

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

11 Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione

di Elisabetta Barzan, Francesco Petracca, Valeria D. Tozzi,
Angelica Zazzera¹

11.1 Introduzione

L'aumentata prevalenza delle cronicità, le mutate attese del paziente e del suo nucleo familiare e la costante tensione economica sulle risorse a disposizione del SSN stanno motivando la profonda trasformazione della componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari che si innesta sui processi di ridisegno degli assetti istituzionali delle aziende di erogazione nelle regioni italiane. Recenti contributi pubblicati nelle ultime edizioni del Rapporto OASI hanno approfondito temi quali le centrali di transizione per la gestione della continuità ospedale-territorio, le cure intermedie e le Case della Salute (a questo proposito si consultino i capp. 12 e 13 dell'edizione 2017 del Rapporto e i capp. 14 e 15 dell'edizione 2016). Da tempo manca invece un contributo specifico sulla medicina generale (MG), che rappresenta un elemento pivotale nelle trasformazioni già descritte poiché, all'interno della rete delle cure primarie, costituisce il primo punto di contatto del cittadino con il sistema e il nodo centrale nella presa in carico continuativa del paziente indipendentemente da sesso ed età, anche al di là di questioni legate a specifiche patologie o organi (Starfield, 1994). I processi di trasformazione istituzionali e organizzativi già menzionati, oltre a ridefinire i confini dei servizi territoriali, fisiologicamente modificano il rapporto con i professionisti convenzionati (in primo luogo, i medici di medicina generale MMG), chiamati sempre più a sviluppare un approccio *patient-*

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, i §§ 11.2 e 11.5 sono da attribuirsi a Elisabetta Barzan, i §§ 11.1 e 11.4 a Francesco Petracca, il § 11.7 a Valeria D. Tozzi, i restanti paragrafi ad Angelica Zazzera. Gli autori desiderano ringraziare i dirigenti regionali che hanno collaborato alla raccolta dei dati e alla realizzazione delle interviste. Si ringraziano inoltre Silvestro Scotti, Segretario Generale Nazionale della Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG), Alessandro Dabbene, dell'esecutivo nazionale generale di FIMMG, e Paolo Misericordia, responsabile del centro studi FIMMG, per il prezioso supporto nella finalizzazione, distribuzione e analisi del questionario.

centered volto alla governance degli interventi erogati in modo frammentato da soggetti diversi. La MG è da decenni riconosciuta quale espressione fondamentale delle cure primarie e principale leva per garantire l'accesso diffuso alla salute per tutti. Quaranta anni fa, nella conferenza tenutasi ad Almaty, Kazakistan, 134 Stati Membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 67 agenzie internazionali e svariate organizzazioni non governative raggiunsero uno storico accordo che portò alla Dichiarazione di Alma-Ata, in cui la *primary health care* viene adottata come prospettiva di riferimento per garantire la salute a tutti, offrendo un approccio proattivo di promozione della salute da contrapporsi alla cura della malattia². Nel tempo, però, le sfide con cui le cure primarie sono state chiamate a confrontarsi sono cresciute, così come il carico di lavoro³, nonostante la riallocazione delle responsabilità non sia sempre stata accompagnata da un pari aumento delle risorse a disposizione (Baird *et al.*, 2016). Tra le principali sfide messe in evidenza nella letteratura scientifica rientrano: l'incapacità di affrontare quei fattori sociali e non medici (quali povertà, educazione, sistemazioni abitative, inquinamento, fattori alimentari) che possono essere responsabili degli *outcome* di salute fino al 90%; un orientamento alle dinamiche complessive di popolazione oltre alla salute individuale; la poca predisposizione a sviluppare processi di *community building* in stretto contatto con i vari stakeholder (Allen *et al.*, 2018).

A modificare ulteriormente il rapporto tra professionisti convenzionati delle cure primarie e aziende interviene anche la dinamica collegata all'anzianità professionale e al conseguente rischio di carenza di MMG. Se si analizzano i dati degli ultimi 10 anni disponibili (2007-2017) relativi all'assistenza primaria⁴, si osserva che, mentre il numero di MMG mostra complessivamente un trend di leggero decremento (da 46.964 a 43.731, -6,9% – Fonte: Annuario Statistico del SSN), quella che è cambiata radicalmente è la composizione di questo insieme. La percentuale di MMG con oltre 27 anni di anzianità di laurea è passata dal 32,2% al 73,5%. La situazione nazionale presenta inoltre casi estremamente difforni tra le regioni, con alcune regioni del Nord che hanno superato quota 1.300 nel rapporto tra popolazione con età superiore ai 14 anni e MMG attivi⁵ e

² Per ribadire la visione e dare nuovo impulso all'implementazione della Dichiarazione di Alma Ata, nell'ottobre 2018 si è tenuta ad Astana la *Global Conference on Primary Health Care*, a termine della quale è stata sottoscritta una nuova dichiarazione: la Dichiarazione di Astana. Questo documento, oltre a sottoscrivere di fatto quanto già definito 40 anni fa, riparametra gli sforzi necessari per garantire che ciascuno possa avere accesso ai più alti standard possibili di salute sulla base delle mutate condizioni di contesto.

³ Principalmente a seguito dello spostamento della responsabilità nell'erogazione di alcune prestazioni dall'ospedale al territorio.

⁴ Si comprendono qui tutti i MMG che operano sulla base di una scelta fiduciaria da parte del cittadino ("Medici di famiglia").

⁵ Il cosiddetto rapporto ottimale, previsto dagli Accordi Collettivi Nazionali (ACN), è uno strumento di programmazione che prevede che in ciascun ambito territoriale possa essere iscritto un

risultano quindi già in piena crisi demografica a livello professionale (Cappelli, 2018). Questi dati hanno generato crescente preoccupazione legata all'imminente carenza di MMG e ai rischi collegati. Il trend di *shortage* nazionale è in linea con quanto emerso anche in altri contesti internazionali, dove questa dinamica è imputabile sia a inclinazioni individuali, come nel contesto americano, generando di fatto aree scoperte con conseguenti complessità assistenziali (Bodenheimer *et al.*, 2010), sia, come nel contesto del NHS inglese, a una incapacità programmatica che porta al reclutamento di un numero di MMG inferiore rispetto al bisogno (a tal proposito si vedano i contributi di Majeed, 2017 e Hayhoe *et al.*, 2016). Anche in Italia questo trend non è stato compensato nel tempo da un sufficiente numero di borse messe a bando, fenomeno ulteriormente inasprito dal fatto che la MG registra i più alti tassi di abbandono nel corso del processo di specializzazione. Con la Delibera 77 del 28/11/2018 il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) ha previsto l'accantonamento di 40 milioni di euro addizionali per il finanziamento nel triennio 2018-2021 di ulteriori 860 borse di studio annue per i MMG. Questo provvedimento non ha impedito che la situazione raggiungesse proprio nell'estate 2019, momento in cui si scrive questo contributo, una sostanziale paralisi. A metà ottobre, infatti, non risulta ancora pubblicato il bando di concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in MG 2019-2022, con sostanziale scollamento tra le richieste della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), la Conferenza delle Regioni e il Ministero della Salute. Questo ritardo, per il quale la stessa Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha addotto motivazioni tecniche, è da collegare ad altri due Decreti pubblicati nel corso degli ultimi 12 mesi che hanno avuto notevole impatto sulla MG e sul dibattito mediatico connesso: il Decreto Semplificazioni⁶ e il Decreto Calabria⁷. La situazione ha portato alcune sigle sindacali

medico ogni 1.000 abitanti residenti, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni. Le regioni possono indicare un rapporto differente fino ad un aumento massimo del 30%. Utilizzando i dati 2017 riportati nello studio condotto da Cappelli (2018), Veneto, Lombardia e Provincia Autonoma di Bolzano presentano un rapporto ottimale superiore a quota 1.300.

⁶ Con L.12/2019 è stato convertito il decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135 (Decreto Semplificazioni) che, all'art.9, ha previsto che fino al 31 dicembre 2021 gli iscritti al Corso di Formazione in medicina generale potranno partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. Con successiva proposta di attuazione, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha condiviso che i laureati in medicina iscritti al corso di formazione in medicina generale possono partecipare all'assegnazione di incarichi limitatamente agli incarichi pubblicati dalla Regione presso la quale stanno frequentando il corso e che le priorità di interpello prevedono che vengano contattati prima i medici frequentanti il corso da un numero maggiore di annualità.

⁷ Il 2 maggio 2019 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, che prevede misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e all'art. 12 dispone che fino al 31 dicembre 2021 i laureati in medicina e chirurgia abilitati idonei all'ammissione al corso di formazione in medicina generale che siano stati incaricati, per almeno 24 mesi anche non continuativi nei 10 anni antecedenti alla data di entrata in vigore del decreto, nell'ambito delle

a proclamare lo stato di agitazione nel mese di luglio e ad attivare un serrato confronto con il Ministero della Salute.

Per tutto quanto è stato evidenziato in premessa, il presente contributo si propone di fotografare l'evoluzione della assistenza primaria attraverso il ruolo giocato dalla MG all'interno della filiera dei servizi, spesso messa in discussione dalle trasformazioni istituzionali e organizzative che le regioni hanno prodotto nel corso degli ultimi tempi.

Il capitolo è organizzato come segue: il paragrafo 11.2 descrive la metodologia di analisi; il paragrafo 11.3 approfondisce i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) che disciplinano i rapporti con la Medicina generale sul tema delle forme organizzative della MG; il paragrafo 11.4 mira a ricostruire per alcuni contesti gli Accordi Integrativi Regionali (AIR) e il relativo impatto sull'organizzazione della MG; il paragrafo 11.5 approfondisce due casi studio in Veneto e Lombardia; il 11.6 riporta i risultati di una survey diffusa tra i MMG; infine, il paragrafo 11.7 propone alcune considerazioni conclusive.

11.2 Metodologia

Il capitolo mira dapprima a ricostruire il quadro normativo di riferimento che disciplina i rapporti con la MG e lo stato dell'arte rispetto allo sviluppo e all'articolazione delle forme organizzative dei MMG nei territori. La ricerca si prefigge infine di rispondere al seguente macro-obiettivo: quali formule di servizio si stanno sviluppando all'interno dell'assistenza primaria in due contesti regionali accomunati da importanti trasformazioni istituzionali ma che sembrano aver introdotto codici strategici differenti?

Per rispondere a questi quesiti, il capitolo impiega metodi di ricerca misti (Creswell, 2009), adottando quattro differenti prospettive di analisi:

1) Analisi degli Accordi Collettivi Nazionali

Per inquadrare il tema oggetto di studio, è stata condotta una review della normativa nazionale e in particolare degli ACN che disciplinano i rapporti con la MG, al fine di rappresentare il framework normativo all'interno del quale le singole regioni hanno deliberato le proprie scelte rispetto alle forme di organizzazione della MG e di integrazione dei MMG all'interno della filiera dei servizi territoriali.

funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, possano accedere al corso di formazione specifica in medicina generale tramite graduatoria riservata e senza borsa di studio. La commissione Stato-Regioni riunitasi il 26 settembre 2019 ha stabilito l'assegnazione di 666 posti senza borsa di studio all'anno per 3 anni.

2) Ricostruzione delle scelte regionali sull'organizzazione della Medicina Generale

La ricostruzione delle scelte regionali ha previsto il censimento degli Accordi Integrativi Regionali (AIR) e degli strumenti manageriali a supporto dell'azienda per il governo della MG. L'analisi ha riguardato le seguenti regioni: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto. Attraverso un'attività di *desk research* è stato possibile mappare tutti i più recenti documenti normativi e programmatori sul tema reperibili sui siti istituzionali delle regioni. Il materiale raccolto è stato validato con i referenti della programmazione regionale⁸ durante interviste semi strutturate, i cui obiettivi primari sono stati quelli di interpretare alcune indicazioni presenti negli AIR e valutare quanta parte degli interventi previsti formalmente siano già stati recepiti e quanta invece resti ancora nei *desiderata* regionali. La copertura parziale del censimento è motivata dal fatto che nei contesti mancanti non è stato possibile realizzare in modo compiuto la prospettiva di analisi proposta.

3) Approfondimento di alcuni modelli organizzativi tramite case study

Il capitolo propone inoltre l'analisi di due esperienze di grande trasformazione della MG: Lombardia e Veneto, oggetto di *in-depth case study* in seguito alla fase di analisi del livello regionale. Se la Lombardia punta sul modello cooperativo della MG, il Veneto sta tentando una internalizzazione dei giovani MMG, che si inserisce in uno storico disegno di integrazione della MG all'interno della filiera dei servizi offerti dalle Ulss. La metodologia dello studio di caso ha permesso di valorizzare il contesto e mettere in risalto le relazioni tra l'oggetto osservato, l'unità di analisi (i modelli organizzativi, in questa ricerca) e l'ambiente di riferimento (il contesto aziendale o regionale). L'analisi di caso è inoltre di tipo strumentale, in quanto l'oggetto preso in esame viene selezionato come tipico ed emblematico al fine di consentire l'elaborazione di una serie di generalizzazioni (Denzin e Lincoln, 2000).

⁸ Abruzzo: Dott.ssa Comparetti, Responsabile ufficio Medicina Convenzionata Dipartimento di Salute e Welfare Regione Abruzzo; PA Bolzano: Dott.ssa Mastrobuono, Referente Assistenza Primaria Azienda Sanitaria dell'Alto Adige; Toscana: Dott. Maccari - Responsabile Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità Regione Toscana; Valle D'Aosta: Dott. Pesenti Compagnoni, Direttore Area Territoriale USL; Basilicata: Dott.ssa Giacoia, Responsabile Ufficio Autorizzazione, Accreditemento e Medicina Convenzionata; Emilia Romagna: Dott.ssa Cacciapuoti, Area "Sviluppo e Monitoraggio Case della Salute, Cure Intermedie, Gestione Cronicità", Servizio Assistenza Territoriale; Lazio: Dott. Vicario, Dirigente Ufficio Cure Primarie e Intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio; Lombardia: Dott. Caroli, UO Programmazione Rete Territoriale Struttura Cure Primarie e Dott. Valsecchi, Direttore Dipartimento Cure Primarie, ATS Brianza; PA Trento: Dott.ssa Sforzin, Direttore Unità Operativa Cure Primarie, APSS Trento; Veneto: Dott.ssa Maria Cristina Ghiotto, Direttore dell'Unità organizzativa della Direzione Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali

4) *Censimento sull'organizzazione delle attività dei MMG*

A seguito della ricognizione regionale, è stata infine condotta una *survey* sul grado di diffusione dei modelli organizzativi tra i MMG aderenti alla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG). Rivolgendosi direttamente ai singoli MMG, il questionario ha avuto lo scopo di verificare il livello di diffusione dei modelli associativi e aggregativi e le principali attività che compongono l'agenda del MMG.

