

Il management del diabete nelle nuove forme organizzative della Medicina Generale: AFT e UCCP

Giorgio Carlo Monti

Medico di Medicina Generale, SIMG

Parole chiave

**Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
Unità Complessa di Cure primarie (UCCP)
Diabete**

Premessa

Col definitivo licenziamento, da parte delle Regioni, del documento integrativo dell'atto d'indirizzo per la medicina convenzionata del 2014, riprende l'iter legislativo per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale (MMG) e della pediatria di libera scelta.

La *rivoluzione* delle cure primarie prevede, come recita il documento stesso, "... la revisione e riorganizzazione dei processi assistenziali e di accesso alle prestazioni mediante il coordinamento dell'attività dei medici convenzionati e degli altri professionisti sanitari, anche con il supporto e lo sviluppo di strumenti informatici e telematici, salvaguardando la diffusione capillare degli studi medici e il rapporto di fiducia medico-paziente in un contesto nel quale devono essere assicurati gli obiettivi di salute definiti dalla regione in coerenza con gli indicatori epidemiologici delle Asl".

Perno del sistema sono le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). È il modello organizzativo territoriale mono-professionale in ambito distrettuale, articolato su un bacino di utenza massima di 30mila abitanti, attraverso il quale i medici del ruolo unico di cure primarie (attualmente assistenza primaria e continuità assistenziale) e i pediatri di libera scelta che vi partecipano garantiscono l'assistenza territoriale.

Con l'istituzione delle AFT si superano e sostituiscono le diverse tipologie di forme associative e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni.

I medici confluiti nel ruolo unico delle cure primarie potranno svolgere sia attività professionale di tipo fiduciario tradizionale, sia attività su base oraria. L'impegno è "h16": le AFT dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta assicurano l'apertura degli studi dalle 8 alle 20 dei giorni feriali, dal lunedì al venerdì. Mentre i medici di cure primarie a rapporto orario (ex continuità assistenziale, saranno presenti tutti i giorni dalle 20 alle 24 e di sabato e festivi dalle 8 alle 20).

Recita ancora il documento: "Nella AFT si realizza il raccordo dell'attività dei medici convenzionati per garantire l'estensione oraria dell'attività di cura, costituire riferimento funzionale per specifici percorsi per pazienti con patologia cronica o inseriti in programmi di assistenza domiciliare, nonché per promuovere e sviluppare la medicina d'iniziativa. Per promuovere e agevolare questo percorso è indispensabile che i medici aggregati in AFT, collegati tra di loro e con la rete informatica aziendale e regionale, condividano finalità e modalità operative necessarie per la realizzazione del modello assistenziale delineato dalla legge 189/2012, coerentemente con la programmazione regionale ...".

L'adesione (obbligatoria) all'AFT comporterà profondi cambiamenti per

Indirizzo per la corrispondenza

GIORGIO CARLO MONTI
giomonti54@vodafone.it

ogni medico, che pur continuando a operare autonomamente nel proprio studio dovrà:

- operare in integrazione con gli altri medici dell'AFT e perseguire con i colleghi obiettivi di assistenza sanitaria;
- adeguare la propria organizzazione assistenziale finalizzandola agli obiettivi della AFT;
- rivedere e modulare il proprio impegno professionale, anche in termini di orario, in funzione degli obiettivi assegnati.

La responsabilità organizzativa di ogni AFT è affidata dall'Azienda Sanitaria di riferimento a "... un referente (Coordinatore di AFT), scelto tra i medici convenzionati in essa operanti tra quelli disponibili a svolgere tale funzione e che abbiano maturato esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale, dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura. Il referente assicura il coordinamento organizzativo e l'integrazione professionale dei medici della AFT, con particolare riferimento al governo clinico e ai processi assistenziali, raccordandosi con il distretto territorialmente competente".

Il processo di revisione e aggiornamento degli accordi collettivi nazionali vigenti deve avvenire senza alcun onere a carico della finanza pubblica. Le risorse precedentemente destinate dagli accordi precedenti alla remunerazione dei fattori produttivi (associazionismo, collaboratore di studio, infermiere, funzione informativo-informatica) costituiscono un "fondo di AFT". Tale fondo viene erogato assicurando prioritariamente ai medici, che attualmente percepiscono le predette indennità, il mantenimento del trattamento economico in funzione dello standard assistenziale già garantito.

