

Associazionismo e Cooperazione in medicina Generale:

Realizzazioni e progetti

Hotel Terme Alexander Palace Abano terme (PD)
Giovedì 31 maggio - sabato 2 giugno 2001

Forme associative e Networking nelle cure primarie: aspetti gestionali

Dr A. Di Malta: Segretario Prov Fimmg CR
Pres. CMMG Srl - CR
Membro C.d.A. Co.S.

Perché?

Crescita domanda
Crescita offerta

Contrazione delle risorse

Quali obiettivi ?

Le cure più appropriate
al costo più conveniente
in presenza di risorse definite

Il mercato

Logica: **domanda/offerta**

Fattori: **committente /produttore /consumatore**

Come?

Governo
della
domanda

Businnes
Plan

- Piano strategico
 - Piano organizzativo
 - Marketing
 - Piano Finanziario
- Organizzazione
Cure primarie art.40
 - Bilancio preventivo
 - Bilancio consuntivo
 - Reperimento risorse

Il modello Lombardo è ancora e solo il modello Lombardo?

- **la completa separazione tra produttori e acquirenti di prestazioni, con la Asl ridotta al ruolo di mero acquirente di prestazioni sanitarie;**
- **la competizione fra produttori pubblici e privati accreditati di prestazioni;**
- **il bonus sanitario;**
- **i Fondi integrativi di Assistenza (le mutue integrative, assicurazioni, Fondi particolari legati a contratti d lavoro etc);**

Come pensa il MMG di passare il suo tempo in attesa del federalismo?

- **Ragionare ancora con l'occhio ad una convenzione nazionale?**
- **ma una volta che i Fondi Sanitari Regionali vengono differenziati.....?**
- **ma una volta che i fondi di compensazione delle sperequazioni aziendali saranno regionali.....?**

dal punto di vista dell'interesse dello stato sarebbe già un bel risultato:

➤ **riuscire a definire:**

- dei livelli uniformi di assistenza di base;
- e un principio di sussidiarietà per la compensazione del debito fra regioni ricche e povere, al fine del mantenimento di quei livelli di base;

E dal punto di vista di tutti i medici a livello nazionale:

➤ **Riuscire a definire:**

- line comuni di coordinamento delle trattative regionali,
- organizzazione e servizi che attraversino trasversalmente i SSR e le Asl offrendo un supporto tecnico organizzato alle trattative sindacali periferiche;

Ma i politici.....cosa si aspettano dal mmg?

- **un aiuto importante a fare una cosa che vogliono fare in un certo modo (modello organizzativo SSN):**
 - Lo stato come uno dei tanti acquirenti di prestazioni,
 - la concorrenza fra i produttori pubblici e privati, ed i Committenti diversificati (affiancare allo Stato i Fondi integrativi di assistenza, etc),
- **ma non sono certi che:**
 - abbia gambe per camminare, rispondendo alle aspettative dei cittadini;
 - o se sia in grado di reggere economicamente (contingentamento della spesa sanitaria) per restare in Europa);

Le attese dei politici?

Siccome noi siamo una realtà importante,
all'interfaccia fra Committenti, utenti e produttori
si aspettano che noi svolgiamo due funzioni
importanti:

1. assumerci (associandoci) più responsabilità nel **governo della domanda** e quindi delle spesa;
2. diventare a nostra volta (associandoci) **produttori di servizi** nelle attività importanti e complesse;

Possibili attività complesse

- ❑ ADI, Cure palliative e processi di deospedalizzazione
(*esternalizzazione servizi*);
- ❑ Continuità Assistenziale
(*diurna, festiva, di progetto etc?*);:
- ❑ Gestione RSA e collettività
(*v. costi C.A. interna?*)

Dichiarazioni dei politici

Tomassini: programma sanità Forza Italia

● Unità di Cure Primarie:

attraverso la contrattazione con le Asl o con le organizzazioni professionali i MMG, associandosi con gli operatori professionali non medici, possono offrire:

- servizi di guardia,
- prestazioni di piccolo pronto soccorso,
- terapie infusionali,
- terapia domiciliari per i malati terminali
- e fare anche interventi di medicina di secondo livello nell'ambito di programmi di prevenzione, di educazione sanitaria e di ricerca"

Dichiarazioni dei politici

- **Marida Bolognesi (Ulivo):**

piena integrazione fra sanitario e sociale con forte accelerazione impressa all'assistenza domiciliare integrata, **sotto la responsabilità dei mmg organizzati in forme associative”**.

