

Indagine sul vissuto professionale del Medico di Medicina Generale oggi nella Provincia di Napoli

P. Iaccarino; C. Brancati; F. Montanino
(associazione culturale La città di Pulcinella)

PREMESSA. Qualche anno volemmo indagare sul perché a Napoli si muore di "cuore" più che nel resto d'Italia. Lo studio, che i pazienti chiamarono "Core Napulitano", evidenziò che uno dei principali fattori di rischio risiedeva proprio nella mancata percezione del rischio stesso tra la nostra gente, e che la malattia era inversamente proporzionale al grado di istruzione. Concludemmo che, se gli uomini e le donne di Napoli hanno un'aspettativa di vita inferiore di circa un anno rispetto al resto del paese (75.3 gli uomini, 81.2 le donne), muoiono soprattutto di malattie cardiovascolari, e il maggiore pericolo per loro consiste proprio nel non conoscere, o non riconoscere, o non volere riconoscere come tali, i fattori di rischio per il cuore¹, diveniva urgente e fondamentale un idoneo lavoro di prevenzione

Ma la Prevenzione, operazione culturale complessa, che non può trovare risposte in agiti inquadrati unicamente in un modello sanitario, richiede, necessariamente, l'integrazione di più forze sociali..

In questa integrazione, l'anello di congiunzione tra Sanità e Società potrebbe essere rappresentato dal Medico di Famiglia, figura che il nostro SSN istituzionalmente individua, per competenze e compiti, come figura centrale dell'assistenza sanitaria., che la gente pone sul punto più alto di gradimento dell'assistenza sanitaria pubblica (Censis), e al quale riconosce compiti che vanno oltre quelli esclusivamente sanitari., per le sue peculiari caratteristiche, quali agire quotidianamente la sua professione in continua relazione con l'individuo, nella sua famiglia, nel suo quartiere, nella sua città, integrando, consapevolmente o meno, arte, scienza e coscienza, nel contesto sociale, politico ed antropologico nel quale vive la gente che gli si affida.

E' in condizioni di accettare questa sfida culturale il nostro Medico di Medicina Generale?

Per dare una risposta a questa domanda è indispensabile svelare chi è "il Medico di Famiglia", fotografandone la realtà, conoscendo il suo vissuto professionale, interpretando le sue aspettative future. E' questo lo scopo che ci siamo prefissi con lo studio "Medico di Famiglia Anello di congiunzione fra Sanità e Cultura -Indagine sul vissuto professionale del Medico di Medicina Generale oggi nella Provincia di Napoli, come associazione culturale "La città di Pulcinella" in collaborazione con la Provincia di Napoli.

OBIETTIVO Valutare la possibilità da parte del Medico di Medicina Generale di interpretare un ruolo culturale, oltre che professionale, nell'organizzazione di progetti di prevenzione finalizzati alla correzione di stili di vita "rischiosi" per la Salute della Persona. Offrire una fotografia della realtà e del vissuto del Medico di Medicina Generale alle Istituzioni interessate a disegnarne un nuovo ruolo professionale e nuovi scenari interpretativi.

MATERIALI E METODI. Strumento dello studio è un questionario diviso in tre sezioni:

1. una parte definita "Anagrafica" che intende fotografare il Medico di Medicina Generale di Napoli e Provincia inquadrato nel suo contesto professionale;
2. una parte, più complessa, che abbiamo definita dei "Codici", che intende svelare, attraverso una serie di domande raccolte in capitoli, il vissuto del Medico di Medicina Generale nella sua complessità emozionale, relazionale, professionale, istituzionale, etc. :
 - codice 1 - *Medico di Medicina Generale, ruoli, competenze, compiti;*

¹ Citizens and family doctors facing awareness and management of traditional cardiovascular risk factors. Results from the Global Cardiovascular Risk reduction Project (Help Your Heart Stay Young Study) NUTRITION, METABOLISM AND CARDIOVASCULAR DISEASES Agosto 2003 e "La cardioprotezione sul pianeta Napoli" Ciro Brancati. RMP n.600, giugno 2004, pag 21

