

Puntare sulla qualità nelle medicine di gruppo

La medicina di gruppo se non scommette sulla qualità è destinata a perdere la sua efficacia organizzativa. Proprio per questo il Centro Studi Programmazione Sanitaria del sindacato SMI dell'Emilia Romagna ha ritenuto opportuno focalizzare la propria attenzione sull'individuazione di fattori organizzativi e culturali che limitano la realizzazione di progetti di qualità nell'assistenza territoriale.

La medicina di gruppo, così come dimostrato da più parti, per i suoi reali vantaggi assistenziali rappresenterebbe la struttura organizzativa più idonea ad assicurare un'assistenza medica territoriale tesa al raggiungimento di livelli ottimali. Dato tale assunto, un'ulteriore evoluzione per queste realtà dovrebbe necessariamente prevedere un iter di accreditamento e di certificazione di qualità. Una prospettiva certamente non facile da realizzare poiché appare sempre più difficile pensare all'uniformità dei livelli assistenziali in un sistema di cure primarie che ormai è talmente eterogeneo da diversificarsi addirittura a livello distrettuale, se non di quartiere.

La medicina generale ha avuto nella sua programmazione un punto debole, quello di non essere assolutamente ordinata in strutture; inoltre, l'organizzazione dello studio medico lasciato alle capacità del singolo, se da un lato ha caratterizzato fortemente il ruolo dei medici di medicina generale, dall'altro nel tempo ha determinato grandi differenze individuali, che, giocoforza, si sono ripercosse negativamente sull'uniformità dei livelli assistenziali. Il salto che la medicina di gruppo permette di fare è proprio questo: passare dallo studio medico alla struttura ambulatoriale e quindi alla possibilità di applicare quei procedimenti necessari al rag-

giungimento della certificazione di qualità. Definito il contesto (*mission e vision*), per inquadrare il processo di accreditamento e certificazione dobbiamo immaginarci una catena di figure professionali ben legate e interconnesse tra loro che nell'ambito del compito specifico arrivino a offrire un livello di efficienza concordato nel percorso di qualità. In tale contesto è il caso di specificare che la qualità di una struttura è assicurata e mantenuta attraverso un continuo processo di verifica della stessa effettuato da un garante interno: il verificatore. Si potrebbe quindi sostenere che la qualità in medicina generale è data da una filiera di elementi in cui quello fondamentale umano (il medico e gli altri operatori) fa parte di una vera e propria successione di anelli dove il metanero debole compromette il risultato e la stabilità dell'intero sistema.

In poche parole, basta che un solo componente non riesca ad assicurare un livello minimo di standard qualitativo predefinito nel suo compito specifico che tutta la struttura ne risente, perdendo anch'essa il livello ottimale.

■ Obiettivi e requisiti

Il progetto di certificazione deve sempre partire dall'identificazione di una serie di obiettivi e requisiti che troveranno la loro applicazione attraverso la realizza-

zione di un manuale di standard (che, comunque, dovranno costantemente essere tenuti aggiornati). Un manuale, valido per tutti gli operatori coinvolti, che permetterà la gestione della struttura, tenendo presente che il modello organizzativo condiziona quella qualità che si cerca di garantire all'utente. Infatti la *customer satisfaction* viene raggiunta attraverso lo standard assicurato dall'organizzazione e in particolare dall'efficienza assistenziale. I processi qualificanti riguarderanno l'organizzazione dell'assistenza e gli accessi alla struttura, i diritti di pazienti e dei loro familiari, i farmaci e le prestazioni erogate e/o erogabili, la scheda sanitaria del paziente e i sistemi informatici di amministrazione della stessa, nonché la gestione della struttura e dei beni medicali e strumentali, l'educazione sanitaria e infine rapporti con gli enti e le Asl, la formazione, la carta dei servizi e dei percorsi.

