

Medicine di gruppo, ambulatori sperimentali

Un aspetto rilevante che ha caratterizzato l'evoluzione della figura del medico di medicina generale è il passaggio dallo studio individuale a forme organizzative basate sulla collaborazione tra professionisti. La prima indicazione normativa a questo proposito risale alla Legge n. 833 del 1978, con cui venne istituito il nostro Servizio Sanitario Nazionale. L'articolo 48 della Legge 833 riconobbe infatti la possibilità di forme di collaborazione tra medici e del lavoro medico di gruppo integrato nelle strutture sanitarie. Sebbene non vi fosse un riferimento esplicito alla medicina generale, per la prima volta con Legge 833 veniva messa in discussione l'idea tradizionale del medico come figura isolata e operante in modo indipendente (Pierucci, 2016).

Sull'onda di questo rinnovamento, negli anni Ottanta iniziarono a formarsi i primi gruppi di medici associati, dando origine in modo spontaneo alla pratica della medicina in associazione. Tuttavia, dal punto di vista normativo, il pieno riconoscimento di tali forme organizzative avvenne solo nel 2000, con l'emanazione del DPR n. 270, dopo un percorso caratterizzato da fasi alterne di sviluppo e sperimentazione. Dopo la Legge n. 833/78, infatti, il Decreto Legislativo n. 502/92, nell'ambito del processo di aziendalizzazione della sanità, considerava l'associazionismo tra i medici di medicina generale principalmente come un mezzo per contenere i costi del Servizio Sanitario Nazionale. Un approccio differente emerse con il D. Lgs. n. 229/99 (cosiddetta "riforma ter"), che pose il territorio al centro della riorganizzazione della sanità italiana e riconobbe nelle forme associative non solo uno strumento di razionalizzazione, ma anche un elemento chiave per favorire l'evoluzione del sistema assistenziale.

Attualmente, come stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale, le medicine di gruppo prevedono che almeno tre medici di medicina generale operino in una sede comune, garantendo l'apertura

dell'ambulatorio per almeno tre ore al mattino e tre ore al pomeriggio, dal lunedì al venerdì. Nel tempo, alcune di queste strutture hanno ampliato la propria offerta, integrando oltre al personale amministrativo anche altri professionisti sanitari, come infermieri, fisioterapisti o psicologi, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti. Un ulteriore valore aggiunto delle medicine di gruppo è rappresentato dalla gestione informatizzata delle schede sanitarie e dall'utilizzo condiviso di tecnologie diagnostiche e strumentali, favorendo una maggiore continuità assistenziale e un'ottimizzazione delle risorse.

Da una prospettiva di Primary Health Care, questa modalità organizzativa mira a rendere il servizio più accessibile e migliorare la qualità delle cure attraverso un coordinamento più efficace delle risorse e delle competenze professionali. Tuttavia, nella pratica, le medicine di gruppo non sempre hanno portato a un'effettiva collaborazione multidisciplinare, configurandosi spesso più come una condivisione logistica che come un vero modello integrato di assistenza. In molti casi, infatti, la coabitazione in un'unica sede è stata motivata principalmente dalla possibilità di suddividere le spese per l'infrastruttura, i materiali di consumo e il personale amministrativo e sanitario, beneficiando al contempo degli incentivi economici previsti, senza necessariamente sviluppare un reale lavoro di équipe o meccanismi strutturati di sostituzione reciproca.

A differenza di questo modello spesso incentrato sulla condivisione di spazi e risorse più che su un'effettiva integrazione delle competenze, negli ultimi anni alcuni medici di medicina generale aderenti alla Campagna PHC Now or Never e provenienti da vari territori hanno cercato di integrare nelle proprie pratiche quotidiane i principi della Primary Health Care, così come delineati nel Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia (Campagna PHC, 2021). Da questa spinta innovativa hanno preso forma nuovi modelli organizzativi che, pur rimanendo nel

perimetro della medicina di gruppo o dell'ambulatorio di medicina generale, sperimentano approcci partecipativi, interdisciplinari e intersettoriali. Da queste sperimentazioni sono nati diversi "ambulatori sperimentali", connessi in una rete che condivide obiettivi e metodologie. Un esempio significativo è il Presidio di Medicina Generale "Julian Tudor Hart" di Ferrara, che nel corso degli anni ha promosso diverse sperimentazioni tra le quali un distretto geoeducativo - un dispositivo di formazione e ricerca - e un laboratorio di partecipazione comunitaria (Panajia e Barbetta, 2022).

In questo capitolo saranno presentate dieci esperienze di medicine di gruppo e ambulatori sperimentali attivi in diverse regioni italiane. Seppur diverse per strutture e iniziative promosse, tali esperienze condividono l'obiettivo di rafforzare la presa in carico territoriale, promuovere il lavoro multidisciplinare e sviluppare nuove pratiche di partecipazione in salute, in linea con i principi della Primary Health Care. In particolare:

- il Progetto Sperimentale di Cure Primarie Ponticelli a Napoli nasce nel 2023 nello stesso stabile che ospita l'ambulatorio a bassa soglia di Emergency e si caratterizza per un modello interdisciplinare e partecipativo. Parte della rete degli ambulatori sperimentali della Campagna PHC Now or Never, coinvolge MMG, MCCP, infermieri e assistenti sociali. Attraverso l'avvio di un laboratorio di partecipazione, il progetto mira a costruire percorsi condivisi con la comunità locale, rafforzando la presa in carico territoriale e sperimentando nuove pratiche di coinvolgimento attivo dei pazienti, in un'ottica di cura centrata sui bisogni e sulle risorse del territorio;

- gli Ambulatori Sperimentali di Assistenza Primaria (ASAP) sono stati istituiti per far fronte alla carenza di MMG nell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale di Pordenone, coinvolgendo MCA e medici in formazione. L'ASAP di Pordenone garantisce assistenza ai pazienti privi di un medico di base, con il supporto di personale infermieristico e amministrativo;
- la Medicina di Gruppo nella Casa della Comunità di Via Livigno, attiva dal 2022, riunisce MMG, specialisti, infermieri e assistenti sociali per migliorare la presa in carico dei pazienti fragili. Coordinata dall'ASST Niguarda, favorisce l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri, e l'accesso alle cure;
- la Medicina di Gruppo di San Giuliano Milanese si sviluppa in un quartiere caratterizzato da sfide sociali complesse e nasce con l'intento di essere un presidio di prossimità, offrendo assistenza primaria integrata e accessibile, grazie anche al contributo di specialisti in libera professione a tariffe sostenibili;
- la Medicina di Gruppo del Poliambulatorio DOC33 di Lecce ha accolto una partecipante al progetto MedicInRete per lo svolgimento del tirocinio formativo previsto dal Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. L'esperienza è caratterizzata da solide collaborazioni multidisciplinari con diverse figure professionali e con il Terzo settore;
- il Presidio di Medicina Generale nel rione di Talsano a Taranto, avviato nel 2024, parte della rete degli ambulatori sperimentali della Campagna PHC, si ispira all'esperienza della Medicina di Gruppo Julian Tudor Hart di Ferrara e mira a creare un distretto geoeducativo, coinvolgendo professionisti in formazione, enti locali e associazioni per valorizzare spazi pubblici. Inoltre, ha in cantiere l'avvio di un laboratorio di partecipazione comunitaria nel quartiere, focalizzandosi sulla salute e sull'attività fisica con un approccio di prevenzione e promozione della salute;

- la Medicina di Gruppo di Catania, attiva dal 2006, riunisce quattro MMG e due collaboratori di studio per garantire un'assistenza continuativa a oltre 6.000 pazienti. L'organizzazione flessibile consente un confronto costante tra colleghi e una maggiore capacità di risposta ai bisogni assistenziali;
- lo Studio Medico "San Martino" di Trento rappresenta una delle esperienze più consolidate di collaborazione tra MMG in Trentino. Attivo dagli anni '80, è stato tra i primi a introdurre l'accesso su appuntamento e a integrare figure professionali come infermieri e segretari di studio. Oggi coinvolge otto medici che condividono risorse logistiche ed economiche e lavorano con un sistema strutturato di triage e reperibilità. La collaborazione con la Scuola di Formazione in Medicina Generale rafforza il legame tra assistenza primaria e formazione professionale;
- la Medicina di Gruppo Alma Ata di Aosta nasce nel 2022 e fa parte della rete degli ambulatori sperimentali della Campagna PHC Now or Never. Il gruppo, composto da quattro MMG, una pediatra, un'infermiera e una segretaria, lavora con un approccio multidisciplinare e orizzontale. L'organizzazione prevede riunioni settimanali per la gestione condivisa delle attività e iniziative rivolte alla comunità, come eventi educativi e una bacheca informativa in sala d'attesa. La collaborazione con specialisti, istituzioni sanitarie e l'amministrazione comunale rafforza il legame con il territorio e promuove la partecipazione attiva dei pazienti nella gestione della propria salute;

- la Medicina di Gruppo Integrata “Medi Valli” di Arsiero, attiva dal 2023, si inserisce in un contesto montano con l’obiettivo di garantire un’assistenza primaria capillare e integrata. Destinata a diventare una Casa della Comunità, la struttura offre continuità assistenziale h24 e ambulatori periferici in sei comuni limitrofi. Il modello organizzativo prevede la collaborazione tra MMG, infermieri, specialisti e assistenti sociali, con un forte coordinamento con il Distretto sanitario. L’esperienza si distingue per la capacità di integrare servizi e risorse locali, rispondendo alle esigenze della popolazione e affrontando le specifiche criticità delle aree montane.

Il Progetto Sperimentale di Cure Primarie Ponticelli (NA)

Esperienza mappata da Francesca Lanfredi, Alessia Loffredo, Dario Mori, Margherita Neri e Patrizia Zizzo

Parole chiave: infermieristica; mediazione sociale e culturale; medicina di comunità e cure primarie; medicina generale; multiprofessionalità; partecipazione; psicologia; servizi sociali; terzo settore.

Sede dell'esperienza: Via Pacioli 95, 80147 Napoli (NA)

Durata dell'esperienza: da dicembre 2023 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Il Progetto Sperimentale di Cure Primarie a Ponticelli è collocato nello stesso stabile che ospita l'ambulatorio a bassa soglia di Emergency. L'obiettivo principale del progetto è strutturare il lavoro in linea con i principi della Comprehensive Primary Health Care (C-PHC), focalizzandosi sull'interprofessionalità, promuovendo pratiche partecipative e facilitando la collaborazione con il Terzo settore presente sul territorio, in particolare con Emergency. In particolare, l'idea di esercitare la Medicina Generale (in convenzione) all'interno dello stabile dove ha sede l'ambulatorio a bassa soglia di Emergency nasce dalle potenzialità che questa collaborazione può avere nell'ottica di poter seguire i principi della C-PHC.

