

**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI – CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI**

---

**Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale**

**Triennio 2013 – 2016**

**DOTT. LUCA BAREA**

**CONFRONTO TRA DUE ESEMPI DI CURE PRIMARIE IN  
ITALIA E PAESI BASSI  
L'esperienza Italiana.**

**Relatore: Dott. Fabrizio Valcanover**



## Indice:

- Introduzione e obiettivi	Pag 4
- Quadro teorico e contesto istituzionale	Pag 5
- L'evoluzione della Medicina Generale in Italia, dalle Condotte Mediche alla Medicina Generale odierna	
- Materiali e metodi:	Pag 38
- Un esempio concreto di un gruppo a Trento, lo studio San Martino	
- Analisi del lavoro prodotto dal gruppo	Pag 38
- Analisi dei dati economici del gruppo	Pag 58
- Confronto tra Paesi Bassi e Italia	Pag 60
- Conclusioni	Pag 70
- Ringraziamenti	Pag 73
- Bibliografia	Pag 74

## Introduzione

Le cure primarie sono la base, ma sarebbe più opportuno dire il centro di qualsiasi sistema sanitario. Nella storia recente della medicina molteplici sono gli esempi di investimento e le prese di posizioni favorevoli alle cure primarie (5,14). Quella che è stata definita un gigante della salute pubblica, Barbara Starfield, è riuscita a dimostrare come l'investimento nella medicina generale risulti essere il più efficiente in prospettiva delle sfide future che dovranno affrontare i sistemi sanitari (13).

La stessa legge 833, che istituì il nostro sistema sanitario nel 1978, dava molta importanza alla medicina primaria. Durante il corso degli anni si è però investito maggiormente a livello secondario e terziario, per motivi che spaziano dall'epidemiologia del tempo: una popolazione più giovane ha bisogno di ospedali per tempi di ricovero brevi; a motivazioni di tipo tecnico-istituzionale: la medicina generale al di fuori del mondo universitario, in rapporto di regime convenzionato col SSN; il fascino che generalmente suscita nei cittadini la medicina specialistica.

Nel contesto attuale fondamentale diventa ripensare alla medicina generale e metterla al centro del sistema sanitario del futuro, a mio avviso l'unica via per cercare di mantenere integri i principi del nostro Sistema Sanitario Nazionale ed evitare una deriva dei costi che porterebbe ad una polarizzazione della copertura verso chi ha più possibilità economiche.

Io e il dottor Marco Zoccolan abbiamo scritto la nostra tesi di conclusione della Scuola di Medicina Generale cercando di comparare quanto possiamo offrire a livello di cure primarie in Italia e quanto possono invece offrire nei Paesi Bassi; valorizzando in questo modo l'opportunità dataci dal Movimento Giotto, grazie al quale abbiamo entrambi potuto visitare una practice Olandese di medicina generale situata a Dongen. Portando ad esempio due gruppi di medici generali che esprimono un esempio reale di com'è possibile gestire le cure primarie, il sottoscritto si occuperà della parte Italiana dello studio (nella fattispecie il gruppo San Martino di Trento), e il mio collega della parte Olandese.

## QUADRO TEORICO

L'evoluzione della Medicina Generale in Italia, dalle Condotte Mediche alla Medicina Generale odierna.

In questo capitolo sarà illustrata la storia della medicina generale in Italia dall'istituzione delle prime condotte mediche ai tempi del risorgimento fino alla complessa situazione attuale, dove proliferano vari tentativi, anche virtuosi, di riorganizzazione dell'assistenza primaria cercando di rimettere al centro del sistema sanitario il MMG. Illustrerò poi come sarà indispensabile, per quanto riguarda il futuro, cercare di prendere il meglio di quanto sperimentato a livello locale e cercare di formare modelli unificati ma flessibili, in modo da dare la stessa struttura ai vari sistemi sanitari regionali senza dimenticare la necessità di adattabilità al territorio specifico che di volta in volta si va ad incontrare.

- Prima del 1978: la medicina generale tra Ottocento e Novecento

Nel corso del XIX secolo, si concretizza in Europa e in Italia il lento trapasso dalla medicina ippocratica, galenica e naturalistica dei secoli precedenti alla medicina scientifica nata sull'onda della rivoluzione industriale.

La ricerca apre sempre nuovi orizzonti sull'igiene e sulla sanità pubblica, sulla medicina del lavoro e permette il crearsi della metafora "corpo uguale macchina".

La nuova medicina acquista il suo statuto istituzionale con le riforme degli studi universitari introdotte in Europa: non è più una disciplina umanistica, ma tecnico scientifica, fondata sulla separazione cartesiana tra mente e corpo, sulla ricerca della ricorrenza e della riproducibilità.

In questo contesto europeo in Italia la medicina generale è gestita in questi anni da 3 figure predominanti: il medico condotto, ricco di storia e di fama, giustamente considerato il progenitore del MMG; il medico di famiglia, benestante, riferimento per la famiglia nucleare, nuova cellula sociale della nascente borghesia; il medico della mutua, a volte sovrapposto alle altre due

figure, ma più marcatamente rivolto a dispensare farmaci alla popolazione cittadina e, nell'immagine collettiva, più orientato al guadagno che alla cura o alla scienza (11).

Il medico condotto, che lavorava appunto nel sistema delle condotte mediche, le quali erano ben delineate già a partire dal XVIII secolo in Italia e provvedevano a quella che era l'esigenza di assistenza delle persone nei luoghi di loro residenza, cioè i comuni. I compiti che erano assegnati al medico condotto erano riferibili all'assistenza della persona nella sua totalità e nella sua comunità.

Il primo documento normativo che ne definisce i compiti e l'organizzazione nello Stato Unitario è la legge del 20 marzo 1865 sulla "unificazione amministrativa del Regno". I medici condotti erano stipendiati dai comuni per esercitare in forma gratuita verso gli iscritti all'elenco dei poveri, le famiglie più abbienti erano invece tenute a pagare una parcella. Date le condizioni della popolazione generale, fino alla Seconda Guerra Mondiale la gran parte della popolazione risultava iscritta ai suddetti elenchi (1).

Si può ben dire che quello del medico condotto di fine Ottocento fosse un lavoro duro e poco retribuito, anche se le entrate erano arrotondate con i doni in natura che venivano fatti nella stagione dei raccolti o dai benestanti. Nell'Italia postunitaria, il condotto assumeva sovente nella comunità una sorta di ruolo di pastore di anime laico, non di rado in concorrenza con il parroco.

Il medico di città, se fortunato, aveva più clienti tra le famiglie benestanti, lavorava in libera professione e si recava quasi esclusivamente a domicilio dei suoi pazienti. I consultori ambulatoriali erano riservati alla povera gente. In questo contesto, è nata la figura del medico di famiglia, immortalato in molte iconografie, al capezzale di un malato circondato dai familiari. È una tipica figura urbana, custode e padre spirituale delle famiglie benestanti degli inizi del secolo scorso. Nel corso del Novecento, con la diffusione della famiglia nucleare e con l'aumento del benessere, il termine di medico di famiglia entra nel dire popolare per connotare il medico umano, confidente, orientato al

nucleo, in prima fila nella battaglia contro le sofferenze del vivere quotidiano (11).

