

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

8 Nuova Convenzione della medicina generale e implicazioni sugli attuali accordi regionali

di Davide Galli, Luca Heller e Paolo Tedeschi*

8.1 Premessa normativa

Il 23 marzo 2005 è stata approvata¹ la nuova Convenzione per la medicina generale dopo un iter negoziale prolungato, ma comunque giunto a conclusione in un periodo di non facili rinnovi contrattuali nel settore pubblico. In particolare, il processo negoziale è stato orientato da un complesso insieme di norme e atti, che si ritiene opportuno richiamare:

- D.lgs. 502/1992 e successive modifiche, per il quale il rapporto tra SSN e medici di medicina generale (MMG nel seguito) è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale con le organizzazioni sindacali più rappresentative per consistenza associativa (art. 8);
- PSN 03-05 circa gli obiettivi a garanzia del diritto alla salute (in coerenza con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e le leggi finanziarie 2002 e 2003 e nel rispetto dei LEA di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e integrazioni);
- Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 per la disciplina della contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il SSN (successivamente integrata dalla legge 138/2004, che attribuisce efficacia *erga omnes* agli Accordi collettivi nazionali², modificando quindi la legge 833/1978 che prevedeva la promulgazione dell'ACN con Decreto del Presidente della Repubblica);

* Pur nella condivisione ed elaborazione comune dei contenuti del lavoro, i par. 8.1, 8.2.5, 8.4 sono stati redatti da Paolo Tedeschi, il resto del par. 8.2 da Davide Galli e Paolo Tedeschi, il par. 8.3 da Luca Heller.

¹ L'accordo è stato firmato in data 20 gennaio 2005 da SISAC, FIMMG, Federazione Medici UIL SIMET, SUMAI, CISL Medici, FP CGIL Medici. Non è stata apposta firma da SNAMI. L'accordo è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 23 marzo 2005.

² Abbreviato in ACN nel seguito del capitolo ed equivalente al termine Convenzione o contratto (nazionale).

- atto di indirizzo del Comitato di settore del comparto sanità³ in base al quale il sistema di contrattazione deve articolarsi per livello *nazionale* (garanzie per cittadini; ruolo, responsabilità, criteri di verifica per i medici; rispetto dei LEA e compatibilità economiche), *regionale* (obiettivi di salute, modelli organizzativi e operativi) e *aziendale* (progetti e attività di attuazione conformi alle scelte delle Regioni, cui spetta la definizione degli istituti contrattuali di dettaglio con la medicina generale in seguito alla modifica del Titolo V della Costituzione⁴). L'atto di indirizzo precisa inoltre le fasi della contrattazione (gli accordi regionali e aziendali devono essere stipulati entro 180 giorni dalla pubblicazione dell'ACN in G.U.), la nuova struttura del compenso (da elencazione, remunerazione e incentivazione di compiti a individuazione, pagamento e sviluppo di funzioni attraverso una quota capitaria ponderata e due quote integrative per obiettivi regionali e aziendali), le risorse economiche per il rinnovo contrattuale (in base all'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001);
- Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 sui cinque⁵ indirizzi progettuali prioritari per il SSN, tra cui le cure primarie, per le quali si esplicita la necessità di una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni territoriali, riservando l'assistenza ospedaliera alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta a favore del territorio che deve poter intercettare il bisogno sanitario e farsi carico in modo unitario e continuativo delle necessità socio-sanitarie dei cittadini. In quest'ottica lo stesso Accordo precisa che alle nuove forme di aggregazione dei MMG, quali le future Unità territoriali di assistenza primaria, sia da destinarsi già per l'anno 2005 il 25 per cento delle risorse previste per le priorità del PSN, ovvero circa 286 milioni di euro (Perrone 2005).

Inoltre, per la prima volta, la negoziazione della Convenzione da parte pubblica non è stata delegata all'Aran⁶, bensì condotta dalla SISAC⁷, ovvero da un'apposita Struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il persona-

³ Approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome il 9 settembre 2003, trasmesso al Governo il 5 maggio 2004 e approvato dallo stesso nel luglio 2004.

⁴ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 per la quale la «tutela della salute» (in sostituzione della vecchia dizione «assistenza sanitaria e ospedaliera») diviene materia di legislazione regionale concorrente (art. 117, comma 3).

⁵ Trattasi degli obiettivi strategici del PSN convalidati anche dall'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003:

1. sviluppo della politica dei LEA a livello regionale;
2. cure primarie;
3. rete integrata di servizi per la non autosufficienza;
4. centri di eccellenza territoriali;
5. comunicazione istituzionale su prevenzione e stili di vita.

⁶ Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni.

⁷ La SISAC è stata istituita dalla legge 289/2002 e risulta un organismo carente di rappresentatività giuridica di diritto pubblico (in quanto di potestà delle regioni), il cui regolamento di funziona-

le convenzionato (su mandato del già citato Atto di indirizzo del Comitato di Settore⁸). In definitiva il processo descritto rappresenta un segno tangibile della *devolution* in atto nella sanità, visto il ruolo di primo piano svolto da Regioni e proprie emanazioni (per esempio SISAC), a fronte di accordi con l'Amministrazione centrale sulle macro-compatibilità economiche. Nell'ambito di questo nuovo scenario, il capitolo si sofferma sulle principali caratteristiche del contratto collettivo allo scopo di riflettere, in ultima analisi, se esso sia in grado di supportare la «visione dichiarata» di una sanità territoriale non più ancillare rispetto all'ospedale, oppure se al di là dell'accordo economico persista un problema strategico sul «come» sviluppare cure primarie efficaci, integrate, responsabili e con standard qualitativi elevati. La questione risulta di non poco conto visto che anche la prima analisi nazionale sui *modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie* (Dipartimento Qualità del Ministero della Salute 2004), dopo aver constatato che la legge 833/1978 ha di fatto posto l'ospedale quale fulcro dell'intervento sanitario, afferma che «il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra-ospedalieri, mentre oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra-territoriale sempre più riservata alle patologie acute».

Nelle pagine seguenti si prenderà pertanto in considerazione la logica del nuovo ACN rispetto al precedente, la correlazione tra i diversi livelli contrattuali, l'evoluzione nella struttura del compenso dei MMG, alcune importanti innovazioni e, infine, la coerenza degli accordi regionali in vigore rispetto allo scenario introdotto dalla nuova Convenzione.

8.2 La nuova Convenzione per i Medici di medicina generale: verso la definizione di un nuovo modello di contrattazione?

L'analisi del nuovo ACN non può che muoversi per differenza rispetto al precedente accordo del 2000. In questa sede il confronto tra i due contratti non intende scendere nei dettagli, bensì evidenziare eventuali cambiamenti di prospettiva, le implicazioni per il ruolo del Medico di famiglia, i potenziali impatti rispetto alle politiche regionali degli ultimi anni.

In particolare il nuovo contratto si caratterizza per alcuni aspetti fondamentali:

- l'orientamento verso una nuova schematizzazione contrattuale, con standard nazionali inderogabili, ma anche margini di flessibilità a livello regionale;

mento è stato approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 24 luglio 2003.

⁸ Al momento della firma della Convenzione il suddetto Comitato era composto dagli Assessori R. Colozzi (Presidente, Lombardia), G. Bissoni (Emilia Romagna) e F. Gava (Veneto).

- un progressivo decentramento a livello regionale sia della negoziazione di obiettivi, sia dell'allocazione di parte delle risorse;
- il consolidamento di un sistema di incentivazione dei MMG legato a soluzioni organizzative e gestionali.

