

## 8 I nuovi accordi integrativi regionali con la Medicina Generale

di Davide Galli ed Emanuele Vendramini<sup>1</sup>

### 8.1 Introduzione

Le diverse regioni hanno proceduto nel corso degli ultimi tre anni a rendere operativo il vigente Accordo Collettivo Nazionale (di seguito ACN) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale mediante la stipula di Accordi Integrativi Regionali (di seguito AIR) approvati d'intesa con le maggiori sigle sindacali di settore. Tale ACN si è peraltro pienamente inserito nel nuovo assetto istituzionale delle autonomie conseguente alla L.C. 3/2001, che ha attribuito potestà legislativa concorrente alle Regioni in materia di tutela della salute, ponendo in essere di fatto le condizioni per attribuire alla contrattazione decentrata di secondo livello ampi margini d'intervento nell'individuazione degli obiettivi di salute e delle modalità organizzative ed operative per conseguirli.

Con il 2008 e la costituzione da parte di molte amministrazioni regionali di Comitati Permanenti di interazione con le OO.SS. di settore, può dirsi ormai più che avviato il processo di attuazione di quella riforma di sistema che l'ACN del 2005 ha cercato di implementare, spostando in maniera concreta il baricentro decisionale dal livello nazionale a quello regionale.

La ricerca condotta nel 2007 sugli 11 AIR siglati dalle parti entro due anni dall'approvazione dell'ACN, quindi in sostanza tra marzo 2005 e marzo 2007 (Galli e Vendramini 2007), già evidenziava un dato di fondo importante: l'attuarsi di una progressiva differenziazione regionale dei trattamenti e dei compensi spettanti ai Medici di Medicina Generale (di seguito MMG). Assumendo orizzonti temporali non sempre omogenei (talvolta biennali, altre volte triennali), distinguendo la dimensione economica da quella programmatica e normativa (così segnatamente il Veneto), attenendosi strettamente alle disposizioni dell'ACN fino a replicarle (Liguria) o innovando su più fronti (Toscana), l'implementazione dei

---

<sup>1</sup> I paragrafi 8.1, 8.2, 8.5 e 8.6 sono da attribuire ad Emanuele Vendramini ed i paragrafi 8.3 e 8.4 a Davide Galli.

contenuti dei diversi AIR ha condotto alla differenziazione non soltanto dei rapporti tra MMG e cure primarie nelle regioni considerate, ma anche alla progressiva differenziazione del senso della negoziazione decentrata nei diversi sistemi.

Realizzare AIR e, a maggior ragione, implementare questi strumenti con Accordi integrativi aziendali (di seguito AIA) richiama oggi prospettive e processi alquanto diversi a seconda della regione che si sta prendendo in considerazione. Da tale differenziazione discende l'interesse per l'estensione dell'analisi svolta lo scorso anno agli AIR siglati fra il marzo 2007 ed il marzo 2008. Questo consente da un lato di realizzare una comparazione più ampia, dall'altro di comprendere, almeno in via approssimativa, se è in atto un trend, se cioè le regioni si stanno progressivamente orientando verso la stipula di AIR aventi caratteristiche simili o, al contrario, sempre più eterogenee.

## 8.2 Il percorso di indagine

La Tabella 8.1 elenca gli AIR analizzati e fornisce i dati relativi alla popolazione assistita residente ed al numero dei MMG convenzionati.

Il contenuto degli AIR è stato indagato rispetto a due dimensioni: obiettivi e strumenti. La prima dimensione di indagine presa in considerazione è data dagli obiettivi che gli AIR dichiarano di perseguire. A partire dal modello di analisi proposto da Longo e Vendramini (2001) e dalle esperienze che hanno precedentemente condotto alla definizione di AIR, le categorie di obiettivi strategici assegnati alla medicina generale possono essere ricondotte alle seguenti:

- ▶ risparmio finanziario di breve periodo, legato alla riduzione dei consumi e del costo di farmaci, presidi e prestazioni;
- ▶ risparmio economico, ovvero riduzione del costo per caso trattato con riguardo ad alcune patologie rilevanti;

Tabella 8.1 **Elenco degli AIR analizzati**

Regione	Data firma accordo	Residenti sopra i 14 anni*	MMG*
Trento	26 apr. 2007	425.599	394
Lombardia	3 mag. 2007	8.186.575	6.717
Marche	7 mag. 2007	1.328.535	1.253
Sicilia	8 ago. 2007	4.204.424	4.175
Puglia	8 ott. 2007	3.432	3.351
Basilicata	26 feb. 2008	507.944	509
Sardegna	19 mar. 2008	1.442.095	1.341

\* Dati 2006, fonte Ministero della Salute

- ▶ aumento dell'appropriatezza nell'ambito di cura dei pazienti;
- ▶ miglioramento nell'erogazione dei servizi per gli utenti e conseguente crescita della qualità percepita;
- ▶ crescita professionale dei MMG e diffusione della medicina basata sulle prove di efficacia;
- ▶ *gatekeeping* ed orientamento della domanda;
- ▶ integrazione dei percorsi ospedale-MMG, socio-sanitario-MMG, socio-assistenziale-MMG.

