

**Collana CERGAS**

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

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

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

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

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

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

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

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

**Egea**

## 18 Sistemi di programmazione e controllo per la medicina generale: disegno, attuazione e percezione dei medici

*di Giacomo Corica, Davide Galli, Luca Heller e Paolo Tedeschi\**

### 18.1 Introduzione

L'inizio degli anni Novanta ha visto il SSN al centro di una complessa serie di interventi di riforma, la cui attuazione, a livello aziendale, si è tradotta nell'introduzione e nello sviluppo di un insieme di strumenti «manageriali» per il governo delle aziende (Fattore 1999).

È a quel periodo, infatti, che risale il maggior numero di sperimentazioni e introduzioni di strumenti di programmazione e controllo (sistemi di budget, contabilità analitica e reporting) ed è sempre in quell'epoca che le aziende sanitarie hanno avviato una politica di sviluppo di risorse professionali e tecnologiche finalizzata a supportare le nuove logiche di governo (dapprima nell'ambito delle strutture organizzative interne e, successivamente, coinvolgendo anche gli attori istituzionali della medicina convenzionata – Medici di famiglia, Pediatri di libera scelta, Specialisti ambulatoriali, Medici di continuità assistenziale). In tal senso evidenze recenti sono state portate dal rapporto OASI 2004 relativamente ai sistemi applicati nei rapporti con le strutture organizzative interne (Lecci, Longo 2004).

Per quanto concerne lo specifico del governo dell'assistenza territoriale l'argomento è stato già affrontato nel Rapporto Oasi 2001 (Cavallo, Tozzi e Vendramini 2001) con una disamina dei sistemi di programmazione e controllo in cinque Regioni italiane<sup>1</sup>, in quello 2002 (Vendramini 2002) mediante un'analisi di accordi aziendali decentrati, e infine sia nel 2003 sia nel 2004 analizzando le scelte regionali per il governo della medicina generale (Heller e Tedeschi 2003 e 2004) oltre all'evoluzione degli strumenti manageriali per la medicina genera-

---

\* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 18.1, 18.2 e 18.3.2 sono da attribuire a Paolo Tedeschi, il paragrafo 18.3.1 a Giacomo Corica, i parr. 18.3.3, 18.3.4, 18.3.5 e 18.3.6 a Luca Heller, i parr. 18.3.7, 18.3.8 e 18.4 a Davide Galli. Per il supporto offerto nella realizzazione della ricerca si ringrazia Gabriele Pastorino, studente della Laurea Specialistica CLAPI dell'Università Bocconi.

<sup>1</sup> Trattasi di Lombardia, Marche, Veneto, Toscana e Sicilia.

le (Heller 2004). Nel presente rapporto il Capitolo 8 inoltre affronta il tema della nuova convenzione per i MMG<sup>2</sup>.

Proprio alla luce di simili e ulteriori contributi emerge l'esigenza di indagare in profondità alcuni casi aziendali, al fine di ricostruire la configurazione effettiva degli strumenti e dei processi di negoziazione, controllo intermedio e verifica ex post della funzione di programmazione e controllo per le cure primarie.

## 18.2 Obiettivi e metodologia di studio

Gli obiettivi dello studio sono riassumibili nei seguenti:

- verificare se esista una distanza (e quale) tra l'impostazione formale del sistema di programmazione e controllo e l'attuazione/percezione da parte dei professionisti sanitari e delle funzioni di supporto; vengono indagati in particolare:
  - la tipologia e il mix degli obiettivi di programmazione e controllo (per esempio in termini economico-finanziari e clinico-assistenziali);
  - la natura e le dinamiche del processo negoziale (per esempio attori coinvolti, tipologia degli incontri, dinamiche gestite ecc.);
  - gli indicatori utilizzati (per esempio attività, risorse, spesa, consumi sanitari ecc.), le logiche di rappresentazione (per esempio produzione vs. prescrizione, prescrizione complessiva vs. indotta ecc.), i livelli di responsabilizzazione organizzativa (per esempio singolo MMG, gruppo di MMG, Distretti, ASL);
- analizzare il grado di maturità conseguito dal ciclo di programmazione e controllo per la medicina generale e le cure primarie, attraverso l'analisi:
  - degli strumenti per la definizione di obiettivi e la negoziazione di risorse (per esempio accordi aziendali, modulazione obiettivi);
  - della rigosità degli strumenti di rendicontazione (per esempio composizione, tempistica e modalità di utilizzo della scheda budget, reportistica intermedia e finale, maturità del sistema informativo locale);
  - del sistema di incentivazione, valutazione della performance e ricompensa (per esempio tipologia di incentivi, criteri di verifica e interpretazione dei risultati, responsabilità e modalità di erogazione degli incentivi);
- verificare la coerenza tra programmazione contenuta nel budget per la medicina generale e programmazione delle aree aziendali interdipendenti (per esempio Distretti sanitari, Dipartimenti territoriali, Presidi ospedalieri), analizzando in particolare:
  - l'esistenza di specularità o incoerenze tra obiettivi di programmazione e controllo e logiche di ricompensa professionale;

<sup>2</sup> Per una disamina completa e approfondita dei modelli organizzativi e degli strumenti operativi implementati a livello di cure primarie nel SSN si rimanda a Cavallo, Gerzeli, Vendramini (2001).

Tabella 18.1 **Le aziende del campione**

<b>Regione</b>	<b>Azienda</b>
<i>Lombardia</i>	ASL Provincia di Bergamo ASL Pavia
<i>Veneto</i>	ULSS n. 4 «Alto vicentino» di Thiene ULSS n. 9 Treviso
<i>Emilia Romagna</i>	AUSL Modena AUSL di Reggio Emilia
<i>Toscana</i>	AUSL 11 Empoli, Valdelsa, Valdarno AUSL 5 Pisa

- i livelli di responsabilità e la concatenazione degli obiettivi (aziendali, distrettuali e per le cure primarie; ospedalieri e territoriali) secondo logiche top-down o bottom-up;
- l’attivazione di un percorso di apprendimento comune e di responsabilizzazione diffusa tra attori e strutture organizzative coinvolte nelle cure primarie.

Sul piano metodologico, sono state selezionate 8 Aziende ritenute «mature» rispetto alla programmazione e controllo, in 4 Regioni managerialmente avanzate<sup>3</sup> (Tab. 18.1). Per «mature» si intendono ASL che da almeno tre anni hanno introdotto logiche e strumenti manageriali sul territorio. Di conseguenza, il quadro che emerge dall’analisi sovrastima la qualità media dei sistemi di programmazione e controllo utilizzati dalle aziende sanitarie in Italia.

In ognuna delle aziende del campione si intende ricostruire:

- il processo di programmazione e controllo progettato e dichiarato, attraverso l’analisi dei documenti aziendali;
- il processo attuato, attraverso lo studio dell’ultimo ciclo di programmazione e controllo concluso (esercizio 2004), verificato rispetto ai tempi della programmazione e alla valutazione degli scostamenti dei risultati rispetto agli obiettivi;
- la percezione del processo da parte degli attori coinvolti, attraverso interviste a professionisti in grado di esprimere punti di vista differenti rispetto all’azienda in cui sono inseriti.

<sup>3</sup> Vedi a proposito Cavallo, Gerzeli, Vendramini (2001).

L'analisi complessiva risulta strutturata in modo da ricostruire l'intero processo di programmazione e controllo in tutte le sue fasi (Borgonovi, 2000):

- definizione dell'architettura e delle regole del processo di programmazione;
- elaborazione degli obiettivi;
- controllo intermedio;
- controllo finale e valutazione.

L'analisi presso ciascuna delle aziende selezionate si sviluppa nella raccolta di materiale e documentazione sul sistema aziendale di programmazione e controllo e l'effettuazione di interviste strutturate. I documenti presi in considerazione sono: l'accordo collettivo regionale di riferimento per l'esercizio 2004, l'accordo integrativo aziendale in essere nel 2004, il regolamento di budget aziendale (se pertinente per le cure primarie), gli indirizzi di budget 2004 (se pertinenti per le cure primarie), esempi di schede di budget (per CdR distrettuali, gruppi di MMG e/o singolo MMG), report intermedi (per CdR distrettuali, gruppi di MMG e/o singolo MMG) e i report di fine esercizio (per CdR distrettuali, gruppi di MMG e/o singolo MMG). Sono stati intervistati: il responsabile dell'ufficio programmazione e controllo, un responsabile di struttura organizzativa territoriale (distretto, dipartimento ecc.), il responsabile del servizio medicina di base o dell'ufficio convenzioni (a seconda dei casi) e un MMG<sup>4</sup>.

### 18.3 Analisi dei casi aziendali

#### 18.3.1 ASL Provincia di Bergamo

Nell'ASL della Provincia di Bergamo il ciclo di programmazione si svolge attraverso la stipula di accordi aziendali con le rappresentanze sindacali con le quali si negoziano obiettivi e incentivi. Si tratta di un processo sostanzialmente *top-down*, in cui è la Direzione Strategica a proporre gli obiettivi che vengono poi declinati ai vari livelli.

Per quanto concerne gli obiettivi, nell'accordo in vigore per il 2004, l'ASL ha scelto di privilegiare la coerenza con gli obiettivi regionali, limitando proposte specifiche. Quindi esiste una forte coerenza e interdipendenza tra gli obiettivi regionali, quelli dell'ASL e quelli della medicina generale.

Il risultato è una forte attenzione all'appropriatezza della prescrizione dei far-

<sup>4</sup> Limitare l'intervista ai MMG a un'unica persona porta a restringere l'affidabilità e la generalizzabilità delle conclusioni in merito alla percezione del sistema. Per ovviare a questo problema e raccogliere comunque dati validi, si è chiesto alle aziende di selezionare MMG non sindacalizzati (quindi che non hanno lavorato tecnicamente agli accordi o alla programmazione), ma che per ruoli non sindacali e personalità, conoscono meglio di altri la realtà dei MMG.

maci e al contenimento della spesa, nonché alla continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio. Si può quindi affermare che il sistema di programmazione aziendale sostanzialmente recepisce gli obiettivi di governo clinico stabiliti a livello regionale. A questi obiettivi si aggiungono poi una serie di obiettivi aziendali, propri dell'ASL (formazione per favorire l'appropriatezza e la costituzione di una banca dati aziendale) o specifici per i MMG.

Nel dettaglio gli obiettivi che derivano dalla programmazione regionale sono:

- migliorare l'appropriatezza del ricorso al farmaco (progetto regionale in collaborazione con l'istituto M. Negri che si occupa del monitoraggio), all'assistenza ambulatoriale e alla diagnostica strumentale;
- rendere effettiva la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, favorendo il recupero della cronicità da parte di MMG e PLS (progetto Linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutici monitorato da un gruppo speciale all'interno del Dipartimento delle Cure Primarie e della Continuità Assistenziale – DCPCA);
- ottimizzare le risorse disponibili minimizzando gli sprechi e limitando gli interventi inappropriati degli specialisti sul territorio.