Il questionario è stato distribuito dal centro studi FIMMG a tutti i suoi iscritti (poco più di 20.000) tramite una piattaforma online, rimanendo attivo per la finestra temporale di un mese.

La struttura del questionario vede 33 domande suddivise in tre sezioni: 1) Informazioni anagrafiche; 2) Partecipazione a modelli organizzativi; 3) Organizzazione delle attività lavorative.

11.3 Il contesto nazionale

All'interno della normativa nazionale, il focus viene posto principalmente sulle forme organizzative della MG: 1) forme associative; 2) forme aggregative funzionali (quali le AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali); 3) forme aggregative strutturali (soluzioni che prevedono la concentrazione fisica dei servizi a partire da quelli della MG). Per tracciare l'evoluzione degli ACN e della normativa su questi temi, sono stati esaminati l'ACN 2000, l'ACN 2005, l'ACN 2009, l'ACN 2010, la Legge Balduzzi 189/2012 e il Patto per la salute 2014/2016⁹.

11.3.1 Le forme associative

Le forme associative della MG nascono con l'ACN del 2000, dove all'Art. 40 “Forme associative dell'assistenza primaria” per la prima volta se ne delineano caratteristiche, finalità, tipologie e strumenti. Le associazioni vengono promosse in quanto si attribuisce loro la finalità di facilitare il rapporto tra il cittadino e il medico, snellendo le procedure di accesso ai servizi. Esse hanno inoltre lo scopo di aumentare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, tramite il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG con i servizi e con le attività del distretto, e la condivisione e implementazione di linee guida o percorsi diagnostico terapeutici per patologie ad alta prevalenza. Le forme associative sono libere, volontarie e paritetiche tra tutti i medici partecipanti e possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale (medici convenzionati, medici di

⁹ Nella Gazzetta Ufficiale n.182 del 7 agosto 2018 è stato pubblicato l'ACN che disciplina i rapporti con i MMG per il triennio 2016-2018. Questo documento non apporta contributi distintivi relativamente ai temi analizzati e quindi non viene riportato nel dettaglio.

continuità assistenziale e pediatri di libera scelta). Per quanto riguarda le tipologie di forme associative, l'ACN 2000 ne individua due di diversa natura: da un lato le forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti (per sviluppare le potenzialità assistenziali), dall'altro le società di servizio, anche cooperative, che non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

In particolare, all'interno della prima fattispecie di forme associative si identificano:

- a) la medicina in associazione semplice, composta da 3 a 10 MMG che condividono e implementano linee guida diagnostiche terapeutiche ma i cui studi non sono vincolati ad una sede unica e sono distribuiti su tutto il territorio del distretto. L'incentivo annuale previsto dall'ACN 2000 è pari ad euro 2,58 per assistito in carico.
- b) la medicina in rete, composta da 3 a 10 MMG, è un'evoluzione della medicina in associazione semplice. In aggiunta alle caratteristiche dell'associazione semplice, i medici in rete possono individuare degli studi dove svolgere a rotazione attività concordate e gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili. Inoltre, i MMG in rete possono collegare i propri studi medici tra di loro con sistemi informatici al fine di consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione. In questo caso, l'incentivo annuale per assistito in carico è pari ad euro 3,61.
- c) la medicina di gruppo, composta da minimo 3 e massimo 8 medici, si differenzia in quanto è prevista l'identificazione di una sede unica del gruppo con un numero di studi pari ad almeno la metà dei medici componenti del gruppo. Inoltre, è previsto l'utilizzo di supporti tecnologici comuni per l'attività assistenziale, come per la medicina in rete, e l'utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune, secondo accordo interno. L'incentivo annuale per assistito in carico è pari ad euro 4,65.

Emerge come il livello di complessità organizzativa sia crescente dalla prima alla terza forma associativa: si passa infatti dall'unione di MMG che coordinano le loro attività mantenendo i propri studi (associazione semplice) alla condivisione di sistemi informativi (associazione in rete), fino alla condivisione di una sede unica e dello stesso personale di studio (associazione in gruppo).

Nell'ambito della seconda tipologia, la società di servizi può essere composta da medici aderenti a una delle tre forme associative e può offrire strutture e servizi come a) sedi associative, studi professionali, poliambulatori, b) beni strumentali, c) servizi informativi, formativi, organizzativi e gestionali, d) servizi

informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina, e) servizi di verifica e revisione della qualità, f) ogni altro bene o servizio, ma non la fornitura di prestazioni sanitarie. Secondo l'ACN 2000, l'appartenenza di un medico alle società di servizi non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo.

11.3.2 I modelli aggregativi funzionali

Le équipes territoriali sono modelli organizzativi funzionali e multi professionali, nascono con l'ACN 2000 che ne traccia i fondamenti nell'Art. 15 "Equipes territoriali" e vengono poi riprese dall'ACN 2005 (Art. 25 "Equipes territoriali e UTAP"). Esse rappresentano il primo esempio di costituzione di gruppi multi disciplinari: le équipes sono infatti formate da figure professionali deputate a garantire assistenza primaria, continuità assistenziale, PLS, assistenza specialistica ambulatoriale, medicina dei servizi e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Secondo l'ACN 2000, le équipes possono essere considerate articolazione distrettuale e in via sperimentale possono i) realizzare forme di integrazione professionale, ii) collegare le attività dei singoli professionisti tra di loro, iii) collegare le attività degli operatori con gli obiettivi e i programmi distrettuali. Le équipes si ritrovano anche nell'accordo del 2005, il quale include tra le finalità la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente.

A partire dall'ACN del 2009 nell'Art. 12 "Aggregazione funzionale territoriale della medicina generale" si inizia a parlare di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Le AFT differiscono dalle équipes in primo luogo perché sono aggregazioni mono professionali e in secondo luogo perché sono una forma aggregativa obbligatoria. Le regioni avrebbero dovuto infatti individuare le AFT entro 6 mesi dall'entrata in vigore dell'accordo e definire le modalità di partecipazione dei medici. Le AFT sono pensate per raggiungere l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG per conseguire obiettivi di assistenza. Mentre l'ACN 2009 si concentra sull'identificazione di obiettivi (equità di accesso, logiche di governo clinico, appropriatezza clinica) e strumenti a disposizione (verifica delle attività e dei risultati con il distretto di riferimento), la Legge Balduzzi 189/2012 nell'Art. 1 riprende il concetto di AFT e offre una rinnovata definizione. Nel 2012, le AFT vengono infatti definite come modalità operative che prevedono forme organizzative mono professionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Viene inoltre sottolineato come siano le regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi. Le AFT possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali). Infine, il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande

enfasi sulle AFT. Da un lato viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie. Dall'altro lato, le AFT diventerebbero le "uniche forme di aggregazione dei MMG e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

11.3.3 I modelli aggregativi strutturali

Un primo tentativo di costituzione di modelli organizzativi strutturali della MG, insieme con altri professionisti, si osserva nell'Art. 26 dell'ACN 2005 che invita le regioni a prevedere in via sperimentale e con partecipazione volontaria di medici e altri operatori sanitari la costituzione di UTAP (unità di assistenza primaria), ovvero di strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale per rispondere in modo complesso ai bisogni di salute.

Le UTAP evolvono poi in UCCP con l'Art. 13 dell'ACN 2009 "Requisiti e funzioni minime dell'UCCP". Innanzitutto, secondo l'accordo, alle regioni è demandata la programmazione e la definizione delle UCCP, i cui modelli possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione. Inoltre, dall'entrata in vigore dell'accordo, i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP attivate con gli accordi regionali. Tra le caratteristiche che sono delineate nell'Art. 13, l'UCCP opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale in sede unica o con una sede di riferimento, è costituita da medici convenzionati e si può avvalere di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'UCCP è la forma organizzativa ideale per assicurare l'erogazione dei LEA, erogare servizi sanitari di base e diagnostica di primo livello, sviluppare la medicina di iniziativa e realizzare l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria in raccordo con i distretti. Le UCCP appaiono quindi come uno strumento di concentrazione fisica di servizi e di professionisti di diversa natura. Successivamente, l'ACN 2010 nell'Art. 13 istituisce il referente unico delle UCCP, i cui compiti e responsabilità sono individuati dagli accordi regionali e, nell'Art. 7, definisce le modalità di impiego dello specialista ambulatoriale nell'UCCP¹⁰. L'accordo demanda ai successivi ACN la definizio-

¹⁰ Lo specialista ambulatoriale, per garantire l'assistenza specialistica definita dalla programmazione aziendale ai pazienti assistiti dall'UCCP, deve operare presso la sede stessa e in raccordo con l'attività degli altri medici convenzionati operanti nella stessa UCCP.

ne delle relazioni funzionali tra gli altri professionisti che operano nelle UCCP. Anche la Legge Balduzzi valorizza la multi professionalità: le UCCP vengono infatti definite come forme organizzative multi professionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione di tutte le figure professionali, con particolare riguardo all'integrazione tra medicina specialistica e medicina generale. Inoltre, per le UCCP le aziende possono adottare forme di finanziamento e budget. Infine, nel Patto per la Salute 2014/2016, quanto affermato per le AFT vale anche per le UCCP, che dovrebbero andare a sostituire le forme aggregative precedenti.

La Tabella 11.1 riporta una sintesi delle principali caratteristiche delle forme organizzative analizzate sulla base degli ACN. Si specifica che nella tabella le forme associative vengono identificate come modello organizzativo sia funzionale sia strutturale. Esse assumono una connotazione di tipo funzionale poiché prevedono sempre l'applicazione di modalità di allineamento tra i professionisti (come, ad esempio, la condivisione e implementazione di linee guida e la revisione della qualità delle attività e della appropriatezza prescrittiva). D'altra parte, le forme associative nascono per regolare le modalità erogative dei servizi (come le giornate e gli orari di apertura degli studi), prevedendo nella forma più avanzata della medicina di gruppo la condivisione da parte dei MMG di uno stesso spazio fisico nell'esercizio della propria attività secondo logiche di integrazione strutturale. Dall'analisi emerge come le basi normative sostanziali per la costituzione e la configurazione delle forme associative siano state poste dall'ACN del 2000, senza più subire alcuna modifica considerevole fino ad oggi. La Figura 11.1 sintetizza i contenuti principali, rispetto alla prospettiva di studio adottata, del quadro normativo nazionale rintracciato.

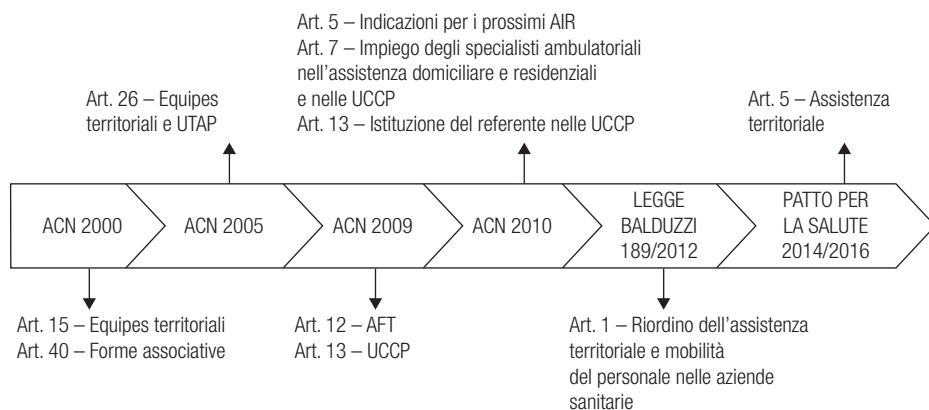
Tabella 11.1 **Comparazione dei modelli organizzativi della medicina generale**

	Tipo di modello organizzativo		Composizione		Modalità di adesione	
	Funzionale	Strutturale	Mono professionale	Pluri professionale	Obbligatorio	Facoltativo
Forme associative	X	X	X			X
Equipes territoriali	X			X		X
AFT	X		X		X	
UTAP		X		X		X
UCCP		X		X	X*	

* Secondo l'ACN 2009, dall'entrata in vigore dell'accordo, i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP attivate con gli accordi regionali. Nonostante ciò, come approfondito nel paragrafo successivo, non tutte le regioni hanno pienamente attivato tali forme organizzative.

Fonte: Elaborazione propria degli autori

Figura 11.1 **Riferimenti della normativa nazionale sui modelli organizzativi della MG**



Fonte: Elaborazione propria degli autori

11.4 L'analisi degli accordi integrativi regionali

Un secondo punto di osservazione è relativo alla situazione regionale, con l'obiettivo di analizzare e comparare le forme per il governo della MG proposte dalle regioni. Per questo fine, sono stati analizzati gli ultimi Accordi Integrativi Regionali (AIR), che rappresentano la declinazione regionale del quadro normativo definito a livello nazionale in base alla configurazione della rete dei servizi di ciascuna regione. L'analisi comparativa si focalizza sui principali strumenti di governo della MG previsti dagli AIR, già identificati in precedenti contributi del Rapporto (si vedano i capitoli di Galli e Vendramini nei Rapporti OASI 2007 e 2008):

- ▶ Associazionismo medico e innovazione nei modelli organizzativi;
- ▶ Piani di incentivi e sistemi premianti;
- ▶ Coinvolgimento in progetti innovativi;
- ▶ Sistemi informativi.

11.4.1 Associazionismo medico e innovazione nei modelli organizzativi

Come evidenziato nell'analisi del quadro nazionale, la spinta verso l'associazionismo medico è stata progressivamente favorita negli ACN per molteplici motivi, dalla volontà di dotare i MMG dei necessari fattori produttivi, a quella di favorire la continuità assistenziale e facilitare lo scambio di informazioni con l'azienda e tra professionisti.

Riguardo alla declinazione regionale del tema dell'aggregazionismo medico,

invece, un primo punto di interesse è capire se esso sia stato interpretato dalle regioni come pertinenza esclusiva dei MMG, in quanto aggregazione volontaria volta a favorire la condivisione e il coordinamento professionale, oppure se sia un prerequisito per la presa in carico integrata di porzioni della popolazione. Se la risoluzione di questa ambivalenza risultava già intricata nel corso dei primi cicli di negoziazione regionale (a questo proposito, si veda come esempio il contributo del capitolo 8 del Rapporto 2002), oggi risulta complesso distinguere fini e modelli di funzionamento delle forme associative e dell'aggregazione di tipo funzionale. Un ragionamento diverso vale per l'aggregazione strutturale (UCCP), che ha vissuto un momento di gran vigore alla luce della diffusione del modello ascrivibile alla Casa della Salute.