I medici coinvolti conoscevano già la struttura, avendovi lavorato come medici di medicina generale (MMG) non convenzionati. In particolare, la possibilità di operare in equipe con lo staff di Emergency (che include assistenti sociali, mediatori socio-culturali, psicologi, infermieri, ecc.) e di lavorare in un contesto con un forte impatto sociale e politico sul territorio ha rappresentato un elemento chiave. L'iniziativa mira anche ad avviare pratiche di partecipazione con

la comunità, attualmente non previste dall'istituzione sanitaria locale. Il quartiere presenta alti tassi di povertà, ospedalizzazione e mortalità, oltre a una scarsa disponibilità di trasporti pubblici per raggiungere le strutture sanitarie del centro città. Tuttavia, esiste una rete attiva di associazioni del terzo settore, che ha partecipato alla “mappatura dei luoghi che producono salute” e rappresenta una risorsa cruciale per la comunità. Un'altra caratteristica sperimentale di questa realtà è l'avvio di un Laboratorio di Partecipazione con i pazienti. Per garantire il successo del progetto e una comunicazione efficace tra tutti i professionisti coinvolti, è stato scelto come strumento operativo la riunione d'equipe: ogni 4 settimane si tiene una riunione “locale/interna” tra lo staff di medicina generale e quello di Emergency di Ponticelli; a distanza di 2 settimane, si svolge una riunione “di coordinamento” tra i MMG convenzionati e il Coordinamento centrale di Emergency a Milano. Inoltre, il Laboratorio di Partecipazione prevede ulteriori incontri preparatori in equipe, oltre alle assemblee con i pazienti.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Nel progetto sono coinvolti 2 MMG con convenzione, i quali svolgono attività clinica cinque giorni alla settimana ad orario alternato e partecipano alle attività di programmazione del progetto. Inoltre, sono coinvolti 2 medici di comunità e cure primarie (MCCP) in formazione, che operano come sostituti e/o tirocinanti nell'attività clinica e partecipano alle attività di programmazione del Laboratorio di Partecipazione (per una di loro è anche argomento di tesi). È presente 1 infermiere di Emergency dedicato al progetto sperimentale, oltre a percorsi condivisi di orientamento ai servizi, mediazione socio-culturale, supporto psicologico e assistenza sociale. I MMG sono pagati dall'ASL e contribuiscono a pagare i rispettivi segretari/e clinici/che; pagano una quota fissa per l'affitto e compartecipano al pagamento dell'infermiere dedicato. Inoltre, il progetto beneficia indirettamente delle risorse di

Emergency, che mette a disposizione il personale per i supporti psicologico, sociale, di mediazione e orientamento. Rispetto alla progettualità, sono coinvolti MMG, infermieri e MCCP: chi ha una retribuzione fissa sul progetto (MMG e staff di Emergency) ha una maggiore responsabilità nell'iniziativa e, di conseguenza, un ruolo maggiore nel definire gli obiettivi. Le MCCP sono state coinvolte in modo continuativo sin dall'avvio del progetto, seppur in maniera informale. Non percepiscono un compenso specifico per la partecipazione al progetto, ma vengono retribuite esclusivamente in caso di sostituzioni nell'attività clinica; inoltre svolgono alcuni periodi formativi per la Scuola di Specializzazione, come ad esempio la realizzazione della attività di ricerca per la tesi. Attualmente, non è prevista da parte dell'ASL una modalità di assunzione per l'attività clinica di Medicina Generale (MG); non è prevista nel Progetto una figura che svolga attività di organizzazione sanitaria. Esiste un rapporto di convenzione tra MG e ASL, ma non vi è attualmente un coordinamento strutturato. Il progetto mira tuttavia a una maggiore formalizzazione e al riconoscimento della natura e degli obiettivi perseguiti.

Partecipazione comunitaria: Il Laboratorio di Partecipazione si tiene circa una volta al mese con i pazienti assistiti dalla Medicina Generale (MG). I pazienti sono stati invitati alla prima assemblea tramite email. All'inizio hanno aderito circa 15 persone, attualmente il gruppo conta 10 partecipanti. Il focus iniziale è stato sulla raccolta dei desideri e dei bisogni dei pazienti riguardo alla MG e al territorio, seguita da un'attività di mappatura partecipata del territorio, che ha costituito il punto di partenza per un'analisi delle problematiche e delle risorse presenti nel quartiere. Sulla base delle tematiche emerse, il gruppo si è concentrato su quelle più rilevanti, cercando di proporre azioni e pratiche da implementare. Tra i temi emersi, la mancanza di luoghi di aggregazione a Ponticelli è stata scelta come focus: è stata quindi avviata una raccolta di dati

e informazioni sul Parco Fratelli De Filippo, noto come “la Villa”, con l’obiettivo di valorizzare questo spazio verde e renderlo più fruibile per i residenti. Su questo spazio è già attivo un progetto del SERD chiamato Orti Urbani, e si è quindi pensato di avviare una collaborazione con loro, in particolare per l’organizzazione di eventi di promozione della salute (una prima idea, attualmente in fase di sviluppo, è quella di una caccia al tesoro a tema salute).

Formazione e ricerca: Per avviare il progetto di partecipazione, è stata condotta autoformazione e sono previsti momenti di autoanalisi da parte del gruppo, seguendo la metodologia della Ricerca-Formazione-Intervento. Nel Progetto Sperimentale, la formazione avviene in modo sporadico e in base alle esigenze lavorative; per il futuro, si prevede una formazione più strutturata.

Valutazione e monitoraggio: Il metodo di monitoraggio viene in parte realizzato attraverso la raccolta di dati relativi al Laboratorio di Partecipazione, utilizzati per un lavoro di tesi di specializzazione. In futuro, si potrebbe considerare l’idea di somministrare questionari ai pazienti. Tuttavia, è importante sottolineare che questa attività non è attualmente riconosciuta e finanziata dall’ASL e richiede competenze specifiche.

Principali potenzialità/punti di forza dell’esperienza: Lavoro multidisciplinare; gli operatori si sono scelti tra di loro, quindi c’è condivisione nella visione e posizionamento politico.

Principali criticità/aree di miglioramento dell’esperienza: Essendo un progetto sperimentale, non è facilmente riproducibile. Inoltre, con i cambiamenti previsti dall’ACN e lo sviluppo delle Case della Comunità, i medici potrebbero essere costretti a spostarsi in altre sedi, modificare il progetto o non essere riconosciuti dall’istituzione. Il Laboratorio di Partecipazione

richiede un notevole investimento di tempo, spesso sottratto al tempo libero, poiché le assemblee non sono riconosciute come lavoro retribuito. Inoltre, non esiste una parità retributiva tra tutte le figure coinvolte.

Riferimenti normativi: Protocollo d'intesa tra Medicina Generale e ONG Emergency, approvato da ASL Napoli 1 Centro e Comune di Napoli (la Medicina Generale lavora secondo il rapporto di convenzione nazionale con SSN).

L'Ambulatorio Sperimentale di Assistenza Primaria, Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone

Esperienza mappata da Rosario Falanga e Elizabeth Gura

Parole chiave: aree carenti; medicina generale.

Sede dell'esperienza: Via della Vecchia Ceramica 1, Pordenone (Azienda Sanitaria Friuli Occidentale)

Durata dell'esperienza: dal 2022 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Gli Ambulatori Sperimentali di Assistenza Primaria (ASAP) sono stati istituiti per rispondere alle difficoltà persistenti dell'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale di Pordenone nel coprire gli ambiti territoriali carenti, dovute alle dimissioni progressive dei Medici di Medicina Generale (MMG). Le recenti procedure dell'Azienda per assegnare incarichi provvisori non hanno avuto successo a causa della mancanza di disponibilità da parte dei medici contattati.

Per garantire la continuità dell'assistenza, il Comitato Aziendale, ai sensi dell'art. 23, ha definito una procedura specifica (Accordo Integrativo Aziendale del 2022, concordato anche con le rappresentanze sindacali) che coinvolge i Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e i medici in formazione specifica in Medicina Generale. Questi professionisti operano negli ASAP, strutture create per assicurare assistenza ai pazienti precedentemente seguiti da MMG che hanno cessato la propria attività e per i quali le procedure standard di sostituzione non hanno avuto successo.

Ogni ASAP copre un'utenza di circa 1.500 assistiti, estendibile fino a 1.800 in base al numero di pazienti seguiti dal medico cessato. Gli ambulatori sono aperti nei giorni feriali, con fasce orarie diurne che comprendono appuntamenti mattutini e/o

pomeridiani, comunicati preventivamente agli utenti. Il numero di medici coinvolti per ambulatorio varia, a seconda del numero di assistiti, e si alternano su turni di 6 ore, dal lunedì al venerdì, suddivisi come segue:

- 3 ore per appuntamenti ambulatoriali o consulenze telefoniche;
- 3 ore per visite domiciliari, se richieste, o attività amministrative.

I medici negli ASAP svolgono le stesse funzioni previste per i MMG di Assistenza Primaria, come stabilito dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) vigente. La gestione operativa è supportata da un sistema informatico, accessibile tramite una piattaforma web che consente di inserire terapie, raccogliere anamnesi e visualizzare le visite dei colleghi. L'attività si svolge nei locali forniti dall'Azienda Sanitaria o dal Distretto, con il supporto di personale di segreteria. Per le visite domiciliari, l'Azienda mette a disposizione un automezzo. La remunerazione oraria, stabilita dall'ACN, è di 23 euro l'ora.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Nell'Ambulatorio Sperimentale di Assistenza Primaria generalmente sono coinvolti 3 MMG con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale. Inoltre sono coinvolti Infermieri di Famiglia (Servizio Infermieristico Territoriale ADI), Personale di studio amministrativo (Personale di segreteria fornito dall'ASFO). I MMG e il personale di studio vengono pagati a quota oraria. Vi è un coordinamento con il Distretto sanitario di riferimento.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: Possibilità di creare una rete strutturata con gli specialisti, utilizzo di strutture messe a disposizione dall'azienda presso i distretti, presenza di personale infermieristico di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e assistenti sociali, opportunità di confronto professionale tra i medici dell'ASAP, occasione per valutare l'interesse effettivo per la professione di MMG. La maggior parte dei medici che accettano

questo incarico sono in formazione al Cefomed (Centro Formazione Specifica in Medicina Generale Regione FVG) e pertanto alcune ore di lavoro vengono riconosciute come tirocinio extra retribuito.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: Il sistema gestionale utilizzato non è compatibile con quello dei MMG titolari, rendendo difficile l'integrazione dei dati; difficoltà di lavorare in team perché non tutti i medici registrano correttamente le visite; carico di lavoro elevato sin dall'inizio; Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) non accessibile, interruzione del rapporto di fiducia con i pazienti a causa della discontinuità degli incarichi; personale di segreteria assegnato non adeguatamente formato per le mansioni richieste; ore di lavoro insufficienti e difficoltà nella remunerazione degli straordinari.

