un mezzo in grado di produrre cambiamenti nel modello di assistenza che ne fa uso e nelle pratiche di salute.

Possiamo distinguere nella territorializzazione, semplificando, un processo di mappatura descrittiva e un processo di mappatura trasformativa del territorio (9-11). La mappatura descrittiva fornisce, da una parte, informazioni utili alla gestione dei processi di salute e malattia di un territorio e, dall'altra, funge da espediente per la costruzione di relazioni e di prossimità, intesa non solo come vicinanza fisica, ma come prossimità di intenti, di significati, di "porsi al fianco di" (Figura 4).

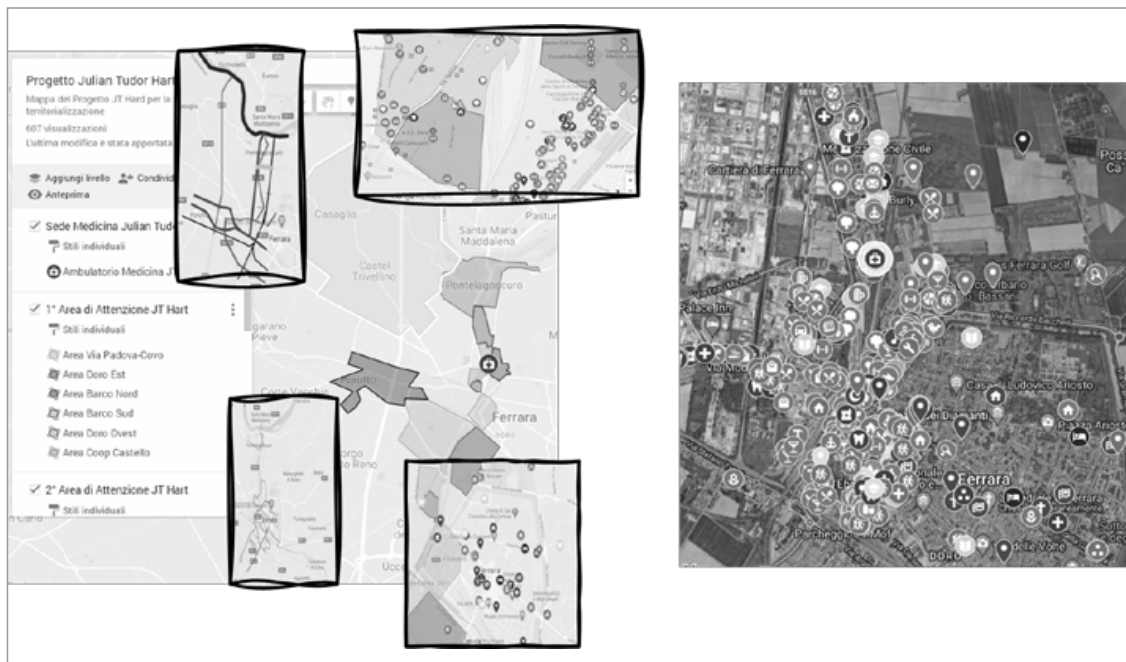


Figura 4 - Immagini tratte dall'attività di mappatura descrittiva del territorio svolte dalle partecipanti al Distretto Geoeducativo

La territorializzazione si configura, infatti, come un processo dinamico e permanente di conoscenza reciproca tra le comunità e il sistema di salute, che porta ad un'azio-

ne di trasformazione tanto del territorio quanto dei servizi socio-assistenziali che vi operano, nonché alla costruzione di un'identità condivisa, nella quale sia le comunità che il personale sanitario e sociale si riconoscono e rispetto alla quale riconoscono un legame di tipo affettivo, o di responsabilità, o di interesse. È su questa base di condivisione di valori, visioni e obiettivi che è possibile avviare la co-costruzione di progettualità che producono salute come bene collettivo. Il processo di territorializzazione non è statico, ma è sempre in divenire. Le comunità che abitano un territorio non sono entità statiche date una volta per tutte, ma fluide e convocate di volta in volta dalle azioni e più in generale dagli eventi che animano il territorio. Allo stesso tempo l'equipe è costituita da persone, con una identità professionale ma anche una propria soggettività. La territorializzazione trasformativa agisce quindi creando un terreno esperienziale comune, collettivo, tra storie e narrazioni che si intrecciano. Su questo terreno comune i partecipanti possono riconoscersi e giungere a una identità di gruppo capace di estendere lo sguardo su un orizzonte comune.