Come ricordato, l'art. 5 del Patto per la Salute 2014/2016 identifica le AFT e le UCCP come uniche forme di aggregazione dei MMG, che entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, o comunque non oltre la vigenza del Patto, avrebbero dovuto sostituire le diverse tipologie di forme associative della MG¹¹. A ormai 5 anni dalla stipula del Patto per la salute 2014-2016, sul tema permane una notevole variabilità e l'ACN 2018, così come gli AIR analizzati, non hanno pienamente recepito le indicazioni previste nel Patto: di fatto l'attuazione delle AFT resta ancora ferma ai blocchi di partenza. A riprova di ciò, come emerge nel Box 11.1, tra le 10 regioni analizzate solo tre (Veneto, Toscana e Provincia Autonoma di Bolzano) hanno pienamente attivato le AFT nei territori di competenza seguendo il modello previsto a livello centrale. In Emilia Romagna, invece, i Nuclei di Cure Primarie (NCP) costituiscono una forma di aggregazione funzionale multi professionale, nata sulla base delle équipes territoriali e divenuta in tale contesto obbligatoria già a partire dai primi anni del 2000. Altro discorso per le UCCP: il quadro normativo ad esse riferito rappresenta l'ancoraggio formale per la definizione delle Case della Salute piuttosto che dei Presidi Territoriali di Assistenza che propongono modelli e funzioni quasi completamente sovrapponibili.

11.4.2 Piani di incentivi e sistemi premianti

Un altro strumento manageriale per governare i professionisti convenzionati è rappresentato dalla quota variabile della retribuzione collegata a specifici obiettivi o più in generale dall'incentivazione, che ha l'obiettivo di orientare i comportamenti professionali. Nonostante la declinazione degli istituti incen-

¹¹ Il Patto per la Salute è espressione della gestione su base pattizia e della concertazione tra i diversi livelli di governo coinvolti e può essere classificato come espressione sanitaria del principio di leale collaborazione tra Stato e regioni (Palumbo, 2018). L'inizio della via pattizia per la governance del SSN va individuato nell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 recepito dal decreto legge n. 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448/2001). Anche per gli accordi seguenti le parti che assumevano dimensione normativa sono state poi recepite dal Parlamento nelle leggi annuali di bilancio o in altre leggi.

Box 11.1 **Associazionismo medico e forme organizzative**

Abruzzo – Il prolungato commissariamento ha fatto sì che l'ultimo AIR del 2006 non sia più stato aggiornato e che nel periodo siano stati approvati solo decreti commissariali che hanno ridotto le indennità previste per forme associative in rete e in gruppo. I provvedimenti adottati nel 2016 (DCA 16 e 17/2016) risultano in linea con il quadro normativo nazionale, e sono stati successivamente adottati dalla giunta regionale che ha recepito le proposte delle ASL locali e definito il numero di UCCP. L'obiettivo è che le forme associative tradizionali vengano effettivamente soppiantate da AFT/UCCP. Nei fatti prevale un forte disallineamento tra le 4 Province e ad oggi solo 24 delle 75 AFT e 6 delle 25 UCCP programmate sono attive.

Basilicata – Benché si intenda promuovere la costituzione di AFT e UCCP, al momento nessuna delle due forme è stata attivata. In Regione permangono invece le UTAP come forma organizzativa strutturale e le équipes di assistenza territoriale, che possono essere funzionali oppure semistrutturali (qualora siano previste, tra gli altri, la condivisione di fattori produttivi comuni, l'integrazione di competenze e la costituzione di ambulatori per patologia).

Emilia Romagna – Il DL Balduzzi e il successivo Patto per la Salute 2014/2016 si inseriscono in un processo instradato e che già nell'Air 2006 prevedeva i Nuclei di Cure Primarie (NCP) quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria. I NCP non sono assimilabili alle AFT perché sono realtà multiprofessionali (comprendono, ad esempio, assistenti sociali e specialisti), mentre le UCCP nel prossimo accordo regionale verranno di fatto identificate con le organizzazioni multiprofessionali che operano come Case della Salute. Le forme associative tradizionali vengono considerate funzionali allo sviluppo dei NCP e pertanto se ne sostiene l'evoluzione, ma il loro governo è sostanzialmente rinviato alla disciplina aziendale.

Lazio – Con il DCA 376/2014 si è operata la riorganizzazione delle forme associative con la costituzione di una forma unica: l'Unità di Cure Primarie (UCP). Si tratta di una forma associativa mono professionale di MMG di uno stesso distretto che condivide obiettivi e che, oltre alle attività tradizionali, può anche effettuare accertamenti diagnostici di base. Le UCP garantiscono attività dal lunedì al venerdì dalle 10 alle 19, con possibilità che la ASL disponga l'aumento dell'orario di attività da 9 a 12 ore giornaliere. L'Air 2017 prevede anche le UCCP come forma organizzata multi professionale che opera in forma integrata, se possibile a partire dalle Case della Salute; tuttavia, tali forme organizzative al momento non risultano completamente implementate.

Lombardia – La Regione Lombardia ha dato priorità alla Presa in Carico della cronicità. Con Air 2014 sono stati identificati i criteri per la prima individuazione delle AFT, la cui mappatura è stata però rivista a seguito del mutato assetto territoriale alla luce della LR 23/2015. Nel recente Air 2019 si dà mandato alle ATS di sviluppare un modello organizzativo condiviso, anche in vista della futura individuazione delle UCCP, da collocare nei POT e PreSST. Le forme associative tradizionali rimangono l'elemento fondante dell'infrastrutturazione dei MMG, con circa 68% (4224/6184) dei MMG che risulta associato, di cui 2.483 in Rete e 1.741 in Gruppo. Si registra inoltre una cospicua presenza delle società di servizio e cooperative, elemento centrale anche nella Presa in Carico (PIC): vi aderiscono 2.378 MMG, oltre a 246 PLS.

Provincia Autonoma di Bolzano – Con l'AIP del 9/7/2017 vengono istituite le AFT, con partecipazione obbligatoria dei MMG. Le AFT attive sono 26, dotate di relativo Centro Servizi (1 CS ogni 2-3 AFT). Ciascun assistito può rivolgersi tra le ore 8 e le 20 nei giorni feriali ad almeno un medico della AFT di riferimento per prestazioni mediche non differibili. In linea con quanto previsto nel Patto per la Salute 2014, con le AFT si superano le diverse tipologie di forme associative e aggregative. L'art 9/bis dell'AIP 2017 prevede anche una modalità organizzativa funzionale definita "Associazionismo complesso" (AC) che comporta l'identificazione di percorsi assistenziali condivisi tra MMG e Azienda Sanitaria all'interno delle AFT.

Provincia Autonoma di Trento – La costituzione delle AFT era prevista sin dall'AIP 2013, attualmente in vigore, ma il disegno previsto nell'accordo è rimasto sostanzialmente inapplicato. Delle 25 AFT inizialmente programmate, oggi risultano operative 2 aggregazioni di medici (Pinzolo e Trento CSS), con caratteristiche definite nel corso del 2017 e con l'esclusiva partecipazione dei MMG. Per quanto riguarda invece le forme associative volontarie, l'AIP 2013 non prevede la medicina in associazione semplice, sostituita dalla medicina in associazione periferica complessa, nel caso di professionisti distribuiti in una zona periferica; è riconosciuto un compenso pari a 9,50 euro annui per assistito in carico. L'AIP 2013 prevedeva anche la possibilità di forme associative a carattere innovativo (con l'integrazione di competenze differenti) da proporre all'attenzione della Provincia. Al marzo 2019, l'87% dei 349 MMG risulta associato, di cui 127 MMG in gruppo, 63 in rete e 113 in associazione periferica complessa.

Toscana – La Regione Toscana ha definito con la DGRT 1231/2012 le AFT quali raggruppamenti funzionali e mono professionali di MMG attivandone 116 già dal 2013 e responsabilizzandole per la implementazione della sanità di iniziativa. Per quanto riguarda le UCCP, queste sono state deliberate con DGR 117/2015 ("Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute"): in totale, le UCCP attivate sono 69, insediate nelle Case della Salute e luogo in cui si attua il Chronic Care Model. I medici che fanno parte di AFT e UCCP sono comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative.

Valle d'Aosta – Al momento non sono attive né le AFT né le UCCP. L'AIR 2006 indicava le "equipes territoriali integrate di montagna", a cui avrebbero dovuto partecipare MMG, specialisti, infermieri e altre professioni sanitarie, nei fatti rimaste inapplicate. Restano quindi centrali le forme tradizionali di associazione (gruppo e rete, quest'ultima composta anche da soli 2 medici), a cui aderisce circa il 60% dei MMG.

Veneto – Con DGR 751/2015 sono stati disciplinati il modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI), che risponde ai requisiti previsti dalla Medicina di Gruppo ai sensi dell'ACN, e la transizione delle forme in essere di rete e gruppo, e anche di quelle di nuova costituzione, in MGI. Esse assicurano contattabilità telefonica e disponibilità nella sede di riferimento nell'arco delle 12 ore e l'apertura di almeno uno studio il sabato e nei prefestivi dalle ore 8 alle 10. In regione le AFT risultano programmate e attivate. Le MGI prevedono inoltre l'integrazione con la specialistica ambulatoriale e, in alcuni casi, anche con l'assistenza socio-sanitaria. Questi elementi rendono la MGI assimilabile alle logiche alla base delle UCCP. Alcuni recenti interventi normativi andranno ulteriormente a modificare questo quadro: con il PSSR 2019/2023 si prevedono tre possibili modalità di relazione tra azienda e professionisti convenzionati dell'assistenza primaria per la gestione della cronicità semplice: 1) le tradizioni forme di aggregazione; 2) team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN; 3) team di assistenza primaria la cui gestione è affidata a soggetti privati accreditati. Per la gestione della cronicità complessa si fa invece ricorso a team multi professionali dedicati. Tale orientamento è stato parzialmente confermato nel luglio del 2019 con l'approvazione di un atto endoprocedimentale che prospetta una possibile riorganizzazione della MG in Veneto e la nascita dei Team di Assistenza Primaria, composti da almeno 4 medici e con un bacino di circa 8.000 assistiti, con la possibilità quindi di incrementare il massimale fino a duemila assistiti in carico. La sede di riferimento del team garantirà la presenza per almeno 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì ed è previsto che le MGI attualmente attive possano essere riconvertite in team alla scadenza dell'attuale contratto.

tivanti e l'individuazione del rapporto tra contributi e ricompense siano tipicamente presidiati dalla contrattazione aziendale (Galli e Vendramini, 2007), risulta comunque interessante individuare negli AIR sia indicazioni rispetto ai comportamenti attesi da parte dei MMG che la proposta di centri di responsabilità (CdR) e di strumenti di incentivazione.

Dal quadro analitico riportato nel Box 11.2 emerge come sia il singolo MMG ad essere considerato CdR all'interno di un sistema di programmazione delle

Box 11.2 Piani di incentivi e sistemi premianti

Abruzzo – In assenza del rinnovo dell'AIR, la gestione del fondo pari a 3,08 euro/assistito per programmi finalizzati al governo clinico per i medici di assistenza primaria è stata definita tramite le DGR che hanno disegnato i “Piani delle attività di governo clinico”. Con DGR 1025/2018 si è approvato il programma di attività di governo clinico per il 2019, che prevede un focus esclusivo sull'attività di screening oncologico. I MMG si impegnano infatti ad effettuare l'attività di counselling nei confronti dei propri assistiti per gli screening oncologici, da effettuare almeno al 70% dei non-responder, con l'obiettivo che il 20% dei destinatari dell'attività di counselling effettuati realmente lo screening.

Basilicata – Tra gli obiettivi assegnati per le attività finalizzate al governo clinico definiti con DGR 1338/2010 rientrano: 1) la predisposizione e applicazione dei PDTA; 2) il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci per contenere la spesa farmaceutica esterna nella misura dell'8,5%; 3) azioni per il contenimento della mobilità sanitaria, uniformazione dei comportamenti prescrittivi e applicazione dei sistemi di prenotazione per classi di priorità. Il fondo costituito per gli obiettivi riportati viene erogato per il 40% a fronte dell'adesione al progetto (in proporzione al numero di assistiti) e per il 60% a fronte dei risultati conseguiti. Mentre per l'appropriatezza prescrittiva la valutazione è individuale, per i restanti obiettivi è complessiva.

Emilia Romagna – Gli obiettivi riportati nell'ultimo AIR sono principalmente indirizzati al funzionamento dei NCP. Per la realizzazione dei NCP l'AIR prevede un compenso pari a 1 euro/anno/assistito per la disponibilità all'integrazione e 0,30 euro per la disponibilità all'allacciamento alla rete informatica. La definizione di ulteriori indennità è demandata principalmente a livello aziendale. Come esempio paradigmatico, l'AAA 2018-2020 dell'Ausl di Ferrara prevede incentivi per: i) la partecipazione alle riunioni semestrali del NCP (1.30 euro/assistito/anno per partecipazione ai 2 incontri); ii) la campagna vaccinale antinfluenzale/antipneumococcica/antimeningococcica; iii) la presa in carico della cronicità (diabete, BPCO, scompenso cardiaco), con una base annua per la gestione integrata del paziente e l'aggiunta di altre risorse al raggiungimento di indicatori strutturali e, nel caso del diabete, anche di esito (Hb1AC < 53 mmol/mol); iv) indennità per attività finalizzate al governo clinico ex art.59 ACN in base all'adesione al progetto diabete, all'attività di educazione permanente individuale e alla partecipazione ai mini-audit per l'appropriatezza prescrittiva.

Lazio – L'AIR 2017 prevede la presenza di incentivi collegati alla presa in carico della cronicità. Ai MMG che rispettano una serie di azioni previste dall'accordo, compresa la rilevazione e il raggiungimento di indicatori sulla presa in carico, viene riconosciuto 1 euro/anno/assistito. La restante parte è rimandata alla negoziazione a livello aziendale, dove ci si attende che vengano avviati percorsi di presa in carico per patologia e che vengano selezionati i progetti prioritari da sviluppare per conseguire gli obiettivi di salute regionali.

Lombardia – L'AIR 2019 stabilisce che per assolvere gli obiettivi di governo clinico, l'MMG aderisca a uno tra i progetti riportati: i) Chiamata proattiva dei propri assistiti cronici ai fini della presa in carico, con obiettivi differenziati a seconda delle performance precedenti; ii) Partecipazione all'offerta vaccinale; iii) Partecipazione ai programmi di screening oncologico, con l'obiettivo di invitare almeno l'80% dei propri assistiti target e far registrare un incremento di adesione di almeno il 5%. L'AIR inoltre prevede che per la stesura dei PAI si riconoscano ai MMG 15, e non più 10 euro. Infine si prevede la deadline del 31 maggio 2019 per stipulare gli accordi aziendali tramite i quali saranno individuate le attività da assicurare con la quota di risorse aggiuntive regionali (RAR) di 0,81 euro/assistito.