La classificazione degli obiettivi proposta, pur non esaustiva, ha il vantaggio di consentire una comparazione degli AIR basata su elementi omogenei.

Al fine di svolgere un'analisi comparativa e di ricondurre i contenuti degli AIR a categorie di analisi comparabili, i contenuti di ogni documento sono stati classificati secondo il seguente schema:

- ▶ struttura dell'accordo:
  - ◀ durata;
  - ◀ articolazione dei contenuti (titoli, paragrafi, articoli, ecc.);
  - ◀ allegati.
- ▶ contenuti programmatici:
  - ◀ obiettivi generali;
  - ◀ scelte organizzative (modalità di integrazione nel distretto, ruolo del dipartimento delle cure primarie);
  - ◀ criteri di programmazione regionale ed aziendale;
  - ◀ rapporti con la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale e la medicina dei servizi;
  - ◀ obiettivi relativi alla formazione;
  - ◀ ruolo e contenuti della contrattazione aziendale.

Attraverso un'analisi qualitativa dei contenuti di tale riclassificazione, a ciascuna categoria di obiettivo strategico è stato attribuito un grado di rilevanza, espresso secondo una scala ordinale articolata in basso, medio e alto. Gli esiti di tale processo di valutazione sono contenuti nel paragrafo 8.3. L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione non soltanto quanto espressamente dichiarato come obiettivo degli AIR ma osservando nel dettaglio i contenuti programmatici di tutte le sezioni dei documenti.

La seconda dimensione di analisi considerata è quella degli strumenti inseriti negli AIR per perseguire gli obiettivi strategici. Le principali classi di strumenti per il perseguimento degli obiettivi strategici assegnati alla medicina generale dall'ACN sono riconducibili a<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> Cfr. ACN, articolo 6, strumenti.

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

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

Le categorie di strumenti considerate ai fini della presente analisi sono<sup>3</sup>:

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

Anche in questo caso, per consentire l'attribuzione di un grado di rilevanza a ciascuno degli strumenti presi in considerazione, il contenuto degli AIR è stato scomposto e riclassificato assumendo specifici criteri che sono declinati nel paragrafo 8.4.

Ciascuna categoria di strumenti presenta caratteri di minore o maggiore efficacia in relazione al raggiungimento degli obiettivi dichiarati dagli AIR. La seguente Tabella 8.2 propone una valutazione della correlazione tra strumenti ed obiettivi. Pur non essendoci determinanti e correlazioni meccaniche, la Tabella 8.2 propone un quadro sinottico a supporto della riflessione su quali leve siano maggiormente correlate con i principali obiettivi.

---

<sup>3</sup> L'insieme di strumenti analizzati non costituisce un elenco esaustivo di tutti i possibili strumenti che possono coinvolgere la Medicina Generale. Significativo esempio è dato dalla formazione che non viene qui inserita nell'elenco ma costituisce, per affermazione stessa degli AIR, uno strumento tipico. Nella selezione degli strumenti, gli autori hanno cercato di delineare quelli per i quali il livello regionale di contrattazione presenta un profilo di responsabilizzazione più diretto.

Tabella 8.2 **Correlazioni tra strumenti ed obiettivi**

Regione	Risparmio finanziario	Risparmio economico	Apropria-tezza	Qualità	Crescita profes.le	Gate keeping	Integra.ne dei percorsi
Associazionismo		•	•	•••	•••	•	••
Riprogettazione dei compiti		••	•••	•••	•••	•	••
PDTA	•	••	•••	••	•••	••	•••
P&C	•••	••	••		••	••	
Sistema informativo	•			•	•	•	

Legenda: • correlazione debole; •• correlazione media; ••• correlazione rilevante.

Fonte: Longo e Vendramini (2001)

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

### 8.3 Gli obiettivi dichiarati negli AIR

L'analisi degli obiettivi che gli AIR si propongono di raggiungere, svolta secondo il metodo indicato nel secondo paragrafo, consente di valutare quanto il panorama nazionale stia andando incontro ad una progressiva differenziazione regionale. La Tabella 8.3 richiama le sette categorie di obiettivi e per ciascun AIR assegna un livello di rilevanza. Segue, per ciascuna categoria di obiettivo, un commento delle valutazioni svolte.