Possiamo inoltre dire che la territorializzazione consente di esplorare e mettere in cerchio i quattro vertici del QFS, strutturando il dispositivo di EPS affinché accolga costantemente il dialogo tra formazione, gestione, comunità e professionisti della salute.

5 . La costruzione dell'equipe e strumenti di gestione dell'equipe

L'equipe di salute rappresenta uno dei quattro vertici del QFS. Il LA individua una equipe di base, rappresentata dall'insieme di professionisti che, in un determinato contesto, agisce su una ben definita microarea, e una equipe allargata, costituita dell'equipe di base più i professionisti che, pur servendo più microaree, sono responsabili di un determinato aspetto sociale o sanitario all'interno della microarea. L'equipe allargata opera come una comunità di pratica (12).

Le riunioni di equipe

Fin dalla nascita del gruppo, la riflessione sui processi inerenti all'equipe è stata portata al centro di numerose discussioni. L'esistenza di un momento di riflessione sulle pratiche è stata individuata come caratterizzante e indispensabile per un orientamento alla PHC. Pertanto, è stata concordata e da subito calendarizzata la riunione di equipe, identificata come tempo protetto e periodico dedicato al confronto, al coordinamento e alla discussione di proposte/criticità relative al contesto di lavoro. La consapevolezza della necessità della riunione di equipe è maturata a velocità diverse tra i membri del gruppo e, ancora una volta, è stata favorita dalla fondamentale azione di facilitazione del supervisore, capace di chiarire alcuni aspetti inerenti all'area gestionale-organizzativa. Col passare dei mesi, anche ai professionisti del gruppo si è reso evidente il beneficio che le riunioni periodiche portano all'intera equipe, facili-

tando l'emersione di problematiche, la loro discussione e la condivisione delle azioni da attuare per la loro risoluzione. L'impegno del tempo dedicato alle riunioni non ha portato di fatto a una problematicità in merito all'attività assistenziale classicamente intesa, come da alcuni temuto. La riunione di equipe rappresenta inoltre un tempo di consolidamento delle relazioni e dei valori costituenti, un processo necessario alla costruzione identitaria del gruppo e che richiede cura e attenzione poiché a esso compete anche la prevenzione e la gestione dei conflitti emergenti.

Le riunioni sono state aperte a tutti i componenti del presidio JTH, ovvero ai componenti della MdG e del Distretto Geoeducativo. La possibilità per i professionisti in formazione di partecipare alle riunioni ha arricchito le riflessioni del gruppo, non solo sui problemi all'ordine del giorno, ma anche in merito alle modalità di conduzione delle riunioni stesse, permettendo lo sviluppo e il perfezionamento di strumenti di organizzazione interna.

Poiché è facile che il tempo dedicato alla riunione sia dominato da flussi di confronto e dialogo disordinati, è necessario che la riunione di equipe segua una strutturazione concordata. A tal fine il gruppo ha stabilito una propria strutturazione della riunione. Come prima cosa ha definito come importante giungere alla riunione di equipe con un ordine del giorno proposto a rotazione da parte di ognuno (indipendentemente dal proprio ruolo) sulla base dei problemi che ritiene rilevanti dal proprio punto di vista, al fine di evitare il manifestarsi di gerarchie e dinamiche di potere all'interno del gruppo. Allo stesso modo è importante che all'interno della riunione venga individuato un moderatore, un facilitatore e un verbalizzatore. Quest'ultimo deve individuare le azioni da intraprendere emerse durante la riunione, chi se ne fa responsabile ed entro quali tempistiche, e l'elencazione di eventuali problematiche emerse interne o esterne al gruppo. La successiva riunione partirà dalla valutazione delle azioni portate a compimento entro i tempi definiti e quelle invece rimaste irrisolte.

Col tempo è anche emersa la necessità di distinguere diverse tipologie di riunioni. Al momento ne sono state individuate due: le riunioni di equipe propriamente dette e le riunioni di programmazione. Le riunioni di equipe vengono calendarizzate ogni due settimane e trattano delle problematiche rilevate durante le attività di lavoro, problemi emergenti, contingenti da segnalare e problematizzare. Le riunioni di programmazione, invece, hanno come scopo quello di affrontare gli obiettivi generali della MdG, quelli che nel loro insieme compongono il Piano Strategico, che verrà presentato più avanti.

