

Medici di medicina generale e competenze di management. Riflessioni da un'esperienza veneta

Sabrina Donazzan¹, Pietro Merola¹, Giuliana Simioni¹, Giorgio Serragiotto¹, Giovanna Bizzotto¹, Maria Campagnolo¹, Chiarastella Pratesi¹, Gennaro Merola¹, Carlo Alberto Santi¹, Giovanna Coscetti¹, Bianca Fraccaro¹, Francesca Sala², Nora Sperotto²

¹ Medici di Assistenza Primaria Ulss 6 Euganea Regione Veneto (ex Ulss 15);

² CUOA (Centro Universitario Organizzazione Aziendale), Altavilla Vicentina (VI)

General Practitioners and Management skills. Reflections from a Venetian experience

Summary. Because of changes in demographic and health conditions of our country, a radical change in the working modalities of Primary Care Doctors is required. The authors of this article propose to tell how a group of General Practitioners started a learning path of managerial skills, indispensable for the new organizational methods envisaged by the Veneto Region with Integrated Group Medicine.

Riorganizzare o rivoluzionare?

Il percorso descritto nell'articolo è un'esperienza che risponde a un bisogno emerso nell'avvio delle MGI (Medicine di Gruppo Integrate), le nuove forme organizzative della Medicina di Famiglia avviate nella Regione del Veneto, frutto di un accordo tra le OO.SS. della Medicina Generale (MG) e la Regione.

In fase di avvio della loro MGI i Colleghi Autori dell'articolo hanno creativamente ricercato un interlocutore, trovandolo nel CUOA di Vicenza, una struttura di formazione manageriale che fa riferimento localmente a Confindustria.

Che ci sia un bisogno di formazione nell'avvio delle forme organizzate della MG è una constatazione che SIMG aveva messo a fuoco già molti anni orsono offrendo a medici impegnati nelle prime UTAP un impegnativo Corso di Management. Recentemente la Scuola Veneta di Medicina Generale (SVeMG) ha organizzato un corso in 5 moduli riservato a coordinatori e medici di medicina generale (MMG) delle MGI interessate.

Al di là di lodevoli iniziative personali o di piccoli gruppi, e di offerte formative pilota avviate localmente, quello che è importante sottolineare è che l'avvio e la gestione di UCCP richiede competenze manageriali, risorse umane e tecniche in ambito amministrativo e informatico, nella selezione e nella formazione del personale.

Queste attività non sono previste dall'accordo regionale e sono pertanto a carico dei MMG e delle cooperative che forniscono loro servizi.

Al recente Congresso Nazionale della SIMG è stato avviato un dibattito intorno al processo di riorganizzazione della Medicina di Famiglia, alla luce dei sempre maggiori carichi di lavoro, sia in termini quantitativi che di contenuti. Tale dibattito va alimentato con esperienze, contributi e argomenti e con l'impegno costante delle organizzazioni scientifiche e sindacali, affinché la riorganizzazione della MG non si limiti a prevedere le risorse per il personale (indispensabili) ma affronti finalmente tutti i nodi irrisolti in termini di supporto organizzativo e di processi di sviluppo.

Serve una vera e propria rivoluzione in quanto l'attività di strutture organizzate non può essere legata ancora una volta alla buona volontà di alcuni MMG che hanno dedicato la loro vita professionale e personale ad aggiornarsi sui temi più vari (tra cui il management), oppure a percorsi amministrativo/burocratico affidati a figure totalmente estranee alla Medicina Generale.

L'articolo dei Colleghi racconta un'esperienza ma soprattutto sollecita il dibattito e l'approfondimento sul tema organizzazione/risorse umane/processi di cura delle UCCP e più in generale della Medicina di famiglia, comunque organizzata.

Maurizio Cancian

Premessa

Con il progressivo invecchiamento della popolazione negli ultimi anni, l'incremento delle malattie croniche, l'aumento della polipatologia e la diminuzione delle risorse, nel nostro Paese si impone una riorganizzazione delle Cure Primarie.

