

## Oltre le convenzioni: un'indagine qualitativa dentro i Centri di cure primarie del Sannio

Daniela Scala<sup>1</sup>, Rossella Foglia Manzillo<sup>1</sup>, Gianfranca Ranisio<sup>2</sup>, Simone Crescenzo<sup>3</sup>

**Riassunto.** L'associazionismo medico costituisce una realtà molto diffusa che sta contribuendo ai processi di cambiamento nei modelli gestionali dell'assistenza primaria. Obiettivo dello studio è esplorare le conseguenze che l'associazionismo sta avendo sia sul piano professionale che emotivo degli operatori dei tre Centri di cure primarie del Sannio utilizzando la tecnica del focus group. Questa indagine conoscitiva fa trasparire un rilevante sforzo professionale e organizzativo dei medici di medicina generale per cambiare metodi e strumenti di lavoro ed un forte desiderio di affermare un ruolo che ha delle caratteristiche peculiari per coloro che stanno in prima linea nel Servizio Sanitario Nazionale.

**Parole chiave.** Associazionismo medico, Centri di cure primarie, indagine qualitativa, focus group, Medicina Generale.

### Introduzione

L'associazionismo medico, una realtà oggi molto diffusa, sta contribuendo a profondi processi di cambiamento nei modelli gestionali dell'assistenza primaria<sup>1-3</sup>.

Il rapporto di lavoro tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è regolamentato dagli Accordi Collettivi Nazionali (ACN), che vengono stipulati a partire dal 1978, anno di istituzione del SSN, e che sono completati dalla stipula di successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR) ed Aziendali (AIA).

La prima sperimentazione di forme associative, la medicina di gruppo, risale al primo ACN, mentre le cooperative di medicina generale entrano negli accordi solo successivamente, coinvolgendo attualmente oltre il 10% dei MMG e dei pediatri, con differenze regionali significative. La legge 502/1992 introduce genericamente l'associazionismo: «garantire la continuità assistenziale... anche attraverso forme graduali di associazionismo medico», espressione che è rilevante in quanto pone in relazione continuità assistenziale e associazionismo. Gradualmente, tuttavia, si è avuto un cambiamento di prospettive e sono state introdotte forme di sperimentazione associativa recepite nell'ACN 484/1996, il quale demanda agli accordi regionali la definizione delle mo-

**Summary.** *Beyond the convention: a qualitative survey inside the Sannio primary care Centres.*

Within primary care, multidisciplinary team working is essential to promote and maintain the health whilst improving service effectiveness. This study aims to explore the effects of the new organisation of the primary care on the professional and emotional level of the professionals working in the three primary care Centres in Sannio, Benevento, utilizing the focus group technique. Our findings show the professional and organizational effort of primary care professionals to change working methods and tools. Despite teamwork being an efficient and productive way of achieving goals and results, several barriers exist that hinder its potential from becoming fully exploited.

**Key words.** Focus group, General Practice, primary care Centres, qualitative survey.

dalità di svolgimento delle attività dei MMG in merito alla sperimentazione di forme associative. Questa è stata infatti la prima Convenzione stipulata con la Conferenza delle Regioni e ha permesso sperimentazioni a livello regionale di forme sia di cooperazione, che di associazionismo semplice o in rete tra i MMG. In alcune regioni come la Campania, la Toscana e l'Emilia, le cooperative sono state riconosciute negli accordi integrativi quali forme associative. Per quanto riguarda gli accordi stipulati dalla Regione Campania, essi si dimostrano innovativi rispetto al riconoscimento delle forme associative della Medicina Generale. Infatti, già nell'AIR del 1997 è introdotto il principio «che era legittimo e opportuno che i MMG si associassero in società cooperative di servizi e che tali società fossero riconosciute di potenziale utilità per il Sistema Sanitario Regionale (SSR); che i soci delle cooperative, a fronte di produzione di beni sanitari codificati, godessero di un trattamento economico incentivante». Già nel 1997, quindi, l'associazionismo cooperativo viene riconosciuto e questo ha fatto sì che in Campania l'assetto strutturale della Medicina Generale sia caratterizzato da una percentuale di associazioni in rete e in medicina di gruppo più alto che altrove, in confronto alle associazioni semplici: in virtù del fatto che quasi tutte le cooperative operavano già nel 2000 e già percepivano l'indennità integrativa.

