

Cure primarie tra proposte e realtà

Le nuove formule organizzative delle cure primarie, gli obiettivi assistenziali conseguibili, i meccanismi di responsabilizzazione e misurazione dei professionisti, l'inquadramento organizzativo nelle strutture aziendali: la parola a Paolo Tedeschi, docente della Scuola di direzione aziendale (SDA) dell'Università Bocconi di Milano.

Gianluca Bruttomesso

Il biennio trascorso ha visto crescere l'attenzione per le cure primarie, nonché la proposta di nuove formule organizzative in aggiunta ai modelli istituzionali previsti. La tendenza sembra dunque essere quella di voler creare reti di servizi socio-sanitari, allo scopo di fare finalmente del territorio una sede di risposta ai bisogni di salute.

Tuttavia, aspetti quali la presa in carico di patologie croniche, il governo clinico della domanda, l'assistenza multidisciplinare e/o domiciliare, la continuità assistenziale, le cure residenziali, la gestione di nuovi servizi di prossimità, presuppongono capacità organizzative e gestionali in grado di far fronte a una complessità crescente, dovendo combinare qualità delle cure e uso appropriato delle risorse. In questa prospettiva l'associazionismo medico è solo una prima tappa verso altre forme organizzative, peraltro già emergenti a livello regionale, (per esempio Ncp, Gcp, Ucp, ecc.), che richiedono anche nuovi sistemi di governance dei rapporti con le Aziende sanitarie.

Il recente avvento di diversi modelli istituzionali (per esempio, Utap, Case della Salute e da ultimo UMG), impone una riflessione sugli obiettivi assistenziali realmente conseguibili, sui meccanismi di responsabilizzazione e misurazione dei professionisti, sull'inquadramento organizzativo nelle strutture aziendali.

“Il ragionamento non può avvenire a bocce ferme, in quanto la bozza del Disegno di Legge: *Interventi per la qualità e la sicurezza del Ssn*, introduce l'ulteriore istituto di Unità di assistenza primaria - afferma **Paolo**

Tedeschi, docente della Scuola di direzione aziendale (SDA) dell'Università Bocconi di Milano e ricercatore della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa - inoltre, come risaputo, presso le varie Regioni è possibile rinvenire diverse varianti dei modelli richiamati delle cure primarie, in Lombardia e Piemonte Utap, in Veneto Unità territoriali integrate di assistenza, in Campania in Piemonte, Marche, Puglia e Umbria équipe territoriali e ulteriori forme assistenziali incentrate su società di servizi medici, come in Liguria, o cooperative mediche come in altre realtà italiane (per esempio, Emilia Romagna, ecc.), Unità delle cure primarie in Toscana e Lazio, Nuclei delle cure primarie in Emilia Romagna”.

Sull'assistenza territoriale i modelli proposti ormai si sprecano, Professor Tedeschi, qual è la ricetta vincente per potenziare davvero le cure primarie?

“Nessuno ha la bacchetta magica, occorre dimostrare le ricette sul campo, tenendo presente che la medicina convenzionata è stata finora più un sistema professionale che organizzato, ma anche un patrimonio del Ssn e un tratto distintivo della civiltà italiana. Rispetto al 1978 i bisogni dei pazienti sono cambiati, la qualità degli anni di vita in più dipende dalla capacità di gestire le malattie croniche. Se si vuole quindi migliorare la risposta delle cure primarie, la questione non è tanto il modello in sé, ovvero il “contenitore dei servizi”, quanto decidere quali “contenuti assistenziali” integrare, dove e come. Due strade sono percorribili: valutare la performan-

ce di modelli autopoietici, ovvero autodefinitisi in base a valori e proposte istituzionali (di modo da verificare che cosa funziona realmente), oppure rimuovere gli ostacoli all'integrazione dei professionisti (adeguando responsabilità assistenziali, contratti di lavoro, sedi territoriali, standard di servizio, sostenibilità economica, ecc.).

L'integrazione delle cure primarie deve sicuramente risolvere alcuni problemi strutturali, ma soprattutto dare tempo ai professionisti di sperimentare l'organizzazione del lavoro in reti di cure primarie, ovvero in nuovi sistemi relazionali tra medici di famiglia, di continuità assistenziale, pediatri, infermieri, specialisti ambulatoriali, terapisti, assistenti sociali, ecc. La fiducia reciproca tra questi attori non è scontata, così come nei confronti delle Asl, vista anche l'impossibilità di ricorrere ad altri paradigmi di coordinamento come la gerarchia (tipica dell'ospedale) o il mercato (per esempio contratti di prestazioni), a meno di non trasformare i medici convenzionati in dipendenti pubblici o privati accreditati. I modelli futuribili per le cure primarie a livello nazionale hanno il merito di voler affrontare la questione dell'integrazione tra le professionalità territoriali e nei confronti dei servizi aziendali. Tuttavia l'orizzonte è forse un po' troppo denso di modellistica (Utap, Case della Salute, ecc.), tale per cui esiste il rischio di indurre confusione sia tra i professionisti sia nei cittadini. Al riguardo occorre invece che la strategia di gestione del cambiamento precisi a priori, dentro e fuori il Ssn, quali siano le aspettati-

ve di sistema, che cosa ci si attende da cure primarie multiprofessionali (che lavorano sotto "uno stesso tetto" o in rete) nei prossimi 5-10 anni, e quindi rispetto a quali obiettivi di accesso, qualità, appropriatezza, stato di salute, soddisfazione dei pazienti, saranno misurati comportamenti e risultati. Una simile trasparenza favorisce impegni reciproci, consenso tra i portatori di interessi (per esempio Comuni, associazioni di pazienti, ecc.), investimenti ad "iso-risorse" compensando nuove fonti di costi (sorgenti) come i servizi aggiuntivi delle cure primarie con costi cessanti, per esempio, riconversione di strutture, riallocazione del personale. Così sarà anche più agevole declinare le convenienze delle categorie professionali coinvolte nell'interesse generale, con riconoscimenti legati alla capacità di influenzare lo stato di salute delle comunità locali (a partire dalla prevenzione)".