Per ottimizzare l'assistenza, il MMG deve uscire dall'isolamento ed entrare in forme di aggregazione, tese a garantire maggiori standard organizzativi dell'attività professionale.

Con la legge 189/2012, legge Balduzzi, si è voluto stimolare un nuovo approccio soprattutto alla gestione delle patologie croniche, progettando i modelli delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le UCCP.

In attesa di questa riorganizzazione, la Regione Veneto in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, con la DGR 751/2015 ha disposto la creazione delle MGI, approvando un modello di Contratto di Esercizio¹ e stabilendo le modalità applicative.

Le Medicine di Rete e le Medicine di Gruppo, in questo contesto, sono rimaste come forme transitorie a termine.

Il Contratto di Esercizio prevede indennità di forma associativa (Accordo Collettivo Nazionale/Accordo Integrativo Regionale ACN/AIR) legata al raggiungimento di specifici obiettivi (Tab. I).

La DGR 751/2015 prevede anche che uno dei MMG della MGI (con retribuzione aggiuntiva mensile variabile a seconda del numero di MMG da coordinare) svolga il

ruolo di Referente, per relazionarsi con il coordinatore della AFT e con il Distretto e coordinare gli aspetti organizzativi essenziali della MGI.

Sono poi previsti gli Standard delle Strutture per le MGI e quelli relativi alla dotazione del personale.

Sino all'anno 2016, le MGI costitutesi nella nostra Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) sono state per lo più la riconversione delle preesistenti UTAP, quindi delle aggregazioni di MMG già strutturate in una sede, dislocata verso le zone periferiche/di confine della ULSS, già dotate di call center e di personale infermieristico. Per la gestione del personale, tuttavia, si assiste ora, con la MGI, a un generale affidamento a Cooperative di Servizi.

La nostra esperienza preparatoria al cambiamento

I primi 5 autori di questo articolo sono MMG che lavorano da molti anni in Medicina di Rete presso i Comuni di Cittadella (PD) e Fontaniva (PD), ex ULSS 15, da gennaio 2017 confluita nella più vasta ULSS 6 Euganea che comprende tutte e 3 le precedenti ULSS della provincia di Padova.

Per noi colleghi, attualmente in rete e consapevoli di essere "totalmente inesperti" in materia di management, quale sistema poteva essere migliore se non cercare di acquisire informazioni/insegnamenti da chi, con enorme lavoro alle spalle, aveva già intrapreso la nuova modalità organizzativa di lavoro?

A settembre 2016, una collega del nostro gruppo aveva pensato di associare qualche giorno di vacanza in Scozia con la visita in una Practice, concordata preventivamente con i responsabili del *National Health Service* (NHS) di una Contea Scozzese, a nord di Edimburgo.

L'immersione nella realtà organizzativa scozzese, dove si lavora in gruppo strutturato, con staff infermieristico e di segreteria, da più di 30 anni, è stata per la nostra collega una esperienza davvero importante. Nella fattispecie, il NHS del Regno Unito aveva fornito ai *General Practitioners* (GPs) la struttura (in affitto), tutti i PC, il software gestionale (identico per tutti nel Regno Unito, in modo da favorire la trasmissione delle cartelle cliniche dei pazienti, in caso di trasferimento abitativo degli stessi). Analisi biomorali, esami strumentali ma anche lettere di dimissione e relazioni di visite specialistiche arrivavano automaticamente per via telematica al GP del paziente; la *Proactive Medicine* (Medicina di Iniziativa) si strutturava in modo tale che ogni giorno la Staff Manager richiamava un elenco di pazienti per controlli programmati di esami biomorali relativi a patologia diabetica, follow-up per terapie con *Disease-Modifying Antirheumatic Drugs* (DMARDs), monitoraggio International Normalised Ratio (INR), ecc.