Gli obiettivi derivanti dalla programmazione aziendale per i MMG, invece, sono:

- aumento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e consolidamento del contenimento della spesa;
- incremento della prescrizione del farmaco generico;
- riduzione dei consumi inappropriati.

L'ASL di Bergamo ha previsto un'articolazione organizzativa territoriale per centri di responsabilità (CdR) strutturata su due livelli: i CdR di I livello, che possono essere il singolo distretto (per i distretti più grandi) o un'area territoriale maggiore (il raggruppamento di più distretti di piccole dimensioni, come per esempio, l'Area Bergamo Est, che comprende i distretti di Sarnico, Seriate, Lovere, Trescore), e i CdR di II livello che sono le varie forme di associazione dei MMG (i singoli MMG che nel 2003 rappresentavano da soli dei CdR, secondo l'ultimo accordo devono aggregarsi ad altre forme associative o formare nuovi CdR di II livello che riuniscono più MMG singoli). Interessante notare che vi è un momento formale di assunzione di responsabilità dei CdR formati dai MMG, che sottoscrivono una scheda di budget, parimenti ai CdR di I livello.

I dati legati al raggiungimento degli obiettivi sono messi a disposizione, attraverso il portale on-line dell'ASL che riporta dati di farmaceutica (aggiornati mensilmente), di specialistica e relativi ai ricoveri (aggiornati circa trimestralmente). Il maggiore utilizzatore del portale è il Direttore di Distretto che usa i dati come base di analisi e discussione con i vari MMG per valutarne l'andamento rispetto agli obiettivi concordati. Egli convoca i vari gruppi trimestralmente e in casi parti-

colari anche mensilmente per verificare situazioni anomale<sup>5</sup>. È da sottolineare che i report sono inviati ai medici prevalentemente attraverso posta elettronica, nella casella postale personale.

La reportistica è strutturata sul portale dell'ASL per ogni singolo medico e si può procedere ad aggregazioni per CdR di primo e di secondo livello che vengono utilizzati dai vari direttori di distretto per l'analisi e discussione con i gruppi dei MMG.

Per quanto riguarda gli indicatori, essi sono perlopiù di tipo qualitativo anche se esistono indicatori di tipo quantitativo legati ai volumi di prescrizione farmaceutica. Al momento non esistono ancora indicatori specifici per patologia o consumi sanitari dei singoli pazienti, ma è partita una sperimentazione legata ad alcuni progetti del 2005. Di seguito si riportano alcuni esempi di indicatori presenti nella scheda budget 2004:

- consegna scheda di budget firmata da tutti i componenti del CdR;
- costituzione o confluenza dei MMG singoli in CdR aggregati (nell'anno 2003, per partire con la costituzione dei MMG quali CdR, l'azienda aveva deciso che anche un singolo medico poteva essere considerato come CdR);
- partecipazione ad almeno 2 incontri su 3 tra medici;
- consegna delle «schede ricetta»<sup>6</sup> (almeno per il 30 per cento delle ricette per i farmaci oggetto dell'obiettivo) e delle relazioni degli incontri dei CdR.

Nel 2004 per il sistema incentivante è stata stanziata una quota pari a 600.000 euro che è stata ripartita in due fasi. La prima fase prevedeva la distribuzione di 400.000 euro per l'adesione dei MMG agli obiettivi di budget, mentre la seconda fase (secondo semestre 2004) prevedeva la distribuzione dei restanti 200.000 euro per il raggiungimento degli obiettivi negoziati in sede sindacale e sottoscritti dal CdR.

È opportuno sottolineare che gli incentivi collegati agli obiettivi per il 2004 sono principalmente di tipo monetario e che la proporzione dell'ammontare delle risorse legate al sistema incentivante aziendale rispetto all'ammontare complessivo definito dalle convenzioni è esiguo, pari allo 0,8 per cento circa del totale. Sono tuttavia previsti in futuro anche incentivi qualitativi quali il sabato libero e l'opportunità di usufruire di formazione gratuita.

Per quanto riguarda il criterio di valutazione<sup>7</sup> e l'erogazione degli incentivi, la scelta operata dall'azienda è stata quella di non creare una scala di fasce rispetto al

<sup>5</sup> In generale per la farmaceutica sono previsti incontri trimestrali mentre per gli obiettivi sanitari si realizzano un paio di incontri l'anno.

<sup>6</sup> Per la valutazione del raggiungimento dell'obiettivo di appropriatezza l'indicatore è il numero di schede ricetta che il medico compila, secondo un modello che è stato concordato da un gruppo di lavoro ASL, ogni volta che prescrive un categoria specifica di farmaci «a» (per esempio antisecretivi) rispetto al numero delle prescrizioni fatte per quella categoria di farmaci.

<sup>7</sup> La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi è demandata al DCPCA per quanto riguarda l'accordo nel suo complesso, mentre la valutazione relativa agli obiettivi contenuti nelle schede di budget è affidata al Distretto e solo in un secondo momento passa al DCPCA.

raggiungimento parziale degli obiettivi ma di stabilire che l'obiettivo o è raggiunto in toto o non è raggiunto.

Da ciò consegue un rapporto di valutazione finale che è strutturato in modo da evidenziare per ogni obiettivo se l'incentivo può essere erogato oppure no (attraverso la dicitura «ok» oppure «no»).

### 18.3.2 ASL Pavia

Il 2004 rappresenta per l'ASL di Pavia un anno «spartiacque» tra accordi con la medicina generale improntati a una logica tradizionale (per esempio incentivi per singole prestazioni) e accordi invece funzionali al raggiungimento di obiettivi di salute (per esempio presa in carico di patologie croniche con prevenzione di complicanze secondarie). L'Azienda sanitaria ha infatti avviato nel corso del 2004 un progetto sul «budget di distretto, strumento di governo della domanda», teso a strutturare un processo di budget con obiettivi specifici e complementari sia per gli erogatori accreditati pubblici e privati della Provincia di Pavia sia per la medicina territoriale (MMG e PLS). Questa iniziativa ha consentito di sviluppare le condizioni organizzative e gli strumenti applicativi necessari per conseguire gli obiettivi di programmazione regionale e aziendale per le cure primarie.

Nel corso del 2004 è poi stato siglato un ulteriore accordo aziendale<sup>8</sup> per la sperimentazione di una nuova forma di integrazione multi-professionale tra Medicina Generale, Assistenza infermieristica e Medicina Specialistica convenzionata, denominata Gruppi di Cure Primarie (GCP). La sperimentazione ha previsto la creazione di 3 gruppi.

Inoltre, la stipula nel 2004, a livello regionale, di un Accordo sul «Governo Clinico» ha condotto a un ulteriore «progetto per il governo clinico della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta», che ha invece rappresentato l'accordo aziendale per il 2005, con un triplice orientamento:

- valorizzare il ruolo di MMG e PLS;
- migliorare i rapporti di collaborazione fra MMG e specialista attraverso un confronto costruttivo;
- ricercare sempre maggiore appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate.

Gli strumenti individuati per la realizzazione degli obiettivi sono invece sintetizzabili nei seguenti:

- creazione di un piano dei Centri di Responsabilità (CdR) territoriali;

<sup>8</sup> L'accordo prevede inoltre obiettivi/incentivi per l'applicazione di linee guida diagnostico-terapeutiche orientate alla gestione del diabete e dell'ipertensione.



- predisposizione di una reportistica sui consumi per MMG-PLS, forma associativa, CdR territoriale e Distretto;
- identificazione e applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA);
- realizzazione di progetti di farmacoutilizzazione;
- definizione di criteri di priorità d'accesso alle prestazioni;
- stipula di contratti con le strutture di ricovero;
- realizzazione di progetti di formazione.

Rispetto agli strumenti evidenziati, al fine di analizzare le caratteristiche del sistema di programmazione e controllo per la Medicina Generale dell'ASL di Pavia, si sottolinea in particolare l'attivazione di un Piano dei CdR territoriali su base distrettuale. I 57 incontri svolti nel 2004 con i MMG hanno condotto all'identificazione di 19 CdR<sup>9</sup> al cui interno sono raggruppati un numero di MMG pari al 78 per cento del totale aziendale. I tre GCP, oggetto di sperimentazione, si sono aggiunti come ulteriori CdR territoriali e nel corso del 2005 si completerà la definizione del Piano dei CdR attraverso l'individuazione di CdR che raggruppano i restanti MMG.

La definizione dei CdR rappresenta la fase propedeutica all'avvio di un percorso di programmazione e controllo evoluto, volto a coinvolgere pienamente la Medicina Generale tanto nella fase di negoziazione e definizione degli obiettivi, quanto nell'attribuzione di responsabilità. L'intero sistema informativo aziendale è stato ridefinito, in particolare partecipando al progetto regionale sul Sistema Informativo Socio Sanitario (SISS). Inoltre, si prevede di impiegare i dati attualmente contenuti nella Banca Dati Assistito (BDA) per la costruzione e il monitoraggio di indicatori declinati a livello di singolo CdR, con possibilità di confronto con il Distretto di appartenenza e con l'ambito provinciale. Nel 2004 si è quindi avviato, seppur in fase sperimentale, un processo di programmazione e controllo basato sull'individuazione di obiettivi, indicatori e modalità di monitoraggio per singolo CdR, Distretto, Azienda. Tale processo ha condotto alla definizione di una scheda budget per CdR con obiettivi generali comuni a tutti i CdR (per esempio per il 2005: incremento uso farmaco generico, prescrizioni costo-efficaci per alcune categorie di farmaci, prevenzione primaria cardiocerebrovascolare, prevenzione influenza, prevenzione di alcune neoplasie) e obiettivi specifici per singolo CdR.

In generale traspare dunque un' enfasi su obiettivi di governo e razionalizzazione dei consumi sanitari, realizzazione dei piani regionali, miglioramento della qualità dei servizi e non di riduzione della spesa o risparmio. Per i GCP sono stati previsti ulteriori obiettivi quali il reclutamento di pazienti, la gestione dei diabetici e ipertesi secondo un piano terapeutico.

---

<sup>9</sup> I CdR sono stati creati in base agli ambiti territoriali comunali, tenendo conto dell'esistenza di eventuali associazioni mediche, raggruppando in media 15-20 MMG.

