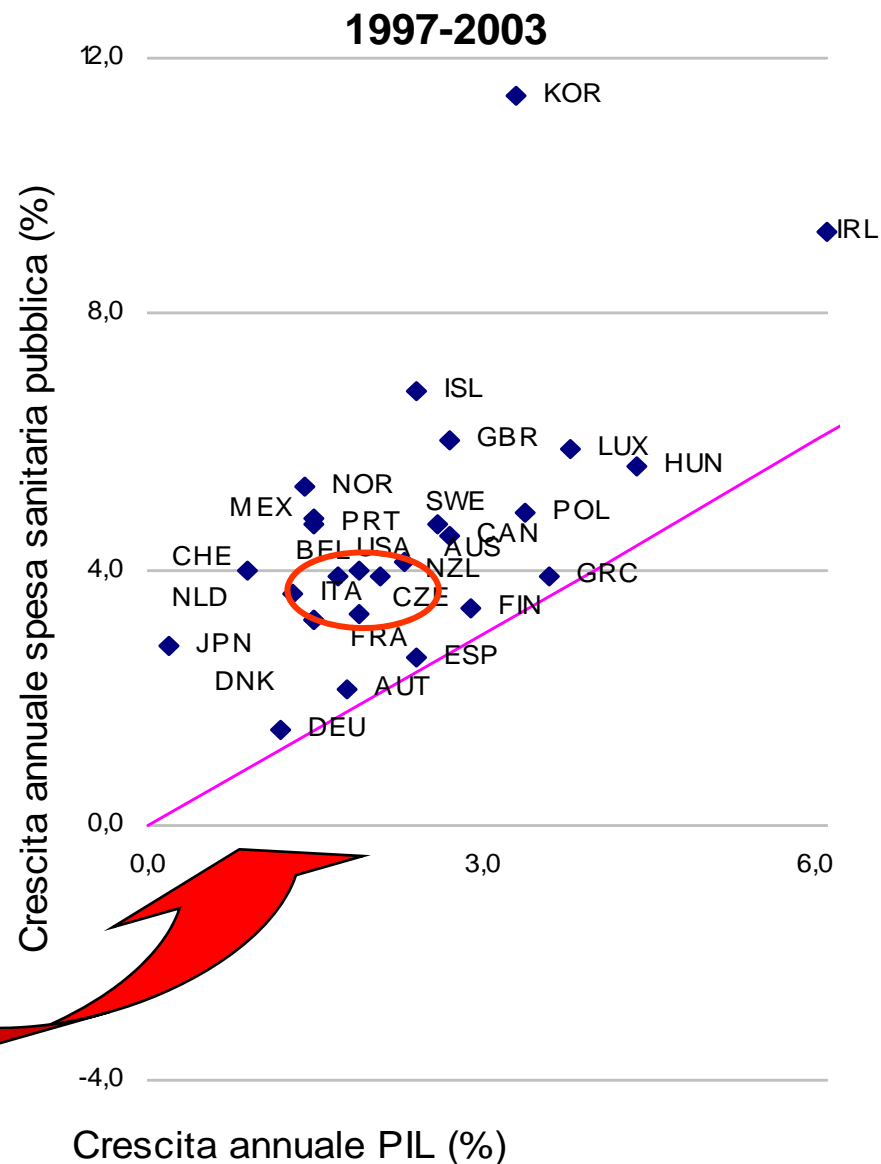
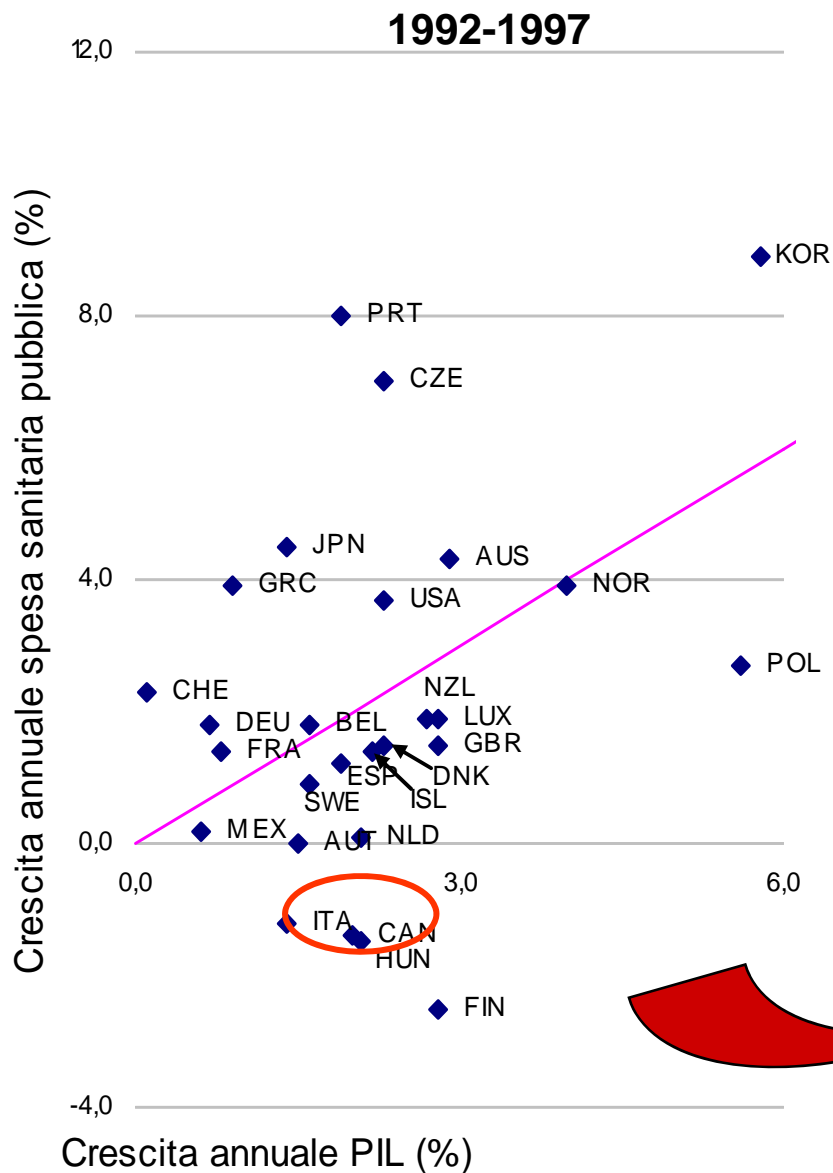