Il Libro Bianco

Per ordinare, prioritizzare e monitorare le linee di intervento emergenti di volta in volta dalle riunioni di equipe, è stato scelto di elaborare uno strumento operativo, che nel

presidio JTH ha preso il nome di “Libro Bianco”: l’adozione di un simile strumento è importante per dare sostanza e continuità alle esigenze, alle proposte e alle azioni dell’equipe. Serve infatti a creare una sinossi degli obiettivi che di volta in volta emergono all’interno della discussione di equipe, ordinandoli in obiettivi primari e secondari, corrispondenti a una necessità da più a meno generale che deve essere affrontata. A questo strumento operativo è sotteso un processo di ricerca-azione, che implica il progressivo emergere di nuove problematiche, e quindi di nuovi filoni e obiettivi, dai processi in atto. È da notare che un obiettivo secondario non deriva necessariamente da un obiettivo primario, ma può emergere come filone collaterale a un’attività in corso. Organizzare quindi gli obiettivi emergenti in uno schema sinottico evita non solo di perdere il processo che ha portato all’apertura di un nuovo filone di intervento (col rischio di mettere in atto un processo di continua apertura di obiettivi senza sincerarsi di portare a termine quelli già intrapresi), ma consente anche di collocare i nuovi obiettivi emergenti nella cornice generale del progetto. Il Libro Bianco esplicita, pertanto, una programmazione in itinere tale per cui per ogni obiettivo vengono individuate le azioni da compiere per raggiungerlo e per ognuna di queste esplicitati: competenze, conoscenze e risorse richieste, tempi di realizzazione, responsabili della realizzazione dell’azione ed eventuali obiettivi emergenti durante lo svolgimento dell’azione (Figura 5).



Figura 5 - Voci del Libro Bianco che permettono al gruppo di definire gli obiettivi che si propone e le azioni conseguenti per raggiungerli, definire una programmazione e monitorare l’andamento delle attività.

La costruzione dell’identità del gruppo

La compilazione del Libro Bianco ha contribuito a un processo di riflessione auto-diretta del gruppo particolarmente significativo per il presidio JTH: ha portato infatti i membri a interrogarsi a fondo sull’identità del progetto, sui valori e i principi che lo sottendono. Si è evidenziato come il lavoro di riflessione e programmazione continua

delle attività del gruppo permette di costruire l'equipe. Tale processo non è peraltro dato una volta per tutte. La costruzione dell'equipe è un processo che non è predeterminato, ma nasce e si definisce man mano che l'equipe agisce nel territorio: l'equipe si conosce e si riconosce nell'attività assistenziale e nei valori che questa fa emergere. Questo aspetto è estremamente importante ed è stato evidenziato dalle riflessioni dei componenti del Distretto Geoeducativo. Lo spazio di condivisione dei vissuti dell'equipe rappresenta un territorio esperienziale e la costruzione dell'identità del gruppo non si discosta molto dal processo di territorializzazione. L'orientamento alla PHC, che ha rappresentato il fulcro attorno al quale l'equipe si è formata, rappresenta il nucleo valoriale fondante e, per scelta, il riferimento al quale le evoluzioni che l'equipe attraversa devono fare riferimento. Per i suoi principi orientativi esso rappresenta, inoltre, la premessa per la partecipazione democratica al lavoro di equipe. Tuttavia, l'identità ultima dell'equipe si consolida nella prassi, nella condivisione dell'esperienza assistenziale e dell'esperienza di vita personale dei suoi componenti. È importante capire come questo processo, che vedremo si è ripresentato nel lavoro di comunità, è necessario nel contesto di prossimità e nella costruzione di un'equipe orizzontale. Questo non significa che il gruppo non abbia un'identità precedente, ma che all'inizio essa sia molto impersonale e astratta; solo in seguito il gruppo si condensa intorno a dei valori fatti propri e, attraverso un approccio prassiologico, può evolversi e quindi maturare nuove identità via via più rispondenti al contesto, sia interno che esterno al gruppo. L'equipe è composta di professionisti che prima di tutto sono persone con una propria soggettività e sensibilità. La riflessione sulle prassi, portata avanti mediante un lavoro critico di condivisione, permette di esplicitare e mettere al centro i valori da cui derivano una visione e una missione condivise; in ultima analisi, consente al gruppo di capire qual è il proprio spazio collettivo in cui costruire democraticamente la convivenza come professionisti e come persone, superando un approccio gerarchico. Dal collettivo può quindi emergere l'identità attuale del gruppo, la cui esplicitazione non è un processo scontato e automatico, ma che va invece facilitato e promosso. Giungere all'identità del gruppo vuol dire prendere consapevolezza delle basi valoriali dello stare insieme ed è premessa per la realizzazione collaborativa dei progetti.