Il processo di budget avviene tra un Comitato Budget<sup>10</sup> e ogni CdR territoriale o GCP prevalentemente secondo una logica top-down. Gli obiettivi individuati dal Comitato Budget a livello distrettuale, gli indicatori e le relative modalità di monitoraggio sono presentati all'Ufficio di Coordinamento Distrettuale e in seguito al Comitato Aziendale per la Medicina Generale. Per quanto attiene la definizione del sistema premiante connesso ai documenti di programmazione e controllo, gli incentivi economici sono vincolati al raggiungimento degli obiettivi definiti nel budget e sono concordati nel Comitato Aziendale per la Medicina Generale, all'interno degli accordi aziendali e regionali.

Venendo a quanto attuato già nel 2004, oltre alla già citata sperimentazione di 3 GCP (con accordo sindacale a parte) e ulteriori obiettivi/incentivi per l'adozione di linee guida diagnostico-terapeutiche orientate alla gestione del diabete e dell'ipertensione, Azienda e OO.SS. avevano siglato anche un accordo aziendale di promozione della campagna vaccinale antinfluenzale sottoposto alla firma individuale di ciascun MMG. Tale accordo prevedeva l'erogazione di un compenso per singola vaccinazione funzionale al raggiungimento di un obiettivo standard<sup>11</sup> a livello di singolo MMG. Hanno trovato del resto completa applicazione gli incentivi e le indennità previste dalla Convenzione nazionale e dall'accordo integrativo regionale.

Per quanto concerne il sistema di reporting, si rileva che fino all'inizio del 2004 i report erano definiti per singolo MMG mentre, dall'accordo del 2004 in avanti, essi sono collegati alla scheda budget e declinati a livello di CdR. Le principali componenti consistono in informazioni anagrafiche (assistiti, età media, totale cronici), spesa totale per CdR (scomposta in spesa procapite, procapite cronici e non, procapite per principali patologie), tasso di ricovero, prestazioni PS, ricoveri extraregione, prescrizioni farmaceutiche, spesa procapite per classi farmacologiche, farmaci generici, prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale (numero medio prestazioni specialistiche e di laboratorio per assistito). I dati sono presentati trimestralmente a livello di CdR, Distretto e ASL e, su richiesta, sono disponibili o personalizzabili, anche a livello di singolo MMG o di Medicina di gruppo. Nel quadro di informazioni trasmesse periodicamente la dimensione del consumo di prestazioni è bilanciata da indicatori per pazienti cronici, per tipologia di prestazioni (per esempio ricoveri, specialistica, farmaci), per patologie (per esempio neoplasie, diabete,

<sup>10</sup> Tale comitato è composto dal Direttore del Distretto, dal Direttore del Dipartimento Programmazione Acquisto Controllo, dal Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie e dal Direttore del Dipartimento ASSI. Il Comitato budget elabora un calendario di incontri con i CdR ai quali viene fornito del materiale su cui discutere (per esempio report); a ogni incontro segue un verbale condiviso.

<sup>11</sup> L'accordo aziendale del 2004 riconosceva incentivi per singole vaccinazioni per i MMG che raggiungevano un totale di 35.000 vaccinazioni, di cui almeno 20.000 a pazienti > 75 anni, senza però tenere in conto se un MMG aveva o meno pazienti con tale profilo.

ipertensione, cardiopatia). Nel 2005 sono previsti 48 incontri in cui discutere a livello di CdR sulla base dei report.

Come era possibile prevedere i MMG non hanno ancora del tutto recepito i cambiamenti in atto. L'intervista a uno fra essi ha infatti evidenziato come secondo essi gli obiettivi aziendali riflettono quelli dell'ACN e dell'accordo regionale, e non sussiste pertanto un percorso di programmazione e controllo aziendale autonomo (cosa che del resto per il 2004 è in parte vera). Il MMG ritiene inoltre che gli obiettivi per la Medicina Generale siano ancora definiti a livello di singolo medico e che la negoziazione a livello di gruppo riguardi solo i tre GCP sperimentali.

### 18.3.3 ULSS n. 4 «Alto Vicentino» di Thiene

Il processo di programmazione degli obiettivi per la medicina generale presso l'azienda ULSS di Thiene trova quali strumenti principali il Patto pluriennale e il Contratto di budget annuale, secondo uno schema di lavoro sperimentato in Veneto negli anni e, successivamente, codificato nell'accordo regionale e inserito in specifiche linee guida regionali per la stipula degli accordi aziendali con la medicina generale. Tale sistema prefigura la separazione netta tra momento sindacale e momento tecnico-manageriale nella gestione dei rapporti con la medicina convenzionata. Nella sostanza il Patto, di durata pluriennale, stabilisce regole e contenuti dei rapporti tra azienda e medici, mentre il contratto definisce, rispetto ai contenuti del patto, specifiche azioni associate a specifici indicatori di risultato. Il Patto in vigore (anni 2004-2006) prevede quattro sezioni, o «aree di miglioramento» che sono i macroobiettivi affidati alla MG:

- *integrazione e partnership con la medicina generale*: tra pari, con il distretto e con l'ospedale e gli specialisti;
- *prevenzione*: secondo azioni contenute nella programmazione regionale e aziendale, tra cui per il 2004 screening e vaccinazioni;
- *uso delle risorse*: obiettivo dal peso esplicitamente minoritario e misurato con un indicatore che considera tutti i consumi degli assistiti (una sorta di costo per assistito) e richiede un modello di negoziazione multilivello che garantisce l'integrazione degli obiettivi a tutti i livelli di negoziazione aziendale (azienda, distretto e UO Cure primarie, Associazione MMG)<sup>12</sup>;
- *integrazione informativa e sviluppo della rete informatizzata*: per realizzare

<sup>12</sup> La determinazione del target per il distretto e l'associazione di MMG consegue all'applicazione di un algoritmo che nella sostanza prende a riferimento la miglior performance a livello distrettuale (costo medio per assistito più basso degli altri) per ciascuna delle voci di consumo (ricoveri, specialistica, farmaceutica ecc.). Il macroindicatore economico è la somma di tutti i costi medi. Il target specifico è un «costo medio teorico», che si trova applicando i livelli di consumo medio del distretto best performer alla dimensione e alla pesatura della popolazione assistita dal distretto o dall'associazione di MMG. Tutto questo meccanismo è definito nel Patto.

forme di comunicazione non cartacea e scambio bilaterale di dati sanitari ed epidemiologici<sup>13</sup>.

Le azioni che conseguono i macroobiettivi e vengono inserite nel contratto sono sia di tipo processuale (realizzazione e/o partecipazione a progetti specifici) che quantitativo (raggiungimento di determinati target numerici).

I macro-obiettivi del patto, ma anche gran parte delle azioni definite dal contratto, nascono da un'integrazione di proposte dell'azienda e dei MMG, che pur garantendo una primazia alla linea strategica aziendale, permettono di ritagliare interventi più mirati sulla scorta delle informazioni e dell'esperienza dei MMG. Per ottenere questo risultato, e favorire la cultura della partecipazione, è stato anche istituito uno specifico organo bilaterale, il «Nucleo della rappresentatività», che ha funzioni consulenziali e di promozione di progetti innovativi<sup>14</sup>.

A Thiene le associazioni di medici (*ex* D.P.R. 270/2000) rappresentano i CdR che sottoscrivono il contratto (che prende il nome di «contratto di budget per associazione»), e solo per un'esplicita deroga al patto, i singoli medici non associati possono aderire e stipulare un loro contratto di budget individuale (che comprende soltanto gli obiettivi di integrazione e partnership e di uso delle risorse). Il contratto dunque si configura come una vera e propria scheda budget, i cui target vengono (per una parte consistente) negoziati con il singolo CdR, con un processo analogo a quanto fanno le altre UO aziendali. Va sottolineato che il target non è mobile (non dipende da medie che devono ancora presentarsi), ma definito in ambito di negoziazione sulla base delle performance storiche. Inoltre vi sono esempi di obiettivi per azioni specifiche (vedi il tema dell'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVMD, delle dimissioni protette e degli screening) per i quali i target affidati al CdR della MG trovano corrispondenza in quelli affidati alle relative UO aziendali (UO Cure primarie, UO ospedaliere, dipartimento di prevenzione).

Per quanto riguarda il sistema di reporting, trimestralmente via mail viene inviato un report riferito all'andamento del macroindicatore economico (costo totale per assistito). Per gli altri obiettivi del contratto vi sono feed-back informali molto frequenti che rendono, a giudizio di dirigenti e MMG, superflua una reportistica specifica. Il report inviato evidenzia, per ogni medico e per l'associazione, il costo o la valorizzazione dei consumi degli assistiti in carico per ricoveri<sup>15</sup>, specialistica,

<sup>13</sup> Il contratto mette target differenti per associazioni che hanno storicamente un livello di maturità informatica diversa (livello di competenze di base, intermedie, superiori).

<sup>14</sup> Il nucleo non si sostituisce, ma si integra al lavoro di altri organi istituzionali quali il comitato budget (responsabile della negoziazione dei target del contratto) e alcuni gruppi di lavoro (per esempio, su diabete, ipertensione, dislipidemie, gruppi trasversali ospedale-territorio per il contenimento delle liste d'attesa) che pur rappresentano organi tecnici con un ruolo fondamentale nel lavoro di individuazione degli obiettivi specifici e nella programmazione.

<sup>15</sup> Si segnala che i ricoveri sono valorizzati non secondo tariffa DRG, ma secondo un costo medio per ricovero, ciò per evitare che il parametro sia influenzato eccessivamente da pochi casi di ricovero molto gravi (tendenzialmente non collegabili alle responsabilità del MMG).

farmaceutica e la somma di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PIIP). Tale valore è confrontato con il consumo teorico, che rappresenta una quantificazione del target da raggiungere (basato su un algoritmo che prende come gold standard la performance migliore in termini di costo medio di distretto, cfr nota 12). La reportistica mostra anche gli obiettivi concordati (che possono discostarsi dal «teorico» poiché negoziati a livello di singolo CdR) e quindi il grado di raggiungimento dell'obiettivo. Vi è inoltre la disponibilità di dati attendibili per particolari gruppi di pazienti, che nascono da gruppi di lavoro specifici formati da MMG che analizzano, sulla base dei loro sistemi di archiviazione ed elaborazione delle cartelle cliniche, i consumi di pazienti con specifiche patologie<sup>16</sup>. Tali dati non sono inseriti ovviamente nei report, ma rappresentano informazioni conosciute e utilizzate in sede di programmazione e valutazione. La discussione dei report da parte dei MMG è certificata dai verbali redatti da ciascuna associazione dopo le riunioni periodiche (almeno bimestrali), che sono richiesti per ottenere una parte degli incentivi.