- ❑ *codice 2 - La relazione Medico Paziente;*
- ❑ *codice 3- L'Ambulatorio;*
- ❑ *codice 4 - La ricetta;*
- ❑ *codice 5 - MMG e Rete Territoriale;*
- ❑ *codice 6 - L' integrazione socio-sanitaria;*
- ❑ *codice 7 - La formazione;*
- ❑ *codice 8 - la Ricerca e le Banche Dati.*

3. Una sezione finale nella quale, partendo da un'analisi del malessere professionale dei Medici di Famiglia, si stimolano i colleghi a rilevare le aspettative per il loro futuro professionale.

Il questionario è stato somministrato a colleghi MMG di Napoli e provincia, nell'arco di quattro mesi, durante seminari di formazione promossi dalle aziende sanitarie o, laddove non è stato possibile adottare questa metodica, è stato distribuito e ritirato presso i distretti in occasione del ritiro dei ricettari.

RISULTATI. Hanno risposto al questionario 518 colleghi, circa il 30 % dei Medici di Famiglia napoletani. **(Tabella 1)**

Speravamo, nell'intraprendere la nostra indagine, di raggiungere con il nostro questionario la maggioranza dei medici di famiglia di Napoli e provincia, stimati in circa 2500, non per raggiungere la significatività statistica, non perseguita e non necessaria per le finalità più squisitamente "Politiche" e culturali del CTS dello studio e dell'associazione, ma per conseguire in contemporanea agli obiettivi dichiarati della ricerca, anche il risultato di porre ad una platea, quanto più vasta possibile, le inquietudini, gli interrogativi e le certezze sul ruolo da ricoprire nella società di "un' avanguardia professionale". Per motivi diversi, la cui valutazione esula dagli obiettivi dell'articolo, il lavoro del gruppo ha suscitato anticorpi in molti ambienti (anche questo è un dato) e questo ha impedito il contributo alla ricerca di un numero più ampio di colleghi di quello già incontestabilmente "potente" per questo tipo di studi.

Dalla "Istantanea", la prima cosa che salta agli occhi è che la maggioranza dei colleghi ha un'età tra i 50 e i 65 anni (61%) e solo l'1% è al di sotto dei 40 anni. Il 69% conosce una lingua straniera, il 74% ha almeno una specializzazione, l'85% utilizza l'informatica e il 60% internet, dati confortanti circa il livello di competenza. Eppure, di contro, si scopre che il 58,9 % non regola l'accesso in ambulatorio, ed il 57.34 % non ha personale di studio. Esiste un 7.7 %, che non è molto ma neanche poco, che dichiara di lavorare meno di 6 h al giorno e un 2% di questi sembra non avere alcun tipo di cartella clinica, mentre ancora un 20% ce l'ha solo cartacea. In ogni caso, l'81.7 % dichiara che fa il medico di medicina generale per scelta.

Ma, venendo a ciò che più ci premeva, in tal sede, esplorare e cioè la capacità di gestire un ruolo culturale nella prevenzione, si è scelto di focalizzare l'attenzione sui codici 2, 6 e 7, relativi, rispettivamente ad esplorare "la relazione medico-paziente" (codice 2), "l'integrazione socio-sanitaria" (codice 6), "la formazione" (codice 7), e sulla parte tesa ad esplorare un eventuale "Malessere" dei medici.

