

## Collana **CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

## Rapporto OASI 2007

### L'aziendalizzazione della sanità in Italia

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermare quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale.

Il Rapporto 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

*Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.*

*Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.*

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

[www.egeaonline.it](http://www.egeaonline.it)

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



# Rapporto OASI 2007

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

**CERGAS** CENTRO DI RICERCHE  
SULLA GESTIONE  
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE  
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

## 7 Gli accordi integrativi regionali con la medicina generale

di Davide Galli ed Emanuele Vendramini\*

### 7.1 Introduzione

Il sistema di gestione delle relazioni con la medicina generale si basa sull'articolazione di una serie di disposizioni contenute in tre livelli contrattuali: nazionale, regionale, aziendale.

L'esperienza ha evidenziato come nel corso degli anni si sia assistito a una progressiva differenziazione degli obiettivi e dei contenuti dei tre livelli e ciò sia in senso verticale (progressiva differenziazione della struttura e in taluni casi della natura di accordo nazionale, regionale e aziendale), sia in senso orizzontale (accordi regionali fra loro molto differenti e accordi aziendali talvolta ispirati a logiche non omogenee persino all'interno della medesima regione).

Precedenti studi pubblicati nei Rapporti OASI hanno cercato di analizzare questa differenziazione prevalentemente in termini descrittivi<sup>1</sup>.

In particolare sono stati assunti determinati elementi di analisi che consentissero di comprendere quanto gli accordi regionali orientassero l'evoluzione della figura del MMG verso l'assunzione di ruoli differenziati all'interno del SSN e dei SSR. Tali analisi non si sono focalizzate esclusivamente sui contenuti dell'accordo estendendo l'ambito anche ad altri documenti quali i PSR e i POFA aziendali.

L'approvazione nel marzo del 2005 di un nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) ha posto le condizioni per l'avvio di un'analisi di stampo prevalentemente comparativo rispetto alla convenzione nazionale del 2000.

---

\* Benché il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca comune, i parr. 7.1, 7.2 e 7.5 sono da attribuirsi a Emanuele Vendramini, i parr. 7.3 e 7.4 a Davide Galli.

<sup>1</sup> Vendramini (2002), Heller e Tedeschi (2003; 2004) in relazione all'analisi delle scelte regionali per la medicina generale; Heller (2004) in relazione al *change management* nelle cure primarie; Tozzi e Vendramini (2004) in relazione all'associazionismo come strumento di governo della medicina generale; Heller, Galli e Tedeschi (2005) in relazione ai sistemi di programmazione e controllo per la medicina generale.

Il confronto tra i due documenti (Heller, Galli e Tedeschi 2005) ha messo in evidenza un importante cambiamento di prospettiva legato a tre elementi:

- ▶ il compiersi di un ulteriore passo nel processo di regionalizzazione delle politiche sanitarie;
- ▶ il delinearci di un nuovo schema di gestione delle relazioni contrattuali con la medicina generale;
- ▶ il consolidarsi di un sistema di incentivazione della medicina generale legato a soluzioni organizzative e scelte gestionali.

Nel corso del 2005 le regioni hanno cominciato a recepire i contenuti e l'impostazione del nuovo ACN avviando il processo di negoziazione degli Accordi Integrativi Regionali (AIR). A oggi tale processo si è concluso in 13 regioni e ha condotto all'approvazione di documenti di varia natura e finalità. L'analisi di tali documenti costituisce un passo necessario per mantenere una conoscenza aggiornata delle dinamiche che interessano la medicina generale nonché le reali possibilità di coinvolgimento di tale componente nelle scelte di organizzazione e gestione dell'assistenza territoriale.

Per comprendere l'impatto che gli AIR firmati potranno avere sull'assetto della medicina generale, il presente capitolo compie un'analisi della struttura e dei contenuti degli AIR di 11 regioni assumendo un'ottica comparativa e mantenendo quale elemento comune di confronto l'impostazione definita dall'ACN. Il campo di analisi ricade sui primi 11 AIR, siglati dalle parti entro due anni dall'approvazione dell'ACN, quindi in sostanza tra marzo 2005 e marzo 2007. Restano fuori dall'analisi l'accordo della provincia autonoma di Trento, firmato il 26 aprile 2007, quello della Lombardia firmato il 3 maggio 2007 e quello della Sicilia siglato l'8 agosto 2007.

Il momento descrittivo si accompagna a un duplice tentativo. Anzitutto comprendere quali obiettivi sono perseguiti dagli AIR. In secondo luogo valutare se il quadro degli obiettivi dichiarati in ciascun AIR risulta coerente rispetto all'insieme di strumenti proposti.

Il capitolo è articolato come segue. Il par. 7.2 declina il modello di analisi utilizzato. I parr. 7.3 e 7.4 articolano l'analisi al fine di evidenziare le principali categorie di obiettivi e strumenti di ciascun AIR. Il par. 7.5 contiene alcune considerazioni in merito alla coerenza fra obiettivi dichiarati e obiettivi effettivamente perseguiti.

## 7.2 Il percorso di indagine

La Tab. 7.1 elenca gli AIR analizzati e fornisce i dati relativi alla popolazione assistita residente e al numero dei MMG convenzionati.

Il contenuto degli AIR è stato indagato rispetto a due dimensioni: obiettivi e

Tabella 7.1 **Elenco degli AIR analizzati**

	Data firma accordo	Residenti sopra i 14 anni*	MMG*
Veneto	10 novembre 2005	4.006.822	3.552
Liguria	2 marzo 2006	1.405.529	1.414
Toscana	13 marzo 2006	3.168.109	3.079
Lazio	14 marzo 2006	4.923.832	4.920
Piemonte	31 marzo 2006	3.744.979	3.475
Valle d'Aosta	4 maggio 2006	106.053	101
Emilia Romagna	9 maggio 2006	3.586.741	3.287
Abruzzo	10 agosto 2006	1.111.014	1.092
Calabria	16 settembre 2006	1.691.535	1.635
Umbria	22 settembre 2006	762.000	745
Molise	13 gennaio 2007	277.303	283

\* Dati 2004.

Fonte: ministero della Salute

strumenti. La prima dimensione di indagine presa in considerazione è data dagli obiettivi che gli AIR dichiarano di perseguire. Partendo da un'analisi della letteratura (cfr. Longo e Vendramini 2001) e delle esperienze che hanno precedentemente condotto alla definizione di AIR, le categorie di obiettivi strategici assegnati alla medicina generale possono essere ricondotte alle seguenti:

- ▶ risparmio finanziario di breve periodo, legato alla riduzione dei consumi e del costo di farmaci, presidi e prestazioni;
- ▶ risparmio economico, ovvero riduzione del costo per caso trattato con riguardo ad alcune patologie rilevanti;
- ▶ aumento dell'appropriatezza nell'ambito di cura dei pazienti;
- ▶ miglioramento nell'erogazione dei servizi per gli utenti e conseguente crescita della qualità percepita;
- ▶ crescita professionale dei MMG e diffusione della medicina basata sulle prove di efficacia;
- ▶ *gatekeeping* e orientamento della domanda;
- ▶ integrazione dei percorsi ospedale-MMG, socio-sanitario-MMG, socio-assistenziale-MMG.

La classificazione degli obiettivi proposta è finalizzata a consentire una comparazione degli AIR basata su elementi omogenei. In tal senso gli AIR sono stati analizzati scomponendone i contenuti e riclassificandoli secondo i seguenti criteri:

- ▶ struttura dell'accordo:
  - ◀ durata;

- ◀ articolazione dei contenuti;
- ◀ allegati;
- ▶ contenuti programmatici:
  - ◀ obiettivi dichiarati;
  - ◀ scelte organizzative (modalità di integrazione nel distretto, ruolo del Dipartimento delle cure primarie);
  - ◀ criteri di programmazione regionale e aziendale;
  - ◀ rapporti con la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale e la medicina dei servizi;
  - ◀ obiettivi relativi alla formazione;
  - ◀ ruolo e contenuti della contrattazione aziendale.

L'analisi qualitativa dei contenuti di tale riclassificazione ha consentito, per ciascun AIR, l'attribuzione di un grado di rilevanza per ciascun obiettivo. Tale grado di rilevanza è espresso secondo una scala ordinale articolata in basso, medio e alto. Gli esiti di tale processo di valutazione sono contenuti nel par. 7.3.

La seconda dimensione di analisi considerata è quella degli strumenti inseriti negli AIR per perseguire gli obiettivi dichiarati. Le categorie di strumenti considerate sono<sup>2</sup>:

- ▶ sviluppo dell'associazionismo;
- ▶ riprogettazione di compiti e funzioni;
- ▶ definizione di percorsi per patologia (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA);
- ▶ introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati;
- ▶ sviluppo del sistema informativo.

Anche in questo caso, per consentire l'attribuzione di un grado di rilevanza a ciascuno degli strumenti presi in considerazione, il contenuto degli AIR è stato scomposto e riclassificato assumendo specifici criteri che sono declinati nel par. 7.4.

Ciascuna categoria di strumenti presenta caratteri di minore o maggiore efficacia in relazione al raggiungimento degli obiettivi dichiarati dagli AIR. La Tab. 7.2 propone una valutazione della correlazione tra strumenti e obiettivi. Pur non essendoci determinanti e correlazioni meccaniche, la Tab. 7.2 propone un quadro sinottico a supporto della riflessione su quali leve siano maggiormente correlate con i principali obiettivi<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Si precisa che l'insieme di strumenti analizzati non costituisce un elenco esaustivo di tutti i possibili strumenti che possono coinvolgere la medicina generale. Significativo esempio è dato dalla formazione che non viene qui inserita nell'elenco ma costituisce, per affermazione stessa degli AIR, uno strumento tipico. Nella selezione degli strumenti, gli autori hanno cercato di delineare quelli per i quali il livello regionale di contrattazione presenta un profilo di responsabilizzazione più diretto.

<sup>3</sup> Per un approfondimento sulla correlazione fra obiettivi e strumenti, cfr. Longo e Vendramini (2001).

Tabella 7.2 **Correlazioni tra strumenti e obiettivi**

	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Appropriatezza	Qualità	Crescita professionale	Gate-keeping	Integrazione dei percorsi
Associazionismo		*	*	***	***	*	**
Riprogettazione dei compiti		**	***	***	***	*	**
PDTA	*	**	***	**	***	**	***
P&C	***	**	**		**	**	
Sistema informativo	*			*	*	*	

Legenda: \* correlazione debole; \*\* correlazione media; \*\*\* correlazione rilevante.

Fonte: Longo e Vendramini (2001)

La correlazione esistente fra obiettivi e strumenti consente di compiere una valutazione del grado di coerenza esistente fra obiettivi dichiarati dall’AIR e obiettivi effettivamente perseguiti. Tale valutazione è contenuta nel paragrafo che chiude il presente capitolo.

### 7.3 Gli obiettivi dichiarati negli AIR

L’ACN contiene indicazioni di carattere generale rispetto agli obiettivi che la medicina generale si impegna a perseguire. Si tratta di obiettivi che rispondono al principio dell’unitarietà del SSN e della tutela del cittadino paziente.

Tali obiettivi sono riconducibili<sup>4</sup>:

- ▶ alla garanzia di erogazione su tutto il territorio nazionale dei LEA;
- ▶ alla realizzazione nel territorio della continuità dell’assistenza;
- ▶ alla realizzazione di un riequilibrio fra ospedale e territorio;
- ▶ all’assunzione condivisa di responsabilità, da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio, nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico;
- ▶ all’introduzione, con la programmazione regionale e aziendale, di strumenti di gestione che garantiscano una reale funzione del territorio;
- ▶ alla promozione della salute dell’infanzia e dell’adolescenza;
- ▶ allo sviluppo di attività di qualificazione e aggiornamento professionale per l’insieme dei medici e dei professionisti sanitari;
- ▶ all’integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali a partire dall’assistenza domiciliare.

<sup>4</sup> Cfr. ACN, art. 5, «Obiettivi di carattere generale».

Tabella 7.3 Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli obiettivi dichiarati negli AIR

	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Approprietezza	Qualità	Crescita professionale	Gatekeeping	Integrazione dei percorsi
Veneto	Basso	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Liguria	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Basso	Medio
Toscana	Basso	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio	Medio
Lazio	Basso	Medio	Alto	Medio	Alto	Basso	Alto
Piemonte	Basso	Medio	Alto	Alto	Medio	Basso	Alto
Valle d'Aosta	Basso	Basso	Alto	Medio	Medio	Basso	Alto
Emilia Romagna	Basso	Basso	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Abruzzo	Basso	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio
Calabria	Basso	Basso	Alto	Medio	Alto	Basso	Medio
Umbria	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto
Molise	Basso	Basso	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto

Fonte: nostra elaborazione

Questi obiettivi risultano condivisi tra il livello nazionale, che li sancisce come distintivi dell'intero Servizio Sanitario, e il livello regionale che è chiamato a perseguirli concretamente attraverso la programmazione territoriale e la negoziazione integrativa decentrata.

L'analisi degli obiettivi che gli AIR si propongono di raggiungere, svolta secondo il metodo indicato nel secondo paragrafo, consente di valutare quanto il panorama nazionale stia andando incontro a una progressiva differenziazione. La Tab. 7.3 richiama le sette categorie di obiettivi e per ciascun AIR assegna un livello di rilevanza. Segue, per ciascuna categoria di obiettivo, un commento delle valutazioni svolte.

### 7.3.1 Risparmio finanziario

Il risparmio finanziario immediato di breve periodo può essere ottenuto riducendo alcuni costi variabili. Quelli più direttamente influenzabili dalla medicina generale sono la spesa farmaceutica, la spesa per i presidi, la spesa specialistica convenzionata, la spesa per ricoveri in istituto e la spesa ospedaliera presso ospedali all'esterno della regione. La scelta di puntare sul risparmio finanziario è coerente con situazioni di gravi disavanzi reali e diventa obiettivo regionale solo quando la spesa media per abitante risulta fuori controllo. Nessuno fra gli AIR attribuisce alta rilevanza a tale obiettivo. Tale risultato è del resto coerente con la natura dell'AIR che, nell'ambito della struttura dei livelli contrattuali definita dall'ACN, non ha fra i suoi compiti quello di garantire l'equilibrio economico del sistema se

non in relazione alla determinazione dell'ammontare complessivo di risorse disponibili per la medicina generale. Uniche eccezioni sono date dall'AIR della Liguria e da quello dell'Umbria che esprimono in maniera più esplicita l'esigenza di pervenire a una riduzione complessiva della spesa.

### 7.3.2 Risparmio economico

Il risparmio economico derivante dalla riduzione del costo per caso trattato può essere ottenuto modificando i tradizionali percorsi diagnostico – terapeutici attraverso lo sviluppo della medicina generale, per esempio con dimissioni protette o attraverso cure domiciliari parzialmente sostitutive del ricovero in istituto o in ospedale. Gli AIR analizzati anche in questo caso attribuiscono una rilevanza per lo più bassa a tale tipo di finalità a eccezione di quegli AIR che, per esempio, dichiarano esplicitamente la necessità di operare un ripensamento del rapporto tra ospedale e territorio, come l'AIR del Veneto, della Liguria, dell'Abruzzo e dell'Umbria. Altri AIR assegnano alla programmazione aziendale esplicitamente il compito di operare nel medio periodo per la realizzazione di risparmi economici, così nel caso dell'AIR del Lazio e del Piemonte.

### 7.3.3 Appropriatelyzza

Il terzo ambito di obiettivi, l'appropriatelyzza, costituisce il più rilevante per la maggior parte degli AIR analizzati. Il sovraccarico degli ambiti specialistici e il progressivo svuotamento di attività e contenuti degli ambiti con minore intensità rappresentano un problema alla soluzione del quale la medicina generale può contribuire sia proponendosi come produttore alternativo più appropriato (perché garante di un miglior rapporto efficacia/costo per le patologie selezionate), sia indirizzando i pazienti lungo percorsi più appropriati. L'attribuzione di una rilevanza media nel caso dell'AIR della Toscana è riconducibile al fatto che in tale accordo il tema dell'appropriatelyzza è richiamato solo al fine di attribuirne la responsabilità al livello aziendale.

### 7.3.4 Qualità percepita

Le considerazioni relative al quarto obiettivo muovono dalla constatazione che il livello di qualità percepita in relazione ai servizi erogati è spesso inferiore a quello effettivo. Ciò è dovuto a molteplici fattori e in particolare al fatto che l'utente deve ricomporre a proprie spese l'unitarietà della fruizione, transitando da un ambito di cura all'altro e da funzioni amministrative a funzioni sanitarie. Questa scomposizione dell'offerta rende spesso i servizi non intelligibili all'occhio dell'utente, generando confusione e disinformazione. A questo proposito alla medicina generale è richiesto un compito esplicito di direzione e guida, favorito dal miglioramento delle condizioni di accessibilità e fruibilità per l'utente. In questa

direzione si muove la totalità degli AIR con alcuni casi di particolare richiamo al tema in diverse sezioni del documento, così in Veneto, Liguria, Toscana, Piemonte, Abruzzo e Molise.

### 7.3.5 Crescita professionale

L'obiettivo della crescita professionale viene valutato in questa sede non in termini di attuazione effettiva di iniziative finalizzate all'aggiornamento di competenze da parte della medicina generale. Il focus della valutazione è dato piuttosto dall'enfasi che gli AIR attribuiscono al tema della crescita professionale e dall'eventuale esplicitazione della necessità che la medicina generale acquisisca una nuova professionalità, ulteriore rispetto a quella tradizionalmente sviluppata. In tal senso appare utile una breve sintesi, contenuta nel Riquadro 7.1, delle diverse indicazioni regionali in tema di formazione, precisando che nel caso dell'AIR della Toscana non sono presenti progettualità specifiche al di là della generica enunciazione della necessità di garantire la crescita professionale dei MMG.

#### Riquadro 7.1 Iniziative in tema formazione contenute negli AIR

**Veneto** – aNell'AIR la formazione è considerata elemento chiave per la realizzazione graduale del nuovo sistema di offerta delle cure primarie. In particolare si evidenzia in più punti la necessità di porre in essere a livello aziendale iniziative di natura multiprofessionale al fine di favorire la comprensione dei reciproci ruoli tra le diverse figure professionali coinvolte nel sistema.

**Liguria** – L'AIR prevede la costituzione di un Centro formativo regionale la cui presidenza è affidata a un MMG.

**Lazio** – L'AIR prevede la costituzione di un Centro di formazione regionale per la medicina generale nonché l'istituzione della Commissione per la formazione continua, della Commissione per la formazione specifica e della Commissione per la formazione universitaria; viene inoltre creato uno speciale fondo di ammontare pari a 1,5 per cento dello stanziamento regionale per la medicina generale.

**Piemonte** – L'AIR istituisce l'Area formazione regionale per la medicina generale che ha il compito di supportare la definizione delle iniziative di formazione continua dei MMG e selezionare annualmente il numero di docenti e animatori di formazione sulla base dei criteri definiti. Quale indennità alle attività di formazione sono riconosciute le seguenti: animatori di formazione 300 euro a sessione, docenti in medicina generale 333 euro a sessione, MMG tutor di tirocinanti 300 euro mensili.

**Valle d'Aosta** – L'AIR affida all'azienda il compito di organizzare in sede eventi accreditati per almeno 30 ore annuali e rende obbligatoria la partecipazione del MMG per un minimo di 20 ore. È istituita la figura dell'animatore di formazione cui è riconosciuta un'indennità lorda di 300 euro al mese; tali animatori collaborano con il direttore di distretto nella programmazione delle attività formative.

**Emilia Romagna** – L'AIR stabilisce che la formazione dei MMG è uno degli strumenti attraverso i quali sostenere lo sviluppo evolutivo del Nuclei delle cure primarie e promuovere l'integrazione del MMG con le altre figure coinvolte nell'assistenza. Il Centro regionale di formazione già attivato nella regione è chiamato ad acquisire un ruolo di coordinamento e indirizzo delle attività di formazione, ricerca e sperimentazione dei MMG nelle diverse realtà aziendali e di promozione per la strutturazione delle attività previste dall'ACN.

**Abruzzo** – L'AIR istituisce un Albo regionale degli Animatori di formazione in medicina generale e un

Albo regionale dei Docenti in medicina generale. Ogni cinque anni, di norma, la regione istituisce corsi di ricertificazione degli iscritti agli Albi regionali siano essi titolari o sostituti.

**Calabria** – L’AIR assegna alle ASL il compito di individuare le modalità organizzative per la formazione con esplicite indicazioni circa la multi – disciplinarietà dei corsi e la composizione dei partecipanti. Vengono indicati alcuni criteri generali di finanziamento ma senza indicazioni quantitative. Viene infine stabilito l’obiettivo di definire un elenco regionale degli animatori di formazione.

**Umbria** – L’AIR stabilisce che annualmente la regione e le organizzazioni sindacali definiscono, in coerenza con gli obiettivi del PSR, il piano formativo di aggiornamento professionale obbligatorio che dà diritto ai crediti formativi per soddisfare il debito annuale. I corsi di formazione e di aggiornamento professionale di carattere regionale e di formazione specifica in medicina generale sono espletati presso la Scuola regionale di sanità.

**Molise** – L’AIR attribuisce alla regione il compito di programmare e organizzare annualmente le iniziative formative e di predisporre un elenco di animatori di formazione. Il compenso forfettario per l’animatore è pari a 300 euro per ciascun corso.

### 7.3.6 Gatekeeping

Un obiettivo per gli strumenti manageriali in medicina generale può essere il rafforzamento e la sistematizzazione del potenziale ruolo di *gatekeeper* e di orientatori della domanda dei MMG. Questo significa dover definire i volumi massimi di consumo aggregati o per patologia e gli ambiti di cura da privilegiare. La valutazione dell’attribuzione di tale ruolo al MMG nell’ambito degli AIR evidenzia una situazione molto eterogenea. In merito a tale argomento è opportuno sottolineare che la definizione e sollecitazione di tale ruolo in ambito regionale può essere meglio valutata prendendo in considerazione tutti i documenti di programmazione e non esclusivamente l’AIR. Gli AIR che dichiarano in maniera più esplicita il ruolo del MMG in termini di filtro della domanda sono l’Abruzzo, l’Umbria e il Molise. Gli AIR di Veneto, Toscana ed Emilia Romagna richiamano tale ruolo ma lo inseriscono in un quadro più ampio di interventi nel quale le aziende e i distretti mantengono in definitiva la loro centralità in relazione al governo della domanda e all’orientamento dei comportamenti dei MMG.

### 7.3.7 Integrazione dei percorsi

Tra gli obiettivi strategici che le aziende sanitarie si pongono è spesso prevista la ricomposizione della frammentazione organizzativa che tipicamente coinvolge il lato della produzione di servizi sanitari. Tutti gli AIR concordano nell’attribuire a tale tema una certa rilevanza che si traduce nell’obiettivo di fare in modo che la medicina generale si trovi a operare a sistema con un compito di integrazione e interazione con tutti gli interlocutori coinvolti. Alcuni AIR affermano in maniera più incisiva tale necessità e lo fanno tanto nel porre tale integrazione fra gli obiettivi principali dell’accordo, così Lazio, Piemonte, Valle d’Aosta, Emilia Romagna e Umbria, quanto nel disciplinare congiuntamente i

temi delle cure primarie, della continuità assistenziale e della medicina territoriale, così Veneto, Lazio, Umbria e Molise. Altri accordi modulano gli istituti incentivanti proprio al fine di supportare tale integrazione, così nel caso dell'AIR dell'Abruzzo che, nell'introdurre i Nuclei delle cure primarie, incentiva la partecipazione a una forma di integrazione professionale volontaria che coinvolge principalmente MMG e medici di continuità assistenziale volta a fornire all'utenza un'assistenza di tipo H 24.

#### 7.4 Gli strumenti attivati dagli AIR

Le principali classi di strumenti per il perseguimento degli obiettivi strategici assegnati alla medicina generale dall'ACN sono riconducibili a<sup>5</sup>:

- ▶ la realizzazione in ambito distrettuale e territoriale di una rete integrata di servizi finalizzati all'erogazione delle cure primarie;
- ▶ la costituzione di un'organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria;
- ▶ lo sviluppo della medicina associata;
- ▶ la sperimentazione di strutture operative complesse, organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica;
- ▶ la partecipazione diretta di medici e professionisti sanitari alla definizione di modelli organizzativi e meccanismi di programmazione e controllo;
- ▶ l'informatizzazione del sistema;
- ▶ la formazione continua anche tramite la definizione di percorsi formativi comuni tra medici e professionisti sanitari e in ospedale.

Tale classificazione insiste in particolare sulla dimensione organizzativa a conferma del valore che l'ACN attribuisce, in linea peraltro con quanto previsto dall'accordo precedente, all'integrazione organizzativa fra medici, vissuta come precondizione all'integrazione istituzionale e come elemento di attenzione specifica nella definizione della dimensione economica degli incentivi.

L'analisi degli strumenti che gli AIR attivano è svolta andando a valutare in maniera qualitativa una serie di variabili per ciascuno strumento. In particolare per ciascuna variabile sono prese in considerazione non soltanto la presenza della stessa all'interno dell'AIR ma anche il dettaglio della disciplina e l'importanza relativa che essa assume rispetto al quadro dei contenuti dell'AIR. I paragrafi successivi individuano tali variabili e consentono di valutare quanto ciascuna regione abbia declinato un mix differenziato. La Tab. 7.4 fornisce un quadro complessivo di tale valutazione.

<sup>5</sup> Cfr. ACN, art. 6, «Strumenti».

Tabella 7.4 Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli strumenti contenuti negli AIR

	Associazionismo	Riprogettazione dei compiti	PDTA	P&C	Sistema informativo
Veneto	Basso	Medio	Alto	Alto	Basso
Liguria	Basso	Basso	Basso	Medio	Basso
Toscana	Alto	Medio	Medio	Alto	Basso
Lazio	Basso	Basso	Medio	Basso	Alto
Piemonte	Medio	Alto	Basso	Medio	Medio
Valle d'Aosta	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Emilia Romagna	Basso	Medio	Alto	Basso	Medio
Abruzzo	Alto	Alto	Alto	Basso	Basso
Calabria	Alto	Alto	Basso	Alto	Alto
Umbria	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio
Molise	Basso	Alto	Alto	Basso	Alto

Fonte: nostra elaborazione

#### 7.4.1 L'associazionismo medico

L'ACN richiama il tema dell'associazionismo negli artt. 26 e 54<sup>6</sup>. In particolare l'accordo nazionale declina la forma delle équipes territoriali, intese come legame funzionale non solo tra MMG ma tra tutti i protagonisti delle cure primarie e da considerare come obbligatorie e retribuite per quota capitaria. A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ l'incremento degli incentivi per le forme associative tradizionali;
- ▶ l'introduzione e incentivazione di nuove forme associative;
- ▶ la disciplina e incentivazione delle équipes.

La Tab. 7.5 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte nel dettaglio nel Riquadro 7.2. Come è possibile notare la maggior parte degli accordi non interviene a modificare il quadro delineato dall'ACN ma si orienta piuttosto a regolare le forme di implementazione delle équipes.

<sup>6</sup> Si ricorda che ai sensi degli articoli citati costituiscono forme associative volontarie: la medicina in associazione, la medicina di rete e la medicina di gruppo. Le équipes rappresentano invece forme di integrazione professionale obbligatoria finalizzate alla realizzazione della continuità dell'assistenza, alla presa in carico del paziente e al conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

Tabella 7.5 L'associazionismo medico negli AIR

	Forme associative tradizionali	Nuove forme associative	Équipe
Veneto			
Liguria			
Toscana		✓	✓
Lazio			
Piemonte			✓
Valle d'Aosta	✓	✓	✓
Emilia Romagna			
Abruzzo		✓	✓
Calabria		✓	✓
Umbria			✓
Molise			

Fonte: nostra elaborazione

#### Riquadro 7.2 Disciplina dell'associazionismo medico negli AIR

**Veneto** – L'AIR affida alle aziende, mediante accordi con le organizzazioni sindacali, il compito di definire le modalità di attuazione delle forme associative complesse sulla scorta di dettagliate linee guida regionali. Sono consentite forme associative miste, contenenti più tipologie associative e correlate indennità, proposte dai medici interessati e definite e autorizzate dall'azienda, previo parere del Comitato aziendale, entro i tetti di spesa di cui alla D.G.R. 20 settembre 2005, n. 2694. Le risorse da destinare alle forme associative complesse non devono essere reperite all'interno del fondo a riparto per la qualità dell'assistenza *ex art.* 46. L'équipe territoriale è disciplinata secondo l'art. 26 dell'ACN.

**Liguria** – L'AIR tende a favorire la rete e il gruppo e stabilisce che i medici aderenti alle medicine in associazione, entro 12 mesi dall'entrata in vigore dell'accordo, debbano optare per una delle forme evolute (rete o gruppo) o proseguire la propria attività in forma singola. Nessun riferimento ulteriore rispetto a quanto declinato nell'ACN sulle équipe.

**Toscana** – L'AIR interviene a integrare l'accordo nazionale declinando cinque forme associative: la medicina in associazione, la medicina in rete, la medicina in associazione complessa, la medicina di gruppo, la cooperativa medica. La medicina in associazione costituisce una soluzione a esaurimento. L'ammontare degli incentivi per singolo istituto non è modificato rispetto a quanto previsto nell'ACN, l'incentivo della medicina in rete viene esteso alla medicina in associazione complessa e l'incentivo della medicina di gruppo si applica anche alla cooperativa medica. In relazione alle équipe, l'AIR della Toscana stabilisce che sia nominato un MMG «referente» con il compito di avere funzioni di interfaccia tra i componenti dell'équipe, il direttore di zona-distretto e/o il direttore della Società della Salute e la direzione aziendale e di riunire periodicamente, con almeno un incontro trimestrale, l'équipe per svolgere i compiti prima descritti. Viene previsto un compenso ulteriore pari a 1.200 euro annui.

**Lazio** – L'AIR stabilisce che sono consentite forme associative miste proposte dai medici interessati e definite e autorizzate dall'azienda entro i tetti di spesa. L'accordo inoltre stabilisce che l'accesso all'associazione sia bloccato, e innalza i tetti per la medicina in rete e la medicina di gruppo rispettivamente al 20 e 40 per cento del totale MMG. Nessun riferimento ulteriore rispetto a quanto declinato nell'ACN sulle équipe.

**Piemonte** – L'AIR stabilisce che ciascuna nuova associazione è tenuta a redigere una Carta dei Servizi delle prestazioni rese da consegnare agli assistiti secondo un modello concordato a livello aziendale. L'AIR inoltre porta i tetti per la medicina in rete e la medicina di gruppo entrambi al 30 per cento del totale dei MMG. Per la realizzazione delle attività di équipe è riconosciuta una quota capitaria annua pari a 5,5 euro a ciascun medico. Tale incentivazione, distinta in due componenti (3,5 euro per obiettivi di razionalizzazione organizzativa e 2 euro per analisi dei bisogni, scambio informativo e continuità assistenziale) è distribuita mensilmente salvo verifica dell'effettiva realizzazione degli obiettivi e verifica da parte aziendale dei requisiti. Al referente di équipe è inoltre riconosciuta un'indennità pari a 220 euro mensili.

**Valle d'Aosta** – L'AIR punta al superamento delle classiche forme associative e alla creazione delle forme di aggregazione: associazione e rete diventano aggregazioni di tipo A, il gruppo diventa aggregazione di tipo B, le aggregazioni di tipo B possono svolgersi in ambulatori «privati» (B1) o in ambulatori «pubblici» (B2). Sono richiesti, per i modelli A e B ulteriori livelli di integrazione quali la disponibilità telefonica e la presenza, laddove possibile, nelle attività diurne di medici di continuità assistenziale. Le aggregazioni di tipo A sono incentivate con un ammontare di 4,00 euro/assistito/anno, le aggregazioni di tipo B1 con 10 euro/assistito/anno comprensive di utilizzo obbligatorio di un collaboratore di studio, le aggregazioni di tipo B2 con 3,00 euro/assistito/anno. Le aggregazioni di tipo B sono previste nel numero massimo di 4. In relazione al tema delle équipe, l'AIR punta sull'équipe territoriale integrata di montagna, attraverso il potenziamento e la riorganizzazione delle attuali équipe distrettuali, e tramite il coinvolgimento di tutte le figure professionali operanti nell'ambito territoriale di riferimento: MMG, specialisti, PLS, Continuità Assistenziale, infermieri, logopedisti, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali e sanitari. L'équipe costituisce il momento di integrazione socio-sanitaria e assume una valenza clinica ma anche organizzativa.

**Emilia Romagna** – L'AIR individua l'obiettivo di sostenere l'evoluzione delle forme associative verso forme più funzionali allo sviluppo degli obiettivi dei Nuclei delle cure primarie, non sono tuttavia introdotti ulteriori strumenti incentivanti né forme associative miste. Gran parte della disciplina negoziale è rinviata al livello aziendale.

**Abruzzo** – L'AIR non modifica il quadro relativo alle forme associative ma introduce una nuova forma di integrazione professionale volontaria che coinvolge principalmente MMG e medici di continuità assistenziale. Tale formula si articola in due tipologie. L'assistenza H 24 in rete per la quale è previsto un incentivo di 1,10 euro/assistito/mese e l'assistenza H 24 in gruppo per la quale è previsto un incentivo di 1,50 euro/assistito/mese. I medici aderenti a tali forme associative perdono il diritto a percepire le indennità legate alle forme associative tradizionali e possono chiedere, una volta determinato l'ammontare complessivo degli incentivi di competenza della forma associativa, che questo sia ripartito fra i medici aderenti secondo criteri diversi dalla quota capitaria. Quanto alle équipe, tale strumento è considerato quale momento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel distretto per l'erogazione dei LEA e per la realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale. L'AIR definisce un ambito di operatività tra 8.000 e 25.000 abitanti e stabilisce che ogni azienda si doti di un fondo aziendale in ragione di 3,00 euro/assistito/anno. Al referente di équipe è riconosciuta un'indennità mensile di 200 euro.

**Calabria** – L'AIR introduce, accanto alle forme associative tradizionali la cosiddetta forma associativa mista per la quale fissa un tetto del 10 per cento e un incentivo incrementale pari a 4 euro/assistito/anno. La medicina in associazione viene regolata a esaurimento mentre il tetto per la medicina di gruppo è portato a 12,97 per cento. L'équipe territoriale rappresenta secondo l'AIR lo strumento attuativo della programmazione sanitaria di livello distrettuale e momento organizzativo della medicina generale teso a favorire l'integrazione. Il programma di attività delle équipe si inserisce nel processo di *budgeting* aziendale. Per i medici facenti parte dell'équipe, l'AIR affida alle aziende il compito di definire specifici incentivi legati a:

1. indennità associativa per ogni singolo progetto;
2. indennità legata al raggiungimento di specifici obiettivi regionali e/o aziendali;
3. indennità di coordinamento di équipe.

**Umbria** – L'AIR non introduce nuove forme associative e interviene a incentivare l'evoluzione delle forme associative tradizionali incrementando il tetto previsto per medicina in rete e la medicina di gruppo rispettivamente al 10 e 45 per cento. La medicina in associazione viene regolata a esaurimento. L'elemento organizzativo più rilevante è dato dal potenziamento delle équipe territoriali attraverso il supporto amministrativo reso disponibile in seguito all'attivazione del consorzio regionale dei servizi amministrativi, le maggiori dotazioni di personale infermieristico in seguito all'attivazione delle *week surgery* negli ospedali di territorio, la specificazione dei compiti dei coordinatori di équipe nell'ambito della definizione di un programma annuale attività, audit strutturato, redazione periodica di relazione di valutazione. Al coordinatore di équipe è riconosciuto inoltre un compenso aggiuntivo di 180 euro mensili.

**Molise** – L'AIR non introduce alcuna disciplina distintiva se non l'obiettivo di perseguire una costante qualificazione dell'associazionismo non solo come forma di organizzazione del lavoro (orari ambulatorio, strutture ecc.) ma anche e soprattutto come sede ideale per la sperimentazione e implementazione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici.

#### 7.4.2 La riprogettazione di compiti e funzioni

Nell'ACN i compiti e le funzioni dei MMG sono disciplinati nell'art. 45 che sancisce in particolare l'obbligatorietà dell'adesione ai progetti aziendali legati al rispetto della spesa e all'educazione sanitaria<sup>7</sup>.

La maggior parte degli AIR richiamano direttamente tale elenco di compiti e vanno a integrare la professionalità complessivamente emergente con alcune indicazioni relative al ruolo del MMG all'interno del SSR, alla partecipazione e incentivazione del MMG in relazione a specifici programmi di governo clinico, alla previsione di una remunerazione aggiuntiva per determinate categorie di prestazione. Rilevante in tal senso risulta l'analisi delle caratteristiche e dell'ammontare previsti per il cosiddetto fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa.

Tale fondo, disciplinato dall'art. 59 dell'ACN, rientra nell'ambito della quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi e orga-

<sup>7</sup> Le principali funzioni e i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:

- servizi essenziali;
- gestione dei malati nell'ambito dell'assistenza domiciliare programmata e integrata;
- assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività.

Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

- l'adesione alle sperimentazioni delle équipe territoriali di cui all'art. 26;
- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale;
- l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse e organizzate dalle aziende, con modalità concordate;
- l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

nizzativi, quota che comprende anche il cosiddetto fondo a riparto per la qualità dell'assistenza destinato all'incentivazione delle forme associative e di altre soluzioni di tipo organizzativo (per esempio l'incentivazione per il collaboratore di studio medico o l'infermiere professionale). In particolare il comma 8 stabilisce che, in attesa o in mancanza della stipula degli AIR, ciascuna regione disponga, dal 1° gennaio 2004, di ulteriori fondi pari a 3,08 euro annui per assistito, derivanti dal 50 per cento degli aumenti contrattuali determinati all'art. 9 dello stesso ACN, per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzati al governo clinico, nel rispetto dei livelli programmati di spesa.

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ la descrizione del ruolo del MMG;
- ▶ l'esplicitazione dei contenuti dei programmi di governo clinico;
- ▶ la previsione di remunerazione di prestazioni aggiuntive;
- ▶ la valutazione dell'andamento delle risorse destinate alla remunerazione variabile.

La Tab. 7.6 riepiloga l'esito delle valutazioni esposte nel dettaglio nel riquadro 7.3. In tutte le regioni sono individuati specifici programmi di governo clinico che, tuttavia, solo in taluni casi si accompagnano a specifici incentivi legati all'assunzione da parte del MMG di un ruolo più impegnativo nei confronti dell'azienda e delle sue articolazioni organizzative funzionali. Meno diffuso il ricorso alla remunerazione di prestazioni aggiuntive che tuttavia, laddove presenti, contribui-

Tabella 7.6 **La riprogettazione di compiti e funzioni negli AIR**

	Ruolo MMG	Programmi di governo clinico	Prestazioni aggiuntive	Importo delle risorse
Veneto	✓	✓		Stabile
Liguria				Stabile
Toscana	✓	✓		Stabile
Lazio		✓		Stabile
Piemonte	✓	✓		Incremento
Valle d'Aosta	✓	✓	✓	Incremento
Emilia Romagna	✓	✓		Stabile
Abruzzo		✓	✓	Incremento
Calabria	✓	✓		Incremento
Umbria	✓	✓		Incremento
Molise		✓	✓	Incremento

Fonte: nostra elaborazione

scono a incrementare l'importo delle somme complessivamente destinate a tale tipo di strumento.

### Riquadro 7.3 Scelte di riprogettazione di compiti e funzioni negli AIR

**Veneto** – L'AIR esplicita l'evoluzione del ruolo del MMG da quello di *gatekeeper* a quello di care e case manager. Tale figura professionale viene a collocarsi quale anello di congiunzione tra i pazienti e l'intera gamma di strutture di offerta e diviene punto di partenza di un processo di presa in carico del paziente. Inoltre al fine di rendere i MMG sempre più parte dell'attività aziendale viene richiamato il D.G.R. che stabilisce la partecipazione al Comitato di coordinamento di tre MMG. Con riferimento all'attuazione di programmi di governo clinico, sono individuati alcuni progetti regionali finalizzati al raggiungimento di obiettivi di tutela del malato. Si tratta dell'assistenza ai malati oncologici, incentivata con 774, 69 euro mensili per i primi due mesi di prestazione, del programma di incentivazione delle dimissioni protette, dell'incentivazione dell'assistenza programmata in case di riposo, RSA e strutture protette tramite il riconoscimento di un compenso forfettario pari a 41 euro per assistito. L'AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive. Per quanto concerne il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa, l'AIR rinvia al decreto regionale 6 aprile 2005, n. 37, che vincola tale fondo alla disponibilità dei MMG di aderire ai patti aziendali. L'ammontare del fondo è quindi determinato in 3,08 euro/assistito/anno più eventuali integrazioni aziendali.

**Liguria** – L'AIR non prevede specifici istituti incentivanti ma contiene in allegato delle linee guida relative all'attivazione di progetti per la promozione del governo clinico da realizzarsi a livello aziendale. L'AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive. Il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa ammonta a 2.965.904 euro. L'AIR stabilisce che annualmente il 20 per cento di tale fondo vada a incrementare il fondo per la qualità dell'assistenza, in considerazione del contributo alla promozione del governo clinico da parte delle forme associative e dell'utilizzo di personale infermieristico e/o amministrativo presso gli studi medici.

**Toscana** – L'AIR della Toscana punta sull'evoluzione della medicina generale verso una professionalità sempre più integrata nell'ambito del sistema sanitario e sempre più eterogenea in relazione alla crescente complessità di risposta ai fabbisogni di salute. La composizione del fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa riflette tale obiettivo stabilendo che è possibile per il MMG accedere a tale compenso solo qualora vi sia stata da parte dello stesso l'adesione all'accordo quadro aziendale. Ciascun accordo aziendale deve contenere almeno tre obiettivi di salute, due dei quali devono essere obbligatoriamente individuati fra i tre obiettivi prioritari regionali. La quota attribuita per ognuno dei tre obiettivi di salute, secondo le scelte sopra delineate, è pari a 1/3 di quanto previsto dall'art. 59, lett. B, punto 15, dell'ACN (3,08 euro/assistito/anno). Per ogni obiettivo di salute regionale si esplicitano le azioni richieste al medico di medicina generale e i relativi indicatori, da utilizzarsi per valutare le percentuali di raggiungimento. Gli obiettivi regionali di salute sono individuati nei seguenti: copertura vaccinazioni, prevenzione oncologica, ricerca soggetti affetti da più fattori di rischio cardiovascolari, valutazione del rischio cardiovascolare, diabete mellito di tipo 2, BPCO, ipertensione arteriosa, prevenzione delle fratture nei soggetti a rischio. L'importo complessivo del fondo ammonta a 9.757.776 euro. L'AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive.

**Lazio** – L'AIR esplicita precisi obiettivi di governo clinico che vengono assegnati ai MMG. Si tratta di iniziative relative allo sviluppo dell'attività di prevenzione da realizzare nell'ambito di progetti promossi da regione, ASL e distretto e monitorati da un Comitato regionale. Il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è legato a due iniziative specifiche: 3.936.000 euro sono stanziati per la remunerazione relativa alla compilazione di schede di valutazione multidimensionale degli anziani. (40 euro a scheda per max 20 schede); 2.000.000 sono invece finalizzati alla realizzazione del progetto Sorveglianza Estiva. L'AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive.

**Piemonte** – L’AIR stabilisce che i MMG partecipano e contribuiscono alla pratica del governo clinico mediante l’adesione alle équipe territoriali e il perseguimento degli obiettivi aziendali condivisi. Al fine di perseguire tali obiettivi è finanziato un fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa per un ammontare pari a 3,08 euro/assistito/anno più 1,00 euro/residente/anno più un fondo speciale dedicato alla prevenzione. In ogni distretto, per consentire il finanziamento dei progetti è costituito un apposito «Fondo per le attività distrettuali di razionalizzazione», finanziato con una quota capitaria pari a 1 euro per ciascun residente. Ogni azienda può incrementare tale fondo con risorse proprie compatibilmente con le risorse assegnate. Per quanto riguarda il fondo relativo alle attività di prevenzione sono individuate tre iniziative. La diffusione degli screening oncologici, incentivata con 2,10 euro per caso, fino al raggiungimento dell’invio del 40 per cento degli eleggibili, e 2,30 euro per caso, fino al raggiungimento del 60 per cento dell’invio degli eleggibili. Lo svolgimento delle vaccinazioni antinfluenzale, non incentivato. La sorveglianza epidemiologica della sindrome influenzale incentivata mediante il riconoscimento di un compenso per i medici sentinella pari a 600 euro annui. L’AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive.

**Valle d’Aosta** – L’AIR allega al testo un’esemplificazione dell’attività del MMG. Più interessante, ai fini della presente analisi, risulta la previsione della figura del medico di struttura<sup>8</sup>. Tale attività si espleta sulla base del rapporto di 1 ora settimana ogni dieci ospiti della struttura. Per tale attività è corrisposta al medico una tariffa oraria omnicomprensiva di 35 euro per ora. L’accordo disciplina il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa declinandolo in termini di obiettivi aziendali e demandando all’azienda il compito di monitorare il raggiungimento dei medesimi e distribuire le relative indennità. Il quadro degli incentivi comprende inoltre un’indennità di disponibilità telefonica pari a 1,00 euro annuo per assistito per i medici che aderiscono alle forme di aggregazione, e a 2,00 euro annui per i medici che non aderiscono a forme di aggregazione. È inoltre previsto un compenso pari a 26 euro l’ora per i MMG che partecipano alla stesura di linee guida. La partecipazione del medico a campagne vaccinali o ad altre attività di prevenzione viene remunerata sulla base di specifici progetti aziendali monitorati dall’azienda.

**Emilia Romagna** – L’AIR ruota intorno alla progressiva evoluzione del ruolo del MMG e al suo inserimento nell’ambito dei Nuclei delle cure primarie. Tale inserimento progressivo muove da un’iniziale adesione formale obbligatoria per arrivare a un’adesione strutturale nell’organizzazione dell’AUSL. Tale percorso procede attraverso l’esplicitazione di obiettivi e la condivisione di esperienze ma senza la previsione di forme di incentivazione specifica. Il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è determinato in 3,08 euro/assistito/anno e collegato a 3 progetti: il 20 per cento viene assegnato al progetto diabete, il 40 per cento all’attività di educazione permanente finalizzata agli stili di vita, il 40 per cento ai percorsi e accesso alle prestazioni. La gestione del fondo è affidata agli accordi aziendali. L’AIR non prevede forme di remunerazione relative a prestazioni aggiuntive.

**Abruzzo** – Per quanto concerne l’attuazione di programmi finalizzati al governo clinico l’AIR dell’Abruzzo individua due iniziative. Anzitutto ai medici che estendono il proprio orario di visita sono riconosciute 300 euro al mese per 4 ore settimanali oltre orario previsto e 450 euro al mese per 6 ore settimanali oltre orario previsto. In secondo luogo, ogni MMG può partecipare a progetti aziendali di inserimento nei PS di ambiti territoriali diversi da quello di propria scelta. Il compenso orario è previsto pari a 50 euro orari da attingere da apposito fondo aziendale. È prevista la costituzione di un coordinatore dei MMG in PS che deve dedicare a tale attività almeno 3 ore settimanali, remunerate con un compenso di 25 euro l’ora. La distribuzione del fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è legata all’applicazione di tre PDTA. Per ciascuna patologia è previsto, al raggiungimento dei target stabiliti, un terzo della quota del governo clinico pari per il primo anno a euro 1,026. L’ammontare del fondo è determinato in 3,08 euro/assistito/anno. Infine l’accordo riconosce quali prestazioni aggiuntive: l’adesione al progetto di valutazione del rischio cardiovascolare remunerata 10,00 euro per la compilazione di ogni

<sup>8</sup> L’AIR fa riferimento a microcomunità e case di riposo pubbliche e convenzionate.

scheda relativa a pazienti di età compresa fra 40 e 69 anni, la partecipazione a UVM per l'ammissione a RSA, remunerata 50 euro e l'accesso in RSA, remunerato 23 euro.

**Calabria** – L'AIR si distingue per l'introduzione di un particolare strumento di incentivazione, il cosiddetto standard di studio medico. Al fine di incentivare l'ampliamento delle dotazioni tecnologiche per la diagnosi di primo livello, sono definiti due standard di dotazione: per lo standard A (comprensivo di due strumenti) sono riconosciuti al MMG 0,87 euro/assistito/anno; per lo standard B (comprensivo di quattro strumenti) 2,00 euro/assistito/anno. I medici aderenti devono trasmettere trimestralmente dei report di prestazioni erogate. L'AIR fornisce l'elenco degli indicatori che devono essere monitorati trimestralmente a cura del distretto. Il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è costituito da 3,08 euro/assistito/anno, più 900.000 euro relativi al progetto «libretto della salute», 800.000 euro resi disponibili per l'incentivazione della disponibilità diurna telefonica, e 700.000 euro finalizzati a incentivare l'estensione della disponibilità diurna delle medicine in associazione. L'AIR individua quali obiettivi da incentivare tramite l'utilizzo della prima componente del fondo: le vaccinazioni non obbligatorie, l'educazione e informazione sanitaria, la prevenzione cardiovascolare, la prevenzione oncologica e l'appropriatezza prescrittiva.

**Umbria** – L'AIR stabilisce l'attivazione di un nuovo sistema premiante che individua una quota di retribuzione variabile suddivisa in due componenti. La prima remunera l'effettiva adesione del MMG all'attività delle équipes e alle misure previste dagli accordi aziendali. La seconda è percepita sulla base del raggiungimento di specifici standard di performance. Alla prima componente è attribuito un peso pari al 20 per cento e alla seconda un peso pari all'80 per cento. L'ammontare complessivo dei fondi legati alla remunerazione variabile è determinato in 6,00 euro/assistito/anno, più il budget per le forme associative e le indennità di collaboratore e infermiere. Non viene dunque compiuta una suddivisione fra il fondo a riparto per la qualità dell'assistenza e il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa, sebbene l'AIR stabilisca che in ogni caso i 3,08 euro/assistito/anno che l'ACN destina al secondo fondo devono essere erogati sulla base di quanto specificato nella negoziazione decentrata aziendale. È previsto inoltre uno specifico fondo per l'appropriatezza farmaceutica pari a 4,00 euro per assistito ed è erogabile il mese di marzo dell'anno successivo solo se la spesa farmaceutica regionale dell'anno considerato non è superiore a quella del 2005 al netto degli effetti prodotti dai provvedimenti di contenimento della spesa adottati a livello nazionale e regionale.

**Molise** – L'AIR non definisce forme di remunerazioni ulteriori legate alla riprogettazione dei compiti e delle funzioni. È previsto un incentivo di 6,00 euro/assistito/anno per i MMG che operano a copertura di particolari necessità assistenziali in zone carenti e che estendono la propria reperibilità telefonica. Per quanto concerne il fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa, la quota capitaria regionale provvisoria, già erogata a tutti i medici e pari a 3,08 euro/assistito/anno, continua a essere riconosciuta ai MMG che partecipano a progetti-obiettivo regionali finalizzati al governo clinico, definiti dal Comitato regionale. L'AIR prevede la remunerazione di tre tipologie di prestazioni aggiuntive. Anzitutto ai MMG che forniscono prestazioni di teleprenotazioni (Pass-CUP) per tipologie specialistiche e per richieste di esami strumentali e di laboratorio è riconosciuta l'indennità mensile di 150 euro oltre a 3,70 euro per ciascun assistito che ha effettuato teleprenotazioni. In secondo luogo per ogni monitoraggio TAO effettuato nel proprio studio è riconosciuto un compenso pari a 20,00 euro, che sale a 25,00 se il monitoraggio è effettuato presso il domicilio del paziente. Infine, nell'ambito del progetto prestazioni di eccellenza (ECG e spirometria) è riconosciuto un compenso pari a 20 euro per la prestazione eseguita in ambulatorio e 30 euro per la prestazione eseguita a domicilio del paziente.

### 7.4.3 La definizione di percorsi per patologia

Il tema dei PDTA viene richiamato diverse volte nell'ACN senza che mai si entri nello specifico del processo di implementazione che di fatto viene demandato alle regioni e alla contrattazione decentrata.

Tabella 7.7 **La definizione di percorsi per patologia negli AIR**

	Patologie	Disciplina	Incentivi
Veneto	✓	✓	
Liguria			
Toscana	✓	✓	
Lazio	✓	✓	
Piemonte		✓	
Valle d'Aosta		✓	✓
Emilia Romagna	✓	✓	✓
Abruzzo	✓		✓
Calabria		✓	
Umbria	✓	✓	✓
Molise	✓	✓	✓

Fonte: nostra elaborazione

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ l'individuazione esplicita delle patologie oggetto di progettazione;
- ▶ la disciplina delle modalità di determinazione delle linee guida;
- ▶ la previsione di incentivi legati alla realizzazione o applicazione delle linee guida.

La Tab. 7.7 riassume l'esito delle valutazioni svolte in dettaglio nel riquadro 7.4. La situazione è piuttosto eterogenea: si distinguono regioni che scelgono di sancire a livello regionale i principi e le caratteristiche per la definizione dei PDTA (così Veneto, Valle d'Aosta, Emilia Romagna, Abruzzo, Umbria e Molise) e altre, come Toscana e Lazio, che si danno indicazioni di carattere generale rinviando agli accordi aziendali per una disciplina di maggiore dettaglio. La Liguria non fornisce alcuna indicazione relativa a tale strumento nell'AIR.

**Riquadro 7.4 PDTA e AIR**

**Veneto** – L'AIR individua quali patologie rilevanti la sindrome metabolica, la patologia ipertensiva, il diabete, la BPCO e lo scompenso cardiaco. Sono delineate tre linee di intervento:  
 1. condivisione di linee guida per costruire PDA per patologie di largo interesse;  
 2. adozione di PDA per produrre risultati di qualità assistenziale;

3. costituzione di programmi ambulatoriali per patologia per il test delle linee guida definite, con un forte ruolo di programmazione da parte del distretto.

Gli incentivi non sono disciplinati direttamente dall'AIR.

**Toscana** – L'AIR individua quali patologie rilevanti la sindrome metabolica, il diabete mellito di tipo 2, la BPCO, il rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa e l'osteoporosi. L'AIR insiste sul fatto che l'implementazione e la condivisione delle linee guida o di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi a livello aziendale debbano avvenire anche all'interno delle forme associative. Gli incentivi non sono disciplinati direttamente dall'AIR.

**Lazio** – L'AIR individua quali patologie rilevanti il diabete mellito e le patologie Cardiovascolari. È riconosciuta la necessità di promuovere l'adozione di modelli organizzativo – gestionali orientati al *disease management*, relativi a specifiche patologie, allo scopo di favorire l'effettiva presa in carico del paziente e la gestione integrata della malattia all'interno dei percorsi condivisi tra tutti gli attori dell'assistenza, con il pieno coinvolgimento dei MMG. Gli incentivi non sono disciplinati direttamente dall'AIR.

**Piemonte** – L'AIR sancisce l'obiettivo di realizzare la massima integrazione tra la medicina territoriale e quella ospedaliera, mediante l'individuazione di un «linguaggio» comune e di percorsi diagnostici e terapeutici, condivisi. Non sono individuate patologie rilevanti a livello regionale e non sono disciplinati direttamente incentivi.

**Valle d'Aosta** – L'AIR stabilisce che il MMG è responsabile dell'applicazione delle linee guida individuate a livello aziendale. È inoltre prevista una remunerazione pari a 26 euro l'ora per la stesura delle linee guida.

**Emilia Romagna** – L'AIR individua quale patologia rilevante il diabete e stabilisce che a supporto della definizione e attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per patologie croniche e patologie rilevanti sia destinato il 20 per cento del fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa.

**Abruzzo** – L'AIR individua quali patologie rilevanti il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa e la BPCO. L'intero fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è destinato al finanziamento della costruzione e diffusione di linee guida relative alle tre patologie indicate.

**Calabria** – L'AIR non individua specifiche patologie rilevanti ma stabilisce che le aziende devono adottare specifici progetti elaborati sulla base di uno schema tipo regionale che vede coinvolti dipartimento, aziende sanitarie e MMG. A livello aziendale è costituito un Nucleo Operativo Aziendale (NOA) che ha il compito di coordinare e valutare l'operato dei singoli MMG. Gli incentivi non sono disciplinati direttamente dall'AIR.

**Umbria** – L'AIR individua quale patologia rilevante il diabete e stabilisce che la definizione di percorsi diagnostico terapeutici rientra nell'ambito degli obiettivi da affidare a gruppi di lavoro integrati ospedale-territorio. A tal fine è riconosciuta al MMG una quota della retribuzione variabile che può oscillare tra il 5 e il 40 per cento a seconda dell'adesione a un numero crescente di percorsi.

**Molise** – L'AIR individua quali patologie rilevanti l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito. I medici interessati al progetto fanno pervenire la scheda protocollo all'azienda, comprensiva di almeno 5 controlli bimestrali. Per l'adesione al progetto relativo al primo PDTA è prevista una remunerazione pari a 30 euro a scheda, per l'adesione al secondo una remunerazione pari a 60 euro a scheda.

#### 7.4.4 L'introduzione di un sistema di programmazione e controllo dei risultati

L'ACN affida alle regioni e alle organizzazioni sindacali il compito di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso una piena valorizzazione e integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I MMG, come

del resto gli altri professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie, sono chiamati a svolgere, sulla base di quanto definiranno le regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nell'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget. L'analisi della rilevanza effettivamente riconosciuta dagli AIR allo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo e alla partecipazione ai medesimi dei MMG costituisce occasione per procedere a una valutazione anche del ruolo attribuito alla contrattazione aziendale dal momento che questa si pone maggiormente quale momento di definizione degli obiettivi operativi, declinazione degli istituti incentivanti, determinazione delle risorse disponibili e individuazione pertanto di quel rapporto tra contributi e ricompense che costituisce l'elemento centrale di ogni sistema di programmazione e controllo.

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ la descrizione del sistema di programmazione regionale in relazione alla medicina generale;
- ▶ la definizione nell'AIR del ruolo e dei contenuti dell'accordo aziendale;
- ▶ la presenza di indicazioni specifiche relative a strumenti di P&C quali il budget e i report.

La Tab. 7.8 fornisce un quadro di sintesi relativo alle scelte di introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati effettuate dagli AIR analizzati. Solo in pochi casi, Veneto, Toscana e Calabria è possibile rintracciare nell'AIR

**Tabella 7.8 L'introduzione di sistemi di programmazione e controllo negli AIR**

	Programmazione	Contenuti dell'accordo aziendale	Focus sui sistemi di P&C
Veneto	✓	✓	✓
Liguria	✓		
Toscana		✓	✓
Lazio			
Piemonte	✓		
Valle d'Aosta		✓	
Emilia Romagna	✓		
Abruzzo		✓	
Calabria	✓	✓	✓
Umbria		✓	
Molise			

Fonte: nostra elaborazione

una disciplina degli strumenti di programmazione e controllo quali il budget o la scheda di report. Significativo che in tutti e tre i casi tale specificazione si accompagna a una declinazione piuttosto dettagliata del contenuto degli accordi aziendali. La strutturazione dei documenti di P&C rientra infatti propriamente nell'ambito dell'autonomia aziendale e la loro disciplina a livello regionale può trovare giustificazione in due ordini di motivi. Il tentativo di garantire o recuperare un'omogeneità dei sistemi in uso presso le aziende. Oppure il desiderio di incentivare e favorire, tramite la previsione esplicita nell'accordo, la diffusione di tali strumenti. Altrettanto significativo risulta essere il fatto che in tre casi su cinque, Liguria, Piemonte ed Emilia Romagna, l'AIR interviene a disciplinare il complessivo percorso di programmazione e dunque a individuare il ruolo giocato anche dagli attori aziendali, proprio laddove non fornisce indicazioni relative al contenuto degli accordi o alle caratteristiche che gli strumenti di P&C devono assumere. Il dettaglio delle valutazioni svolte è contenuto nel Riquadro 7.5.

#### Riquadro 7.5 Sistemi di programmazione e controllo negli AIR

**Veneto** – L'AIR afferma che al fine di dare concretezza all'integrazione tra territorio e ospedale, alla continuità dell'assistenza, all'appropriatezza dei percorsi assistenziali, risulta strategico individuare e attribuire obiettivi congruenti tra quelli inseriti nei patti con i medici di assistenza primaria e altri convenzionati e quelli previsti per la retribuzione di risultato degli ospedalieri. Gli strumenti privilegiati per la programmazione annuale delle attività sono individuati nei budget ospedalieri, nei budget di distretto e nei contratti con i MMG. Il livello aziendale costituisce il livello fondamentale della programmazione annuale dell'attività. La dimensione strategica e non soltanto negoziale dei patti aziendali porta ad affermare il principio per cui si ritiene indispensabile definire dei patti a valenza pluriennale (due-tre anni), articolati annualmente mediante i contratti, strumenti che declinano a livello operativo gli obiettivi di programmazione. Tali obiettivi devono trovare sistematizzazione rispetto agli altri obiettivi aziendali attraverso la declinazione dei budget di distretto. Anche a livello aziendale deve essere recepita la logica definita dall'ACN di un'incentivazione per fondi e non per istituti, viene in tal senso costituito il fondo aziendale di assistenza primaria dedicato a promuovere i servizi offerti dai MMG, da finanziare anche con un'autofinanziamento di risorse derivanti dalle economie generate dai progetti aziendali implementati. L'AIR stabilisce i principi di riferimento da cui deve muovere la contrattazione aziendale, i contenuti (sezioni tematiche, tipologia di obiettivi, indicatori), gli indirizzi organizzativi e gli indirizzi strutturali/gestionali, i criteri di determinazione dell'ammontare e modulazione della distribuzione del fondo aziendale (quota A, B, C), indirizzi per il sistema informativo, principio di valutazione dei patti. Il singolo contratto, di valenza annuale, può essere sottoscritto anche dal singolo medico o dalla forma associativa. I sistemi informativi aziendali devono essere in grado di produrre una reportistica per singolo medico o forma associativa con cadenza almeno semestrale. Inoltre a livello aziendale devono essere individuati indicatori per il monitoraggio degli obiettivi definiti nei patti.

**Liguria** – L'AIR stabilisce che il direttore di distretto programma la partecipazione dei MMG, costituiti in équipe territoriali, ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali e distrettuali. Le AUSL definiscono annualmente gli obiettivi da raggiungere, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale. Successivamente, in accordo con i referenti di équipe territoriale, vengono definiti gli obiettivi specifici in capo a ogni équipe e le conseguenti remunerazioni. L'erogazione del compenso è subordinata al raggiungimento dell'obiettivo che potrà essere individuale o di équipe; l'azienda può graduare la remunerazione in base alla percentuale di raggiungimento dell'obiettivo. Nell'AIR non sono date indicazioni esplicite sul ruolo e sui contenuti della contrattazione aziendale.

**Toscana** – L’AIR si sofferma diffusamente sul ruolo dell’accordo aziendale. Compito fondamentale attribuito alle aziende consiste nel monitorare l’adesione alle forme associative, in tal senso le aziende predispongono annualmente, d’intesa con le organizzazioni sindacali locali, un piano di sviluppo delle forme associative sostenibile nell’ambito della compatibilità finanziaria dell’azienda stessa. L’accordo aziendale costituisce inoltre il veicolo per la distribuzione dei fondi previsti per il perseguimento di programmi di governo clinico. A titolo puramente indicativo, ma con intento omogeneizzante, l’AIR fornisce un set di riferimento dei contenuti dell’accordo aziendale.

**Lazio** – L’AIR individua gli accordi aziendali come strumenti privilegiati per il perseguimento degli obiettivi strategici di gestione integrata dei pazienti. Le aziende, entro 90 giorni dall’approvazione dell’AIR devono creare il fondo per la ponderazione della quota capitaria *ex art. 59 lett. A, comma 5, dell’ACN*. L’intera disciplina delle équipe territoriali è rinviata alla contrattazione aziendale.

**Piemonte** – L’AIR individua un modello di programmazione e controllo stabilendo che in ciascun distretto sia istituita una Commissione per il budget composta dai membri dell’Ufficio di coordinamento distrettuale e dai MMG e dal PLS componenti della Commissione per l’appropriatezza delle cure e l’uso delle risorse. I compiti della Commissione sono:

1. attività di programmazione del distretto;
2. gestione del fondo per le attività distrettuali;
3. analisi della spesa e della qualità dell’assistenza;
4. definizione degli ambiti di possibile intervento;
5. coinvolgimento dei MMG nel *budgeting*, mediante i rappresentanti delle équipe;
6. valutazione a consuntivo del rispetto dei livelli di spesa programmati relativi a singoli medici e/o a gruppi di loro.

L’AIR stabilisce che le aziende individuano obiettivi annuali relativi al governo della domanda, all’appropriatezza prescrittiva e ai codici di priorità, nonché i relativi indicatori di risultato per la valutazione. Inoltre le aziende devono definire annualmente gli obiettivi di promozione del governo clinico da raggiungere, in coerenza con la programmazione nazionale e regionale.

**Valle d’Aosta** – L’AIR entra molto nel dettaglio della definizione delle aree di contenuto dell’accordo aziendale ciò coerentemente al fatto che nella regione è presente una sola azienda, viene peraltro lasciata autonomia all’azienda di definizione dei contenuti delle progettualità, degli obiettivi nonché dei criteri di monitoraggio e controllo. Viene demandato all’azienda il compito di identificare gli indicatori utili alla valutazione dell’appropriatezza prescrittiva e del corretto utilizzo delle risorse.

**Emilia Romagna** – L’AIR anche in tema di introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati affida un compito centrale al Dipartimento delle cure primarie e alla riorganizzazione intorno a esso di tutte le cure primarie. Il raggiungimento degli obiettivi per lo sviluppo dei NCP è sottoposto a verifica secondo criteri, tempi e modalità da stabilire a livello di accordi aziendali. La definizione dei criteri di distribuzione del fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa è demandata a livello aziendale. L’AIR prevede inoltre che, sempre a livello aziendale, siano svolti almeno due incontri annuali con tutti MMG per la valutazione dei report.

**Abruzzo** – L’AIR non contiene una descrizione del ciclo di programmazione regionale, in compenso vengono fornite alcune linee guida relative alla definizione dei contenuti degli accordi aziendali. Gli accordi aziendali sono monitorati dal Comitato regionale per la corretta, coerente e omogenea applicazione dell’ACN e dell’AIR. Le risorse per la contrattazione aziendale derivano dall’applicazione di processi di razionalizzazione della spesa sulla base delle linee guida concernenti il rispetto dei tetti di spesa programmati come da delibera di Giunta regionale. Per gli accordi aziendali relativi a programmi e progetti di équipe l’AIR stabilisce che sia istituito un fondo aziendale pari a 3,00 euro per assistito per anno. Inoltre per il progetto MMG in PS ogni azienda deve costituire apposito fondo.

**Calabria** – L’AIR affida esplicitamente ai Comitati aziendali il compito di promuovere l’applicazione delle norme in esso previste e di operare al fine del perseguimento degli obiettivi identificati. Viene inoltre attribuito specificatamente al livello aziendale il compito di definire accordi sulle vaccinazioni e progetti relativi all’educazione sanitaria. Negli accordi aziendali devono trovare definizione i bisogni informativi e le modalità di comunicazione dei servizi di medicina generale. È prevista l’attivazione a

livello aziendale dei NOA e dei Gruppi Omogenei Territoriali (GOT) aventi il compito di riqualificare la spesa sanitaria attraverso una corretta allocazione delle risorse e il recupero di condizioni di appropriatezza prescrittiva. Al fine di introdurre un sistema di budget per la medicina generale vengono fornite linee guida per la costituzione del budget e l'identificazione degli indicatori di costo. Il programma di attività delle équipes deve inserirsi nel processo di *budgeting* aziendale. L'AIR stabilisce che per i MMG facenti parte dell'équipe siano definiti negli accordi aziendali i seguenti incentivi:

1. indennità associativa per ogni singolo progetto;
2. indennità legata al raggiungimento di specifici obiettivi regionali e/o aziendali;
3. indennità di coordinamento di équipes.

**Umbria** – La contrattazione aziendale assume un ruolo fondamentale per quanto concerne l'appropriatezza delle cure e l'uso delle risorse. L'accordo aziendale deve accogliere gli «obiettivi di salute» individuati a livello regionale. Ove gli «obiettivi di salute» obbligatori a livello regionale siano già stati finanziati a livello aziendale, le ASL. devono provvedere a riconvertire i propri finanziamenti su altri obiettivi, contenuti nell'accordo / contratto e ritenuti prioritari a livello aziendale. L'accordo aziendale deve inoltre identificare specifici obiettivi di appropriatezza in ambito farmaceutico, diagnostico, specialistico e di ricovero. L'AIR non fornisce indicazioni di dettaglio sui sistemi di programmazione e controllo che le aziende devono porre in essere per monitorare lo stato di raggiungimento degli obiettivi.

**Molise** – L'AIR non fornisce indicazioni di dettaglio sul tema della programmazione. L'accordo richiama infatti alla disciplina contenuta nel precedente documento del 2003 e si limita a fornire un'articolazione quantitativa degli istituti incentivanti derivanti dall'ACN.

#### 7.4.5 Lo sviluppo del sistema informativo

L'art. 4 della convenzione nazionale demanda il tema del sistema informativo agli AIR e in particolare la lett. G sancisce che è compito delle regioni definire «i criteri e le modalità nell'organizzazione del sistema informativo fra operatori – strutture associate – distretti – aziende sanitarie – regione». La maggior parte degli AIR tuttavia non affronta il tema dello sviluppo del sistema informativo direttamente, demandando tale compito ad altri tavoli.

A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ l'inserimento tra gli obiettivi dichiarati dello sviluppo del sistema informativo e informatico;
- ▶ la previsione di indennità di informatizzazione per i MMG ulteriori rispetto a quelle previste dall'accordo integrativo nazionale.

La Tab. 7.9 fornisce un quadro di sintesi relativo allo sviluppo dei sistemi informativi a supporto della medicina generale. Come è possibile notare nel Riquadro 7.6, la maggior parte degli AIR applica la struttura incentivante definita dall'ACN. Le uniche regioni a integrare tali incentivi sono il Lazio, la Valle d'Aosta, la Calabria e il Molise. Piemonte ed Emilia Romagna si limitano a richiamare la priorità di tale obiettivo senza peraltro intervenire sulla struttura degli incentivi in sede di definizione dell'AIR.

Tabella 7.9 **Lo sviluppo del sistema informativo**

	Programmazione	Incentivi
Veneto		
Liguria		
Toscana		
Lazio	✓	✓
Piemonte	✓	
Valle d'Aosta	✓	✓
Emilia Romagna	✓	
Abruzzo		
Calabria	✓	✓
Umbria	✓	
Molise		✓

Fonte: nostra elaborazione

Riquadro 7.6 **Integrazioni all'indennità informatica negli AIR**

**Lazio** – L’AIR rivaluta l’indennità informativa a 100 euro mensili contro i 77,47 previsti dall’ACN.

**Valle d’Aosta** – L’AIR riconosce al medico la licenza del software Millewin, l’azienda inoltre subordina l’erogazione dell’indennità di collaborazione informatica al rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni. Ai fini di favorire il raggiungimento dell’obiettivo del governo clinico è stabilito che i dati contenuti nella scheda sanitaria individuale costituiscono debito informativo del medico nei confronti dell’azienda e della regione.

**Calabria** – L’AIR integra l’indennità informatica per un importo pari a 1,20 euro/assistito/anno erogata al superamento della soglia dell’80 per cento di schede sanitarie individuali

**Molise** – L’AIR incrementa l’indennità informatica di 77 euro mensili ai medici che assicurano la stampa di almeno il 90 per cento delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, assicurano la trasmissione del riepilogo delle prestazioni aggiuntive e degli accessi ADP a mezzo stampa informatizzata e forniscono il proprio indirizzo di posta elettronica. Inoltre è riconosciuto un’indennità di 23 euro mensili ai medici che danno la loro disponibilità a ricevere documenti, lettere e comunicazioni, e a loro volta trasmettere il riepilogo mensile delle PI P e delle prestazioni ADI-ADP-ODO o di altro materiale mediante posta elettronica.

**7.5 La coerenza fra obiettivi dichiarati e strumenti implementati negli AIR**

Al termine di questo capitolo appare interessante compiere una valutazione circa il fatto che il mix di strumenti delineato in ciascuna regione risulti potenzialmente idoneo a consentire il raggiungimento degli obiettivi dichiarati. Tale valutazione

prende le mosse dal modello di analisi proposto nel par. 7.2 e dunque si limita a considerare solo alcuni degli elementi contenuti negli AIR. Occorre quindi evidenziare come accanto alle cinque categorie di strumenti selezionate se ne possano configurare altre che, al fine della presente analisi, non sono state prese in considerazione. Inoltre, anche laddove il livello regionale si presenti carente rispetto al ricorso a un determinato strumento, ciò non significa che nella realtà tale strumento non trovi applicazione, dal momento che spesso gli accordi integrativi aziendali introducono soluzioni non previste a livello regionale. Tali considerazioni fanno da premessa a quella che può essere considerata una valutazione tecnica del livello di coerenza interna degli accordi e non certo della loro efficacia rispetto agli obiettivi dichiarati.

Dal momento che, come indicato nella Tab. 7.2, ciascuna classe di strumenti opera come leva rispetto al raggiungimento degli obiettivi secondo una correlazione più o meno intensa, prendendo a riferimento tale livello di correlazione è possibile verificare quanto il mix di strumenti contenuto in ciascun AIR sia in grado di supportare il raggiungimento delle sette categorie di obiettivi proposte.

Per valutare tale idoneità, il grado di correlazione fra strumenti e obiettivi contenuto nella Tab. 7.2 è trasformato, in relazione a ogni obiettivo, in un punteggio: a ogni strumento corrisponde pertanto un punteggio pari a 1 in presenza di una correlazione debole, a 2 in corrispondenza di una correlazione media, a 3 in corrispondenza di una correlazione rilevante. Così l'associazionismo pesa 1 punto rispetto all'obiettivo del risparmio economico e 3 punti rispetto all'obiettivo della crescita professionale dei MMG. I sistemi di P&C invece pesano 2 punti rispetto all'obiettivo del risparmio economico e 2 punti rispetto all'obiettivo della crescita professionale.

Analizzando gli obiettivi dei singoli accordi è possibile quindi calcolare un punteggio dato dalla somma degli strumenti che ciascun AIR contiene. Quale ipotesi di calcolo, si assume che a essere sommati siano solo i punteggi relativi agli strumenti che risultano avere un grado di rilevanza medio o elevato. Così nel caso del Veneto si sommano, per ogni categoria di obiettivo, i punteggi relativi alla riprogettazione dei compiti, ai PDTA e ai sistemi di P&C mentre rimangono esclusi i punteggi relativi all'associazionismo e al sistema informativo dal momento che tali strumenti presentano un grado di rilevanza basso.

Per facilitare il confronto, tali punteggi sono ricondotti a una scala che misura il grado di rilevanza effettiva secondo il seguente rapporto: punteggio tra 0 e 3, grado basso; fra 4 e 6, grado medio; punteggi oltre 6, grado alto. L'esito di tale classificazione è riportato nella Tab. 7.10 che, per facilitare la lettura, omette di riportare i casi in cui il grado di rilevanza sia basso.

Un primo confronto fra il grado di rilevanza attribuibile agli obiettivi dichiarati negli AIR (Tab. 7.3) e il grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti (Tab. 7.10) evidenzia alcune importanti differenze. Anzitutto circa l'obiettivo dell'appropriatezza che risulta essere nella quasi totalità dei casi presente tra gli obiettivi strategici che gli AIR dichiarano di perseguire ma rispetto al quale non

Tabella 7.10 **Grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti negli AIR**

	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Appropriatezza	Qualità	Crescita professionale	Gatekeeping	Integrazione dei percorsi
Veneto	Medio	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio
Liguria							
Toscana	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Lazio				Medio	Medio		
Piemonte	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio
Valle d'Aosta	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Emilia Romagna		Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio
Abruzzo		Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Calabria	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio
Umbria	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Molise		Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio

Fonte: nostra elaborazione

vengono in maniera altrettanto rilevante posti in essere strumenti di implementazione. Una seconda considerazione è relativa alla rilevanza che, nei fatti, assume l'obiettivo della crescita professionale dei MMG, sebbene allo stesso non venga sistematicamente attribuito un grado di rilevanza alto tra gli obiettivi dichiarati. Risultano sostanzialmente confermati i gradi di rilevanza contenuti degli obiettivi di risparmio che trovano collocazione più propria a livello di contrattazione aziendale piuttosto che a livello regionale.

Nella Tab. 7.11 sono sintetizzati gli esiti del confronto evidenziando quelle situazioni in cui gli obiettivi dichiarati presentano un grado di rilevanza superiore rispetto a quanto effettivamente perseguito. In corrispondenza di tali situazioni sussiste una certa criticità data dal fatto che l'AIR di per sé non risulta essere sufficiente al perseguimento degli obiettivi dichiarati. In particolare, sono evidenziate nelle caselle quadrettate i casi in cui il grado di rilevanza dichiarato risulta essere alto, mentre il grado di rilevanza data agli strumenti finalizzati all'implementazione dello stesso è basso. Quando la discordanza sussiste, ma è più contenuta (grado di rilevanza dichiarato alto e grado di rilevanza effettivo medio, oppure gradi di rilevanza dichiarato medio e grado effettivo basso), la casella è evidenziata con linee diagonali. Sono infine lasciate in bianco le caselle corrispondenti a obiettivi rispetto ai quali sussiste una concordanza fra grado di rilevanza nella dichiarazione e grado di rilevanza rispetto agli strumenti proposti per il perseguimento dei medesimi o rispetto ai quali il grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati è inferiore al grado di rilevanza

**Tabella 7.11 Coerenza fra grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati e grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti negli AIR**

	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Appropriatezza	Qualità	Crescita professionale	Gatekeeping	Integrazione dei percorsi
Veneto				●			●
Liguria		▲	▲	▲	●		●
Toscana							
Lazio		●	▲	●	●		
Piemonte			●				●
Valle d'Aosta							
Emilia Romagna			●		●		
Abruzzo						●	
Calabria			●				
Umbria							
Molise			●	●		●	●

*Legenda:* ● L'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto e un grado di rilevanza effettivo medio, oppure un grado di rilevanza dichiarato medio ed effettivo basso. ▲ L'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto e un grado di rilevanza effettivo basso.

*Fonte:* nostra elaborazione

degli obiettivi effettivamente perseguiti. Tale situazione infatti, ai fini della presente analisi, non costituisce una criticità.

La maggior parte degli AIR analizzati (9 su 12) presenta in generale un buon livello di coerenza tra obiettivi dichiarati e strumenti posti in essere. Solo in corrispondenza di tre accordi, infatti, si evidenziano situazioni in cui l'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto e un grado di rilevanza effettivo basso e ciò in particolare nel caso dell'AIR della Liguria. Tale esito appare legato al carattere di tale accordo più volte messo in evidenza e principalmente finalizzato alla declinazione degli istituti incentivanti previsti dall'ACN piuttosto che a un'effettiva programmazione della medicina generale. Il livello di coerenza risulta essere più marcato in corrispondenza degli AIR di Veneto, Emilia Romagna, Abruzzo e Molise. I livelli maggiori di coerenza si riscontrano in corrispondenza degli AIR di Toscana, Valle d'Aosta e Umbria.

L'analisi degli AIR svolta consente di ricondurre l'insieme delle esperienze considerate a tre modelli, definiti in relazione anzitutto al grado di rilevanza che gli obiettivi proposti assumono per effetto del quadro di strumenti posti in essere e in secondo luogo al grado di replica a livello regionale dei contenuti previsti nell'ACN. I modelli proposti sono i seguenti:

- il modello di attuazione;

- ▶ il modello di governo;
- ▶ il modello di innovazione.

Il *modello di attuazione* si caratterizza per avere come contenuti principali quelli derivanti dalla declinazione operativa dei dettami dell'ACN. L'AIR non presenta particolari novità, per esempio non compie una ridefinizione degli istituti incentivanti per le forme associative e quindi non ne modifica né l'importo, né i tetti percentuali. Anche l'avvio di nuove modalità organizzative quali le équipes territoriali, per altro obbligatorie, viene lasciato sullo sfondo e la sperimentazione di nuove forme di integrazione professionale (UTAP<sup>9</sup> o altro) non viene supportata esplicitamente attraverso l'individuazione di fondi e iniziative. Dal punto di vista degli obiettivi si tende a far riferimento alle tematiche dei percorsi diagnostico terapeutici, dell'appropriatezza e del governo clinico lasciando poi alle aziende l'eventuale declinazione operativa. L'AIR richiama in altri termini gli obiettivi contenuti nella convenzione nazionale. L'adesione stessa all'accordo viene incentivata in sé e gli incentivi sono prevalentemente di struttura e non di risultato. Sempre in coerenza con gli obiettivi dell'ACN questa tipologia di accordi punta molto sulla necessità di «ricercare una rinnovata centralità dei MMG» anche attraverso logiche di governo della domanda. Sono riconducibili a tale modello gli AIR della Liguria, del Lazio e, parzialmente, del Molise.

Il modello di attuazione presenta alcuni punti di forza che possono essere identificati anzitutto nella presenza stessa di un AIR a integrazione della contrattazione nazionale, premessa necessaria alla realizzazione di una contrattazione a livello locale. In secondo luogo tali AIR risultano chiaramente focalizzati sull'attuazione di un processo di responsabilizzazione che porti il MMG a riguadagnare il centro del sistema sanitario anche attraverso lo sviluppo e l'incentivazione delle forme associative così come indicate dall'ACN. L'eventuale debolezza risiede nella limitatezza del ruolo gestionale svolto da parte della regione che, per scelta o per necessità, si limita a compiere un'attuazione dei dettami convenzionali definiti a livello nazionale.

Il *modello di governo* è rappresentato da AIR che esprimono la volontà regionale di gestire, all'interno dei dettami dell'ACN, il sistema della medicina generale. Nello specifico questo tipo di modello prevede che vengano rinegoziate le percentuali delle forme associative con l'esplicita indicazione di modificarne il *case-mix*, favorendo di fatto una forma rispetto ad altre. Il desiderio regionale di governare la medicina generale comporta che nell'accordo vengano definite delle forme gestionali innovative che superano quanto definito a livello nazionale e siano calate sulle realtà maggiormente avanzate. In tal senso la logica di fondo tende a premiare maggiormente le eccellenze rispetto a una crescita complessiva della categoria e quindi con assoluta coerenza l'AIR non rilancia la logica delle équipes

<sup>9</sup> Unità territoriale di assistenza primaria.

territoriali, lasciando alle aziende sanitarie la decisione in merito all'obbligatorietà dell'adesione da parte dei MMG. Sono riconducibili a tale modello gli AIR del Veneto e del Piemonte. L'AIR dell'Emilia Romagna può essere ricompreso tra gli accordi che si avvicinano al modello di governo, tuttavia presenta alcuni tratti tipici del modello di attuazione. In tale caso occorre tenere conto del peculiare percorso di trasformazione dell'assetto complessivo delle cure primarie che tale regione sta attuando, percorso che richiede allo stesso tempo un forte momento di coordinamento e impulso a livello regionale e la capacità di gestione autonoma e iniziativa a livello aziendale.

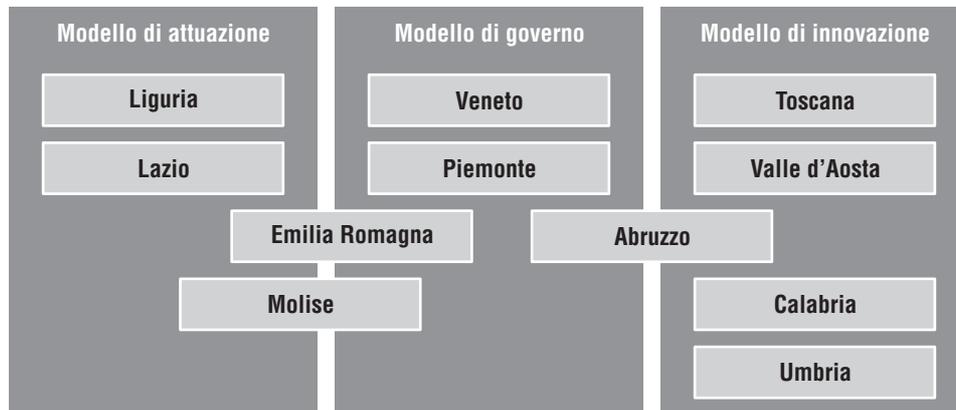
I punti di forza del modello di governo sono da identificare nel ruolo giocato dalla regione che declina i principi e gli istituti normativi convenzionali coniugandoli relativamente al contesto di riferimento e la capacità di investire sulle componenti maggiormente avanzate della medicina generale. Come tutti i modelli anche quello di governo presenta delle potenziali debolezze che in particolare sono rintracciabili nella differenziazione implicita tra quei professionisti oggetto di sperimentazioni innovative (UTAP, UCP ecc.) e coloro che continuano per una serie di motivazioni a sperimentare il modello tradizionale. Il rischio potenziale è legato alla percezione di una difformità nell'erogazione dei servizi nell'ambito delle cure primarie.

Il *modello di innovazione* rappresenta il risultato di una scelta concordata tra organizzazioni sindacali e la regione di sviluppare complessivamente la rete di cure primarie e i MMG come attori protagonisti dell'assistenza sanitaria territoriale. È proprio la logica a rete che si vuole adottare che caratterizza il presente modello, le équipe territoriali intese come legame funzionale rappresentano la base su cui vengono inseriti i progetti (prevalentemente legati alla presa in carico di pazienti cronici). Alcune realtà che ne hanno la possibilità (soprattutto logistica) sperimentano modelli strutturali (UTAP, UCD, casa salute ecc.) ma sempre in un'ottica a rete. Di conseguenza gran parte degli obiettivi e del sistema premiante sono legati al raggiungimento di risultati e non al processo. Sono riconducibili a tale modello gli AIR della Toscana, della Valle d'Aosta, dell'Abruzzo, della Calabria e dell'Umbria.

Il rischio, o potenziale debolezza del modello può essere rappresentato dall'incapacità delle aziende sanitarie di implementare operativamente il modello e di creare i presupposti affinché i MMG facciano un salto che è principalmente culturale. Per il livello aziendale questo modello risulta essere particolarmente interessante in quanto permette alle strutture distrettuali di sviluppare un ruolo principalmente manageriale che si traduce nel coinvolgimento nel proprio sistema di programmazione e controllo di una nuova tipologia di Centri di responsabilità: quelli rappresentati dai MMG e dall'insieme delle relazioni professionali che si instaurano sui progetti assistenziali.

La Fig. 7.1 rappresenta in modo sintetico la collocazione degli 11 AIR analizzati rispetto ai tre modelli interpretativi proposti.

Figura 7.1 I modelli di AIR



Fonte: nostra elaborazione

## Bibliografia

- Heller L. (2004), «Change management nelle cure primarie: l'influenza delle leve aziendali sull'evoluzione degli strumenti per la medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Heller L., Tedeschi P. (2003), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Heller L., Tedeschi P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Heller L., Galli D., Tedeschi P. (2005), «Nuova Convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Longo F., Vendramini E. (2001), *Il budget e la medicina generale*, Milano, McGraw-Hill.
- Tozzi V., Vendramini E. (2004), «L'associazionismo come strumento di governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Vendramini E. (2002), «Strumenti manageriali per il governo della medicina generale: analisi di 11 accordi decentrati», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.