Dai modelli istituzionali allo sviluppo organizzativo e gestionale delle cure primarie

Riflessioni per il seminario di primavera CSeRMEG

Aprile 2007

paolo.tedeschi@unibocconi.it

CRESCITA DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA PRO-CAPITE “ > ” DELLA CRESCITA DEL PIL PRO-CAPITE... ANCORA PER QUANTO?

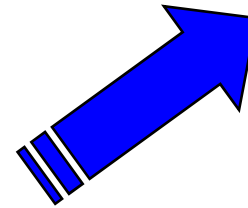


QUAL'E' IL PROBLEMA DI FONDO PER LA SOSTENIBILITA' DI UN SISTEMA SANITARIO?

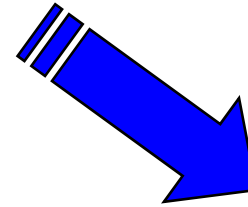


Si stanno diffondendo diversi modelli sanitari regionali (modelli “centrati sulle Aziende USL”, modelli con “Aziende USL integrate”, modelli di “quasi-mercato”)...

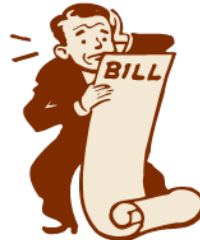
... ma comune è il problema di assicurare combinazioni sostenibili tra appropriatezza, economicità, innovazione!



**Committenza /
Acquirente**



**Produzione /
Fornitore**



IL MINISTRO TURCO CONVOCANDO LA NEO-COMMISSIONE SULLE CURE PRIMARIE HA INDICATO DELLE PRIORITA'

Occorre un **Piano d'azione che dia un segnale di discontinuità rispetto al passato**, introducendo un nuovo paradigma di assistenza territoriale incentrato su “cure di prossimità”.