Il primo elemento, in parte già presente in accordi regionali e locali preesistenti, diviene tuttavia non più residuale, in quanto comporta una transizione dalla «contrattazione per singole attività» (per esempio prestazioni professionali, accessi ADI ecc.) a una «contrattazione per fondi» destinati a specifiche finalità (per esempio quote retributive variabili per obiettivi e standard erogativi o per tipologia e volume di prestazioni). In particolare, secondo punto, spetta alle Regioni definire l'ammontare finale dei fondi⁹ nonché i criteri di ripartizione fra MMG, a testimonianza di un progressivo spostamento del baricentro negoziale dal livello nazionale, dove si definisce il quadro generale di garanzie e regole, al livello regionale, vero ambito di confronto su obiettivi di dettaglio e risorse. In relazione al terzo elemento, l'accordo si muove nella medesima direzione del precedente, delineando un assetto di incentivi che punta sostanzialmente a rafforzare lo sviluppo delle forme associative e l'integrazione professionale sia «orizzontale», ovvero tra gli stessi MMG *in primis* e poi con altri servizi territoriali, sia «verticale», cioè con servizi specialistici e diagnostici fino a quelli ospedalieri.

8.2.1 L'accordo collettivo nazionale del 2000

Il confronto fra le due impostazioni contrattuali parte dal richiamo delle innovazioni dell'accordo precedente (D.P.R. 270/2000), al quale si ispira anche il nuovo contratto per quanto attiene finalità generali, diritti, doveri e attività del MMG, mentre a variare sono ulteriori aspetti evidenziati in seguito.

L'accordo del 2000 si poneva infatti l'obiettivo di regolare la medicina generale in un contesto di continuità e globalità, promuovendo il coinvolgimento del medico nell'organizzazione distrettuale. In tal senso il medico era chiamato a essere non soltanto operatore professionale, ma anche intermediario per conto degli assistiti nell'accesso al sistema di cure e nei rapporti con altri professionisti¹⁰ del SSN.

In secondo luogo, esso si proponeva di favorire l'evoluzione della medicina generale verso nuovi modelli di lavoro in grado di garantire una maggiore tutela della salute (per esempio appropriatezza, prevenzione), con soluzioni organizzative più strutturate (per esempio forme associative, sperimentazioni gestionali), ma tuttavia personalizzabili in base alle esigenze locali (mediante progettualità aziendali).

⁹ A livello di ACN sono comunque previsti dei fondi minimi inderogabili, di modo che le Regioni di fatto possono solo aumentare o confermare gli standard nazionali.

¹⁰ Per esempio, Specialisti di primo e secondo livello.

Già nel 2000 emergeva infine l'importanza del livello regionale, cui veniva riconosciuta la possibilità di promuovere e stipulare appositi accordi integrativi in merito a forme e modalità di organizzazione del lavoro (per esempio associazionismo medico), programmi di attività e criteri di erogazione delle prestazioni, economicità della spesa (per esempio livelli di spesa programmati). L'aspettativa era dunque quella di un rapporto con la medicina generale connotato anche regionalmente e localmente che, a una cornice di riferimento nazionale, affiancasse discipline integrative capaci di orientare i comportamenti verso soluzioni ritenute idonee alle specificità regionali o aziendali (cosa che si è verificata solo nel caso di poche Regioni). Più specificamente, l'ACN del 2000 disciplinava gli accordi regionali (e aziendali) nel suo Capo VI e precisamente dopo aver enunciato i principi generali (nel Capo I) e aver disciplinato l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le attività territoriali programmate e l'emergenza sanitaria territoriale (rispettivamente al Capo II, III, IV e V).

Gli accordi regionali avrebbero dovuto disciplinare anche la materia della contrattazione aziendale definendo linee guida al fine di armonizzare gli accordi periferici, particolarmente in materia di ambito, tempi di attività del MMG, obiettivi assistenziali, strumenti operativi, modelli di distrettualizzazione.

L'ACN del 2000 prevedeva quindi una sequenza gerarchica dei livelli contrattuali di tipo verticale *top-down* e una funzione prevalentemente integrativa dei due accordi subordinati, che di fatto ha limitato la spinta verso contrattazioni decentrate a livello aziendale (nel 2001 solo 61 ASL su un campione di 162 avevano attivato accordi integrativi aziendali¹¹).

8.2.2 L'accordo collettivo nazionale del 2005

Rispetto all'impostazione precedente il nuovo accordo presenta un'importante novità, con rilevanza tanto formale quanto sostanziale: la definizione dei livelli contrattuali avviene nella cosiddetta «parte prima», di inquadramento generale, precedendo così anche la disciplina del rapporto convenzionale (continuando il parallelo, è come se nel nuovo ACN il precedente Capo VI fosse diventato il Capo I). La differenza appare sostanziale se collegata alla riforma del Titolo V della Costituzione, con l'affidamento alle Regioni della potestà legislativa concorrente in materia di salute.

Il nuovo accordo riconosce pertanto alle Regioni un maggiore potere di intervento sulla sanità territoriale. Questo cambiamento di prospettiva è riflesso dalla stessa struttura contrattuale, che prevede un cosiddetto «istituto articolato cedevole», ovvero il decentramento al livello negoziale regionale di parte degli obiettivi e delle risorse retributive per i medici (circa il 20-30 per cento), allo scopo di agevolare personalizzazioni di compiti, regole, attività e prestazioni, in assenza delle quali continueranno a valere opportuni standard nazionali.

¹¹ Per approfondimenti si veda Cavallo, Gerzeli e Vendramini (2001).

Il nuovo accordo infatti, se da un lato mantiene una *consecutio* verticale fra i tre livelli di contrattazione (nazionale, regionale, aziendale), dovuta all'inevitabile *prius* logico e temporale, tuttavia affianca alla tradizionale natura integrativa degli accordi sottostanti ulteriori margini di innovazione complementare, di modo che gli accordi regionali e aziendali assumono il connotato di strumenti ormai insostituibili per poter gestire realmente la medicina generale (con tutte le implicazioni positive e negative del caso in termini di responsabilizzazione di Regioni e Aziende sanitarie). Vale del resto la constatazione che l'accordo del 2000 stabiliva, all'art. 73, l'attivazione della contrattazione regionale entro 90 giorni, soffermandosi quindi sull'avvio di un momento di negoziazione anziché sull'esito. Al contrario, il nuovo accordo stabilisce, all'art. 4, che le Regioni e le OO.SS. si impegnano a definire, entro e non oltre i sei mesi successivi all'entrata in vigore dell'ACN, le intese per la definizione degli aspetti specifici affidati alla contrattazione regionale. Il termine di sei mesi deriva da una valutazione dei tempi tecnici necessari a recepire la nuova impostazione e al contempo rappresenta il tempo limite di possibile «vacanza» dello strumento contrattuale regionale. In tal senso è prevedibile che il quadro degli accordi regionali esistenti subisca una progressiva trasformazione, in particolare laddove la contrattazione regionale si è mantenuta su aspetti più formali che sostanziali, oppure in cui risulterà arduo ricostruire il costo storico regionale della medicina convenzionata, quale base di riferimento per i nuovi accordi.

8.2.3 Specificità dei livelli di contrattazione

Entrando quindi nel merito dei contenuti affidati ai tre livelli di contrattazione, il livello nazionale individua:

- le garanzie per i cittadini;
- il ruolo, il coinvolgimento nell'organizzazione e programmazione, le responsabilità, i criteri di verifica e le garanzie per il personale sanitario convenzionato;
- i servizi erogati per assicurare i livelli essenziali di assistenza;
- la compatibilità economica;
- la responsabilità di Regioni e Aziende sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'accordo medesimo.