Tabella 8.3 **Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli obiettivi dichiarati negli AIR**

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

### 8.3.1 Risparmio finanziario

Il risparmio finanziario immediato di breve periodo può essere ottenuto riducendo alcuni costi variabili. Quelli più direttamente influenzabili dalla medicina generale sono la spesa farmaceutica, la spesa per i presidi, la spesa specialistica convenzionata e per ricoveri in strutture della regione (AO, IRCCS o strutture private accreditate) o in strutture fuori regione. La scelta di puntare sul risparmio finanziario è coerente con situazioni di grave disavanzo e diventa obiettivo regionale solo quando la spesa media per abitante risulti fuori controllo. Solo la Sicilia ed in parte la Sardegna, prevedono in modo esplicito il contenimento della spesa farmaceutica (in Sardegna vi è però il divieto di incentivare tale obiettivo). Da sottolineare come l'AIR della Puglia esprima in maniera più esplicita l'esigenza di pervenire ad una riduzione complessiva della spesa facendo riferimento anche alle logiche di appropriatezza. L'AIR della Regione Marche si caratterizza per non presentare mai il termine «farmaceutica» né il termine «spesa» ed anche negli accordi di Lombardia, Trento e Basilicata il tema non viene affrontato in maniera esplicita. Tale risultato è del resto coerente con la natura dell'AIR che, nell'ambito della struttura dei livelli contrattuali definita dall'ACN, non ha fra i suoi compiti quello di garantire l'equilibrio economico del sistema se non in relazione alla determinazione dell'ammontare complessivo di risorse disponibili per la medicina generale.

### 8.3.2 Risparmio economico

Il tema del risparmio economico, inteso come costo per paziente preso in carico, non trova particolare spazio negli AIR analizzati se non in quello della Sardegna relativamente ai programmi di attività e livelli di spesa programmati. In tale accordo, come del resto in quello della Puglia, si fa inoltre riferimento al tema della prescrizione indotta dallo specialista che deve essere depurata dal computo complessivo.

### 8.3.3 Appropriatazza

Il tema dell'appropriatazza pervade tutti gli AIR, soprattutto nell'accezione di appropriatazza prescrittiva e non di appropriatazza dell'ambito di cura. La Sardegna evidenzia come vi debba essere una valutazione multidimensionale delle persone con bisogni complessi mentre la Basilicata esplicita l'esigenza dell'istituzione di un Osservatorio regionale per l'appropriatazza delle prestazioni sanitarie. Un'iniziativa analoga viene definita dalle Marche che istituiscono l'ORA (Osservatorio Regionale per l'Appropriatazza).

### 8.3.4 Qualità percepita

Il tema della qualità percepita dell'assistenza viene spesso collegato negli AIR analizzati con quello dell'accessibilità degli studi dei MMG e con l'incremento dell'offerta di prestazioni. Il tema della qualità dell'assistenza viene altresì analizzato in relazione allo sviluppo di meccanismi di peer review e di definizione di criteri condivisi nell'erogazione di prestazioni sanitarie.

### 8.3.5 Crescita professionale

Il tema della crescita professionale viene analizzato secondo differenti aspetti dagli AIR. Alcune regioni includono il tema delle linee guida condivise come strumento di condivisione e di crescita professionale (Basilicata e Trentino), alcune realtà hanno inserito il tema dell'informazione medico scientifica intesa, da un lato, come il tentativo di regolamentazione di quella effettuata dagli informatori delle case farmaceutiche (Basilicata), dall'altro, come la possibilità che siano le stesse aziende pubbliche a contribuire all'aggiornamento dei MMG (Sardegna).

La regione Lombardia con il proprio accordo evidenzia come il tema della crescita professionale debba essere inteso non solo come un incremento della capacità di filtro o di presa in carico di determinate patologie, soprattutto cronico degenerative, ma anche come un incremento del proprio portafoglio di offerta di prestazioni.

### 8.3.6 Gatekeeping

Il tema del MMG inteso come attore determinante nel sistema di cure primarie in primo luogo ma anche dell'intero SSR è presente in tutti gli accordi regionali che colgono l'occasione di sottolineare, alcuni con una forza maggiore di altri (Basilicata, Sardegna), che, affinché questo ruolo possa essere effettivamente ricoperto, è necessaria la definizione di un sistema a rete delle cure primarie ed in particolare di forme associative evolute.