Per quanto riguarda la relazione medico paziente, la risposta che innanzitutto ci è parsa preliminare e significativa a tutto il discorso è stata quella concernente il ruolo che il medico di famiglia ritiene di interpretare. Nel 48% dei casi si riconosce un ruolo "culturale", ruolo che, a nostro avviso, è fondamentale per qualunque atto si ritenga realmente preventivo (**Tabella 2**). In seconda istanza, si è esplorato quanto si ritenga indispensabile l'esistenza di una buona relazione medico - paziente: e qui, con sorpresa scopriamo che solo per il 45% dei medici gli aspetti relazionali sono ritenuti indispensabili! (**Tabella 3**). Ma qual è il rapporto che si intrattiene con il paziente? Il 92% ritiene che il rapporto tra medico e paziente sia di tipo "fiduciario"; solo il 30% che sia di tipo "collaborativo".

Pur considerando (l'88%) che la relazione medico paziente sia centrata sul paziente (**Tabella 4**), solo il 55% ritiene che la relazione medico paziente rappresenti una dimensione culturale differente da quella clinica. Le difficoltà relazionali riconosciute (66%) sono dovute prevalentemente a cause burocratiche (86%), a interferenze degli specialisti (64%), solo l'11% le ritiene dovute a problematiche puramente relazionali. Il rapporto continuato nel tempo viene ritenuta la caratteristica fondamentale della

relazione in Medicina Generale (83%), molto meno significativa, invece, la condivisione del territorio (22%), ancor meno le comuni radici culturali (11%). L'educazione alla prevenzione primaria è ritenuta per il 63% una competenza sociosanitaria, per il 62% sanitaria, per il 43% sociale, culturale per il 27% e solo per il 25% politica (Tabella 5). In maniera compatta, invece, (83%), si ritiene che sia compito del medico di Medicina Generale educare al cambiamento dello stile di vita, oltre che informare sui fattori di rischio (78%) (Tabella 6).

Ma cosa ne sanno e ne pensano i nostri medici di famiglia campani della integrazione socio - sanitaria? Solo il 32% dichiara di conoscere o aver partecipato ad esperienze di integrazione. Alla domanda se il medico di medicina generale in esperienze di integrazione socio-sanitaria sia figura utile o fondamentale, il 46% ha risposto fondamentale, il 43% utile, forse sovrastimando, stavolta, il proprio ruolo. Complessivamente, però, viene riconosciuta necessaria l'integrazione nelle situazioni difficili, quali l'assistenza domiciliare, quella agli anziani o al malato terminale, quella al malato mentale o al tossicodipendente/alcolista .

Qual è il ruolo dell'attuale formazione del medico di medicina generale in questo senso? Cosa pensano i nostri medici della attuale formazione? IL 54% ritiene che la formazione del medico debba essere continua, che quella attuale sia nel 35% dei casi ambigua, nel 36% confusa. Essa non risponde alle esigenze formative dei medici, che pur continuano ad essere avvertite: il 64% dichiara di andare ad un evento formativo per esigenza professionale (arricchimento e/o debito culturale), il 42% per la qualità formativa dell'evento stesso; il 65% ritiene utili momenti formativi concernenti la relazione medico - paziente, addirittura indispensabili il 19%, sentita anche l'esigenza che tali momenti formativi facciano parte della Formazione permanente (38%), o di gruppi di confronto tra colleghi (38%).

Comunque calzante, a nostro avviso, e interessante, infine, qualche dato sul malessere del medico di medicina generale. Anche se solo il 27% dichiara di sentirsi affetto da "burn-out", il 61% denuncia un profondo malessere, attribuibile prevalentemente a cause burocratico amministrative, tra cui dominano le note AIFA (66%), il controllo della spesa (58%) e lo svolgimento di compiti non idonei (58%), ad un rapporto con il territorio conflittuale, specialmente con gli specialisti (66%) e con gli ospedali (51%), alle richieste improprie ed esasperate dei pazienti (78%).

DISCUSSIONE DEI DATI

Dai dati della "istantanea" si evince che la popolazione di medici in esame è complessivamente avanti negli anni (età media >50 anni), con tutto quanto questo comporta, sia in termini di esperienza maturata, che di calo della motivazione o, quanto meno, dell'entusiasmo. Viene spontaneo chiedersi se l'inserimento di giovani medici nella Medicina Generale Campana non possa consentire che un bagaglio di esperienza e di organizzazione si amalgami con una innovativa vitalità, fisiologicamente legata ad un maggior entusiasmo giovanile.

