

I MODELLI ORGANIZZATIVI DELLA MEDICINA GENERALE L'EVOLUZIONE DELLA SPECIE: DAL MEDICO SINGOLO ALL'U.T.A.P.

GIORGIO CARLO MONTI
Società Italiana di Medicina Generale

Il dibattito politico sanitario si è recentemente arricchito di una nuova proposta organizzativa che fa discutere: l'U.T.A.P., unità territoriale di assistenza primaria. Questo nuovo modello organizzativo destinato, secondo chi lo ha proposto, a modificare profondamente l'assetto della Medicina Generale (MG) ha indiscutibilmente un primo ed importante merito: quello di aver posto per l'ennesima volta l'attenzione sul *setting* della MG che non può reggere il passo della modernità basandosi solo ed esclusivamente sulla professionalità del medico singolo. Tale innovazione organizzativa, in realtà, nuova non è. Infatti la percezione dell'inevitabile trasformazione a cui si deve sottoporre la MG verso forme aggregate di erogazione delle cure ha spinto in questi anni diversi Medici di Medicina Generale (MMG) a realizzare nuove forme organizzative che potessero, pur nell'assenza di legislazione in merito, aiutarli ad affrontare il carico di lavoro sempre in aumento, a svolgere meglio il loro compito ed in alcuni casi a poter offrire servizi aggiuntivi. Grazie a questo "*adattamento creativo al cambiamento*" sono nati per esempio i centri polifunzionali e gli ospedali di comunità; molte di queste strutture posseggono già tutte le caratteristiche dell'U.T.A.P., anzi in alcuni casi rappresentano modelli organizzativo/gestionali per certi aspetti anche più avanzati. È la dimostrazione di come le esperienze sul campo unitamente ad una buona dose di creatività consentano di realizzare modelli innovativi molto simili alle soluzioni organizzative individuate dal mondo aziendale a cui si ispira la realtà sanitaria occidentale.

L'evoluzione dei modelli organizzativi aziendali non sanitari nell'ultimo secolo ha evidenziato la necessità di riorganizzare le aziende secondo un modello "ideale" che prevede *un insieme di unità operative autonome che agiscono in modo integrato ed organico, nell'ambito di un sistema a rete per configurarsi ogni volta al meglio come catena del valore più adatta per perseguire le opportunità di business che il mercato presenta*. Tale modello prevede l'articolazione delle organizzazioni in piccole unità operative, il ricorso a *network* informatici orizzontali e non gerarchici e l'uso della creatività da parte di ogni persona coinvolta in fase operativa. Curiosamente tale soluzione è perfettamente sovrapponibile al modello organizzativo sanitario territoriale

auspicato dai più e in parte realizzato attraverso le esperienze sopraccitate.

Ma come si spiega, viste le premesse, che ad esempio in Regione Lombardia solo l'11% dei Medici svolge la propria attività in Medicina di Gruppo (il 5% in rete, il 44% in associazione semplice)?

Quattro sono le principali ragioni che spiegano questa scarsa propensione al lavoro in gruppo: la non abitudine al lavoro in *équipe*, le insufficienti incentivazioni economiche, la carenza di normativa giuridico-fiscale dedicata, l'assenza di cultura imprenditoriale e di gestione. Non dimentichiamo infatti che il MMG di oggi è un *self-made professional* che ha maturato le sue esperienze nei contesti legislativi passati; il 70% circa dei MMG italiani in attività ha iniziato la professione autonomamente nel contesto della Legge 833 senza una formazione specifica dedicata e senza acquisire la cultura del lavoro in *équipe*. Inoltre all'introduzione della Medicina di Gruppo attraverso gli Accordi Collettivi Nazionali non si è dato seguito definendo quella regolamentazione giuridica e fiscale indispensabile per rendere operativo tale modello. Le incentivazioni economiche previste dai contratti, infine, coprono solo in minima parte i costi che i medici devono sostenere per la realizzazione dei modelli in discussione.