<sup>1</sup>Centro di Biotecnologie, A.O. Cardarelli, Napoli; <sup>2</sup>Facoltà di Sociologia, Università degli Studi Federico II, Napoli;

<sup>3</sup>Cooperativa Samnium Medica, Benevento.

Pervenuto il 2 marzo 2011.

Nella Convenzione Nazionale 2000 (D.P.R. 270/2000) è introdotta la partecipazione dei MMG nella programmazione e gestione dell'assistenza territoriale e si disciplinano le differenti tipologie di associazionismo: medicina in associazione, medicina in rete, medicina di gruppo (art. 40); le stesse tipologie vengono riproposte nell'ACN 2005 che prevede anche il raggiungimento di obiettivi comuni. Le cooperative si inseriscono all'interno della medicina di gruppo. L'introduzione di queste forme associative, che ha avuto un effetto innovativo sulla professione, ha trasformato la figura del MMG, facendolo uscire dall'isolamento dell'agire individuale e ha dato luogo a interessanti sperimentazioni. L'ACN del 2009 disegna un nuovo scenario per la Medicina Generale istituendo la creazione di Aggregazione Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le UCCP rappresentano il modello organizzativo e funzionale delle AFT e sono costituite da medici delle cure primarie convenzionati e da altri operatori sanitari ed amministrativi. Con tali formule si vuol fare emergere il concetto del MMG come attore interno, con una precisa responsabilità non solo "verso" ma anche "dentro" il Sistema, con lo scopo di valorizzare al massimo l'assistenza sul territorio, soprattutto per la gestione delle malattie croniche. La nuova centralità del territorio ha aperto la strada a una profonda trasformazione del ruolo del MMG nell'ambito del SSR, con ricadute evidenti anche per quanto riguarda l'associazionismo: il medico di medicina generale entra infatti a pieno titolo nell'organizzazione del Distretto quale articolazione territoriale dell'ASL e nelle attività di programmazione e gestione dell'assistenza primaria del Distretto, con particolare riferimento ai Centri di Cure Primarie.

Il percorso della *Samnium Medica*, cooperativa medica sorta negli anni novanta nel Sannio, si intreccia con lo sviluppo della cooperazione di medicina generale a livello nazionale che ha portato alla costituzione dell'Associazione Nazionale Cooperative Mediche (ANCoM). In circa dieci anni di attività, la *Samnium* si è fatta promotrice di varie iniziative e progetti, fino alla progettazione di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nel territorio sannita.

Quale impatto l'associazionismo ha prodotto sulle modalità di lavoro del medico di medicina generale? E sulla sua relazione con il paziente? E su quelle con i colleghi e gli altri collaboratori?

Il presente articolo si è posto l'obiettivo di rispondere a queste domande andando ad esplorare le conseguenze che il fenomeno associativo sta avendo sul piano professionale ed emotivo degli operatori dei tre Centri di cure primarie del Sannio, utilizzando la tecnica del focus group.

## Materiali e metodi

Il focus group è una tecnica qualitativa di rilevazione dati che si basa sulla discussione di gruppo su un tema specifico, in un ambiente permissivo e sotto la guida di un moderatore specializzato.

La caratteristica principale di tale tecnica consiste nella possibilità di ricreare una situazione simile al processo ordinario di formazione delle opinioni, permettendo ai partecipanti di esprimersi attraverso una forma consueta di comunicazione: la discussione tra "pari". I soggetti coinvolti definiscono la propria posizione sul tema confrontandosi con altre persone, mentre il moderatore limita la sua influenza sulle loro risposte e distingue le opinioni più o meno radicate<sup>4</sup>.

Gli elementi caratterizzanti che definiscono il focus group sono: l'interazione diretta tra un numero ridotto di persone (generalmente 7-12 partecipanti) gli interessi collettivi che devono accomunare i singoli partecipanti; l'attribuzione di un compito specifico da raggiungere seguendo regole comportamentali condivise; l'auto-categorizzazione da parte di soggetti che si vedono membri di uno stesso insieme e il riconoscimento esterno da parte del moderatore/ricercatore<sup>6</sup>.

