

TRASFERIBILITA' E FLESSIBILITA' DELLA MODELLISTICA ORGANIZZATIVA DELL'ASSISTENZA PRIMARIA AGLI AMBITI OROGRAFICI



CONFRONTO TRA START-UP ED ESPERIENZE ADVANCED

Autori: E. Peterle; S. Ivis; M.T. Gallea;
Fimmg Veneto; Keiron; Assims



Introduzione

Nei suoi primi 40 anni all'interno del SSN il modello di assistenza primaria, basato sulla convenzione a libera professione ha retto, trasformandosi seppur a fatica in risposta alle importanti pressioni evolutive.

Nonostante i profondi mutamenti economici, socio-demografici, tecnologici e di governance che hanno messo in crisi il SSN, **la figura del medico di famiglia è ancora tra le più gradite ai cittadini** soprattutto per la capacità di ascolto, orientamento e presa in cura nel tempo.

Persistono invece immutate le lamentele da parte dei cittadini che solitamente si riferiscono a prescrizioni indotte da altri professionisti, richieste di visite a domicilio (TDM) e alle attese in sala d'aspetto, pur non esistendo liste di attesa.

Anche **da parte dell'amministrazione pubblica sono state avanzate rimostranze** per l'accessibilità degli studi nelle 12 ore, la richiesta di contribuire alla riduzione degli accessi ai PS e per il contenimento della spesa farmaceutica e diagnostica, senza peraltro considerare l'origine complessa di tali fenomeni che spesso risultano indotti.

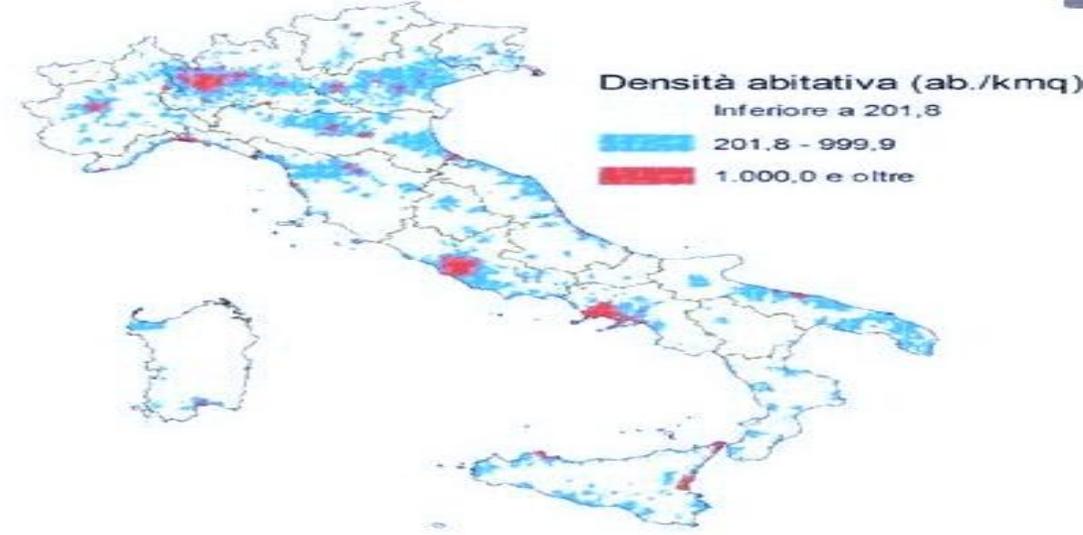


Sul versante organizzativo **sembra più complesso armonizzare logiche di Integrazione professionale** (es. assistenti di studio ed infermieri) **con esigenze di management** necessariamente orientate ad economie e sinergie di scala.

Questi principi infatti, sono facilmente attuabili solo in ambiti ad elevata densità abitativa (vedi esperienze delle Medicine di gruppo), ma come evidenziato nella figura a destra, **la realtà oro-geografica italiana è caratterizzata da una miriade di comuni a bassa densità abitativa** e ad elevato indice di disaggregazione.

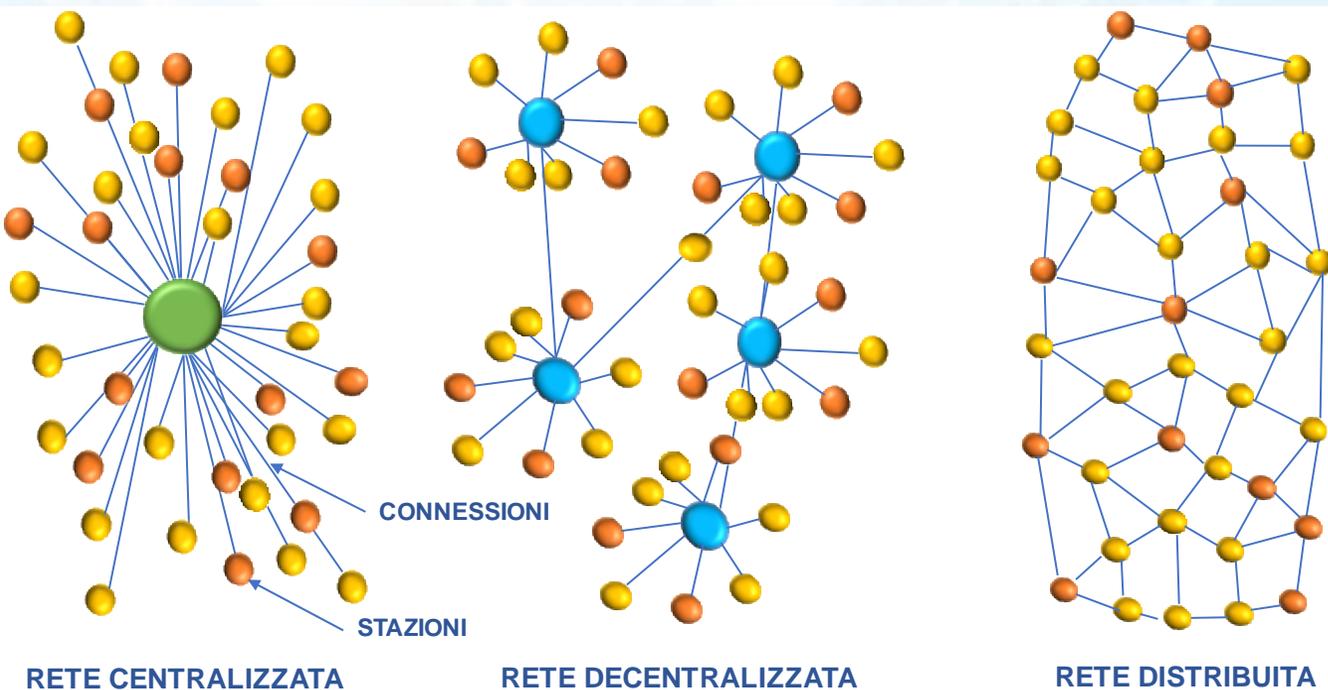
Quindi se si vuole affrontare la sfida dell'integrazione, dell'applicazione dei PDTA e del governo dell'economia, della medicina di iniziativa, della qualità e sicurezza di un sistema convenzionato, sono necessari modelli che siano applicabili in ogni realtà oro-geografica, che siano confrontabili ed equiparabili, offrendo la massima copertura possibile in termini di orario e di servizi.

Da tutte queste considerazioni emerge inoltre come un sistema spoke e hub non sia facilmente trasferibile al contesto italiano se non a patto di creare grandi diversità assistenziali inaccettabili per un sistema universalistico.



densità abitativa dei comuni italiani

densità abitativa dei comuni italiani



La nostra proposta è di non far ricorso a rigidi modelli universali, ma a reti flessibili che possano essere trasferibili nelle diverse realtà nazionali e che riescano continuamente ad adattarsi e ad evolvere in risposta alle pressioni ambientali.

Interessante è la descrizione del modello di rete proveniente dal prof Barabasi che descrive come attraverso reti accentrate, decentrate, diffuse sia possibile ottenere ovunque, modelli organizzativi flessibili, standardizzabili e confrontabili tra loro (figura a sinistra).

Per i contenuti organizzativi ci sono sembrati molto utili i lavori di analisi sulle MGI del Veneto effettuate dal gruppo di ingegneria gestionale di Udine coordinato dal prof. De Toni che hanno individuato grandi analogie con quanto proposto da Braunderbander.

Per l'individuazione di indicatori di performance, ci siamo riferiti agli indicatori proposti nel recente lavoro della prof.ssa Greenhalgh, che ha proposto descrittori che ben collimano con le attese dei cittadini e professionisti territoriali.

In tal senso abbiamo confrontato i vari modelli organizzativi cambiando paradigma e affrontando il problema non più con l'occhio analitico degli studi precedentemente condotti, ma con un approccio sistemico

Nelle realtà ad alta densità abitativa la rete funziona in uno stesso grande studio con personale e orari adatti alla massima copertura giornaliera.

Nelle realtà a bassa densità abitativa la rete funziona in parte in uno stesso studio in parte in studi periferici diffusi capillarmente sul territorio.

Le sinergie e le economie di scala permettono di avere personale e orari adatti alla massima copertura giornaliera e di popolazione non solo nel modello con la sola sede centrale (A) ma anche nel modello con rete diffusa (C). In quest'ultimo modello anche i medici più isolati vengono attratti dalla rete godendo dei fattori di produzione che essa mette a disposizione, mentre le sedi nelle zone ad elevata densità di popolazione tendono ad essere meno attrattive ed a limitarsi a gruppi che in rari casi superano le 10 unità.

I costi per le strutture e per le utenze sono più elevati nei modelli decentrati e crescono ulteriormente a rete diffusa in relazione al numero di sedi.

Indicatori	Modello rete accentrata (A)	Modello rete decentrata (B)	Modello rete diffusa (C)
Densità Popolazione	Alta Densità	Media Densità	Bassa Densità
N.Assistiti	20000	20000	18000
Copertura Territoriale	13 Sede Centrale	6 solo sede Centrale + 7 Centrale + A. Periferici	2 solo Centrale, 10 Centrale + A. Periferici
Acessibilità orari	H12	H12 +Sedi periferiche	H12 +Sedi periferiche
Assistenti di studio	7	8	7
Infermieri	4	4	5
Utilizzo PDTA	Si	Si	Si
Costo strutture + Utenze/N. Medici	3000	4638	5200 (N12)

Conclusioni

I due modelli estremi, che peraltro prevedono forme intermedie (B), non solo sono equiparabili ma si caratterizzano per una rete interprofessionale che ha nell'equità e universalità i suoi punti di forza.

I vari modelli sono confrontabili rendendo possibili eventuali pesature e valutazioni a parità di assistiti.

Il modello è applicabile a tutte le eterogenee realtà oro-geografiche italiane, offrendo la massima estensione di copertura oraria e territoriale.

Le economie di scala favoriscono le sedi che si trovano in contesti ad elevata densità di popolazione, tuttavia tale vantaggio parzialmente annullato dal ridotto numero di medici che tendono ad aderire alla rete in tali contesti.

Da questo confronto emerge che il modello organizzativo della medicina di gruppo integrata sia molto equilibrato rispetto ad altri modelli proposti, candidandosi ad essere un modello facilmente esportabile a livello nazionale.