Questa è l'unica strada che può portare all'abbattimento delle liste d'attesa e ad una maggiore prossimità delle risposte ai bisogni di salute dei cittadini

Strumenti operativi a disposizione del medico di famiglia

**Articolo 40- Comma 3 -lett. a: Med. in Ass, Med. in Rete,
e Med. in Gruppo,**

**Articolo 40 - Comma 3 - lett. B: Società di Servizio anche
Coop.,**

articolo 15 - Equipe territoriale;

**accordi regionali - loro possibile integrazione con
compiti aggiuntivi (quota variabile) ...**

accordi aziendali: compiti aggiuntivi!!! (quota variabile

ACN Med Gen. Art-40: Comma 3 lett. a):

- Medicina in Associazione:
 - Medicina in RETE
 - Medicina di GRUPPO
-
- sono modelli di attività professionale integrata: privi di *“personalità giuridica”* propria e quindi di capacità d'impresa:
 - ma collegano il cambio “effettivo” del modello gestionale della professione agli incentivi;

Associazione di tipo Societario

ACN Med Gen. Art-40: Comma 3 lett. b):

- *“COOPERATIVA”*

Associazione di più individui al fine di ottenere, dalla gestione in comune di un'attività, condizioni più vantaggiose di quelle offerte dal mercato

dal “Vocabolario della lingua italiana” -Garzanti 1998

- *“ESERCIZIO INDIVIDUALE DELLA PROFESSIONE”*

Mentre la prestazione medica resta individuale e personale e ogni medico continua ad esercitare nel suo studio....

La cooperativa di MMG

“Società tra MMG che permette di acquisire in modo associato, e quindi più vantaggioso, i “fattori produttivi ” utili allo svolgimento delle attività complesse della professione”

- sedi e strutture
- personale
- attrezzature
- organizzazione

Equipe territoriale art. 15 ACN

Istituzione a livello regionale e aziendale in via sperimentale di Equipe territoriale per avviare forme di integrazione fra operatori di:

- assistenza primaria,
- continuità assistenziale
- pediatria di libera scelta ,
- assistenza specialistica ambulatoriale
- medicina dei servizi
- e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria;

Valutazione multidimensionale e risposte appropriate alle diverse condizioni di bisogno:

- prevenzione in casi di dipendenza da droga, alcool,
- patologie in fase terminale, patologia da hiv,
- tutela della salute mentale ,

Le ordinarie incognite nel nostro lavoro!!!

- ma ...c'è un ma!!! ...ci sono una serie di cose che intersecano la nostra attività:
 - che noi non conosciamo e che nessuno si preoccupa di farci conoscere;
 - che, comunque, interferiscono in modo pesante sulla nostra professione;
 - e che rendono più difficile il livello organizzativo, più pesante l'impegno personale, più costosa la gestione dei fattori produttivi (sia essa organizzata a livello individuale che a livello associativo);

Gli inevitabili sconosciuti

- 1) **Gli obblighi della Privacy:** rilievo del consenso e adozione misure minime di sicurezza per la tutela dei dati personali e sensibili;
- 2) **La prescrizione informatica e la spedizione telematica** delle prescrizioni: DDL 3999 , finanziaria 2000
- 3) **la gestione del personale** nella attività complessa e la legge sull'intermediazione;
- 4) **Gestione Centri Erogazione Cure Primarie** e le norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- 5) etc...etc...