Il "fondo di AFT" conterrà anche la dotazione di risorse che si libereranno in forza della cessazione degli incarichi, ovvero della variazione dello standard erogativo e organizzativo. Tali risorse saranno finalizzate, in misura prioritaria, alla perequazione del trattamento economico dei medici di scelta operanti nella medesima AFT; la restante parte sarà utilizzata dall'Azienda per realizzare condizioni di omogeneità del trattamento economico dei medici iscritti negli elenchi di scelta operanti nelle altre AFT del territorio.

Nell'ambito della revisione del trattamento economico dei medici di cure primarie e dei pediatri di libera scelta, la quota capitaria per assistito e la quota oraria restano definite dall'ACN. La quota variabile va regolamentata all'interno dei nuovi accordi integrativi regionali per la remunerazione degli obiettivi individuati a livello regionale, garantendo l'invarianza delle risorse finanziarie già disponibili.

L'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) è la struttura organizzativa di riferimento delle AFT distrettuali a integrazione multidisciplinare e interprofessionale, caratterizzata da una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. L'UCCP garantisce l'erogazione, in coerenza con la programmazione regionale, delle prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, dell'assistenza infermieristica, osteotrica, tecnica, riabilitativa e assicura l'accesso per l'assistenza

sociale e i servizi della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

I modelli di UCCP, pur differenziati e di diversa complessità, in ragione delle caratteristiche territoriali e demografiche, dovranno configurarsi quali strutture polivalenti e polifunzionali.

Nell'ambito dell'attività dell'UCCP, i medici devono impegnarsi, in particolare, nello svolgimento dei seguenti compiti:

1. assicurare l'accesso degli assistiti ai servizi della UCCP in integrazione con il team multi-professionale, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
2. garantire un'effettiva presa in carico dell'assistito, in particolare dei pazienti cronici con bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti va perseguita l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello;
3. contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale, a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

La Medicina Generale nelle AFT

Le regole del gioco alle quali la Medicina Generale era abituata in questi anni sono radicalmente cambiate. L'aziendalizzazione del sistema sanitario, l'introduzione di un mercato in sanità, la concorrenza pubblico-privato, le risorse limitate, hanno responsabilizzato il medico quale induttore di spesa e lo hanno portato a porre la necessaria attenzione agli aspetti economico-finanziari, ai costi benefici, all'efficacia e all'efficienza.

Inizialmente l'atteggiamento dei MMG è stato di chi crede ancora nel "plus ça change, plus c'est la même chose" cioè, come spesso accade, più si cambia e più le cose restano come sono. I cambiamenti introdotti, spesso imposti al sistema, sono apparsi poco familiari, né comprensibili ai più, e hanno portato a negare l'evidenza del problema, perché ancora oggi si è troppo legati all'immobilità, all'abitudine al garantismo e all'autoprotezione. Oggi l'atto medico è diventato un processo complesso condizionato dai cambiamenti epidemiologici in vigore, dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento della cronicità, della fragilità e della non autosufficienza.

In questo contesto il MMG constata quotidianamente di non essere solo "l'agente della domanda", colui cioè che traduce per conto del paziente il bisogno di quest'ultimo in domanda sanitaria, ma di svolgere una complessa attività di care manager nel coordinare l'assistenza al malato clinicamente complesso e fragile. Ciò comporta che egli sappia prendere quotidianamente decisioni clinico-professionali sempre più difficili con spesso pochi riferimenti scientifici, per stabilire qual è in quel momento e per quel paziente l'atto e/o il processo sanitario più idoneo ed efficace.

Questo ripensamento della Medicina Generale per governare il territorio ottimizzando le prestazioni, contenere i costi, migliorare la qualità e potenziare l'offerta dei servizi comporta

un profondo reengineering della Medicina Generale e, in questo contesto, l'istituzione delle AFT e delle UCCP rappresenta un'importante opportunità organizzativa.

Adattarsi alle trasformazioni in atto impone:

- lo sviluppo di nuove capacità gestionali oltre che professionali;
- l'organizzazione del lavoro per obiettivi e per progetti, piuttosto che per funzioni;
- l'abituarsi al lavoro di gruppo (*teamwork*);
- un'attenta analisi della propria realtà professionale (*practice activity analysis*);
- l'adeguare il proprio comportamento professionale a standard stabiliti;
- accettare il fatto di esse misurati e retribuiti sulla base del risultato conseguito;
- condividere le proprie risorse umane e tecnologiche;
- saper sviluppare attività imprenditoriali.

Management by Objectives & Management by Performance

Il successo e la funzionalità delle forme complesse in via di attuazione dipenderà soprattutto dalla capacità che avranno gli attori coinvolti (medici e coordinatore di AFT e UCCP) di operare secondo le logiche del *Management by Objectives* (MBO).