Provincia Autonoma di Bolzano – Oltre alle quote variabili riconosciute per l'incentivazione delle forme associative, per i collaboratori di studio e per il governo clinico, maggiori in valore assoluto rispetto

a quanto garantito a livello nazionale, nell'AIP 2017 si riconoscono: i) 113,07 euro per la partecipazione al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE); ii) indennità per lo svolgimento dell'attività in zone identificate come disagiatissime sedi; iii) 1,00 euro annuo per paziente iscritto a fronte del rilascio gratuito di certificati di idoneità sportiva e per attività di volontariato; iv) 0,20 euro annuo per ciascun paziente affetto da patologie croniche; v) 2,50 euro/anno per paziente per i MMG che partecipano al progetto di omogeneizzazione in ambito provinciale dell'assistenza al cronico.

Provincia Autonoma di Trento – Con l'integrazione dell'AIP 2007 effettuata nel 2017 sono stati previsti incentivi per la presa in carico dei malati cronici (aumento della quota capitaria annuale pari a 0,20, come per la PA di Bolzano) e affetti da malattie rare (aumento della quota capitaria annuale pari a 2,00 euro). Sono previste inoltre risorse collegate alle vaccinazioni antinfluenzali, con importo per prestazione resa che va da 6,16 a 9 euro sulla base del numero di prestazioni rese: maggiore è l'aumento rispetto all'anno precedente, maggiore è l'importo riconosciuto per la singola prestazione. Ulteriori fondi sono collegati a progetti annuali identificati: i) Progetto TAO, che assegna ai MMG la gestione dei pazienti stabili (10 euro/mese per presa in carico e mantenimento nel range di appropriatezza), ii) Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti over 65 assumendo a riferimento il dato PAT per l'anno 2016; iii) Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti, per cui gli MMG vengono valutati sulla base della performance complessiva a livello provinciale; iv) Prevenzione oncologica, volta a migliorare l'adesione dei MMG allo screening di cervice uterina e colon retto e valutata sulla base del raggiungimento a livello provinciale; v) Gestione paziente diabetico tipo II: verifica indicatori di processo ed esito (valutazione del valore medio di emoglobina glicata) con stima di una quota/paziente pari a 40 euro/anno.

Toscana – L'AIR 2012 non fa riferimento diretto al sistema premiale e si rimanda agli accordi aziendali per la distribuzione delle risorse per programmi di governo clinico. La contrattazione regionale ha definito comunque obiettivi direttamente al livello AFT e anche il raggiungimento degli stessi è analizzato a livello di aggregazione funzionale. Nell'analisi degli AAA, si rileva che per alcuni degli indicatori a cui è connessa una incentivazione monetaria si prevede una valutazione della performance non solo a livello individuale ma anche di AFT: ad esempio, nell'accordo aziendale 2018-2019 dell'ASL Toscana Nordovest il fondo per la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata è destinato per il 70% all'incentivazione dei singoli medici e per il 30% a quello delle AFT.

Valle d'Aosta – L'incentivazione collegata al fondo ACN per programmi di governo clinico è normata nell'AIR 2006 e prevede obiettivi in termini di: i) disponibilità telefonica, remunerata nella misura di 2

euro/anno per assistito nel caso di medico singolo (per il medico aggregato è prevista un'integrazione di 1 euro/anno al compenso annuo per la partecipazione associativa); ii) appropriatezza prescrittiva; iii) attività organizzativa distrettuale. Si prevedono inoltre incentivi per l'attività ambulatoriale: a tutti i medici che svolgono la loro attività in almeno 3 ambulatori nell'ambito di appartenenza viene corrisposto un incentivo loro annuo di euro 700, che cresce qualora gli ambulatori siano compresi tra 4 e 6 (1.000 euro) oppure maggiori di 6 (1.300).

Veneto – Lo "schema di contratto di esercizio-tipo per le Medicine di Gruppo Integrate" approvato con DGR 751/2015 definisce gli obiettivi per le MGI e le relative risorse destinate. Per molti obiettivi individuati (si vedano, come esempio, quelli relativi all'assistenza ai malati cronici e all'attività di prevenzione) la responsabilizzazione è dell'intera MGI. A conferma di ciò, con DGR 476/2019 si è stabilito che le MGI con contratto in scadenza potranno essere riconfermate solo in caso di provato raggiungimento di almeno il 70% degli obiettivi a livello di MGI. Ulteriori indicatori per il monitoraggio dei Piani vengono definiti a livello aziendale.

attività e di comportamenti attesi. È evidente che questo non esclude la possibilità che le singole aziende sanitarie possano identificare come CdR le AFT, le singole associazioni piuttosto che le UCCP. Al netto di un'analisi che risulta comunque parziale perché incompleta del livello aziendale, le uniche eccezioni che si possono individuare sono quelle delle regioni che hanno da tempo investito su forme aggregative della MG avanzate al punto da identificarle come CdR: è il caso di Emilia Romagna, Toscana e Veneto che, con diversi livelli di profondità che dipendono primariamente dall'effettiva diffusione delle relative forme organizzative, hanno responsabilizzato nel processo di budgeting Nuclei di Cure Primarie, AFT e Medicine di Gruppo Integrate. Allo stesso modo, forme di concentrazione fisica di servizi quali le UCCP possono rappresentare non solo nodi di offerta ma anche modalità per orientare i comportamenti dei professionisti verso obiettivi condivisi. Una interessante soluzione intermedia è quella riscontrata nell'APSS Trento, e in parte in Regione Basilicata, che, pur mantenendo la responsabilizzazione e l'incentivazione a livello di singolo MMG, hanno previsto anche alcuni obiettivi generali, allineati con quelli complessivi a livello aziendale e valutati non singolarmente ma per l'intero territorio provinciale.

11.4.3 Coinvolgimento in progetti innovativi per la presa in carico della cronicità o per l'erogazione dell'assistenza primaria

La contrattazione regionale definisce in modo puntuale anche il coinvolgimento dei professionisti convenzionati in progettualità innovative e sperimentali come ulteriore strumento di ingaggio. In questa direzione, tutte le regioni stanno sperimentando modalità codificate di presa in carico strutturata della cronicità, per cui risultano ovviamente responsabilizzati a vario titolo e con vari strumenti anche i medici di assistenza primaria. Il quadro di dettaglio riportato per ciascuna regione nel Box 11.3 evidenzia come la maggior parte delle regioni abbia, seppure con diversi livelli di avanzamento e profondità, disegnato processi strutturati di presa in carico della cronicità facendo leva sulla medicina d'iniziativa e sull'arruolamento in PDTA. Non sempre, però, la contrattazione ha avuto esito nel rinnovo dell'accordo, mentre in altri casi il recepimento del Piano Nazionale delle Cronicità è avvenuto negli ultimi mesi e non risultano ancora definiti formalmente il contributo e gli strumenti di governo tramite cui la medicina generale partecipa a questi processi. Alcune regioni hanno per prime iniziato a lavorare a livello centrale sulla stratificazione epidemiologica degli assistiti allo scopo di conoscere la domanda potenziale e sensibilizzare verso una presa in carico proattiva e una migliore programmazione delle risposte. L'Emilia Romagna ha da tempo condiviso informazioni con i MMG attraverso il sistema SOLE e la stratificazione della popolazione con il modello Risk ER. Il Veneto, che pur si è dotato del modello ACG (Adjusted Clinical Group),

Box 11.3 Progetti ad hoc per la presa in carico della cronicità

Abruzzo – La Regione non prevede al momento progettualità ad hoc per la MG per la presa in carico della cronicità ma ha recepito il PNC con DGR 421 del 18/06/2018.

Basilicata – Non sono presenti programmi strutturati né è stato recepito il PNC, ma la Regione ha in programma di avviare una sperimentazione volta a implementare l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC). Da verificare l'impatto e il coinvolgimento dei MMG.

Emilia Romagna – La Regione già nell'AIR 2006 aveva destinato 20% del fondo per il governo clinico per l'adesione al progetto diabete per favorire progetti di educazione e alterazione degli stili di vita. Nel 2014 l'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia, ha sviluppato il proprio modello (Risk-ER), che si basa su dati amministrativi regionali e utilizza come variabile dipendente l'ospedalizzazione per problemi potenzialmente evitabili o il decesso per qualsiasi tipo di causa. La presentazione del progetto è stata già effettuata a livello di NCP e l'adesione è stata su base volontaria: al momento, tuttavia, il numero di MMG coinvolti è ancora limitato. L'algoritmo Risk-ER è stato inserito anche nei più recenti accordi attuativi aziendali: ad esempio, l'AAA 2018-2020 dell'Ausl di Ferrara sottolinea come per la formulazione dei PAI nei casi di politerapie per comorbidità si debba tenere conto delle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure (Risk-ER); nell'AAA 2018-2019 dell'Ausl di Bologna, invece, si evidenzia come ai MMG saranno consegnate le liste dei pazienti a fragilità alta o molto alta individuati secondo algoritmo Risk-ER che gli sarà richiesto di confermare.

Lazio – La presa in carico della cronicità tramite medicina d'iniziativa rappresenta uno dei pilastri del nuovo modello di tutela della salute dei cittadini promosso dalla Regione Lazio e riportato nell'AIR 2017. La nuova governance della presa in carico della cronicità prevede ovviamente anche un ruolo per i MMG, che procederanno a rendere operativi i PDTA arruolando i pazienti cronici nei percorsi diabete, BPCO, scompenso cardiaco, oltre che negli altri che la Regione intenderà avviare. Si rimanda al livello aziendale per la definizione di appositi progetti e delle modalità di erogazione da parte dei MMG delle attività specialistiche nell'ambito del Governo delle Liste d'Attesa.

Lombardia – Con le DGR 6164, 6551 e 7655 del 2017 sono stati definiti il modello organizzativo della presa in carico della cronicità e il ruolo dei MMG all'interno di questa, con la possibilità per MMG, in qualità di gestore o co-gestore, di definire i PAI in cambio di una quota pari a 10 euro da decurtare alla quota fissa per la funzione di accompagnamento. La successiva DGR 754/2018 ha esteso la possibilità di partecipazione alla PIC anche al medico in forma singola in qualità di clinical manager. L'AIR 2019 prevede che il compenso da corrispondere per la stesura del PAI passi da 10 a 15 euro e che questa remunerazione debba valere sia per PAI di nuova redazione sia per i rinnovi. Tra i possibili progetti di governo clinico a cui ciascun MMG deve aderire c'è anche la "Chiamata proattiva dei propri assistiti qualificati come pazienti cronici". Considerato infatti che nel 2019 non è prevista una comunicazione diretta da parte delle ATS, si affida ai MMG il compito di chiamare attivamente i pazienti cronici per il rinnovo oppure per l'illustrazione della proposta.

Provincia Autonoma di Bolzano – Nell'AIP 2017 si prevede per i MMG un'integrazione della quota capitaria pari a euro 0,20 per ciascun assistito affetto da una o più patologie croniche e una quota aggiuntiva paziente iscritto/anno quantificata in euro 2,50 per i medici che partecipano al progetto di omogeneizzazione dell'assistenza al cronico. L'armonizzazione dell'assistenza per i pazienti cronici è stata poi concretamente dettagliata nel Masterplan Chronic Care approvato con DGP 1281/2018. In tale documento programmatico si fa leva sulla riorganizzazione della MG in AFT, si identifica il MMG come referente responsabile per le cure svolte a domicilio del paziente e si prevede la programmazione di spazi dedicati all'interno delle liste di attesa per i pazienti cronici.

Provincia Autonoma di Trento – La Provincia ha acquistato il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups): al momento un gruppo tecnico è in fase di formazione per definire i possibili prodotti da rendere fruibili ai vari professionisti, compresi i MMG. A ottobre 2018 è stato recepito il Piano Nazionale Cronicità con l'obiettivo di arrivare a definire specifici percorsi per le patologie croniche a maggiore impatto. Al momento non si individuano impatti diretti sull'attività dei MMG.

Toscana – Nel mandato delle AFT rientra la realizzazione dei progetti di sanità di iniziativa sui pazienti cronici mettendo in atto i principi del Chronic Care Model (CCM). La prima fase del progetto era basata sulla presa in carico di 5 patologie croniche (diabete mellito, SC, BPCO, pregresso ictus/TIA, ipertensione arteriosa), mentre con la seconda, inserita nella DGRT 650/2016, si supera la logica per singolo PDTA e si passa alla presa in carico basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente. Nel nuovo modello si individuano 3 diversi target: i target di assistiti complessi (A), i pazienti ipertesi e diabetici ad alto rischio cardiovascolare (B1) e i pazienti cronici già arruolati e non eleggibili per i target precedenti (B2). La presa in carico è attuata all'interno di team assistenziali coordinati dai MMG dal punto di vista clinico, alla presenza di una moltitudine di professionisti.

Valle d'Aosta – La Regione ha recepito il Piano Nazionale delle Cronicità e ha istituito un tavolo di lavoro per definire le linee di indirizzo a livello regionale. Al momento non si registrano impatti significativi sulla Medicina Generale.

Veneto – La Regione Veneto ha introdotto nel 2012 il sistema ACG, che è stato fin qui principalmente utilizzato per la programmazione generale mentre l'utilizzo diretto da parte dei MMG, che dovrebbe passare tramite i Direttori di Distretto, è ancora molto limitato. L'assistenza ai malati cronici rientra comunque tra gli obiettivi dei MMG: si valutano l'attivazione e l'applicazione dei PDTA TAO/NAO, diabete, BPCO e scompenso cardiaco con l'obiettivo di raggiungere il 70% dei malati cronici. Il più recente PSSR 2019-2023 si propone di responsabilizzare il MMG nella attribuzione definitiva di una persona al profilo di morbilità e di rischio, partendo dalla classificazione del case mix tramite ACG, e di distinguere due livelli di complessità: la cronicità "semplice", appropriatamente presa in carico dai professionisti dell'assistenza primaria, e quella "complessa ed avanzata" che invece richiede team multiprofessionali specialistici dedicati.

sembra non riuscire a capillarizzare anche per la MG l'uso di tale approccio che arriva in modo predittivo a stimare il rischio di accesso ai servizi ospedalieri. Situazione ancora diversa è quella della Lombardia, in cui i risultati del *targeting* della popolazione tramite Banca Dati Assistiti (BDA) sono stati resi disponibili sin dal principio ai diversi enti gestori. In linea generale, le progettualità riconducibili a fenomeni di analisi della domanda, introdotti dalle Regioni, si stanno rivelando di non facile diffusione e utilizzo.