Il lavoro di costruzione identitaria che ha riguardato il gruppo del presidio JTH ha rappresentato un importante stimolo di empowerment per l'equipe, in quanto ha favorito e favorisce la coesione del gruppo intorno a una missione e a una visione chiare e condivise, di cui il gruppo si sente partecipe e attore attivo e rispetto al quale ha maturato il senso di quello che nel LA è stato definito "noità". È da notare che alla definizione della propria identità il gruppo sia giunto successivamente all'avvio delle attività assistenziali: in altre parole, l'obiettivo generale del presidio si è perfezionato nel tempo attraverso la prassi.

Il Piano Strategico

Il Piano Strategico rappresenta una sintesi dei progetti che la Medicina di Gruppo si è prefissata. Il Piano Strategico è nato come necessità di dialogo con l'AUSL, per cui le attività del gruppo necessitavano di essere codificate in progetti. Rappresenta in ultima analisi l'esplicitazione degli obiettivi primari e secondari della MdG.

Se il Libro Bianco è utile come strumento di programmazione, il Piano Strategico si è rivelato utile per focalizzare su cosa si stessero concentrando gli sforzi e se si stessero trascurando alcune aree, permettendo quindi di prendere consapevolezza della necessità di sviluppare alcuni filoni di intervento o, almeno, avere coscienza della propria carenza su tali fronti. Il Piano Strategico sintetizza quindi gli interventi che la MdG si prefigge di attuare ed è anche uno strumento di presentazione delle proprie attività o proposte di attività.

Sulla base delle riflessioni maturate, il gruppo ha concordato che il Piano Strategico dovesse innanzitutto prevedere delle progettualità finalizzate a fornire alla MdG gli strumenti per perfezionare il QFS. I primi quattro obiettivi del Piano Strategico sono pertanto: *Distretto Geoeducativo*; *Lavoro di Equipe* (di base e allargata per integrazione con gli altri professionisti della rete); *Partecipazione Comunitaria*; *Collegamento Amministrativo con l'Azienda USL*. Inoltre, trattandosi di un presidio di base, il gruppo ha sviluppato la consapevolezza di non poter focalizzare l'attenzione solo sulla dimensione della cura delle condizioni acute, né solo sulla gestione delle patologie croniche prevalenti (di fatto prevenzione terziaria). Il Piano Strategico deve cioè contenere almeno una progettualità di promozione della salute, di prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria, prevenzione quaternaria, cura, riabilitazione e infine organizzazione e valutazione della qualità (Figura 6).

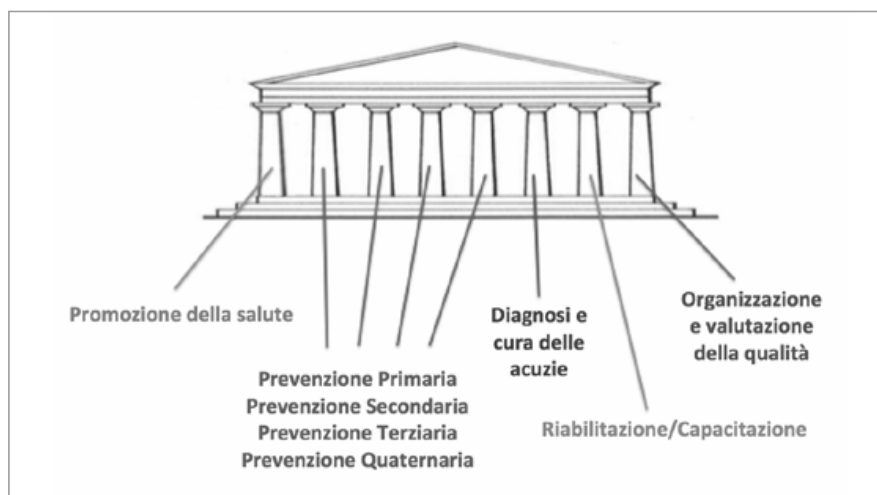


Figura 6 - Assi di sviluppo degli interventi presenti nel Piano Strategico della MdG JTH