Sono stati realizzati 2 focus group con le diverse équipe di operatori coinvolti nei Centri di Cure Primarie, e precisamente: uno con i MMG e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e uno con i collaboratori dei Centri, intendendo per collaboratori gli assistenti di studio e gli infermieri. I focus group sono stati organizzati in due giornate nella sala riunioni della cooperativa *Samnium Medica* a Benevento previa convocazione telefonica. Sono stati invitati a partecipare tutti gli operatori dei Centri di Cure Primarie e precisamente 9 MMG, 1 PLS, 5 assistenti di studio e 2 infermieri. Hanno partecipato in tutto 15 operatori dei tre Centri, precisamente 7 MMG, 1 PLS, 5 assistenti di studio e 2 infermieri. Obiettivo dei focus group è quello di raccogliere l'esperienza ed il percepito dagli operatori riguardo la qualità dell'erogazione delle cure, compresi punti di forza e di debolezza, le dinamiche relazionali del gruppo di lavoro e le motivazioni a mantenere una siffatta organizzazione. Sono state utilizzate domande/sollecitazioni a partire dalle quali i partecipanti sono stati invitati ad esprimersi. L'elaborazione successiva di questi dati è stata effettuata dopo avere sbobinato, riassunto e sintetizzato i nastri registrati durante l'incontro.

## Risultati

### FOCUS GROUP CON MMG E PLS (7 MMG E 1 PLS)

Sintesi della discussione (tra virgolette: frasi o parti di frasi dei partecipanti).

#### *Domanda / sollecitazione 1. Voi nel gruppo*

- "L'unione fa la forza", "corpo unico" sintetizzano l'idea di gruppo che nasce dalla riflessione dei partecipanti sulle vignette (figura 1). Comune la visione del gruppo come insieme sinergico di individualità che interagiscono le une con le altre in modo ordinato, sulla base di aspettative condivise riguardanti il rispettivo comportamento e ruolo. La maggior parte si identifica nella 3° vignetta, qualcuno preferisce la 4° perché mostra una vicinanza maggiore, altri invece ritengono che la 4° vignetta sia più anonima, che ci sia un'eccessiva integrazione tra le persone così da perdere l'individualità.

- Emerge l'immagine dell'esperienza come grande risorsa e l'importanza di poter attingere a questa preziosa riserva, costituita dal collega con maggiore esperienza.

- A livello più emozionale emerge il bisogno, di "evadere" di tanto in tanto dal gruppo, di prendere le distanze. È anche evidente che il carico di lavoro non sempre è distribuito equamente tra tutti gli operatori dei Centri.