Le organizzazioni sindacali ritengono di dover superare la denominazione di forme associative semplici e/o complesse, per il rischio di fraintendimenti in ambito fiscale, distinguendo le aggregazioni funzionali dai modelli erogativi...

"La proposta delle organizzazioni sindacali di ragionare in termini di aggregazioni funzionali e modelli erogativi è interessante dal punto di vista delle possibili combinazioni e forme di flessibilità assistenziale, che ben potrebbero adattarsi all'eterogeneità delle Regioni italiane. Esistono però alcuni aspetti delicati da non sottovalutare: l'integrazione tra un'aggregazione funzionale e un modello erogativo configura di fatto un sistema organizzativo a matrice, in cui singoli professionisti vengono a trovarsi in posizioni con *two-bosses*, ovvero una doppia relazione lavorativa, da un lato gerarchica o convenzionale (in ragione del contratto di lavoro), dall'altra funzionale (in ragione delle competenze e, si spera, dell'obiettivo di integrare le diverse professioni delle cure primarie). Si pensi, per esempio, al caso di un infermiere profes-

sionale o un operatore socio-sanitario gerarchicamente dipendente da un'unità operativa di una Asl e, contemporaneamente, funzionalmente assegnato a un team di cure primarie coordinato da un Mmg. La letteratura organizzativa propone le strutture a matrice come possibile risposta a bisogni complessi, non gestibili mediante un solo legame organizzativo (per esempio, gerarchia), ma sottolinea anche la complessità dei rapporti (a matrice, appunto), la criticità in termini di priorità, i presupposti culturali, come la capacità di bilanciare competenze tecniche con orientamento operativo. Di conseguenza, un sistema che intreccia una forma organizzativa basata su competenze professionali con un modello erogativo (od operativo), non è detto che funzioni in automatico, in quanto richiede sperimentazioni (*learning by doing*), investimenti di varia natura e lo sviluppo di fiducia tra diverse professioni non abituate per

formazione o prassi a lavorare insieme in processi o percorsi assistenziali. Il sistema può funzionare nella misura in cui consenta di ricombinare nell'ambito di una catena del valore del servizio, sia attività fondamentali ai fini dell'assistenza, sia attività di supporto. Il valore aggiunto della proposta delle organizzazioni sindacali sta dunque in una migliore gestione delle interdipendenze tra professionisti e nei confronti delle risorse strutturali e strumentali necessarie per garantire e migliorare il servizio. Il rischio consiste invece nella potenziale autoreferenzialità delle aggregazioni professionali e in un'autonomia operativa non necessariamente correlata agli interessi dei sistemi regionali. In sostanza, per combinare correttamente le due componenti, occorre una cultura professionale e operativa diffusa tra gli attori che consenta rapporti di lavoro multidimensionali, tipici dei sistemi organizzativi complessi".

Le aggregazioni funzionali e i modelli erogativi

I sindacati medici hanno individuato la distinzione tra aggregazioni funzionali e modelli erogativi in quanto *"risponde alla necessità di consentire la massima flessibilità ai diversi orientamenti organizzativi regionali, senza compromettere l'uniformità delle condizioni fondamentali necessarie ai medici delle cure primarie per sviluppare la disciplina dal punto di vista qualitativo e professionale"*.

- **Le aggregazioni funzionali** prescindono dal modello organizzativo di erogazione delle prestazioni e individuano i professionisti che devono collaborare direttamente fra loro per assistere, in modo completo e coordinato, una definita popolazione e le relative modalità di distribuzione e svolgimento dei compiti di ciascuno. Tali aggregazioni consentirebbero di ricomprendere in esse in modo coordinato e sinergico funzioni già di fatto svolte dai medici delle cure primarie in modo disgregato, senza alcun coordinamento funzionale con le attività di assistenza primaria, quali la continuità assistenziale, consentendo di realizzarne in modo efficiente altre, quali la medicina di iniziativa e l'offerta assistenziale di competenze specifiche. L'omogeneità delle procedure conseguenti al coordinamento funzionale consentirebbe anche attività di audit attraverso la verifica di indicatori di processo e di risultato (questi aspetti attengono all'Acn e sono intimamente legati a ruoli, funzioni e compiti professionali).
- **I modelli erogativi** (Utap, Progetto Me.di.co., ecc.) che possono essere sostenuti da singole aggregazioni funzionali o da parti di essa, definiscono i luoghi di esercizio delle attività, le professionalità mediche (generaliste e specialistiche) e non mediche coinvolte, le tecnologie diagnostiche disponibili, le modalità di integrazione con i servizi di natura diversa. I modelli erogativi, sulla base di standard minimi definiti negli Acn sono di esclusiva competenza delle singole Regioni.