Alla base di questo vi è la consapevolezza che il livello generalista non rappresenta una declinazione minore del livello specialistico, pertanto relegato agli aspetti meno complessi della cura delle patologie. Il bisogno di salute sul territorio necessita di un approccio complesso per poter essere decodificato e non può che essere affrontato nella sua interezza. Pertanto, l'equipe di base deve interrogarsi non solo sulla cura delle patologie, ma sulla promozione della salute, sulla prevenzione delle malattie, sulla riabilitazione delle persone e capacitazione dei contesti di vita. Il livello generalista deve cioè interrogarsi sui bisogni di salute presenti in un territorio e sui processi salute-malattia in esso presenti e non limitarsi alla sola domanda di salute che afferrisce alla sua attenzione.

Nella stesura del Piano Strategico l'equipe si è avvalsa del Piano di Zona e delle aree di intervento sottolineate come prioritarie in esso. Ciò è importante, in quanto il livello microgestionale - della microarea - deve operare a livello locale anche come espressione degli obiettivi strategici individuati a livello meso e macrogestionale.

Vale la pena notare come la collocazione dei primi quattro obiettivi, finalizzati a rendere possibile il dispositivo di EPS, all'interno del Piano Strategico sottolinea come la realizzazione di questi obiettivi corrisponde di fatto a un bisogno di salute da parte della comunità. Infatti, una comunità servita da un'equipe che, per esempio, non si interroga e non possiede un dispositivo di partecipazione comunitaria, non può definirsi una comunità sana e quindi presenta un bisogno di salute a cui occorre dare risposta.

6. La partecipazione comunitaria

La partecipazione di persone e comunità è da perseguirsi come mezzo di attuazione di equità, universalità e democrazia in salute. Essa deve occorrere a tutti i livelli del sistema di salute, dal più prossimale al più distale, contribuendo a una maggiore trasparenza nelle decisioni, maggiore fiducia nelle istituzioni, co-responsabilizzazione nell'implementazione di politiche e interventi in salute, migliore qualità delle cure, maggiore efficacia degli interventi. Il livello di partecipazione comunitaria alle decisioni inerenti alla salute può assumere gradazioni diverse: le comunità possono essere informate rispetto a tali decisioni, possono essere consultate e quindi esprimere giudizi in merito e infine possono essere parte attiva del processo decisionale, passando via via da uno stato di attivazione, ingaggio e co-responsabilizzazione. Affinché ciò sia possibile, è necessario creare le condizioni per una partecipazione attiva.

Avvio del processo

Proprio sulla dimensione della partecipazione si apre una delle maggiori sfide della pianificazione delle azioni in salute, in quanto è desiderabile che la partecipazione sia estesa a tutte le comunità interessate, sia come strumento di promozione del benessere del singolo nelle comunità, ma anche come fine in sé, di produzione di salute come

bene pubblico e dunque di democrazia.

Come è stato detto, nel presidio JTH è stata definita una specifica progettualità volta prima di tutto a riflettere sui dispositivi e sulle dimensioni della promozione della partecipazione comunitaria e secondariamente alla sua concretizzazione nella costruzione del Piano Strategico. La progettualità ha preso il nome di “Laboratorio di partecipazione comunitaria” e ha avuto inizio con l’identificazione di un gruppo di lavoro, per il quale sono state cooptate un ristretto numero di persone tra gli assistiti della MdG che l’equipe riteneva competenti in tema di partecipazione. L’idea era quella di creare un laboratorio il cui mandato iniziale fosse interrogarsi su cosa significasse partecipazione comunitaria nell’organizzazione dell’assistenza sociosanitaria di un territorio e pensare a come poter tradurre questo in realtà concreta. Il laboratorio è supervisionato da una dottoranda in antropologia che si interessa di partecipazione comunitaria ed è stato più volte facilitato dal supervisore esterno. Il gruppo si è nel tempo arricchito della partecipazione di nuovi membri proposti dai partecipanti al laboratorio.

Nei diversi incontri che si sono susseguiti, il gruppo ha lavorato secondo la prospettiva della ricerca-azione, ovvero non avendo una pianificazione delineata a priori, bensì costruendo in maniera processuale obiettivi e azioni.