In particolare, viene evidenziata la necessità di conseguire alcuni obiettivi, quali:

- **Continuità assistenziale** (24h, 7 giorni su 7, per dare risposte ai cittadini e per intercettare il bisogno, che altrimenti si trasforma in “codici bianchi” del PS, con integrazione forme di assistenza domiciliare).
- **Presenza in carico delle patologie croniche** (attraverso servizi e percorsi assistenziali individuali, la tutela della non-autosufficienza, ma anche potenziando le forme associative per la medicina generale ed altre professioni, le relazioni con le farmacie intese come presidi del SSN).
- **Integrazione organizzativa** (a livello di Distretto sanitario e tra Professionalità del territorio).
- **Promozione delle Case della salute** (struttura polivalente indirizzata a bacini di 5-10.000 utenti per erogare cure primarie, domiciliari, continuità assistenziale, prevenzione orizzontale).
- **Punti unici di accesso socio-sanitari** presso ogni presidio sanitario (per standardizzare le risposte e garantire la presa in carico dei pazienti difficili).
- **Partecipazione del cittadino** (es. auto-gestione patologie, family learning, stili di vita).
- **Ridefinizione ruolo Enti locali** (dalla programmazione socio-sanitaria congiunta alla valutazione dei risultati di salute nel territorio)

TUTTAVIA LA SFIDA PIU' CHE NEL "MODELLO ISTITUZIONALE", RISIEDE NELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO...

Alcune considerazioni:

- Spesso in Italia quando si deve innovare un servizio pubblico **il dibattito si concentra sui modelli istituzionali**, lasciando invece in secondo piano le **"condizioni di applicabilità"** (malgrado queste possano rivelarsi determinanti per il raggiungimento degli obiettivi ricercati);
- Sebbene i decisori politici abbiano il diritto-dovere di proporre nuovi modelli, se non vengono sperimentati e valutati prima di essere generalizzati, **il rischio è che non risulti comprensibile e condivisibile la ratio tecnico-scientifica** su cui si basano le scelte di contenuti assistenziali, i criteri di funzionamento, le caratteristiche distintive – se esistono – tra **Utap** (Unità territoriali di assistenza primaria della Convenzione nazionale 2005), **Case della salute** (Esperienza SPI-CGIL), ed **Unità di medicina generale** (Proposta dal tavolo di rifondazione della medicina generale).

...E ALLORA UNA PROVOCAZIONE: QUAL'E' "IL VALORE AGGIUNTO" DEI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI PER PAZIENTI & PROFESSIONISTI?

- I Medici generalisti sono **una categoria molto apprezzata, anche se nel tempo cresce la lamentela** per i tempi di attesa negli ambulatori, per l'indisponibilità fuori orario e per le visite a domicilio.
- Un sistema di cure primarie professionali non è più sufficiente, **occorre che sia anche professionalmente organizzato**, per rispondere ai bisogni cronici e alle urgenze non complesse.
- La libertà di scelta del cittadino non preclude la possibilità di aggiungere, al rapporto di fiducia con il medico, **il vantaggio di accedere a strutture territoriali con servizi di prossimità** (es. prelievi, referti, visite specialistiche, punto di primo soccorso, continuità assistenziale, accessi e processi assistenziali differenziati – per età, bisogno, patologia, fascia oraria, prestazioni, ecc.).
- **Il rapporto di fiducia non è sinonimo di potere, se non si traduce in legittimazione sociale** da parte degli assistiti e riconoscimenti dalla comunità medica; ciò comporta un'inversione rispetto alla “deriva amministrativa / individualista”, ovvero la percezione che i medici territoriali siano solo uno snodo burocratico (es. per le ricette), anziché i responsabili dello stato di salute locale.

LE CURE PRIMARIE SONO IN GRADO DI APPORTARE UN CONTRIBUTO RILEVANTE ALLA SOSTENIBILITA' DEL SSN?

- **“Più aderenza alle cure se i pazienti si affidano al medico di fiducia”**... in USA molto spesso i contatti avvengono presso ospedali, PS, grandi strutture, per cui il paziente si trova da solo senza una guida da parte di chi ne conosce la storia clinica. Risultato: **si è riscontrata una migliore efficacia e costi inferiori nei casi in cui il paziente è seguito da un Medico di fiducia.**

Piette J. et al., The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due pressure, Archives of Internal Medicine, 2005, 165;1749-1755.

- Esiste evidenza empirica per sostenere che **sistemi sanitari che si affidano di più alle cure primarie abbiano outcome di salute, equità e condizioni di accesso, continuità delle cure, superiori a sistemi più incentrati sulle cure specialistiche, nonché costi inferiori**... con un aumento della soddisfazione dei pazienti e senza rischi avversi su qualità e stato di salute, (anche se esiste un soglia limite alla riduzione del costo).

Atun, R., (2004), What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, Health Evidence Network (HEN), WHO Regional Office

- **“Allo sviluppo delle cure primarie e di caratteristiche quali la diffusione geografica, la longitudinalità, il coordinamento e l’orientamento alla comunità, corrisponde un miglioramento della salute”.**

Macinko, J., Starfield, B., Shi, L., (2003), The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998, Health Services Research 38:3, pag 831-865, June 2003.