Tutto questo ha penalizzato la formazione, con la mancata partecipazione ai tirocini programmati, i quali devono essere giustificati dal tutor principale secondo le direttive della Scuola, su apposita modulistica, descrivendo come l'attività alternativa svolta in sostituzione del tirocinio specifico abbia contribuito a migliorare la competenza professionale in quell'ambito.

Una proposta alternativa potrebbe essere quella di affiancare un medico in formazione a un medico prossimo alla pensione, per un graduale passaggio di consegne che garantisca la continuità delle cure durante la transizione e offra supporto formativo al medico in formazione.

Riferimenti normativi: Accordo Integrativo Azienda Friuli Occidentale di Pordenone del 2022.

La Medicina di Gruppo nella Casa della Comunità di Via Livigno, Milano

Esperienza mappata da Luca Marchesi

Parole chiave: casa della comunità; medicina generale; multiprofessionalità; servizi sociali.

Sede dell'esperienza: Via Livigno 2/A, 20158, Milano

Durata dell'esperienza: dal 2022 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: La Casa della Comunità (CdC) di via Livigno si trova nella periferia nord di Milano, all'interno del Municipio 9, che conta circa 190.000 abitanti, di cui circa il 24% di cittadinanza non italiana. La struttura afferisce all'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. La CdC ospita una Medicina di Gruppo Integrata, in cui operano cinque medici di medicina generale (MMG) in stretta collaborazione con infermieri di famiglia e comunità (IFeC), assistenti sociali e personale amministrativo. La condivisione degli spazi fisici favorisce l'integrazione professionale e facilita la presa in carico dei pazienti fragili. Anche gli assistenti sociali del comune, presenti due giorni alla settimana, contribuiscono a migliorare la comunicazione e il confronto. La presenza del Punto Unico di Accesso (PUA) rende l'accesso al SSN più semplice, soprattutto per i pazienti anziani che hanno minor familiarità con i servizi digitali. Nella struttura sono presenti anche l'Ufficio scelta e revoca e il punto fragilità per l'attivazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Gli MMG partecipano regolarmente a incontri di aggiornamento con specialisti dell'ospedale Niguarda (H Niguarda) per promuovere l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri. Nella struttura

è presente anche lo Spazio Giò, uno sportello psicologico dedicato al supporto dei pazienti con problemi di gioco d'azzardo.

La struttura è nata nel 2022 dalla riconversione di un poliambulatorio (PreSST), in attuazione del DM 77/2022, ed è coordinata dall'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Nella Medicina di Gruppo della CdC di Via Livigno operano 5 medici di medicina generale (MMG), specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e comunità (IFeC) e un assistente sociale. La governance è coordinata da ASST Niguarda, con il nucleo MMG che possiede un'autonomia organizzativa e decisionale. Le risorse umane includono segretarie e infermieri assunti tramite una cooperativa. Le riunioni di coordinamento avvengono mensilmente, con decisioni prese a maggioranza.

Partecipazione comunitaria: Non vi sono progetti definiti per il coinvolgimento della comunità, ma esiste una collaborazione con la parrocchia locale per il supporto a persone senza fissa dimora.

Formazione e ricerca: I MMG fungono da tutor per i corsisti, e partecipano a incontri di aggiornamento con specialisti del H Niguarda. Inoltre, sono coinvolti nel progetto di ricerca CV Prevital, guidato dall'IRCCS Monzino.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: La presenza di uffici amministrativi, specialisti, IFeC e assistenti sociali migliora la presa in carico dei pazienti fragili e favorisce l'integrazione tra ospedale e territorio.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: Mancanza di processi di monitoraggio dei bisogni della popolazione locale e scarso coinvolgimento diretto della comunità.

Riferimenti normativi: L'esperienza è stata creata dalla Regione Lombardia in adempimento al DM 77/2022.

La Medicina di Gruppo di San Giuliano Milanese (MI)

Esperienza mappata da Luca Marchesi

Parole chiave: medicina generale; multiprofessionalità.

Sede dell'esperienza: Via Labriola 16, 20098, San Giuliano Milanese

Durata dell'esperienza: dal 2001 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: San Giuliano Milanese è un comune di circa 38.000 abitanti situato nella periferia sud-est di Milano, che da tempo registra un aumento del tasso di microcriminalità, spesso legata a situazioni di marginalità sociale ed economica. Il comune rientra nell'ASST Melegnano Martesana, che comprende i comuni della provincia a sud e a est di Milano, per un totale di circa 650.000 abitanti. Fa parte del Distretto Sud-Est Milano (circa 110.000 abitanti), dove attualmente, per quanto riguarda i servizi sanitari pubblici territoriali, è attivo un poliambulatorio situato a San Donato Milanese.

Nella periferia nord di San Giuliano Milanese, al confine con San Donato Milanese, si trova il quartiere Borgolombardo, che mantiene la dimensione di borgo, essendo racchiuso tra la via Emilia e la ferrovia, che ne delimitano i confini. Il quartiere ospita una significativa presenza di persone con background migratorio. Oltre vent'anni fa, nel quartiere di Borgolombardo è nata una Medicina di Gruppo, con l'intento di diventare un punto di riferimento stabile per la comunità locale. Fin dalle origini, il progetto si è proposto di garantire un accesso equo alle cure, rispondendo in modo concreto ai bisogni di salute di una popolazione eterogenea, spesso esposta a condizioni di vulnerabilità socioeconomica. Per favorire l'accessibilità e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle

prestazioni sanitarie, la struttura offre servizi specialistici in libera professione a tariffe calmierate. Questa scelta è particolarmente significativa in un'area dove il sistema pubblico appare fragile e frammentato, mentre la sanità privata, anche accreditata, è ampiamente radicata e in continua espansione. Sono, infatti, presenti diversi ospedali privati convenzionati di spicco come l'IRCCS San Donato, l'IRCCS San Raffaele (afferente al gruppo San Donato), il Centro cardiologico Monzino, l'IRCCS Humanitas e l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO). Stanno, inoltre, fiorendo nell'area diversi poliambulatori privati, come ad esempio il centro CMP (Centro Medico Polidiagnostico) a San Giuliano Milanese. Gli ospedali pubblici più vicini sono quello di Vizzolo Predabissi ed il Policlinico di Milano Ospedale Maggiore Fondazione IRCCS Ca' Granda. La vicinanza con una farmacia privata, gestita da una figura ben conosciuta, facilita la comunicazione e il monitoraggio delle necessità del quartiere.

Attori, governance, coordinamento e risorse: La Medicina di Gruppo coinvolge 4 medici di medicina generale (MMG), due segretarie, un'infermiera e vari specialisti, tra cui una cardiologa, psichiatra, psicologa, proctologo, allergologo, nutrizionista, oltre al servizio di audiologia. La governance è coordinata dall'ASST Melegnano Martesana (Distretto Sud Est Milano). Gli MMG hanno l'ambulatorio convenzionato e sono pagati dalla Regione, mentre gli altri professionisti lavorano in libera professione applicando prezzi calmierati.

Partecipazione comunitaria: Il farmacista della farmacia vicina e le segretarie, tutte figure storiche del quartiere, fungono da "sentinelle" per riportare le necessità dei pazienti. In passato, i medici di medicina generale e la farmacia hanno collaborato nell'organizzazione di incontri pubblici rivolti alla cittadinanza, con l'obiettivo di promuovere la prevenzione.

Formazione e ricerca: L'ambulatorio è attivamente coinvolto nell'organizzazione di eventi di formazione con medici ospedalieri per creare percorsi di cura condivisi. Tre MMG sono abilitati al tutoraggio dei corsisti MMG e degli studenti di medicina, e uno ha fatto da tutor a uno specializzando MCCP.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: L'esperienza si caratterizza per la collaborazione tra medici di medicina generale e medici ospedalieri, finalizzata a migliorare i percorsi di cura. L'ambulatorio rappresenta un punto di riferimento accessibile per il quartiere, offrendo servizi sanitari essenziali in un contesto segnato da una crescente privatizzazione della sanità.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: Mancanza di strumenti per misurare i bisogni della popolazione, che potrebbero aiutare a sviluppare progetti mirati per risolvere le criticità.

Riferimenti normativi: Esperienza originale senza riferimenti normativi specifici.

La Medicina di Gruppo del Poliambulatorio DOC33 di Lecce

Esperienza mappata da Annachiara Merico (*), Francesco Salvatore Luce, Francesca Russo, Giulia Cusmano, Marilisa Piccolantonio, Simone Stia e Agostino Panajia

(*) La mappatura è stata realizzata da Annachiara Merico nell'ambito del tirocinio formativo previsto dal Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) del polo di Lecce relativo al triennio 2020-2023, svolto dal 29 gennaio al 26 luglio 2024.

Parole chiave: medicina generale; multiprofessionalità; terzo settore.

Sede dell'esperienza: Via Regina Elena 30, 73100 Lecce (LE)

Durata dell'esperienza: sconosciuta.

Descrizione dell'esperienza: Il poliambulatorio DOC33, situato a Lecce, accoglie un'utenza eterogenea per età, background educativo, condizioni psicofisiche, disponibilità economiche e provenienza geografica. Tra le persone assistite vi sono anche cittadini con background migratorio, provenienti sia da Paesi dell'Unione Europea che da contesti extraeuropei, che da tempo vivono sul territorio e sono parte del tessuto lavorativo.