Tra le progettualità innovative possono essere segnalate anche quelle volte alla riorganizzazione della rete dei servizi territoriali tramite l'integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale: in questo senso si segnalano le esperienze delle Regioni Lazio e Valle d'Aosta. In Regione Lazio sono stati istituiti gli Ambulatori di Cure Primarie (ACP), ambulatori di riferimento per la rete delle UCP aperti nei weekend e nei giorni festivi. La Valle d'Aosta invece ha attivato, prima sperimentalmente e poi in pianta stabile, gli ambulatori di Medici di Assistenza Primaria (MAP) ad accesso libero in aggiunta agli ambulatori territoriali già in essere con l'obiettivo di incrementare l'accessibilità, fa-

vorire l'integrazione dell'assistenza primaria con specialisti e servizi di diagnostica e ampliare i servizi disponibili garantendo l'apertura fino alle 20 di sera e l'integrazione fino alle 24 ore con i servizi di continuità assistenziale.

In tale classe di innovazione dell'assistenza ricadono anche tutte le altre esperienze nazionali che attraverso le Case della Salute piuttosto che dei PTA (presidi territoriali di assistenza) promuovono forme di integrazione fisica dell'offerta e di prossimità delle cure, largamente diffuse nel Paese.

11.4.4 Sviluppo dei sistemi informativi

L'ultimo tra gli strumenti di governo a disposizione delle aziende che viene qui analizzato sinotticamente è quello dell'interoperabilità dei sistemi informativi. Tale tema, che d'altra parte rappresenta anche una preconditione per l'integrazione multiprofessionale sospinta dagli ultimi interventi centrali, è demandato dallo stesso art. 4 dell'ACN alla negoziazione regionale, incaricata di *“definire i criteri e le modalità nell'organizzazione del sistema informativo”* tra tutti i vari operatori del sistema. Sulla base di quanto indicato negli AIR e delle indicazioni raccolte durante le interviste agli interlocutori regionali, il Box 11.4 riporta il quadro di sintesi per le regioni analizzate. Mentre alcuni tra gli AIR analizzati continuano a fare leva principalmente su quanto previsto dagli ACN, che

Box 11.4 Sviluppo dei sistemi informativi

Abruzzo – L'AIR, datato 2006, applica la struttura incentivante definita dall'ACN senza integrazione degli incentivi. Non sono diffuse soluzioni tecnologiche particolari.

Basilicata – L'AIR 2008 garantisce un'indennità informatica allineata con quanto previsto nell'ACN (indennità forfetaria mensile pari a 77,47 euro subordinata al rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni). Per i medici in grado di garantire alcune attività ulteriori (tra cui l'elaborazione di statistiche di tipo epidemiologico e la compilazione di liste di pazienti con caratteristiche omogenee) si prevede un contributo ulteriore di 1,29 euro per assistito.

Emilia Romagna – L'utilizzo della rete SOLE (Sanità On LinE) permette di collegare tutti i medici convenzionati con le strutture sanitarie e con i colleghi. Permette inoltre di integrare anche i medici non associati, che tramite la rete SOLE entrano in contatto con i NCP e l'azienda. Sull'infrastruttura SOLE si poggia il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Lazio – La Regione Lazio ha puntato fortemente sulla “cooperazione applicativa” tra MMG e sistemi informativi della Regione Lazio. Recepita con DCA 161/2017, la cooperazione applicativa prevede l'interoperabilità degli applicativi di studio medico con i sistemi regionali (con collegato riconoscimento una tantum pari a 150 euro). Tutte le UCP sono collegate in cooperazione applicativa con il sistema regionale e il singolo medico nelle UCP condivide le schede sanitarie individuali dei propri assistiti con gli altri partecipanti dell'UCP. La Regione riconosce inoltre 125 euro nel 2017 e 250 euro nel 2018/2019 per i medici che raccoglieranno il consenso dell'assistito alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e la compilazione del Patient Summary, il documento che riassume la storia clinica sintetica del paziente, per almeno il 70% degli assistiti.

Lombardia – Nell’ambito della PIC è stato creato un sistema informativo ad hoc che permette agli MMG di caricare i PAI, che vengono successivamente validati dalle ATS. Anche le cooperative stanno cercando di integrare i propri gestionali nel sistema. L’AIR 2019 prevede inoltre alcune interessanti novità relative all’informatizzazione del servizio di continuità assistenziale: ai medici di CA sarà consentita l’apertura della cartella informatizzata al momento della richiesta dell’assistenza e al termine delle visite. La ATS si farà carico di fornire gli applicativi informatici e ai medici di CA verrà riconosciuto un incentivo mensile pari a 77,47 euro qualora almeno il 70% degli allegati M (sintesi della visita effettuata) sia prodotto in formato elettronico. L’AIR riconosce inoltre un elenco di prestazioni diagnostiche eseguibili dai MMG anche in telemedicina per gli assistiti per i quali è stato redatto e validato il PAI.

Provincia Autonoma di Bolzano – Il Piano per il potenziamento e l’armonizzazione dell’assistenza ai cronici 2018-2020 punta fortemente sull’istituzione di un sistema informativo territoriale interconnesso con le varie applicazioni, anche relative alle fragilità sociali. A tale fine è stato istituito un tavolo tecnico che dovrà definire anche i requisiti funzionali per il software. L’AIP 2017 prevede inoltre una indennità informatica potenziata rispetto a quanto previsto dall’ACN: è pari a 113,07 euro mensili a fronte della partecipazione al FSE, al sistema informativo sanitario (SIS) ed e-prescrizione (ePre). Ai MMG è anche riconosciuta una indennità definita “valigetta informatica” pari a 150 euro mensili per garantire il collegamento in rete tra gli studi medici delle AFT e con la sede distrettuale di AFT e UCCP.

Provincia Autonoma di Trento – L’art. 24 dell’AIP 2013 regola il tema dell’informatizzazione e prevede che tutti i medici di assistenza primaria garantiscano il 90% delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di visite specialistiche in formato elettronico. Per tale obiettivo è prevista una indennità annuale pari a 300 euro. Inoltre un’indennità informatica mensile pari a 77,50 oppure 150 euro è riconosciuta rispettivamente qualora l’Azienda fornisca direttamente la strumentazione necessaria alla connessione, equiparando la postazione dei MMG a quelle aziendali, oppure qualora il medico decida di predisporre i necessari collegamenti con l’infrastruttura aziendale. I MMG sono anche coinvolti in alcune progettualità collegate alla piattaforma TreC, che nel tempo è stata validata anche per la gestione remota di alcuni pazienti cronici. La prescrizione di queste app è per il momento specialistica, ma anche MMG e infermieri di comunità accedono ad alcune informazioni.

Toscana – Già dall’AIR 2012 si prevede che la Regione metta a disposizione della MG il sistema di cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART) per veicolare le informazioni alle singole ASL. Si prevede inoltre che ogni AFT debba essere dotata di un proprio SI con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Il sistema prevedrà: servizi anagrafe, gestione scelta e revoca, e-prescription, numero ricetta elettronica, esenzioni per reddito e ticket, Patient Summary, Chronic Care Model, dati presenti su ACN MMG e PLS, certificazione telematica di malattia INPS.

Valle d’Aosta – Tutti i medici della VdA sono in rete con il software gestionale Millewin, la cui licenza è fornita dalla Regione a fronte del rispetto del debito informativo.

Veneto – L’utilizzo di software con caratteristiche di completa interoperabilità tra medici di famiglia delle MGI è uno degli obiettivi previsti nell’AIR 2015. Gli standard per l’informatizzazione dei MMG sono stati definiti con DGR 1753/2013, mentre con precedente DGR 953/2013 era stato stabilito un contributo pari a euro 230 mensile per gli adempimenti previsti dagli accordi nazionali e regionali.

si limitano a garantire la corresponsione di una indennità forfettaria mensile di 77,47 euro (art. 79) per la gestione informatizzata della scheda sanitaria individuale, altre regioni stanno lavorando per garantire la massima interoperabilità tra i gestionali degli MMG e i sistemi aziendali. In alcuni contesti regionali si inizia anche a normare l’erogazione di alcune prestazioni diagnostiche da parte

dei MMG in regime di telemedicina oppure si fa ricorso all'utilizzo di tecnologie *mobile* per l'automonitoraggio dei pazienti con controllo a distanza dei professionisti, come nel caso dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Si tratta di esperienze "apripista" che in molti contesti aziendali sono in fase di gestazione o di implementazione spesso parziale (relativa ad alcune strutture organizzative e non all'intera azienda) e che non è stato possibile approfondire in questa sede.

11.5 L'organizzazione della Medicina Generale in Veneto e Lombardia tra cooperative e medicine di gruppo integrate

11.5.1 Selezione dei casi e analisi dei contesti locali

Due modelli regionali, quello veneto e quello lombardo, risultano paradigmatici nello scenario nazionale per gli orientamenti strategici che esprimono: da una parte vivono importanti trasformazioni degli assetti istituzionali che arrivano a creare fusioni aziendali tra ASL e AO, quali le ASST lombarde, oppure fondono insieme aziende della medesima natura come le Ulss venete (fenomeno diffuso all'interno delle riforme regionali più recenti, quali, ad esempio, Toscana e Lazio); dall'altro hanno imboccato percorsi profondamenti diversi nell'interpretazione del ruolo della MG all'interno della filiera dei servizi territoriali.

Con la L. R. 23/2015, infatti, la Regione Lombardia ha rinnovato i propri assetti con l'introduzione delle ATS (Agenzie per la Tutela della Salute) incaricate di intermediare il rapporto tra regione e aziende sanitarie di erogazione. Si ricorda che la MG afferisce alle ATS che, però, in quanto agenzie, non sono aziende di erogazione (sono le ASST ad erogare i servizi territoriali oltre a quelli ospedalieri, come già accennato). Con le successive delibere attuative (DGR X/6164/2017 e DGR X/6551/2017), è stato delineato un nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici (PIC) che parte da un sistema di classificazione della popolazione cronica a seconda delle patologie, per 62 categorie clinicamente omogenee nella logica propria del PHM (Berwick, Nolan e Whittington, 2008), di eventuali comorbidità o di condizioni di fragilità socio-sanitarie. Vengono così identificati 3 livelli di complessità, a cui sono associati 3 differenti livelli di bisogno per tutta la popolazione cronica residente.

Il modello prevede inoltre l'attivazione, da parte del cosiddetto Gestore, di piani di assistenza individuali (PAI) che dettagliano tutte le attività che per il paziente devono essere erogate nell'arco di un anno, insieme alle prescrizioni farmacologiche per la cura della patologia. Possono candidarsi quale Ente Gestore sia i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie accreditati e a contratto con il SSL, sia i soggetti del sistema delle cure primarie. In prima battuta la possibilità di adesione al modello era garantita solo ai MMG orga-

nizzati in cooperative, i quali in qualità di *clinical manager* assumevano la responsabilità dell'erogazione delle attività del PAI attivando anche altri soggetti della filiera, sia pubblici sia privati accreditati. Questo ha generato la stipula di una fitta rete di accordi tra i MMG in cooperativa e gli erogatori del territorio allo scopo di garantirsi la possibilità di far erogare per i pazienti cronici tutte le attività previste nel PAI. La DGR 754/2018 ha inoltre introdotto una nuova ed ulteriore modalità di presa in carico da parte dei MMG in forma singola, confermando quindi l'importanza del ruolo della MG nel modello.

La Regione Veneto ha invece optato per un approccio di PHM basato sul sistema di classificazione ACG (*Adjusted Clinical Groups*) sviluppato dall'Università Johns Hopkins di Baltimora. Il sistema, integrando i dati dei flussi informativi sanitari correnti, consente di segmentare la popolazione in 93 categorie ACG i cui assistiti condividono pattern simili di bisogni e per i quali, secondo una logica predittiva¹², ci si attende un consumo simile di risorse assistenziali. Questa capacità previsionale del carico assistenziale atteso permette di programmare le attività prima che la domanda si manifesti e di anticipare processi di aggravamento della condizione di salute del paziente. La possibilità di classificare i pazienti in coorti omogenee grazie agli ACG rende quindi possibile avviare "programmi mirati di coordinamento delle cure che allineino medici, specialisti, infermieri e operatori socio-sanitari della filiera assistenziale, con particolare riferimento al MMG e ai distretti" (Progetto ACG, Relazione finale sulle attività progettuali del secondo anno di sperimentazione – Regione Veneto). La Regione, con la L.R. n. 23/2012 prima e il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 poi, ha quindi disciplinato il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multi professionali e qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata. Il PSSR 2012-2016 ha in particolare riconosciuto la funzione centrale delle Cure Primarie nel SSR e ne ha disciplinato lo sviluppo attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata (MGI). Si ricorda che si tratta di una forma di concentrazione fisica dei servizi territoriali intorno ai MMG organizzati spesso secondo le forme associative tradizionali (tipicamente la medicina di gruppo). Ciò al fine di avvicinare la MG sia ai servizi sanitari che sociosanitari e di supportare il paziente nei suoi percorsi logistici portandogli i servizi in prossimità della sua residenza.

¹² In generale, l'utilizzo dei sistemi informativi per il governo della domanda ha permesso di mettere a punto gli algoritmi per determinare il rischio di patologie e di ricorso ai servizi sanitari in base ad eventi registrati nei sistemi informativi. La portata predittiva del sistema ACG riguarda sia le risorse consumate, sia i costi, essendoci una relazione tra il case-mix descritto dal sistema ACG e il consumo di risorse sanitarie. Il sistema ACG è anche in grado di fornire, almeno in parte, una chiave di interpretazione dei costi sostenuti dal sistema per le diverse coorti e nei diversi territori. Per approfondimento si faccia riferimento al Capitolo 18 del Rapporto OASI 2018.

Per tale motivo, le MGI hanno natura multidisciplinare e multi-professionale, essendo costituite da MMG e PLS, Specialisti, Medici della CA, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali. Questo modello garantisce ai propri assistiti una maggiore accessibilità, prevedendo la presenza della MG nella sede di riferimento h12 e una integrazione con la CA per garantire una efficace copertura h24.