La negoziazione nazionale definisce poi nel dettaglio gli aspetti tecnici e formali di regolazione e disciplina del rapporto convenzionale, come, per esempio, la natura, le modalità e la costituzione del rapporto di Convenzione, le condizioni di incompatibilità, i rapporti ottimali e i massimali di scelta per medico, le modalità e gli ambiti di esercizio della libera professione.

Al livello nazionale è infine demandato il compito di definire alcune priorità per il SSN, tra cui:

- la definizione del ruolo, delle funzioni e dei compiti dei medici di medicina

generale in relazione alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza delle cure primarie;

- l'avvio di un processo condiviso di determinazione di percorsi e linee guida per l'efficacia, l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza;
- l'esplicitazione delle funzioni, degli obiettivi e degli elementi costitutivi fondamentali delle forme associative;
- i criteri generali della gestione della formazione professionale.

Per quanto concerne il livello regionale, gli viene affidato il compito di definire gli obiettivi di salute, i modelli organizzativi e gli strumenti operativi necessari ad attuarli in coerenza con le finalità della programmazione nazionale. A esso viene inoltre attribuito il compito di personalizzare alcuni aspetti specifici che quindi potranno differenziarsi ulteriormente tra Regioni:

- la responsabilità delle professionalità rispetto agli obiettivi di programmazione regionale (per esempio prevenzione, gestione malattie croniche) e le relative forme di incentivazione;
- le modalità di attuazione delle priorità del SSN in tema di cure primarie;
- l'organizzazione della continuità assistenziale, dell'emergenza territoriale e della medicina dei servizi;
- le soluzioni organizzative per la partecipazione dei MMG agli obiettivi di programmazione e budget aziendali;
- l'organizzazione della formazione di base;
- i criteri e le modalità di organizzazione del sistema informativo fra operatori, strutture, distretti, aziende e Regione.

Anche il livello di contrattazione aziendale trova nel nuovo accordo un rinnovato ruolo. Se infatti nel precedente accordo la sua definizione aveva carattere residuale, il nuovo ACN ne esplicita il compito: la definizione di progetti e attività dei medici convenzionati a supporto degli obiettivi di programmazione regionale. Coerentemente a un sistema che affida al livello nazionale la disciplina di riferimento e il quadro delle competenze, al livello regionale la declinazione di programmi e strumenti, il livello aziendale viene presentato come momento di traduzione concreta dei principi e dei programmi in iniziative che sappiano impiegare gli strumenti di incentivazione al fine di orientare i comportamenti professionali.

Resta, a parere di chi scrive, un rischio già emerso con la precedente Convenzione, ovvero che la sede aziendale finisca con il costituire un mero «dispensatore» di risorse economiche e finanziarie definite dagli altri due livelli. Può cioè accadere che l'Azienda si limiti di fatto ad applicare gli istituti incentivanti definiti dagli accordi superiori, eventualmente integrandone l'ammontare, ma senza avere una chiara percezione del peso complessivo dell'investimento in medicina generale, della componente variabile di retribuzione, né della destinazione e quindi del valore aggiunto di tali risorse. L'accordo aziendale dovrebbe porsi quale

momento di composizione degli istituti incentivanti a garanzia di un insieme concreto di attività rilevanti per lo specifico aziendale, in coerenza con la programmazione regionale, ma senza rinunciare al processo di confronto e contestualizzazione di obiettivi e risorse a livello locale.

8.2.4 Evoluzione nella struttura del compenso per MMG

Come noto nella pratica e nella letteratura¹², i comportamenti delle professionalità mediche sono sensibili ai sistemi di finanziamento. Nel nuovo ACN viene dichiarato (art. 8) che il compenso «deve essere sintonizzato con il perseguimento degli obiettivi di salute programmati, con un adeguato equilibrio fra la parte retributiva legata ad automatismi e quella legata a obiettivi e prestazioni definite dalle programmazioni regionali e aziendali».

In sintesi la struttura del compenso si articola in:

- una quota capitaria ponderata per assistito e/o quota oraria;
- incentivi di struttura, di processo, di livello erogativo, di partecipazione agli obiettivi e al governo delle compatibilità;
- quote per servizi e prestazioni aggiuntive;
- arretrati¹³ 2001, 2002, 2003 e aumenti derivanti dal rinnovo contrattuale per gli anni 2004-2005¹⁴ (art. 9);
- incentivi legati al trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio e dai livelli assistenziali per l'assistenza primaria.

In particolare le quote del secondo e terzo punto possono arrivare fino al 30 per cento degli attuali compensi e devono essere funzionali agli obiettivi regionali. Questa previsione delinea un sistema di retribuzione che, rispetto al precedente, vede due connotati più marcati:

- la presenza di una componente variabile esplicita;
- il collegamento di tale componente alla programmazione regionale.

Ciò che dovrebbe emergere è un quadro in cui, fatte salve alcune prerogative contrattuali nazionali, del resto piuttosto rilevanti, il livello regionale definisce criteri di incentivazione strettamente correlati alle sue priorità e al modello di organizzazione delle cure primarie che ritiene di realizzare. A questo proposito la nuova Convenzione introduce, proprio a livello regionale, una nuova logica di distribu-

¹² Per approfondimenti: Bondonio (1998), Moran (1999), Galletti *et al.* (2000), Gosden *et al.* (2001), Docteur e Oxley (2003).

¹³ La cui somma complessiva ammonta a 3,28 euro per assistito.

¹⁴ Per il 2004 5,16 euro per assistito a metà tra quota fissa e variabile, per il 2005 1 euro con stessa logica.

zione delle risorse per «fondi» (per esempio *fondo per la ponderazione qualitativa della quota capitaria, fondo a riparto per la qualità dell'assistenza, fondo per i programmi di governo clinico*). Soffermandosi in particolare sulla struttura del compenso per i MMG, le componenti precedentemente descritte sono quindi riclassificabili in:

1. una quota fissa ponderata;
2. una quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e standard erogativi e organizzativi;
3. una quota variabile calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazione, concordata a livello regionale e aziendale.

1. Procedendo con ordine, la determinazione della quota fissa assume un nuovo criterio. In precedenza il compenso professionale variava soprattutto in ragione dell'anzianità di laurea del medico, con ulteriori compensi aggiuntivi¹⁵ e il concorso alle spese per l'erogazione delle prestazioni, determinando incertezza sull'ammontare della quota capitaria per assistito.

Il nuovo accordo introduce un compenso professionale unico pari a 38,62 euro per assistito, integrato da un assegno individuale che incrocia l'anzianità di laurea del medico già in Convenzione con il numero di assistiti in carico, oppure da una quota capitaria aggiuntiva di ingresso, pari a 13,46 euro, per nuovi MMG con carico assistenziale inferiore alle 501 scelte. La quota fissa è poi integrata da un *fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie* costituito dalla metà degli aumenti contrattuali previsti e altresì alimentato dagli assegni individuali dei medici che cessano di operare o da risorse aggiuntive regionali. Restano peraltro invariate le quote capitarie annue aggiuntive per assistiti ultra settantacinquenni e con meno di 14 anni (rispettivamente 15,49 e 18,08 euro per assistito).