Settimanalmente, una farmacista del NHS visitava la Practice e, oltre al monitoraggio della spesa del gruppo, suggeriva – *very friendly* – nuove modalità di risparmio sulla farmaceutica. Ad esempio: per un prodotto in formulazione in gocce, che era lievitato nel prezzo, si suggeriva di convertire lo stesso principio nella formulazione in compresse, anche frantumate, se necessario, in quanto, nella fattispecie, erano di costo di gran lunga inferiore.

L'aspetto organizzativo che più ha colpito la nostra collega, tuttavia, è stata la presenza di una figura distinta di *Practice Manager*, appositamente formata.

Il suo ruolo, piuttosto complesso, era di coordinare tutto il personale (infermieri, staff di segreteria, medici) nonché di interagire anche con l'utenza in caso di problemi (un po' come il nostro Ufficio Relazioni con il Pubblico, in Ospedale); valutava come interagire coi Servizi Sociali in casi di pazienti problematici, come riprendere/educare l'in-

TABELLA I.

Gli obiettivi del Contratto di Esercizio.

Attività di Prevenzione
Assistenza ai malati cronici (attraverso Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) su terapia anticoagulante orale/nuovi anticoagulanti orali (TAO/NAO), diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco)
Formazione e Audit
Implementazione utilizzo di software per la tenuta della scheda sanitaria individuale
Implementazione della Medicina di Iniziativa, contattabilità telefonica 12 ore, apertura della sede di riferimento per 12 ore da lunedì a venerdì e dalle 8 alle 10 il sabato e prefestivi
Presenza di personale infermieristico/collaboratore di studio per tutto l'orario previsto di apertura della sede di riferimento
Partecipazione alla Governance, ecc.

fermiera neoassunta che non era ancora in grado di svolgere il suo compito secondo gli standard della Practice, come ricontattare i pazienti che non si erano presentati all'appuntamento concordato per la Proactive Medicine, ecc.

In siffatto complesso ma coordinato contesto lavorativo, le usanze britanniche prevedevano anche un momento di pausa, alle 11, nella tea-room, posta al centro della Practice, e il momento del tè/caffè diventava un momento di scambio di esperienze fra colleghi, oltre che un momento di decompressione dal lavoro che, a parte la pausa pranzo che si svolgeva sempre nella tea-room, proseguiva poi, anche con visite domiciliari, sino alle ore 17-17,30.

Il nostro viaggio esperienziale in loco, invece, ci ha visto visitare le MGI di due postazioni della nostra ULSS e di una MGI di ULSS limitrofa. Inoltre, ci siamo informati sugli aspetti gestionali legati alle Cooperative di Servizi, entità sino ad allora lontane dal nostro mondo e pertanto a noi del tutto sconosciute, quanto a ruolo gestionale.

Ogni visita, eseguita a turno da 2-3 medici del nostro gruppo, era seguita da una relazione per gli altri e poi da incontri collegiali nella sede del nostro collega responsabile, incontri che servivano a scambiarci impressioni al riguardo.

Emergeva una impellente necessità formativa in materia, legata ai molteplici aspetti organizzativi di tipo manageriale.

Esperienza formativa teorica

Di qui, ci rivolgemmo al CUOA di Altavilla Vicentina (VI) per valutare se fosse possibile preparare un corso di management "su misura" per noi MMG, del tutto inesperti in materia economica, di gestione del personale/cooperativa, di consulenza del lavoro e relative normative, di lavoro in team (perché non basta mettersi tutti in uno stesso stabile per diventare un team funzionale), di ottimizzazione delle risorse, ecc.

La Faculty CUOA è composta da docenti universitari, professionisti, consulenti e testimonial aziendali, con consolidata e qualificata competenza nelle aree oggetto di sviluppo.

Il corso, strutturato in più moduli, era ovviamente a nostre spese e organizzato al di fuori del nostro orario di lavoro, quindi di sabato.