Il sistema incentivante è basato sulla verifica puntuale degli obiettivi specifici del contratto. Il fondo a disposizione deriva da una quota per assistito moltiplicata per la popolazione. Tale quota è più alta per i medici che accettano di aprire l'ambulatorio il sabato. Ciascun medico può aspirare a ottenere quindi un totale calcolato sulla base del numero dei suoi assistiti. Il totale è suddiviso tra i quattro macro-obiettivi secondo un peso relativo (espresso in termini percentuali, per esempio, «integrazione e partnership» pesa il 35 per cento). Ciascun macro-obiettivo è a sua volta suddiviso in azioni valutate singolarmente (perché si abbia diritto alla quota di incentivo legata al macro-obiettivo bisogna raggiungere almeno l'85 per cento degli obiettivi legati alle azioni specifiche di quella sezione). Nel 2003 la quota di incentivi effettivamente erogati a chi ha raggiunto gli obiettivi, ha pesato per più dell'8 per cento sul totale del costo degli stipendi per i MMG. I criteri del contratto sono applicati in maniera abbastanza rigida, ovvero non vi è una valutazione equitativa finale al momento di erogare gli incentivi (se non per un minimo margine di tolleranza per coloro che si avvicinano di molto al target senza raggiungerlo), questo per esplicita scelta di dare forza e credibilità allo strumento. A conclusione va rilevato che ai fini della motivazione dei MMG gli incentivi monetari non rappresentano che una parte; infatti viene segnalato che un peso «psicologico» e materiale fondamentale hanno avuto altre forme di incentivo quali l'affidamento di incarichi scientifici e gestionali nella conduzione di gruppi di lavoro, la messa a disposizione di hardware, software e collegamento per la gestione dati e per progetti specifici, il supporto del personale aziendale e la dotazione di strumenti medici e, non ultima, la visibilità regionale e nazionale che le sperimentazioni gestionali condotte hanno portato ai MMG.

<sup>16</sup> Da due anni è inoltre attivo, sulla base dei dati di 35 MMG, uno specifico Osservatorio socio-epidemiologico che considera un bacino d'utenza di quasi 40.000 abitanti e basato su circa 80 variabili.

#### 18.3.4 ULSS n. 9 Treviso

L'azienda ULSS di Treviso nel 2004 ha stipulato un patto annuale con la medicina convenzionata in attesa di adottare un patto pluriennale nel 2005. Lo schema di programmazione condivisa riproduce il meccanismo patto-contratto scelto dalla Regione Veneto.

Gli obiettivi contenuti nel patto nascono essenzialmente dalla programmazione aziendale, dove i MMG hanno svolto un ruolo propositivo, riconoscendo comunque all'azienda il compito di definire gli orientamenti di fondo. In particolare il patto esige la condivisione di obiettivi assistenziali indicati nel Piano Attuativo Locale 2003-2005 e nel documento aziendale di Direttive 2004.

Di particolare interesse è la scelta dell'ULSS di Treviso di stabilire «requisiti minimi» che i MMG devono garantire per poter aderire al patto e quindi aver diritto agli incentivi. Tali requisiti rappresentano la concreta declinazione di particolari obbligazioni derivanti dalla convenzione nazionale, per esempio, l'orario di apertura dell'ambulatorio, che però nel contratto nazionale non sono definiti se non in termini generici. I requisiti sono:

- appartenere a un «gruppo audit» (GA) ovvero a un team di MMG (tendenzialmente stabilito con criterio di prossimità geografica), ciò significa che i MMG singoli non possono aderire al patto;
- essere dotati di apparecchiature e programmi informatici per poter interfacciarsi con i sistemi dell'azienda, trattare i dati degli assistiti (in particolare garantire il rilascio in forma informatizzata di almeno il 70 per cento delle ricette) e accettare di comunicare prevalentemente via mail con l'azienda (adesione al patto e reportistica avvengono on-line);
- effettuare almeno la vaccinazione antinfluenzale del 25 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni;
- garantire l'apertura dell'ambulatorio per almeno 1 ora ogni 100 assistiti.

È evidente che tali criteri, che pure fanno parte dei doveri contrattuali del MMG, rappresentano standard gestionali e assistenziali piuttosto evoluti. Solo i MMG che li possiedono hanno diritto a eventuali incentivi, e nessun incentivo è erogato al MMG che, pur raggiungendo gli obiettivi del patto, non dimostri di possedere i requisiti minimi richiesti.

In termini di obiettivi vi è una certa focalizzazione su oggetti di carattere economico. L'obiettivo di governo della spesa farmaceutica, da solo, ha un peso relativo del 30 per cento (ovvero se conseguito dà diritto al 30 per cento dell'incentivo totale), che, sommato al 15 per cento dell'obiettivo sul numero di prestazioni specialistiche consumate dagli assistiti, porta ad affermare che circa la metà dell'attenzione è per variabili collegate ai consumi.

Oltre al governo di spesa farmaceutica e prestazioni specialistiche vi sono due

obiettivi legati all'assistenza domiciliare<sup>17</sup>, l'adesione a un PDTA<sup>18</sup> e il raggiungimento di specifici livelli di copertura vaccinale antinfluenzale<sup>19</sup>.

Alcuni obiettivi del patto sono individuali, ovvero il medico deve raggiungerli individualmente, altri sono distrettuali, di Gruppo Audit e individuali al contempo; ciò significa che il singolo MMG ha diritto all'incentivo nel caso che, ad almeno uno di questi livelli, si sia raggiunto l'obiettivo<sup>20</sup>. L'obiettivo sulla farmaceutica è invece aziendale, ovvero si considera raggiunto se l'azienda nel complesso lo raggiunge, ma il medico singolo che lo raggiunge ha comunque diritto all'incentivo. Tali meccanismi, a detta degli intervistati, sono abbastanza tutelanti per i MMG, in modo che i GA diventino dei nuclei di interscambio, crescita professionale e di omogeneizzazione dei comportamenti, senza che si creino tra i MMG, per questioni legate al raggiungimento di obiettivi e dunque incentivi monetari, fratture e attriti.

L'adesione al patto avviene da parte del singolo MMG tramite una procedura on-line sul portale dell'azienda (sullo stesso portale è disponibile tutta la reportistica). L'atto di adesione può ricordare la sottoscrizione del contratto secondo lo schema regionale, e avviene individualmente.

Gli obiettivi che a cascata investono gruppi e singoli individui sono sostanzialmente uguali per tutti, definiti a livello di negoziazione sindacale, e i GA, pur rappresentando dei «proto-CdR», non ne assumono ancora le caratteristiche. Quindi, anche se vi è una formale accettazione degli obiettivi (proto-scheda budget) non esistono ancora dei veri CdR (se non a livello del singolo MMG) e non vi è ancora un processo di negoziazione individuale<sup>21</sup>. Per contro la procedura di adesione è molto agile e permette, salvo ritardi nella stipula dei patti, l'attribuzione degli obiettivi ai MMG entro dicembre<sup>22</sup>.

In merito alla reportistica, i rapporti sono gestiti per via telematica. Sul portale

<sup>17</sup> In particolare: attivare un numero di ADP, ADI e ADIMED tale da coprire una certa percentuale della popolazione ultrasessantacinquenne e partecipare almeno alla metà delle UVMD cui il MMG è invitato.

<sup>18</sup> Ovvero l'esecuzione delle visite di controllo post-dimissione dal day-surgery (per il 100 per cento dei casi). Esistono altri percorsi attuati a Treviso che non sono oggetto di obiettivi specifici.

<sup>19</sup> Per la copertura vaccinale il requisito minimo è una copertura del 25 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne. Vi è un incentivo specifico erogato qualora si superi il 65 per cento di copertura, e ci sono anche livelli cosiddetti di «eccellenza» (al 70 e al 75 per cento) che danno diritto al MMG che li raggiunge di ottenere premi monetari ulteriori.

<sup>20</sup> In pratica ha diritto all'incentivo il MMG che raggiunga individualmente l'obiettivo, o, qualora non lo raggiunga faccia parte di un GA che lo ha raggiunto o di un distretto che lo ha raggiunto.

<sup>21</sup> Nell'opinione degli intervistati questo è coerente con la dimensione aziendale, troppo ampia (più di 350 medici) per permettere un confronto a livello di CdR. Si aggiunga che nel 2005 è stato formalmente stipulato oltre al patto, il contratto, che contestualizza obiettivi specifici e indicatori. Tale contratto tuttavia non ha la funzione di scheda di budget perché determina sostanzialmente obiettivi uguali per tutti.

<sup>22</sup> Tale tempistica, più rapida dello stesso budget aziendale, è possibile solo accettando che non sia possibile allineare sempre gli obiettivi di tutte le UO dell'azienda (in particolare dipartimento di prevenzione e dipartimenti ospedalieri) e coordinarli con quelli della MG. In linea generale però la coerenza sui macroobiettivi è abbastanza naturale perché i documenti strategici sono gli stessi.

dell'azienda sono disponibili (secondo differenti livelli di profilazione) i dati di consumo della popolazione assistita dal singolo medico (farmaceutica, specialistica e ricoveri), con confronti a livello di GA e di distretto. Le variabili sono espresse in termini di numero di prestazioni e valorizzazione. I dati sono aggiornati trimestralmente e, contestualmente all'aggiornamento, vengono inviate le mail di recall ai MMG perché ne prendano visione. Sul portale è inoltre disponibile la reportistica completa in merito ai requisiti minimi di adesione, al livello di raggiungimento degli obiettivi del patto (con l'indicazione dell'obiettivo, dei dati effettivi e dell'incentivo collegato) e un riepilogo generale degli incentivi cui il MMG ha diritto. I GA fanno incontri circa bimestrali per la discussione della reportistica (certificati dai verbali), che spesso utilizzano anche per la discussione di linee guida e scelte assistenziali, nonché dei problemi distrettuali. A tali incontri se ne aggiungono altrettanti tra i direttori di distretto e i coordinatori dei GA. Dunque, benché non sia previsto un sistema di feed-back formale e di discussione della reportistica tra azienda e MMG, è garantito un flusso di scambio e un confronto alquanto serrato.

L'ammontare del fondo incentivante è stabilito come quota per assistito, più alcuni compensi specifici per l'adesione a progetti speciali, tra cui alcuni eventi formativi. Per il 2004 le risorse dedicate all'incentivazione dei MMG si sono attestate attorno al 9 per cento del totale del costo per gli stipendi per i MMG. Storicamente gli incentivi sono esclusivamente monetari (erogati in busta paga). Il Comitato Aziendale per la Medicina Generale (organo bilaterale composto dai responsabili aziendali e da MMG) si occupa di certificare il raggiungimento degli obiettivi ed è previsto il contraddittorio per il medico che ritiene gli sia stato ingiustamente negato l'incentivo. In generale i contenziosi sono molto limitati anche perché la valutazione non è soggettiva, ma legata agli specifici meccanismi contenuti nel patto, con un margine di tolleranza minimo, solo per le situazioni limite.