2. La quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e standard erogativi e organizzativi viene ridefinita secondo una logica simile. Il precedente accordo alimentava tale quota attraverso un sistema di incentivi, che nell'ambito del nuovo ACN viene razionalizzato come segue (art. 59):

- indennità di piena disponibilità (sostituita da un aumento di 2,00 euro per assistito annui);
- incentivazione delle forme associative – in attesa degli accordi regionali, gli incentivi del D.P.R. 270/2000 sono sostituiti da compensi forfettari annui; per la medicina di gruppo si passa da 4,65 a 7 euro per ogni assistito in carico a un MMG (+50 per cento), per la medicina in rete da 3,61 a 4,7 euro (+30

¹⁵ Come riferimento l'art. 41 del D.P.R. 314/1990.

per cento), per la medicina in associazione l'incentivo rimane immutato a 2,58 euro;

- indennità di collaborazione informatica (viene mantenuto un forfait mensile di 77,47 euro per MMG per l'impiego della scheda sanitaria elettronica, nonché la stampa di almeno il 70 per cento delle prescrizioni standard);
- indennità per il collaboratore di studio medico (si passa da 2,58 a 3,5 euro per assistito annui, quindi + 35 per cento);
- indennità per il personale infermieristico (da 3 a 4 euro per assistito annui, + 33 per cento).

Tuttavia il nuovo accordo non si limita a incrementare le fonti della quota variabile appena descritte, soprattutto prevede di concentrarle in un unico *Fondo a riparto per la qualità dell'assistenza* (art. 46), destinato a rappresentare un sistema di incentivazione delle forme associative e collaborazioni professionali. Resta la possibilità per le Regioni di definire i criteri e gestire autonomamente, attraverso il proprio livello di contrattazione, la destinazione di tale fondo. Sempre riguardo alla quota variabile, esiste anche un ulteriore *Fondo per i programmi di governo clinico*. Anche in questo caso l'accordo nazionale stabilisce che l'ammontare minimo di risorse deve essere pari all'altra metà degli incrementi contrattuali previsti dall'art. 9, ovvero 2,58 euro annui per assistito (la prima metà era destinata al *Fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie*). Ogni Regione, nel rispetto dei livelli programmati di spesa, può impiegare opportunamente questo Fondo, definendo l'oggetto e i criteri di ripartizione del medesimo. In attesa o in mancanza della stipula dei nuovi accordi regionali, i due ultimi fondi descritti confluiscono in una quota capitaria regionale, comunque distribuita a tutti i medici.

3. Infine, la quota variabile calcolata in base al tipo e ai volumi di prestazione, concordata a livello regionale e aziendale, comprendeva, nell'accordo del 2000, le risorse per la remunerazione delle prestazioni aggiuntive e degli accessi in assistenza domiciliare programmata e residenziale, eventualmente integrate da ulteriori risorse provenienti dagli accordi integrativi regionali o aziendali. Il nuovo accordo stabilisce che la determinazione dell'oggetto e dei criteri di distribuzione di tale quota di retribuzione sono di esclusiva competenza degli accordi integrativi regionali e aziendali e si limita a individuare il possibile ambito di riferimento: prestazioni aggiuntive, assistenza programmata, assistenza domiciliare, assistenza nelle residenze protette e nelle comunità, interventi aggiuntivi in dimissione protetta, prestazioni e attività in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero, prestazioni informatiche, ulteriori prestazioni o attività richieste dalle aziende. Il quadro tendenziale che emerge vede dunque il livello regionale al centro del sistema sia per la determinazione dell'ammontare complessivo di risorse destinate alla medicina generale, sia per ciò che riguarda l'individuazione delle priorità. La logica dei fondi costituisce da un lato una garanzia

per i medici, vincolando un ammontare minimo di risorse all'incentivazione di determinate attività, dall'altro introduce una logica negoziale nuova e contraddistinta da due tratti. In primo luogo il superamento di un assetto negoziale caratterizzato da elevata frammentazione dei pagamenti, condizione questa che nel tempo ha reso ambiguo comprendere «quanto della retribuzione dei professionisti fosse destinato a cosa». In secondo luogo la scelta di fare del livello regionale il vero baricentro del sistema contrattuale, organizzato secondo aree di retribuzione e fondi a esse correlati, che dovrebbe consentire un migliore bilanciamento tra omogeneità di impostazione negli accordi regionali e flessibilità nella personalizzazione di obiettivi e contenuti.

8.2.5 Altre innovazioni del nuovo ACN

Oltre alla sistematizzazione dei livelli contrattuali e all'evoluzione nella logica retributiva, il nuovo ACN si caratterizza anche per il focus su alcune tematiche (per esempio applicazione dei LEA, continuità assistenziale, governo clinico, percorsi assistenziali, integrazione socio-sanitaria e distrettuale, forme organizzative ecc.). In altri termini per Regioni, Aziende sanitarie, Organizzazioni sindacali regionali e locali si apre la possibilità di attivare o rafforzare la rete di cure primarie in un'ottica di maggiore attenzione ai reali bisogni degli utenti, al miglioramento continuo delle prestazioni, all'appropriatezza assistenziale, programmando obiettivi specifici, decidendo l'allocazione delle risorse disponibili, monitorando la performance del sistema regionale con opportuni strumenti manageriali e clinici.

In particolare è possibile cogliere innovazioni specifiche a vantaggio diretto dei cittadini, come:

- un orario minimo di studio settimanale, in funzione del numero di assistiti¹⁶;
- la possibilità di sperimentare presso forme associative di MMG, sub conferma degli accordi regionali, l'erogazione di prestazioni specialistiche accreditate fornite da Aziende erogatrici pubbliche e private (art. 36);
- il rapporto ottimale di 1 medico ogni 5000 abitanti per la continuità assistenziale¹⁷ (art. 64), quale premessa per un servizio di 24 ore, sette giorni su sette, presso la stessa struttura dei medici di famiglia e nei confronti di un'utenza specifica e non più casuale.

Tuttavia le innovazioni più significative per il futuro della medicina generale discendono probabilmente da alcuni aspetti strutturali. In particolare in base agli

¹⁶ Lo standard prevede 5 ore settimanali fino a 500 assistiti, 10 ore fino a 1000, 15 ore sopra i 1000, per almeno due fasce pomeridiane o mattutine distribuite sui cinque giorni lavorativi. Secondo Perrone (2005) l'orario minimo può essere utile in alcune realtà rurali.

¹⁷ Con aumento dell'incarico da 12 a 38 ore settimanali ed esclusività del rapporto per i medici di continuità assistenziale che erogano il servizio presso forme associative strutturali.

art. 26, 45, 54, è possibile identificare diverse tipologie di modelli organizzativi, destinate potenzialmente a coesistere:

- équipe territoriali, ovvero *legami funzionali*¹⁸ tra MMG, articolati su progetti definiti a livello regionale (per esempio prevenzione, assistenza domiciliare, erogazione LEA) per creare un confronto multiprofessionale e per gestire progetti a livello distrettuale (per esempio valutazioni multidimensionali per l'assistenza a pazienti cronici);
- Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) ovvero *legami strutturali* su base volontaria e sperimentale¹⁹, in grado di configurare veri centri di responsabilità territoriali («organismi operativi con strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali»), capaci di lavorare per obiettivi e assicurare «risposte complesse al bisogno di salute» coinvolgendo in modo attivo MMG, MCA, PLS, Specialisti ambulatoriali, Medici dei servizi, Assistenti sociali;
- forme associative libere e volontarie²⁰, distinguibili in associazioni per condividere modalità di lavoro e infrastrutture di assistenza medica (per esempio medicina di gruppo, di rete e di associazione) e associazioni non mediche, quali società di servizio e cooperative²¹, per la gestione di beni e servizi di supporto (per esempio tecnologie, locali, utenze, personale ecc.), senza quindi fornitura di prestazioni sanitarie.