I giorni di apertura al pubblico sono il lunedì, mercoledì e venerdì mattina, il martedì e giovedì pomeriggio, e il sabato mattina come giorno di reperibilità. Il poliambulatorio è ben organizzato nell'effettuare cure domiciliari, ricevere gli informatori scientifici, venire incontro alle esigenze orarie dei lavoratori, utilizzare un gestionale comune e controllare accuratamente le prescrizioni specialistiche. Oltre a queste attività, a chiusura dell'orario al pubblico, e dopo che i collaboratori lasciavano lo studio, in quanto

tirocinante del CFSMG e assieme alla tutor ci occupavamo di:

- Riscrivere su cartelle individuali cartacee i parametri biomedici di esami di laboratorio o strumentali, inviati via chat o lasciati in segreteria;
- Ricontattare telefonicamente le chiamate perse durante la mattinata;
- Smaltire il residuo lavoro di segreteria;
- Burocrazia in medicina generale: compilazione della Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (SVAMA), richiesta di assistenza domiciliare e inserimento accessi domiciliari (sia da parte del medico che da parte dell'infermiere), rinnovo piani terapeutici, rinnovo piani per presidi di autodeterminazione della glicemia, rinnovo ausili per l'assorbimento in caso di incontinenza urinaria, certificazioni obbligatorie (INAIL, INPS, certificati attività non agonistica-ludico motoria, rientro a scuola e a lavoro per alimentaristi) e certificazioni che, seppur non obbligatorie e svolte in libera professione, il MMG è per certi versi vincolato a svolgere in virtù del suo ruolo di punto di riferimento per i pazienti e porta d'accesso ai sistemi di previdenza (certificato SS3, certificato di invalidità e di accompagnamento).

Un aspetto rilevante è il rapporto umano e relazionale tra medici e pazienti. La tutor responsabile ha mantenuto un approccio basato sulla fiducia reciproca, affrontando situazioni complesse legate alle dinamiche di autodiagnosi e autocura da parte dei pazienti. Da un lato, molti pazienti cercavano di assumere il controllo delle proprie cure, richiedendo specifiche prescrizioni, talvolta inadeguate; dall'altro, alcuni trascuravano la propria salute, rendendo necessario un intervento proattivo e personalizzato da parte del medico. In entrambi i casi, il percorso diagnostico-terapeutico è stato gestito con un approccio empatico ed educativo, finalizzato a migliorare l'aderenza alle terapie. Un esempio significativo di questo approccio si è verificato durante un periodo

di sostituzione in cui la tutor ha preso in carico temporaneamente i pazienti di un collega. Nonostante i pazienti fossero abituati a ricevere prescrizioni su richiesta, molti hanno manifestato insoddisfazione e sfiducia. Ciò ha comportato un notevole impegno, sia sul piano umano che clinico e burocratico, evidenziando l'importanza del dialogo e della personalizzazione delle cure. L'attività è stata facilitata da collaborazioni multidisciplinari con diverse figure professionali, tra cui:

- Specialisti del territorio, prevalentemente in ambito pubblico;
- Operatori del Distretto Socio-Sanitario, come il responsabile dell'assistenza domiciliare;
- Associazioni del Terzo Settore;
- Personale di studio (segretarie e infermieri ASL);
- Informatori farmaceutici e specialisti liberi professionisti.

Attori, governance, coordinamento e risorse: La governance del poliambulatorio DOC33 era condivisa tra quattro MMG, di cui uno in qualità di tutor attivo di MG, con pari ruolo nella pratica clinica, tre segretarie di studio medico e due infermieri che si alternavano. Le attività realizzate nel percorso di tirocinio hanno evidenziato la mancanza di una collaborazione strutturata tra i MMG per lo studio dei reali bisogni di salute della comunità e per il raggiungimento di obiettivi condivisi in questa direzione. In passato, il poliambulatorio aveva partecipato al “Progetto Leonardo”, che prevedeva la figura del disease/care manager e promuoveva l'empowerment dei pazienti. Tuttavia, queste buone pratiche non sono state consolidate, principalmente a causa dell'elevato carico di lavoro e del disinteresse manifestato nel tempo.

Durante i sei mesi di tirocinio, sono state riscontrate diverse collaborazioni professionali, alcune delle quali significative:

- Un tirocinio liceale nell'ambito dell'alternanza scuola-lavoro: Edoardo, studente del Liceo Banzi, ha avuto l'opportunità di conoscere il lavoro del medico di medicina generale (MMG)

in parallelo con il ruolo del padre, dermatologo oncologo ospedaliero;

- il Servizio Civile Universale, con l’inserimento, nel mese di aprile, di Alessia, studentessa di Lingue dell’Università del Salento. Alessia, armata di tablet, ha aiutato i pazienti in sala d’attesa a orientarsi sul sito “PugliaSalute - Servizi al Cittadino”, facilitando la gestione delle prenotazioni online, la scelta e la revoca del medico.

Un altro aspetto rilevante è stata la consolidata interazione telefonica e fisica tra la tutor di medicina generale e varie figure professionali del territorio:

- La responsabile dell’assistenza domiciliare dell’ASL;
- La direttrice del reparto di Oncologia dell’ospedale di Casarano;
- Vari specialisti ambulatoriali dell’ASL.

Inoltre, l’infermiere di studio ha svolto un ruolo cruciale, collaborando con AMOPuglia, una onlus che si occupa di assistenza domiciliare per pazienti oncologici. Grazie a questa sinergia, i pazienti oncologici hanno ricevuto supporto sia dalla medicina generale che dal Terzo Settore, migliorando l’efficacia della loro presa in carico.

Le riunioni del gruppo si concentravano esclusivamente sulla gestione finanziaria e amministrativa dello studio. Negli ultimi mesi, si è cercato di sensibilizzare i colleghi sull’importanza di migliorare l’appropriatezza prescrittiva, il dialogo con i pazienti e il loro empowerment, oltre a orientare la pratica clinica verso i reali bisogni di salute.

Partecipazione comunitaria: Purtroppo la partecipazione attiva della comunità è ancora complessivamente scarsa rispetto ai propositi della PHC e l’empowerment della comunità è stato esercitato esclusivamente dal singolo medico e sui singoli pazienti tramite dialogo con essi o con la loro rete familiare e sociale. È stata intrapresa l’iniziativa in sala d’attesa e durante i consueti

orari di ambulatorio di diffondere informazioni sui diritti del malato ed in particolare il decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13 e la diffusione della modulistica per il rimborso dei costi di prestazioni mediche svolte nel privato a causa di liste d'attesa superiori ai tempi di priorità indicata dal curante sulla ricetta.

Formazione e ricerca: Tra le attività di formazione e ricerca, rientra lo svolgimento del tirocinio formativo previsto dal Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) del polo di Lecce da parte di Annachiara Merico. L'obiettivo del percorso era analizzare il funzionamento della struttura, individuandone le criticità e proponendo interventi orientati ai principi della Primary Health Care (PHC), con l'intento di migliorarne l'efficacia e aumentare la soddisfazione delle persone assistite. Questa opportunità ha consentito di osservare da vicino le sfide che ancora oggi caratterizzano l'assistenza primaria, in particolare la scarsa conoscenza e applicazione del modello PHC, da decenni promosso e validato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma tuttora poco integrato nella pratica quotidiana di una parte della medicina del territorio. Il percorso si è concluso con la discussione di una tesi dal titolo "La Medicina di Famiglia come promotrice e innovatrice sociale nell'ambito della PHC", finalizzata a diffondere tra i colleghi in formazione e l'auditorio in sede di discussione una maggiore consapevolezza critica sul ruolo trasformativo della medicina generale e sulle attuali carenze del sistema sanitario. Nel corso dell'esperienza è stato inoltre organizzato, il 10 aprile 2024, un incontro di medicina di iniziativa in collaborazione con una specialista reumatologa e la casa farmaceutica Novartis. Durante l'evento sono state distribuite brochure informative sulla psoriasi e sull'artrite psoriasica, con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione rispetto ai principali campanelli d'allarme di queste patologie. L'iniziativa ha permesso di sottoporre a screening otto pazienti e di individuare tempestivamente due casi di artrite

psoriasica.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza:

L'esperienza si distingue per un'organizzazione attenta e flessibile, in grado di adattare gli orari di apertura del poliambulatorio e la gestione delle cure domiciliari alle esigenze delle persone, in particolare di chi lavora. L'utilizzo di un gestionale condiviso consente un controllo accurato delle prescrizioni specialistiche e una maggiore coerenza nei percorsi di cura.

Un elemento centrale è rappresentato dal rapporto umano che i MMG instaurano con i pazienti, promuovendo un clima di fiducia reciproca che si rivela fondamentale nell'affrontare situazioni complesse legate a pratiche diffuse di autodiagnosi e autocura. Il percorso diagnostico-terapeutico è gestito con un approccio empatico ed educativo, volto a rafforzare l'aderenza terapeutica e la consapevolezza del paziente.

L'esperienza è inoltre caratterizzata da solide collaborazioni multidisciplinari con diverse figure professionali, nonché da un'interazione costante (sia telefonica che in presenza) tra una MMG dello studio e i professionisti del territorio. Significativa anche la collaborazione dell'infermiere di studio con la onlus AMOPuglia, impegnata nell'assistenza domiciliare ai pazienti oncologici.

Infine, va segnalata l'iniziativa informativa svolta in sala d'attesa durante gli orari ambulatoriali, che prevede la diffusione di materiali sui diritti delle persone assistite, tra cui la modulistica per il rimborso delle prestazioni effettuate nel privato a causa di liste d'attesa superiori ai tempi indicati dal curante nella ricetta.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

Attualmente non sono previsti processi di trasformazione del poliambulatorio DOC33. Tuttavia, durante il periodo di tirocinio, sono emerse alcune proposte di cambiamento elaborate a partire dall'osservazione del funzionamento quotidiano della struttura.

