

RAPPORTO OASI 2009/ L'applicazione delle regole arriva a convenzione quasi scaduta

Mmg associati, tempi stretti

Necessaria una survey sulle forme di sperimentazione gestionale

Strutturazione dei nuovi modelli associativi obbligatori

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

Cooperative organizzate nelle Regioni con o senza prestazioni sanitarie L'attenzione delle aziende è solo per le forme aggregative obbligatorie

Il 27 maggio 2009 è stata siglata la nuova convenzione per il quadriennio 2006-2009 («Gazzetta Ufficiale» dell'8 settembre 2009) per la medicina generale. In questo settore nel periodo 1997-2007 il numero dei medici di medicina generale livello nazionale è rimasto sostanzialmente stabile. Nel 2007, il carico potenziale (basato sulla popolazione assistibile) ed effettivo (basato sul numero di scelte) dei medici di medicina generale era pari a 1.094 persone (assistiti per medico).

Il presente articolo si vuole soffermare sulle novità apportate dalla nuova convenzione in tema di associazionismo (mentre per un approfondimento sugli accordi regionali e aziendali e sui percorsi diagnostico-terapeutici si ri-

manda al Rapporto Oasi 2009, www.cergas.unibocconi.it).

Le aspettative relativamente alle forme associative erano sicuramente elevate e si riferivano a tutte e tre le categorie di forme associative: quelle obbligatorie (articolo 26); quelle facoltative e incentivate (articolo 54, comma 3, lettera a); quelle facoltative a cui è vietato erogare prestazioni sanitarie e che non sono oggetto di incentivazione (articolo 54, comma 3, lettera b).

L'aspettativa relativamente alle forme associative obbligatorie era che il dettato convenzionale potesse trovare attuazione in un numero crescente di realtà, in quanto efficace strumento di condivisione delle pratiche e di armonizzazione dei comportamenti clinici. Dal punto di vista operativo, l'auspicio era che la nuova convenzione potesse ridurre il livello di complessità, prevedendo anche legami funzionali che non coinvolgessero da subito tutte le professionalità delle cure prima-

rie ma che, in una prima fase, potessero concentrarsi sui medici di medicina generale, anche al fine di identificare le caratteristiche e i compiti del coordinatore dell'équipe stessa e le modalità operative (e di incentivazione) di un ruolo che non sempre viene compreso e che risulta di particolare importanza al fine di sviluppare un sistema di cure primarie coordinate e aggiornate.

In merito alle forme associative facoltative di cui alla lettera a) (associazione, rete e gruppo), l'auspicio era che i parametri di riferimento già previsti nella precedente convenzione potessero essere integrati da strumenti efficaci di verifica dei reali contenuti assistenziali offerti da queste forme associative.

La vera sfida, infatti, è rappresentata dalla capacità di trovare il valore che queste forme associative sono in grado di generare nei confronti non solo dei pazienti, ma anche dei medici stessi, in termini di crescita professionale, confronto e integrazione con le altre professionalità.

Un'analisi specifica è richiesta dalle forme associative di cui alla lettera b), in merito sia al divieto di erogazione

re prestazioni sanitarie (articolo 54, comma 14, lettera f), sia alla non incentivabilità (articolo 54, comma 15).

Risultava infatti importante che la nuova convenzione riconoscesse il ruolo delle cooperative in termini di supporto ai medici e di capacità di sviluppare progetti di ricerca legati all'appropriata prescrizione e delle cure. Al momento, la situazione è variegata, tanto che vi sono Regioni (a esempio la Toscana) che, da un lato, riconoscono alle cooperative lo stesso livello di incentivazione delle medicine di gruppo, dall'altro stipulano con le stesse accordi per l'erogazione di prestazioni sanitarie.

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

In merito alle forme associative obbligatorie (articoli 26, 26-bis e 26-ter), la nuova convenzione ripresenta sia (i) le équipe territoriali, intese come legami funzionali,

■ SELPRESS ■
 www.selpress.com

confermate come obbligatorie alla luce dell'articolo 45 e costituite dalla molteplicità degli operatori delle cure primarie, sia (ii) le Utap, intese come legame strutturale con sede fisica unica e condivisa tra le varie componenti e confermate come sperimentazioni gestionali.

A queste vengono aggiunte due nuove modalità associative, sempre obbligatorie (articoli 26-bis e 26-ter): (iii) le aggregazioni funzionali e (iv) le unità complesse delle cure primarie (Uccp), definite come obbligatorie alla luce dell'articolo 45, lettera a1).

Agli accordi regionali viene dato mandato di disciplinare nel dettaglio le modalità di implementazione di tali forme associative, composte da medici convenzionati ed eventualmente altre professionalità afferenti alle cure primarie.