Il quadro sinteticamente presentato evidenzia le differenze tra le due esperienze: da una parte la Lombardia sgancia dalla filiera di erogazione la MG e l'affida al soggetto intermedio (ATS) che ha funzioni programmatiche e negoziali; il Veneto, invece, sostiene l'integrazione della MG all'interno della filiera di servizi territoriali e per rafforzare la capacità di governo sulla MG promuove anche la sperimentazione di nuove forme contrattuali per i giovani MMG, come l'accreditamento introdotto dalla L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018¹³. Da un lato i MMG lombardi sono chiamati a organizzarsi in soggetti privati come le cooperative per partecipare al modello regionale (non avrebbero diversamente la possibilità di negoziare e fare accordi con gli altri soggetti erogatori), dall'altro nel caso veneto si trovano sia strumenti programmatori (come l'ACG, oltre agli accordi regionali e aziendali) sia rapporti formali nuovi per allineare la MG ai processi erogativi territoriali.

I paragrafi successivi entrano più in dettaglio, analizzando la più ampia cooperativa di MMG in Lombardia e una storica MGI veneta.

11.5.2 Il caso Lombardo: Iniziativa Medica Lombarda

La nascita di Iniziativa Medica Lombarda (IML) risale al 2011, quando 24 MMG delle province di Bergamo e Milano decidono di unirsi in cooperativa. Negli anni successivi il numero degli iscritti e le aree territoriali di intervento sono progressivamente cresciute: attualmente la cooperativa conta oltre 700 soci che operano tra le province di Sondrio, Monza, Mantova, Brescia, Como, Bergamo e Milano.

La cooperativa negli anni ha maturato una profonda esperienza nella gestione della cronicità. Dal 2012 al 2017 ha partecipato attivamente al progetto CReG (*Chronic Related Group*), prendendo in carico circa 55 mila assistiti. La sperimentazione prevedeva che, una volta individuate le EPA (Elenco Prestazioni Attese), che rappresentavano le prestazioni più probabili per i pazienti reclutati nel modello CReG, il MMG definisse per ogni paziente un piano assistenziale individuale (PAI). Dal 2017 IML ha aderito al progetto PIC (Presa in

¹³ Si precisa che non solo il Veneto sostiene l'integrazione fisica della medicina generale all'interno della filiera dei servizi territoriali: la presenza di modelli regionali di PHM, di configurazioni aziendali omogenee nel territorio e di un recente riassetto istituzionale lo rendono confrontabile con quello lombardo che orienta la MG verso il modello cooperativo.

carico del paziente cronico), arruolando in qualità di Ente Gestore circa 70.000 pazienti e stilando circa 60.000 PAI.

Come Ente Gestore, la cooperativa ha il compito di attivare e coordinare gli erogatori per l'erogazione delle prestazioni previste nel PAI, assicurando l'integrazione tra i differenti livelli di cura. Il processo di prenotazione e accesso alle agende degli erogatori avviene attraverso un Centro Servizi interno. Attualmente la cooperativa dichiara di aver prenotato internamente circa il 90% delle prestazioni previste nei PAI del paziente. Essa fornisce un sostegno ai MMG soci nella loro attività di gestori tramite operatori sanitari qualificati e una *case manager* coordinatrice che è in contatto con i medici e con tutte le *case manager* infermieristiche dei singoli studi.

La cooperativa si occupa inoltre della fornitura di strumenti informatici avanzati che discendono dall'esperienza CReG e consentono ai soci di:

- ▶ compilare il PAI a partire da un format precompilato costruito sulla base dei PDTA delle ATS per le principali patologie croniche;
- ▶ trasferire il PAI sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- ▶ modificare il PAI;
- ▶ indicare le prestazioni effettuate rispetto a quelle prenotate.

Una cooperativa creata ad hoc (GS.MED) fornisce inoltre ai propri soci pacchetti di servizi “chiavi in mano” per la gestione degli studi medici: dalla gestione dell'immobile (affitto, utenza, etc.) alla contrattualizzazione del personale infermieristico e amministrativo. Essa, inoltre, si occupa di dotare gli studi medici di strumenti di supporto al telemonitoraggio e alla telemedicina che consentono di offrire ai pazienti servizi “di prossimità” diffusi sul territorio lombardo. Come disciplinato dall'ultimo AIR, infatti, i soci possono, all'interno della PIC, effettuare nei propri studi alcune prestazioni di primo livello per i propri pazienti tra le quali ECG, Spirometria e Fundus Oculi. Il paziente, in questo modo, trova attraverso le attività che la MG organizza in cooperativa anche un supporto per garantirsi l'accesso alle cure (avere la prescrizione non significa necessariamente fruire della prestazione), per gestire l'agenda evitando di disattendere ai follow up e soprattutto di avere un interlocutore di riferimento (oltre al MMG anche il *case manager*).

11.5.3 Il Caso Veneto: la Medicina di Gruppo Integrata

La MGI “Medici Insieme Vicenza” nasce nel 2004 come forma associativa di Medicina di Gruppo in conformità con quanto previsto dall'ACN del 2000 e si sviluppa poi in UTAP nel 2007, attivando un Servizio di Prenotazione Unica Aziendale CUP, un Punto Prelievi Aziendale e un ambulatorio infermieristico orientato prevalentemente alla cura del diabete. Attualmente Medici Insieme Vicenza conta 8 MMG, 6 tra infermieri e personale di segreteria e 12.139 assistiti.

Presso la MGI, aperta h12, accedono in media 400 pazienti al giorno ricevuti dai medici prevalentemente su appuntamento, anche se è previsto un ulteriore sistema di gestione “Fuori Lista” per i pazienti che si presentano in studio con un’urgenza. La prenotazione degli appuntamenti può avvenire tramite sportello di segreteria, telefonicamente (4 linee telefoniche dedicate) oppure tramite CUP4Med, un’applicazione per smartphone o PC che consente ai pazienti di prenotare le proprie visite o prescrizioni farmaceutiche, automatizzando e ottimizzando per la MGI la ricezione e registrazione degli appuntamenti e la ripetizione di ricette.

La MGI ha sviluppato inoltre delle relazioni consolidate con le strutture erogatrici pubbliche, le quali preservano, soprattutto nell’ambito di alcune branche specialistiche (diabetologia, pneumologia, cardiologia), degli slot dedicati per gli assistiti delle MGI. Le visite e gli esami specialistici possono essere prenotati direttamente dalla MGI tramite un punto CUP interno.

Medici Insieme Vicenza dispone inoltre di un ambulatorio infermieristico al cui interno vengono erogate direttamente prestazioni necessarie all’espletamento dei PDTA (diabete mellito, BPCO, scompenso cardiaco, terapia anti-coagulante orale) oltre alla normale attività per medicazioni, prelievi ematici, controllo pressione arteriosa e parametri vitali, lavaggio auricolare, educazione sanitaria, counseling aderenza terapeutica. Queste prestazioni sono erogate in forma gratuita per il paziente.

Il gruppo è dotato di rete informatica per la gestione della cartella clinica che permette il collegamento tra tutti gli operatori sanitari e con la Regione Veneto: in collaborazione con quest’ultima e il gruppo Arsenal.IT¹⁴ è stata avviata una sperimentazione volta a inviare al medico i referti di diagnostica strumentale, delle visite specialistiche, degli esami ematici oltre al Patient Summary.

Una cooperativa sociale, Salute e Territorio Società Cooperativa, fornisce un pacchetto di servizi ai MMG che comprende: personale di studio, infermiere professionali, materiale d’uso, affitto locali, rete telefonica e centralino, e un servizio di formazione.

Il referente della MGI ha frequenti contatti con il Direttore del Distretto che rappresenta l’interfaccia non solo per la programmazione delle risorse da allocare per i pazienti in carico (ad esempio, i piani per la domiciliarità), ma aiuta anche nel dialogo con la rete degli ospedali per avere accesso a prestazioni

¹⁴ Il progetto è nato nel 2006 quando emerse l’esigenza di realizzare una cartella in grado di gestire i dati clinici del paziente e di condividerli tra tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Veneto. Il progetto è stato coordinato dall’Ulss 16 Padova e ha coinvolto 16 aziende della Regione. Il Consorzio di Telemedicina, poi divenuto Arsenal.IT, ha coordinato e supportato il Gruppo di Lavoro Interaziendale nelle fasi di progettazione dell’iniziativa, predisposizione del capitolato di gara e verifica dei percorsi amministrativi. Attualmente ha il compito di supervisionare l’evoluzione del sistema, al fine di preservare l’uniformità ed omogeneità alle soluzioni personalizzate richieste dalle aziende per garantire nel tempo l’interoperabilità della soluzione.

aggiuntive rispetto a quelle previste negli accordi in essere (sia in termini di volumi che di tipologia). Il modello ACG rappresenta una straordinaria occasione sia per supportare la fase di programmazione (attualmente solo a seguito della domanda si organizza l'offerta territoriale) sia per fare *case finding* dei casi più fragili che non esprimono domanda o sfuggono all'aderenza. Di seguito, la Tabella 11.2 sintetizza i principali elementi di confronto emersi dai due casi.

Tabella 11.2 **Comparazione dei modelli di offerta della medicina generale.**

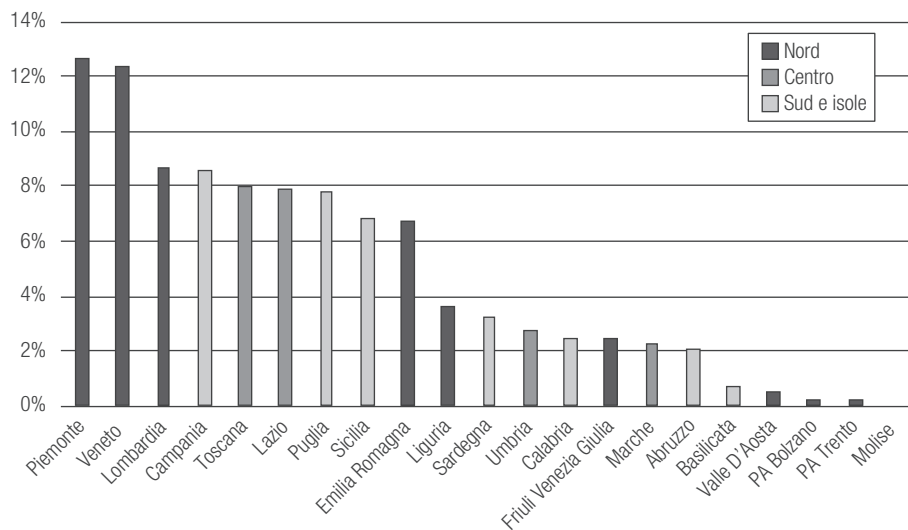
	Iniziativa Medica Lombarda	Medici Insieme Vicenza
Numero MMG	Oltre 700	8
Nascita	2011	2004
Modello organizzativo	Cooperativa	Medicina di gruppo integrata
Prenotazioni delle prestazioni	Attraverso Centro Servizi della cooperativa	Attraverso CUP interno collegato a quello aziendale
Accesso alla specialistica	Sì, attraverso accordi con erogatori a contratto	Sì, attraverso accordi aziendali e di associazione
Sistema di PHM	In uso	Non ancora in uso
Sistema informatizzato per raccolta dati paziente	Sì	Sì
Servizio screening e vaccinazione	Sì	Sì
Relazioni con distretto socio sanitario	No	Sì
Reportistica periodica inviata dall'ASL	Sì, sull'andamento della spesa e sulla popolazione	Sì, legata anche agli obiettivi dell'accordo
Introduzione AFT nella regione	No	Sì
PDTA di riferimento secondo il modello regionale	Delle ATS	Regionali
Presenza Case manager	Sì, infermieri	Sì, infermieri
CdR "territoriale"	No	Sì

11.6 I risultati della survey

Nel presente paragrafo si sintetizzano le risposte ottenute dal questionario sulla diffusione dei modelli organizzativi della MG, allo scopo di fornire una descrizione del quadro emerso.

In totale, sono state raccolte le risposte di 946 MMG, di cui 271 donne e 675 uomini¹⁵. Il 92% del campione ha dichiarato di avere un'età maggiore di 50 anni, mentre solo il 4% di essere under 40. Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei rispondenti, il 47% dei questionari sono stati completati da MMG che esercitano la loro attività in regioni del Nord Italia, mentre il 21% dei questionari arrivano dal Centro Italia e il 32% del campione dei rispondenti esercita la propria attività in regioni del Sud Italia e nelle Isole. In particolare, dal grafico in Figura 11.2 si osserva che la regione più rappresentata in valori

¹⁵ Ciò corrisponde a circa il 5% del totale degli iscritti alla FIMMG.

Figura 11.2 **Distribuzione geografica dei rispondenti (n = 936)**

Fonte: OASI, 2019

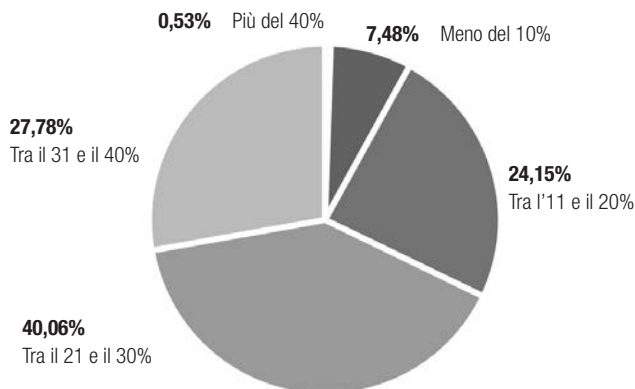
assoluti nel campione è il Piemonte, con 118 questionari completati, seguito da Veneto (116 questionari), Lombardia (81 questionari) e Campania (80 questionari). Poco rappresentate sono invece regioni come Basilicata, Valle D'Aosta e le due Provincie Autonome. Non sono state ricevute risposte da parte del Molise.

Se il 61% dei MMG che hanno completato il questionario lavora in un contesto urbano, il 19% esercita la propria attività in un contesto rurale, il 15% in una città metropolitana e il 5% in montagna.

Dopo aver indagato informazioni come età, distribuzione geografica e contesto di lavoro, sono state poste alcune domande in merito agli assistiti. La metà dei rispondenti ha un numero di assistiti superiore al massimale ordinario previsto dagli ACN (1.500), mentre il 39% ha un numero di assistiti compreso tra 1.001 e 1.500 e il restante 10% ha un numero di assistiti inferiore a quota 1.000.

Tutti i medici segnalano inoltre che una quota significativa dei loro assistiti è affetto da almeno una patologia cronica, seppure con percentuali differenti. Circa il 68% dei MMG riporta di avere in carico una percentuale elevata di pazienti cronici, corrispondente ad oltre il 31% del totale dei loro assistiti. Nello specifico, il 28% dei MMG ha segnalato di avere in carico più del 40% dei propri assistiti con una o più patologie croniche. D'altra parte, il 24% del campione dichiara che la percentuale di assistiti cronici è compresa tra 21% e 31% mentre solo l'8% dei rispondenti ha in carico una percentuale di pazienti cronici pari a meno del 20% del totale dei propri assistiti (Figura 11.3).