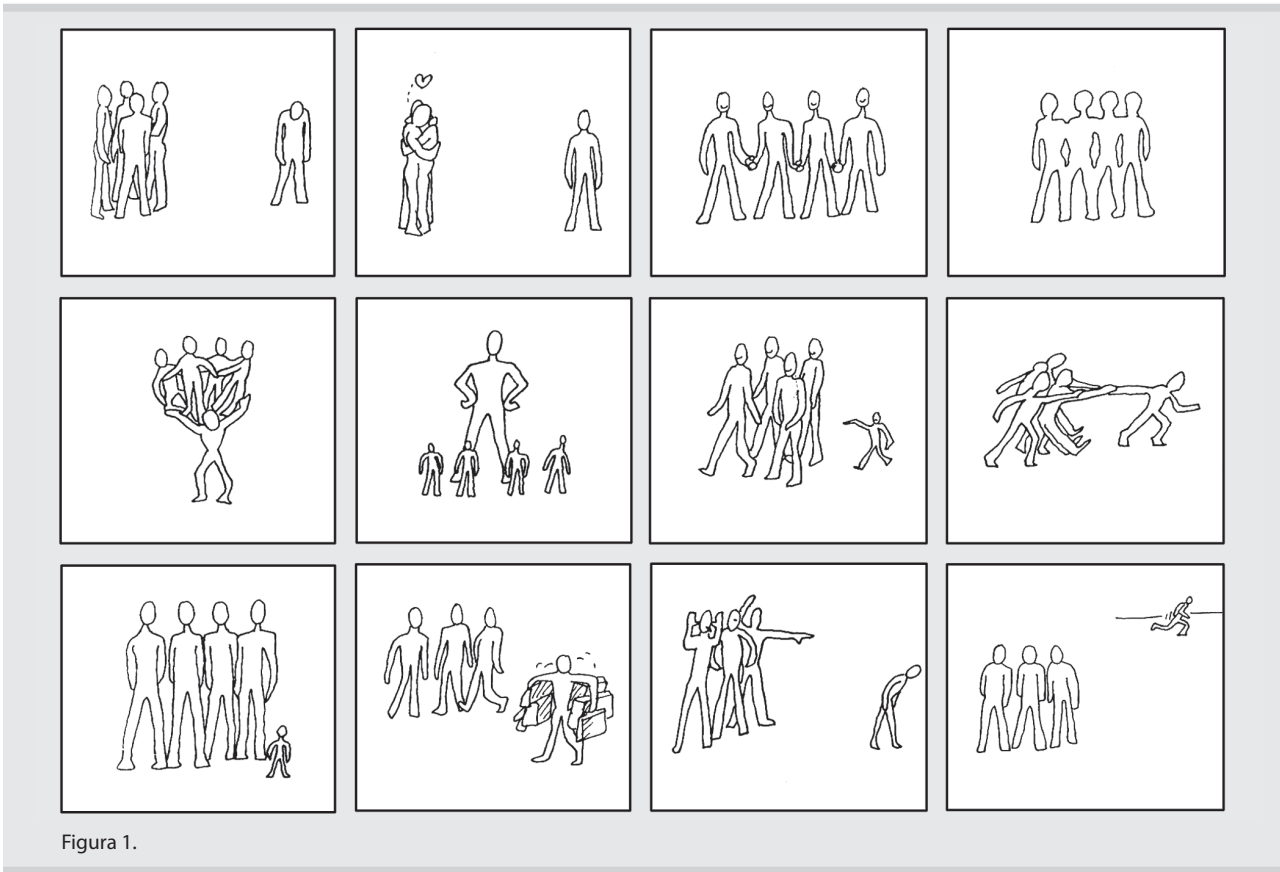


Figura 1.

Entriamo nella dimensione più reale del gruppo: c'è chi si carica il gruppo sulle spalle, c'è chi, oltre le proprie, porta anche le valigie degli altri, c'è chi "tira" il gruppo, c'è chi "trascina" sempre gli altri, i quali lo seguono non solo perché vengono trascinati ma anche perché sono uniti e non si lasciano".

*Domanda / sollecitazione 2. Quello che mi infastidisce nel rapporto con colleghi / collaboratori è...; Quello che mi piace è...; Quello che offro nella relazione coi colleghi è...; Quello che desidero nella relazione coi colleghi è...; Quando lavoro in gruppo per me è importante che...*

- Dà fastidio la fiscalità dei collaboratori che in alcuni casi risulta essere eccessiva. Vengono fornite alcune spiegazioni: legate al tipo di rapporto: dipendente per i collaboratori e in convenzione per il medico; legate al compenso e non al paziente che porta un "bisogno" per il quale non c'è orario; o ancora al fatto che molti collaboratori hanno altri impegni fuori dallo studio. C'è chi sottolinea che per il suo Centro non si può dire lo stesso perché le collaboratrici si trattengono sempre oltre l'orario ordinario. Infastidisce la mancanza, nella pratica, di una (con)divisione con distribuzione e assunzione di impegni equa tra i colleghi. È emersa l'esigenza di una maggiore programmazione delle riunioni e degli incontri, con migliore attenzione ai tempi e agli spazi. "Un altro motivo che mi ha fatto innervosire, star male, infastidire è il rischio che rompessimo quest'esperienza" testimonia della fatica e della difficoltà del lavoro in (con)divisione, in gruppo.

- La struttura logistica del Centro costituisce in qualche caso un ostacolo in quanto non consente una privacy ottimale.

- Tutti i partecipanti cercano e offrono disponibilità e rispetto e per tutti è importante la (con)divisione e a tutti piace poter contare sul gruppo. Emerge la diversità di esigenze legate al diverso genere e alla diversa tipologia di pazienti e la necessità di: "comprensione perché essendo una donna ho delle esigenze diverse dalle loro". "Mi sento incastrata in una posizione un po' particolare ed è importante che ci sia questa comprensione in uno studio in cui c'è anche la presenza di una pediatra".