Ancora alto il numero di medici che lavora da solo e che usa una cartella clinica cartacea, ancora non ben organizzato l'ambulatorio; eppure la maggior parte dei medici dichiara di fare questo mestiere per scelta. Volendo dare credito alla scelta per passione, viene spontaneo chiedersi se basta, oggi, questa motivazione per fare questo mestiere: davvero si può fare oggi il medico di famiglia ancora con la penna ed il calamaio?

L'intervento sugli stili di vita, fondamentale nella prevenzione delle patologie croniche, è un atto complesso, per svolgere il quale è necessaria una solida alleanza terapeutica e lo sviluppo di una competenza da parte di chi sostiene il ruolo di "educatore".

Dai dati esplorati emerge ancora una tendenza a considerare la relazione medico paziente più di tipo fiduciario che collaborativo, pertanto, si è ancora lontani dal considerare che, nella relazione, il paziente sia coinvolto nella gestione della propria salute. Ampiamente riconosciuta la necessità di momenti formativi, nell'ambito della Formazione Permanente, riguardanti la relazione medico-paziente.

Da più parti si inizia a comprendere che la promozione della salute e la prevenzione stessa necessitano dell'intervento coordinato di più forze sociali. Addirittura si inizia a parlare di "marketing sociale" al servizio della salute², nel quale si riconosce un ruolo centrale ai medici, che, forti di una relazione

fiduciaria, possono rafforzare i messaggi positivi promossi. Ancora scarsa ci sembra, qui da noi, la attuazione di processi di integrazione socio-sanitaria, anche se si ritiene che il medico di medicina generale sia una figura fondamentale per la loro eventuale realizzazione.

La maggioranza dei nostri medici denuncia un profondo malessere, un quarto si ritiene addirittura affetto da burn-out: tra le cause dichiarate di malessere spicca il dato delle cause burocratico amministrative: sembra delinearsi una duplice e contraria oppressione: da un lato il "controllo" delle istituzioni, dall'altro le richieste esasperate dei pazienti, con l'aggravante di un territorio poco collaborativo.

CONCLUSIONI

Alla domanda iniziale del presente lavoro, se il medico di Medicina Generale sia pronto ad accettare una sfida che lo porti ad assumere un ruolo centrale, sì, ma soprattutto culturale, nella prevenzione, ci sembra di evincere, allo stato, sia pur per motivi complessi e disparati, che oggi, almeno a Napoli e provincia, il medico di famiglia sia, piuttosto, pronto a delegarla, convinto, forse, di perderla. E allora? Basterà affiancare al medico di Medicina Generale, come recentemente proposto dalla SIMG, il cosiddetto "Care Manager", figura di profilo sanitario elevato con funzione di counsellor e guida, quasi come fosse un bastone dato al medico "zoppo", troppo oberato dalla burocrazia e dal controllo della spesa?

Non sarebbe ancora più utile insistere sul ruolo culturale del medico, anche con adeguata formazione, (forse anche con controlli di qualità... e mi rendo conto che il rischio di tali affermazioni è la impopolarità!), e con una politica che, rivalutando questo ruolo, riattribuisca al medico la sua vera responsabilità professionale nella gestione della "Cura" e lo sgravi, di contro, dal peso della gestione burocratica ed economica della professione? Amaramente, se non si è in grado, oggi, di salvare nella sua essenza la Medicina di Famiglia, si può ancora pensare di salvare una Medicina della Persona?