La costruzione dell’identità del gruppo

Gran parte dei primi incontri sono stati impegnati nella discussione, condivisione e rielaborazione di cosa significasse costituire un “Laboratorio di partecipazione comunitaria” e nel definire una propria “Carta dei valori” e un proprio glossario dei principi guida. Ancora una volta, quindi, intorno a un’idea iniziale, un orientamento, i membri del gruppo hanno condiviso esperienze, attese e speranze. In ultima analisi i componenti del laboratorio hanno condiviso una base di valori che ha permesso di creare uno spazio collettivo, un terreno comune sul quale costruire una collaborazione.

Tra i valori fondanti, di primaria importanza è stato riconoscere il laboratorio come dispositivo di democrazia e, allo stesso tempo, riconoscere la democrazia come metodo di lavoro. Dal momento che il laboratorio sia per ora composto da poche persone rispetto alla totalità degli assistiti, si è discusso su come ampliare la partecipazione e quali siano le basi democratiche per la partecipazione al gruppo. Di fatto, i partecipanti al laboratorio rappresentano una piccola comunità delle tante possibili tra gli abitanti del territorio assistito dalla MdG. Avere la democrazia come metodo richiede di interrogarsi su come far sì che la comunità sia aperta, mai chiusa, di come considerare l’alterità come valore da includere e non come minoranza da mettere a tacere. Ancora una volta, per rendere ciò realizzabile, occorre esplicitare il piano valoriale su cui si fonda la partecipazione comunitaria per il gruppo, in quanto la partecipazione al tavolo implica il riconoscersi in questi valori. Per il Laboratorio di partecipazione

comunitaria questi valori sono quelli propri della PHC. Se è vero che l'alterità è un valore da includere e non da silenziare, è però anche vero che non tutte le posizioni sono accettabili. Questo è estremamente importante perché è fondamentale per la costruzione della mediazione del conflitto, che inevitabilmente emerge come evento prevedibile, arricchente se valorizzato o distruttivo se non gestito. Per esempio, posizioni che neghino principi come l'equità proponendo la negazione del diritto alla salute di minoranze o delle persone in condizione di marginalità non possono essere accolte al tavolo in quanto violano i valori della PHC sui quali il tavolo fonda la sua esistenza. È stato chiaro che in questo scenario la relazione gioca un ruolo chiave, a patto che sia abbandonato il modello relazionale di tipo gerarchico e si lavori a un modello relazionale di tipo orizzontale, basato su coordinamento, comunicazione, negoziazione, co-gestione, esteso non solo ai partecipanti al laboratorio ma a tutti gli attori della comunità che verranno coinvolti.

Altra condivisione significativa è stata l'adozione del metodo prassiologico nel promuovere la sovrapposizione di teorie e pratiche e la loro convergenza nella costruzione di soluzioni alle problematiche quotidiane.

Board di co-progettazione

Allo stato attuale il Laboratorio sta iniziando a confrontarsi con le progettualità pratiche. Innanzitutto, ci si è posti il problema di come individuare le progettualità a cui dare priorità. L'equipe ha presentato il proprio Piano Strategico, ponendolo come base di discussione, aperto a modifiche, integrazioni o anche revisioni integrali. Il gruppo si è quindi interrogato sulle tematiche che da ognuno erano sentite come prioritarie e si è deciso di trovare un progetto iniziale sul quale lavorare. Al di là del progetto specifico, da queste riflessioni è emerso il bisogno di dare forma e avvio a un board di co-progettazione del presidio JTH, al quale possano partecipare tutti coloro interessati alla gestione delle questioni di salute del territorio, auspicando col tempo la presenza di componenti di tutti e quattro i vertici del QFS. Un luogo in cui la comunità possa effettivamente interagire coi servizi di salute e partecipare attivamente alla co-gestione sancirebbe il passaggio da un'impostazione tipo MdG a un'impostazione sul modello delle nascenti CdC.