UNA DOMANDA DIVENTA DOVEROSA: I MODELLI ORGANIZZATIVI & LAVORATIVI ATTUALI RISPONDONO ANCORA AI BISOGNI?

- Senza il passaggio da **gate-keeper** a **care-manager** il MMG rischia di rimanere tra incudine & martello, che non è certo la condizione ideale per esercitare il mestiere di MMG. **L'obiettivo della medicina generale non è infatti fare da filtro bensì integrare cure primarie e secondarie per aumentare la qualità delle risposte**; ciò implica cambiamenti nell'organizzazione del lavoro, nel sistema remunerativo, nei processi assistenziali.

Bodenheimer, MD et al., (1999), Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers, JAMA, June 2 1999, vol. 281, n.21:2045-2049

- Malgrado la diversità di architetture dei sistemi sanitari, sia in letteratura che nella pratica, **il posizionamento delle cure primarie è in discussione nella maggior parte dei Paesi sviluppati** a causa della necessità di sostenere i cambiamenti nella domanda sanitaria, nella scienza, nelle tecnologie e nelle modalità di consumo. In gioco risulta non tanto la rilevanza “in se” delle cure primarie, visto che è stato dimostrato il suo contributo a migliori *outcome* di salute e minori costi, bensì **l'individuazione di modelli organizzativi in grado di combinare efficienza ed efficacia, qualità ed appropriatezza, equità sociale e soddisfazione dei pazienti**

Docteur H., Oxley H., (2003), Health-care systems: lessons from the reform experience, Oecd health working papers.

FORSE E' GIUNTO IL MOMENTO DI UN "RITORNO AL FUTURO" SUL RUOLO DEL MMG E LE MODALITA' LAVORATIVE...

- Da un lato si teme il “rischio di spersonalizzazione del rapporto medico-paziente”, dall'altra si prospetta che “i MMG diventeranno ospedali virtuali sul territorio, aperti giorno e notte”, ma non è che il vero punto sia **la necessità di un “ritorno al futuro”, di superamento della tradizionale «separatezza» nei confronti del sistema, dovuta al «rapporto non dipendente» dei MMG, accettando la distinzione tra inquadramento lavorativo e modalità di «integrazione» nel sistema di offerta di prestazioni?**
- **Come si può infatti realizzare la *clinical governance** da soli e non integrati?**

*Intesa come riconoscimento dell'autonomia professionale inserita organicamente in un sistema di responsabilità sul piano dell'efficacia assistenziale, dell'efficienza organizzativa e dell'economicità di gestione non solo dichiarata, ma sottoposta a verifiche che non siano burocraticamente imposte dall'alto in basso, ma siano condivise dai medici che hanno il rapporto diretto con i pazienti.

Borgonovi, E., (2004), Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale, Editoriale in Mecosan - management e economia sanitaria, n.51, pag. 2-5.

I COMPORTAMENTI PROFESSIONALI DEI MMG DIPENDONO DA DIVERSE DETERMINANTI

Caratteristiche individuali

sexso

età

educazione e formazione

allocazione del tempo

Caratteristiche organizzative

lavoro individuale o pratica di gruppo

strumentazione / personale di supporto

localizzazione geografica

integrazione con altre prestazioni

mediche o socio-sanitarie.

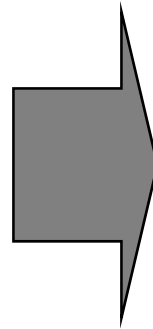
Caratteristiche del sistema sanitario

regolamentazione del lavoro

sistema di finanziamento

sistema di lista dei pazienti

funzione di gatekeeping o meno



Comportamento professionale nella:

gestione del primo contatto con il sistema sanitario

cura di pazienti con condizioni acute e croniche

promozione della salute e prevenzione della malattia

Fonte: (Nivel 2003)

LA GOVERNANCE DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA E' RESA COMPLESSA DALLA MOLTEPLICITA' DEGLI ATTORI COINVOLTI

Il mondo delle cure primarie in Italia: assistenza di base ambulatoriale & domiciliare / longitudinale (garantita nei LEA distrettuali) con un assorbimento di risorse pari al 7% del finanziamento pubblico, ovvero € 6,5 miliardi nel 2006, per 84.816 professionisti (circa un quinto della forza lavoro del SSN).