■ La qualità territoriale inizia dal basso

La linea vincente può essere una sola: se si vuole la qualità, cercando di assicurare livelli ottimali e uniformi di assistenza, questa qualità deve essere raggiunta dal basso e appartenere a tutti i medici piuttosto che essere un capitale di pochi eletti. L'immagine che sento di suggerire, è quella di un gruppo di capitani che perdono per strada, man mano che il percorso diventa arduo, il resto dei ciclisti. La ricerca della qualità sul territorio non può essere misurata sul primo capitano che taglia il traguardo, ma sull'arrivo dell'ultimo gregario. Quindi formazione e cultura della qualità sono importanti accessori che non possiamo escludere dal processo. È proprio per questo motivo che occorre un livello standard comune a tutte le medicine di gruppo territoriali per garantire livelli ottimali di assistenza territoriale a tutti i cittadini che ne fanno parte, in po-

che parole la verifica dell'efficienza dell'assistenza determina anche gli elementi misurabili del processo (indicatori).

■ **Continuità dell'assistenza**

La vera difficoltà è quella di riuscire ad assicurare la qualità dell'assistenza anche durante l'attività della continuità assistenziale, operazione molto più difficoltosa, ma non impossibile, a seguito dell'elevato turnover delle figure mediche sia in organico sia in turno. Tale obiettivo si può realizzare solamente attraverso un processo di completa integrazione con le mediche di gruppo collegando i "guardiani" a confini territoriali operativi ben circoscritti affinché le stesse figure si trovino, malgrado la turnazione, comunque a lavorare con gli stessi riferimenti (sia di medici di medicina generale sia di pazienti). In questo modo si possono creare interventi assistenziali integrati con gli altri operatori soprattutto sulle figure fragili con il pieno supporto dell'informatizzazione delle sedi e quindi della condivisione delle informazioni sanitarie.

■ **Frammentazione dei contratti**

Lo Stato dovrebbe assicurare dei livelli minimi e uniformi di assistenza sanitaria che, per definizione, devono essere ugualmente fruibili su tutto il territorio nazionale. Un elemento di cui si è avuto modo di constatare una significativa interferenza con tale finalità in quanto determinante la diversificazione dell'erogazione dell'assistenza sul territorio è il contratto regionale. Gli accordi regionali, nati con lo scopo di essere uno strumento per rispondere in maniera adeguati ai bisogni assistenziali e medici caratterizzanti un determinato territorio, hanno avuto una conseguenza infernale. Tale conseguenza è rappresentata dalla differente interpretazione che le singole aziende possono dare ai contratti regionali, che si

potrebbe definire una vera e propria deriva aziendale. A complicare ancora di più l'uniformità del risultato c'è anche il piano contrattuale locale.

Il meccanismo, sebbene partito con la migliore delle intenzioni, e cioè il miglioramento dell'assistenza attraverso una serie di progetti peculiari e prioritari, per cui l'azienda incentivava i medici che si impegnavano negli obiettivi consensualmente fissati, è impleso in se stesso.

Il sistema ha mostrato una serie di limiti (carichi di lavoro a parte) con il risultato che, invece di portare l'assistenza al livello ottimale, di fatto si è frammentato il sistema offrendo differenti livelli di assistenza. Livelli che si basano sull'adesione dei medici ai diversi progetti con l'esito che, alla fine, il livello assistenziale non è comunque mai e assolutamente uniforme. È anche vero che ogni medico

di medicina generale non è, non può e non deve essere uguale all'altro, ma se si pone l'attenzione non sul singolo professionista, ma sull'organizzazione allora si deve ammettere che essa acquisisce le differenze individuali piuttosto che livellarle, con il risultato che, brava del medico a parte, comunque l'assistenza assicurata a un determinato cittadino trova importanti differenze in relazione a un'offerta diversificata di prestazioni.

■ **Certificare tutto il territorio**

La certificazione dovrebbe quindi essere estesa a tutte le medicine di gruppo di un determinato territorio e l'adesione al progetto deve essere obbligatoria, in modo di potere assicurare livelli di eccellenza uniformi (ottimali) a tutti i cittadini che afferiscono a quell'area assistenziale.