### 18.3.5 AUSL Modena

La caratteristica più evidente del sistema di programmazione e controllo per la MG presso l'AUSL di Modena è la presenza simultanea di più accordi con i medici, ciascuno dedicato a uno specifico argomento. Il principale è l'accordo con i MMG per i «Nuclei di Cure primarie» per gli anni 2003-2004, che definisce la maggior parte degli obiettivi. Esiste, però, anche una programmazione relativa alle vaccinazioni, al percorso diabete, al percorso per le demenze e alle cure palliative, che sono regolati da accordi specifici. Tale caratteristica non è esclusiva (in altre realtà, soprattutto in Emilia Romagna, e a Pavia in questa ricerca, coesistono più accordi), ma è peculiare la scelta dell'AUSL di disciplinare e programmare l'attività dei medici attraverso più documenti e più processi di negoziazione inseriti all'interno di un quadro complessivo poliennale (programma di medicina generale). Va detto che nella percezione di azienda e medici l'insieme degli obiettivi viene sempre identificato in maniera unitaria.



A Modena il processo, o i processi, di programmazione avvengono in maniera quanto mai condivisa. Si parte dal presupposto che la base programmatica debba essere condivisa sia tecnicamente che economicamente dai MMG. Per questo motivo, le proposte modulate dai responsabili delle cure primarie dell'azienda<sup>23</sup>, relative a ciascun accordo, vengono discusse con i referenti dei NCP in maniera informale<sup>24</sup> prima di arrivare alla negoziazione nel Comitato Aziendale. I contenuti degli accordi sono poi diffusi nei contenuti tramite l'impegno dei DCP e dei NCP. Anche nella scelta degli obiettivi specifici, così come nella fase di programmazione, è prevista la partecipazione dei medici, ma nei fatti è l'azienda che pesa maggiormente, specialmente nella fase iniziale della negoziazione. Vi è invece un forte intervento dei medici, sia tramite le Organizzazioni Sindacali per la definizione degli obiettivi e l'attività di promozione dell'adesione dei medici e, successivamente, tramite le forme associative e le cooperative per la fase di realizzazione.

L'attuale accordo per i NCP prevede sei obiettivi di cui i primi tre «organizzativi» e «assistenziali», e altri tre legati al governo clinico (specificamente alla farmaceutica). Ogni anno vengono selezionate, rispetto agli obiettivi, delle azioni specifiche e adeguati i target annuali, che rappresentano una programmazione di breve periodo cui sono legati gli incentivi. Per il 2004 la programmazione prevede gli obiettivi elencati di seguito.

*Obiettivi organizzativi* – Sviluppo dell'operatività dei Nuclei di Cure Primarie promuovendone l'evoluzione verso la pratica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso la valutazione continua della propria attività (*sistema di audit*: migliorare la pratica clinica attraverso incontri e discussioni tra professionisti) e definendo modalità omogenee di integrazione di lavoro condivise con gli altri operatori, attraverso varie azioni, quali:

- formazione dei referenti;
- elaborazione/realizzazione di progetti di Nucleo sui temi dell'integrazione;
- potenziamento delle esperienze di continuità assistenziale;
- rispetto dei percorsi diagnostici, e dei percorsi per le urgenze;
- interventi di prevenzione ed educazione alla salute;
- individuazione in ogni NCP di MMG «esperti» su temi specifici in relazione alla programmazione aziendale (per esempio: cure palliative, psichiatria, demenze, lotta al fumo ecc.).

<sup>23</sup> Nell'azienda di Modena l'organizzazione delle Cure Primarie prevede un Dipartimento Cure Primarie (DCP) e 5 Unità Operative Complesse (UOOCP) a valenza distrettuale. DCP e UOOCP possono avere al loro interno altre unità operative (modelli organizzativi). Va ricordato che in Emilia Romagna l'organizzazione territoriale basata su separazione di distretto e DCP lascia autonomia alle aziende di decidere quanti DCP istituire. A Modena è stato istituito un DCP per ogni distretto.

<sup>24</sup> Esiste in ogni distretto un Ufficio di Coordinamento Assistenza Distrettuale (UCAD), istituito previsto dal D.lgs. 229/99, che può rappresentare la sede per un confronto formale.

*Obiettivi assistenziali*

- Intensificazione e sviluppo dell'ADI, in particolare attraverso la predisposizione di un modello di cartella integrata e l'individuazione di percorsi di continuità assistenziale all'interno dei NCP.
- Partecipazione dei NCP ai progetti di gestione integrata dei pazienti affetti da patologie croniche di particolare rilevanza sociale (nello specifico: diabete e demenze) (indicatori: numero di casi attivati; numero casi in carico al NCP 2004 vs 2003).

*Obiettivi di governo clinico* – Partecipazione dei NCP ai livelli di spesa programmati, attraverso:

- controllo della spesa pro capite;
- partecipazione al progetto aziendale di distribuzione diretta dei farmaci (orientando i pazienti verso le farmacie ospedaliere);
- appropriatezza prescrittivi (orientata alla modificazioni dell'andamento dei consumi territoriali per antipertensivi, antimicrobici generali per uso sistemico, e respiratori).

I tre obiettivi sono affidati al singolo medico e hanno carattere qualitativo o di «partecipazione», mentre gli ultimi tre sono obiettivi di nucleo e si caratterizzano per essere quantitativamente definiti. I NCP allo stato attuale non sono ancora, né formalmente né nella sostanza, dei CdR, e infatti non sono chiamati a negoziare obiettivi specifici ma vengono investiti di obiettivi uguali per tutti, stabiliti dagli accordi. Tuttavia la responsabilità in solido del gruppo per una parte degli obiettivi e, soprattutto, il sistema di informazioni modulato su tale struttura organizzativa, mettono in luce che per il futuro si ipotizza un'evoluzione più marcata dei nuclei come CdR. A commento generale degli obiettivi stabiliti per la MG a Modena si rileva che gli obiettivi sulla farmaceutica rappresentano un elemento più centrale rispetto ad altre realtà.

I medici ricevono trimestralmente una dettagliata reportistica sulla farmaceutica, che riporta i dati relativi alla spesa e alla tipologia dei farmaci utilizzati<sup>25</sup>. Tale reportistica fornisce tutte le informazioni necessarie a valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi annuali, anche se non riporta nel dettaglio il confronto tra risultati e target. La reportistica è tesa più alla comprensione di deter-

<sup>25</sup> I report sono organizzati per distretto, per NCP e per singolo medico. Comprendono informazioni sulla spesa, sui pezzi, sulle DDD e relativi costi medi. Si ricomprende l'informazione sulla distribuzione a «duplice via» e in merito ai farmaci generici. Il report comprende anche i valori e l'andamento dei principi maggiormente prescritti, oltre che un dettaglio dei consumi per classe ATC. La reportistica è curata dal CeVEAS di Modena, centro di ricerche che supporta ampiamente l'AUSL nella formazione su temi di farmacologia e governo clinico.

minati fenomeni (come i confronti spaziali e temporali e le strategie prescrittive) piuttosto che alla valutazione in itinere dell'avvicinamento ai risultati attesi. Molto interessante è la scelta di utilizzare pure report grafici che rendono la lettura molto più immediata e il confronto tra MMG abbastanza palese. Vi sono stati tentativi di realizzare una reportistica relativa ai ricoveri e alla specialistica, ma il sistema informativo deve essere ulteriormente perfezionato, sulla base dei suggerimenti dei MMG e dei PLS, per garantire una frequenza e una tempestività soddisfacenti.

I report sulla farmaceutica rappresentano uno degli spunti di discussione tra i MMG dei NCP (che secondo l'accordo devono incontrarsi almeno tre volte durante l'anno) e, sia nelle opinioni dei dirigenti aziendali che del MMG, il dialogo e il confronto che ne consegue, all'interno dei nuclei e tra nuclei e dipartimenti delle cure primarie, è abbastanza intenso per quanto non del tutto formalizzato.

Gli incentivi sono direttamente correlati alle obbligazioni e agli obiettivi espressi annualmente secondo l'accordo. Gli incentivi sono calcolati come quota per assistito suddivisa percentualmente tra i sei obiettivi. L'erogazione però degli incentivi collegati agli obiettivi organizzativi, assistenziali e di audit avviene qualora sia il medico singolo a ottemperare a quanto programmato, mentre per i restanti il singolo medico ha diritto all'incentivo qualora l'intero NCP raggiunga l'obiettivo.

Gli incentivi, di natura essenzialmente monetaria, sono attribuiti direttamente a ciascun MMG, tranne che per la quota legata ai risultati di governo clinico: l'accordo aziendale prevede, infatti, che quest'ultima venga reinvestita all'interno del NCP, per progetti di miglioramento (per esempio, dei sistemi informatici), per cui si presenta come supporto di beni e servizi finanziati dall'azienda, nei limiti dell'incentivo guadagnato.

Alle quote incentivanti legate all'accordo NCP vanno aggiunte le quote previste dai progetti specifici, negoziati in altri accordi. Queste quote sono nella sostanza erogate secondo una logica *fee for service*, ma nel caso delle vaccinazioni è previsto un incentivo (un compenso unitario maggiore) qualora si superino determinati livelli di copertura vaccinale.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi dell'accordo NCP è affidata a una commissione paritetica che si basa sulle relazioni dei responsabili delle Cure Primarie e sulla reportistica finale circa la farmaceutica. La valutazione non è discrezionale ma si basa sull'effettiva misurazione degli indicatori previsti dalla programmazione annuale. Sono previsti aggiustamenti equitativi per casi specifici, ma nel complesso il meccanismo è predeterminato, trasparente e sufficientemente noto ai MMG. La quota di incentivi che in previsione si pensa di erogare nel 2004 (al momento della ricerca non è ancora conclusa la valutazione del raggiungimento di tutti gli obiettivi) è quasi il 5 per cento del totale del costo per la medicina generale.

### 18.3.6 AUSL di Reggio Emilia

Il processo di programmazione e controllo degli obiettivi affidati alla medicina generale nell'AUSL di Reggio Emilia trova nell'accordo aziendale il punto di formalizzazione più evidente.

Esistono peraltro numerosi altri strumenti di coordinamento della MG, tra cui l'assunzione diretta di ruoli aziendali da parte di alcuni MMG. In particolare, alcuni MMG, PLS e Medici di continuità assistenziale (MCA) formano uno «staff», con funzioni consulenziali, dell'Unità «Progetto cure primarie» (responsabile della programmazione delle cure primarie). Inoltre alla direzione di ben 4 DCP (su un totale di 6) sono stati nominati dei MMG. I MMG fanno poi parte di diversi comitati aziendali<sup>26</sup> e tecnico-scientifici<sup>27</sup>.