Accanto alle strutture istituzionali gran ruolo era svolto dalle organizzazioni di carità e beneficenza esistenti. Con il Regio Decreto del 30 dicembre 1923 lo Stato riconobbe le "Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza" dando alle stesse il riconoscimento della pubblica funzione, per il timore dell'inaridirsi delle fonti di sostentamento degli istituti e quindi del loro utile aiuto in campo sanitario (1).

Contrapposto al condotto e al medico di famiglia troviamo il medico della mutua, tanto criticato da sanitari, politici e amministratori, ma spesso tanto gradito ai cittadini fino a epoche recenti. La Nascita è nobile e risale ai primi Novecento, agli esordi del movimento operaio: lo scopo era provvedere all'assistenza sanitaria dei salariati che, non essendo iscritti nell'elenco dei poveri, dovevano pagarsi qualsiasi prestazione medica. Il termine "mutua" deriva, infatti, dalle associazioni di mutuo soccorso che raccoglievano denaro tra i loro iscritti e trattavano direttamente con i medici le prestazioni da erogare in cambio di un compenso forfettario o a notula (per prestazione) (11).

Con il passare del tempo sempre maggiori erano le mutue, che beneficiavano dell'assistenza i loro iscritti. Tra gli anni '50 e '70 ci fu un forte aumento degli enti mutualistici, con la legge 692 del 1955 l'assistenza di malattia era estesa a tutti i pensionati e ai loro familiari.

Era in questo quadro molto eterogeneo e confuso che dovevano muoversi coloro che svolgevano il ruolo degli attuali medici di medicina generale, dovevano infatti contrarre rapporti convenzionali con istituzioni che avevano regole marcatamente differenti, tali da non consentire in modo ordinato e programmato la relativa attività.

Con la Legge 132 del 1968 si costituivano gli enti ospedalieri pubblici retti da consigli di amministrazione politici, che si avvalevano del consiglio dei sanitari quale organi dell'ente a carattere consuntivo. L'intento era quello di programmare le attività assistenziali tenendo conto dell'evoluzione scientifica, tecnologica ed organizzativa, cercando di attuare il primo esempio

di “governo clinico”. Purtroppo, in assenza di una programmazione su scala nazionale, il modello degli ospedali zionali, provinciali e regionali spinse molte amministrazioni a puntare verso le classificazioni di livello più elevato, che conferivano maggior prestigio, potere, e rette giornaliere di degenza più alte. Da questo quadro emerge l’avvio di una distribuzione fortemente ospedalocentrica delle risorse. (1)

- Verso l’istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)

Negli anni Settanta il Sistema Sanitario Italiano risultava essere molto frammentato ed eterogeneo, le mutue si dimostrarono infatti inadatte allo sviluppo di una efficace assistenza sanitaria non prevedendo, ad esempio, per statuto, la prevenzione. Uno dei motivi principali erano anche gli enormi debiti delle mutue (soprattutto per i costi contratti con strutture di secondo e terzo livello) che dovevano essere ripianati dallo stato. È anche da notare che nella discussione per la riforma sanitaria veniva sollevato anche il problema del controllo delle spese, ipotizzando che una figura unica territoriale potesse meglio controllarle. Anche se non nominata esplicitamente la figura del gatekeeper, tale mansione viene già ipotizzata per il futuro MMG. Le modifiche successive degli ACN, specie in epoca recente, sono quindi volte a rimarcare il ruolo di filtro della medicina primaria per quanto riguarda il contenimento dei prezzi, e assecondare richieste che venivano dai MMG per e dai cittadini.

*“L’analisi dei processi di formazione dei flussi finanziari mette in risalto come l’entità della maggior parte delle spese del servizio sanitario non dipende da decisioni dell’amministrazione pubblica, ma dal comportamento del personale convenzionato [...] Se gli accordi stipulati attribuiscono ai medici convenzionati un così ampio potere di determinare o di condizionare le entità dei flussi di spesa, significa che essi rivestono nel sistema un ruolo che non è affatto marginale o aggiuntivo rispetto a quello della struttura pubblica.” (15)*



Nasce quindi, in questi anni, un movimento “culturale” a fianco – a volte in contrasto – con le proposte e LEA in discussione sulla riforma, elementi di spicco di tale movimento erano Lucio Rosaria, cardiologo di La Spezia; Francesco Salvestroni, medico di quartiere a Milano, il quale forse per primo in Italia afferma la necessità di formazione specifica in MG. Secondo Salvestroni sarebbe opportuno infatti fondare una specializzazione in MG creando un medico della persona che sia in grado di gestire cronicità date da patologie la cui diagnosi è già stata fatta. Evitando di guardare a questa pratica medica con occhio specialistico, dato che i problemi che deve affrontare risultano essere differenti. Nasce in quegli anni in Italia l’idea che il lavoro del medico generale non è paragonabile con quella della medicina interna (2).

Un altro gruppo di tre medici Giulio Cesare Abba, Oreste Speciani e Federico Tono; tentano senza successo di riformare il sistema mutualistico analizzano 21 milioni di notule degli assistiti allora INAM e formulando delle proposte per migliorare il lavoro dei MMG come “autogoverno dei medici” e un periodo biennale obbligatorio di frequenza in ospedale prima dell’inserimento nella mutualità (2).

Anche il sindacato dei mutualisti, la FIMM, fin dal 1960 aveva abbinato il suo XII congresso allo slogan “matura e urgente una riforma generale dell’assistenza sanitaria” e aveva poi continuato ad auspicarne la realizzazione nei congressi successivi.

Gran parte delle problematiche trovarono una risposta nella Legge 349 del 1977 che sopprime gli Enti Mutualistici e trasferì alle Regioni l’Assistenza Sanitaria.

Vi fu una stagione di profonde riforme della sanità italiana, da parte medica fortemente auspicata, che arrivarono a definire i confini entro i quali la medicina generale si sarebbe organizzata nell’ambito del nascente SSN: libera professione convenzionata, numero dei medici presenti negli elenchi calcolato con riferimento ad un rapporto ottimale, obbligo convenzionale (oltre che deontologico) dell’aggiornamento permanente, avvio della de

burocratizzazione della professione, retribuzione a quota capitaria, affidamento della previdenza dei medici mutualisti all'ENPAM.

Si arrivò quindi alla stipula della Convenzione Unica Nazionale che ratificò quanto espresso nella Legge 349.

Tuttavia la Convenzione Unica non venne, però, mai completamente applicata causa sia l'inadempienza degli enti mutualistici che alle inottemperanze del Governo che la resero superata già all'approvazione definitiva della legge 833 del 1978 (Istituzione del SSN). (1)

- L'istituzione del SSN e le conseguenti modifiche relative alla medicina generale

Con la Legge 833 del 1978 nasceva quindi il Servizio Sanitario Nazionale che introduceva la copertura universale per i cittadini Italiani e i residenti. Stabiliva la dignità umana, i bisogni di salute e la solidarietà come i principi guida del sistema. I più grandi obiettivi della riforma erano garantire equità di accesso in maniera uniforme alle cure per tutta la popolazione; sviluppare modelli di prevenzione per le malattie; contenimento della spesa pubblica; garantire un controllo pubblico e democratico del Sistema. Il suddetto sistema si sarebbe dovuto sorreggere sulla tassazione generale. Il nuovo servizio risultava essere parzialmente delocalizzato, con responsabilità a livello centrale, regionale e locale. Il governo centrale era responsabile del finanziamento, definendo i criteri per la distribuzione dei fondi, con l'obiettivo di ridurre lo sbilanciamento nell'erogazione degli stessi; era inoltre responsabile di programmare un piano sanitario nazionale della durata di 3 anni durante nel quale venivano definiti gli obiettivi e le indicazioni su come spendere in fondi messi a disposizione dello stato centrale. Unità sanitarie regionali erano responsabili per quanto riguarda la programmazione a livello locale in accordo con gli obiettivi pianificati a livello nazionale. Esistevano poi le Unità Sanitarie Locali (USL), governate da consigli eletti a livello politico regionale che erano agenzie responsabili dell'offerta dei servizi attraverso proprie strutture o contrattando privati convenzionati. (3)

A partire dall'istituzione del SSN prese corpo in Italia la medicina generale, risultato dell'evoluzione dell'assistenza sanitaria dei 30 anni precedenti, dal dopoguerra al 1978.