Figura 11.3 **Assistiti con almeno una patologia cronica (%) (n = 936)**

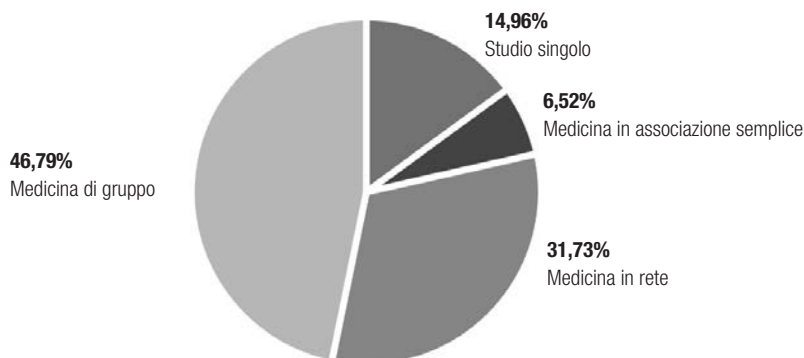


Nella sezione sui modelli organizzativi è stata indagata la diffusione delle forme associative previste dall'ACN e delle forme organizzative come AFT e UCCP. Circa l'85% dei rispondenti aderisce a una forma associativa "istituzionale" e il 31% partecipa a società di servizio. È molto più frequente l'adesione a una società di servizio per i medici associati in gruppo: il 46% di loro fa parte di una società di servizi, rispetto al 23% dei MMG in rete e al 14% di quelli non associati.

La Figura 11.4 mostra che, tra le forme associative, si riscontra una chiara prevalenza di medici che lavorano in gruppo (46,8%) o in rete (31,7%) rispetto alla forma di associazione semplice che risulta essere la meno utilizzata (6,5%), meno diffusa persino della mancata adesione ad una forma associativa (15,0%).

Il numero di medici che compongono le diverse forme associative risulta essere invece più omogeneo. Il 56% delle risposte indica che, in media, le forme associative semplici, in rete o di gruppo sono composte da 3 a 5 medici.

Figura 11.4 **Partecipazione alle forme associative diverse da cooperative e società di servizi (%) (n = 936)**



Per quanto riguarda invece le società di servizi e le cooperative, quasi la totalità dei MMG che ha dichiarato di farne parte aderisce ad una società di servizi sotto forma di una cooperativa (nel 90% dei casi). Gli esiti del questionario mostrano che i beni e servizi di cui i MMG si avvalgono attraverso la società di servizi sono: personale, servizi informatici, sedi o studi per l'attività ambulatoriale, beni strumentali, servizi informativi, revisione di qualità o altro.

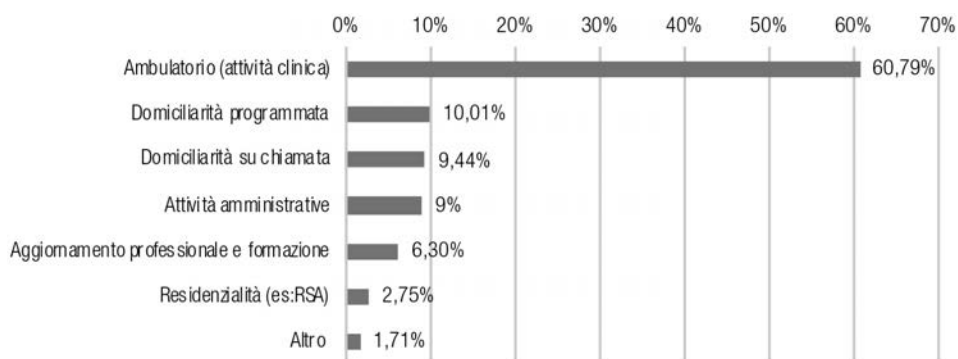
Passando all'analisi delle relazioni tra i MMG e i loro collaboratori, più della metà dei medici del campione si avvale del collaboratore di studio medico (68%), contrattualizzato per il 56% dei casi dai singoli MMG, per il 31% dalla società di servizi e per il 13% da altri attori. A differenza del collaboratore di studio, il personale infermieristico sembra essere meno diffuso tra i medici del campione. Nel 71% dei casi viene infatti dichiarato di non avere personale infermieristico nell'esercizio della propria professione. Nei casi in cui tale figura è invece presente, essa è contrattualizzata il più delle volte dalla società dei servizi e solo nel 30% dei casi dal medico singolo.

Spostando il focus di analisi dalle forme associative alle altre forme organizzative come le AFT, si nota come una quota minoritaria dei MMG rispondenti dichiara di farne parte. A conferma di ciò, il 62% dei rispondenti afferma di non far parte di una AFT. È interessante notare come il 4% del campione a questa domanda abbia risposto "Non lo so", ad indicare la mancanza di chiarezza presente sul tema. Ancor più di rilievo appaiono i risultati emersi dall'indagine della diffusione delle UCCP, o altre forme di integrazione multiprofessionale a livello strutturale: ben l'87% della coorte analizzata non fa parte di un'unità complessa di cure primarie. In sostanza, nonostante l'enfasi posta dalla normativa in merito alla diffusione di queste due forme organizzative, riprese più volte dal 2009 in poi, sono effettivamente poche le regioni che hanno reso queste innovazioni operative e, di conseguenza, i MMG che ne fanno parte.

La terza e ultima sezione del questionario ha indagato le modalità di organizzazione del lavoro dei MMG. Fatto cento il totale del tempo di lavoro dei MMG, è stato chiesto loro di indicare la percentuale che dedicano ad ognuna delle seguenti attività: attività ambulatoriale, visite a domicilio programmate, visite a domicilio su chiamata, attività svolte in setting residenziali, forme di aggiornamento professionale e formazione, attività amministrative e altro (Figura 11.5).

In primo luogo, l'attività ambulatoriale (attività clinica) risulta essere l'attività a cui i MMG dedicano la maggior parte del proprio tempo. Ad essa è infatti stato attribuito un peso medio di circa il 61%. Va detto che questa voce è quella con la deviazione standard maggiore rispetto alle altre, pari a 14,95 punti percentuali, a dimostrare l'alta variabilità delle risposte ottenute. In questa voce viene anche rilevato il dato più alto per quanto riguarda il valore massimo indicato, pari a 99%. A seguire, le visite domiciliari occupano complessivamente in media circa il 19% della loro agenda. In particolare, anche se le visite a domi-

Figura 11.5 **Distribuzione media del tempo di lavoro tra le attività proposte (n = 936)**



cilio programmate appaiono essere leggermente più frequenti rispetto a quelle su chiamata, i due valori sono abbastanza allineati e si distanziano di meno di un punto percentuale. L'attività clinica svolta in ambulatorio e a domicilio, pertanto, cuba complessivamente circa l'80% del tempo di lavoro dei MMG. Il restante 20% del tempo è suddiviso tra l'attività amministrativa, la formazione e la residenzialità. Il lavoro amministrativo impiega in media il 9% del tempo dei MMG, nonostante per questo campo la deviazione standard sia piuttosto alta e pari a 9,68 punti percentuali, a riprova di una distribuzione delle risposte non omogenea, tanto che il valore massimo indicato per questa attività da un singolo rispondente è pari a 87%. Per finire, le forme di aggiornamento professionale e di formazione (6% in media tra i rispondenti) e le attività assistenziali nei setting residenziali (3%) risultano essere marginali nel paniere di attività dei MMG intervistati.

In merito a questa domanda, confrontando le risposte di MMG associati in gruppo rispetto a quelle dei MMG in associazione semplice, in rete o non associati, si nota come non ci sia alcuna variazione tra i due gruppi. La distribuzione delle attività non cambia a seconda che un MMG sia associato in gruppo o meno. Se lo stesso confronto viene eseguito tra le risposte di MMG aggregati in AFT o UCCP e le risposte di MMG che non partecipano a tali forme aggregative il risultato è identico: non si nota alcun cambiamento tra la distribuzione delle risposte. Da ciò si può dedurre che non ci sono diversi pattern di comportamento a seconda che un MMG sia associato in gruppo o che faccia parte di una forma aggregativa quali AFT o UCCP.

L'ultima parte del questionario ha indagato due dimensioni: da un lato vengono valutate le modalità di interazione tra MMG e specialisti ospedalieri, dall'altro si analizzano le modalità di accesso agli ambulatori dei MMG da parte dei pazienti. Queste due dimensioni consentono di avere una proxy del livello di integrazione dei MMG con la filiera dei servizi. Per quanto riguarda le intera-

zioni tra MMG e specialisti ospedalieri, esse risultano essere scarse, avvengono prevalentemente per valutare i singoli casi e in modalità telefonica. Esaminando nel dettaglio queste voci, vediamo che il 68% dei rispondenti pensa che lo scambio di informazioni con gli specialisti ospedalieri sia scarso, mentre il 16% lo ritiene addirittura assente. Solo il 15% dei MMG del campione è soddisfatto dallo scambio di informazioni con gli specialisti ospedalieri. La percezione della qualità degli scambi con gli specialisti tendenzialmente non cambia se si analizzano le risposte date dai medici associati in gruppo rispetto a quelle date dai medici in associazione semplice, in rete o non associati (considerati come un unico gruppo di analisi). Infatti, i primi considerano scarso lo scambio con gli specialisti nel 70% dei casi, mentre i secondi nel 67% dei casi. Gli scambi sono valutati come soddisfacenti nel 16% dei casi dai MMG in gruppo e nel 15% dei casi dai MMG non associati. Una leggera variazione si può notare riguardo all'assenza degli scambi: i medici associati in gruppo considerano assenti gli scambi con gli specialisti nel 14% dei casi, mentre i MMG non associati nel 18% dei casi. Risultati simili si ottengono se si ripete la stessa analisi confrontando le risposte dei MMG aggregati in AFT o UCCP rispetto a quelle dei MMG che non fanno parte di nessuna di queste forme aggregative. Entrambi i gruppi trovano scarsa la qualità degli scambi (68% i primi e 69% i secondi). Si nota una leggera differenza per le voci "assente" e "soddisfacente". Chi non è aggregato in AFT o UCCP nel 18% dei casi ritiene assente lo scambio e nel 13% dei casi lo definisce soddisfacente, mentre chi è aggregato lo ritiene assente nel 14% dei casi e soddisfacente nel 18% dei casi. In sintesi, valutando la correlazione della qualità degli scambi sia in relazione alle forme associative sia in relazione a quelle aggregative si può concludere che non sembrano esserci correlazioni significative e che le risposte sono mediamente omogenee: il fatto di aderire ad un'associazione o ad una AFT o UCCP non rende necessariamente migliore la qualità degli scambi con gli specialisti.

Quando si analizzano le finalità di questi scambi, emerge che essi sono rivolti sempre (96% delle risposte) all'analisi del singolo caso. Solo il 3% degli scambi sono funzionali all'analisi di aspetti clinici generali della patologia e l'1% all'analisi di gruppi di pazienti comparabili. Infine, le modalità di interazione sono nel 74% dei casi telefoniche, nel 9% dei casi "de visu", nel 4% dei casi avvengono via email e solo nel 3% dei casi le interazioni avvengono tramite un sistema informativo condiviso. Il 9% dei rispondenti utilizza altre modalità di confronto.

Per quanto riguarda infine le modalità di accesso ai servizi, il questionario mostra che gli assistiti accedono agli studi medici prevalentemente su appuntamento, non sono previste delle agende programmate per gli accessi dei pazienti cronici e i MMG non possono prenotare prestazioni di secondo livello per i loro pazienti direttamente dal loro studio. Entrando in maggior dettaglio, le risposte relative alla modalità di accesso per gli assistiti hanno una distribuzione ab-

bastanza omogenea: l'appuntamento risulta la modalità di accesso prevalente (42% dei casi) ma i pazienti possono anche accedere liberamente (34% dei casi). Nel 25% dei casi non è prevista la modalità di appuntamento e i pazienti vengono ricevuti soltanto per accesso libero. Inoltre, i pazienti cronici non sembrano essere gestiti tramite agende programmate, che sono utilizzate solo dal 32% dei medici rispondenti. Anche in questo caso è interessante verificare se le risposte date cambiano a seconda che un MMG sia associato in gruppo o meno o che faccia parte di un'AFT/UCCP o no. Nel primo caso, le risposte variano di 6 punti percentuali tra i medici associati in gruppo e i medici non associati in gruppo: i primi hanno agende programmate per i pazienti cronici nel 35% dei casi mentre i secondi nel 29% dei casi. La differenza si fa più marcata analizzando le differenze tra le risposte di MMG che fanno parte di AFT o UCCP rispetto a chi non ne fa parte. I primi nel 42% dei casi dichiarano di utilizzare un'agenda programmata per i pazienti cronici, mentre i secondi la prevedono solo nel 24% dei casi. I 18 punti percentuali di differenza fanno quindi pensare che esista una correlazione positiva tra la partecipazione a forme aggregative quali AFT e UCCP e la gestione dei pazienti cronici tramite agende programmate. Infine, solo il 18% dei MMG può prenotare direttamente dal proprio studio le prestazioni di secondo livello per i propri pazienti, come la specialistica ambulatoriale e gli esami. Il restante 82% dei medici rimanda al paziente il compito di prenotare tali prestazioni.

11.7 Considerazioni conclusive

La ricostruzione dello stato dell'arte della MG in Italia è sempre operazione complessa: la natura del rapporto con il SSN non rende immediata neanche la stima aggiornata e puntuale della coorte dei MMG. Stimati in Italia 43.731 MMG con un rapporto di circa 72 MMG per 100 000 residenti (in Germania 70 MMG, in UK 75 MMG, in Francia 90 MMG per 100 000 residenti) (Eurostat, 2017). Andare in profondità rispetto alle scelte da essi compiute per l'organizzazione del loro lavoro con l'obiettivo di cogliere gli impatti sull'offerta per i pazienti non è mai stato compiuto su larga scala. Oltre alle questioni legate allo status di convenzionati, la messa in discussione del modello tradizionale delle ASL, dei suoi dipartimenti e dei distretti socio sanitari ha reso difficilmente paragonabili le esperienze regionali e modificato la relazione e gli strumenti che l'ASL ha per dialogare con loro. Di seguito alcune riflessioni che emergono dal quadro che è stato tratteggiato in precedenza.