Gli obblighi della Privacy:

- **rilievo del consenso (????????)** - fuori dall'Europa;
- **adozione misure minime di sicurezza** per la tutela dei dati personali e sensibili (Art. 15 legge 675/96 e DPR 318/99);
- *Obblighi che discendono non dall'A.C.N ma da un dispositivo di legge che non si può scotomizzare, ancorché non si sia riusciti a inserirlo nelle contrattazioni per quantificare i costi di produzione del reddito tenendo conto anche di questi aspetti;*

La prescrizione informatica e la spedizione telematica delle prescrizioni

Il Netlink e il Sys (Corriere Medico del 24 maggio 2001) e tutte le migliaia di sanycard ma che rapporto hanno con il lavoro del MdF?:

- sia che si tratti di aggiornare una card,
- sia che si tratti di aggiornare un server,
- sia che si tratti di usare un lettore di card
- sia che si tratti di usare la card come PSW per collegarsi ad un server

→ tutti i sistemi di teleinformazione sui dati di salute di un cittadino scontano un grande limite!!!!

→ è il medico di famiglia che deve fare due inevitabili operazioni:

1. aggiornare la card e/ o il server;
2. leggere la card o collegarsi al server;

- ma al medico di famiglia qualcuno questo lo ha detto?.... No!!!.
 - gli si è fatto credere che poteva informatizzarsi o poteva non farlo!
- *abbiamo affrontato questo evento come se fosse un optional che potevamo accettare o rifiutare.. non è così ?*
- *E invece !!!!*

La prescrizione informatica e la spedizione telematica delle prescrizioni: finanziaria 2000 - articolo 87:

è introdotta la **gestione informatizzata delle prescrizioni** relative alla prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere, erogate da soggetti pubblici e privati accreditati. Tutte le procedure informatiche devono **garantire l'assoluto anonimato del cittadino** che usufruisce delle prestazioni, rispettando la normativa a tutela delle riservatezza;

Il sistema di monitoraggio dovrà interconnettere i medici e gli altri operatori sanitari. Il Sistema informatizzato riguarderà la consultazione in linea, a diversi livelli di competenza, di informazioni relative a :

- a) farmaci del Servizio Sanitario nazionale; prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e specialistiche erogabili;**
- b) andamento dei consumi dei farmaci e delle prestazioni;**
- c) andamento della spesa relativa;**

Le soluzioni adottate dovranno **rispettare le norme sulla sicurezza e sulla riservatezza dei dati** secondo le Leggi vigenti e risultare coerenti con le linee generali del processo di evoluzione dell'utilizzo dell'informatica e nell'amministrazione;

Entro il 1° gennaio 2002, o le diverse date stabilite con i decreti attuativi, **tutte le prescrizioni citate dovranno essere trasmissibili e monitorabili per via telematica;**

La gestione del personale nella attività complessa

Il personale di studio nella medicina in associazione o in rete o nelle medicine di gruppo e la legge sull'intermediazione di manodopera,

Gestione Centri Erogazione Cure Primarie

- **La gestione dei luoghi di lavoro (manutenzione sicurezza),**
 - **Distribuzione attrezzature;**
- **tutto ciò abbiamo scoperto chiamarsi logistica!!!**

Ma allora questo vuol dire che:

- la privacy si rispetterà **dove si vorrà?**;
- la continuità assistenziale con teleassistenza e la condivisione degli archivi in rete si farà la dove le **Asl** saranno così **fortunate** (come a Cremona) da avere un tasso del 91% di medici informatizzati?
- Che la dotazione di personale di supporto per esempio agli ambulatori per patologia, oppure ai Centri di Cure Primarie avverrà **solo dove i medici di Famiglia accetteranno di confrontarsi con la legislazione vigente in tema di rapporti di lavoro?**

I desideri proibiti (da chi?) del Committente

Oppure è ragionevolmente pensabile che

- **un governo nazionale sufficientemente stabile,**
- **o dei governi regionali forti,**

dicano ai medici di famiglia che o fanno quello che si vuole da loro (informatizzazione, assunzione in carico di servizi esternalizzati, rispetto Privacy a proprie spese etc)

o si fanno da parte per lasciare il posto ad una generazione di mmg più moderni, più consapevoli, e meno rassicurati dalle consuetudini del passato.