La Legge 833/78, istitutiva del SSN prevede la medicina generale tra le competenze della Regione, che deve esercitare le proprie funzioni legislative nel rispetto del principio della *“organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali”* (art.11); inoltre, la Legge individua le USL quali soggetti incaricati a provvedere, nel territorio di propria competenza, *“all’assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale”* (art.14). Nell’articolo 25, si definisce *“l’assistenza medico generica”* come prestazione di cura da erogarsi sia in forma ambulatoriale che domiciliare ad opera del *“personale dipendente o convenzionato del Servizio Sanitario Nazionale”*, scelto sulla base di un rapporto di fiducia estinguibile in qualsiasi momento (4).

Nasceva quindi la medicina generale, sotto l'influenza di un orientamento teso alla valorizzazione dell'Assistenza Primaria nei sistemi sanitari, che riconosceva la sua esplicitazione nella dichiarazione di Alma Ata dell'OMS:

*“l’assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l’assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria”* (5).

La centralità che era prevista si dimostrò tale più nelle parole che nei fatti. In effetti il medico di medicina generale dovette confrontarsi con la frammentazione specialistica delle competenze e con la vertiginosa crescita di conoscenze e tecnologie mediche, che lo costrinsero ad un ruolo di co-

protagonista di un processo di cura articolato ed in gran parte delegato agli ospedali, ove competenze specialistiche diverse e tecnologie trovavano la più facile integrazione. Negli anni successivi infatti quello su cui pare si sia più lavorato è la “centralità come controllore di spesa” ma, anche questo aspetto, sembra non abbia funzionato. Anche perché forse la vera centralità del MMG è altra e mai stimolata nel corso degli anni (centralità di relazione, centralità clinica intesa come primo contatto con il cittadino che vede tutti i malesseri, spesso nelle fasi iniziali e comunque di tutti i tipi, etc.).

Nel corso di questi 30 anni e a seguito di importanti riforme del nostro SSN, la figura del medico di famiglia ha subito profondi cambiamenti. In particolare l'organizzazione della sua attività professionale ha assunto aspetti sempre più complessi sia per esigenze collegate allo sviluppo del contesto sociale e del sistema valoriale dei cittadini, sia per gli spunti innovativi introdotti dai successivi Accordi Collettivi Nazionali (ACN). È emersa sempre più forte la necessità di integrazione con altri colleghi e soprattutto con diverse figure professionali. (1)

- Il lavoro del medico generale fino alla prima riforma del SSN (D.lgs. 502/1992)

La legge 833/1978 fu la prima riforma del sistema sanitario dopo la Seconda Guerra Mondiale. Il SSN fu implementato in maniera completa negli anni '80 attraverso una sostanziale armonizzazione e regolamentazione delle norme e procedure che derivavano dalle mutue indipendenti ormai sciolte. Nonostante ciò, vennero alla luce significative debolezze del sistema, principalmente la mancanza di controllo della spesa da parte dello stato centrale, la troppa politicizzazione del SSN, i frequenti conflitti a livello centrale tra i responsabili politici del sistema e la mancanza di un sistema manageriale adatto e delle conoscenze necessarie da parte degli incaricati responsabili a livello locale.

Nonostante già a metà degli anni '80 i problemi emersero dovemmo aspettare fino al 1992 per avere l'opportunità di una riforma che affrontasse

le questioni irrisolte. In quegli anni infatti i maggiori partiti politici italiani stavano collassando per via di Tangentopoli, la quale aveva anche interessato con un'inchiesta quella che era la fornitura farmaceutica del SSN. Alla crisi politica si aggiungeva una grossa crisi economica e un livello del debito molto elevato che metteva in serio pericolo l'Italia per quanto riguarda il rientro nei parametri di Maastricht e quindi l'appartenenza stessa all'unione monetaria che si stava formando in quel tempo in Europa. In questo contesto un nuovo governo, affrontando la crisi generale, approvò rapidamente una riforma del SSN. La riforma portava a grandi cambiamenti strutturali il SSN raggruppabili in 3 maggiori aree:

1-Regionalizzazione: vi fu l'eliminazione del ruolo delle USL, una riduzione del potere dello stato centrale a favore di un aumento di quello delle regioni. Nel 1992 vennero introdotti i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), i quali dovevano essere obbligatoriamente rispettati dalle regioni, definiti dal governo centrale. Si tratta di prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Alle regioni vennero date più competenze per rafforzare la propria autonomia fiscale e responsabilità per avere un controllo locale più efficiente su come venivano spesi i fondi investiti. Il modello presupponeva che lo stato centrale garantisse i fondi per il raggiungimento dei LEA e ne vigilasse la corretta ottemperanza da parte delle regioni, le quali avevano la responsabilità di organizzare il sistema sanitario regionale e di rendere possibile il raggiungimento dei LEA con i fondi messi a loro disposizione. Le regioni acquisivano inoltre la capacità di riarrangiare e gestire i servizi e decidere come offrirli alla popolazione, ad esempio se mantenendo l'erogazione dei servizi pubblica o affidandosi ad enti privati convenzionati. Con tale riforma le regioni diventavano quindi le maggiori responsabili della gestione del SSN nel loro territorio.

2-Managerialismo: la seconda grande area di riforma fu il ruolo del management del SSN. I politici nominati con le regole precedenti vennero sostituiti da manager professionisti ai vertici delle neonate ASL (Aziende Sanitarie Locali) e AO (Aziende Ospedaliere). La legge obbligava a nominare

dirigenti con lauree nel campo ed esperienza dirigenziale, iscritti ad appositi elenchi. Vennero introdotti concetti nuovi per il campo fino a quel momento come contabilizzare i costi, fissare dei budget, piani strategici, valutazione dei bisogni e controlli di qualità.

3-Servizi specialistici forniti in un sistema di quasi-mercato: basato su 3 principi fondamentali. Primo, gli utenti erano liberi di scegliere qualsiasi offerente anche fuori regione. Secondo, privati accreditati erano inseriti come offerenti di servizi con lo scopo del contenimento dei costi grazie all'instaurazione di un regime concorrenziale. In ultima istanza un sistema di rimborso da parte dello stato basato sui DRG (Diagnosis Related Group) a livello ospedaliero e una tariffa per ogni servizio dato a livello ambulatoriale. In questo modo il finanziamento veniva fornito in base alle prestazioni erogate, calcolate a livello centrale, con lo scopo di contenere al massimo gli sprechi (6).