Tali proposte, potenzialmente applicabili anche ai singoli studi di medicina generale, mirano a stimolare l'adozione concreta dei principi della PHC:

- incentivare l'utilizzo della cartella digitale e non cartacea del paziente, grazie al supporto di sistemi informatici;
- sfruttare gli strumenti digitali per la conservazione dei parametri biomedici e loro successiva analisi ai fini della realizzazione di un audit clinico su specifiche tematiche di salute, indirizzando risorse e tempo verso il miglioramento delle criticità emerse (concetto di "epidemiologia di prossimità");
- incentivare l'archiviazione differita dei dati clinici, rispetto all'orario di visita, per consentire l'impostazione o la modifica delle terapie attraverso strumenti di telemedicina o, se necessario, programmare un esame obiettivo in un secondo momento. Ciò permetterebbe di liberare tempo in agenda per attività cliniche, medicina di iniziativa, campagne di promozione della salute e iniziative di coinvolgimento comunitario nella salute pubblica;
- rafforzare l'empowerment dei pazienti, coinvolgendoli nell'utilizzo della posta elettronica per l'invio della documentazione clinica, al fine di snellire il lavoro burocratico dello studio;
- riservare fasce orarie dedicate in agenda per gestire eventuali urgenze;
- espandere l'utilizzo della telemedicina anche nella gestione delle cronicità, dedicando giornate specifiche durante l'anno o il mese;
- favorire una nuova percezione dell'ambulatorio, non solo come spazio di cura legato alla malattia, ma come luogo di socialità, apprendimento e promozione della salute, in cui le persone possano sentirsi parte di una comunità attiva e consapevole;
- potenziare la figura dell'infermiere di studio, valorizzandone le competenze nella valutazione e gestione delle urgenze non

differibili da inserire in agenda. Inoltre, l'infermiere potrebbe ricoprire il ruolo di care o case manager, con funzioni di educazione, motivazione e accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso di cura. Lo stesso poliambulatorio "DOC 33" ha in passato svolto attività nell'ambito del Chronic Care Model (CCM) e dell'Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC), modelli basati sulla partnership tra pazienti e operatori sanitari, in cui il ruolo attivo della persona è considerato essenziale per l'efficacia del trattamento;

- immaginare una figura amministrativa dedicata nell'ambito della medicina generale, con un rapporto di almeno 1-2 amministrativi per ciascuna rete di MMG. Questi professionisti potrebbero alleggerire in modo significativo il carico burocratico che oggi grava sui medici di medicina generale, permettendo loro di concentrarsi maggiormente sull'attività clinica e sulla presa in carico delle persone;
- strutturare e formalizzare le collaborazioni con il Terzo Settore e con le figure professionali dell'ASL, che finora, seppur preziose, si sono basate principalmente sulla buona volontà dei singoli operatori;
- promuovere la partecipazione attiva e l'empowerment della comunità;
- favorire una collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale per analizzare in profondità i bisogni reali di salute della comunità e perseguire obiettivi condivisi in questa direzione.

Riferimenti normativi: Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 28 del 4-4-24 (https://fimmg.bari.it/documenti/PFS5A_1.pdf).

Il Presidio di Medicina Generale di Talsano, Taranto

Esperienza mappata da Francesco Salvatore Luce, Annachiara Merico, Francesca Russo, Giulia Cusmano, Mariarita Pepe Milizia, Marilisa Piccolantonio, Simone Stia e Agostino Panajia

Parole chiave: medicina generale; partecipazione; prevenzione.

Sede dell'esperienza: Quartiere Talsano-San Vito-Lama, 74122 Taranto (TA)

Durata dell'esperienza: da giugno 2024 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: Il progetto, promosso dallo studio medico e ancora in fase embrionale, mira a creare un laboratorio di partecipazione comunitaria nell'area di Talsano-San Vito Lama, focalizzandosi sulla salute e sull'attività fisica con un approccio di prevenzione e promozione. L'obiettivo principale è infatti quello di favorire, attraverso un processo di territorializzazione, un'educazione permanente alla salute, utilizzando approcci preventivi (riguardanti l'insorgenza delle patologie non trasmissibili, per le quali l'attività fisica ha notoriamente un effetto benefico) e promuovendo immaginari positivi legati al miglioramento del benessere fisico e psichico che l'attività fisica contribuisce a produrre. Il progetto si integra con iniziative già esistenti, come il progetto #AttivamenteAnziani dell'ASL Taranto, e si ispira all'esperienza della Medicina di Gruppo di Julian Tudor Hart a Ferrara. Il primo passo consisterà nell'identificare i luoghi più adatti per attività fisica nel territorio e nel coinvolgere la rete locale per favorire comportamenti salutari. L'intento è quindi creare un'offerta di attività fisica accessibile, evidenziando e valorizzando i luoghi salutogenici da proteggere. Si prevede inoltre di collaborare con enti locali e associazioni (ad esempio, il Comune, la Proloco,

ecc.) per migliorare l'aspetto e la sicurezza di questi luoghi, e connettersi con altri stakeholder per sensibilizzare sulla creazione di nuovi spazi verdi, recuperando aree attualmente trascurate e ripulendole dai rifiuti.

A tal fine, il progetto si articolerà nelle seguenti fasi operative:

- 1) Dichiarazione del territorio di Talsano-Lama-San Vito quale "Distretto Geoeducativo" (definibile come un dispositivo che vede nel territorio, nelle comunità in esso presenti e nei processi salute/malattia in esso agenti, i principali oggetti da indagare e studiare e all'interno del quale sia possibile svolgere attività di formazione sul campo per i professionisti della salute che vogliono sviluppare competenze per condurre interventi fortemente centrati sul contesto) per professionisti in formazione che vogliono svolgere tesi o fare un periodo di tirocinio. Lo scopo è quello di reclutare professionisti in formazione capaci di agire, coerentemente con quanto indicato dal Rapporto Frenk sull'educazione sanitaria, come agenti di trasformazione;
- 2) Territorializzazione dell'intervento, mediante mappatura dei principali attori potenzialmente utili nello svolgimento del progetto. Inoltre, durante le attività ambulatoriali, si consulteranno gli assistiti per verificare se praticano attività fisica e si promuoverà l'attività per i sedentari. Per coloro che presentano caratteristiche che rientrano nei programmi aziendali, come #AttivamenteAnziani, verrà presentata la proposta e segnalato il paziente al Dipartimento di Salute Pubblica. Per chi già svolge attività fisica, si condurrà un'indagine sui luoghi di pratica, chiedendo di compilare un modulo che ne descriva le caratteristiche, in particolare per l'attività all'esterno della propria abitazione.
- 3) Individuazione durante l'attività ambulatoriale tra gli assistiti di un gruppo di 10-15 cittadini motivati per partecipare al progetto e seguirne gli sviluppi mediante riunioni periodiche,

per formare il primo gruppo di lavoro.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Attualmente, il progetto coinvolge un medico di medicina generale (MMG) e una collaboratrice, insieme a una medica dirigente e un'assistente sanitaria del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Taranto. Il progetto è ancora nelle fasi iniziali, con un processo di territorializzazione in corso per definire gli attori da coinvolgere. Non c'è attualmente un coordinamento con istituzioni come ASL, Distretto e Comuni, ma si prevede di stabilirlo. La continuità del progetto è garantita da mezza giornata settimanale da parte dello studio medico dedicata alle attività territoriali. Le risorse provengono dallo studio medico e da un impegno volontario basato su una condivisione di valori. Al momento, il gruppo è ridotto e sono in corso la stesura di un Libro bianco e un diario dell'esperienza.

Territorializzazione: Territorializzazione dell'intervento, mediante mappatura dei principali attori potenzialmente utili nello svolgimento del progetto:

- raccolta dei dati storici sul territorio di studio;
- raccolta dei dati epidemiologici del territorio di studio;
- indagine conoscitiva delle realtà potenzialmente utili per il progetto;
- associazioni sportive;
- associazioni del terzo settore, con riferimento in particolare ad associazioni ricreative per anziani e di promozione sociale;
- parrocchie;
- scuole;
- comune;
- ASL (Dipartimento di Igiene Pubblica; Diabetologia; Cardiologia; Nutrizione; Fisiatria; Rete ambulatoriale di Tramontone; Consultorio di Tramontone);
- altri Medici di Medicina Generale.

Partecipazione comunitaria: Attualmente non vi sono attività volte alla partecipazione della comunità, ma rappresentano il principale obiettivo del progetto.

Formazione e ricerca: La prossima tappa prevede la creazione del Distretto Geoeducativo. Sono già stati individuati i potenziali partner da coinvolgere e a breve sarà inviata la lettera di invito a partecipare. Inoltre, il progetto sarà utilizzato come project work per il Master in Promozione della Salute e Costruzione di Reti Comunitarie delle Università di Perugia e Cagliari.

Valutazione e monitoraggio: Attraverso il Libro Bianco vengono definiti gli obiettivi, le risorse necessarie (competenze, conoscenze e risorse economiche), gli indicatori, la tempistica e il responsabile.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza:

- Aver realizzato una precedente esperienza in altro contesto analogo (Medicina di Gruppo Julian Tudor Hart di Ferrara), che permette di utilizzare strumenti già sperimentati;
- La frammentazione dei servizi e delle risorse nel territorio studiato potrebbe generare molte sinergie innescando circoli virtuosi;
- Il sostegno dimostrato dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Taranto;
- Il legame con un master Universitario ha permesso di utilizzare questa esperienza per costruire relazioni.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: La solitudine e l'esiguità del gruppo ancora di fatto composto da pochi elementi.

Riferimenti bibliografici:

- WHO (2018). Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187> (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2955_allegato.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Ministero della Salute. Dossier Attività Fisica Guadagnare Salute. https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_attivita_fisica.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Panajia, A., Barbeta, D. (2022). “Medicina Generale ‘Julian Tudor Hart’: elementi di gestione a livello di prossimità orientati alla PHC”. In: Monografia sulla Primary Health Care Vol. 2. Perugia: Cultura e Salute Editore.
- Belluto, M., Ceccim, R. B., & Martino, A. (2020). La ricerca-formazione-intervento collaborativa in Salute Collettiva: esperienze di frontiera tra università, servizi e territori. Tracce urbane. Rivista italiana transdisciplinare di studi urbani, (8).
- Colussi, C. F., & Pereira, K. G. (2016). Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. uniasus.gov.br/acervo/html/ARES/13957/1/TERRITORIALIZACAO_LIVRO.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).

Riferimenti normativi: Accordi Collettivi Nazionali (ACN). Il progetto sperimentale è nato spontaneamente nel contesto dell'ambulatorio.

La Medicina di Gruppo di Catania

Esperienza mappata da Nicolò Piazza, Eleonora Indorato e Costanza Affranchi

Parole chiave: medicina generale.

Sede dell'esperienza: Viale Mario Rapisardi 134, 95123 Catania (CA)

Durata dell'esperienza: dal 2006 (in corso)

Descrizione dell'esperienza: L'esperienza descritta coinvolge quattro medici di medicina generale (MMG), ritenendo che questo numero sia ottimale per garantire un'assistenza primaria efficace. I medici collaborano all'interno di una stessa struttura, assistendo oltre 6.000 pazienti. Grazie a una rotazione interna, garantiscono assistenza primaria durante tutta la giornata, svolgendo attività come visite ambulatoriali e domiciliari, gestione delle cronicità, vaccinazioni e certificazioni. Due collaboratori di studio supportano il lavoro dei medici.

I medici possono essere contattati tramite email, telefonate e messaggi. È stato designato un referente tra i medici per facilitare le comunicazioni con le strutture del Sistema Sanitario Regionale (Distretto).