"Incastrata" rende bene l'idea della scarsa mobilità che traspare dagli interventi della PLS relativi alla diversa competenza, al diverso genere, alla diversa quantità di esperienza: va letta insieme alla comprensione nel senso di prendere insieme diversità di competenze, genere e esperienza. La cosa più gratificante è avere la possibilità di condividere la famiglia; è un po' come "un cerchio che si chiude": la PLS con i bambini da una parte e i MMG con i loro genitori dall'altra, in questi casi si assapora il buono e si coglie il bello della collaborazione.

*Domanda / sollecitazione 3. Un vostro paziente viene da voi e vi dice: l'altro giorno sono stato visitato dal vostro collega: mi sono trovato molto bene e sono soddisfatto della visita. L'interposizione di un collega, di una segretaria, di un'infermiera, interferisce sul "rapporto di fiducia fra medico e paziente"?*

- Dal punto di vista organizzativo l'introduzione dell'infermiera e della collaboratrice è positiva. La segretaria è risultata indispensabile ai fini della gestione dell'attività ambulatoriale e allo stesso modo è indispensabile l'infermiera che fa da filtro all'attività del medico, raccoglie i dati e li archivia ed assolve ad altre attività proprie del suo ruolo.

- Il risultato è più che soddisfacente: dal punto di vista professionale: “più clinica e meno ricette” anche se questo può significare più responsabilità. Tutti i problemi burocratici vengono evasi dalla segretaria, “che è molto più brava di me”.

- Questo ha permesso ai MMG di riacquistare una funzione professionale un po' maltrattata dai problemi burocratici e di budget e ha permesso di dare più spazio all'ascolto e al dialogo con i pazienti. “È più impegnativo perché rinvii meno dallo specialista e il problema devi risolverlo da te”. È proprio questa la forza del lavoro in gruppo: sapere che se c'è un dubbio diagnostico, di prescrizione, ci si può rivolgere al collega. Si parla di “fare tesoro dell'esperienza della diversità di competenze”.

- Altro aspetto emerso: la collaborazione con i colleghi e con le diverse figure professionali permette una migliore gestione della vita familiare.

- Viene posto un accento meno “razionale” ma più emozionale sulla presenza di queste figure professionali. Negli anni 80 per molti colleghi anche la segretaria era considerata un elemento disturbante. L'introduzione dell'infermiera, “che mette mano a pezzi della nostra attività” ha suscitato ancor di più emozioni negative. Integrando la dimensione centrata sulla medicina con quella centrata sul paziente, la “paura di perdere il paziente, del giudizio del collega”, è stata superata e si è evoluta in senso positivo come vantaggio professionale. Comunque viene riconosciuta la necessità di un impegno per superare la “gelosia del paziente” e arrivare al “confronto sul paziente per il paziente”.

*Domanda / sollecitazione 4. Un tuo collega è indeciso se associarsi o meno: quali sono state o sono le maggiori difficoltà e quali le possibili soluzioni. Quali argomentazioni porteresti a favore.*

- Lavorare insieme è simile ad una convivenza e come in ogni convivenza esistono rinuncia e/o concessione che vengono bilanciate dalla nuova conoscenza e dalla miglior realizzazione e che permettono di aprirsi a nuove formule di lavoro e ad una nuova progettualità che rinforza la motivazione delle proprie scelte professionali. Ci sono sempre fasi transitorie necessarie perché tutti possano valutare con serenità i vantaggi di svolgere questa specifica attività in maniera coordinata e condivisa con le altre figure professionali indispensabili affinché si realizzi il percorso migliore per il paziente e la sua famiglia.

FOCUS GROUP COLLABORATORI DI STUDIO E INFERMIERI  
(5 SEGRETARIE E 2 INFERMIERE)

*Domanda / sollecitazione 1. Voi nel gruppo*

- A parere di tutti, il gruppo ideale è quello in cui c'è l'unione di competenze e ruoli per il raggiungimento di un obiettivo comune: la salute dei pazienti. Per arrivare a tale definizione il processo è lungo e richiede l'impegno e la volontà di tutti e il confronto quotidiano sulle problematiche dei pazienti e dei medici.