In questi anni i MMG cercarono di andare incontro alle esigenze espresse dallo stato centrale mediante la stipula dei vari accordi collettivi nazionali (ACN), che di volta in volta portavano a dei sostanziali e potenziali cambiamenti nella professione.

Di norma gli ACN, secondo l'articolo 48 della legge 833 venivano descritti come un "atto convenzionale" di durata triennale del tutto equivalente agli altri accordi collettivi nazionali stipulati con il governo e le relative rappresentanze sindacali di ciascuna categoria. Ai quali i competenti organi locali dovranno far seguire i dovuti atti deliberativi.

I contenuti riguardavano:

- rapporto ottimale medico-assistibili per la MG e i Pediatri di Libera Scelta, nonché numero massimo di assistiti e ore di lavoro in base ad altri impegni lavorativi;
- istituzione degli elenchi unici del personale convenzionato;
- accesso alla convenzione;
- incompatibilità eventuali;
- limitazioni del rapporto convenzionale;

- differenziale del trattamento economico, strumenti di incentivazione e forme di controllo;
- modalità per assicurare l'aggiornamento;
- modalità per assicurare la continuità assistenziale;
- forme di collaborazione tra medici e lavoro di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie;
- partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria (4).

Il primo contratto unico del 1978 legava i medici e tutti gli enti con l'intermediazione delle Regioni da poco nate gettando le basi della medicina generale nel Servizio Sanitario Nazionale. La vera novità consisteva nell'unificazione di tutte le regole. Ne consegue che il ricettario divenne unico ma anche l'albo dei medici, il regime di incompatibilità, il massimale fissato a 1500 scelte, il meccanismo di accesso. Tutti elementi che fino a quel momento differivano in base alla mutua presso cui si prestava servizio.

Con il successivo ACN del 1987 si fece un passaggio fondamentale nel riconoscimento del MMG come parte attiva, qualificante ed integrate del SSN. Per la prima volta vennero descritti in modo dettagliato i compiti affidati al medico di medicina generale, che non furono più circoscritti alla medicina preventiva individuale, cure ed educazione sanitaria, ma vi rientrarono a pieno titolo quelli di ricerca e di didattica. La novità più rilevante fu l'istituzione dell'assistenza domiciliare che permise di affrontare problemi sanitari complessi come i terminali, cronici, recentemente dimessi. Era la risposta più importante alla sfida delle cure primarie nel SSN e quindi al processo di deospedalizzazione invocata sul versante del controllo dei costi e dell'umanizzazione delle cure. Riguardava e riguarda tuttora i problemi sanitari di anziani, invalidi, ammalati cronici o terminali. Definita in 3 forme di intervento:

- a) assistenza domiciliare nei confronti di pazienti non ambulabili;
- b) assistenza domiciliare integrata;
- c) assistenza nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette.

## 5- Successive riforme e ACN, il complesso quadro delle MG attualmente in Italia

Una successiva terza riforma venne promulgata dal governo di centro sinistra nel 1999, era la riforma Bindi N. 229/1999. Cercando di ribaltare la direzione culturale verso cui si era andati con la riforma del 1992, specie per quanto riguarda la parte del mercato libero. C'era infatti la volontà di limitare la decentralizzazione del SSN e del ricorso a fornitori privati dei servizi sanitari (7). L'entità e la forza della riforma fu però limitata dato che col tempo si accentuò la regionalizzazione del SSN e l'eterogeneità dei modi in cui le regioni decidevano di finanziare il SS Regionale, come per quanto riguarda la Lombardia, basata quasi completamente in un sistema molto libero e di mercato o invece la Toscana, molto legata alle decisioni prese a livello regionale con una predilezione per fornitori di servizi sanitari pubblici e solamente una piccola percentuale dei finanziamenti (non superiore al 20%) lasciata alla competizione pubblico privato (3).

Nel 2000 la riforma costituzionale che introduceva il federalismo fiscale e la redistribuzione delle competenze legislative andava ad intaccare ovviamente anche il finanziamento del SSN e la possibilità da parte delle singole regioni di legiferare per quanto riguarda temi di salute, le quali diventavano ancora più autonome e ricevevano ulteriori poteri e responsabilità in materia di salute dallo Stato centrale. (8)

Da questo momento il Diritto alla Salute rimaneva responsabilità dello Stato centrale ma l'organizzazione e le modalità di accesso al SSN venivano gestite esclusivamente a livello regionale. Questa parte della riforma è stata molto controversa e col tempo ha portato ad una forte frammentazione del SSN che si è ripercossa anche nella medicina generale. Vedremo infatti come le sfide al cambiamento della epidemiologia della popolazione e al necessario contenimento dei costi siano state affrontate in modo molto diverso in base alla regione in cui i medici si trovavano a lavorare, diversità non sempre riconducibile alle diverse esigenze dei pur molto differenti territori italiani.



Dopo la riforma del 2001 contratti fra stato e regioni, come il Patto per la salute, siglato con scadenza triennale nell'ambito della conferenza stato regioni, sono diventati i maggiori strumenti per garantire il diritto alla salute in Italia e per il controllo dei servizi al cittadino. (3)

Per quanto riguarda la medicina generale l'ACN del 1990 porta come maggiore cambiamento l'incentivo e la promozione all'assunzione di collaboratori di studio per i quali negli Accordi Integrativi Regionali (AIR) le regioni sono obbligate a portare ad una maggiorazione annua del compenso del MMG che decida di assumere tali collaboratori, in base al contratto stipulato con gli stessi. Negli anni è costantemente cresciuta la percentuale di medici che usa un collaboratore di studio, 5% nel 1996, 25% nel 2000 e 40% nel 2005.

L'ACN del 1996 fu il primo stipulato con la suddetta conferenza stato regioni, un organismo istituzionale nato dopo la riforma federalista del 2001 per mettere periodicamente in contatto i governatori delle varie Regioni con esponenti del governo, i quali variano in base ai temi trattati.

In questo accordo venivano apportate alcune innovazioni alla professione quali:

- apertura a possibilità di accordi regionali molto liberi orientati a sviluppi di progetti di assistenza o ricerca.
- introduzione dei principi di appropriatezza e di razionalizzazione in previsione dei tetti di spesa.

Negli anni di applicazione questa Convenzione permise sperimentazioni che si tradussero in un significativo progresso della MG, vennero proposte esperienze cooperative, associazionismo semplice e in rete che andarono ad affiancarsi al precedente modello di medicina di gruppo.

Con l'ACN del 2000 aumentò il potere delle Regioni, si legarono innovazioni e sperimentazioni con attività didattica e di ricerca e con ipotesi assistenziali concrete ed efficaci. Lasciando molto spazio alle forme innovative di associazione tra i medici e al loro possibile legame con mansioni assai più

ampie, in particolare con l'uso di strumenti informatici, utilizzazione di personale infermieristico e di segreteria per il quale si potevano richiedere finanziamenti specifici.

Dal 2000 infatti oltre al collaboratore di studio anche la presenza dell'infermiere venne riconosciuta come valore aggiunto al lavoro del MMG e quindi promossa ed incentivata con un compenso aggiuntivo.

Vennero inoltre recepite e formalizzate le sperimentazioni e le iniziative già realizzate ai tempi del precedente accordo a livello regionale: medicina in associazione semplice (contingentata al 40%), quella in rete (al 7%), quella di gruppo (al 6%).