Analizzando gli AIR emerge con forza il legame tra il ruolo di *gatekeeping* che molte regioni affidano al MMG ed il sistema di responsabilizzazione. Nello specifico, Sicilia<sup>4</sup>, Sardegna e Puglia esplicitano la necessità di scorporare dai dati oggetto di responsabilizzazione quelli non provenienti direttamente dalla prescrizione del MMG. Questo non può non destare interesse in quanto raramente la prescrizione di ricoveri o di diagnostica del MMG supera il 50% delle prescrizio-

---

<sup>4</sup> La Sicilia auspica peraltro il superamento del modello *gatekeeping* a favore di una nuova concezione del MMG inteso come *case manager*.

ni complessive per cui può sorgere il dubbio che un processo di responsabilizzazione che utilizzi i dati del prescritto possa non essere sufficiente ad attivare un meccanismo di responsabilizzazione legato al ruolo di gatekeeper del sistema. Si noti come Basilicata e Trento optino invece per una responsabilizzazione basata sui dati relativi al consumato dei pazienti, indipendentemente dal prescrittore. L'AIR lombardo riconosce invece in pieno al MMG il compito di gatekeeper del sistema, attribuendogli, oltre al ruolo di erogatore di prestazioni, anche quello di «coordinatore della cura» dell'assistito.

### 8.3.7 Integrazione dei percorsi

Tutti gli AIR concordano nell'attribuire al tema dell'integrazione fra le diverse componenti del sistema sanitario una certa rilevanza. Tale fabbisogno si traduce per i MMG in compiti di integrazione e coordinamento con le altre componenti del sistema. Alcuni AIR pongono tale integrazione fra gli obiettivi principali dell'accordo (Marche e Sardegna), altri disciplinano congiuntamente i temi delle cure primarie, della continuità assistenziale e della medicina territoriale (Trento, Lombardia, Marche e Puglia).

## 8.4 Gli strumenti attivati dagli AIR

L'analisi degli strumenti che gli AIR attivano è svolta prendendo a riferimento le categorie presentate nel paragrafo 8.2 ed andando a valutare in maniera qualitativa una serie di variabili per ciascuno strumento. I paragrafi successivi individuano tali variabili e consentono di valutare quanto ciascuna Regione abbia declinato un mix differenziato. La Tabella 8.4 fornisce un quadro complessivo di tale valutazione.

Tabella 8.4 **Riepilogo del grado di rilevanza attribuito agli strumenti contenuti negli AIR**

Regione	Associazionismo	Riprogettazione compiti	PDTA	P&C	Sistema informativo
Trento	medio	alto	basso	basso	basso
Lombardia	basso	alto	basso	basso	medio
Marche	medio	alto	basso	alto	basso
Sicilia	basso	medio	alto	basso	basso
Puglia	alto	alto	medio	medio	medio
Basilicata	alto	alto	basso	basso	medio
Sardegna	alto	alto	medio	medio	medio

### 8.4.1 L'associazionismo medico

L'ACN richiama il tema dell'associazionismo negli articoli 26 e 54<sup>5</sup>. In particolare l'accordo nazionale declina la forma delle Equipe territoriali, intese come legame funzionale non solo tra MMG ma tra tutti i protagonisti delle cure primarie e da considerare come obbligatorie e retribuite per quota capitaria. A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di attribuire il grado di rilevanza a tale strumento sono date da:

- ▶ l'incremento degli incentivi per le forme associative tradizionali,
- ▶ l'introduzione ed incentivazione di nuove forme associative,
- ▶ la disciplina ed incentivazione delle Equipe.

La Tabella 8.5 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte. Gli AIR analizzati evidenziamo due trend di particolare interesse. Il primo riguarda il ruolo delle Equipe territoriali che sebbene siano un obbligo dei MMG (art 54 comma 2 lett D) vengono prese in considerazione solo dall'AIR delle Marche, della Basilicata e della Sardegna. Il secondo trend ha a che fare con le forme associative: come previsto dall'ACN, alcune regioni identificano forme associative innovative, a cui gli MMG possono partecipare in modo libero e volontario. Tra le altre si evidenziano: le associazioni periferiche complesse del Trentino, la super-rete e il super-gruppo, nonché il Centro Polifunzionale Territoriale della Regione Puglia. Resta

Tabella 8.5 **L'associazionismo medico negli AIR**

Regione	Forme associative tradizionali	Nuove forme associative	Equipes
Trento	✓	✓	
Lombardia	✓		
Marche	✓		✓
Sicilia	✓		
Puglia	✓	✓	
Basilicata	✓	✓	✓
Sardegna	✓	✓	✓

<sup>5</sup> Si ricorda che ai sensi degli articoli citati costituiscono forme associative volontarie: la medicina in associazione, la medicina di rete e la medicina di gruppo. Le Equipes rappresentano invece forme di integrazione professionale obbligatoria finalizzate alla realizzazione della continuità dell'assistenza, alla presa in carico del paziente ed al conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

da chiarire se l'Equipe semistrutturale identificata dalla regione Basilicata ricada tra le forme di integrazione funzionale, quali appunto le Equipe, o rappresenti una forma evoluta di associazionismo.