Infine alcuni progetti di grande rilevanza per il miglioramento della qualità assistenziale non sono direttamente collegati a obiettivi inseriti nell'accordo<sup>28</sup>. Questo evidenzia che, benché l'accordo resti lo strumento di programmazione principale, esiste una molteplicità di canali attraverso cui avviene un continuo confronto tra azienda e medici, che rappresentano nei fatti la vera linfa del sistema di definizione delle priorità, del coordinamento e della motivazione.

Va evidenziato che lo stesso accordo, nell'opinione di azienda e medici, ha anche finalità di fertilizzazione culturale, di «inclusione» e di diffusione di valori condivisi, oltretutto di attribuzione di responsabilità.

Questa scelta di fondo è al contempo causa ed effetto di alcune caratteristiche del sistema di programmazione<sup>29</sup>.

Restando all'accordo, questo ha valenza triennale (2003-2005), ma per ciascun anno vengono definiti obiettivi specifici (con relativi indicatori). Gli obiettivi da raggiungere nell'ambito delle cure primarie sono individuati nell'accordo nei seguenti ambiti: prevenzione, continuità delle cure e cure domiciliari, assistenza specialistica, assistenza ospedaliera, assistenza farmaceutica, assistenza ai pazienti psichiatrici, governo clinico-formazione-ricerca. Ogni anno, sulla base dello stato di avanzamento dei progetti e della valutazione del raggiungimento degli obiettivi dell'anno precedente, si procede alla definizione degli obiettivi specifici da perseguire, a cui vengono collegati gli incentivi. Va rilevato che, mentre la sti-

<sup>26</sup> Tra cui il «comitato aziendale» che stipula l'accordo e il «comitato di coordinamento del Dipartimento delle cure primarie» e la «commissione paritetica» che hanno il compito di gestire i rapporti ed effettuare la valutazione dei risultati.

<sup>27</sup> Tra cui gruppi di lavoro su progetti specifici (progetto interaziendale sui percorsi di cura del paziente cronico, progetti di informatizzazione) e la *Clinical Effectiveness Unit*, che è un tavolo di lavoro trasversale tra ospedale e territorio per l'analisi e la definizione di linee guida.

<sup>28</sup> Tra cui un progetto sulle dimissioni protette, uno sull'obesità, l'organizzazione di corsi per l'università, la gestione di hospice e di centri studi.

<sup>29</sup> Viene segnalato che l'AUSL presenta la caratteristica peculiare di avere un solo sindacato dei MMG che li associa praticamente tutti, e una cooperativa che ne collega circa il 70 per cento, quindi la classe medica è molto coesa.

pula dell'accordo ha richiesto molti mesi di lavoro, la revisione annuale degli obiettivi risulta particolarmente agile e spesso segue un processo informale, grazie allo spirito di condivisione e di trasversalità che caratterizza i rapporti con la MG, anche grazie all'esistenza dello «staff» formato da medici convenzionati. Per il 2004 sono stati definiti dieci obiettivi specifici, ciascuno con un peso relativo tra il 5 e 20 per cento:

- partecipazione ai nuclei delle cure primarie (almeno 2 incontri);
- vaccinazioni antinfluenzali (dimezzamento dello scostamento dallo standard regionale di 75 per cento);
- screening mammografico (ritorno delle liste delle donne non aderenti con motivazione);
- counselling rispetto al progetto di lotta al tabagismo;
- costruzione e utilizzo di una scheda territoriale integrata per l'ADI e l'apertura di almeno un ADI negli ultimi due anni;
- gestione pazienti in Terapia anticoagulante orale (TAO);
- partecipazione del MMG alle Unità di Valutazione Multidimensionale;
- adesione ai progetti sull'appropriatezza prescrittiva di assistenza specialistica;
- predisposizione di un progetto di integrazione con il Dipartimento di Salute mentale;
- partecipazione a incontri con i rappresentanti del dipartimento farmaceutico finalizzati all'analisi delle prescrizioni.

Gli obiettivi dunque sono molto specifici, focalizzati sul processo, sulla partecipazione e quindi non sugli «esiti». Hanno un chiaro orientamento allo sviluppo organizzativo e alla appropriatezza delle prestazioni, ma non hanno come oggetto i consumi sanitari<sup>30</sup>. Si segnala, peraltro, che vi è una stretta coerenza con gli obiettivi affidati ai distretti, che quando non sono identici (come nel caso della copertura vaccinale e delle ADI) sono integrati. In generale si rileva che gli obiettivi di budget del distretto risultano generalmente più quantitativi e di «esito» rispetto agli omologhi affidati ai MMG (per esempio, per il Distretto esiste un obiettivo in termini di numero di ADI, laddove per i MMG l'obiettivo è qualitativo e legato all'utilizzo di una cartella clinica condivisa).

I Nuclei delle Cure Primarie, definiti formalmente su base territoriale, sono ancora considerati troppo esili e troppo eterogenei per rappresentare validi CdR, e quindi gli obiettivi stabiliti annualmente sono sostanzialmente individuali. Non vi è una formale assunzione di responsabilità tramite la sottoscrizione di una scheda budget, ma gli obiettivi annuali valgono in maniera uguale per

<sup>30</sup> È opinione di medici e azienda che i tempi non siano maturi e che sia necessario prima motivare e strutturare i Nuclei delle cure primarie. Inoltre in assenza di un sistema informativo efficiente è considerato troppo difficile lavorare su variabili di consumo.

tutti. Questo è peraltro coerente con la natura di questi obiettivi che per la maggior parte sono qualitativi.

Esiste una reportistica relativa alla prescrizione farmaceutica del singolo medico. I report sono inviati circa ogni 4 mesi e risultano molto analitici (riportano informazioni dettagliate a livello di singolo principio attivo). Attualmente tale livello di analiticità serve soprattutto per la comprensione di alcuni scostamenti eccessivi e il supporto ai cosiddetti iperprescrittori, ma a breve le stesse informazioni dovrebbero essere utilizzate per il monitoraggio dell'appropriatezza<sup>31</sup>. La scelta di leggere il prescritto e non il consumato nasce dalla convinzione che per un'efficace gestione dei rapporti tra soggetti molto differenti (come MMG, MCA, Specialisti ambulatoriali e ospedale) soltanto la chiara analisi di chi fa cosa possa servire nella responsabilizzazione di ognuno.

Il confronto con l'AUSL e tra pari, non ha nella discussione della reportistica l'unico elemento, né il più importante. Infatti i MMG sono impegnati a recarsi a incontri di nucleo bimestrali, di cui soltanto uno è dedicato all'analisi della spesa farmaceutica, mentre altri due sono dedicati al problema degli screening e ulteriori tre servono per favorire l'integrazione con altri professionisti. Questo mostra come, anche nella fase di monitoraggio, vi siano più canali di interazione e, tra questi, la discussione della reportistica non sia quello principale.

Per quanto riguarda gli incentivi, questi derivano da un fondo calcolato come quota per assistito, suddivisa percentualmente su ciascuno degli obiettivi annuali. L'impegno, anche ingente, che richiedono i differenti organi e comitati aziendali cui partecipano i MMG, è retribuito con compensi specifici. Nel 2004 la percentuale di risorse dedicate all'incentivazione dei MMG rappresentava oltre il 12 per cento del totale del costo della MG. Gli incentivi sono erogati dopo che la Commissione paritetica ha raccolto presso i dipartimenti delle cure primarie una relazione completa sull'adempimento dei MMG rispetto agli obiettivi definiti dalla programmazione annuale. Il sistema prevede degli aggiustamenti per garantire l'equità, soprattutto laddove l'incentivo segua la presenza a particolari incontri e vi siano giustificati motivi di assenza.

Le risorse monetarie, già molto ingenti, sono affiancate da una serie di altri incentivi non monetari, in particolare legati alla formazione (garantita dall'AUSL), alla possibilità di prenotare al CUP dall'ambulatorio (attività remunerata a parte), collegamenti in rete con laboratori e radiologia, disponibilità di dati e cartelle informatizzate condivise.

Tutto questo sistema di incentivi è funzionale a mantenere viva la motivazione e il clima di fiducia e coinvolgimento dei MMG, in un sistema affatto peculiare, dove in presenza di un numero rilevante di MMG (oltre 350), non si affida il coordinamento alla sola formulazione di obiettivi, ma soprattutto alla moltiplicazione delle occasioni di interazione.

<sup>31</sup> Esistono gruppi di lavoro a livello distrettuale impegnati nella definizione di indicatori specifici per il monitoraggio di tre specifici percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

### 18.3.7 AUSL 11 Empoli, Valdelsa, Valdarno

Quale premessa al presente paragrafo e al prossimo che tratterà il caso dell'AUSL di Pisa, si forniscono alcune brevi indicazioni sulle peculiarità del SSR toscano, per quanto specificatamente attiene alla Medicina Generale. Il riferimento è all'accordo integrativo regionale deliberato in Giunta il 26 giugno 2001 e tuttora vigente. Tale riferimento appare importante dal momento che, dopo aver delineato un quadro introduttivo in cui vengono riconosciuti come obiettivi essenziali l'attuazione dei percorsi assistenziali, lo sviluppo della qualità dei servizi, il perseguimento dell'appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento della qualità e della quantità delle prestazioni dell'area delle cure primarie, l'accordo regionale dedica un'intera sessione alla descrizione del Budgeting come strumento operativo aziendale. Il processo di budgeting viene presentato come un percorso attuativo che realizzi un vero e proprio ciclo di programmazione e controllo articolato in una serie di fasi regionali e di fasi aziendali. Quali fasi qualificanti tale processo a livello aziendale vengono individuate le seguenti:

- definizione del piano strategico d'azienda;
- predisposizione dei dati a consuntivo;
- negoziazione del Budget;
- monitoraggio degli indicatori;
- ripresa del processo.

L'accordo regionale quindi individua in modo piuttosto chiaro un percorso di programmazione e controllo aziendale per la Medicina Generale insistendo in modo particolare sulla diffusa partecipazione dei MMG.

L'AUSL di Empoli presenta in tal senso la seguente situazione. L'ultimo accordo integrativo aziendale per la Medicina Generale è stato siglato nel 2003 e successivamente prorogato per il 2004 e il 2005 con lievi modifiche. Se fino al 2002 gli obiettivi erano prevalentemente di natura economica, gli obiettivi definiti dall'accordo aziendale 2003 sono di tipo più qualitativo:

- miglioramento dell'erogazione dei servizi agli utenti;
- crescita della qualità dei servizi, reale e percepita;
- migliore allocazione delle risorse disponibili.