Con l'ultimo accordo valido dal 2005 vennero rivisti e rafforzati l'assistenza domiciliare, gli accordi integrativi regionali, modificati il massimale di scelta e il rapporto ottimale, i tetti di spesa, le modalità di assunzione di collaboratori ed infermieri, prestazioni di particolare impegno professionale retribuite, spinta ulteriore verso l'informatizzazione, riviste le forme di associazionismo (medicina in associazione, medicina di rete, medicina di gruppo) (1).

Tabella1: Data ACN con relative evoluzioni in materia

	1978	1981	1984	1987	1990	1996	2000	2005
Assistenza Domiciliare Integrata				■	■	■	■	■
Assistenza Domiciliare Programmata				■	■	■	■	■
Assistenza Residenziale								
PPIP				■	■	■	■	■
Medicina di Gruppo	■	■	■	■	■	■	■	■
Medicina in associazione semplice							■	■
Medicina di rete							■	■
Tetti di spesa						■		
Collaboratore studio					■	■	■	■
Infermiere								
Informatizzazione			■	■	■	■	■	■
Massimale e relativa variazioni	■	■	■	■	■	■	■	■
Rapporto ottimale e relative variazioni	■	■	■	■	■	■	■	■
Accordi integrativi regionali						■	■	■

Tabella 2: Caratteristiche specifiche della medicina di associazione

Modelli organizzativi	Caratteristiche
Medicina in associazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-i medici aderenti mantengono l'attività presso i loro studi;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-disponibilità a sostituirsi per le assenze temporanee;</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale e condivisione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie a più alta prevalenza.</li> </ul>

Tabella 3: Caratteristiche specifiche della medicina di rete

Modelli organizzativi	Caratteristiche
Medicina di rete	<ul style="list-style-type: none"> <li>-gli studi sono distribuiti sul territorio del Distretto e non sono vincolati a sede unica;</li> <li>-associati da un minimo di 3 a un massimo di 10;</li> <li>-chiusura pomeridiana (di almeno uno studio) non prima delle 19:00;</li> <li>-collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tale da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;</li> <li>-gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;</li> <li>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tale prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittiva interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione;</li> <li>-gestione informatica comune della scheda sanitaria (in connessione telematica);</li> <li>-momenti di incontro per confronto professionale</li> </ul>

Tabella 4: Caratteristiche specifiche della medicina di gruppo

Modelli organizzativi	Caratteristiche
Medicina di gruppo	<p>-sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;</p> <p>-presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;</p> <p>-numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8;</p> <p>-utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;</p> <p>-gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;</p> <p>-utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione della Asl e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittive interne alla associazione e per la promozione dei comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;</p> <p>-utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno.</p>

Nel 2012 un'ultima riforma prese piede, quella del cosiddetto Decreto Balduzzi. Vennero rivisti i LEA per la prima volta dal 2001. Per quanto riguarda la MG venne decretato che l'assistenza primaria dovesse essere riorganizzata in team di professionisti con il compito di coprire la popolazione per 24h al giorno 7 giorni su 7 (AFT). Il decreto non è però ancora legge dovuto a instabilità politica successiva alla scrittura del suddetto (3).

- Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate all'integrazione socio-sanitaria

Segue in questo capitolo una descrizione delle forme di associazioni complesse per rispondere ai bisogni di assistenza primaria al di là del mero approccio clinico alla diagnosi e cura delle malattie. La diversità delle risposte che è stata data in base alle regioni rispecchia la diversità degli ambienti nei quali si opera e quindi deve essere vista come una ricchezza anche se in evitabilmente ha portato ad accentuare quella che è l'attuale frammentazione del SSN.

La tendenza di privilegiare forme complesse di associazionismo medico trova conferma negli Accordi Integrativi Regionali (AIR) e principalmente in quelli delle regioni del centro-nord (in particolare Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Lazio).

-L'equipe

Introdotta con l'ACN del 2000 per affiancare le forme già esistenti di associazionismo semplice in gruppo e in rete, rivista e riformulata poi nell'ACN del 2005. Equipe viene intesa come struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale che mette insieme MMG, PLS, Medici di continuità assistenziale, e operatori, con opzione per specialisti, e unità di supporto.

Secondo il suddetto accordo l'Equipe rappresenta lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e il momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei LEA, realizzazione di specifici programmi e progetti assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale.

Ambiti di attività dell'Equipe:

- prevenzione e cura delle dipendenze;
- tutela della salute della donna e della famiglia;
- tutela di disabili ed anziani;
- gestione delle patologie in fase terminale, HIV;
- tutela della salute mentale;
- gestione di casi gravi di inabilità o disabilità dovuti a patologie cronico degenerative;

La finalità principale di tale articolazione organizzativa è rappresentata dalla volontà di garantire l'estensione temporale della continuità assistenziale su sette giorni, consentendo la gestione diretta del medico di medicina generale sul complesso delle attività socio-assistenziali. L'intervento coordinato e integrato della equipe territoriale assume dunque un particolare rilievo nelle attività ad alta integrazione socio-sanitaria. (1)

Le Unità di Cure Primarie (UCP)

Presenti in Lazio e Toscana, costituiscono un modello organizzativo finalizzato ad assicurare l'intersectorialità e l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità.



Si caratterizzano per la forte integrazione intersettoriale sia nei confronti delle politiche sociali che degli interventi di competenza non sanitaria e sono volte a riorganizzare l'offerta dei servizi.

La sperimentazione delle UCP nasce con i seguenti obiettivi specifici:

- estensione dell'assistenza di primo livello, fino a coprire 24 ore su 24 e 7 giorni su 7;
  - organizzazione di riposte sanitarie complesse, promuovendo una collaborazione stretta di diverse figure professionali;
  - utilizzo di linee guida condivise;
  - formulazione di nuovi percorsi diagnostici terapeutici adatti all'assistenza primaria;
  - attivazione di ambulatori destinati a patologie specifiche;
  - risposta medico-infermieristica e specialistica estesa nell'arco delle 24 ore anche per l'assistenza domiciliare integrata, nelle RSA, negli Hospice o per interventi personalizzati a favore dei pazienti portatori di patologie croniche.
- (1)

-Dipartimenti di Cure Primarie (DCP)

Previsti in Emilia Romagna e Campania, istituzione a livello infradistrettuale di uno specifico dipartimento (DCP) per l'integrazione della medicina generale e i servizi sociali.

Al DCP competono le responsabilità cliniche e di produzione dei servizi sanitari assicurando:

- l'assistenza dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta;
- l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- l'assistenza domiciliare;
- l'assistenza consultoriale;
- l'assistenza agli stranieri presenti nel territorio regionale;
- l'assistenza all'estero;

- l'assistenza agli ammalati di AIDS;
- l'assistenza socio sanitaria in strutture residenziali e a domicilio;
- l'assistenza farmaceutica.

È una struttura organizzativa complessa composta da Nuclei di Cure Primarie (NCP), unità di MG e assistenza specialistica ambulatoriale territoriale, consultori familiari, pediatri, struttura amministrativa composta da uno sportello unico distrettuale per facilitare l'accesso ai servizi.

Gli NCP rappresentano la rete clinica del DCP, sono moduli organizzativi composti da medici di medicina generale e pediatri, che erogano prestazioni in un'area territoriale omogenea, con una popolazione di 10-30 mila abitanti. Assicurano l'erogazione di prestazione di assistenza primaria, continuità assistenziale e realizzazione di programmi sanitari locali. Afferiscono al Nucleo anche altri operatori professionali: infermiere professionale, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapia della riabilitazione in base alle necessità del territorio coperto.