7. Collegamento amministrativo-politico

Il quarto vertice del QFS prevede l'interazione con il piano amministrativo-politico. Sono stati pertanto presi contatti con il piano amministrativo, ricevendo apprezzamento e sostegno per i processi in essere. Tuttavia, è stata rilevata la difficoltà dettata dal dover collocarsi nella rigida cornice del contratto collettivo della MG. Gli strumenti di interazione tra MMG e AUSL sono infatti plasmati, anche da un punto di

vista culturale, dagli accordi di natura sindacale che investono non solo la dimensione del rapporto lavorativo, ma condizionano pesantemente anche l'organizzazione della medicina territoriale, di fatto cristallizzando su un modello adatto a rispondere alla domanda di salute spontanea o al più (per obiettivi limitati ad aspetti di controllo delle patologie croniche e relativi alle attività vaccinali) su un modello prestazionale. Al momento, a causa soprattutto della pandemia, il dialogo con l'AUSL è andato a rilento. Tuttavia, la sede della MdG è stata individuata come una delle sedi che ospitano le infermiere di Famiglia e Comunità dell'AUSL che operano nel quartiere. Le infermiere di Famiglia e Comunità, che non sono legate esclusivamente alla MdG JTH, rappresentano anche un importante anello di collegamento con gli altri servizi territoriali e hanno arricchito il lavoro della MdG di una figura preziosa per un approccio PHC, entrando di fatto, anche se non formalmente, nell'equipe del presidio JTH.

8. Riflessioni sul ruolo del Medico di Organizzazione e di Medicina Generale

Nello sviluppo della MdG aver avuto la possibilità di essere supervisionati da un professionista capace di promuovere e facilitare i processi è stato fondamentale. Nel caso del presidio JTH tale ruolo è stato svolto da uno specialista in Igiene e Organizzazione dei Servizi Sanitari, esperto in Cure Primarie. Come descritto nel corso di questo articolo, l'esperienza JTH ha messo in evidenza come molti dei processi necessari alla creazione di un'equipe con orientamento alla PHC non sono affatto scontati e vanno monitorati, presidiati e promossi attivamente. I professionisti impegnati nelle pratiche assistenziali quotidiane possono avere un punto di vista ristretto su un determinato problema che impedisce di vederne la soluzione se non mediante l'impegno e lo stimolo a problematizzare una situazione che può essere altrimenti data come ineluttabile. Esistono poi aspetti organizzativi ed epidemiologici che sono indispensabili per un approccio PHC e che non necessariamente devono essere risolti dall'equipe di base. Tale funzione di facilitazione dovrebbe essere svolta dal livello mesogestionale ed essere riconosciuta come una funzione dalla Casa della Comunità. In questo senso, nel LA la CdC è intesa come quel dispositivo territoriale che ha attenzione su più microaree, capace di promuovere, facilitare e monitorare i processi microgestionali propri dell'assistenza di prossimità, dove, ribadiamo ancora, prossimità non necessariamente implica una prossimità di sedi fisiche delle strutture edilizie, bensì una prossimità di attenzione, di comprensione, di azione e di partecipazione. L'esperienza della medicina JTH insegna quindi che sarebbe auspicabile che lo specialista in Igiene e Organizzazione dei Servizi Sanitari non si limitasse solo all'aspetto amministrativo/gestionale, ma di fatto diventasse parte dell'equipe allargata, contribuendo attivamente a quel processo di co-costruzione comunitaria degli interventi che l'equipe allargata

deve promuovere nel proprio territorio di attenzione.

Fondamentale è poi stato il contributo di saperi derivanti dalle scienze umanistiche, sottolineando l'importanza nella composizione dell'equipe allargata di professionisti portatori di tali conoscenze e competenze (antropologi, sociologi, urbanisti ecc.).

Allo stesso tempo il medico di MG dovrebbe abbandonare l'idea di occuparsi solo della domanda di salute, senza interrogarsi su cosa generi quella domanda e quindi su quali bisogni di salute vi si celino. Inoltre, occorre che si sviluppi un approccio proattivo, non solo limitato alla patologia, ma che riguardi tutte le sfere del bisogno di salute, come avviene nel caso della promozione della salute. In altre parole, il medico di MG deve anche acquisire sempre più l'approccio del medico di Comunità.