Malgrado la diversità e parziale sovrapposibilità delle forme organizzative, dal nuovo ACN sembra emergere un messaggio di fondo: «il MMG non può più lavorare da solo e non deve più considerarsi cosa diversa dall'Azienda sanitaria». Dopodiché i modelli variano tra funzionale e strutturale, sanitario e supporto operativo, ma comunque nell'ambito di un'evoluzione rilanciata dalla nuova Convenzione.

Al riguardo Borgonovi (2004) parla della necessità di un «ritorno al futuro», nella misura in cui occorre superare la tradizionale «separatezza» nei confronti del sistema, dovuta al «rapporto non dipendente» dei MMG, accettando la distinzione tra inquadramento lavorativo e modalità di «integrazione» nel sistema di offerta di prestazioni. Infatti potenziare le forme di associazionismo medico rappresenta una delle modalità per realizzare la *clinical governance*, intesa come riconoscimento dell'autonomia professionale inserita organicamente in un sistema di responsabilità sul piano dell'efficacia assistenziale, dell'efficienza organiz-

¹⁸ Formalmente di natura obbligatoria per tutti i MMG, remunerate in quota capitaria fissa.

¹⁹ In tal senso gli accordi regionali devono definire le caratteristiche di dettaglio e le modalità di finanziamento.

²⁰ Si tratta delle tipologie già introdotte dall'ACN precedente di cui possono far parte MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), per le quali non è previsto il carattere di soggetto contrattuale per prestazioni sanitarie.

²¹ A differenza delle altre tipologie, queste associazioni configurano un rapporto solo tra soci medici e non tra MMG e ASL.

zativa e dell'economicità di gestione non solo dichiarata, ma sottoposta a verifiche che non siano burocraticamente imposte dall'alto in basso, ma siano condivise dai medici che hanno il rapporto diretto con i pazienti. Su questa linea occorre osservare come l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi non sia scontata, soprattutto se correlata allo scenario di fine 2004 (Tab. 8.1), da cui si evince una distribuzione delle forme associative «a macchia di leopardo» e ancora limitata in termini assoluti (per esempio solo il 13 per cento dei MMG è in medicina di gruppo assistendo il 14 per cento della popolazione; solo 554 équipe territoriali risultano attivate malgrado l'incentivo su scala nazionale del D.P.R. 270/2000) peraltro concentrate solo in alcune Regioni.

Al riguardo preme allora sottolineare che, se da un lato l'ACN esprime una visione per l'organizzazione futura della medicina generale, non altrettanto chiaro è il metodo di attivazione per Équipe territoriali e UTAP, nonché il loro posizionamento nel sistema aziendale. Infatti, in attesa degli accordi regionali, non risulta evidente l'integrazione tra professionalità²² con rapporti di lavoro, obiettivi, responsabilità, sistemi remunerativi eterogenei. Occorre poi comprendere se l'UTAP sarà un vero centro di responsabilità²³ (CdR) del budget di distretto e aziendale, piuttosto che un'unità di erogazione di prestazioni territoriali a contratto con l'ASL, oppure ancora una forma di integrazione tra sociale e sanitario (per esempio, con standard e risorse condivise tra spesa sanitaria delle ASL e spesa sociale dei Comuni).

Allo stato attuale è quindi possibile solo richiamare alcune linee programmatiche provenienti dall'accordo tra Ministero della Salute e Regioni del 24 luglio 2003, da cui è dato desumere che le UTAP siano dei «poliambulatori», ubicati in sedi proprie dei medici, dell'ASL o residenziali (per esempio RSA), con 4-8 MMG, 1-2 PLS, 2-4 Infermieri professionali, Specialisti e MCA. Il bacino di utenza è di circa 10-20.000 persone, anche se per alcuni servizi potrebbero essere necessarie aggregazioni più ampie di 60.000-100.000 utenti da realizzarsi a livello distrettuale a seconda delle caratteristiche del territorio. Si prevede che l'UTAP rimanga aperta dalle 12 alle 24 ore al giorno e che possa assicurare l'esecuzione di esami di laboratorio di bassa complessità (per esempio prelievi) oltre a essere munita di ecografo ed elettrocardiografo.

L'UTAP dovrebbe mantenere una trama di relazioni non solo con il mondo sanitario (ASL e Ospedali), ma anche con il mondo del sociale (Enti locali, volontariato e privato sociale) attraverso un referente per i rapporti con l'esterno. Nello specifico è possibile identificare ulteriori obiettivi, quali per esempio (Covolo 2003):

- la garanzia di una concreta erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- la risposta alla domanda di specialistica e diagnostica di primo livello con la condivisione di informazioni e la presenza in loco di Specialisti e tecnologie;

²² Si pensi ai MMG, MCA, sumaiisti, infermieri, dipendenti amministrativi dell'ASL ecc.

²³ Per approfondimenti: Vendramini (2005a, 2005b).

Tabella 8.1 **Modelli organizzativi per le cure primarie in Italia (2004)**

Situazione 2004	Medicina in associazione	Medicina in rete	Medicina di gruppo	Cooperazione	Équipe territoriali	Modelli* sperimentali	Totale Italia
Numero associazioni	3.256	744	1.541	98	554	31	—
MMG coinvolti	16.126 (36,0%)	4.308 (9,0%)	6.077 (13,0%)	—	—	—	43.899 (100,0%)
Pazienti coinvolti	19.543.101 (35,0%)	5.370.340 (9,8%)	7.805.175 (14,0%)	—	—	—	54.222.472 (100,0%)
Infermieri di studio	—	—	567	—	—	—	567
Collaboratori di studio	—	—	3.262	—	—	—	3.262
Distribuzione geografica associazioni							
• Nord	51,0%	48,5%	45,0%	24,0%	87,0%	74,0%	—
• Centro	20,0%	8,0%	31,0%	24,0%	10,0%	22,0%	—
• Sud	19,0%	27,0%	19,0%	52,0%	0,0%	4,0%	—
• Isole	10,0%	16,5%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	—
Incentivi 2004 (per paziente)	2,5 euro	3,5 euro	4,5 euro	No	1,4 euro	A seconda accordo regionale	—

* Per esempio: Nuclei cure primarie in Emilia Romagna, Gruppi cure primarie in Lombardia, Unità cure primarie in Toscana, sperimentazioni gestionali in altre Regioni.

Fonte: nostra elaborazione da Dipartimento Qualità Ministero della Salute (2004)

- l'organizzazione della continuità assistenziale con l'integrazione dell'ex-guardia medica (oggi MCA);
- l'appropriatezza prescrittiva in ambito farmaceutico, specialistico e di ricovero;
- la riduzione degli accessi in pronto soccorso e dei ricoveri ospedalieri impropri tramite la gestione di opportuni percorsi assistenziali;
- il governo della domanda di salute, facilitando la programmazione e i processi di budgeting, anche al fine di diminuire le liste di attesa.

In quest'ottica si sottolinea come nelle intenzioni dei *policy makers* l'UTAP, con sede unica e responsabilità collettiva tra professionisti coinvolti, dovrebbe guidare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Viene ipotizzato inoltre che lo sviluppo richieda tre-cinque anni attraverso sperimentazioni prototipali, adeguata formazione e soluzioni a problemi tecnico-giuridico-fiscali (per esempio come remunerare l'attività specialistica presso le UTAP). Stimolante è al riguardo un'ipotesi sulle caratteristiche strutturali di una UTAP per un bacino di 10.000 utenti (cfr. Riquadro 8.1).