L'obiettivo degli NCP è di integrare i professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti, curabili a domicilio. (1)

#### -Gruppi di Cure Primarie (GCP)

Nati in Lombardia e Piemonte, intesi come unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche di primo livello.

I medici che li costituiscono sono MMG con ambito di scelta nel territorio dove ha sede il gruppo, gli infermieri e il personale amministrativo possono essere dipendenti dell'ASL e assegnati al GCP.

I GCP definiscono autonomamente la propria organizzazione interna al fine di garantire la gestione delle attività. La gestione del gruppo richiede una figura di coordinamento che mantenga i contatti con la direzione della ASL e con gli altri livelli istituzionali.

Esiste una sede di riferimento in cui viene garantita l'attività di front office, assistenza infermieristica e di coordinamento/gestione delle attività: gli ambulatori dei singoli medici possono anche non essere all'interno di suddetta sede.

Attività dei GCP:

- cure domiciliari;
- distribuzione diretta farmaci;
- ambulatorio infermieristico;
- governo di alcune patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, BPCO, etc.);
- Altre attività come prenotazione di visite, ricoveri, sportello dell'anziano etc.

I GCP si collocano nell'ambito del distretto e rappresentano il punto di accesso della rete integrata di assistenza socio-sanitaria, rapportandosi con il distretto, l'ospedale e gli altri punti della rete, diventando il punto di riferimento dell'assistenza territoriale.

-La Casa della Salute

La Casa della Salute è un modello innovativo, programma sperimentale del Ministero della salute. Il progetto nasce dalla necessità di dover riformulare in termini organizzativi il sistema dell'Assistenza Primaria per far fronte al problema della frammentarietà del SSN.

L'obiettivo è quindi quello di fornire l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie. Rappresenta un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del cittadino.

Deve essere una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare l'insieme dell'Assistenza Primaria e di garantire a continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell'ambito delle aree del Distretto per un bacino corrispondente a circa 5-10.000 abitanti.

L'approccio alla domanda di salute è multidisciplinare e il personale che vi opera è quello del Distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dei servizi sociali), e dei medici convenzionati.

Ancora non presente negli ACN, risultano però case già attivate in via sperimentale in Piemonte, Toscana, Marche e Umbria.

#### -Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

Forme aggregative sperimentali per l'erogazione delle prestazioni complesse previste per la prima volta dall'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004. Le UTAP vengono quindi definite come *“presidi integrati per le cure primarie, formati dall'associazione di più medici convenzionati (MMG, medici di continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra medicina di base e la specialistica e consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica”*; viene inoltre sottolineato come il processo di integrazione tra i vari attori possa avvenire gradualmente fino a *“modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli enti locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria”*.(9)

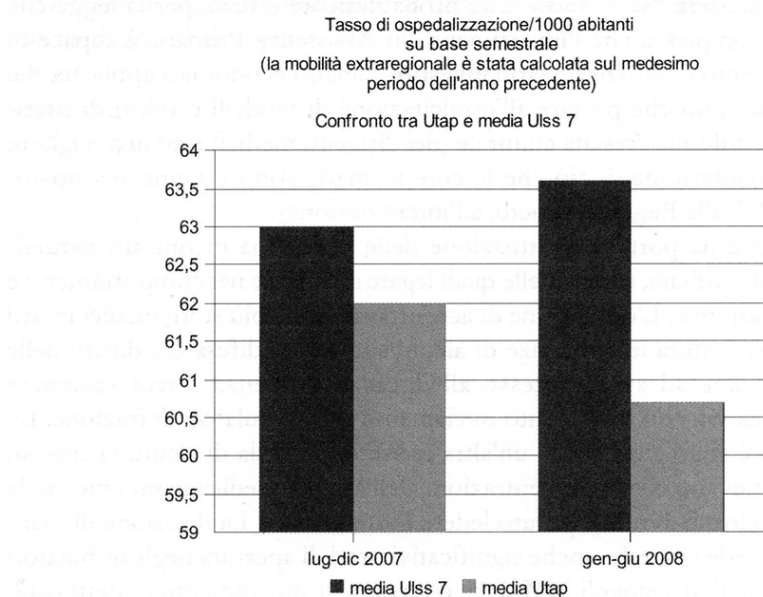
Le UTAP sono dunque riconducibili alle forme evolute di associazionismo dei medici convenzionati e vengono introdotte nell'ACN del 2005 quali strutture territoriale ad alta integrazione multiprofessionale mirando al potenziamento della gestione integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Esperienze significative si registrano nelle regioni Toscana, Abruzzo, Campania, Liguria ed Emilia Romagna.

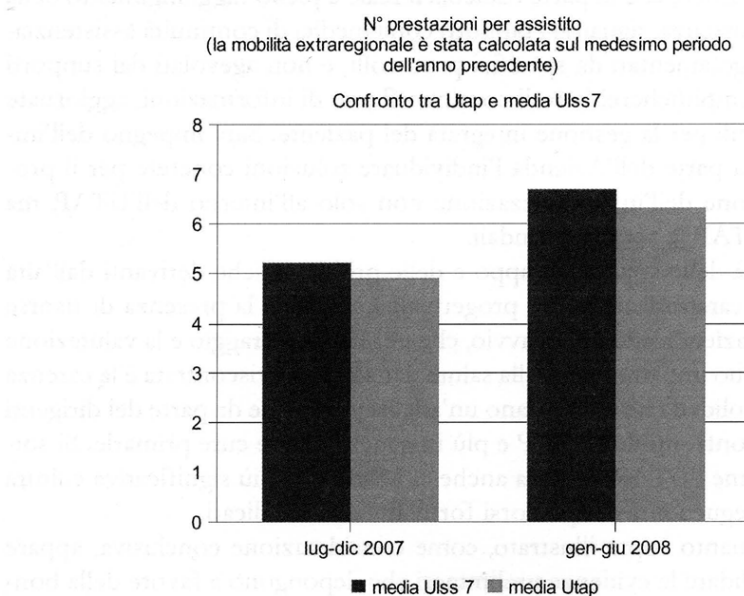
I vari modelli realizzati risultano essere a volte profondamente differenti tra loro: si passa da modelli in cui sono soggetti autonomi, con funzione di gestione, produzione ed erogazione di attività e prestazioni proprie del distretto, a modelli che svolgono funzione di integrazione e completamento della rete offerta dal SSN. (1)

Di seguito due grafici rappresentanti l'impatto di una UTAP nel territorio dell'ulss 7

**Grafico I - Tasso di ospedalizzazione/1000 abitanti su base semestrale (lug-dic 2007 e gen-giu 2008)**



**Grafico II - Numero di prestazioni specialistiche per abitante (lug-dic 2007 e gen-giu 2008)**



## -Ospedale di Comunità

Negli ultimi anni si è fatto fronte alla crescita costante della spesa sanitaria con una riduzione dell'offerta di posti letto da 300.000 nel 1995 a 200.000 nel 2006. Tali posti permangono comunque eccessivi paragonati alla media OCSE e vi sono circa 200 piccoli ospedali obsoleti non efficienti che, stando ai nuovi canoni, internazionali andrebbero chiusi. Si è inoltre proceduto ad un aumento dell'assistenza extra ospedaliera con un incremento del 28% delle strutture territoriali, passaggio dal 38 al 50% del privato accreditato con strutture semiresidenziali e residenziali cresciute nell'ordine del 150%.