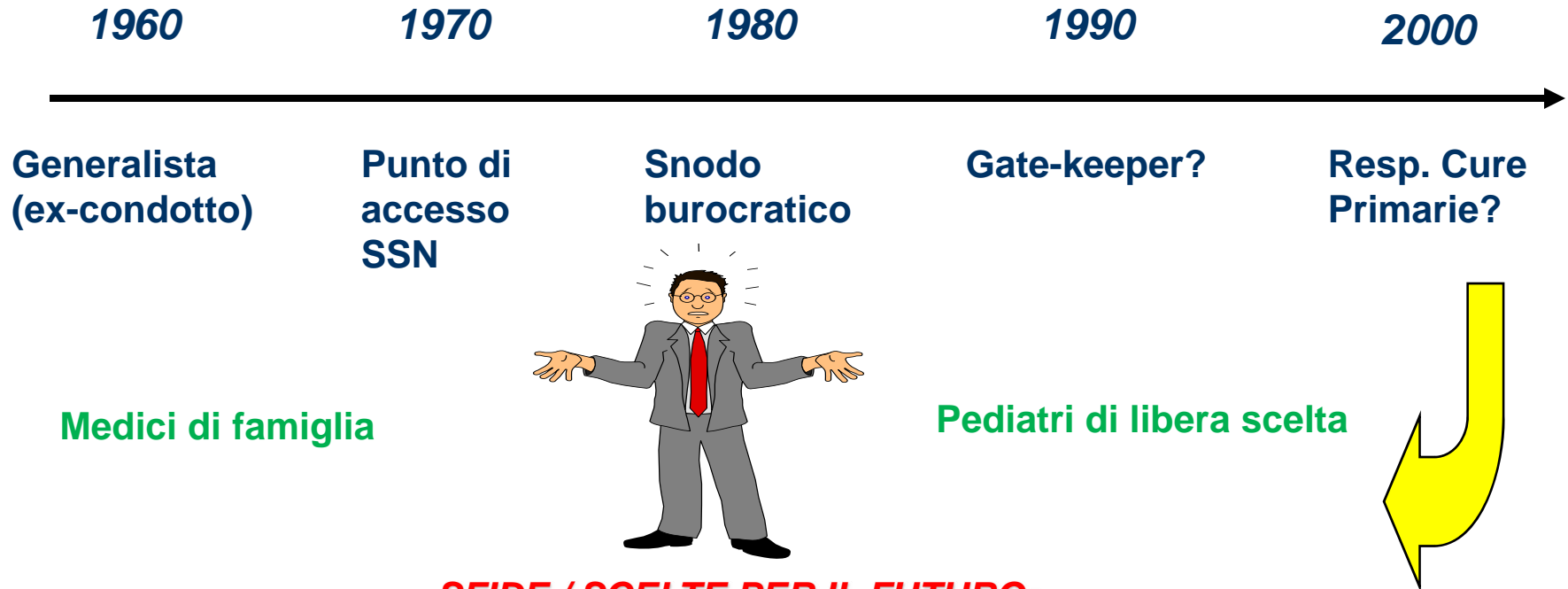
Anno 2005	Medici di famiglia (MMG)	Pediatri di libera scelta (PLS)	Medici di continuità Assistenziale (MCA)	Specialisti ambulatoriali (Sumaisti)	Medicina dei servizi	Emergenza territoriale
Professionisti	47.148	7.155	11.851	13.245	2.880	1.858
Num. Pazienti	1.500 max	800 max	1 : 6500	Variabile (liste attese)	n.a.	n.a.
Orario lavoro	5 gg h8-20 + h8-10 sab	Idem	7gg h 20-8	Variabile su 5gg	Variabile su 5gg	Variabile su 5gg
Remunerazione	Quota capitaria	Quota capitaria	Tariffa oraria	Tariffa oraria	Incarico	Incarico
Dist. geografica	Uniforme	Uniforme	Centro-sud	Variabile	n.a.	n.a.
Contratto	3 livelli	3 livelli	2 livelli	2 livelli	2 livelli	2 livelli

LA MEDICINA GENERALE IN ITALIA... CONTA LA DEFINIZIONE O IL RUOLO?

- Il MMG è un libero professionista convenzionato con il SSN...
- L'educazione medica passata non era specifica...
- L'accesso alla professione è rigido, ma non necessariamente meritocratico...
- L'attività è altamente regolamentata, ma non necessariamente responsabilizzante...
- I medici convenzionati non fanno carriera...
- Il 60% dei MMG italiani ha un'età superiore ai 50 anni...
- Il 14% ha meno di 500 pazienti...
- Il 13% pratica la medicina di gruppo...
- Un MMG ha in carico in media 1.000 assistiti, per una retribuzione di base lorda annua pari a circa €50.000... tolti i costi e pagate le tasse, quanto rimane?
- Le dotazioni strumentali presso gli ambulatori sono limitate: ICT, diagnostica, ecc...
- Le misurazioni attuali della performance sono corrette (es. ore ambulatorio, accessi in ADI, ecc.)?