#### 8.4.2 La riprogettazione di compiti e funzioni

Nell'ACN i compiti e le funzioni dei MMG sono disciplinati nell'art. 45 che sancisce in particolare l'obbligatorietà dell'adesione ai progetti aziendali legati al rispetto della spesa ed all'educazione sanitaria<sup>6</sup>. La maggior parte degli AIR richiamano direttamente tale elenco di compiti e vanno ad integrare la professionalità complessivamente emergente con alcune indicazioni relative al ruolo del MMG all'interno del SSR, alla partecipazione ed incentivazione del MMG in relazione a specifici programmi di governo clinico, alla previsione di una remunerazione aggiuntiva per determinate categorie di prestazioni. Rilevante in tal senso risulta l'analisi delle caratteristiche e dell'ammontare previsti per il c.d. Fondo per programmi di governo clinico e livelli programmati di spesa<sup>7</sup>.

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

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

<sup>6</sup> Le principali funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria sono così individuati:  
– servizi essenziali;

– gestione dei malati nell'ambito dell'Assistenza domiciliare programmata e integrata;  
– assistenza programmata nelle residenze protette e nelle collettività.

Sono, inoltre, obblighi e compiti del medico:

– l'adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali di cui all'art. 26;

– lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e della conoscenza del SSN nonché del corretto uso del farmaco nell'ambito della quotidiana attività assistenziale;

– l'obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali nell'ambito di campagne vaccinali rivolte a tutta la popolazione a rischio, promosse ed organizzate dalle Aziende, con modalità concordate;

– l'adesione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

<sup>7</sup> Tale Fondo, disciplinato dall'articolo 59 dell'ACN, rientra nell'ambito della quota variabile finalizzata al raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi, quota che comprende anche il c.d. fondo a riparto per la qualità dell'assistenza destinato all'incentivazione delle forme associative e di altre soluzioni di tipo organizzativo (ad esempio l'incentivazione per il collaboratore di studio medico o l'infermiere professionale).

Tabella 8.6 **La riprogettazione di compiti e funzioni negli AIR**

Regione	Ruolo MMG	Programmi di governo clinico	Prestazioni aggiuntive	Variazione rispetto ACN
Trento		✓		Incremento
Lombardia				Incremento
Marche		✓		Incremento
Sicilia	✓			Incremento
Puglia	✓	✓	✓	Incremento
Basilicata	✓	✓	✓	Incremento
Sardegna	✓	✓	✓	Incremento

La Tabella 8.6 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte. In tutte le Regioni sono individuati specifici programmi di governo clinico che, tuttavia, solo in taluni casi si accompagnano a specifici incentivi legati all'assunzione, da parte del MMG, di un ruolo più impegnativo nei confronti dell'azienda e delle sue articolazioni organizzative funzionali. Meno diffuso il ricorso alla remunerazione di prestazioni aggiuntive che tuttavia, laddove presenti, contribuiscono ad incrementare l'importo delle somme complessivamente destinate ad incentivare la riprogettazione di compiti e funzioni.

#### 8.4.3 La definizione di percorsi per patologia

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

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

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

La Tabella 8.7 riepiloga l'esito delle valutazioni svolte nella parte seguente del paragrafo. La situazione è piuttosto eterogenea: si distinguono regioni che scelgono di sancire a livello regionale i principi e le caratteristiche per la definizione dei PDTA (Trento, Lombardia, Sicilia) ed altre che si limitano ad identificare nell'AIR le patologie (Puglia, Basilicata, Sardegna). Come precedentemente evi-

Tabella 8.7 **La definizione di percorsi per patologia negli AIR**

Regione	Patologie	Disciplina	Incentivi
Trento		✓	
Lombardia		✓	
Marche	✓		
Sicilia	✓	✓	✓
Puglia	✓		✓
Basilicata	✓		
Sardegna	✓		

denziato tutti gli accordi fanno riferimento al tema dei percorsi anche se spesso come obiettivo da raggiungere piuttosto che come strumento o leva di governo dei comportamenti clinici. Di particolare interesse è il limitato numero di regioni che hanno previsto incentivi alla definizione dei percorsi.