Queste considerazioni evidenziano come, al di là delle buone intenzioni, non ci sia mai stata nei fatti, né da parte del potere politico né da parte dei sindacati la volontà di riorganizzare il territorio incentivando in modo sostanziale le forme associative. Le scelte del legislatore di attribuire piccole indennità a pioggia e introdurre le "forme associative semplici" hanno premiato più i medici singoli che non i medici in gruppo; oggi chi ha creduto nelle opportunità offerte dai nuovi modelli organizzativi realizzandoli si trova ad essere penalizzato. I costi di gestione sono infatti elevati e crescono a dismisura a fronte di una redditività in costante diminuzione perché legata rigidamente ad un contratto nazionale perennemente scaduto che non garantisce nemmeno il recupero dell'inflazione. È inoltre sfumata quasi ovunque la quota di redditività legata all'offerta di servizi aggiuntivi previsti dagli accordi collettivi regionali per le condizioni di stallo delle trattative regionali, il blocco dei contratti e la carenza di investimenti adeguati.

In questa realtà fatta di aspettative disattese compare oggi l'U.T.A.P. Tale modello ha due alternative: aggiungersi all'elenco dei modelli organizzativi incompiuti o realizzarsi nel contesto delle cure primarie attraverso un'adeguata legislazione che preveda serie e valide iniziative di pianificazione, programmazione e finanziamento. Perché ciò possa avvenire però è necessario rivedere complessivamente la *mission* della MG e la modellistica esistente. Non è semplicemente attraverso l'introduzione di un nuovo modello organizzativo che si può ottenere il *reengineering* delle cure primarie. Tale processo deve partire dalla definizione di un nuovo *framework* della MG che deve possedere due caratteristiche fondamentali: una cultura manageriale orientata al progetto ed alla qualità e una struttura adeguata al modello professionale. Non meno importanti saranno la disponibilità a svolgere nuovi compiti e l'organizzazione adatta a supportarli, le conoscenze per pianificare, programmare e gestire gli aspetti economico-finanziari e l'utilizzo di idonei sistemi informativi.

Una volta acquisita questa nuova cultura clinico-gestionale si dovrà provvedere alla:

- diffusione della cultura della *clinical governance*, utilizzo di strumenti di *disease management* e introduzione nell'ambito clinico del concetto di medicina della salute;
- revisione della modellistica organizzativa esistente;
- definizione di idonee normative e regolamenti giuridico-fiscali;
- allocazione di congrue risorse economiche.

Operare secondo i dettami del governo clinico implica la necessità di possedere ed utilizzare un'efficiente sistema di raccolta e gestione dei dati, implementare processi di *audit* e di sviluppo professionale continuo. Ma soprattutto è indispensabile poter offrire ai medici modelli organizzativi che soddisfino appieno le loro necessità operative; modelli con caratteristiche e struttura ben definiti che abbiano quel riconoscimento legislativo-istituzionale e giuridico-fiscale e che possano essere adattabili alle diverse realtà operative della MG.