Riquadro 8.1 **Caratteristiche strutturali di un'UTAP**

Ipotesi di strutture su 10.000 utenti

Struttura

- 6 ambulatori (4 × 4 metri)
- 2 locali adibiti a minilaboratorio per esami del sangue, ecografie, ECG, medicazioni, visite specialistiche (6 × 6 metri) per due
- Una ampia sala d'attesa (5 × 8 metri)
- Un locale per il personale di studio (3 × 5 metri)

Personale medico e di supporto

	Minimo	Massimo
Medici di famiglia	6	8
Pediatri	1	2
Persone di studio	2	3
Infermieri	2	4
Guardie mediche	1	2

1 unità amministrativa per le attività di gestione amministrative.

Attrezzature

1. Mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ASL di riferimento. In particolare il modello informativo dovrà prevedere:

- l'informatizzazione delle cartelle cliniche;

Riquadro 8.1 (segue)

- la messa in rete di tutti i gruppi con l'azienda sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali in area preventiva o epidemiologica;
 - collegamento al CUP;
 - possibilità di ricezione dei eferti laboratoristici e specialistici;
 - possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive al medico curante.
2. Minilaboratorio per esami di routine.
 3. Elettrocardiografo.
 4. Ecografo.
 5. Frigoriferi.
 6. Sterilizzatrici.
 7. per prestazioni di maggiore complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri.
 8. Pronto soccorso medico e chirurgico di base.

Fonte: Monitor, ASSR (2003)

Più o meno coevo è un esercizio sui costi di attivazione e funzionamento di una UTAP (Covolo 2003), considerando l'acquisto di una sede e di attrezzature, la gestione ordinaria della stessa, un costo del personale minimo e massimo (Tabb. 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6 e 8.7). Malgrado si tratti di un esercizio del 2003, esso è pur sempre indicativo, soprattutto se rapportato all'entità del finanziamento previsto (l'accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 destina alle UTAP solamente 286 milioni di euro).

Tabella 8.2 **Ipotesi di spesa per l'acquisto ex novo di una sede di UTAP**

Numero	Tipologia		Spesa acquisto al mq (euro)	Spesa totale (euro)
6	Ambulatori	16 mq ciascuno	1.500,00	144.000,00
2	Minilaboratori	36 mq ciascuno	1.500,00	108.000,00
1	Sala d'attesa	40 mq ciascuno	1.500,00	60.000,00
1	Locale personale	15 mq ciascuno	1.500,00	22.500,00
Totale				334.500,00

Tabella 8.3 **Ipotesi di spese per acquisto attrezzature**

Numero	Tipologia	Spese per acquisto (euro)
1	Rete informatica 6 PC con stampanti + collegamento a Internet	10.000,00
1	Minilaboratori (analizzatore)	170.000,00
1	EEG (digitale)	50.000,00
1	ECG	7.000,00
1	Ecografo (digitale)	80.000,00
1	Frigorifero (biologico)	3.000,00
1	Sterilizzatrice	5.000,00
1	Mammografo	120.000,00
Totale		445.000,00

Tabella 8.4 **Ipotesi di costi di gestione ordinaria**

Tipologia costo	Costo annuo (euro)
Pulizie	3.900,00
Energia elettrica	730,00
Telefono e trasmissione dati	5.502,00
Acqua e gas	35,00
Riscaldamento	1.480,00
Vigilanza	2.500,00
Totale	14.147,00

Tabella 8.5 **Ipotesi di costi ordinari del personale (ipotesi minima)**

Numero	Tipologia	Costo unitario annuo (euro)	Costo totale annuo (euro)
4	MMG	101.338,00	405.352,00
1	PLS	182.650,00	182.650,00
2	Persone di studio	24.267,00	48.534,00
3	Infermieri	29.445,00	88.335,00
1	Medico di guardia	25.831,00	25.831,00
Totale			750.702,00

Tabella 8.6 **Ipotesi di costi ordinari del personale (ipotesi massima)**

Numero	Tipologia	Costo unitario annuo (euro)	Costo totale annuo (euro)
8	MMG	101.338,00	810.704,00
2	PLS	182.650,00	365.300,00
4	Persone di studio	24.267,00	97.068,00
6	Infermieri	29.445,00	176.670,00
2	Medico di guardia	25.831,00	51.662,00
Totale			1.501.404,00

Tabella 8.7 **Sintesi dei costi complessivi di avvio e funzionamento**

Configurazioni di costo	Totale (euro)
Costo acquisto struttura	334.500
Costo acquisto attrezzature	445.000
Totale costo di avvio	779.500
Costo annuale funzionamento struttura	14.147
Costo totale annuo (ipotesi personale di minima)	750.702
Costo totale annuo (ipotesi personale di massima)	1.501.404
Totale costo funzionamento annuo (personale di minima)	764.849
Totale costo funzionamento annuo (personale di massima)	1.515.551

In base alla cifra destinata, limitandosi solo ai costi di avvio si potranno attivare circa 370 UTAP. Aggiungendo i costi di funzionamento di un solo anno, con l'ipotesi «minima» sul personale il numero scende a 185 UTAP, con l'ipotesi «massima» a 125 UTAP. Malgrado il valore figurativo di simili valutazioni, esse consentono di inquadrare anche alcuni orientamenti delle principali OO.SS. Se da un lato infatti il dottor Falconi, segretario generale di FIMMG, afferma che «i MMG diventeranno ospedali virtuali sul territorio, aperti giorno e notte», dall'altra fa eco il dottor Rossi, presidente di SNAMI (sindacato non firmatario dell'ACN), che parla di «rischio di spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, che oggi è il nostro punto di forza». Senza voler entrare nel merito dell'acceso dibattito sindacale, in questa sede ci si limita a osservare come il ragionare in termini ospedalieri rischi di compromettere le specificità delle future organizzazioni territoriali che, a differenza dell'ospedale, devono garantire una presa in carico dei problemi di salute con percorsi diagnostico-terapeutici funzionali al contesto familiare, sociale ed economico del paziente.

D'altro canto il mito del rapporto di fiducia «medico-paziente» deve tradursi in valore aggiunto per i cittadini, e quindi in maggiori servizi e qualità assistenziale, pena il persistere del «salto della medicina generale» verso altri livelli di cura non appena i problemi di salute superano una soglia minima. In quest'ottica un modello come le UTAP avrebbe forse richiesto in sede di ACN una contrattazione su investimenti strutturali, e non solo per incentivi parametrati sul singolo MMG; anche solo limitandosi ai nuovi costi emergenti (strutture e attrezzature), un avviamento serio delle UTAP comporterà notevoli investimenti, in assenza dei quali il rischio è quello di perseguire delle «Utopie»!

8.3 La coerenza degli attuali accordi regionali con il nuovo ACN

A questo punto può essere opportuno soffermarsi sul grado di coerenza degli ultimi accordi regionali con l'impianto della nuova Convenzione. Per valutare tale coerenza è utile analizzare gli accordi regionali secondo tre dimensioni:

- grado di differenziazione rispetto al precedente ACN, per valutare quanto già in passato ogni Regione avesse espresso orientamenti autonomi;
- grado di esplicitazione delle logiche di budget nei rapporti con i MMG;
- presenza e struttura di un'esplicita logica per fondi nella gestione della retribuzione variabile.

In particolare, l'analisi si concentra su un campione di Regioni che, secondo precedenti ricerche (Tedeschi ed Heller 2003; 2004), aveva già evidenziato la tendenza a interpretare in maniera autonoma il proprio ruolo, con scelte specifiche nel campo della medicina generale (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Campania).