- È opinione condivisa che la figura della segretaria/infermiera abbia una funzione rilevante. Emerge la percezione comune di fungere da fulcro, da pilastro; di svolgere una mole di lavoro notevole, di portare il peso del gruppo sulle spalle, e a volte di non veder riconosciuto questo impegno. “Ci sono giornate che alla fine hai fatto tanto

ma poi ti prendi schiaffi dai colleghi, schiaffi dai pazienti che non sono mai contenti e quindi ti dici ma che sto facendo? E ti senti piccola, piccola”. “Piccola”: quasi impotente di fronte alla consapevolezza che molto della gestione e dell'organizzazione passa attraverso l'attività segretariale, di cui, a volte, non si riconosce il pregio (“siamo avari di grazie e di brave!”).

- Vengono sottolineate le opportunità personali, culturali e professionali che il gruppo offre: “Gruppo come crescita che si arricchisce sempre di nuovi contenuti”.

*Domanda / sollecitazione 2. Quello che mi infastidisce nel rapporto con colleghi / collaboratori è...; Quello che mi piace è...; Quello che offro nella relazione coi colleghi è...; Quello che desidero nella relazione coi colleghi è...; Quando lavoro in gruppo per me è importante che...*

- In generale si offre disponibilità quando si lavora in gruppo e si desidera essere rispettati; piace la possibilità di interfacciarsi con i colleghi, medici e pazienti perché è un modo per arricchirsi reciprocamente. Il tema della comunicazione e della discussione è elemento chiave del buon funzionamento del gruppo.

- Piace condividere un momento di pausa, prendere “il caffè tutti insieme”: l'esigenza di momenti di incontro al di fuori del lavoro.

*Domanda / sollecitazione 3. L'interposizione di una segretaria, l'interposizione di un'infermiera, interferiscono sul rapporto di fiducia fra medico e paziente: usate un'immagine, una metafora per descrivere gli aspetti negativi e eventuali soluzioni; e gli aspetti positivi ed eventuali implementazioni.*

- La presenza della segretaria ha avuto un impatto positivo sul rapporto di fiducia tra medico e paziente: è quello che è emerso dalla riflessione su questo punto. La funzione segretariale è diventata anche per i pazienti un punto di riferimento e riveste un ruolo importante: di fiducia, di facile accesso. Nessuno ha percepito una conflittualità da parte dei medici nei loro confronti: “è partito dai medici del Centro il favorire la presenza della collaboratrice di studio”.

- L'infermiera ha contribuito al miglioramento del rapporto tra medico e paziente perché la sua presenza permette al medico di concentrarsi sulla clinica. La segretaria ha assunto e gestisce in prima persona molte incombenze che prima gravavano inappropriatamente sul medico. Allo stesso tempo, proprio perché è percepita dai pazienti come una figura professionale più facilmente accessibile, spesso svolge una funzione di preparazione alla visita del medico. C'è un rapporto più “diretto” con il paziente, che spesso “ha paura di sbagliare, di comunicare con il medico”.

- Altro tema importante che è emerso dalla discussione è quello dell'educazione alla salute. L'infermiera provvede all'assistenza e al trattamento dei pazienti, ma anche alla loro educazione alla salute. Compito principale è educare il paziente all'autofiducia e fornire un supporto che possa promuovere un comportamento razionale nella gestione della malattia così come della salute (prevenzione).

- Torna il tema della comunicazione tra collaboratori, tra collaboratori e medici e tra collaboratori e pazienti. Le abilità comunicative relazionali sono alla base di molte qualità richieste a un collaboratore di studio, sia esso segretaria o infermiera: capacità di gestire situazioni conflittuali, capacità di ascolto, capacità di rapportarsi con un gruppo molto variegato.

*Domanda/sollecitazione 4. Quali sono state o sono le maggiori difficoltà e quali le possibili soluzioni del lavorare in gruppo. Quali i punti di forza.*

● Il punto di forza è la comunicazione, presupposto fondamentale alla condivisione e collaborazione. La nota dolente è il carico di lavoro, come già emerso nella prima domanda/stimolo. In questa ultima riflessione emerge anche il senso di responsabilità che trattiene alcuni oltre l'orario di chiusura del Centro. La soluzione sarebbe quella di assumere altro personale, ma "in un momento così difficile per il lavoro, con tanta disoccupazione, va bene quello che abbiamo e non ci lamentiamo".

## Discussione

L'associazionismo rappresenta la proposizione di una nuova modalità per la professione del Medico di Medicina Generale (MMG).