La nostra reazione: di due tipi

La prima, tipica! abbastanza Naif! È la tecnica universalmente nota come “tecnica dello struzzo”-
“Fino a quando il terremoto non lo annuncio ufficialmente io, il terremoto non esiste”:

- **non associamoci nella medicina in rete o di gruppo** perché questo comporta maggiori oneri o maggiore complessità gestionale e quindi maggiore impegno;
- **non facciamo medicina in rete** perché presenta i problemi più complessi in tema di privacy; esempio della scelta di Milano - facciamo solo medicine in associazione **(come se questa fosse scevra da problemi di privacy!!!!)**

la seconda tipologia di reazione! più evoluta :

- **accettano di organizzarsi, ma con una filosofia originalissima:**

rifiutano in modo categorico di quantificare i costi in funzione delle entrate:

- **adottano un'antica diffusa “forma mentis” che recita pressappoco:**

- “ i costi sono sempre e comunque troppi!!!
“ma in relazione a che cosa”?... “a prescindere!!”
- i guadagni sono sempre troppo pochi
“ ma in relazione a che cosa?” .. a prescindere!!!)

- ❑ quello che prendo in più mi viene da cielo !!
- ❑ quello che devo spendere per la professione è una sconfitta del sindacato o QUANTOMENO una sua debolezza !! Vedi:
 - **privacy**
 - **gestione del personale**
 - **ICI**
 - **ICIAP**
 - **etc**
 - **Rifiuti speciali**
 - **e persino le tasse.. (compensi lordi!!!!) anche le tasse!!.. se ci pensiamo bene sono.....una dimostrazione di debolezza del sindacato ...perché se volesse .. potrebbe fare di più... di più di quanto ?... di più !!**

Imperativo categorico!! -

□ accettare la logica dei costi/ricavi, ovvero:

- nessun costo è troppo alto se le entrate, coprono almeno i costi e c'è un utile;
- nessun costo è sufficientemente basso se le entrate non sono in grado di coprire i costi;

Esempio:

gli incentivi:

- sono percepiti (in senso semantico) in modo distorto: vengono introitati come una gratifica inaspettata di derivazione divina (una specie di aumento mascherato su una quota capitaria che non si “avrebbe” il coraggio di incrementare!!)
- poi si trovano eccessivi i costi sostenuti per attrezzarsi per la professione (che sono quelli che hanno motivato gli incentivi);

Una trattativa da attrezzare ?

Due sono le possibilità

1) gli incentivi non servono a procurarsi i fattori produttivi?

allora non sono dovuti o vanno in un modo o nell'altro reintegrati nella quota capitaria;

2) sono dovuti ma non sono sufficienti a fare quella che è la destinazione della loro ragione d'essere!..

allora c'è un difetto nella trattativa; non è più possibile, soprattutto se si affrontano attività complesse, non sapere cosa costano i fattori produttivi e non essere in grado di inserirli almeno con una certa approssimazione tra le voci di costo che formano il prezzo finale delle cure;

UN ESEMPIO PER TUTTI:

1) tutta la questione della Privacy:

- sia per ciò che riguarda la irrisolta questione della raccolta del consenso,
- *sia, e di più,* per ciò che riguarda l'adozione di misure minime di sicurezza per la protezione di dati personali e sensibili,

rappresentava già un obbligo pesante già vigente per legge (e quindi sottintesa nel contratto) dal luglio 1999.

Eppure ne la trattativa nazionale ne le trattative regionali, ne le trattative aziendali hanno preso in esame i costi enormi rappresentati dagli obblighi di legge derivanti dai compiti assunti (a titolo esemplificativo citiamo il costo dell'amministratore di sistema e la redazione dei DPSS) al fine di inserirlo in trattativa:

e se ciò non si è fatto è stato per misconoscenza di tali obblighi sia parte nostra che da parte Pubblica!!