Rispetto alla prima dimensione quindi non è sorprendente che per tutti gli accordi analizzati si rilevi un grado di differenziazione dall'ACN per lo meno medio (cfr. Tab. 8.8). Le Regioni per cui tale grado può essere definito elevato lo devono all'introduzione di formule organizzative specifiche quali per esempio, i Nuclei delle cure primarie (Emilia Romagna), all'introduzione e normazione di strumenti specifici quali il Sistema informativo socio sanitario (Lombardia), a specifici approcci regionali a supporto dei cosiddetti patti aziendali (Veneto).

Sulla seconda dimensione va evidenziato come soltanto la Liguria non parli esplicitamente di budget nell'accordo regionale. Gli accenti su tale tema sono però differenti e vanno dalla semplice indicazione (Lombardia, Campania), all'esplorazione dello strumento in vista di sperimentazioni aziendali (Emilia Romagna, Marche), alla definizione di modalità operative specifiche (Veneto, Toscana, Piemonte), piuttosto che alla sperimentazione di nuovi assetti istituzionali (per esempio Società della Salute in Toscana).

Infine, in merito alla presenza di una logica per fondi negli attuali accordi

Tabella 8.8 Sintesi delle specificità degli attuali accordi

Regione	Grado di differenziazione dall'ACN	Esplicitazione di una logica di budget	Eventuale costituzione di fondi contrattuali
<i>Piemonte</i>	Medio	Esplicita e strutturata (definito il ciclo del budgeting)	Previsione di spesa globale e costituzione di un fondo specifico
<i>Lombardia</i>	Elevato	Esplicita (governo della domanda e governo clinico)	Previsione di spesa globale e costituzione di fondi specifici (suddivisi in sottofondi)
<i>Veneto</i>	Elevato	Esplicita e strutturata (schema di patto aziendale)	Fondo costituito tramite una quota per assistito fissata a livello regionale
<i>Liguria</i>	Medio	Implicita e poco evidenziata	Non esplicita
<i>Emilia Romagna</i>	Elevato	Esplicita ma definita come rispetto dei livelli di attività e spesa programmati	Non esplicita, lasciata all'autonomia aziendale
<i>Toscana</i>	Medio	Esplicita e strutturata (definite responsabilità di Regione e azienda)	Prevista la costituzione a livello aziendale di un fondo come quota del fondo distrettuale
<i>Marche</i>	Medio	Esplicita e riferita al «budget etico»	Prevista la costituzione a livello aziendale di un fondo finanziato da risparmi
<i>Campania</i>	Medio	Esplicita	Prevista la costituzione a livello aziendale di un fondo finanziato da risparmi

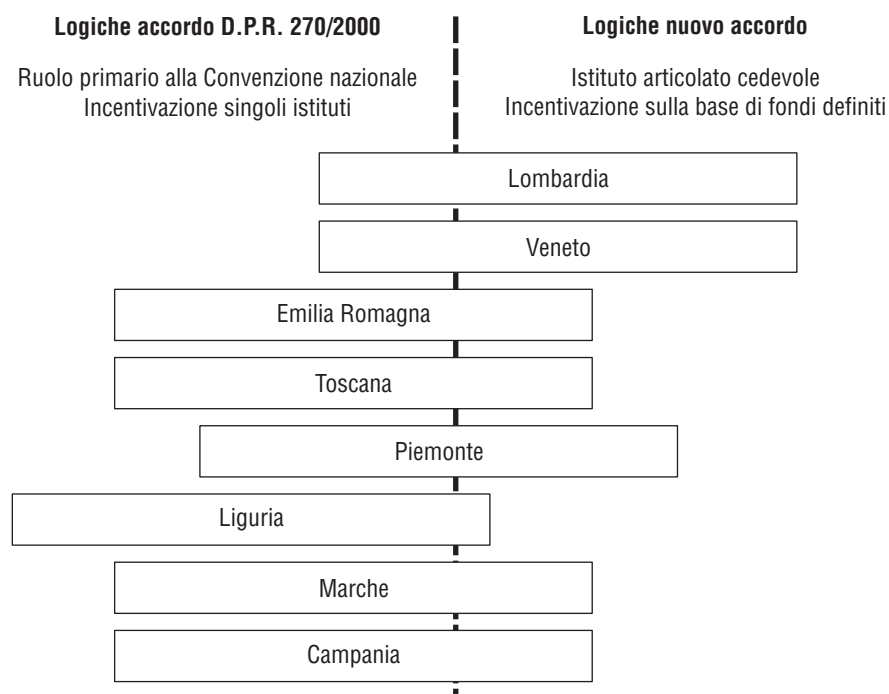
regionali, è possibile riconoscere casi in cui è esplicita una programmazione delle risorse dedicate alla remunerazione variabile dei MMG con la definizione, in maniera chiara, di fondi «chiusi» (Lombardia, Veneto, Piemonte). Le tre Regioni in questione presentano però delle differenze: la Lombardia non definisce esplicitamente quote capitarie per singoli MMG in quanto subordinate all'adesione all'accordo regionale (mentre esplicita le risorse totali). Il Veneto definisce una quota per assistito, ma prevede che a livello aziendale tale fondo si possa incrementare qualora si conseguano dei risparmi. Il Piemonte definisce una quota per assistito che copre una porzione limitata di quota variabile (solo per le attività distrettuali), ma programma esplicitamente tutte le risorse da dedicare alla medicina generale. Un altro gruppo di Regioni (Toscana, Marche, Campania) prevede l'istituzione di fondi specifici a livello aziendale o distrettuale, ma non programma, né vincola tali fondi (per esempio, tramite una quantificazione totale delle risorse dedicate, oppure una definizione di quote capita-

rie). Questo non significa che tali Regioni non abbiano realizzato una programmazione delle risorse (ne sono la prova i limiti posti al finanziamento dell'associazionismo), tuttavia la coerenza con la nuova Convenzione nazionale è limitata dall'assenza di vincoli precisi.

Va inoltre specificato che anche nei casi più avanzati, benché si evidenzino gradi di coerenza maggiori, non si riscontra negli accordi in essere una struttura di fondi totalmente allineata con quanto previsto dal nuovo ACN. Nella maggior parte dei casi il fondo, quando previsto, si rivolge solo al finanziamento di progetti specifici e premi di risultato (conseguenti al raggiungimento degli obiettivi di budget), con in aggiunta il permanere di ulteriori meccanismi propri di una logica retributiva tradizionale (per istituti contrattuali e non per fondi).

Sulla base di quanto riportato si può evidenziare come alcune Regioni (Lombardia, Veneto, Piemonte) abbiano già anticipato in parte le innovazioni della nuova Convenzione (e invero le hanno probabilmente influenzate) e dunque nella costruzione del nuovo accordo regionale potranno giovare dell'esperienza pregressa (cfr. Fig. 8.1). La maggior parte delle altre Regioni considerate (Emilia Romagna, Toscana, Marche e Campania) dovrà invece assimilare la nuova logica per fondi, rivedendo almeno in parte l'attuale assetto contrattuale,

Figura 8.1 Sintesi delle specificità degli attuali accordi



lavorando prevalentemente sulla specificazione dei fondi aziendali. La Liguria, infine, appare disallineata rispetto alle novità della Convenzione e più vicina a una logica di meccanismi retributivi tradizionali; richiederà quindi un'inversione abbastanza netta nelle regole dell'accordo per uniformarsi al nuovo schema contrattuale nazionale.