● ...

QUALE RUOLO PER LE PROFESSIONALITA' MEDICHE TERRITORIALI NEGLI SCENARI DELLA NUOVA SANITÀ?



SFIDE / SCELTE PER IL FUTURO:

*governatore della domanda e/o produttore di prestazioni territoriali?
singolo professionista o parte di una squadra?
controparte del sistema o co-gestore?
responsabile di risorse & fattori produttivi?
...?*

LO STATO DELL'ARTE A LIVELLO NAZIONALE (2004)

Situazione 2004	Medicina in assoc.	Medicina in rete	Medicina di gruppo	Coop.	Equipe territoriali	Modelli sperimentali ¹	Totale Italia
Numero associazioni	3.256	744	1.541	98	554	31	-
MMG coinvolti	16.126 (36%)	4.308 (9%)	6.077 (13%)	-	-	-	43.899 (100%)
Pazienti coinvolti	19.543.101 (35%)	5.370.340 (9.8%)	7.805.175 (14%)	-	-	-	54.222.472 (100%)
Infermieri di studio	-	-	567	-	-	-	567
Collab. di studio	-	-	3.262	-	-	-	3.262
Distrib. geografica							-
- Nord	51%	48,5%	45%	24%	87%	74%	-
- Centro	20%	8%	31%	24%	10%	22%	-
- Sud	19%	27%	19%	52%	0%	4%	-
- Isole	10%	16,5%	5%	0%	0%	0%	-
Incentivi ex-DPR 270/00 (per paziente)	2,5€	3,5€	4,5€	no	1,4€	A seconda accordo regionale	-

^[1] Per esempio: Nuclei cure primarie in Emilia Romagna, Gruppi cure primarie in Lombardia, Unità cure primarie in Toscana, Equipe territoriali in Veneto.
Fonte: nostra elaborazione da Analisi nazionale Ministero della Salute (2004)

ASSOCIAZIONISMO: PERCHÉ DI UN “INSUCCESSO”?

- Non mi interessa
 - Perdita di autonomia
 - Paura del cambiamento
- Non so come fare
 - Pigrizia...
 - Ripartizione costi & fiscalità
- Non mi conviene
 - Mancanza di informazioni
 - Assenza di volontà imprenditoriale
- Assenza di una cultura organizzativa
- Modellistica confusa
- Finanziamento insufficiente
- Contraddizioni legislative

LA CRESCITA DELLE CURE PRIMARIE IN UK... CHE MESSAGGIO?

- Forza lavoro (2001):

– MMG	30,685	(+1%, 1991)
– Num pazienti (media)	1841	(-5.4%)
– Collaboratore di studio	64,998 FTE	(+33.4%)
– Infermieri	11,163	(+27.2%)
– Amministrativi	51,390	(+35.1%)

- Carico di lavoro:

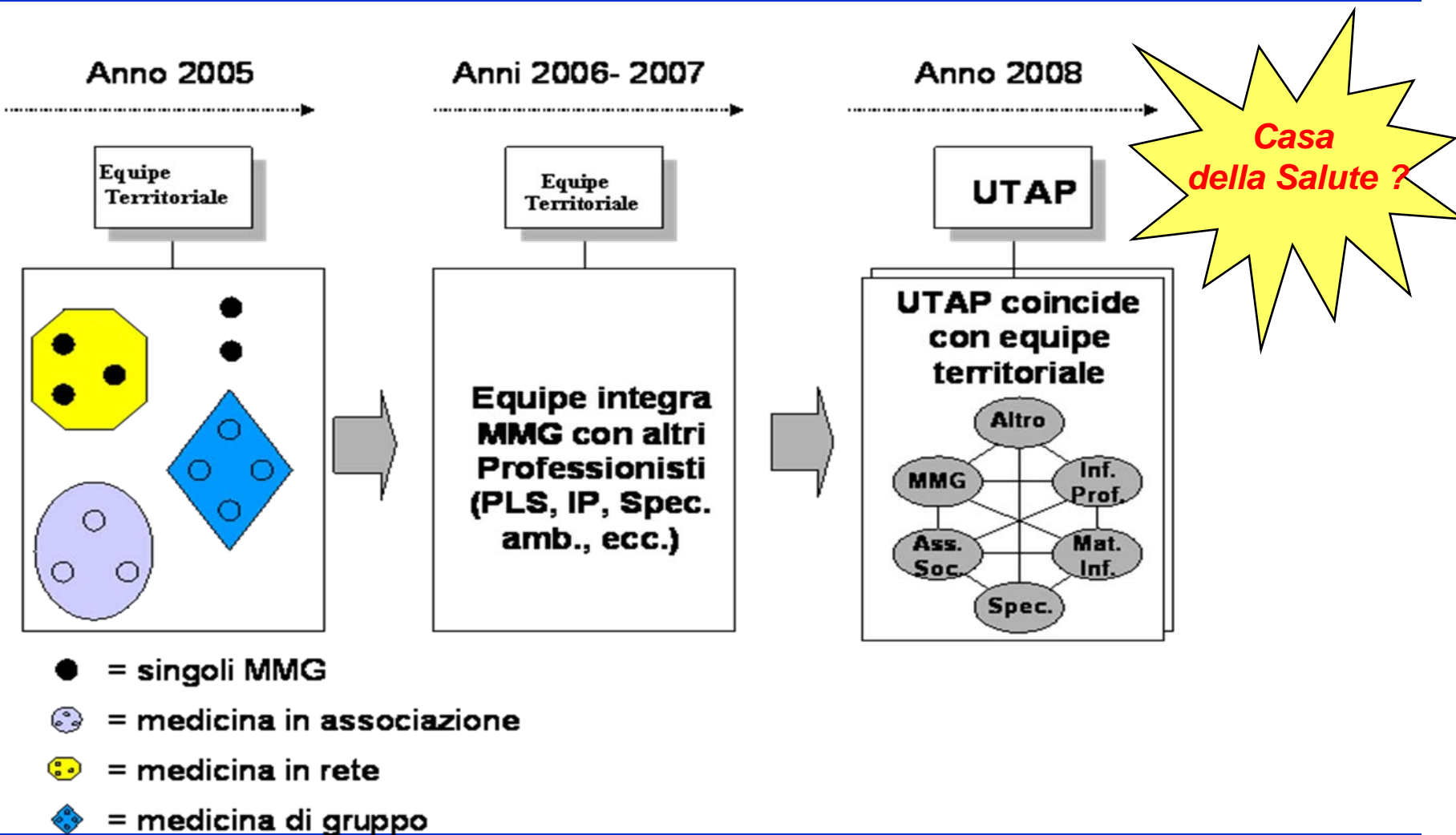
<u>Anno</u>	<u>Numero visite</u>	<u>Media per MMG</u>
1975	145 million	7551 (20.7/die)
1985	230 million	
1995	295 million	8896 (24.4/die)
2005	310 million	

80% dei cittadini vede un MMG almeno 1 volta/anno, con una media di 5 visite a persona

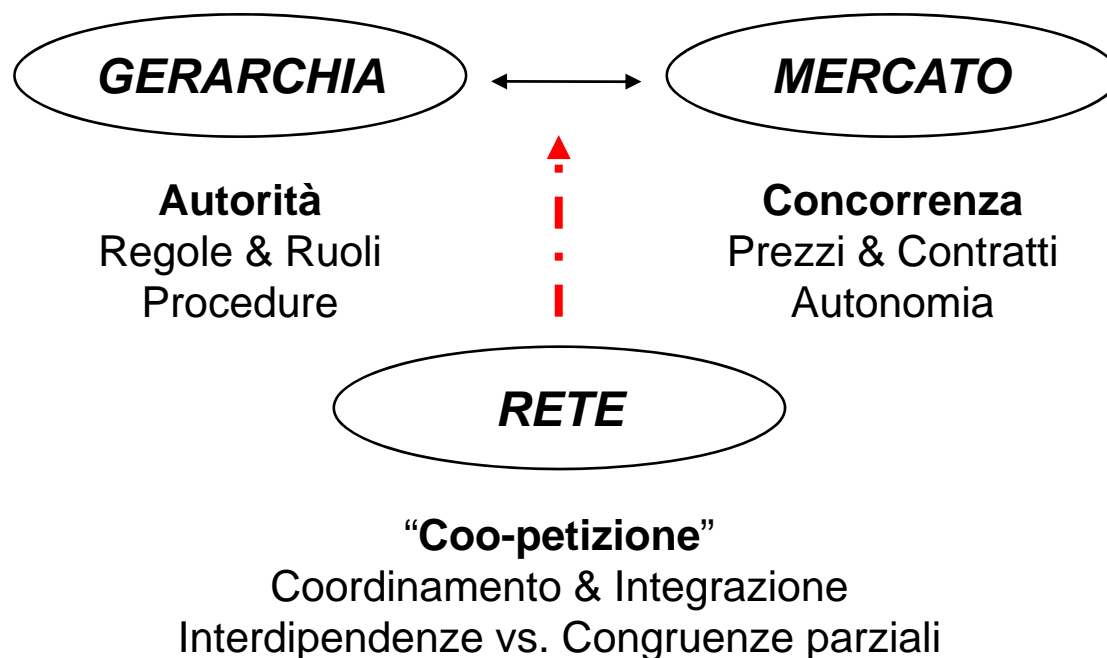
I MODELLI REGIONALI IN DIVENIRE (scenario post ACN 2005)