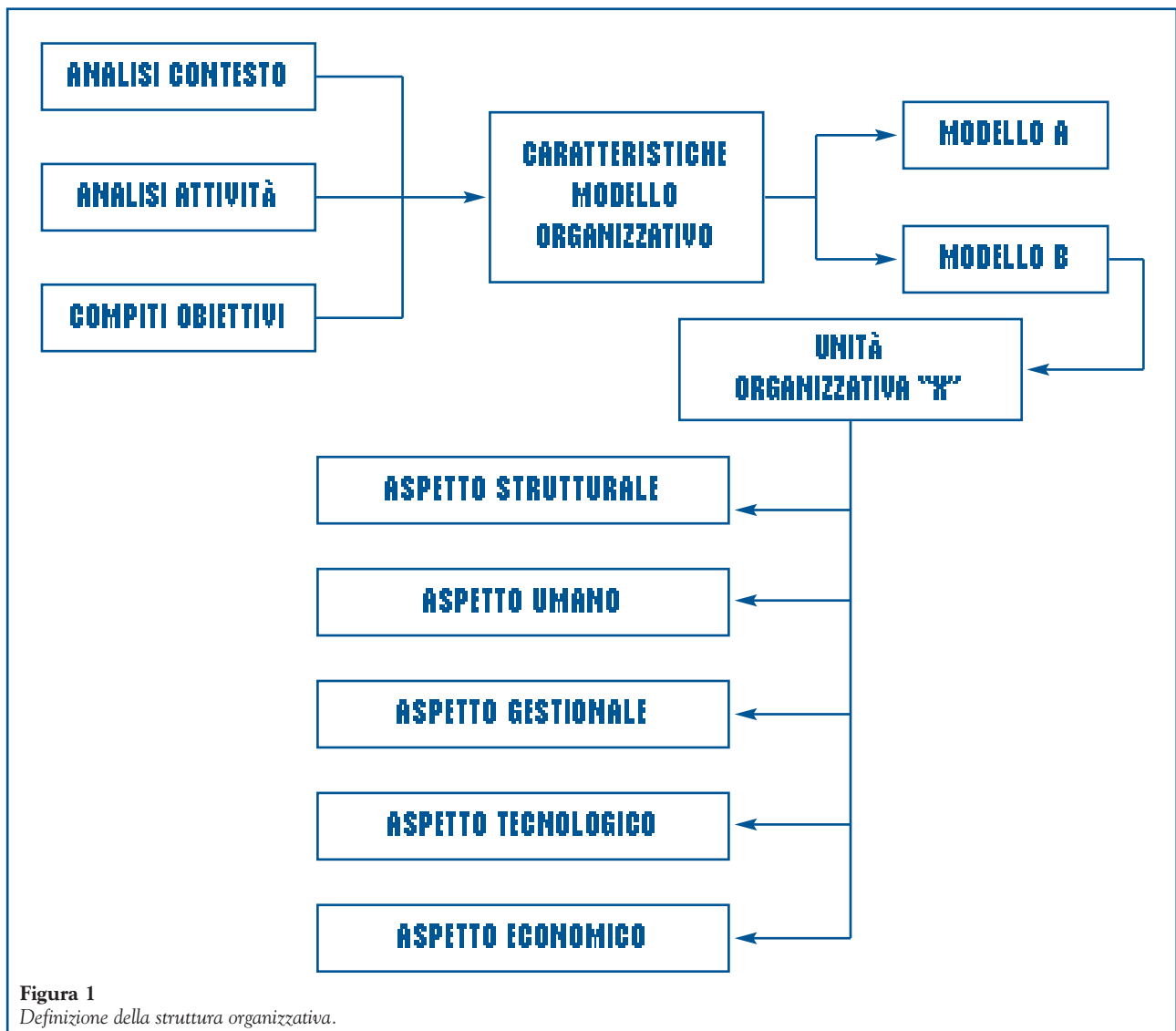


Figura 1
Definizione della struttura organizzativa.

Le caratteristiche del modello organizzativo desiderato infatti dipendono dal contesto ambientale in cui operano i medici (città, paese, montagna), dalla popolazione assistita (anziani, giovani, pendolari etc.), dalle abitudini lavorative, dai compiti che le asl/regioni attribuiscono al medico (*gate-keeper*, *system-keeper*, gestore della domanda o fornitore di servizi), dagli obiettivi che si vogliono raggiungere (Fig.1) .

Nel definire una modellistica di riferimento è quindi importante valutare quanto già previsto dal legislatore e le diverse realtà maturate sul campo in questi anni. Facendo anche tesoro delle esperienze straniere si possono così inquadrare varie tipologie di modelli.

Modelli organizzativi funzionali che non hanno una struttura organizzativa ben definita a cui si possano ricondurre i gruppi di cure primarie in genere: *Team di Budget*, *Team di Progetto*, *Team Distrettuali*, *Nuclei di Cure Primarie*, *Gruppi Territoriali Omogenei*, *Gruppo Territoriale Distrettuale*, *Équipes territoriali*, ecc. Tali modelli sono stati realizzati al solo scopo di raggiungere un obiettivo o realizzare un progetto specifico: A.D.I., adesioni a P.D.T., *Progetti Obiettivo*, ecc.