BIBLIOGRAFIA

1. Brancati C, "La cardioprotezione sul pianeta Napoli". RMP n.600, giugno 2004, pag 21
2. Citizens and family doctors facing awareness and management of traditional cardiovascular risk factors. Results from the Global Cardiovascular Risk reduction Project (Help Your Heart Stay Young Study) NUTRITION, METABOLISM AND CARDIOVASCULAR DISEASES Agosto 2003
3. Celentano A, Brancati C, Di Minno G, Guillaro B, Panico S. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice at family doctors. The "Help your heart stay young study" . Heart Journal. Vol.october 2004.
4. Evans WD "How social marketing works in health care" BMJ, 2006, vol. 332, No 7551

Tab.1 Istantanea di 518 MdF di Napoli e Provincia											
ASL			SESSO			ETA'			ANNI CONVENZIONE		
NA1	309	60%	NR	7	1%	NR	4	1%	NR	2	0.4%
NA2	7	1%	M	423	82%	30-40	3	1%	< 5	23	4.4%
NA3	133	26%	F	88	17%	41-50	192	37%	5-10	67	12.9%
NA4	7	1%				51-60	284	54%	10-20	95	18.3%
NA5	62	12%				> 60	35	7%	>20	331	64%
Totale	518	100%	518 (100%)			518 (100%)			518 (100%)		
Napoli	309	60%									
Provincia	209	40%									
MMG come scelta			Specialista			Esercita Specializzazione			Conosce lingua straniera		
NR	19	3.7%	NR	6	1.2%	NR	21	4.1%	NR	18	3%
SI	423	81.7%	SI	386	74.5%	SI	236	45.5%	SI	356	69%
NO	76	14.6%	NO	126	24.3	NO	261	50.4%	NO	144	28%
Totale	518 (100%)		518 (100%)			518 (100%)			518 (100%)		
N°assistiti			Ore Medicina Generale			Visite Amb./sett.			Visite Domic./sett.		
NR	5	1%	NR	23	4.4 %	NR	11	2%	NR	24	5%
< 500	37	7%	< 6	40	7.7 %	< 50	58	11%	< 5	55	11%
501-750	36	7%	6-10	208	40.2	> 50	119	23%	> 10	268	51%
751-1000	55	11%	> 10	247	47.7	>10	330	64%	> 20	171	33%
1001-1500	385	74%									
Totale	518	100 %	518 (100%)			518 (100%)			518 (100%)		
Come riceve			Ha personale			Reperibilità cellulare					
NR	7	1.4%	NR	-	-	NR	21	4.1 %			
Appuntamento	26	5%	No	297	57.34%	SI	389	75.1 %			
Senza appuntamento	305	58.9%	Segretaria	219	42.28%	N	108	20.8 %			
Modalità mista	180	34.7%	Infermiere	1	0.19 %	O					
			Entrambi	1	0.19%						
Totale	518 (100%)		518 (100)			518 (100%)					
Cartella Clinica			Usi Computer			Usi Internet					
Non si sa	9	2%	NR	9	2%	NR	89	17%			
Cartacea	103	20%	SI	443	85%	SI	312	60%			
Informatica	406	78%	NO	66	13%	NO	117	23%			
Totale	518 (100%)		518 (100%)			518 (100%)					
Come Lavora			Iscritto a cooperativa								
NR	12	2%	NR	15	2%						
Da solo	168	32%	SI	262	51%						
Medicina di gruppo	62	12%	NO	241	47%						
Associazione semplice	76	15%	Considerazione : 76 colleghi che lavorano in associazione non si servono delle società di servizio della Medicina Generale								
Associazione in rete	200	39%									
Totale	518 (100%)		Totale			518 (100%)					
Iscritto Sindacato			Iscritto Società scientifica			Partecipazione a studi scientifici					
NR	34	7%	NR	69	13	NR	159	27%			
SI	392	75%	SI	197	38	Promossi dalla Medicina Generale	135				
NO	92	18%	NO	252	49	Promossi da altri	116				
Totale	518 (100%)		518 (100%)			Da entrambi			108		