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

L'ACN affida alle Regioni ed alle organizzazioni sindacali il compito di attuare una significativa riorganizzazione del servizio sanitario attraverso una piena valorizzazione ed integrazione di tutte le componenti all'interno del sistema. I MMG, come del resto gli altri professionisti sanitari operanti sul territorio nelle cure primarie, sono chiamati a svolgere, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi, nell'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo e nella definizione degli obiettivi di budget. L'analisi della rilevanza effettivamente riconosciuta dagli AIR allo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo ed alla partecipazione ai medesimi dei MMG costituisce occasione per procedere ad una valutazione anche del ruolo attribuito alla contrattazione aziendale. Quello aziendale è infatti il livello al quale si definiscono gli obiettivi operativi, si declinano gli istituti incentivanti, si determinano le risorse disponibili e si individua pertanto quel rapporto tra contributi e ricompense che costituisce l'elemento centrale di ogni sistema di programmazione e controllo. A livello di AIR le variabili prese in considerazione al fine di individuare il grado di rilevanza attribuito a tale strumento sono date da:

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

Tabella 8.8 **L'introduzione di sistemi di programmazione e controllo negli AIR**

Regione	Programmazione regionale	Contenuti accordo aziendale	Focus sui sistemi di P&C
Trento		✓	
Lombardia		✓	
Marche	✓	✓	✓
Sicilia			
Puglia		✓	✓
Basilicata	✓		
Sardegna	✓	✓	

La Tabella 8.8 fornisce un quadro di sintesi relativo alle scelte di introduzione di sistemi di programmazione e controllo dei risultati effettuate dagli AIR analizzati. A differenza degli AIR siglati nel primo periodo successivo all'approvazione dell'ACN del 2005, la maggior parte degli AIR presi in considerazione forniscono indicazioni relative alla struttura ed ai contenuti degli accordi aziendali.

#### 8.4.5 Lo sviluppo del sistema informativo

L'art. 4 della convenzione nazionale demanda il tema del sistema informativo agli AIR ed in particolare la lett. G sancisce che è compito delle Regioni definire «i criteri e le modalità nella organizzazione del sistema informativo fra operatori – strutture associate – Distretti – Aziende Sanitarie – Regione».

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

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

La Tabella 8.9 fornisce un quadro di sintesi relativo allo sviluppo dei sistemi informativi a supporto della medicina generale. La maggior parte degli AIR applica la struttura incentivante definita dall'ACN. Le uniche Regioni ad integrare tali incentivi sono Lombardia, Puglia e Basilicata. Sicilia e Sardegna inseriscono tale indennità in un programma più esteso di informatizzazione senza peraltro definire in sede di AIR forme integrative di incentivazione. In generale, tuttavia, la maggior parte degli AIR non affronta il tema dello sviluppo del sistema informativo direttamente, demandando tale compito ad altri tavoli.

Tabella 8.9 **Lo sviluppo del sistema informativo**

Regione	Programmazione	Incentivi
Trento		
Lombardia		✓
Marche		
Sicilia	✓	
Puglia		✓
Basilicata		✓
Sardegna	✓	

### 8.5 La coerenza fra obiettivi dichiarati e strumenti implementati negli AIR

Al termine di questo capitolo appare interessante compiere una valutazione circa il fatto che il mix di strumenti delineato in ciascuna Regione risulti potenzialmente idoneo a consentire il raggiungimento degli obiettivi dichiarati. Tale valutazione prende le mosse dal modello di analisi proposto nel paragrafo 8.2 e dunque si limita a considerare solo alcuni degli elementi contenuti negli AIR. Occorre quindi evidenziare come accanto alle 5 categorie di strumenti selezionate se ne possano configurare altre che, al fine della presente analisi, non sono state prese in considerazione. Inoltre, anche laddove il livello regionale si presenti carente rispetto al ricorso ad un determinato strumento, ciò non significa che nella realtà tale strumento non trovi applicazione dal momento che spesso gli accordi integrativi aziendali introducono soluzioni non previste a livello regionale. Tali considerazioni fanno da premessa a quella che può essere considerata una valutazione tecnica del livello di coerenza interna degli accordi e non certo della loro efficacia rispetto agli obiettivi dichiarati.

Dal momento che, come indicato nella Tabella 8.2, ciascuna classe di strumenti opera come leva rispetto al raggiungimento degli obiettivi secondo una correlazione più o meno intensa, prendendo a riferimento tale livello di correlazione è possibile verificare quanto il mix di strumenti contenuto in ciascun AIR sia in grado di supportare il raggiungimento delle sette categorie di obiettivi proposte.