Attori, governance, coordinamento e risorse: Sono coinvolti quattro medici di medicina generale e due collaboratori di studio, in collaborazione con il Dipartimento di prevenzione per garantire la vaccinazione dell'utenza, particolarmente strategica durante il periodo della vaccinazione anti-influenzale. È presente un referente del gruppo che si interfaccia con i responsabili dell'ASP di Catania. Dal punto di vista economico, l'organizzazione si sostiene grazie ai fondi erogati ai singoli medici dalla convenzione.

Formazione e ricerca: Sono presenti attività di formazione in struttura, nei confronti di altri medici che vengono a fare tirocinio e collaborazioni.

Valutazione e monitoraggio: I quattro medici utilizzano lo stesso gestionale e ognuno di loro dispone di un contratto personale che consente di raccogliere le informazioni di ogni paziente, che in base alle necessità possono essere condivise. Oltre alla parte anagrafica, sono presenti l'anamnesi clinica, farmacologica e strumentale di ogni paziente. Inoltre, il programma consente di valutare le performance del medico stesso, costruendo grafici sulla base di vari indicatori (come numero di prestazioni, numero di contatti ricevuti, numero di piani terapeutici elaborati). Su tali dati vengono effettuate valutazioni sporadiche, ma non strutturate.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: Il sistema descritto evidenzia la capacità di rispondere alle problematiche legate alla continuità del servizio. Nella medicina di gruppo, i medici che ne fanno parte si supportano reciprocamente. Questa modalità consente di avere una maggiore flessibilità organizzativa rispetto allo studio con un singolo medico. Un altro punto di forza oltre alla qualità del servizio erogato, dato dall'organizzazione flessibile, è sicuramente la possibilità di non essere soli, potendosi confrontare in tempo reale con un collega nella stanza accanto.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: Viene riportato un grande stress dovuto al carico burocratico troppo elevato. Ciò determina poco spazio per la clinica e la prevenzione. Inoltre, emerge che nel tempo il carico è sempre più aumentato e ha reso la professione sempre più complessa e poco attrattiva.

Riferimenti normativi: Accordi Collettivi Nazionali (ACN).

Lo Studio Medici “San Martino” di Trento

Esperienza mappata da Andrei Simion-Irod, Giuseppe Parisi, Sara Calliari, Daniele Roverelli e Alessandro Giovannini

Parole chiave: medicina generale; multiprofessionalità.

Sede dell’esperienza: Via San Martino 11, 38122 Trento (TN)

Durata dell’esperienza: dalla metà degli anni ‘80 (in corso)

Descrizione dell’esperienza: Lo studio di medici “San Martino” è una delle più lunghe esperienze di collaborazione tra medici di medicina generale in Trentino. Da sempre un esempio per l’organizzazione del servizio, è stato uno dei primi studi medici ad introdurre la modalità di accesso con appuntamento (nel 1984) ed altre figure professionali all’interno della sua organizzazione. Attualmente, è il gruppo di medicina con il maggior numero di medici in Trentino, mirato a garantire un’assistenza efficace per le richieste di primo livello da parte dell’utenza, coinvolgendo diverse figure professionali e ottimizzando le risorse messe a disposizione da diversi medici di medicina generale.

Le richieste vengono gestite dal personale di segreteria per 10 ore al giorno con le seguenti modalità: front-office (08:00-13:00 e 14:00-19:00), risposta telefonica diretta (08:00-12:00), mail e segreteria telefonica (14:00-19:00), con smistamento a medici o all’infermiera. Il metodo è stato perfezionato con gli anni, adeguando il numero di collaboratori in base al sempre crescente numero di utenti.

Il servizio infermieristico è disponibile per 7 ore al giorno, fornendo medicazioni, somministrazione di farmaci e supporto diagnostico (ECG, holter pressorio, spirometrie), contribuendo anche alla classificazione delle richieste.

Il servizio copre non solo il quartiere, ma anche diverse zone limitrofe del centro di Trento, poiché molti medici hanno il loro ambulatorio principale in quartieri diversi da quello della sede del gruppo. Inoltre, una buona rete di servizi di trasporto pubblico facilita l'accesso all'ambulatorio.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Il gruppo è composto da 8 medici di medicina generale, personale di segreteria e infermieristico, e organizza riunioni formali a cadenza settimanale e ad-hoc per discutere aspetti organizzativi e clinici, coinvolgendo i professionisti pertinenti.

I medici di medicina generale collaborano per condividere risorse logistiche (reperibilità per le urgenze anche per i medici che non sono presenti in quel momento in studio) ed economiche (condivisione incentivi per il personale collaboratore di studio). L'obiettivo è garantire l'accesso alla popolazione per gran parte della giornata e gestire le richieste secondo una stratificazione condivisa. Esiste un forte legame con la Scuola di Formazione in Medicina Generale, con diversi medici che svolgono il ruolo di tutor per i medici in formazione. In passato, è stato coinvolto un fisioterapista, ma l'esperienza è terminata per mancanza di spazi. Attualmente non esiste un coordinamento formale, ma solo una collaborazione con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss) su progetti specifici, come le campagne vaccinali, e con il Distretto per la gestione di percorsi di cura complessi (incontri Unità Valutazione Multidisciplinare, Piani Assistenziali Integrati). La continuità del servizio è garantita dalla volontà dei medici di offrire questo tipo di servizio alla comunità e da accordi con l'azienda sanitaria che forniscono risorse economiche supplementari per coprire le spese del personale/collaboratori di studio (integrazione del ACN a livello provinciale). Le prestazioni sono principalmente gratuite per la popolazione.

Partecipazione comunitaria: Non sono stati identificati percorsi di collaborazione e dialogo con la comunità, vengono però riportati strumenti usati per informare la comunità (carta dei servizi, mail automatica con servizi e modi di accesso).

Formazione e ricerca: Grazie alla presenza dei tutor della Scuola di Medicina Generale, il gruppo svolge attività di formazione per i medici in formazione. I medici e l'infermiere fanno autoformazione. Tuttavia, non sono stati individuati momenti di formazione condivisa all'interno del gruppo né un programma strutturato per la formazione permanente.

Valutazione e monitoraggio: Non esistono in modo sistematico forme di valutazione e monitoraggio. Tuttavia, sono stati identificati alcuni indicatori, pur non essendo esplicitamente indicati come tali, tra cui: garantire le urgenze riferite nell'arco della giornata e programmare un appuntamento entro tre giorni.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza:

- La volontà dei medici nonostante la condizione delle risorse (che è il principale punto di forza);
- L'aiuto economico dell'azienda sanitaria per il personale di studio;
- La volontà, da parte dei medici del gruppo, di collaborare e lavorare insieme, costruendo un gruppo al di fuori dei quartieri assegnati come sede principale, pur di avere a disposizione una realtà multidisciplinare organizzata e un gruppo di colleghi con cui si è fortemente in accordo. Questo ha permesso di realizzare una fattiva collaborazione, e non solo "sulla carta" per i puri scopi di vantaggi economici e di sussidi aziendali.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

- Identificare un metodo specifico per stabilire e condividere obiettivi;

- Potrebbe essere utile un maggiore coinvolgimento delle altre figure nei processi decisionali e un ragionamento sugli obiettivi;
- Pensare a strumenti di confronto con la comunità per proporre e rimodulare servizi in base ai bisogni;
- Ideare momenti di formazione interni al gruppo con il coinvolgimento di tutti i professionisti;
- Sollecitare l'Azienda Sanitaria e le istituzioni politiche (Comune, Provincia) a favorire la creazione di gruppi integrati tra medici intenzionati a collaborare nei fatti, anche attraverso l'individuazione di spazi sufficientemente ampi, al momento assenti sul territorio cittadino;
- Ragionare sui vantaggi offerti dalla presenza di un gruppo ben organizzato, che lavora in equipe ed offre alla popolazione numerosi servizi rispetto invece al mantenere aperti ambulatori solitari in periferia.

Riferimenti normativi: ACN per la Medicina Generale, con le sue applicazioni Provinciali.

- Accordo provinciale per i medici di medicina generale:
https://www.trentinosalute.net/content/download/4023676/38859769/file/Testo%20coordinato%20vigente%2001_10_2023.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Reg. delib. n. 1688: https://www.trentinosalute.net/content/download/4023675/38859763/file/Accordo%20provinciale%2011_09_2023.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).
- Reg. delib. n. 939: https://www.apss.tn.it/ocmultibinary/download/20423/643658/31/a22c690e84705ae99d5f81117445628.pdf/file/ACP%2B21_6_2024.pdf (ultima consultazione: 1 marzo 2025).

La Medicina di Gruppo “Alma Ata” di Aosta

Esperienza mappata da Camilla Virgilio, Erika Fiou, Jada Follis, Luna Meneghini, Marta Alliod, Ludovica Quey, Luana De Antoni e Yacinthe Maran Nkengni Ngwana

Parole chiave: medicina generale; multiprofessionalità; partecipazione.

Sede dell’esperienza: Quart, Località Amerique 19, 11100 Aosta (AO)

Durata dell’esperienza: da marzo 2022 (in corso)

Descrizione dell’esperienza: La Medicina di Gruppo Alma Ata è nata ufficialmente nel marzo del 2022, ma le sue radici risalgono al 2020, quando le mediche di medicina generale (MMG) coinvolte iniziano a cercare idee e spazi per lavorare insieme, non solo fisicamente, ma anche con metodi e obiettivi comuni. Questi obiettivi sono orientati verso la multidisciplinarietà, la medicina di iniziativa e la prevenzione. Il nome stesso del gruppo è stato scelto per richiamare i principi della Primary Health Care (PHC) enunciati nella Conferenza di Alma Ata del 1978.

L’esperienza si è infatti sviluppata prendendo ispirazione da vari incontri, sia in presenza che a distanza, legati alla Campagna PHC Now or Never, da una medicina di gruppo di Sesto Fiorentino (Toscana), dalla medicina di gruppo Julian Tudor Hart (Ferrara) e da altre esperienze di medicina di gruppo presenti in Italia. Ha anche tratto ispirazione dalle esperienze svolte come tirocinanti del CFSMG e dalle riflessioni e discussioni con molti colleghi in procinto di iniziare il loro percorso come medici di famiglia e che manifestavano la volontà di cooperare per migliorare contemporaneamente la qualità della loro vita professionale e

personale.