– Il recente passato: una lunga storia di internalizzazione

Sia il livello nazionale che quello regionale hanno nel tempo costruito una cornice di interventi finalizzati a orientare i comportamenti dei convenzionati

verso gli obiettivi del sistema aziendale ASL. Da qui l'enfasi sul modello di organizzazione da essi adottato, piuttosto che gli sforzi di costruire veri e propri processi di *budgeting* nelle aziende sanitarie. Si tratta di interventi che hanno provato a superare la mera relazione negoziale (per i convenzionati abbiamo tre livelli di concertazione – nazionale, regionale e aziendale) inserendo la MG all'interno del quadro più ampio di strumenti di gestione e relazioni che legano tutte le parti dell'azienda ASL verso il proprio fine istituzionale. Si è trattato, in sostanza, di un lungo percorso di internalizzazione che appare faticoso non tanto per gli strumenti da adottare quanto per l'interpretazione strategica associata alla MG e la gestione delle relazioni tra le parti del sistema.

Quando nel corso degli ultimi anni è stata modificata l'architettura dell'ASL, il processo di internalizzazione ha vissuto una fase di ripensamento. Questo è valido anche nel caso in cui a cambiare sono "solo" i confini dell'ASL. Le economie di scala hanno un ruolo centrale nella capacità di orientamento che i MMG possono agire sulla popolazione in carico: se il perimetro del distretto socio sanitario si espande è difficile intrattenere relazioni con ogni sua parte e forse anche il ruolo di intermediazione del distretto socio sanitario cambia.

– Dibattiti antichi e innovazioni recenti: la multiprofessionalità territoriale

I paragrafi precedenti hanno evidenziato la scia lunga che hanno temi quali le AFT e le UCCP: gran parte delle aree di innovazione dei servizi territoriali che riguardano le cure primarie fa riferimento a temi seminati venti anni fa. Il tema delle AFT eredita sia il costante tentativo di costruire forme di collaborazione tra MMG per responsabilizzarli su obiettivi aziendali sia il superamento dei meccanismi associativi di natura volontaria. Tali tentativi sono storicamente stati legati allo sforzo di trasformare la contrattazione locale con la MMG in processi di budget che richiedono la definizione non solo di obiettivi ma anche di centri di responsabilità.

Allo stesso modo le UCCP, nate sulle ceneri delle UTAP, sono il grimaldello per la realizzazione di quelle forme di concentrazione dei servizi che usa i luoghi fisici per creare forme di allineamento professionale e per integrare logisticamente i percorsi dei pazienti soprattutto cronici.

Sebbene sia le AFT che le UCCP si rifacciano a dibattiti antichi, continuano a rappresentare, quando realizzate, delle innovazioni: da un lato questo è testimoniato dai risultati della survey sui circa 1.000 MMG che lavorano prevalentemente in modo tradizionale al di fuori delle une (le AFT) e delle altre (le UCCP). Inoltre, le AFT possono essere rappresentate come una sorta di passo indietro rispetto alle antiche équipes territoriali poiché queste ultime erano multiprofessionali mentre le AFT si rivolgono a singole famiglie professionali (solo MMG, solo PLS, ecc.). Ciò potrebbe essere interpretato come l'abbandono della chimera di CdR territoriali multiprofessionali responsabilizzati su obiettivi di salute per specifici territori. Si ricorda, però, che dove esse esistono

sono nate le agende dedicate ai pazienti cronici e sono più diffuse (anche se in modo marginale) le forme organizzate di servizio (dalla dotazione di infermieri e amministrativi agli accessi su appuntamento).

La modifica delle dimensioni e delle macroarticolazioni delle ASL ha mutato il ruolo che alle UTAP e alle UCCP veniva riconosciuto: esse rappresentavano una sorta di hub territoriale all'interno del perimetro del distretto socio sanitario. Infatti, spesso veniva ipotizzata la proporzione di un'UTAP per ogni distretto. Ampliando i confini del distretto e modificando l'articolazione aziendale, sono saltate le proporzioni di una rete di servizi che nel territorio del distretto trovava l'equilibrio tra accessibilità delle cure e servizi fisicamente concentrati per soglie di attività relativamente alte (si pensi ai modelli di Casa della Salute con gli ambulatori di patologia). Inoltre, proprio dalle UTAP e dalle UCCP arrivano le suggestioni normative che permettono la contaminazione delle Case della Salute che hanno caratterizzato specifici territori (come l'Emilia Romagna) nella stagione storica dei grandi investimenti organizzativi sull'assistenza territoriale.

Si nota infine come, nel corso degli anni, si sia gradualmente passati dal rendere volontari i sistemi organizzativi della MG ad una loro obbligatorietà. È questo il caso delle équipes territoriali volontarie che si sono evolute in AFT obbligatorie e delle UTAP, anch'esse volontarie, evolute in UCCP obbligatorie. Tuttavia, emerge che le forme promosse come volontarie hanno avuto una maggior risposta in termini di implementazione da parte della MG e non tutte le forme previste come obbligatorie si sono effettivamente diffuse nei vari territori. Ciò fa pensare che la leva dell'obbligatorietà non sia una variabile rilevante nel favorire l'adesione ad una forma organizzativa piuttosto che a un'altra.

– Una scelta per il futuro: internalizzazione vs esternalizzazione della MG

I due modelli regionali sinteticamente introdotti esemplificano in modo plastico le due tendenze che si stanno osservando. Il caso lombardo offre alcune riflessioni specifiche: le forme di esternalizzazione della MG puntano sull'imprenditorialità del MMG fino a chiedergli di operare attraverso un contenitore formale che consente di attivare una rete di scambi con soggetti pubblici e privati. Ciò significa che le forme di collaborazione con la MG avvengono prevalentemente per via negoziale e che si allenta la tensione culturale piuttosto che professionale che il soggetto pubblico può esercitare sui MMG: le forme di interiorizzazione degli obiettivi dell'ASL, che i processi di *budgeting* hanno tradizionalmente provato a veicolare ai MMG, rischiano di affievolirsi e le alleanze tra MMG e soggetti pubblici di costruirsi solo per via contrattuale. Il caso veneto si posiziona, invece, all'interno delle numerose esperienze regionali e aziendali in cui si usa la fisicità dei setting di erogazione per rafforzare le forme di integrazione all'interno della filiera e si tentano forme di organizzazione integrata dei processi di erogazione utilizzando gli strumenti della programmazione, della reportistica e del PHM. Questa via arriva ad allargare le forme di

integrazione fino a coinvolgere gli operatori del sociale chiamati a collaborare con la MGI. In questa prospettiva la MGI propone una elaborazione del ruolo dei MMG integrato attraverso gerarchia (e non mercato, usando la tassonomia di O. Williamson) con l'operato dell'Ulls.

Come è stato evidenziato dai casi regionali, i due modelli non sono divergenti sul fronte dell'offerta proposta al paziente o dei servizi che gli possono fornire. Quello che invece fa la differenza sono proprio i rapporti con il soggetto pubblico (ASL, ATS, ecc.) e le condizioni di integrazione con gli altri soggetti che erogano servizi sanitari. Sempre la cooperativa lombarda impiega lo strumento negoziale e contrattuale anche per le forme di collaborazione con gli altri erogatori (pubblici o privati). Nel caso della MGI invece sia le relazioni con l'ASL (intesa sia come produzione che come direzione) che con i soggetti intra o extra aziendali vengono intermediati dal distretto socio sanitario.

– Le integrazioni istituzionali che sciolgono i confini tra ospedale e territorio: quale ruolo per la MG?

Si stanno diffondendo nel Paese le esperienze di integrazione per via istituzionale della filiera di servizi ospedaliera e territoriale. In questa direzione si colloca non solo il modello delle ASST lombarde, ma anche alcune esperienze aziendali (ad esempio, ASL e AO di Reggio Emilia). Queste trasformazioni mettono in discussione i confini tra l'ospedale e il territorio: il setting ambulatoriale e quello di ricovero sono sempre esistiti sia all'interno delle ASL che delle AO. È sempre stata la natura istituzionale delle due classi di azienda che dettava il confine tra offerta ambulatoriale territoriale piuttosto che ospedaliera, era la vocazione dei "contenitori" che dirimeva la natura del setting o, in alcuni casi, il professionista che erogava la prestazione (sumaista, medico di continuità assistenziale, MMG, ecc.). Lungi dal profetizzare che gli agognati fenomeni di integrazione tra queste due diverse reti di offerta debbano avvenire per via istituzionale, è evidente che essi, però, "mettono nell'angolo" la medicina generale che si confronta con una organizzazione nuova e unitaria con la quale le forme di dialogo al di fuori della gerarchia sono più complesse. Inoltre solo in futuro sarà possibile verificare se tali fusioni producono l'ospedalizzazione del territorio (promuovendo forme di stadardizzazione dei servizi) piuttosto che la territorializzazione dell'ospedale (rafforzando i processi di personalizzazione che caratterizzano l'agire del territorio). In un sistema unitario d'azienda che concentra sia l'offerta territoriale che ospedaliera quali sono gli strumenti per mantenere alta la coesione della MG con il resto del sistema? Quali forme può assumere il processo di internalizzazione?

– Quale ruolo del distretto tra organizzazione e mercato?

A partire dal 2000 sia il livello nazionale che quelli regionale e aziendale della contrattazione con la MG hanno introdotto istituti che consentissero di usare

strumenti e approcci assimilabili a quelli della gerarchia per orientare i MMG verso gli obiettivi a cui tendevano le ASL. L'esperienza lombarda interrompe questa tradizione mostrando interesse verso il sistema delle società di servizi che pongono "a mercato" la medicina generale con la quale le intese vengono raggiunte su base negoziale. Da qui discende in primo luogo la necessità di costruire competenze e figure dedicate alla negoziazione con le cooperative dei MMG e al monitoraggio dei loro risultati. Quest'ultimo fenomeno appare particolarmente critico per un efficace orientamento sui comportamenti attesi da soggetti che si posizionano come erogatori o "intermediari" di erogazione. In Lombardia questa funzione è in capo alle ATS, supportate dalle altre agenzie regionali, chiamate da un lato a rispettare i quadri delle intese regionali e dall'altro a veicolare i fabbisogni delle ASST che sul piano erogativo si confrontano con le cooperative dei MMG. In questo scenario il ruolo del distretto socio sanitario è profondamente messo in discussione e rischia di coincidere semplicemente con una delle partizioni territoriali. Altra cosa accade nelle regioni che puntano alla internalizzazione della MG dove il distretto socio sanitario rimane e si rafforza come macroarticolazione organizzativa responsabile delle performance dei servizi in un determinato territorio e per tale motivo risulta proteso a sostenere le forme di integrazione tra i diversi soggetti che erogano servizi. In questa accezione si spiega il perché nelle forme di esternalizzazione l'aggregazione dei MMG non rappresenta più un CdR del territorio poiché gli obiettivi attesi nascono dalla negoziazione tra soggetti istituzionalmente diversi.

Il rafforzamento della connessione dei servizi territoriali prevede anche l'uso di centrali operative che supportano la transizione del malato tra i diversi setting e lo stesso sistema di PHM aiuta il dialogo e la programmazione delle risorse in modo mirato rispetto ai fabbisogni delle popolazioni. Il distretto socio sanitario aiuta la traduzione del piano di cura in una sequenza operativa di servizi che spesso devono essere portati a domicilio del malato o personalizzati in altro modo. In questo solco si collocano regioni quali l'Emilia Romagna, la Toscana, il Lazio, la Puglia e le altre regioni d'Italia che anche senza modelli di PHM preservano i modelli tradizionali di governo della MG. Esse rappresentano in ogni caso situazioni di elaborazione in corso del ruolo del distretto all'interno di un sistema di offerta che si è arricchito di Case della Salute/PTA, di ospedali di comunità e modelli domiciliari che, sebbene inventati, spesso non riescono a coprire la domanda.

– La gestione delle cronicità rappresenta il principale terreno di gioco: la sfida del governo della filiera

Molte delle innovazioni illustrate hanno alle spalle le scelte regionali sulla gestione della popolazione cronica. La complessità dell'aderenza terapeutica e di follow up del paziente cronico e la necessità di allineare più modelli di follow up per il paziente pluripatologico hanno indotto a ripensare le forme di gover-

no delle filiere. È soprattutto la polipatologia cronica che sfida i modelli organizzativi storici in un contesto in cui il dialogo tra MMG e specialisti (assai spesso ospedalieri) diviene cruciale. È il tema della cronicità che spinge a costruire soluzioni operative per integrare le filiere produttive; infatti l'antico dibattito sulla responsabilità della presa in carico del paziente cronico trova una risposta solo quando esiste un soggetto (non necessariamente una persona fisica) capace di condizionare e orientare la rete dei servizi. Da qui il ruolo del gestore che compare anche all'interno dell'ultimo atto di programmazione regionale del Veneto e richiede strumenti di prenotazione, raccolta informazioni, contatto col paziente (case manager) che rappresentano gli ingredienti interpretati in ricette diverse dai casi descritti ma anche da altri soggetti che su di essi si sono cimentati (il quadro regionale ha descritto molte regioni impegnate in questo sforzo).

Bibliografia

- Allen, L.N., Barkley, S., De Maeseneer, J., van Weel, C., Kluge, H., de Wit, N. *et al.* (2018), "Unfulfilled potential of primary care in Europe", *BMJ*; 363:k4469.
- Baird, B., Charles, A., Honeyman, M., Maguire, D., Das P. (2016), "Understanding pressures in general practice", King's Fund, disponibile *on line* https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., Whittington, J. (2008), "The Triple Aim: care, health, and cost", *Health Aff (Millwood)*; 27 (3): 759-69
- Bodenheimer, T., Pham, H.H. (2010), "Primary care: current problems and proposed solutions", *Health Aff (Millwood)*, 29(5): 799-805.
- Del Vecchio, M., Prenestini, A., Rappini, V. (2016), "Le nuove strutture intermedie: modelli organizzativi, target di utenti e formule di servizio", in CER-GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Ferrara, L., Morando, V., Tozzi, V.D. (2017), "Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio", in CER-GAS (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Galli, D., Vendramini, E. (2007), "Gli accordi integrativi regionali con la medicina generale", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Galli, D., Vendramini, E. (2008), "I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale", in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Hayhoe, B., Majeed, A., Hamlyn, M., Sinha, M. (2016), "Primary care workforce crisis: how many more GPs do we need?", *RCGP annual conference, Harrogate*, disponibile *on line* <http://www.rcgpac.org.uk/service-delivery-posters-3007-3013/>

- Majeed, A. (2017), “Shortage of general practitioners in the NHS”, *BMJ*; 358: j3191.
- Morando, V., Prenestini, A., Rappini, V. (2017), “Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio”, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.
- Morando, V., Tozzi, V.D. (2016), “Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa”, in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.
- Starfield, B. (1994), «Is primary care essential?». *Lancet*, 344: 1129-1133.