Il MBO è un processo attraverso il quale le risorse umane di un'organizzazione stabiliscono congiuntamente obiettivi comuni, definiscono le loro singole responsabilità e, con riferimento ai risultati da raggiungere, i criteri di misurazione delle performance singole e di gruppo (AFT) e alla determinazione del premio (retribuzione) a esse collegato.

La gestione per obiettivi consente quindi di definire, formalizzare e controllare gli obiettivi e i parametri di risultato per le unità organizzative e i loro responsabili e di realizzare la valutazione delle prestazioni individuali.

Un sistema premiante siffatto può spingere i medici o a non partecipare al conseguimento degli obiettivi o a concentrare le proprie energie principalmente sul raggiungimento degli obiettivi individuali, trascurando la normale attività e di fatto condizionare il raggiungimento degli obiettivi organizzativi (di AFT).

Il *Management by Performance* è uno strumento che consente la misurazione dei risultati individuali attraverso l'allineamento di questi ultimi con la strategia aziendale; si realizza individuando misure di performance coerenti con gli obiettivi strategici prefissati e valutando unitariamente:

- gli obiettivi assegnati (e quindi risultati attesi), rispetto a risultati raggiunti (o attività realizzate);
- i comportamenti organizzativi dimostrati, rispetto a comportamenti organizzativi richiesti;
- le conoscenze tecnico-professionali sviluppate o espresse, rispetto alle conoscenze richieste.

Nel percorso di raggiungimento degli obiettivi un ruolo fondamentale è rappresentato dal coordinatore di AFT o UCCP che dovrà:

- definire e concordare le azioni di sviluppo;
- controllare gli andamenti e le attività;
- analizzare gli scostamenti dai livelli standard previsti;
- individuare le cause più probabili di tali scostamenti;
- comunicare i risultati delle attività;
- decidere le azioni correttive e le aree di miglioramento.

Mentre sul piano gestionale lo scopo della fase di monitoraggio è controllare l'andamento dei risultati rispetto alle attese, analizzare i problemi/scostamenti e attuare le azioni correttive, sul piano motivazionale l'obiettivo è dare supporto al medico per superare eventuali difficoltà incontrate nella realizzazione degli obiettivi, ma anche mantenere elevato il livello di impegno e di fiducia e potenziare le sue aree di miglioramento.

La gestione del diabete nelle AFT

Le criticità nella gestione territoriale delle malattie croniche e in particolare del diabete sono a tutti evidenti: inappropriata delle prestazioni, scarsa aderenza alla terapia, duplicazione d'interventi, ricoveri inappropriati e/o evitabili, difficoltà d'accesso ai servizi da parte dei diabetici, carico di lavoro per i Centri diabetologici sproporzionato e improprio con appiattimento delle prestazioni, demotivazione e perdita di professionalità da parte dei MMG. I progetti di disease management, proposti come soluzione al problema, spesso sono solo stati un esercizio teorico mai concretizzatosi per innumerevoli cause che non è il caso di elencare. Le nuove aggregazioni possono costituire lo strumento organizzativo adatto ad affrontare le criticità sopracitate. Prendersi cura del paziente diabetico con un'organizzazione alle spalle consentirà di mantenere uno standard di cura minimo condiviso e garantito da tutti i medici delle AFT e implementare cure complesse, attraverso il supporto del gruppo e dei servizi messi a disposizione dalle UCCP.