Per valutare tale idoneità, il grado di correlazione fra strumenti ed obiettivi contenuto nella Tabella 8.2 è trasformato in un punteggio: ad ogni strumento corrisponde un punteggio pari a 1 in presenza di una correlazione con l'obiettivo debole, a 2 in corrispondenza di una correlazione media, a 3 in corrispondenza di una correlazione rilevante. Così l'associazionismo pesa 1 punto rispetto all'obiettivo del risparmio economico e 3 punti rispetto all'obiettivo della crescita professionale dei MMG. I sistemi di P&C invece pesano 2 punti rispetto al-



rispetto a quanto effettivamente perseguito. In corrispondenza di tali situazioni sussiste una certa criticità data dal fatto che l'AIR di per sé non risulta essere sufficiente al perseguimento degli obiettivi dichiarati. In particolare, sono evidenziate nelle caselle più scure i casi in cui il grado di rilevanza dichiarato risulta essere alto, mentre il grado di rilevanza data agli strumenti finalizzati alla implementazione dello stesso è basso. Quando la discordanza sussiste, ma è più contenuta (grado di rilevanza dichiarato alto e grado di rilevanza effettivo medio, oppure gradi di rilevanza dichiarato medio e grado effettivo basso), la casella è evidenziata con un colore più chiaro. Non sono evidenziate le caselle corrispondenti ad obiettivi rispetto ai quali sussiste una concordanza fra grado di rilevanza nella dichiarazione e grado di rilevanza rispetto agli strumenti proposti per il perseguimento dei medesimi o rispetto ai quali il grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati è inferiore al grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti. Tale situazione infatti, ai fini della presente analisi, non costituisce una criticità.

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

- ▶ il modello di attuazione
- ▶ il modello di governo
- ▶ il modello di innovazione

Tabella 8.11 **Coerenza fra grado di rilevanza degli obiettivi dichiarati e grado di rilevanza degli obiettivi effettivamente perseguiti negli AIR**

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

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

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

Il **modello di attuazione** si caratterizza per avere come contenuti principali quelli derivanti dalla declinazione operativa dei dettami dell'ACN. L'AIR non presenta particolari novità, ad esempio non compie una ridefinizione degli istituti incentivanti per le forme associative e quindi non ne modifica né l'importo, né i tetti percentuali. Anche l'avvio di nuove modalità organizzative quali le Equipe territoriali, per altro obbligatorie, viene lasciato sullo sfondo e la sperimentazione di nuove forme di integrazione professionale (UTAP<sup>8</sup> o altro) non viene supportata esplicitamente attraverso l'individuazione di fondi ed iniziative. Dal punto di vista degli obiettivi si tende a far riferimento alle tematiche dei percorsi diagnostico terapeutici, dell'appropriatezza e del governo clinico lasciando poi alle aziende l'eventuale declinazione operativa. L'AIR richiama in altri termini gli obiettivi contenuti nella convenzione nazionale. L'adesione stessa all'accordo viene incentivata in sé e gli incentivi sono prevalentemente di struttura e non di risultato. Sempre in coerenza con gli obiettivi dell'ACN questa tipologia di accordi punta molto sulla necessità di «ricercare una rinnovata centralità dei MMG» anche attraverso logiche di governo della domanda. Sono riconducibili a tale modello gli AIR delle Marche e della Sicilia ed in parte anche quello del Trentino. Il modello di attuazione presenta alcuni punti di forza che possono essere identificati anzitutto nella presenza stessa di un AIR ad integrazione della contrattazione nazionale, premessa necessaria alla realizzazione di una contrattazione a livello locale. In secondo luogo tali AIR risultano chiaramente focalizzati sull'attuazione di un processo di responsabilizzazione che porti il MMG a riguadagnare il centro del sistema sanitario anche attraverso lo sviluppo e l'incentivazione delle forme associative così come indicate dall'ACN. L'eventuale debolezza risiede nella limitatezza del ruolo gestionale svolto da parte della Regione che, per scelta o per necessità, si limita a compiere un'attuazione dei dettami convenzionali definiti a livello nazionale.

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

<sup>8</sup> Unità territoriale di assistenza primaria.