Durante il periodo del Covid, sono state organizzate riunioni online per sviluppare già prima della fondazione della medicina di gruppo una visione e un approccio comuni al lavoro. Nel corso del tempo, l'esperienza ha coinvolto diverse MMG, molte delle quali ora operano in altre Regioni. Sebbene l'esperienza sia ispirata da altre realtà, in Valle d'Aosta rappresenta un'iniziativa originale, in quanto non esistono altre medicine di gruppo che operano con questa specifica visione nella regione.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Attualmente, nella Medicina di Gruppo Alma Ata operano quattro MMG, presenti cinque giorni su sette presso la sede della Medicina di Gruppo. Tutte convenzionate con l'AUSL Valle d'Aosta, il loro obiettivo è garantire un'assistenza primaria che non si limiti al solo aspetto medico, ma che consideri l'intero paziente, con particolare attenzione al contesto psico-socio-culturale in cui si trova. Inoltre, fanno parte del team una Pediatra di Libera Scelta, un'infermiera di famiglia e una segretaria, creando così un gruppo di lavoro interamente femminile, sviluppato secondo un'ottica di orizzontalità, all'interno del quale ciascuna apporta le proprie competenze.

Le MMG coinvolte lavorano in modo coordinato, sia attraverso appuntamenti programmati (che i pazienti possono prenotare tramite la piattaforma dedicata o un numero telefonico gestito dalla segretaria), sia con orari liberi per gestire le urgenze del giorno (che non possono essere prenotati autonomamente dai pazienti), le quali vengono ricevute tramite richiesta a un numero telefonico attivo al mattino, esclusivamente per le emergenze. All'interno del gruppo, le dottoresse si sostituiscono a vicenda seguendo un sistema di divisione per lettere dei cognomi degli assistiti, in modo che, in caso di assenza di una medica, le tre rimanenti si prendano carico di circa 400 pazienti in più ciascuna,

riuscendo così a coprire la mancanza senza creare disagi eccessivi. La Medicina di Gruppo è aperta alla comunità dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 19:00. La segreteria è disponibile dalle 8:00 alle 13:00, mentre l'infermiera Ludovica è presente dalle 8:30 alle 13:00. Le Mediche ruotano tra le mattine e i pomeriggi, condividendo parzialmente gli ambulatori per garantire sempre la presenza di almeno un medico tra le 8:00 e le 19:00. La Pediatra, invece, ha orari autogestiti. Tra le 13:00 e le 14:00 è prevista la pausa pranzo per tutti, durante la quale il pasto viene condiviso in sala d'attesa o in terrazza.

Inoltre, è calendarizzata una riunione settimanale per tutte le componenti del gruppo (incluse infermiera e segretaria), che si svolge il giovedì dalle 13:00 alle 14:00. Durante queste riunioni, il gruppo si riunisce regolarmente per confrontarsi sulle problematiche quotidiane dell'attività lavorativa. Questi incontri permettono di coordinarsi e di continuare a ridefinire l'identità del gruppo e l'organizzazione del lavoro, in un processo continuo e circolare. Infine per le comunicazioni interne in orario di studio utilizzano la chat della piattaforma scelta; fuori è un'app di messaggistica istantanea a fornire lo strumento di comunicazione elettivo, con una chat di gruppo.

Per entrare nel dettaglio del ruolo del personale non medico:

- La segreteria è presente dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 13:00, e svolge numerosi compiti, tra cui la preparazione delle ricette per farmaci continuativi per le MMG, l'accoglienza dei pazienti, la gestione e l'ascolto delle loro richieste, la gestione delle chiamate al "telefono dei fragili" (un servizio dedicato a anziani soli, persone poco familiari con l'uso della tecnologia o in situazioni sociali complesse), la gestione delle richieste tramite piattaforma dedicata, il controllo delle scadenze dei piani terapeutici, la gestione delle agende, l'invio di promemoria ai medici, gli ordini di materiale di cartoleria per lo studio e l'eventuale segnalazione di casi fragili.

- L'infermiera è presente dal lunedì al venerdì, dalle 8:30 alle 13:00, e si occupa di medicazioni di ulcere e ferite, rimozione dei punti di sutura, misurazione dei parametri vitali e insegnamento sulla corretta misurazione a domicilio (ad esempio della pressione arteriosa). Partecipa ai progetti relativi allo scompenso cardiaco e alla BPCO, esegue vaccinazioni e ne promuove la pratica, raccoglie e registra i consensi informati. Inoltre, può scrivere nella cartella medica del gestionale in uso, contribuisce alla gestione del telefono per le urgenze, assiste i pazienti socialmente fragili nella prenotazione delle visite, controlla le scadenze dei farmaci e del materiale, prepara e verifica i kit per medicazioni, vaccinazioni e urgenze, e si occupa degli ordini di dispositivi di protezione individuale e altro materiale medico-infermieristico in dotazione allo studio.

Il gruppo non possiede un sito web ma un'app con cui i pazienti possono inviare messaggi, documenti, prenotare una visita e trovare tutte le informazioni riguardanti lo studio medico. Come per ogni medicina di gruppo, è stata redatta una Carta dei Servizi che è in corso di aggiornamento - attualmente essa si presenta come un puro atto formale redatto per avere accesso ai fondi per la forma associativa di tipo B1; il gruppo la sta rivisitando in modo che diventi una carta di presentazione del servizio offerto alla comunità che definisca autenticamente l'identità del gruppo. Inoltre i membri del gruppo condividono internamente una cartella su una piattaforma condivisa in cui sono presenti molti materiali utili:

- formativi per i pazienti (es: dieta per il reflusso, esercizi di movimento);
- formativi per i medici;
- burocratici (tutti i documenti fiscali dell'associazione professionale e della gestione interna delle spese (file excel);
- progetti sulla cronicità, sulla fragilità, per le vaccinazioni
- una rubrica (contatti dell'ospedale Regionale, territorio, numeri assistenti sociali; sono presenti inoltre;

- modulistica (sia territoriale che ospedaliera in formato PDF)
- i verbali delle riunioni di gruppo;
- calendario degli eventi mensili per la comunità.

Nello stesso edificio in cui ha sede la Medicina di Gruppo, ma in spazi distinti e con un ingresso dedicato, operano anche altri professionisti sanitari (fisioterapista, psicologa, medico agopuntore e dietista) con i quali il gruppo condivide le spese di gestione dei locali. Tra questi professionisti e la Medicina di Gruppo esiste una collaborazione attiva, che si concretizza sia nella pratica clinica sia nell'organizzazione di iniziative rivolte alla comunità. Vengono infatti promossi incontri in compresenza e serate di divulgazione scientifica aperte alla cittadinanza: ad esempio, è stata recentemente organizzata una serata gratuita sulla lombalgia cronica con la partecipazione della fisioterapista. Nel periodo invernale è stato inoltre avviato un progetto sperimentale medico-psicologo, ispirato a un'iniziativa lombarda, che prevede la presenza congiunta in ambulatorio di MMG e psicologo. Tra le attività proposte rientrano anche corsi di primo soccorso e di disostruzione pediatrica. Queste collaborazioni vengono concepite e organizzate spesso e volentieri durante le pause pranzo comuni che, come si vede, costituiscono un tassello importante e non scontato della collaborazione fra i diversi professionisti. Inoltre, occasionalmente tramite canali formali e, quotidianamente in modo informale, le dottoresse collaborano con gli specialisti ospedalieri e con le altre figure professionali operanti sul territorio.

Per quanto riguarda il coordinamento con gli ambiti istituzionali, sono presenti:

1. Coordinamento ASL:

- a. Distretto: il coordinamento istituzionale avviene, formalmente, durante le riunioni di distretto (3-4 volte l'anno, a volta in presenza, a volte da remoto). Il coordinamento reale con il Distretto avviene invece per via informale, tramite contatti privati ma regolari

con infermieri, fisioterapisti, logopedisti etc., con cui le dottoresse collaborano soprattutto per garantire un'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative Domiciliari.

- b. Ospedale: il coordinamento con gli ospedali Parini e Beauregard (unici della Regione Valle d'Aosta) avviene tramite centralino (chiamata diretta con specialista) o molte volte tramite la rete di contatti personali che si è creata negli anni.
2. Coordinamento dell'amministrazione comunale di Quart: il gruppo collabora con l'amministrazione comunale per progetti condivisi (come il già ricordato servizio di navetta gratuito o l'aggiunta di una fermata autobus di fronte all'ambulatorio - ancora da realizzarsi).
3. Coordinamento regionale: la Regione fornisce le linee d'indirizzo secondo le quali l'assistenza sanitaria regionale si sviluppa. Tuttavia non vi è una condivisione diretta strutturata fra la Regione e i singoli Medici, pur essendo presenti quali canali di comunicazione e di rappresentanza, i sindacati e l'ASL.

La continuità dell'esperienza è garantita nonostante l'avvicinarsi del personale - negli ultimi tre anni si sono succedute quattro diverse infermiere, due segretarie e due medici hanno cambiato Regione - grazie a riunioni regolari e a un confronto costante e strutturato all'interno del gruppo. Pertanto, pur essendoci continua evoluzione, tale evoluzione è resa possibile dalla condivisione di principi e valori fondanti che costituiscono una condicio sine qua non quali per l'appartenenza al gruppo.

Dal punto di vista economico, le MMG e la PLS sono pagate dall'AUSL con cedolino a quota capitaria e variabile; vi è un ulteriore contributo per la Medicina di Gruppo (circa 1500 euro mensili lordi, comprensivi dell'incentivo per l'assunzione della segretaria), mentre l'Infermiera viene pagata a partita IVA da

alcune MMG (circa 650 euro mensili a medico), ossia quelle che hanno deciso di avvalersene. La condivisione degli spazi con professionisti esterni permette anche di dividere le spese.

Partecipazione comunitaria: Vi è un profondo legame con la comunità, anche grazie all'appoggio dell'amministrazione comunale di Quart, in particolare grazie all'Assessore comunale alla salute (MMG in pensione), con cui il gruppo collabora per progetti condivisi (ad esempio, il servizio di trasporto gratuito che, su base volontaria, accompagna i pazienti in difficoltà allo studio per le visite mediche).

Inoltre, sono in atto diversi progetti che prevedono la partecipazione della comunità, tra i quali:

- Progetto Logo: è in corso un concorso fra gli stessi pazienti per la creazione del logo che possa rappresentare adeguatamente il servizio offerto;
- Organizzazione di eventi educativi/formativi per la comunità;
- Nella scelta di usare il gestionale (gestionale per agende e ricezione richieste) si è cercato di coinvolgere la comunità nel processo di cambiamento spiegando il rationale sottostante al corretto uso dell'applicazione. Ad esempio, si è chiarito come l'uso dell'applicazione aiuti a migliorare il lavoro delle dottoresse e ciò favorisca in ultima analisi il soddisfacimento dei bisogni di salute. Più in generale, la condivisione di queste scelte conduce a un vero e proprio empowerment della persona in quanto membro della comunità e del processo di salute;
- bacheca condivisa nella sala d'attesa: una per i bambini e una per gli adulti - presentazione di attività che riguardano la salute e la comunità (es: ginnastica per anziani nel comune, giornata di prevenzione maculopatia...). La bacheca viene periodicamente aggiornata dai membri del team;
- Libreria condivisa: alcuni libri (consigliati dal team) sono fruibili per la sola lettura in sala d'attesa. Altri libri invece sono

destinati al libero e mutuo scambio fra gli assistiti. È presente inoltre una selezione di libri per i più piccoli del progetto “Nati per leggere”.