Che fare invece?

1) Quello che fa la Parte Pubblica?:

- già passate in un Coordinamento nazionale delle regioni d'Italia;
- Gli standard della Regione Lombardia per accreditare le forme associative -

e sono standards che in tema di sicurezza (reti paritetiche , amministratore di sistema, DPSS, consenso etc) trascendono di gran lunga la volontà e la capacità o meno dei medici di attrezzarsi per rispettare le leggi!

Perché?

perché non possono fare altrimenti. Non possono ratificare un non rispetto delle leggi! (niente tecnica dello struzzo!);

Che cosa dovremmo fare noi ?

1. Prendere atto con efficacia operativa (a parole lo abbiamo già fatto!) che siamo al punto di svolta fra:

- **una professione individuale caratterizzata da un livello organizzativo minimalista;**
- **e un livello professionale associativo che necessita di una organizzazione complessa e che può essere affrontato solo con lo strumento impresa;**

Area aziendale Cure Primarie e Unità Integrata di Cure primarie (UICP)

**Schematizzare attraverso una rappresentazione
panottica le relazioni fra le varie funzioni
dell'attività della medicina generale ipotizzando
l'UICP che è un'integrazione fra i vari elementi di
base di seguito elencati :**

- Medicina di rete (MdR)
- Medicina di Gruppo (MdG)
- Centro Erogazione Cure Primarie (C.C.P)
- Equipè territoriale(E.T.)
- Cooperativa di Servizi (Coop)
- Unità Integrata Cure primarie (UICP)
- Popolazione

Definizione di Unità integrata di Cure Primarie (UICP)

L'insieme delle relazioni tra pool di operatori (Medico singolo, Medicina di associazione, Medicina di gruppo e Medicina in rete) la loro integrazione professionale (Equipe territoriale) la logistica delle attività (Centro erogazione cure primarie) e soggetti i erogatori dei fattori produttivi (Società di servizi anche cooperativa) in un ambito territoriale che è quello dell'azienda Sanitaria locale.

DISTRETTO

(60/100000 abitanti)

**ASSICURAZIONI
MUTUE
CITTADINI PAGANTI**

Equipe del territorio

Medicina di gruppo

Medicina di rete

Centro Erogazione Cure Primarie

AS

ASA

OTA

IP

TdR

consorzio

- Telemedicina
- Call Center
- Tecnologie

Cooperativa - Sr

- Gestione personale
- Sedi e strutture
- Aspetti legali
- Aspetti amministr.
- Formazione
- Tecnologie
- Telemedicina
- Call Center

Centralizzazione dei servizi

LOGISTICA

RELAZIONE FUNZIONALE

Rete WAN

Rete LAN

Definire la sequenza di un processo di realizzazione di vari modelli organizzativi e operativi e scomporla, analizzandola attraverso tre vettori principali:

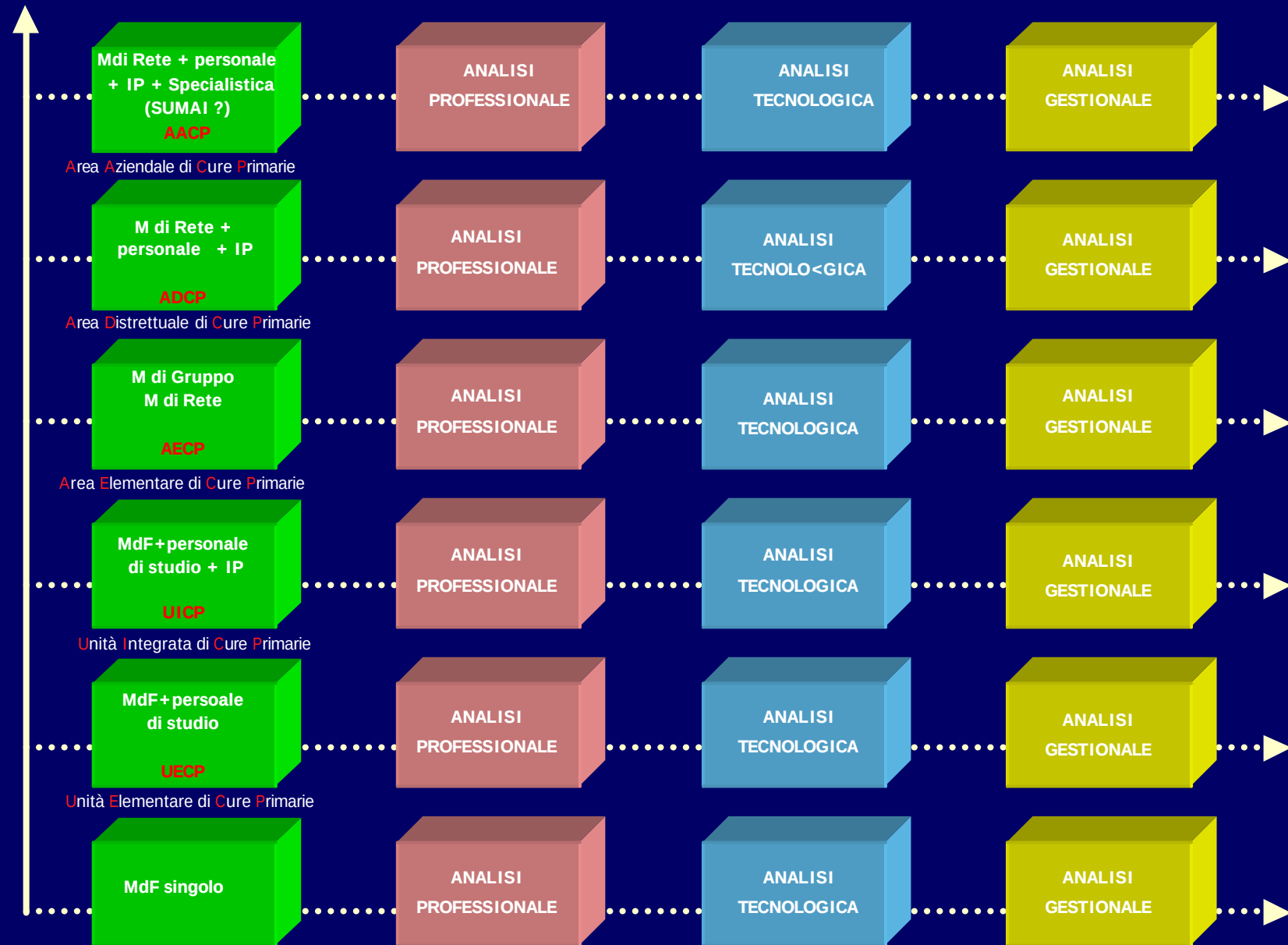
-Analisi professionale

-Analisi Tecnologica

-Analisi Gestionale

"GLOBAL SERVICE PER LA MdF"

Modelli organizzativi / operativi



Modelli solutivi

GLOBAL SERVICE PER LA MEDICINA GENERALE

- **pianificare un Servizio di Consulenza globale (Global Service MdF)** in grado di offrire le informazioni **in forma cartacea (manuale) o telematica (Global Service Online)** e secondo l'analisi professionale, tecnologica e gestionale e gli aiuti necessari per realizzare i moduli organizzativi/operativi citati;
- **la tipologia di consultazione prevede:**
 - articolazione della struttura su 5 o più livelli (sulla base della dimensione del livello organizzativo/operativo);
 - che le funzioni previste nei tre vettori si attivino sulla base del modulo di riferimento e delle sue necessità e se tali funzioni non ci sono a quel livello (troppo costose!) vengono usate quelle del livello superiore;

MODULO PROFESSIONALE

1. Sezione contrattuale
2. Sezione strategia professionale
3. Sezione Formazione - aggiornamento - ricerca
4. Sezione VRQ ed accreditamento
5. Sezione organizzazione