Tabella 2
Quale o quali ruoli per il MMG ?
 (risposta multipla)

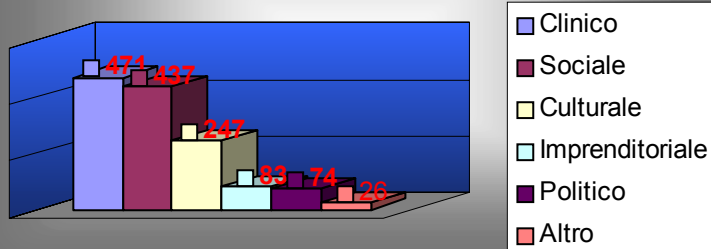


Tabella 3
 Ritieni possibile fare buona assistenza clinica
 senza una buona relazione medico paziente ?

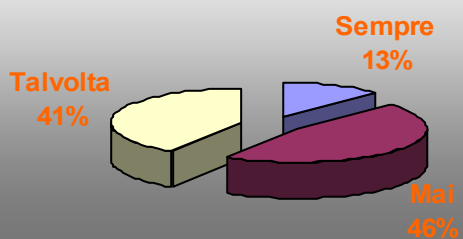


Tabella 4
 Consideri la relazione medico paziente in
 Medicina Generale centrata :

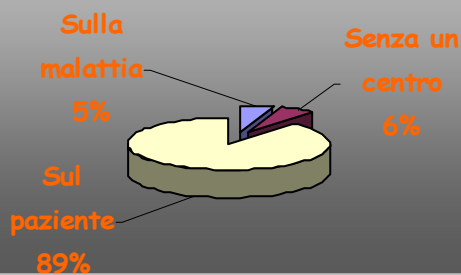
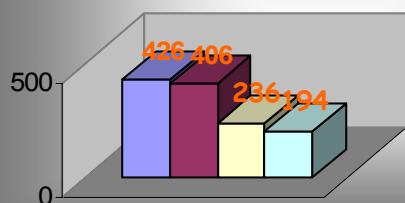


Tabella 5 (risposta multipla)
 L' "educazione" alla prevenzione primaria è
 una competenza :



Tabella 6 (risposta multipla)

Il compito del MMG rispetto alle abitudini di vita a rischio è :



- Educare al cambiamento
- Informare sui fattori di rischio
- Spingere al cambiamento
- le eventuali conseguenze

IL MALESSERE

Si definisce burn out una "Sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale (emotivamente svuotato e annullato dal proprio lavoro, per effetto di un inaridimento nel rapporto con gli altri), depersonalizzazione (atteggiamento di allontanamento e di rifiuto nei confronti di coloro che richiedono o ricevono la prestazione professionale, il servizio di cura) e riduzione delle capacità personali (percezione della propria inadeguatezza al lavoro, caduta dell'autostima e sensazione di insuccesso nel proprio lavoro)" Ritieni di essere affetto da "burn out"?

SI 154 NO 364

Ritieni di vivere una situazione di "Malessere" lavorativo?

SI 318 NO 200

Quali ritieni possano essere le cause del Malessere di un Medico di Famiglia? (possibile risposta multipla)

BUROCRATICO AMMINISTRATIVE

Note AIFA 329
 Controllo spesa sanitaria 297
 Controllo dei MMG da parte della struttura 210
 Compiti non idonei al ruolo del MMG 291
 La "ricettazione" 133

RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

Richieste improprie da parte del paziente 400
 Difficoltà relazionale o gestione dei conflitti 85
 Contatto emotivo con la sofferenza 22

RAPPORTO CON IL TERRITORIO

Specialisti 319
 Ospedali 257
 Farmacie 165
 Centri di riabilitazione 209
 Strutture amministrative 185

PERSONALI

Familiari 32
 Sociali 91
 Economiche 78
 Vissuto di isolamento 65
 Scarsa considerazione sociale del ruolo 151