Infine, tutte hanno in agenda una serata al mese dedicata ad un evento pensato per/con la comunità.

Ricerca e formazione: Le attività di ricerca includono il Progetto Influspirvirnet per il monitoraggio dell’influenza, lo studio ISDE su caldo e ambiente, e l’analisi preliminare dei dati attraverso MilleGPG per l’identificazione dei pazienti fragili e la valutazione dell’andamento delle cronicità. Inoltre, tre MMG svolgono attività di ricerca nell’ambito di Health Search. In prospettiva, alcune dottoresse assumeranno il ruolo di tutor per i corsisti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e avvieranno progetti di ricerca in collaborazione con loro.

Le attività formative comprendono numerose occasioni di formazione tra pari e confronto, anche attraverso la partecipazione a corsi in presenza. I contenuti acquisiti vengono successivamente condivisi con il gruppo di lavoro, favorendo il potenziamento delle competenze collettive.

Valutazione e monitoraggio: Attualmente non sono stati utilizzati metodi epidemiologici di analisi del territorio e del bisogno di salute. Non vengono monitorati i risultati in termini di salute, attualmente non si hanno le competenze per fare questo tipo di ricerca. Si auspica in futuro il coinvolgimento di figure professionali adatte allo scopo.

Principali potenzialità/punti di forza dell’esperienza:

- Cooperazione, ottica orizzontale di lavoro, riunioni periodiche;
- Coinvolgimento della comunità nell’organizzazione del servizio;
- Migliore qualità della vita e del servizio erogato.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza:

- Difficoltà nella gestione del turnover;
- Necessità di incentivi economici per il personale infermieristico;
- Necessità di migliorare coordinamento con AUSL e Regione Valle d'Aosta;
- Necessità di un maggiore orientamento scientifico nelle scelte di organizzazione del servizio attraverso l'implementazione di metodologie di monitoraggio e valutazione, per rispondere a domande chiave: Si sta lavorando bene? In che direzione orientare il miglioramento del servizio? Sarebbe auspicabile definire endpoint chiari e benchmark di riferimento;
- Necessità di organizzare per il futuro delle riunioni lavorative coadiuvate dalla psicologa per sfruttarne le competenze nella gestione delle dinamiche di gruppo.

Riferimenti normativi: Medicina di Gruppo normata da ACN e Accordi integrativi regionali, in particolare in un'aggregazione di tipo B1 secondo quanto previsto dall'art. 54 dell'Accordo Collettivo Nazionale n. 2272 del 23 marzo 2005 e s.m.i., dall'Accordo Regionale n. 1451 del 19 maggio 2006 e dell'art. 4 dall'Accordo Regionale n. 929 del 29 aprile 2011.

La Medicina di Gruppo Integrata “Medi Valli” di Arsiero (VI)

Esperienza mappata da Chiara Calgaro, Marco Dal Pozzo e Giorgio Visentin

Parole chiave: aree montane; casa della comunità; infermieristica; medicina generale; multiprofessionalità; servizi sociali.

Sede dell’esperienza: Via Cartari 1, Arsiero (VI)

Durata dell’esperienza: dal 2023 (in corso)

Descrizione dell’esperienza: La Medicina di Gruppo Integrata “Medi Valli” di Arsiero fa parte dell’azienda ULSS7 Distretto 2, è collocata in un contesto montano ed è destinata a diventare nel prossimo futuro una Casa della Comunità. All’interno del processo di trasformazione da Medicina di Gruppo Integrata a Casa della Comunità si è analizzato il territorio da un punto di vista demografico (grandi anziani solitari), geografico (montagna poco turistica con difficoltà di trasporti), sociale (incontri con sindaci e assistenti sociali) e clinico (report delle riunioni del team). Medicina di Gruppo Integrata e Continuità Assistenziale aperta 24h/24, 7 giorni su 7. Oltre alla sede centrale ad Arsiero, vi sono ambulatori periferici in 6 comuni limitrofi (Tonezza del Cimone, Velo d’Astico, Pedemonte, Lastebasse, Valdastico, Cogollo del Cengio, Posina e Laghi). Le Medicine di Gruppo Integrate, previste dalla Delibera della Giunta Regionale 751 del 14.05.2015, sono team multiprofessionali, costituite da Medici-Pediatri di famiglia e da operatori distrettuali (Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, Collaboratori di Studio e Assistenti Sociali), che si impegnano a garantire, secondo un apposito “contratto d’esercizio”, un’assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona, h24, 7gg su 7. Le Medicine

di Gruppo Integrate sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Attori, governance, coordinamento e risorse: Sono coinvolti 6 MMG che contribuiscono attivamente al funzionamento della medicina di gruppo integrata, seguendo le linee guida regionali; 3 o 4 infermieri di una cooperativa, con uno sempre presente durante le 12 ore di apertura e due presenti contemporaneamente nei giorni dedicati ai prelievi (martedì e venerdì); assistenti sociali (attualmente operano in una sede separata, ma presto verranno integrati nello stesso edificio); 2 amministrativi presenti per 3 o 4 giorni a settimana; cardiologo, psichiatra, oculista e pediatra, oltre al personale dell'ULSS per le spirometrie e la retinografia.

Per coprire adeguatamente l'intera area, è fondamentale organizzare i turni, che includano periodi di 3 ore, una o più volte a settimana nella sede centrale, e ambulatori settimanali (o due volte a settimana) nelle sedi periferiche. Ogni 15 giorni, si tiene una riunione del team, alternando la sede centrale con l'ospedale di Santorso, con attivazione della continuità assistenziale.

Il coordinamento è assicurato dal Distretto Sanitario.

La medicina di gruppo integrata Medi Valli è finanziata dalla Regione Veneto, che mette a disposizione i locali di Arsiero per i medici con ambulatori in altre zone del distretto. Oltre alla quota capitaria, sono previsti incentivi per l'adesione ai Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) regionali. Inoltre, è fornito un servizio di call center che gestisce le chiamate e organizza le visite mediche in base alle disponibilità dei professionisti. Alcune sedi periferiche sono messe a disposizione gratuitamente dai sindaci per i medici che le utilizzano.

Partecipazione comunitaria: Sono presenti forme di integrazione

con il gruppo degli Alcolisti Anonimi, situato nello stesso chiostro interno. In una prospettiva di trasformazione della Medicina di Gruppo in Casa della Comunità, il gruppo verrebbe formalmente integrato all'interno della struttura. Gli Alcolisti Anonimi organizzano incontri settimanali, divenendo un punto di riferimento per tutte le valli, in risposta al problema dell'alcolismo diffuso sul territorio.

Attività di formazione e ricerca: Nell'ambito dell'esperienza di Medi Valli sono state condotte attività di formazione e ricerca, mediante la realizzazione di due tesi del diploma di Medicina Generale: in particolare, una si è basata sull'analisi demografica e geografica del territorio servito dalla Medicina di Gruppo con interviste a tutti i sindaci afferenti al centro Hub; l'altra partiva dall'analisi delle criticità territoriali per cercare di proporre delle strategie migliorative utilizzando un approccio comparativo con altri modelli di cure primarie europei in contesti rurali.

Principali potenzialità/punti di forza dell'esperienza: Il principale punto di forza deriva dall'aver realizzato un'analisi strutturata del territorio e delle sue necessità, che ha permesso di identificare i punti di forza e le criticità del gruppo Medi Valli. Attraverso tale analisi, come principali aspetti positivi sono emersi:

- continuità assistenziale;
- lavoro in equipe: sia tra colleghi sia con altri professionisti;
- spettro di prestazioni più ampio e personalizzato: PDTA, presa in carico del paziente;
- possibilità di prenotare visite, ritirare referti, attività di segreteria;
- ambulatori periferici come risorsa imprescindibile.

Principali criticità/aree di miglioramento dell'esperienza: Si segnalano 4 aspetti che comportano un particolare impegno e che

andrebbero opportunamente riconosciuti e incentivati:

- tempi di percorrenza molto lunghi per lo spostamento dalla sede centrale agli ambulatori periferici e al domicilio (accentuati in caso di condizioni climatiche sfavorevoli);
- costi elevati nel lavorare in montagna (logistica complessa; costi per spostamenti);
- difficoltà di “accesso” alla sede centrale;
- distanza dall’ospedale di riferimento;

Inoltre, vengono riportati gli aspetti che possono essere migliorati localmente:

- eccesso di burocrazia;
- difficoltà a parcheggiare;
- trasporti e servizi;
- copertura oraria nella sede centrale e negli ambulatori periferici;
- difficile coinvolgimento Assistenti Sociali e Colleghi Specialisti;
- offerta di residenzialità insufficiente;
- carenza di centri di aggregazione.

Per questo sono emerse le seguenti necessità:

- ricostituire una rete sociale;
- rapporto integrato tra centralizzazione e perifericità: un sistema che si completa e fornisce risposte dove l’uno dei due mostra il fianco;
- ruolo sociale, oltre che clinico, del medico: è spesso necessario un “di più” che viene riconosciuto dai pazienti e rende il lavoro in questo contesto montano gratificante.

Nonostante da un punto di vista normativo la Regione abbia trasformato la Medicina di Gruppo in Casa della Comunità si è constatata negli anni la diminuzione del numero e della presenza dei colleghi specialisti che afferiscono alla sede.

Riferimenti normativi: Normativa attuale della Regione Veneto per Medicina di gruppo integrata (Delibera della Giunta Regionale 751 del 14.05.2015) e di Casa della Comunità.

Altri riferimenti:

- Calgaro, C. (2022). Medicina di Gruppo Integrata in contesto montano: strategie migliorative. Tesi Di Diploma, Scuola Di Formazione Specifica In Medicina Generale, XV Corso Triennale 2019 - 2022, Regione del Veneto/Fondazione SSP.
- Dal Pozzo, M. (2022). Medicina di Gruppo Integrata in contesto montano: difficoltà organizzative. Tesi Di Diploma, Scuola Di Formazione Specifica In Medicina Generale, XV Corso Triennale 2019 - 2022, Regione del Veneto/Fondazione SSP.