8.4 Considerazioni finali

A conclusione di questo capitolo si intende ribadire un aspetto importante: il nuovo contratto formalizza un sistema di regole a cascata, dal centro all'azienda, con «standard nazionali» di salvaguardia in caso di mancati accordi regionali o locali (in base al principio dell'istituto articolato cedevole). Del resto la contrattazione regionale assume sempre più un ruolo centrale, tale da lasciar presagire che gran parte dei contenuti e delle problematiche troveranno in futuro declinazione e soluzione a questo livello: non a caso alcune Regioni si sono già mosse per sperimentare modelli organizzativi innovativi²⁴, per scandire l'applicazione dell'ACN²⁵, per inserire le professioni mediche negli organi di governo aziendale²⁶.

Tuttavia in questa sede preme considerare anche alcuni rischi connessi al potenziale scarto tra visione sul futuro della medicina generale (per esempio UTAP) e strumenti a sostegno del cambiamento. Per esempio, come evidenziato in Tab. 8.1, il fenomeno dell'associazionismo medico è ancora in fieri; l'enfasi o l'introduzione di ulteriori modelli rischia di innalzare il punto di arrivo senza poter però contare sul consolidamento del necessario metodo di lavoro (per esempio se i MMG non sperimentano il lavoro di gruppo tra loro, è possibile che trovino un'intesa con altre professionalità?). Volendo ricorrere a un'immagine, è come se *l'asta del salto in alto fosse spostata sempre più su senza aver prima varcato le misure più basse; per saltare più in alto è meglio prima aver imparato a cadere, altrimenti si rischiano atterraggi più bruschi*. L'inquadramento delle forme organizzative mediche più complesse (Équipe e UTAP) è ancora troppo ambiguo, privo di riconoscibilità giuridica, potenzialmente CdR aziendale ma senza un sistema di *governance* (chi comanda sulle varie professioni se il referente è un *primus inter pares*?), con responsabilità incerte su obiettivi e risorse (chi risponde della capacità di presa in carico e della spesa sul territorio?).

²⁴ A titolo indicativo i gruppi delle cure primarie di Lecco, Cremona e Pavia, l'UTAP delle cure primarie presso l'Azienda ULSS dell'Alto Vicentino, l'accordo regionale per la sperimentazione di un modello di Unità di Cure Primarie in Toscana, i numerosi Nuclei delle Cure Primarie in Emilia Romagna.

²⁵ Per esempio, il comunicato congiunto Regione Lombardia-FIMMG sull'applicazione dell'ACN del 10 giugno 2005.

²⁶ Si fa riferimento alla partecipazione dei MMG al collegio di direzione delle AUSL in Emilia Romagna in base alla nuova legge regionale 29/2004 sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

Inoltre, se da un lato si deve salutare con favore una logica di contrattazione per fondi e non più solo per singole attività contrattuali, dall'altra risulta riduttivo continuare ad ancorare tutte le quote variabili al numero di pazienti del singolo MMG, malgrado ciò consenta di «dare un po' a tutti». Su alcune partite come le forme organizzative, forse si poteva iniziare a ragionare in termini di investimenti strutturali anziché di compensi aggiuntivi pro capite, in quanto lo scopo non dovrebbe essere quello di incrementare i ricavi per i MMG, bensì di migliorarne condizioni e metodo di lavoro (riducendo semmai i costi a loro carico).

Da questo punto di vista la sensazione è che non sia stata ancora varcata una soglia decisiva, ovvero la necessità di valorizzare il MMG da *gate-keeper* a *system-keeper o coordinator*²⁷, dove nel secondo caso il medico è parte del sistema non per una variazione di status giuridico, ma per un ridisegno dei processi di lavoro, l'interazione con altri livelli di cura, una retribuzione per risultati e non solo per posizione. Ancora Borgonovi (2004) ribadisce come l'interesse particolare della categoria debba inserirsi nella prospettiva di un interesse generale, che si aspetta dalla medicina generale l'inquadramento dei problemi di salute, un confronto continuativo, l'integrazione con il sistema socio-sanitario. Il futuro dei MMG non è semplice; esso è probabilmente connesso a un sapiente equilibrio tra rapporti personali con i pazienti, continuità delle risposte assistenziali, standard qualitativi elevati. Infatti se da un lato la tutela della salute sarà influenzata positivamente in futuro dalle scoperte scientifiche, dall'altro è certo che i risultati per i pazienti dipenderanno da tre fattori: il ruolo e le funzioni dei soggetti che useranno conoscenze e tecnologie, i luoghi e contesti in cui queste saranno usate, la quantità di risorse finanziarie e umane che ogni sistema sanitario potrà mettere a disposizione. In questo scenario i MMG possono giocare un ruolo centrale nella misura in cui venga precisata la loro identità futura e siano ammodernati i *setting* assistenziali. L'auspicio è che si possa conseguire tale risultato come espressione di una visione condivisa tra SSN, OO.SS. e Legislatori (regionali), anziché per semplice deriva più o meno controllata rispetto al passato.

Bibliografia

- Accordo collettivo nazionale (Conferenza Stato-Regioni 23 marzo 2005) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
- Accordo collettivo nazionale (D.P.R. 270/2000) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 502/1992 come modificato dai D.lgs. 517/1993 e 229/1999.
- ASSR (2003), «Si affaccia il modello italiano dei primary care groups», *Monitor*, n. 2, vol. 6, pp. 32-39.

²⁷ Si veda in proposito Bodenheimer *et al.* (1999).

- Bodenheimer T., Lo B., Casalino L. (1999), «Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers», *Jama*, n. 281, vol. 21, pp. 2045-2049.
- Bondonio P. (1998), «Ruolo e sistemi di remunerazione del medico di medicina generale in una prospettiva economica», in Bondonio P., Giustini S.E., Panti A. (a cura di), *Il medico generale e l'uso efficiente delle risorse*, Torino, Medico Scientifiche.
- Borgonovi E. (2004), «Il ritorno al futuro: il ruolo del medico di medicina generale», *Mecosan*, n. 51, pp. 2-5.
- Cavallo M. C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie – un'indagine nazionale*, McGraw-Hill.
- Covolo L. (2003), «I gruppi delle cure primarie», intervento al convegno «Gestione del sistema salute su base territoriale: distretti e modelli cooperativi», Forum P.A., Roma.
- Dipartimento Qualità, Ministero della Salute (2004), *Ricognizione e analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie*, Roma.
- Docteur H., Oxley H. (2003), *Health-care systems: lessons from the reform experience*, OECD/OCSE health working papers, Parigi.
- Galletti A., Lazzarato M., Longo F., Tedeschi P., Zanzi R. (2000), «Strumenti manageriali per il governo della medicina generale: un'analisi comparativa di esperienze aziendali e modalità di gestione degli accordi in Emilia Romagna», *Mecosan*, n. 35, pp. 9-24.
- Gosden T., Forland F., Kristiansen I.S., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. (2001), «Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review», *Journal of health services research and policy*, n. 6, pp. 44-55.
- Heller L., Tedeschi P. (2003), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2003*, Milano, Egea.
- Heller L., Tedeschi P. (2004), «Scelte regionali per il governo della medicina generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute, Dipartimento Qualità (2004), *Ricognizione e analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di cure primarie*.
- Moran M. (1999), *Governing the healthcare state. A comparative study of the UK, the USA and Germany*, Manchester, Manchester University Press.
- Perrone M. (2005), «Convenzione della medicina generale: cosa cambia per il cittadino», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 10 gennaio 2005.
- Vendramini E. (2005a), «MMG: il cambiamento funziona se è ben gestito», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 8-14 febbraio.
- Vendramini E. (2005b), «La medicina di base come centro di responsabilità», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 29 marzo-11 aprile.