D'altra parte, l'aumento della popolazione anziana e l'aumento del numero dei malati cronici hanno imposto ai sistemi sanitari la necessità di riorganizzare la struttura dei servizi assistenziali affidando all'ospedale l'area della terapia intensiva e della criticità ed alla medicina territoriale quella della gestione della cronicità. Attore principale di questo riassetto è il MMG che si trova a sostenere un importante impegno; basti pensare che nella Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche provocano almeno l'86% dei morti e il 77% del carico di malattia<sup>5</sup>. Per rispondere a queste nuove esigenze, il MMG si è orientato verso una dimensione di lavoro in gruppo, seppure a volte senza adeguata formazione, come riportato dalle testimonianze dei professionisti intervenuti nei focus. Dal punto di vista razionale, il lavoro di gruppo, come si evince dalle discussioni, è una risorsa notevole, soprattutto nell'ambito della responsabilità nei confronti dei pazienti. Le alternanze di ruoli, se concordate, determinano quell'assistenza integrativa "a quattro o a sei mani" che spesso a livello psicologico, sia per il MMG sia per il paziente, fornisce tranquillità, frutto della condivisione dell'indirizzo diagnostico e/o terapeutico. In questo modo il paziente non deve confrontarsi con altri professionisti se non c'è una vera necessità ad una prestazione di secondo o terzo livello<sup>7</sup>. In questa ottica, secondo i medici e gli altri operatori dei Centri intervenuti nei focus group, l'associazionismo ha rinvigorito il prestigio di una professione turbata dai problemi di contenimento della spesa e di budget, una professione con carattere peculiare per responsabilità globali difficilmente demandabili o delegabili<sup>8</sup>.

Non meno importante è l'impatto del lavoro di gruppo sul ritorno ad una medicina centrata sul malato in cui ci sia più spazio e più tempo per l'ascolto e l'accoglienza del paziente, necessari per sviluppare la consapevolezza che la salvaguardia della salute va perseguita in modo partecipativo e integrato, non solo curando la malattia, ma anche prevenendo situazioni e comportamenti forieri di stati patologici o di disagio. Come emerso nei focus

group, la presenza di segretarie e di infermiere ha consentito al medico di dedicarsi maggiormente al paziente, non dovendo più far fronte a problematiche e a prestazioni non strettamente legate alla clinica. Il ruolo della funzione segretariale è cambiato; inizialmente il paziente le si rivolgeva soltanto per fissare un appuntamento con il medico, ma con il tempo le richieste si sono estese anche ad informazioni di tipo amministrativo<sup>9</sup>. Non meno importante è l'infermiera nell'economia del Centro di Cure Primarie: funge da riferimento rilevando il bisogno assistenziale; effettua le prestazioni di competenza, in collaborazione con le altre professionalità; promuove la salute, favorisce la presa in carico dei pazienti; facilita il raccordo e l'intervento<sup>10</sup>.

Da un punto di vista emotivo, è stato necessario, per il MMG, superare notevoli difficoltà: gelosie, paura di perdere la credibilità di fronte al paziente, diffidenza nei confronti di infermiere e segretarie vissute a volte come minaccia alla leadership clinica. D'altra parte, forte è la necessità di collaborare con altre figure complementari e ciò ha richiesto, e continua a richiedere, uno sforzo organizzativo e negoziale costante, che supera spesso la dimensione professionale di disponibilità, di comprensibilità e continuità dei MMG<sup>11-13</sup>. La collaborazione, la condivisione più volte chiamata in causa nei focus group, insieme alle abilità comunicativo-relazionali, necessitano di una adeguata formazione, per la quale il mondo istituzionale sanitario non è ancora attrezzato a sufficienza, ma che costituisce il presupposto per il superamento e l'armonizzazione delle problematiche fra persone che debbono lavorare di concerto, spesso anche in condizioni di alta tensione<sup>14</sup>.

## Limiti dello studio

Il presente studio soffre di una serie di limiti insiti nella tecnica di rilevazione usata. Le indagini qualitative, come quelle condotte con i focus group, servono per approfondire la conoscenza di un fenomeno, cercando di coglierne la complessità e la globalità, e per comprendere le motivazioni che stanno dietro i comportamenti studiati. I vantaggi di tale tecnica risiedono nel fatto che i focus group sono centrati sulle categorie, sui significati propri dei partecipanti e sui contesti in cui vivono e attraverso cui vedono il mondo: quindi offrono informazioni dense e feconde sul piano interpretativo.