9. Considerazioni finali

Quanto sopra descrive un'esperienza durata circa tre anni. Le trasformazioni che hanno interessato il presidio JTH sono occorse impegnando il gruppo soprattutto nel cogliere la sfida posta da una parte dal vuoto culturale esistente intorno al concetto di PHC in Italia e dall'altra dal conseguente vuoto strutturale e organizzativo dell'assistenza sanitaria e sociale del territorio, priva degli immaginari, degli strumenti e dei dispositivi atti a promuovere e sostenere la salute delle persone e delle comunità. Le sperimentazioni fin qui condotte sono state guidate dalle riflessioni e dalle produzioni prodotte all'interno della Campagna PHC, in particolare per quanto riguarda il LA. Si tratta logicamente di sperimentazioni imperfette a causa principalmente della struttura organizzativa nella quale si collocano, ancora orientata a un approccio centrato sulla patologia, troppo spesso prestazionale e caratterizzato da una grande frammentazione tra i servizi, i professionisti coinvolti e le persone e comunità assistite. Sono tuttavia sperimentazioni possibili e attuabili nell'immediato, anche laddove parrebbero mancare i requisiti basilari. Specie lavorando coi dispositivi della ricerca-formazione-intervento e dell'EPS, infatti, è possibile avviare la riflessione sui contesti di pratica quotidiana e da qui la costruzione di soluzioni che capacitino i luoghi e le reti di cura. Le riflessioni e le soluzioni costruite sono tanto più impattanti quanto più questi dispositivi abbiano coinvolto i componenti del QFS e siano guidati dai processi di territorializzazione.

Non è necessario né peraltro desiderabile avere un progetto predefinito in ogni suo aspetto, purché sia chiaro l'orientamento alla PHC: le azioni da mettere in atto sono da co-costruire nel dialogo e nel confronto quotidiano con il contesto di lavoro, gli altri attori della rete e con le comunità. Queste sono le premesse fondamentali alla trasformazione dei servizi di salute affinché siano sempre più adeguati a rispondere ai bisogni di salute delle persone e delle comunità assistite.

Glossario acronimi

AUSL= Azienda Unità Sanitaria Locale

CdC= Casa della Comunità

Campagna Primary Health Care= Now or Never: Campagna PHC

EPS=Educazione Popolare in Salute

JTH= Julian Tudor Hart

LA= Libro Azzurro

MdG: Medicina di Gruppo

MG= Medicina Generale

MMG= Medico di Medicina Generale

PHC= Primary Health Care

QFS= Quadrilatero della Formazione in Salute

Bibliografia

1. Ardigò M, Bontempo Scavo S, Panajia A. Se avessimo bisogno di un modello di cure primarie di tipo “comprehensive”? Nasce la campagna “2018: “Primary Health Care Now or Never”. *Accademia Italiana Cure Primarie* [internet], 2019. Available from: <http://www.accademiaitaliana-cureprimarie.it/2019/08/05/se-avessimo-bisogno-di-un-modello-di-cure-primarie-di-tipo-comprehensive-nasce-la-campagna-2018-primary-health-care-now-or-never/>
2. Panajia A, Cicognani A, Canini A et al. *Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia* [Internet]. 1a ed. 2021 [cited 2022 Sep 18]. Available from: <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>
3. Franco TB, Ceccim RB. *Prassi in Salute Globale: Azioni Condivise Tra Brasile e Italia* [Internet]. Porto Alegre, Rede UNIDA; Bologna, CSI-Unibo; 2016 [cited 2022 Sep 18]. Available from: www.redeunida.org.br
4. Belluto M, Ceccim RB, Martino A. La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori. *Tracce urbane Riv Ital Transdiscipl di Stud urbani* [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2022 Sep 19], 4(8). Available from: https://rosa.uniroma1.it/rosa03/tracce_urbane/article/view/17077
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41–65.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923–58.
7. Paccagnella B. Le professioni sanitarie nel XXI secolo: il Rapporto Frenk sulla Medicina di Comunità in Italia. *Riv Pace diritti umani* [Internet]. 2011 [cited 2022 Sep 19]; 1(2011). Available from: www.centrodiritiumani.unipd.it
8. Colussi CF, Pereira KG. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica [Internet]. Florianópolis, UFSC, 2016 [cited 2022 Sep 19]. Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf
9. Barbetta D, Panajia A. L'esperienza del presidio di Medicina Generale Julian Tudor Hart a Ferrara: processi di territorializzazione. CFSMG Ferrara, 2022.
10. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiológico do Sus* [Internet]. 1998 Jun [cited 2022 Sep 19];7(2):7–28. Available from: https://www.researchgate.net/publication/274173652_SUS_modelos_assistenciais_e_vigilancia_da_saude
11. Mendes EV org. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema*

- Unico de Saúde. São Paulo, Hucitec, 1993.
12. Wenger E. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno