

## 8 Nuovi scenari per le cure primarie: quali implicazioni manageriali alla luce della nuova convenzione?

di Emanuele Vendramini

### 8.1 Premessa

Il tema delle cure primarie è da diversi anni oggetto di ricerche (ultime in ordine di tempo CERGAS FIASO 2008 e 2009) e di pubblicazioni (Longo 1998, Longo e Vendramini 2001, Heller 2004, Heller, Galli e Tedeschi 2005, Galli e Vendramini 2007, Cifalinò 2007, Galli e Vendramini 2008) che hanno avuto come oggetto il ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), soprattutto in relazione alle strutture distrettuali e alle nuove modalità di governo e di responsabilizzazione (ad esempio budget di distretto, budget per i MMG, Percorsi Diagnostico Terapeutici). Allo stesso tempo è importante evidenziare che l'analisi e la definizione degli strumenti di governo della medicina di base non possono non prendere in considerazione la specificità contrattuale che caratterizza i MMG e precisamente quella di essere dei liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Questo ruolo di «parasubordinati» comporta la necessità di stipulare con le organizzazioni sindacali delle convenzioni periodiche che disciplinino i compiti e le funzioni, nonché gli istituti incentivanti e le modalità operative che poi verranno implementate a livello periferico.

Il 27 maggio 2009 è stata siglata la nuova convenzione per il quadriennio 2006–09 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 settembre c.a.)<sup>1</sup>. Obiettivo del presente capitolo è quello di analizzare, partendo dall'eredità lasciata dalla convenzione precedente (del 2005), le innovazioni e le specificità della «nuova convenzione»: il tutto con un approccio aziendale, avendo quindi come unità di analisi l'azienda sanitaria pubblica e non il singolo MMG. Il capitolo si compone di tre parti. Il § 8.2 analizza l'eredità lasciata dalla convenzione del 2005, facendo riferimento prevalentemente ai lavori di Galli e Vendramini (2007, 2008) e ai dati

---

<sup>1</sup> Come di consuetudine le cosiddette «nuove convenzioni» in realtà disciplinano il quadriennio trascorso e vengono approvate in scadenza, ma rimangono vigenti fino a che una nuova convenzione non viene ratificata.

forniti dalla SISAC (Struttura interregionale sanitari convenzionati), cioè la parte pubblica<sup>2</sup>. Il § 8.3 si concentra invece sui contenuti della nuova convenzione, procedendo ad un'analisi differenziale tra i bisogni espressi a livello di aziende sanitarie in tema di governo della medicina di base e i risultati della trattativa. Il § 8.4, infine, propone alcune possibili implicazioni future. La domanda di ricerca dell'analisi della convenzione contenuta in questo capitolo è quindi la seguente: quali scenari e quali strumenti vengono delineati dal nuovo istituto convenzionale e quali sono le implicazioni per le aziende sanitarie pubbliche? Non si intende quindi presentare un riassunto o un compendio ragionato della convenzione, ma un'analisi critica che partendo dalla situazione esistente (eredità della convenzione del 2005) intende definire le linee di sviluppo e un quadro interpretativo che possa essere di interesse per le aziende sanitarie e per le Regioni nel momento della definizione degli accordi decentrati.

## 8.2 L'eredità della «vecchia convenzione»

La convenzione siglata nel 2005 lascia un'eredità importante in termini sia di accordi integrativi regionali (AIR), sia di accordi integrativi aziendali (AIA), sia di contenuti di responsabilità delle cure primarie e dei MMG in particolare.

In tema di AIR, nei Rapporti OASI 2007 e 2008 si è proceduto all'analisi della documentazione prodotta, che può essere riassunta da un lato nella mappatura effettuata da SISAC nel gennaio 2009 (Figura 8.1), dall'altro nelle Figura 8.2 e Figura 8.3, che evidenziano il delta tra gli obiettivi dichiarati e quelli effettivamente perseguiti.

Nello specifico si evidenzia come la declinazione regionale della convenzione del 2005 abbia avuto implicazioni differenziate in tema sia di risparmio (finanziario ed economico), sia di investimento su logiche di appropriatezza, governo clinico ed integrazione dei percorsi, ma soprattutto come la medicina di base all'inizio del 2009 presenti una ampia varietà di soluzioni organizzative più o meno evolute: dai super gruppi e le super reti pugliesi, alle forme associative miste calabresi e laziali, a regioni che hanno abolito le medicine in associazione come Liguria e Umbria. Vi è poi la Toscana, che riconosce le cooperative come entità incentivabili e le considera controparti per la definizione di progetti ed accordi con le ASL.

La stessa terminologia adottata dalle differenti Regioni è diversa: in Emilia Romagna le equipe territoriali vengono denominate nuclei delle cure primarie; in Lombardia prendono invece il nome di gruppi di cure primarie; in Umbria pur mantenendo il nome originario hanno implicazioni differenti in quanto compo-

---

<sup>2</sup> Come in ogni trattativa sindacale vi sono da un lato del tavolo le OO.SS. dei MMG e dall'altra la cosiddetta parte pubblica, cioè la SISAC, a cui spetta di rappresentare lo Stato.

Figura 8.1 Rilevazione Sisac sulla stipula degli accordi integrativi regionali (AIR)

Regione	Medicina Generale	Specialistica	Pediatria
Abruzzo	siglato	siglato	siglato
Basilicata	siglato	siglato	siglato
Calabria	siglato	siglato	siglato
Campania	non siglato	non siglato	non siglato
Emilia-Romagna	siglato	siglato	siglato
Friuli Venezia Giulia	siglato	siglato	siglato
Lazio	siglato	siglato	siglato
Liguria	siglato (escluso E.S.T)	siglato (p. rientro)	siglato
Lombardia	siglato	siglato	siglato
Marche	siglato	non siglato	non siglato
Molise	siglato	non siglato	siglato
Piemonte	siglato	siglato	siglato
Puglia	siglato	siglato	siglato
Sardegna	siglato	non siglato	non siglato
Sicilia	siglato (escluso C.A.)	siglato	non siglato
Toscana	siglato	siglato	siglato
Prov. Aut. di Trento	siglato	siglato	siglato
Umbria	siglato	siglato	siglato
Valle D'Aosta	siglato	siglato	siglato
Veneto	siglato	siglato	siglato
Prov. Aut. di Bolzano	non applica	non applica	non applica
<b>Totale siglati</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>16</b>

Legenda: **E.S.T.** Emergenza Sanitaria Territoriale; **C.A.** Continuità Assistenziale; **(p. rientro)** accordo sottoposto a verifica ai fini del piano di rientro

Fonte: [www.sisac.info](http://www.sisac.info)

ste rispettivamente ed esclusivamente da MMG, pediatri e medici di continuità assistenziale.

Risulta poi di particolare interesse la declinazione regionale dell'art.26 («équipes territoriali ed Utap») che, pur non essendo una novità (le equipe territoriali erano rese obbligatorie già nel DPR 270/00), non sempre ha trovato spazio negli AIR, tanto che di fatto l'istituto non è presente in molte regioni (Friuli-Venezia

276 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

Figura 8.2 **Analisi degli accordi integrativi regionali (AIR)**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne 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 ed 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 ed un grado di rilevanza effettivo basso.

*Fonte:* Galli e Vendramini (2007)

Figura 8.3 **Analisi degli accordi integrativi regionali (AIR)**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Trento			□		□		□
Lombardia			■	□		■	■
Marche			□				
Sicilia	■						
Puglia							
Basilicata			□			■	
Sardegna							

□ L'obiettivo presenta un grado di rilevanza dichiarato alto ed 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 ed un grado di rilevanza effettivo basso.

*Fonte:* Galli e Vendramini (2008)

Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Sicilia, Veneto, solo per citarne alcune). Al contrario, molta enfasi è stata data a sperimentazioni di modelli evoluti delle equipe territoriali quali le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), che rappresentano la versione strutturale del modello base previsto dalla convenzione. Riprendendo quindi uno dei *trade off* proposti da Galli e Vendramini (2007), ossia quello tra la crescita complessiva della categoria e la sperimentazione di modelli eccellenti, sembra proprio che l'attenzione del dibattito e gli sforzi aziendali si siano orientati verso quest'ultima.

Se da un lato l'art. 26 della convenzione 2005 è rimasto in molte regioni disatteso, dall'altro la novità di detta convenzione era relativa all'obbligatorietà<sup>3</sup> dell'adesione ai progetti aziendali / distrettuali relativamente ai tetti di spesa, all'appropriatezza e al governo clinico (art. 45 comma 3 lettera d). Ciò da un lato permetteva di coinvolgere tutti i MMG (anche quelli che magari alla formazione aziendale non partecipano e/o sono meno «attenti» alle sperimentazioni, alle progettualità aziendali); dall'altro, stante l'obbligatorietà dell'adesione, offriva la possibilità di spostare gli incentivi dall'adesione al progetto all'effettiva verifica dei risultati (outcome).

Non essendo disponibile una mappatura degli accordi aziendali e dei relativi contenuti posteriore a Cavallo, Gerzeli e Vendramini (2001), le riflessioni che seguono si basano sull'unico dato disponibile a livello nazionale<sup>4</sup> e precisamente la diffusione degli AIA, che permette di identificare il grado di attuazione (numerica e geografica) della convenzione del 2005 e dei suoi principali istituti. Al riguardo, la Tabella 8.1 evidenzia un dato di particolare interesse: vi sono regioni in cui tutte le aziende hanno provveduto a declinare l'accordo regionale (sui contenuti degli AIA bisognerebbe sviluppare una ricerca ad hoc) e contemporaneamente altre regioni con un numero significativo di aziende prive di accordi aziendali. Per spiegare quest'ultimo dato, due sono le possibili interpretazioni: (i) complessità di implementazione della convenzione e dell'AIR; (ii) tematica ritenuta non prioritaria.

Riguardo alla prima interpretazione, è opportuno ricordare che la convenzione 2005 forniva una serie di opportunità per le aziende: equipe territoriali obbligatorie e pagate in quota capitaria; aggregazioni funzionali intese come centri di responsabilità territoriale (art. 45); obbligatorietà della adesione ai progetti aziendali; chiara esplicitazione dei contenuti di responsabilità attesi dalle differenti forme associative. La non diffusione degli accordi aziendali (e forse anche il relativo ritardo nella definizione degli accordi regionali rispetto a quanto originariamente previsto in convenzione) può quindi essere legata alla complessità del processo di costituzione delle equipe territoriali, dell'individuazione dei rela-

<sup>3</sup> Fino infatti alla convenzione precedente, l'adesione ai progetti e alle sperimentazioni, comprese quelle di budget, era facoltativa e quindi erano previsti incentivi finalizzati ad ottenere una partecipazione elevata.

<sup>4</sup> L'ultimo dato disponibile sul sito [www.sisac.info](http://www.sisac.info) è quello di luglio 2008.

278 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2009

tivi coordinatori, della loro implementazione pratica. Verosimile è anche la possibilità che l'adesione obbligatoria, quindi non incentivata, abbia frenato le spinte periferiche verso la definizione di accordi aziendali. Infine, è importante sottolineare come a livello aziendale vi possa essere stata una difficoltà organizzativa a governare l'intero processo e specificamente un rallentamento della fase di attuazione per l'indeterminatezza del sistema di governo della medicina di base

Tabella 8.1 **Rilevazione Sisac sulla diffusione degli accordi integrativi aziendali (AIA) rilevazione luglio 2008\***

Regione	Medicina Generale	Specialistica	Pediatria
Abruzzo	0 / 6	0 / 6	0 / 6
Basilicata	0 / 5	0 / 5	0 / 5
Calabria	0 / 6	0 / 6	0 / 6
Campania	0 / 13	0 / 15	0 / 13
Emilia-Romagna	11 / 11	8 / 12	0 / 11
Friuli Venezia Giulia	6 / 6	3 / 6	2 / 6
Lazio	4 / 12	1 / 12	0 / 12
Liguria	4 / 6	1 / 5	3 / 5
Lombardia	14 / 18	23 / 43	14 / 15
Marche	0 / 13	0 / 13	0 / 13
Molise	0 / 4	0 / 4	0 / 4
Piemonte	0 / 14	1 / 14	1 / 13
Prov. Aut. di Trento	0 / 1	1 / 1	0 / 1
Puglia	0 / 6	0 / 6	0 / 6
Sardegna	0 / 8	0 / 8	0 / 8
Sicilia	0 / 9	0 / 9	0 / 9
Toscana	11 / 12	1 / 12	1 / 12
Umbria	4 / 4	0 / 4	3 / 4
Valle D'Aosta	0 / 1	0 / 1	0 / 1
Veneto	21 / 21	21 / 23	21 / 21
Prov. Aut. di Bolzano	non applica	non applica	non applica
<b>Totale complessivo</b>	<b>75 / 176</b>	<b>60 / 205</b>	<b>45 / 171</b>

\* Accordi Attuativi Aziendali (AAA) sottoscritti e comunicati alla data del 30 Luglio 2008

Fonte: [www.sisac.info](http://www.sisac.info)

(Vendramini 1998), polverizzato in un insieme di responsabilità diffuse (farmaceutica, distretto, ADI, direzione sanitaria, ecc) che impediscono un efficiente sviluppo di progettualità da parte delle ASL.

Alternativamente, è possibile che a livello aziendale il governo delle cure primarie sia ritenuto di non primaria rilevanza rispetto ad altri obiettivi. Questa tesi è supportata dal dato fornito da SISAC, che evidenzia non una scarsa definizione degli AIA complessivamente a livello nazionale, con poche realtà sperimentatrici diffuse nella penisola, ma dei «punti di accumulazione», cioè delle Regioni con una diffusione prossima al 100% e altre Regioni in cui sembra che nessuna realtà abbia accordi in fase di definizione. Nelle realtà in cui vi è una scarsa diffusione delle sperimentazioni, altre possono essere le priorità su cui si sono concentrati gli sforzi delle aziende: il piano di rientro (Sicilia, Campania), la ridefinizione della rete di offerta ospedaliera, la riorganizzazione complessiva del sistema regionale in un'ottica di accorpamento delle aziende (Piemonte, Puglia).

A prescindere dalle motivazioni, comunque, emerge con forza come l'applicazione degli istituti convenzionali non possa dirsi completa in assenza della declinazione degli stessi a livello aziendale. Sicuramente avere 101 aziende su 176 che non hanno stipulato alcun accordo con i MMG è un dato su cui riflettere, soprattutto alla luce ed in prospettiva della nuova convenzione nazionale.

### **8.3 Aspettative e contenuti della nuova convenzione**

Il presente paragrafo presenta le aspettative e i contenuti della nuova convenzione relativamente a quattro dimensioni di analisi: AIR, AIA, Associazionismo, PDTA.

#### **8.3.1 AIR**

Gli Accordi integrativi regionali rappresentano la declinazione regionale del quadro normativo definito a livello nazionale. L'aspettativa era che la nuova convenzione riuscisse ad impostare un processo che facesse chiarezza sul sistema di incentivazione (quota di risultato) al momento polverizzato in una miriade di istituti. Di particolare interesse sarebbe stata la costituzione di un fondo certo che potesse essere utilizzato dalle Regioni al fine di incentivare progettualità specifiche o modelli organizzativi innovativi. Questo avrebbe anche avuto come ricaduta il venir meno della logica incrementale che impone un sistema di risorse crescenti nel processo di declinazione della convenzione dal centro alla periferia. Opportuna sarebbe stata inoltre l'identificazione non solo di un termine perentorio per la stipulazione degli AIR (già nel 2005 si era evidenziata la non efficacia di questo approccio), ma anche di un sistema di controllo/sanzione per le regioni che non implementano l'accordo (perdendo ad esempio la quota parte del fondo per la retribuzione di risultato). Da ultimo, ma non meno importate, sarebbe sta-

to utile un chiaro riferimento agli accordi aziendali, definiti come obbligatori. Questo avrebbe permesso alla convenzione di essere declinata operativamente a livello locale.

Analizzandone i contenuti, la nuova convenzione non presenta però particolari novità, facendo riferimento ai futuri AIR al fine di disciplinare alcuni istituti, senza però indicare un termine perentorio per la loro stipulazione<sup>5</sup>.

### 8.3.2 AIA

Come precedentemente evidenziato, solo 75 aziende su 176 hanno stipulato un accordo locale. L'attesa era quindi per una convenzione che rafforzasse l'obbligatorietà dell'adesione agli AIA e allocasse gli incentivi solo nel momento di effettiva verifica del raggiungimento dei risultati. Ovviamente l'autonomia aziendale e il contesto regionale di riferimento devono essere salvaguardati e non si poteva pretendere che la nuova convenzione disciplinasse dal centro tutta la materia. Certamente vi era però un'attesa che la convenzione presentasse linee di indirizzo e correlati sistemi di retribuzione dei MMG che favorissero la diffusione dell'istituto.

Invece, il tema degli AIA viene sostanzialmente omesso dalla nuova convenzione, che si limita ad esplicitare come solo le sigle firmatarie dell'AIR siano autorizzate a partecipare alla loro definizione. L'assenza di disciplina degli accordi di fatto rimanda alla negoziazione regionale e alla possibilità che in un prossimo futuro siano ancora un numero esiguo le aziende che avranno sviluppato un sistema di responsabilizzazione dei MMG. Questo può essere interpretato come un potenziale punto di debolezza della nuova convenzione, che se da un lato lascia all'autonomia regionale ed aziendale la definizione dei criteri, delle modalità operative e dei contenuti degli accordi decentrati, dall'altro sembra mancare di una strategia di fondo, di un piano di sviluppo condiviso che possa rappresentare una base comune per l'intero sistema delle cure primarie del nostro Paese.

### 8.3.3 Associazionismo

Il tema dell'associazionismo è strettamente legato al punto precedente. Infatti, le forme associative possono rappresentare un utile strumento di sviluppo e di governo delle cure primarie a livello aziendale, soprattutto se strutturate in modo da far crescere complessivamente la categoria, continuando a promuovere iniziative eccellenti e di frontiera.

Le aspettative su questo tema erano sicuramente elevate e si riferivano a tutte

---

<sup>5</sup> Pur in assenza di un vincolo temporale esplicito, la Regione Lombardia ha già provveduto a siglare il primo accordo decentrato. Si noti però che, dal punto di vista dei riferimenti normativi, l'AIR lombardo fa ancora riferimento alla convenzione del 2005 e non a quella del 2009.

e tre le categorie di forme associative: quelle obbligatorie quali le equipe territoriali (art. 26); quelle facoltative e incentivate (art. 54 comma 3 lett. a); quelle facoltative a cui è vietato erogare prestazioni sanitarie e che non sono oggetto di incentivazione (art. 54 comma 3 lett. b).

L'aspettativa relativamente alle forme associative obbligatorie, chiaramente definite per sviluppare complessivamente la categoria, era che il dettato convenzionale potesse trovare attuazione in un numero crescente di realtà (al momento solo un numero esiguo di regioni ha recepito tale istituto: § 8.2). Le equipe territoriali, anche se composte solo da MMG, rappresenterebbero infatti un efficace strumento di condivisione delle pratiche e di armonizzazione dei comportamenti clinici, senza impedire alle esperienze avanzate di continuare a sperimentare soluzioni innovative. Dal punto di vista operativo, l'auspicio era che la nuova convenzione potesse ridurre il livello di complessità, prevedendo anche legami funzionali che non coinvolgessero da subito tutte le professionalità delle cure primarie ma che, in una prima fase, potessero concentrarsi sui MMG, anche al fine di identificare le caratteristiche e i compiti del coordinatore dell'equipe stessa e le modalità operative (e di incentivazione) di un ruolo che non sempre viene compreso e che risulta di particolare importanza al fine di sviluppare un sistema di cure primarie coordinate e aggiornate.

In merito alle forme associative facoltative di cui alla lettera a) (associazione, rete e gruppo), l'auspicio era che gli ottimi parametri di riferimento<sup>6</sup> già previsti nella precedente convenzione potessero essere integrati da strumenti efficaci di verifica dei reali contenuti assistenziali offerti da queste forme associative. La vera sfida, infatti, è rappresentata dalla capacità di trovare il valore che queste forme associative sono in grado di generare nei confronti non solo dei pazienti, ma anche dei medici stessi, in termini di crescita professionale, confronto e integrazione con le altre professionalità.

Un capitolo a parte è richiesto dalle forme associative di cui alla lettera b), in merito sia al divieto di erogare prestazioni sanitarie (art. 54, comma 14, lettera f), sia alla non incentivabilità (art. 54 comma 15). Risultava infatti importante che la nuova convenzione riconoscesse il ruolo delle cooperative in termini di supporto ai medici e di capacità di sviluppare progetti di ricerca legati all'appropriatezza prescrittiva e delle cure. Al momento, la situazione è variegata, tanto che vi sono Regioni (es. Toscana) che da un lato riconoscono alle cooperative lo stesso livello di incentivazione delle medicine di gruppo, dall'altro stipulano con loro accordi per l'erogazione di prestazioni sanitarie. Le cooperative di per sé costituiscono una grande ricchezza, in termini sia di elaborazione di modelli as-

---

<sup>6</sup> Si fa qui riferimento all'art 54, comma 4, lettere da a) a s), in cui si introducono rilevanti novità in termini di contenuti assistenziali (coordinamento della presa in carico dei pazienti in ADI già nella medicina in associazione, rotazione interna per ogni tipo di sostituzione, apertura degli ambulatori per almeno 6 ore giornaliere, ecc.).

sistenziali, sia di supporto ai loro membri<sup>7</sup>; la questione diventa più complessa nel momento in cui non solo le cooperative, ma tutte le forme associative dotate di personalità giuridica dovessero essere accreditate come potenziali erogatori. La riflessione in tal senso è legata al ruolo che i MMG verrebbero a svolgere: precisamente, l'essere contemporaneamente prescrittori ed erogatori di prestazioni all'interno di un sistema caratterizzato da un'offerta che è in grado di stimolare/indurre la domanda.

Nella nuova convenzione, l'associazionismo viene trattato negli artt. 26 e 54 e, in questo caso, le novità sembrano effettivamente essere di un certo rilievo.

In merito alle forme associative obbligatorie (artt. 26, 26 bis e 26 ter), la nuova convenzione ripresenta sia (i) le equipe territoriali, intese come legami funzionali, confermate come obbligatorie alla luce dell'art. 45 e costituite dalla molteplicità degli operatori delle cure primarie, sia (ii) le UTAP, intese come legame strutturale con sede fisica unica e condivisa tra le varie componenti e confermate come sperimentazioni gestionali. A queste vengono aggiunte due nuove modalità associative, sempre obbligatorie (artt. 26 bis e ter): (iii) le aggregazioni funzionali e (iv) le unità complesse delle cure primarie, definite come obbligatorie alla luce dell'art. 45 lett. a1 comma 4).

Le aggregazioni funzionali, composte da una decina di MMG e con un bacino di riferimento di 30.000 abitanti, hanno il compito di:

- ▶ «Promuovere l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, sociosanitari e sociali nel rispetto dei LEA.
- ▶ Promuovere la diffusione e l'applicazione di buone pratiche cliniche sulla base dei principi della *Evidence Based Medicine*, nell'ottica più ampia della *clinical governance*.
- ▶ Promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica ed organizzativa nell'uso dei servizi sanitari anche attraverso procedure sistematiche ed autogestite di *peer review*.
- ▶ Promuovere modelli di comportamento nelle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione ed assistenza orientati a valorizzare la qualità degli interventi e al miglior uso possibile delle risorse, pubbliche e private, quale emerge dall'applicazione congiunta dei principi di efficienza ed efficacia».

Le Unità complesse delle cure primarie (UCCP) hanno invece il compito di:

- ▶ «Assicurare sul territorio di propria competenza l'erogazione a tutti i cittadini dei [LEA].
- ▶ Assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assi-

---

<sup>7</sup> Cfr [www.cos.it](http://www.cos.it)

stenza sanitaria di base e diagnostica di primo livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso.

- ▶ Realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per garantire un'effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici (...).
- ▶ Impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute.
- ▶ Sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione ed informazione sanitaria.
- ▶ Contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza».

Agli accordi regionali viene dato mandato di disciplinare nel dettaglio le modalità di implementazione di tale forma associativa, composta da medici convenzionati ed eventualmente altre professionalità afferenti alle cure primarie.

Dal testo della nuova convenzione si evince quindi che vi sono tre forme associative obbligatorie (l'equipe territoriale, l'unità funzionale e le UCCP)<sup>8</sup> e che viene affidata agli AIR la declinazione pratica delle modalità operative e delle implicazioni organizzative, nonché delle specificità assistenziali (stante comunque l'apertura 24 ore su 24 delle UCCP)<sup>9</sup>.

Evidentemente, il dettato convenzionale può non risultare immediatamente esplicito. È però possibile definire un percorso logico che organizzi le tre forme associative all'interno di un'unica famiglia, ma con gradi di complessità crescenti. Si può infatti affermare che le tre forme associative costituiscano in realtà tre livelli di integrazione differenti, a cui i MMG devono aderire in funzione del grado di maturità manageriale e di innovazione gestionale che possiedono e che contemporaneamente possiede l'azienda. Più specificatamente:

<sup>8</sup> Si noti che sono stati abrogati l'art. 45 comma 2 lett. e) e l'art 45 comma 3, cioè la qualificazione dell'equipe territoriale come centro di responsabilità e la differenza tra equipe territoriale e UTAP. Nella sostanza non cambia molto in quanto permane il comma 4 lett. a) e d), che disciplina l'obbligatorietà delle equipe territoriali e dell'adesione ai progetti finalizzati al rispetto dei tetti di spesa, concordati a livello regionale ed aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Si noti inoltre che nell'articolo 67 è stato abrogato il comma 16 lett b), che sanciva l'obbligatorietà delle equipe territoriali (che però rimangono obbligatorie alla luce dell'art. 45 comma 4 lett. a). La successiva lettera b1) del medesimo comma 16 dell'articolo 67 sancisce inoltre l'obbligatorietà delle aggregazioni funzionali e delle unità complesse di cure primarie.

<sup>9</sup> A una prima analisi del testo sembra che il MMG debba partecipare solo a una delle tre forme obbligatorie.

- ▶ Le aggregazioni funzionali rappresentano il livello base del modello organizzativo, essendo composte da MMG tra cui viene scelto (nominato) un coordinatore. Obiettivo delle aggregazioni funzionali è quello di coinvolgere tutti i MMG, raggruppandoli in legami funzionali su progetti quali la domiciliarità, i percorsi ecc.
- ▶ Il secondo livello di integrazione è quello delle UCCP, che ancora non prevede obbligatoriamente una sede unica (infatti può avere una sede condivisa di riferimento), ma ha il compito di mettere a fattor comune le professionalità esclusivamente o prevalentemente afferenti alla medicina convenzionata, coordinandone attività e garantendo la vera continuità assistenziale sulle 24 ore.
- ▶ Il terzo livello di integrazione è costituito dalle equipe territoriali che, oltre a tutto quanto previsto dal modello delle UCCP, aggiungono alla rete altre professionalità, che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e l'assistenza specialistica ambulatoriale (non necessariamente convenzionata interna).

Dal punto di vista logico, i tre articoli 26 dovrebbero quindi cambiare ordine e necessiterebbero di un comma introduttivo.

Gli accordi regionali, ma soprattutto quelli aziendali, dovranno quindi definire i criteri di inclusione e «attribuire» a ciascun medico la forma associativa ritenuta più appropriata. Nello specifico, quindi, agli AIR e agli AIA viene chiesto di definire le caratteristiche e le modalità di funzionamento di ciascuno dei tre modelli.

La nuova convenzione riprende inoltre l'istituto delle UTAP, introdotte dalla convenzione del 2005 e caratterizzate come la modalità più avanzata di integrazione delle cure primarie, essendo dei veri e propri legami strutturali dotati di sede unica, attorno alla quale ruotano tutte le professionalità afferenti non solo direttamente alle cure primarie, ma anche alle cure intermedie, e la cui finalità diventa quindi specificamente quella di gestire la cronicità anche e soprattutto mediante la medicina d'iniziativa.

La Tabella 8.2 presenta le principali caratteristiche dei quattro livelli associativi che caratterizzano le cure primarie (tre obbligatori, più un quarto lasciato esclusivamente a sperimentazioni di eccellenza).

La parte relativa alle forme associative obbligatorie è forse la principale innovazione presentata dalla nuova convenzione, che di fatto «abolisce» il medico che opera da solo nel proprio ambulatorio, vede il Distretto come controparte e viene considerato esclusivamente come prescrittore<sup>10</sup>.

In merito invece alle forme associative libere e volontarie dei MMG, disciplinate dall'art. 54 comma 3 lett. a) e b), nulla viene modificato, mantenendo inva-

<sup>10</sup> Questo in teoria veniva introdotto già dalla convenzione del 2000, ma l'assenza dei due scalini intermedi delle aggregazioni funzionali e delle unità complesse di cure primarie rendeva il modello delle Equipe Territoriali forse troppo complesso per la media dei MMG e delle aziende a cui veniva richiesto di gestire il cambiamento.

Tabella 8.2 **Strutturazione dei nuovi modelli organizzativi**

Livello organizzativo	Tipologia di adesione	Livello di complessità	Professionalità Coinvolte	Sede	Finalità
Aggregazione funzionale	Obbligatoria	Base	MMG	Legame funzionale. Nessuna sede unica né condivisa	Integrazione, peer review
Unità complessa cure primarie	Obbligatoria	Intermedia	Medici convenzionati	Legame funzionale con sede anche condivisa	Continuità assistenziale h24, rete di cure primarie
Equipe Territoriale	Obbligatoria	Elevata	Professionisti delle cure primarie e funzionalmente anche delle cure intermedie	Legame funzionale che si sviluppa su progetti e sulla presa in carico di pazienti cronici	Integrazione ospedale territorio, integrazione cure primarie Strumento attuativo della programmazione sanitaria Integrazione intersettoriale
UTAP	Facoltativa	Molto elevata	Integrazione totale con le strutture del distretto	Sede unica distrettuale	Piena integrazione della medicina generale nel governo del distretto e nel sistema gestionale della azienda sanitaria

riato il divieto alle forme di cui alla lett. b) di erogare prestazioni sanitarie e di essere incentivate, nonché di stipulare accordi con le aziende sanitarie.

Risulta del tutto evidente che l'attenzione da parte delle aziende sanitarie in generale e dei distretti in particolare non possa essere rivolta a queste forme di aggregazione, di fatto forse propedeutiche e in parte di supporto a quelle pivotali presentare nell'art. 26. Contemporaneamente, anche il MMG dovrebbe iniziare a vedere queste forme associative (soprattutto quelle di cui alla lettera a) come strumentali alla crescita professionale e quindi al passaggio dal primo livello, espresso dalle aggregazioni funzionali, verso le modalità più sofisticate e qualitative rappresentate dalle unità complesse di cure primarie e dalle equipe territoriali.

#### 8.3.4 PDTA

Come già evidenziato da Cavallo, Gerzeli e Vendramini (2001), gli accordi aziendali si concentrano prevalentemente su variabili quali la farmaceutica (spesa), i ricoveri, la specialistica e la diagnostica. In merito al tema dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali le attese erano che la nuova convenzione si concentrasse su tematiche quali le modalità con cui le aziende stanno rispondendo alla domanda espressa dai pazienti affetti da una certa patologia e che, quindi, avesse una focalizzazione specifica sulla gestione / presa in carico di determinate patolo-

gie. Avere un mandato forte a livello convenzionale relativamente alla gestione per processi e alla necessità di responsabilizzare le cure primarie sulla presa in carico di determinate patologie, specialmente quelle croniche, sarebbe di particolare rilevanza al fine di incrementare ulteriormente logiche di Evidence Based Medicine (EBM) e di appropriatezza clinica e dell'ambito di cura. Secondo questa logica, lo strumento dei PDTA sarebbe non solo coerente con il modello associativo delle equipe territoriali, ma ne costituirebbe il contenuto di responsabilità. Le equipe territoriali potrebbero infatti svilupparsi proprio in funzione dei contenuti di responsabilità e delle modalità operative di coordinamento definite a livello di percorsi assistenziali. I PDTA permetterebbero inoltre di responsabilizzare i MMG sul case mix prescrittivo, andando quindi a coniugare i livelli di consumo di tutte le variabili finora considerate separatamente negli accordi aziendali (farmaci, ricoveri, specialistica e diagnostica).

La nuova convenzione accoglie proprio questa impostazione, identificando nei PDTA lo strumento privilegiato di integrazione dei diversi attori delle cure primarie. Specificatamente, si può dire che il successo pieno delle forme associative di cui agli artt. 26, 26-bis e 26-ter risiede proprio nella capacità a livello distrettuale di sviluppare e implementare i percorsi territoriali, integrandoli pienamente nel proprio sistema di programmazione e controllo secondo una logica di Activity Based Budgeting. In tal senso viene qui auspicata una piena diffusione delle logiche del *Chronic care model* (Maciocco 2009), che non coinvolge solo i MMG, ma è un nuovo approccio legato alla medicina di iniziativa che vede un crescente ruolo del personale infermieristico territoriale da un lato, dell'empowerment del paziente dall'altro (Hroschikoski et al 2006, Coleman et al 2009).

#### 8.4 Le implicazioni future

La nuova convenzione prende in considerazione diverse variabili sia organizzative (forme associative) che gestionali (PDTA), ma diversi sono gli interrogativi che rimangono aperti:

- ▶ La tempistica degli AIR e i loro contenuti in termini di declinazione degli artt. 26, 26 bis e 26 ter.
- ▶ La diffusione degli AIA e quindi la realizzazione del disegno convenzionale.
- ▶ La capacità delle aziende sanitarie e in particolare dei distretti di governare le cure primarie e quindi di procedere alla definizione dei contenuti di responsabilità delle nuove aggregazioni funzionali e delle unità complesse di cure primarie.

Probabilmente, però, la vera minaccia è rappresentata dalla durata stessa della convenzione appena firmata, che di fatto scade il 31 Dicembre 2009. La sua scadenza imminente potrebbe rendere meno efficaci alcuni suoi istituti, come per

esempio quello legato alle nuove forme associative, in quanto a partire dai primi mesi del 2010 le parti inizieranno a porre le basi per la nuova convenzione<sup>11</sup>. Nei fatti questo processo ha già caratterizzato gli ultimi nove anni e le ultime due convenzioni (il DPR 270/00 e quella del 2005), ostacolando per esempio la diffusione delle equipe territoriali.

Dal punto di vista economico-aziendale, poi, la negoziazione di una nuova convenzione dovrebbe essere preceduta da una serie di survey in grado di mappare i risultati delle sperimentazioni gestionali in corso e di valutare l'efficacia o il rapporto costi-efficacia delle risorse utilizzate, ad esempio per alcune forme associative o per le prestazioni di particolare impegno professionale. Solo in questo modo la nuova convenzione sarà non uno strumento esclusivamente normativo, ma una leva di governo e di indirizzo di una componente centrale dell'assistenza sanitaria.

Da ultimo, ma non meno importante, è l'auspicio che le riforme, in particolare all'interno di organizzazioni professionali ultracomplesse, non avvengano «per legge»: il testo normativo può svolgere un ruolo di riferimento, di cornice, all'interno della quale poi però le aziende e i professionisti si devono attivare al fine di declinare in pratica gli istituti convenzionali, applicando modelli, logiche e strumenti manageriali che permettano l'implementazione e la realizzazione di quanto «previsto» dalla norma.

## Bibliografia

- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale*, Milano, McGraw-Hill.
- Cifalinò A. (a cura di) (2007), *Il governo dei servizi sanitari territoriali. Logiche, strumenti e processi*, Milano, Franco Angeli.
- Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H (2009), «Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium», *Health Affairs* 28(1): 75-85.
- Galli D., Vendramini E. (2007), «Gli accordi integrativi regionali con la Medicina Generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2007. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Galli D., Vendramini E. (2008), «Gli accordi integrativi regionali con la Medicina Generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Heller L. (2004), «Change management nelle cure primarie: l'influenza delle leve aziendali sull'evoluzione degli strumenti per la medicina generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.

---

<sup>11</sup> O comunque si continuerà ad operare in mora della nuova convenzione per il quadriennio 2010-2013.

- Heller L., Tedeschi P. (2003), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2003. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Heller L., Tedeschi P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2004. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Heller L., Galli D., Tedeschi P. (2005), «Nuova Convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Hroschikowski M.C. et al. (2006), «Challenges of change: A qualitative study of Chronic Care Model implementation», *Ann Fam Med*, 4(4): 317-326.
- Longo F. (a cura di) (1998), *ASL, distretto e Medico di base*, Milano, EGEA.
- Longo F., Vendramini E. (a cura di) (2001), *Il budget e la medicina generale*, Milano, McGraw-Hill.
- Maciocco, G. (2009), «Cure primarie verso l'innovazione», *Il Sole 24 ore Sanità*, X(21): 13.
- Vendramini E. (1998), «Il governo della Medicina di base: modelli organizzativi e possibili accezioni del budget per i MMG», in Longo F. (a cura di), *ASL, distretto e Medico di base*, Milano, EGEA.