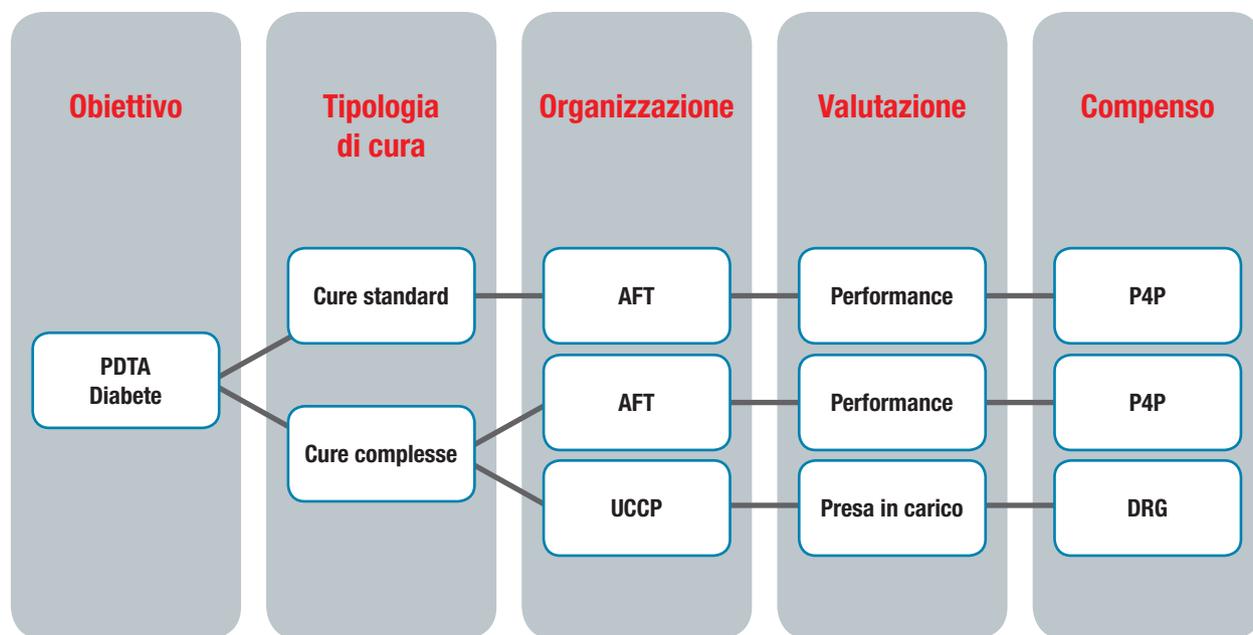
Cure standard (*Standard care*)

- La cura che ogni paziente dovrebbe ricevere *evidence e practice based* in condizioni ottimali di erogazione. Erogata da tutti i componenti dell'AFT.

Cure complesse (*Comprehensive care*)

- Cure evidence based + cure avanzate (tecnologia, servizi, terapie di gruppo, ADI, case manager, ecc.). Vengono erogate dalle AFT grazie al supporto di strutture e risorse umane dedicate (ex medicina di gruppo, Case della Salute, ex UTAP, ora UCCP).

L'erogazione di tali livelli di cura rappresenta l'obiettivo che ogni forma organizzata dovrebbe porsi, concordando con le istituzioni le modalità attuative, le regole di valutazione delle performance, le tipologie di attribuzione del compenso a risultato raggiunto (Fig. 1).

**Figura 1.**

Disease management del diabete mellito.

I punti di forza di questo nuovo sistema organizzativo sono:

1. il mantenimento di un modello assistenziale che garantisce la pluralità e la capillarità dei punti d'erogazione delle prestazioni;
2. la possibilità per il cittadino di ricevere una prestazione sanitaria efficace, misurata e standardizzata;
3. una presa in carico del paziente diabetico coordinata e uniforme;
4. una maggior appropriatezza delle prestazioni;
5. maggior aderenza terapeutica e ai controlli di follow-up;
6. una ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche condivise dai medici;
7. l'erogazione di prestazioni e servizi complessi (ABI, piede diabetico, terapia di gruppo, ecc.).

I punti di debolezza sono:

1. assenza di cultura organizzativa;
2. impreparazione dei medici a operare in team, condividendo obiettivi e risorse;
3. scarsa propensione dei medici a uniformarsi a standard di cura, accettare di essere misurati e giudicati sulla base delle performance effettuate;

4. la qualità dei dati non uniformi e qualitativamente accettabili forniti dai medici;
5. l'assenza di investimenti economici, indispensabili per una riorganizzazione efficiente del sistema;
6. la scarsa disponibilità di risorse umane (infermieri, ecc.);
7. la scarsa propensione dei medici a investire sulla professione.

Il medico in questa confusa fase di evoluzione del sistema sanitario è giustamente preoccupato per il venir meno di una realtà sanitaria garantista, per l'incerto futuro del SSN e perché quotidianamente minacciato nella sua autonomia professionale e clinica. Di fronte alla crisi, all'incertezza, al cambiamento occorre imparare a "gestire la professione", perché oggi è indispensabile che ogni organizzazione, impresa, società di servizi, ecc., ma anche e soprattutto ogni singolo medico, si adatti a un ambiente la cui caratteristica principale è l'instabilità.

In questo contesto il management moderno che è: l'esercizio di un giudizio, di un atteggiamento, la disponibilità a rischiare per trovare la soluzione ai problemi, a essere previdenti, a imparare dagli errori, almeno tanto quanto l'acquisizione di teorie, concetti o capacità, consentirà alle nuove forme organizzate di essere realmente operative. In caso contrario l'AFT sarà solo un'organizzazione virtuale: l'ennesima occasione perduta.