MODULO TECNOLOGICO

SISTEMA INFORMATIVO TERRITORIALE A MODULARITA' ESPORTABILE

- 1. Sezione generale**
- 2. Livello di condivisione delle informazioni**
- 3. Sezione sistema informativo professionale**
- 4. Sezione applicativi professionali**
- 5. Sezione Applicativi gestionali**

Modulo gestionale

1. FINANZIARIO

2. AMMINISTRATIVO

3. LEGALE

4. GESTIONE RISORSE UMANE

5. LOGISTICA

GLOBAL SERVICE PER LA MEDICINA GENERALE

□ **Strutturare il Global Service On e Off line su tre livelli:**

1° livello On Line: un supporto decisionale tramite una banca dati costruita con la logica del manuale e la tecnologia ipertestuale:

- Cons Professionale:
- Cons tecnologica: Staff autori e resp.aggiornamento
- Cons gestionale ;

2° livello On line: definizione di percorsi operativi, burocratici , procedurali:

- modulistica di ogni tipo,
- facsimili per domande di vario tipo ;
- percorsi tipo per pratiche burocratiche:
- una FAQ che risponda alle domande più frequenti:

GLOBAL SERVICE PER LA MEDICINA GENERALE

3° livello Off line: consulenza fisica locale su progetto:

- ❑ **Front office su Focus territoriale consultivo, operativo:** tale Focus territoriale in prima battuta dovrà essere di livello regionale e sarà costituito da:
 - Cooperativa aderente al Co.S che si doti di strutture e personale ad Hoc;
 - Softwarehouse locale convenzionata con Koinè servizi Srl;
 - Staff consulenziale locale (numero, competenze e stage formativo minimo da stabilire;
 - Collegamento di servizi con sede locale, Confederazione, Cooperative

C'è un aspetto formativo importante da pianificare nei confronti degli staff locali dei Focus; ,

Il Global Service MdF consentirà quindi:

- un approccio generale ed aspecifico - consultazione autonoma: 1 ° e 2° livello:
- uno personale e specifico di assistenza per lo studio o la realizzazione di un progetto (3° livello)

e i clienti dei servizi sono gli operatori clienti delle Cooperative o degli erogatori locali dei servizi;

Tali clienti, nel chiedere assistenza ad un progetto, dovranno portare una serie di informazioni fra le quali:

- quale attività si devono avviare ;
- quale modello operativo si sceglie (ordinata dello schema 2 - da 1 a 5) e quale livello territoriale;
- quali e quanti operatori si prevede che saranno necessari (mmg, Infermieri, terapisti,etc);
- quali erogatori di servizi esistono in quella Asl (Coop mmg, Asl, Privati etc)
- quanti abitanti nell'ambito territoriale individuato;
- risorse disponibili;
- strumenti disponibili;
- accordi regionali operanti
- Accordi aziendali;

In poche parole l'assistenza alla stesura di un Business Plan dell'Attività;

Noi abbiamo messo in piedi l'idea e lo staff necessario per dare gambe a tutto questo e nel giro di qualche mese lo faremo

e siamo sicuri che, come è già successo altre volte, ci sarà chi ci imiterà, facendo finta di avere gli strumenti per farlo,

Se invece altri faranno sul serio e ci riusciranno, ne saremo felici!!

sarà un servizio in più alla categoria che auspichiamo!

Ci va bene TUTTO!!!

tranne l'indole di un medico di famiglia che, posto di fronte ad una richiesta inevitabile di cambio di modello operativo,

SEGUITI A RISPONDERE:

NON C'ERO,

E SE C'ERO, NON VEDEVO E NON SENTIVO !!!

e qualcuno (il sindacato) deve garantire che ciò basti (deve sorvegliare sul mio sonno)

come vestale di un rito che fu!!

Fino a quando qualcuno, STANCO O IMPIETOSO, non rimuoverà il corpo dalla testa dello struzzo..... sempretestardamente sotto la sabbia!!!

FINE