Questo ha portato a riorganizzare l'offerta sanitaria in 3 modalità:

- l'ospedale come luogo di cure e l'assistenza in fase acuta, per periodi brevi;
- strutture di degenza in ospedale e nel territorio come presidi per la risposta alla fase post-acuta;
- servizi residenziali, domiciliari e ambulatoriali del territorio deputati alla risposta più ai bisogni sanitari e socio-sanitari dell'ultima fase della post acuzie e alla cronicità, con spostamento dell'asse assistenziale verso la domiciliarità.

Vi è stata una richiesta quindi proveniente dal basso, dalle comunità locali per fornire ai cittadini quella cosiddetta "sicurezza percepita", ossia la possibilità di un punto facile di accesso ai servizi ed alle cure che li tranquillizzassero almeno per quanto riguarda il ricovero, definiti Ospedali di Comunità (OdC).

Tabella 5: differenza tra Ospedale tradizionale e Ospedale di Comunità

Ospedale tradizionale	Ospedale di Comunità
Degenza - improntato sulla malattia	Residenzialità – improntato sulla persona
Alto costo (media 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media 150 euro posto letto/die)
Patologia acuta ad alta intensità diagnostica	Medicina olistica, più attenzione all'assistenza
Criterio dell'intensività delle cure e delle procedure diagnostiche	Fase riacutizzata della patologia cronica e postacuziale (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimissioni protette
Introduzione DRG per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensività delle cure e percorsi clinico assistenziali
Accesso libero a tutti	Accesso riservato agli assistiti dei MMG

L'OdC di Modigliana è il primo presente in Italia mentre tali strutture erano già presenti dagli anni '20-'40 Gran Bretagna, Paesi Del Nord Europa, Catalogna e Québec Francofono.

Risultato della chiusura e riconversione dell'ospedale "Poveri di Cristo" tagliato dalla legge Finanziaria del 1992 che prevedeva la chiusura degli ospedali con meno di 120 posti letto. Nella regione Emilia Romagna si chiudevano 55 presidi su 90, prevalentemente riconvertendoli.

L'OdC di Modigliana rappresentò la prima esperienza nazionale di équipe territoriale ed associazionismo medico complesso basata sull'integrazione multiprofessionale: nacque per ridurre le tensioni sociali in comunità fortemente preoccupare per la chiusura o riconversione dei piccoli ospedali.

Il 22/01/1996 nasceva il presidio con 8 posti letto protetti nel quale entravano pazienti in dimissione da stabilizzare prima della domiciliazione e pazienti che avrebbero dovuto fare le terapie domiciliari in ambiente protetto.

Vi lavoravano i MMG assistendo i propri pazienti in ambiente protetto, vennero infatti considerati i più vicini conoscitori delle esigenze socio-sanitarie della popolazione.

L'impegno assunto dai MMG consisteva nella responsabilità clinica dell'accoglienza ed assistenza del paziente nella struttura, con cadenze programmate e turni di pronta disponibilità: tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì, turni di due ore due volte la settimana, un'ora di meeting il venerdì fra i MMG, il dirigente di distretto, la caposala.

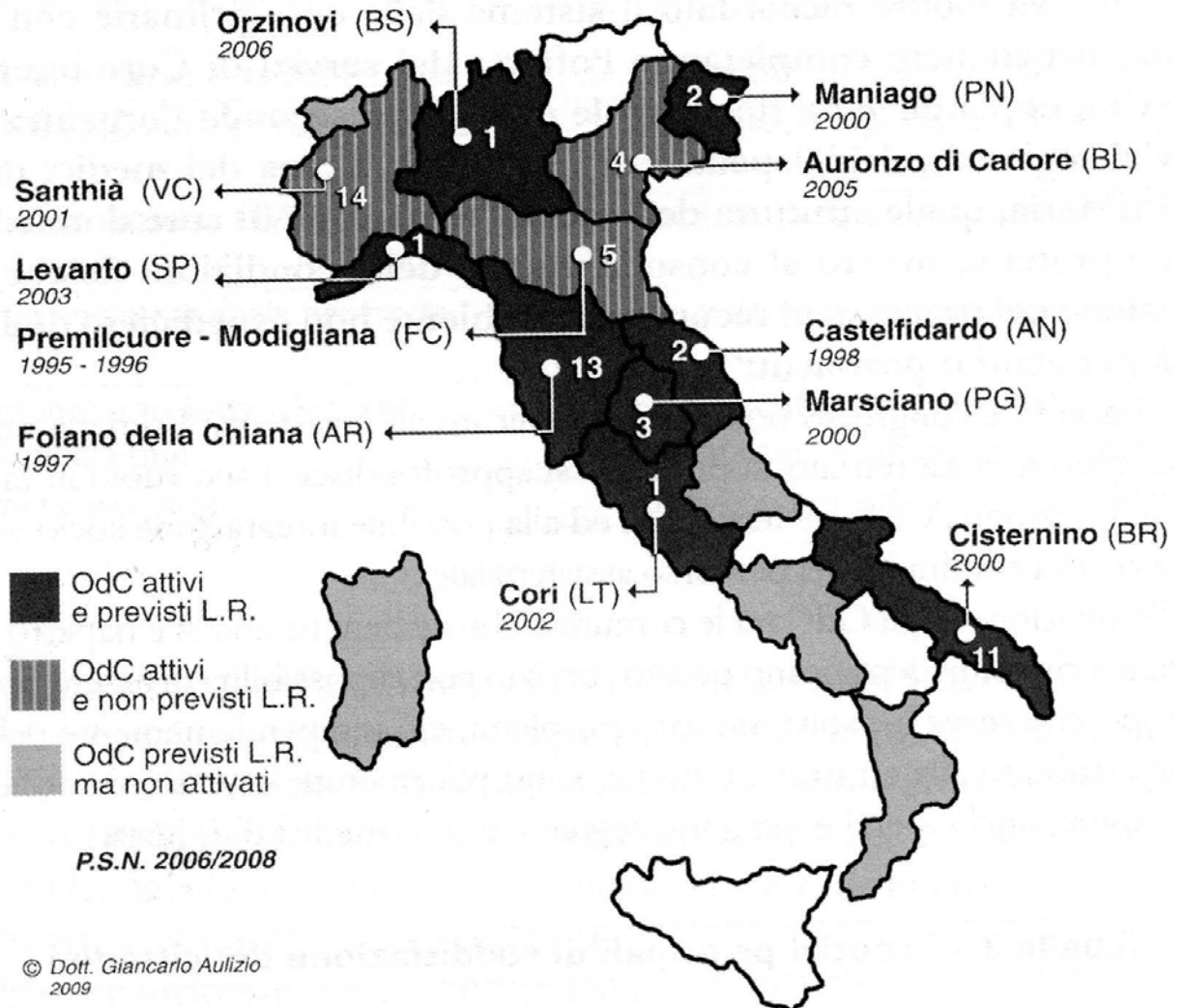
Dal 1996 al 2001 nella zona dell'OdC si evidenziò una riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10%.