Dal testo della nuova convenzione si evince quindi che vi sono almeno tre forme associative obbligatorie (l'équipe territoriale, l'unità funzionale e le Uccp). È possibile definire un percorso logico che organizzi le tre forme associative all'interno di un'unica famiglia, ma con gradi di complessità crescenti. Si può infatti affermare che le tre forme associative costituiscono in realtà tre livelli di integrazione differenti, a cui i medici di medicina generale devono aderire in funzione del grado di maturità manageriale e di innovazione gestionale che possiedono e che contemporaneamente possiede l'azienda.

Più specificatamente:

- le aggregazioni funzionali rappresentano il livello base del modello organizzativo, essendo composte da medici di medicina generale tra cui viene scelto (nominato) un coordinatore. Obiettivo delle aggregazioni funzionali è quello di coinvolgere tutti i medici di medicina generale, raggruppandoli in legami funzionali su progetti quali la domiciliarità, i percorsi ecc.;

- il secondo livello di integrazione è quello delle Uccp, che ancora non prevede obbligatoriamente una sede unica (infatti può avere una sede condivisa di riferimento), ma ha il compito di mettere a fattor comune le professionalità esclusivamente o prevalentemente afferenti alla me-

dicina convenzionata, coordinandone attività e garantendo la vera continuità assistenziale sulle 24 ore;

- il terzo livello di integrazione è costituito dalle équipe territoriali che, oltre a tutto quanto previsto dal modello delle Uccp, aggiungono alla rete altre professionalità, che erogano prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e l'assistenza specialistica ambulatoriale (non necessariamente convenzionata interna).

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

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

La nuova convenzione riprende inoltre l'istituto delle Utap, introdotte dalla convenzione del 2005 e che rappresentano la modalità più avanzata di integrazione delle cure primarie; esse infatti prevedono dei veri e propri legami strutturali dotati di sede unica (attorno alla quale ruotano tutte le professionalità afferenti non solo alle cure primarie, ma anche alle cure intermedie) e la loro finalità diventa quindi specificamente quella di gestire la cronicità anche e soprattutto mediante la medicina d'iniziativa.

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

La parte relativa alle forme associative obbligatorie è forse la principale innovazione presentata dalla nuova convenzione, che di fatto "abolisce" la figura del medico che opera da solo nel proprio ambulatorio; vede il Distretto come controparte; viene considerato esclusivamente come prescrittore.

In merito invece alle forme associative libere e volontarie dei medici di medicina generale, disciplinate dall'articolo 54, comma 3, lettere

a) e b), nulla viene modificato.

Risulta del tutto evidente che l'attenzione da parte delle aziende sanitarie in generale e dei distretti in particolare non possa essere rivolta a queste forme di aggregazione, di fatto forse propedeutiche e in parte di supporto a quelle pivotali presentate nell'articolo 26. Contemporaneamente, anche il medico di medicina generale dovrebbe inizia-

re a vedere queste forme associative (soprattutto quelle di cui alla lettera a) come strumentali alla crescita professionale e quindi al passaggio dal primo livello, espresso dalle aggregazioni funzionali, verso le modalità più sofisticate e qualitative rappresentate dalle unità complesse di cure primarie e dalle équipe territoriali.

La nuova convenzione prende in considerazione diverse variabili sia organizzative (forme associative) che gestionali (profili diagnostico-terapeutico-assistenziali - Pdta), ma diversi sono gli interrogativi che rimangono aperti:

- la tempistica degli accordi integrativi regionali e i loro contenuti in termini di declinazione degli articoli 26, 26-bis e 26-ter;
- la diffusione degli accordi integrativi aziendali e quindi la realizzazione del disegno convenzionale;
- la capacità delle aziende sanitarie e in particolare dei distretti di governare le cure primarie e quindi di procedere alla definizione dei contenuti di responsabilità delle nuove aggregazioni funzionali e delle unità complesse di cure primarie.

Probabilmente, però, la vera minaccia è rappresentata dalla durata stessa della convenzione appena firmata, che di fatto scade il 31 dicembre 2009. La sua scadenza imminente potrebbe rendere meno efficaci alcuni suoi istituti, come per esempio quello legato alle nuove forme associative, in quanto a partire dai primi mesi del 2010 le parti inizieranno a porre le basi per la nuova convenzione.

Nei fatti questo processo ha già caratterizzato gli ulti-

mi nove anni e le ultime due convenzioni (il Dpr 270/2000 e quella del 2005), ostacolando per esempio la diffusione delle équipe territoriali.

Dal punto di vista economico-aziendale, poi, la negoziazione di una nuova convenzione dovrebbe essere preceduta da una serie di survey in grado di mappare i risultati delle sperimentazioni gestionali in corso e di valutare l'efficacia o il rapporto costi-efficacia delle risorse utilizzate, a esempio per alcune forme associative o per le prestazioni di particolare impegno professionale. Solo in questo modo la nuova

convenzione non sarà uno strumento esclusivamente normativo, ma una leva di governo e di indirizzo di una componente centrale dell'assistenza

sanitaria.

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

Emanuele Vendramini
 Università Cattolica del Sacro
 Cuore - Sede di Piacenza