Per allargare il gruppo dei medici formati, ai 5 MMG del nostro gruppo che hanno deciso di partecipare si sono uniti altri 6 Colleghi MMG della nostra ULSS (Galliera Veneta e Tombolo, San Martino di Lupari, San Giorgio in Bosco e Massanzago), tutti accomunati da forte motivazione e desiderio di crescita professionale.

Dopo vari colloqui con la dott.ssa Francesca Sala (capo progetto CUOA Pubbliche Amministrazioni) e la dott.ssa Nora Sperotto (*Project Manager CUOA Executive Education*), è stato proposto un programma modulare (*CUOA Business School - All right reserved*) (Tab. II).

Essendo arrivati quasi a ridosso dell'estate, in considerazione anche della necessità di mettere insieme le disponibilità – e indisponibilità – di 11 diversi medici, abbiamo sinora frequentato i primi 3 moduli.

Nel corso del primo modulo, abbiamo incontrato il dottor Renato Ruffini, fondatore della prima Medicina di Gruppo creata in Veneto a Sovizzo (VI), poi divenuta MGI.

Ci ha aiutato ad addentrarci nel contesto del lavoro in gruppo, riportando la sua esperienza lavorativa, coadiuvato nella lezione anche dal supporto della sua capoinfermiera Monica Carlotto. Fra le altre cose, emergeva il concetto che, in tutte le iniziative di nuovo corso, solo il 2,5% degli operatori in quel settore funge da pioniere del cambiamento, mentre la maggioranza

assume un atteggiamento attendista e una minoranza è addirittura oppositiva.

Inoltre, anche se in un'ottica di entusiasmo e ottimismo, si faceva notare la complessità della costruzione e coordinamento del gruppo stesso.

Venivano sottolineati, a titolo esemplificativo, gli stadi di sviluppo del gruppo: orientamento, conflittualità, coesione, strutturazione, sospensione, cessazione (*forming, storming, norming, performing, adjourning, mourning*)².

Nel secondo modulo (quello sulle dimensioni economico finanziarie, il tema più distante dal nostro mondo abituale) abbiamo lavorato con il prof. Moreno Mancin della Facoltà di Economia Aziendale di Venezia. Sono emersi concetti basilari per chi vuole avere una misura anche economica del fatto di mettersi in gruppo. Pur non entrando nel dettaglio del bilancio specifico di una MGI, venivamo introdotti al concetto di situazione finanziaria (entrate e uscite), situazione economica (costi e ricavi) e situazione patrimoniale, nonché di equilibrio finanziario dinamico.

Si procedeva all'analisi dei costi fissi e variabili della nostra potenziale "impresa MGI", nonché del *Break-even Point*, ovvero del punto di pareggio, in cui costi e ricavi si eguagliano. Si esaminavano gli obiettivi di gruppo e gli obiettivi individuali.

Emergeva l'esigenza di conoscere gli ele-

TABELLA II.

Il programma modulare del CUOA Business School.

Modulo 1: l'organizzazione del lavoro in un gruppo di medicina integrata

Obiettivo: comprendere le alternative e soluzioni contrattuali e gestionali possibili per creare un'organizzazione efficace ed efficiente

Modulo 2: dimensioni economico finanziarie

Obiettivo: acquisire i principi e le conoscenze fondamentali per interpretare le grandezze economico finanziarie dell'organizzazione

Modulo 3: contrattualistica del lavoro

Obiettivo: conoscere le principali forme e caratteristiche di contratti del lavoro e i loro ambiti di applicazione

Modulo 4: gruppo di lavoro, lavoro di gruppo

Obiettivo: acquisire gli elementi che intervengono nel funzionamento di un gruppo di lavoro orientato al risultato, per ottimizzare il lavoro e le relazioni fra i membri

Modulo 5: gestione delle relazioni

Obiettivo: comprendere le tecniche più efficaci per gestire le relazioni con i collaboratori, i fornitori, i pazienti e gli stakeholder del territorio

Modulo 6: gestione del tempo e delle priorità

Obiettivo: apprendere come definire le priorità nel lavoro e gestire il tempo in base a queste

FIGURA 1.
Il cambiamento.



menti su cui funzionano le Cooperative di Servizi, a cui sembra sia quasi inevitabile doversi affidare per la gestione del personale – infermieristico e di segreteria –, in una MGI; tuttavia l'argomento veniva demandato a un incontro con un esperto in Cooperative, attualmente non espletato.