Regioni:	Emilia Romagna	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte	Umbria	Toscana	Veneto
Modelli & anno di attivazione	NCP (2000)	UCP (2004) UTAP (2006)	GCP (2005)	ET (2004)	ET (2006)	ET (2004)	UCP (2003) MAC (2006)	UTAP (2006)
Professioni coinvolte	MMG,PLS, IP,Prof. sanitarie Distretto, Ass.Soc., terapisti	MMG	MMG, IP, Specialisti ospedalieri, terapisti	MMG,PLS, IP, Prof. sanitarie Distretto, Ass.Soc, terapisti	MMG, PLS	MMG,PLS, MCA,IP Ass.Soc, Spec T & H	MMG, IP, MCA, + legame con 118	MMG,PLS, MCA,IP Ass.Soc, Spec T & H
Bacino utenza (ab.)	10.000-30.000	n.a.	Minimo 6000	n.a.	10.000-30.000	10.000-15.000	5.000-50.000	10.000-25.000
Sede unica	Sede di riferimento	NO	SI	SI	NO	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori
Presenza specialisti	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
Finanziamento	Sperimentale	Per attività	Sperimentale	Da accordi integrativi	Su progetti	Da accordi integrativi	Per obiettivi	Da economie
Responsabilità & Strumenti di controllo	SI (Referente NCP)	SI (verifiche su attività)	SI (controlli interni / esterni ASL)	SI (controlli amministrativi)	SI (controlli amministrativi)	SI (riunioni audit)	SI (verifica su attività)	SI (accordi integrativi locali)
Sistema informativo	SI, progetto Sole	NO	SI, SISS regionale	NO	NO	SI	SI	CUP Aziende Ulss

MESSAGGIO DI FONDO: "MMG PREPARATI A DIVENTARE AZIENDA"?



LE NUOVE ESIGENZE ORGANIZZATIVE DELLE CURE PRIMARIE TROVANO SODDISFAZIONE NELLA DIADE “GERARCHIA - MERCATO”?



Le professionalità del territorio (MMG, PLS, MCA, Specialisti, IP, ecc.) necessitano di poter esprimere comportamenti sia “**competitivi**” che di “**collaborativi**”... avendo interessi interdipendenti ma solo parzialmente congruenti! Nella teoria organizzativa, il modello a rete rappresenta un paradigma utile a fronte di fabbisogni eterogenei; la sua applicazione non è semplice in quanto si basa sulla fiducia professionale (è un modello o una dinamica professionale?)

IN OGNI CASO EMERGONO ANCHE QUESTIONI DI MANAGEMENT DA DIRIMERE!

- **Autonomia controllata: CdR del sistema aziendale** (un Distretto / ASL è in grado di governare prestazioni, qualità e spesa senza il coinvolgimento dei MMG?)
- **Autonomia negoziata: unità di erogazione di prestazioni territoriali**, non necessariamente pubblica e “dipendente” dall’ASL (verso un’esternalizzazione gestionale?);
- **Autonomia integrata: forma di integrazione tra sociale e sanitario**, tra governo clinico ed assistenziale (con standard e risorse condivise tra ASL e Comuni?);
- **Quali strumenti di management sono opportuni per una “cultura del risultato”?**
 - budget MMG/ PLS & integrazione in budget di Distretto;
 - meccanismi di coordinamento (es con DCP / Distretti);
 - definizione di percorsi assistenziali integrati e di accesso ai livelli di cure;
 - Indicatori di attività, qualità e performance nelle cure.

...altrimenti il rischio è che le “Utap” rimangano delle “Utopia” e le “Case della Salute” diventino delle “Casbah della Salute”