Sono insostituibili per raccogliere informazioni su vissuti, motivazioni, visioni del mondo e possono essere condotte utilizzando pochi casi/osservazioni. Nel caso specifico, la partecipazione è stata pressoché totale, coinvolgendo quasi tutti gli operatori dei tre Centri.

Uno dei limiti dell'utilizzo dei focus group sta nel fatto che essi sono molto onerosi in termini di tempo e di risorse. Inoltre generano interpretazioni potenzialmente condizionate dalla soggettività di chi le svolge, sono poco "riproducibili" e non sono generalizzabili.

Il nostro studio fotografa una realtà molto specifica, quella dei tre Centri di Cure Primarie del Sannio. Le informazioni ottenute sono relative all'esperienza dell'associazionismo in un territorio rurale e in un contesto socio-culturale peculiare e sono difficilmente trasferibili ad altre realtà. Rappresentano, una parziale sfaccettatura di un fenomeno più ampio e complesso.

## Conclusioni

Da quanto esposto si evince la necessità di prevedere, a livello istituzionale, una formazione del personale sanitario alle abilità comunicativo-relazionali ed al lavoro in équipe. L'educazione/formazione in ambito sanitario è generalmente improntata alla competizione piuttosto che al lavoro in gruppo e di gruppo. Lavorare in équipe significa che non è una sola figura professionale che si occupa del paziente, né che molte figure si occupano del paziente ognuna indipendentemente dall'altra, in maniera separata. Il lavoro di équipe significa, invece, che la cura viene effettuata da un gruppo integrato, cioè da persone che lavorano in modo armonico e che condizionano il proprio compito attraverso una continua correlazione fatta di scambi, di confronti, di reciproci contributi, suggerimenti e pareri. È evidente anche il bisogno di prendere le distanze dall'approccio esclusivamente biomedico alla malattia e alla salute, approccio che ha impoverito la dimensione umana e relazionale del rapporto di cura; occorre ritornare ad una medicina centrata sul paziente.

Non sufficiente importanza è stata finora data alla competenza comunicativa del medico e degli operatori ausiliari. La sottovalutazione delle conseguenze, in termini di insicurezza e incertezza, che comporta l'incapacità di accogliere integralmente il malato, è sofferta non solo da chi patisce la malattia ma anche da chi lo accompagna.

I dati di questa indagine, per i limiti su esposti, non hanno il rigore scientifico di studi quantitativi, ma descrivono la realtà dei Centri di Cure Primarie del Sannio da una prospettiva diversa: quella del mondo emotivo, "nascosto", degli operatori; sarebbe interessante esplorare l'impatto che l'associazionismo ha prodotto anche sull'altro protagonista dei Centri di Cure Primarie: il malato.

## Bibliografia

1. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 2004; 291: 1246-51.
2. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008; 45: 140-53.
3. Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care. *Dan Med Bull* 2011; 58: B4245.
4. Cardano M. Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali. Roma: Carocci Editore, 2003: 153-9.
5. Cataldi S. Come si analizzano i focus group. Milano: Franco Angeli, 2009: 115-137.
6. The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/european-health-report-2005-the-public-health-action-for-healthier-children-and-populations>).
7. Huby G, Gerry M, McKinstry B, Porter M, Shaw J, Wrate R. Morale among general practitioners: qualitative study exploring relations between partnership arrangements, personal style, and workload. *BMJ* 2002; 325: 140.
8. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med* 2005; 142: 700-8.
9. Swinglehurst D, Greenhalgh T, Russell J, Myall M. Receptionist input to quality and safety in repeat prescribing in UK general practice: ethnographic case study. *BMJ* 2011; 343: d6788.
10. van den Hombergh P, Engels Y, van den Hoogen H, van Doremalen J, van den Bosch W, Grol R. Saying "goodbye" to single-handed practices; what do patients and staff lose or gain? *Fam Pract* 2005; 22: 20-7.
11. Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trust? *BMJ* 2001; 322: 599-602.
12. Branson R, Armstrong D. General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. *BMJ* 2004; 329: 685.
13. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmor JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med* 2005; 142: 700-8.
14. Endsley S, Kirkegaard M, Linares A. Working together communities of practice in family medicine. *Fam Pract Manag* 2005; 12: 28-32.