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

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

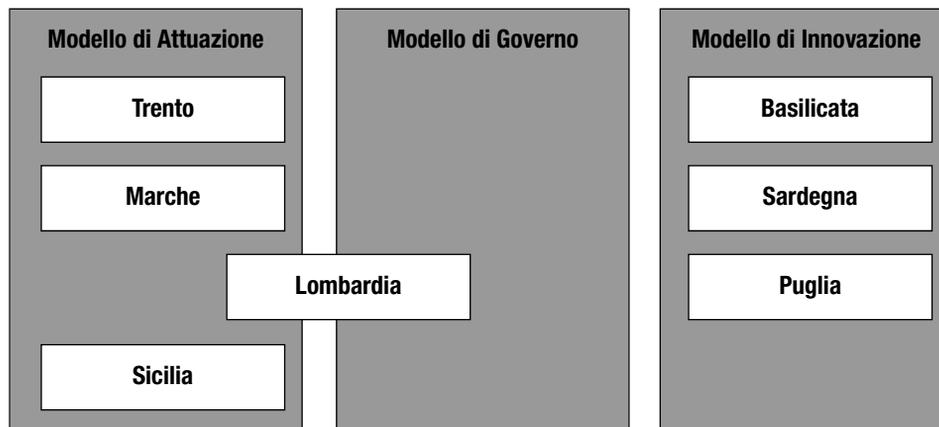
Il rischio, o potenziale debolezza del modello può essere rappresentato dalla incapacità delle aziende sanitarie di implementare operativamente il modello e di creare i presupposti affinché i MMG facciano un salto che è principalmente culturale. Per il livello aziendale questo modello risulta essere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

La seguente Figura 8.1 rappresenta in modo sintetico la collocazione degli 11 AIR analizzati rispetto ai tre modelli interpretativi proposti.

## 8.6 Considerazioni conclusive

Riprendendo in considerazione gli esiti dell'analisi compiuta sui 7 AIR presentanti nel presente contributo e quelli dell'analisi condotta l'anno scorso su altri 11 AIR, emergono tre tematiche sulle quali si incentreranno i dibattiti nei prossimi mesi e rispetto a cui maggiori saranno i margini di differenziazione tra scelte regionali. Le tre questioni sono l'associazionismo, la definizione degli accordi integrativi aziendali e l'evoluzione dei sistemi di programmazione e con-

Figura 8.1 I modelli di AIR



trollo, intrinsecamente connessa al processo di definizione degli AIA (Accordi Integrativi Aziendali).

In tema di associazionismo molto è stato scritto in letteratura e diverse sono le posizioni delle differenti regioni. Cercando di sintetizzare il quadro che emerge dall'analisi degli accordi è possibile evidenziare come: le Equipe Territoriali, di fatto obbligatorie dal 2000 (DPR 270/00) vengono adottate solo da alcune regioni. Molte regioni sono andate ad identificare delle nuove forme associative di eccellenza che intendono premiare le componenti maggiormente avanzate della medicina generale; rimane tuttavia aperto il ruolo che può/deve essere affidato alle cooperative (Toscana) e alle forme associative con personalità giuridica (Puglia). Alla luce di questa molteplicità di scelte, di modelli, di denominazioni risulta oramai quasi impossibile e forse scarsamente utile una generalizzazione e ogni modalità operativa adottata deve essere necessariamente contestualizzata.

In merito agli AIA in letteratura gli ultimi dati sono relativi ad una survey del 2001 (Cavallo, Vendramini, Gerzeli) mentre sono on line i dati della SICAC aggiornati a marzo 2008 che evidenziano come 77 aziende su 157 abbiano proceduto al rinnovo dei precedenti accordi. (21 su 21 in Veneto, 11 su 11 in Emilia Romagna, 15 su 15 in Lombardia, 11 su 12 in Toscana, 6 su 6 in Friuli Venezia Giulia, 5 su 5 in Liguria, 4 su 12 in Lazio e 4 su 4 in Umbria). Se da un lato potrebbe risultare particolarmente significativa un'analisi dei contenuti degli AIA dall'altro non è di meno interesse comprendere le ragioni di un'assenza di AIA nelle seguenti Regioni: Piemonte (0 su 13), Sicilia (0 su 9), Campania (0 su 13), Sardegna (0 su 8)<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> I dati relativi al numero di accordi integrativi aziendali siglati sono contenuti in SISAC, Status rilevazione accordi aziendali, marzo 2008, [www.sisac.info](http://www.sisac.info).

La terza riflessione è legata ai sistemi di programmazione e controllo delle cure primarie. Nello specifico la firma dell'accordo potrebbe rappresentare l'inizio di un ciclo di attività che, permettendo di sviluppare un processo volto alla responsabilizzazione dei professionisti, definisce un nuovo spazio di azione per il management delle cure primarie.

### **Bibliografia**

- Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. (2001), *Organizzazione e gestione delle cure primarie. Un'indagine nazionale*, McGraw-Hill, Milano
- Galli D., Vendramini E. (2007), «Gli accordi integrativi regionali con la Medicina Generale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Longo F., Vendramini E. (2001), *Il budget e la medicina generale*, McGraw-Hill, Milano.