Modelli organizzativi istituzionali che sono stati definiti legislativamente, ma solo all'interno degli A.C.N.: *Medicina di Gruppo*, *Medicina in Rete*, *Associazioni Semplici*.

Modelli organizzativi innovativi: quali i centri polifunzionali e gli ospedali di comunità che non hanno figura giuridica, non compaiono negli A.C.N. e che si avvalgono in genere di società di servizi quale supporto organizzativo giuridico/fiscale (*Cooperative*, *Srl*). A questo gruppo possiamo ricondurre anche alcune isolate esperienze di aggregazione mista tra modelli organizzativi diversi: *Gruppo + Rete*, ad esempio.

Possiamo rappresentare l'evoluzione sul campo di questi modelli organizzativi attraverso un percorso che inizia dal medico singolo continua con la rete, la medicina gruppo sino alle strutture più complesse come il centro polifunzionale o il *country hospital*.

All'interno di questo processo si possono identificare quattro modelli organizzativi complessi:

- il *network* quale primo momento strutturato di collaborazione tra medici che operano attraverso un collegamento telematico;
- la *practice* identificando con tale terminologia la classica forma della Medicina di Gruppo;
- la *clinic*: forma evoluta di organizzazione delle cure primarie a cui vanno ricondotte tutte le esperienze maturate dai centri polifunzionali e che posseggono le caratteristiche dell'U.T.A.P.;
- il *country hospital* che rappresenta una forma di erogazione di cure primarie che utilizza integrandosi strutture distrettuali e/o ospedaliere dismesse.

A queste tipologie deve far riferimento il legislatore nel momento in cui verrà deciso di riorganizzare le cure primarie attraverso gli opportuni interventi che devono prevedere:

- definizione degli incentivi-agevolazioni:
 - economiche;
 - fiscali;
- agevolazioni nell'assunzione del personale attraverso:
 - normativa dedicata;
 - agevolazioni contributive;
 - utilizzo personale di ASL;
- investimenti di struttura;
 - mutui agevolati;
 - finanziamenti pubblici;
 - utilizzo strutture dismesse;
- ridefinizione della redditività:
 - attribuzioni economiche legate alla produttività quali-quantitativa;
 - modifica del massimale;
 - pagamento a prestazione/servizio erogato;
- integrazione nelle cure primarie di nuove professionalità:
 - medici di formazione specifica;
 - medici di continuità assistenziale;
 - specialisti.

Se a tutto questo si aggiunge una chiara legislazione societaria che contempli anche le forme associative mediche e si considerino nei decreti attuativi della Riforma Biagi anche le peculiarità della sanità, si potrà costruire lo scenario indispensabile alla MG per crescere.

La possibilità di intravedere un quadro legislativo ben definito con prospettive a medio lungo termine e la chiara definizione delle implicazioni compiti/costi/redditività costituiscono le premesse che consentiranno ai medici generale italiani di rimuovere la *pigrizia* del passato, superare *l'allergia* al gruppo ed essere protagonisti del loro futuro.

Il successo delle forme organizzate complesse come le *clinic* (centri polifunzionali, U.T.A.P.) sta infine nelle capacità gestionali, che il medico generale ancora non possiede, ma che potrà acquisire con opportuni momenti formativi. Risolvere i problemi normativi, economici e finanziari infine non è sufficiente se il medico non possiede la capacità di affrontare le difficoltà insite nella stessa medicina di gruppo: il confronto con i colleghi e con tutti gli *stakeholders*. È estremamente importante ricordare che la *practice* rappresenta non solo il primo passo verso le forme di aggregazione vera, ma il minimo comun denominatore delle forme associative più complesse. Credere in un futuro per l'U.T.A.P. vuol dire credere nei gruppi di MMG che, condividendo visione e valori, vogliono conseguire i propri obiettivi con reali aumenti di efficienza ed efficacia solo se messi nelle giuste condizioni per poter sviluppare tutte le potenzialità che la MG possiede.