Quale strumento per il perseguimento di tali obiettivi viene evidenziata anzitutto l'introduzione dell'esperienza delle équipes con la previsione di apposite indennità di natura economica per la partecipazione a ciascuna e alle relative riunioni e per il ruolo di Referente di équipes. Secondo strumento di riferimento è rappresentato da un panel di indicatori per ciascuno dei quali viene definito nell'accordo aziendale un livello obiettivo e rispetto ai quali i MMG sono valutati al fine della distribuzione degli incentivi legati alla qualità dell'attività svolta.

Per ciascuno di questi indicatori l'accordo aziendale definisce un obiettivo e un punteggio massimo che viene attribuito a ciascun medico in proporzione al grado di raggiungimento dell'obiettivo. La somma delle singole valorizzazioni per indicatore fornisce il punteggio totale del medico. La media dei punteggi di tutti i medici costituisce il cut off oltre il quale scatta l'incentivo concordato con l'azienda per migliorare la qualità dei servizi forniti agli assistiti. L'incentivo viene distribuito in maniera percentuale tra i medici che hanno ottenuto un risultato migliore del cut off, rapportato al numero delle quote capitarie. Qualora inoltre tutti i MMG di un'équipe ottengano un punteggio superiore al cut off, l'incentivo di ognuno viene aumentato del 10 per cento.

Gli indicatori previsti per l'anno 2004 sono stati:

- indicatori di consumo e utilizzazione:
  - consumo di risorse farmaceutiche (50 punti);
  - tasso di ospedalizzazione (10 punti);
  - differenza indice di copertura (10 punti);
  - consumo accertamenti specialistici (10 punti).
- indicatori di qualità di erogazione:
  - ambulatorio su appuntamento (2 punti);
  - diversificazione accessi all'ambulatorio (2 punti);
  - numero di cellulare fornito ai pazienti (6 punti).

Per l'anno 2003 era previsto anche un indicatore di appropriatezza dato dalla qualità nella prescrizione di farmaci anti-ipertensivi, non rinnovato nel 2004.

Complessivamente si tratta di un meccanismo incentivante basato sulla definizione di una graduatoria e quindi sulla distribuzione di un incentivo solo a una parte dei MMG. Rileva che l'insieme degli incentivi distribuiti deve essere impiegato per il miglioramento della funzionalità dello studio medico e che ogni MMG deve presentare un'autocertificazione in cui dichiara che impiegherà le somme ricevute per tale scopo. La logica sottostante è che il MMG riceva maggiori risorse non tanto per svolgere tout court il proprio lavoro, quanto piuttosto per svolgerlo meglio e sia invece remunerato in maniera incrementale, e quindi incentivato, quando svolge prestazioni ulteriori rispetto al suo compito.

L'accordo aziendale prevede infine che qualora si verifichi un raggiungimento diffuso degli obiettivi definiti per gli indicatori, le risorse che si rendessero in tal modo disponibili siano destinate a un Fondo Aziendale e a dei Fondi di Zona Distretto. Tali fondi potranno essere impiegati per lo sviluppo delle attività territoriali e l'avvio di progetti di integrazione professionale quali per esempio, nuovi percorsi diagnostici e terapeutici.

Al fine di completare il quadro di incentivi previsti dall'accordo si evidenzia come sia previsto un incentivo di tipo non economico rappresentato dalla previsione di corsi di formazione per i MMG Referenti di équipe. Dalla programma-



zione regionale discende poi l'incentivazione monetaria legata all'adesione ai programmi di screening oncologico.

La descrizione dei contenuti e dei meccanismi definiti dall'accordo integrativo aziendale consente, insieme al quadro emerso nel corso delle interviste, di analizzare le caratteristiche del processo di programmazione aziendale per la Medicina Generale. Utile in tal senso è anche l'analisi della scheda budget di Zona Distretto nella sezione dedicata al «rafforzamento della relazione operativa con i MMG e i PLS».

Da tale analisi emerge che i medici, singoli o associati, non costituiscono un Centro di Responsabilità distinto all'interno del sistema di programmazione e controllo aziendale. Essi rappresentano piuttosto una risorsa il cui coordinamento e il cui raccordo con l'organizzazione dell'AUSL è affidato ai Direttori di Zona Distretto. È nella scheda budget di questi ultimi del resto che sono contenuti, quali obiettivi, il monitoraggio trimestrale dell'attuazione dell'accordo aziendale in vigore e la partecipazione alla definizione dell'accordo per l'anno successivo. La scelta degli indicatori e la definizione dei relativi obiettivi sono demandate al tavolo negoziale di definizione dell'accordo aziendale e in tal senso discendono dalla programmazione strategica aziendale senza inserirsi propriamente nel sistema di programmazione e controllo.

Ai MMG non viene distribuito un documento di budget a inizio anno, il documento di riferimento è dato in tal senso dall'accordo. Il principale documento di report è relativo alla spesa farmaceutica per la quale ciascun medico riceve mensilmente l'informazione relativa alle prescrizioni di sua competenza. Tale report è prodotto da una società esterna. Riguardo gli altri indicatori non è prevista una reportistica intermedia: ciascun MMG riceve verso la metà dell'anno successivo a quello cui si riferisce l'accordo aziendale, una lettera dal Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie in cui sono comunicati i punteggi ricevuti in ciascuno dei sette indicatori considerati: ne derivano la determinazione del cut off e del punteggio complessivo del medico che determinano l'ottenimento o meno della quota di incentivo per il miglioramento della funzionalità dello studio medico. Accanto al report sulla Farmaceutica sono distribuiti 3 report trimestrali: uno sulla specialistica, uno sul tasso di ospedalizzazione e uno sul tasso di copertura dei ricoveri ospedalieri.

In merito alla distribuzione della reportistica si rileva come sia prassi aziendale analizzarne l'andamento nel corso di riunioni di équipe cui partecipano il Direttore della Zona Distretto e un informatore del Farmaco Aziendale, con il compito di fornire ai MMG indicazione circa le innovazioni in campo farmaceutico.

L'incontro con un MMG, durante il processo di analisi del sistema di programmazione e controllo dell'AUSL di Empoli, ha sostanzialmente evidenziato come la componente professionale sia a conoscenza dei contenuti dell'accordo e dei meccanismi di definizione dei medesimi e di attribuzione delle quote incentivanti. Sebbene sul meccanismo relativo al calcolo del punteggio su ogni singolo indicatore permanga qualche incertezza circa i criteri di calcolo, il sistema nel comples-

so è percepito come equo. Si rileva che i MMG usano riferirsi al quadro degli indicatori definito nell'accordo aziendale con il termine Budget.

### 18.3.8 AUSL 5 Pisa

Il caso dell'AUSL Pisana si colloca, rispetto a quanto descritto in precedenza per l'AUSL Empolese, in tutt'altra posizione dal momento che, pur operando nel medesimo contesto regionale, attua un percorso di programmazione e controllo della Medicina Generale, del tutto differente. Anzitutto l'AUSL di Pisa non ha proceduto al rinnovo né alla proroga dell'accordo integrativo aziendale e l'ultimo accordo siglato risale all'anno 2002. Da quel momento la gestione dei rapporti con la Medicina Generale è stata di fatto affidata a relazioni di tipo sindacale e informale, senza l'impiego di classici strumenti di programmazione e controllo. Tale situazione è sostanzialmente riconducibile a tre ordini di fattori:

- il costante cambio di vertice aziendale, in particolare dovuto al succedersi di più direttori sanitari negli anni;
- la presenza di un rapporto stretto e costruttivo con le rappresentanze sindacali della Medicina Generale e con i singoli MMG;
- il perdurare di buone condizioni di equilibrio economico finanziario.

La presenza di questi tre fattori ha di fatto contenuto l'esigenza di formalizzare gli esiti del sistema di programmazione e controllo per la Medicina Generale in documenti negoziali o in documenti di budget anche se è opportuno rilevare come per la principale voce di spesa, e cioè la farmaceutica, sussista un accordo informale concordato, ma non ratificato, con le OO.SS. e in linea con quanto definito dalla Regione come obiettivo per l'azienda. L'esito di tale accordo del resto trova espressione nei documenti di programmazione e controllo aziendali definiti per le Zone Distretto cui, fra l'altro, è esplicitamente attribuito l'obiettivo di contenere la spesa farmaceutica nelle sue due componenti di spesa convenzionata esterna e di distribuzione diretta. Tra gli obiettivi del Responsabile di Zona Distretto relativi alla Medicina Generale figurano poi la realizzazione periodica di riunioni con MMG e PLS per il monitoraggio dell'attività e la verifica delle problematiche di Zona, e la verifica del rispetto dell'accordo con i MMG relativo alla campagna di vaccinazione. Tali obiettivi derivano da quelli assegnati all'azienda dalla Regione e sono comuni, nella loro struttura, a tutte le Zone Distretto.

L'unico documento formale di accordo fra azienda e MMG è dato dall'accordo aziendale sulle vaccinazioni, avente l'obiettivo di incentivare i MMG alla copertura di tutta la domanda di vaccinazioni per consentire l'interruzione di tale servizio da parte dell'AUSL. Anche il percorso di contrattazione relativo a tale accordo, di fatto, avviene in modo informale coinvolgendo la Direzione Sanitaria e le OO.SS., in una serie di comunicazioni telefoniche che producono un documento sintetico e condiviso.

Per quanto concerne il quadro delle indennità e degli incentivi per il MMG, emerge in sostanza uno scenario in cui sono presenti esclusivamente elementi derivanti dalla convenzione nazionale e dall'accordo integrativo regionale.

Per quanto concerne la reportistica distribuita ai MMG, il documento principale è rappresentato dal report sui consumi farmaceutici dei propri assistiti, definito per singolo medico e per gruppo. Tale documento è prodotto da una società esterna. Il report viene inviato mensilmente ai MMG e non sono previste riunioni di presentazione dei dati. Il compito di monitorare i medesimi e attivare eventualmente incontri *ad hoc* è assegnato al Direttore di Zona Distretto. A livello aziendale vengono svolte riunioni trimestrali con il Comitato Permanente per la Medicina Generale che ha il compito di definire la strategia da porre in atto delineando in particolare il quadro delle indicazioni da fornire ai MMG.

Agli occhi di questi ultimi, secondo quanto emerso nel corso dell'intervista a uno di essi, il quadro delle indennità e degli incentivi contenuti nella busta paga appare chiaramente delineato tanto nella sua intensità quanto nella sua origine, ascrivibile alla Convenzione nazionale e all'accordo integrativo regionale. Critico appare il tetto di spesa imposto informalmente sulla farmaceutica e ciò in quanto è considerato rilevante il peso della quota di spesa indotta dalla presenza nel territorio di due aziende ospedaliere, quota sulla quale i MMG non hanno possibilità di controllo. Appaiono infatti frequenti situazioni in cui il paziente che si è rivolto alla struttura ospedaliera viene rinvio al MMG per la prescrizione del farmaco.