Nel terzo modulo, forse quello per noi più difficile, il dottor Simone Beghin, esperto Consulente del Lavoro, ci ha parlato di contrattualistica del lavoro e di come un medico può rapportarsi con l'assunzione di personale, infermieristico e di segreteria.

Si sono anche affrontati i dettami della DRGR 751/2015 con la disciplina contrattuale vigente.

Attualmente in Italia non esiste la possibilità della cosiddetta "co-datorialità" (per esempio: una segretaria che lavora per due professionisti ma risulta formalmente assunta da uno solo) se non all'interno del contratto di rete, che non è però applicabile

ai professionisti. È perciò il singolo medico che deve assumere, con contratto di lavoro subordinato regolamentato dal Contratto Collettivo Nazionale Di Lavoro (CCNL) studi professionali, ma non può in nessun caso mettere "a disposizione" il proprio personale ai colleghi, altrimenti si incorre nella "interposizione di mano d'opera", punibile come reato.

È stata poi sottolineata la distinzione fra Appalto e Somministrazione*.

Conclusioni

Il ruolo del MMG di oggi si avvia verso una sempre maggiore complessità, legata all'aumento delle patologie croniche da un lato e alla diminuzione prevista del numero dei MMG che lavoreranno nei prossimi anni. Sono richiesti pertanto dei diversi e maggiori standard organizzativi.

Il lavoro in gruppo strutturato, così come

prevede il Dgr 751/2015, potrebbe offrire una buona soluzione alla gestione del problema della complessità, tuttavia per essere applicato/applicabile richiede sicuramente una specifica formazione dei MMG, che comprenda nozioni di comportamento organizzativo.

In gruppo, i MMG devono migliorare e ampliare le loro competenze nel partecipare alla Governance e nell'applicazione dei PDTA, avvalendosi anche dello strumento degli Audit clinici.

In gruppo, i MMG devono imparare a condividere, e quindi a modificare le loro abitudini; è inutile negare che al momento attuale siamo del tutto impreparati ad affrontare cambiamenti così importanti e repentini; vige un'assenza di cultura e formazione sugli aspetti della managerialità, incluse conoscenze basilari sulla gestione delle risorse e sulla vigente contrattualistica del lavoro.

È necessaria una seria organizzazione del cambiamento, per arrivare a un vero cambiamento organizzativo della Medicina Generale del nostro territorio, e per questo sarà opportuno puntare molto soprattutto sui giovani colleghi che saranno i MMG dei prossimi anni.

Ogni MMG dovrà diventare un soggetto attivo e consapevolmente propositivo, esperto nel *decision making* e *problem solving*, nella gestione dei conflitti e negoziazioni, nella costituzione dei gruppi e la scelta di una leadership².

Per procedere a tutto ciò, sarà indispensabile la certezza della sostenibilità economica nel lungo periodo.

Bibliografia

- ¹ Allegato A al Dgr 751/2015, BUR Regione Veneto.
- ² Pilati M, Tosi HL. *Comportamento organizzativo. Individui, relazioni, organizzazione, management*. 3rd ed. Milano: Egea 2017.

* Si parla di Appalto quando un'impresa si obbliga, con organizzazione dei mezzi necessari e in piena autonomia, a compiere un'opera o un servizio per conto di un altro, che di regola è un'altra impresa (art. 1655 cc). Si ha Somministrazione quando uno o più lavoratori vengono inviati da una agenzia autorizzata (art. 4 d.lgs. 276/2003) a prestare la propria attività sotto la direzione e il controllo di un altro datore di lavoro che ne utilizza le prestazioni (art. 20, comma 2).