#### 18.4 Risultati della ricerca

La prima considerazione che è possibile compiere, volendo delineare un quadro di sintesi di quanto emerso nel corso dell'analisi dei sistemi di programmazione e controllo per la Medicina Generale nel campione di aziende scelto, ha sicuramente a che fare con l'eterogeneità dei sistemi analizzati in relazione a ciascuna delle tre dimensioni di analisi proposte e cioè l'esistenza di una distanza tra impostazione formale del sistema di programmazione e controllo e percezione da parte dei professionisti sanitari. Il grado di maturità dei sistemi di programmazione e controllo per la medicina generale, la coerenza tra programmazione contenuta nel budget per la medicina generale e programmazione delle aree aziendali interdipendenti. Come non appare possibile delineare un modello di riferimento, e ciò coerentemente alla sempre crescente differenziazione dei modelli organizzativi e gestionali fra sistemi sanitari regionali, così, anche all'interno di casi appartenenti alla medesima Regione, le differenze risultano significative, al punto da consentire di affermare che anche laddove le logiche regionali appaiono più pervasive, come nel caso della Lombardia, nella definizione dell'architettura e dei tempi del sistema di programmazione e controllo da parte dell'ASL, si constata l'esistenza

di uno spazio di autonomia decisionale. Un quadro sintetico delle risultanze emerse nel corso dell'indagine è contenuto nella Tab. 18.2.

#### 18.4.1 Il disegno formale

In merito al primo ambito d'indagine e cioè la distanza tra sistemi di programmazione e controllo dichiarati e attuati, si è assunto a riferimento, da un lato l'analisi dei documenti aziendali (accordo integrativo regionale e aziendale, documenti di programmazione, budget di distretto), dall'altro quanto emerso nel corso delle interviste con i MMG.

Pur nel limite della rappresentatività del campione intervistato, ciò che emerge in generale è una corrispondenza fra sistemi dichiarati e percepiti, sebbene talvolta, soprattutto laddove i sistemi appaiono più evoluti, non vi sia del tutto la chiara comprensione dei meccanismi operativi da parte della componente professionale: ciò accade significativamente per l'ASL di Pavia e l'ASL di Empoli, sebbene le due realtà presentino sistemi del tutto differenti. Nel primo caso si è infatti in presenza dell'introduzione di un sistema evoluto che richiede inevitabilmente risorse destinate alla comprensione delle sue componenti e della sua peculiarità. Nel secondo caso, in assenza di un documento di budget per la Medicina Generale, sono i dettagli tecnici relativi al calcolo dell'incentivazione a sfuggire, sebbene da ciò il sistema non sembri trarre delegittimazione. Appaiono quindi centrali, oltre alla razionalità intrinseca del sistema, la componente relazionale e il clima aziendale che contribuiscono all'adesione della componente medica se non alla sua collaborazione, quando questa è prevista (in particolare si veda il caso di Reggio Emilia).

#### 18.4.2 Le caratteristiche del processo di programmazione e controllo

Strettamente correlate a tali osservazioni appaiono quelle relative al secondo ambito di indagine proposto e cioè le caratteristiche degli strumenti operativi in cui si concretizza il processo di programmazione e controllo aziendale. La maturità degli strumenti risulta maggiore per la fase di programmazione, dove prende sempre più corpo una distinzione netta tra momento sindacale e momento tecnico nella fase di definizione degli obiettivi (distinzione evidente nelle esperienze lombarde, di Thiene, ma anche delle AUSL Emiliano-romagnole).

Appare utile, in tal senso, distinguere fra quelle realtà in cui i contenuti del budget per la Medicina Generale derivano dai processi di programmazione aziendale, dalle altre in cui a prevalere sono i contenuti dall'accordo sindacale. Questa dimensione appare correlata alla presenza o meno di una scheda budget, documento formale di trasmissione degli obiettivi ai MMG. In particolare si evidenzia che laddove prevalgono i contenuti della programmazione aziendale, la scheda viene adottata e opera effettivamente come strumento operativo, distinguendosi dall'accordo (così per Bergamo, Pavia e Thiene), mentre laddove prevalgono i

contenuti definiti in quest'ultimo, la scheda budget, se presente, si limita a essere una sistematizzazione sintetica dei contenuti del medesimo (così segnatamente a Treviso ed Empoli).

Si rileva in merito agli obiettivi, un equilibrio tra quelli di tipo quantitativo (legati ai consumi o agli esiti) e di tipo qualitativo e di processo (partecipazione). Tutte le aziende, infatti, affidano ai MMG anche obiettivi qualitativi e in taluni casi tale scelta risponde all'obiettivo di rafforzare il senso di appartenenza dei medici all'azienda. Laddove la dimensione qualitativa prevale in maniera netta, come a Reggio Emilia, ciò è giustificato anche da una debolezza intrinseca dei sistemi informativi.

Si nota la tendenza da parte di molte aziende a non affidare più gli obiettivi al medico singolo, ma a strutturare dei CdR territoriali.

Peraltro si segnala la difficoltà in tale percorso, dove, o si accetta una certa disomogeneità nei CdR (sia MMG singoli, che gruppi che équipe multiprofessionali, vedi Pavia, Thiene, Treviso) o si nota una certa debolezza organizzativa (vedi i NCP emiliano-romagnoli).

Si segnala una generale debolezza della fase di reporting. Tale fase non sembra essere particolarmente curata dalle aziende: gli stessi report non sono quasi mai del tutto coerenti con gli obiettivi negoziati e tendono a privilegiare la dimensione della farmaceutica.

La scelta delle aziende è peraltro quella di attivare molti canali di discussione e di coordinamento (organi paritetici, gruppi di lavoro, comitati tecnici) che, attraverso un calendario serrato di incontri, tende a sostituire i momenti propri della discussione della reportistica. Per questo si osserva il paradosso di una percezione degli operatori che segnala come molto importante l'interazione tra azienda e medici e la sostanziale mancanza di sistemi formalizzati di feed-back sui report.

Per quanto attiene i sistemi incentivanti invece, complice la dominanza che l'accordo sindacale tende ancora ad avere, si nota molta chiarezza nei criteri, negli ambiti e nei meccanismi di valutazione ed erogazione.

#### **18.4.3 Grado di coordinamento degli obiettivi di programmazione**

In merito al terzo ambito di indagine, ovvero il grado di interdipendenza del processo di programmazione e controllo declinato per la Medicina Generale e gli strumenti di programmazione relativi alle altre aree di attività, vale anzitutto la constatazione generale che tale integrazione è maggiore quando il sistema di programmazione e controllo opera secondo una logica di budgeting estesa anche alla medicina generale.

Laddove invece, segnatamente in Toscana e in Emilia Romagna, lo strumento operativo di programmazione prevalente risulta essere l'accordo, il compito di realizzare l'integrazione tra tale area e le altre interne all'azienda è demandato a progetti specifici o alla responsabilità del Distretto.



Tabella 18.2 (segue)

ASL	Lombardia		Veneto		Emilia Romagna		Toscana		
	Bergamo	Pavia*	Thiene	Treviso	Modena	Reggio Emilia	Empoli	Pisa	
Analisi della reportistica distribuita ai MMG	Cadenza		Trimestrale		Trimestrale		Mensile		
	Obiettivo/gold standard		No	Si	Si	No	No	Si	No
	valori medi ASL		No	Si	No	Si	Si	Si	No
	dati di contesto		No	Si	No	Si	Si	No	No
natura dei dati	Finanziari e sanitari		Finanziari		Finanziari e sanitari		Sanitari		
	Farmaceutica		Farmaceutica		Farmaceutica		Farmaceutica		
Indicatori di attività	Ricoveri		Ricoveri		Ricoveri		Ricoveri		
	Specialistica		Specialistica		Specialistica		Specialistica		
Logica del report	Sintetico		Sintetico		Sintetico		Analitico		
	Prevede incentivi definiti per		Singolo medico	Gruppi di medici	Singolo medico	Singolo medico	Medici e gruppi	Singolo medico	Singolo medico
Prevede incentivi	Economici e non		Economici e non		Solo economici		Economici e non		
	economici		economici		economici		economici e non		

\* per l'ASL di Pavia la compilazione si riferisce al sistema di P&amp;C definito dall'accordo 2004 a valere per il 2005.

\*\* a Thiene le associazioni ex D.P.R. 270/2000 sono Cdr.

Esistono d'altra parte realtà in cui la percezione di coordinamento tra gli obiettivi affidati ai vari ambiti aziendali è molto forte (Pavia, Thiene, Reggio Emilia, Pisa), e altre realtà dove questo collegamento, anche se presente non è percepito (vedi Treviso e Modena). Preme far notare che la presenza di sensibili collegamenti tra obiettivi dei MMG e di altre strutture aziendali (come ospedale, prevenzione, specialisti) rappresenta agli occhi dei medici un elemento valoriale molto forte.

Quale considerazione conclusiva si evidenzia come, pur nel quadro di eterogeneità delineato e avendo presente il numero limitato di casi di riferimento, sia possibile raggruppare le esperienze analizzate in due categorie. La prima comprendente l'esperienza delle aziende di Lombardia e Toscana in cui prevalente nella definizione dei contenuti della programmazione per la Medicina Generale appare essere il livello Regionale. In tal senso significativo è che in Lombardia, dove effettivamente si sta realizzando un percorso di recupero di spazi di autonomia aziendale nella definizione delle priorità e degli obiettivi da assegnare alla Medicina Generale, tale percorso abbia avuto origine proprio da un progetto regionale. La seconda comprendente le esperienze delle aziende di Veneto ed Emilia Romagna, in cui, pur nella condivisione di linee guida regionali e matrici culturali simili, a prevale è il livello aziendale o nella forma di una gestione articolata dello strumento dell'accordo o, come nel caso di Thiene, nella definizione di un sistema di programmazione e controllo ulteriore rispetto all'accordo integrativo.

## Bibliografia

- Borgonovi E. (2000) *Principi e strumenti aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie*, Milano McGraw-Hill.
- Cavallo M.C., Tozzi V., Vendramini E. (2002) «Le scelte regionali per il governo delle cure primarie», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, Milano, Egea.
- Fattore G. (1999), «Cost Containment and Reforms in the Italian National Health Service», in E. Mossialos e J. Le Grand (a cura di), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Heller L. (2004), «Change management nelle cure primarie: le leve aziendali che influenzano l'evoluzione degli strumenti manageriali per la Medicina Generale», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Lecci F., Longo F. (2004), «Strumenti e processi di programmazione e controllo attivati dalle aziende del SSN», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.



Tedeschi P., Heller L. (2003), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.

Tedeschi P., Heller L. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.

Vendramini E. (2002) «Strumenti manageriali per il governo della Medicina Generale: analisi di 11 accordi decentrati», in E. Anessi Pessina ed E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.