L'OdC rappresenta un modo intelligente di riconvertire un piccolo ospedale e consente degenze brevi, in letti protetti o di sollievo, per dimissioni precoci dagli ospedali tradizionali. È un anello di congiunzione, un ponte tra il territorio e l'ospedale tradizionale. Dalla sua fondazione ogni analisi fatta dell'OdC di Modigliana lo elogia come "modello da imitare".

Da quell'esempio pionieristico il modello è stato copiato 57 volte in 11 regioni italiane. Rimane il fatto che gli OdC non possono essere copiati in tutto il territorio senza un'idea di adattamento a quello che è il contesto reale, beneficranno infatti maggiormente di tali strutture realtà periferiche, un tempo servite da piccoli ospedali diventati obsoleti e non più sostenibili. Avranno sicuramente indicativamente meno bisogno di tali strutture realtà urbane e cittadine, dove la vicinanza dei residenti ai grandi nosocomi rende l'utilizzo degli stessi sicuramente più efficace e meno dispendioso da parte del paziente, dei familiari e della comunità in termini di costi.



## Mappa degli Ospedali di Comunità attivi



Per quanto riguarda la risposta dei cittadini è stata molto positiva dato che per le comunità che ne beneficiano si è riaperto l'ospedale, perché i cittadini identificano questo servizio con la possibilità di essere ricoverati per il tempo che serve a risolvere i loro problemi, ciò indipendentemente dal nome che

viene attribuito alla struttura, e non si sono più ripetute le tensioni sociali che li avevano ispirati anche perché vengono seguiti dai loro medici di fiducia.

Motivi principali di soddisfazione dei cittadini:

- a) con l'OdC, l'ospedale è aperto o non si è mai chiuso: in quanto i cittadini considerano il servizio ospedaliero come un luogo cui si ricorre al bisogno, con un ricovero residenziale sufficiente a risolvere i problemi;
- b) la fiducia del curante: i pazienti conoscono bene i medici che li ricoverano, precedendoli con una cartella anamnestica informatizzata, li seguono durante la degenza e li dimettono;
- c) la presenza di familiari ed amici: essi possono assistere molto più facilmente i ricoverati di quanto non sia possibile nelle strutture ospedaliere tradizionali, per sostanze ed orari di visita;
- d) struttura confortevole: l'ambiente presenta in genere condizioni alberghiere medio alte e prevede spazi per la socializzazione e per i servizi alla persona;
- e) evita processi di "spersonalizzazione": i ricoverati sono assistiti nella loro comunità e dai loro medici di fiducia. (1)

- Risultati raggiunti, stato attuale della Medicina Generale in Italia e sfide per il futuro

Secondo l'ultimo report dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), un'organizzazione non governativa che promuove politiche per lo sviluppo economico e il benessere nel mondo a cui fanno capo 35 stati con diversi livelli socio economici, lo stato di salute dell'assistenza primaria in Italia è buono, indicatori come ricoveri evitabili, trattamento delle patologie cronico degenerative e prevenzione sono buoni. Esistono però molte sfide future per quanto riguarda l'Italia, comuni a molti paesi sviluppati, come l'invecchiamento generale della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e quindi della percentuale di persone ammalate e la necessità di prevenire le nuove epidemie del millennio come

l'obesità infantile, il tabagismo e l'alcolismo che avranno bisogno di un rafforzamento dell'attenzione primaria concentrandosi sulla qualità delle politiche future.

I dati affermano però che servizi alla comunità, lungodegenze e servizi di prevenzione sono ancora sottosviluppati in Italia. Spendiamo infatti un decimo di quanto spendono Olanda e Germania in queste aree in relazione al nostro PIL.

C'è la necessità di una forte spinta a livello dello stato centrale per rafforzare e rendere routine quanto è stato sperimentato con successo negli ultimi anni: forme di aggregazione complesse, UTAP, Case della Salute, Ospedali di Comunità. Il decreto Balduzzi sembra essere un primo passo nella giusta direzione.

Manca un sistema capillare informatico di raccolta dati che ancora sono organizzati in modo molto frammentario e incompleto, basti pensare che solo il 15% degli MMG usa un sistema di raccolta dati a livello dell'attenzione primaria (peraltro sviluppato dalla FIMMG, con ovvi problemi di parzialità dei dati raccolti).

Si riscontra inoltre una mancanza di un modello di valutazione dell'attenzione primaria e di un sistema di accreditamento dell'offerta dei servizi, come mancano linee guida redatte a livello statale da consultare per quanto riguarda la medicina generale.

Urge inoltre la necessità di rafforzare i programmi di prevenzione, i quali possono essere messi in atto da MG e da Infermieri generalisti che dovrebbero avere esperienza nel territorio.

La disparità di trattamento a livello regionale appare inoltre evidente, urge un forte intervento statale per migliorare la medicina generale in quelle aree dove la sanità è più carente come nelle regioni del sud rispetto a quelle del nord. Ampie disparità si possono riscontrare comunque anche all'interno delle stesse regioni virtuose, in questo senso sarebbe opportuno mettere appunto un sistema di valutazione dei servizi di medicina generale creando degli ulteriori incentivi legati ai risultati raggiunti.

Per quanto riguarda la forza lavoro il dato risulta preoccupante, nel 2011 infatti la percentuale di medici in Italia, pur essendo al di sopra della media OCSE mostrava una forte disparità con una concentrazione molto elevata di medici specialisti a fronte di una percentuale del **23% di medici generalisti**, a fronte di una **percentuale del 30% di media OCSE**, percentuale che, visti i cambiamenti epidemiologici previsti da tutti gli analisti del settore, dovrebbe aumentare. Per quanto riguarda il personale infermieristico abbiamo una media di **6,3 infermieri ogni 1000 abitanti**, a fronte di una media di 8,8 OCSE questo fa sì ovviamente che siano per lo più concentrati in ambienti ospedalieri già carenti, lasciando quasi completamente scoperto il territorio. Nonostante tutto il sistema sanitario Italiano risulta essere più economico della media dei paesi avanzati OCSE con una spesa del 9,5% del PIL contro una media del 9,7%.

Il documento si chiude quindi auspicando una forte azione a livello centrale per rafforzare quanto di buono si è visto negli ultimi anni, però in modo molto frammentato e disomogeneo nel territorio italiano, in modo da poter replicare gli esempi virtuosi di associazionismo e medicina preventiva già sperimentati a livello nazionale. Il tutto accompagnato da un sistema di **valutazione e accreditamento** da sviluppare e da un modo per incentivare le buone pratiche cliniche e l'utilizzo di linee guida accettate a livello nazionale. Il tutto cercando di valutare il futuro bisogno di professionisti nel campo delle cure primarie da formare sia per quanto riguarda MMG, personale infermieristico ma anche aiutanti di tipo amministrativo per snellire e rendere più efficiente e fluida l'offerta di assistenza primaria alla popolazione (10).

A tale carenza si sta cercando di porre rimedio ampliando il numero dei posti per quanto riguarda l'iscrizione alle facoltà di infermieristica, cambiamento di rotta rispetto alle politiche messe in atto fino a fine anni '90 dove si vedeva in modo assurdo la mancanza del numero chiuso per l'accesso a medicina.

In base a quanto ho cercato di spiegare in questo lungo capitolo introduttivo, il sistema di salute territoriale dell'Italia risulta essere molto complesso ed eterogeneo. Tale eterogeneità nelle forme di innovazione delle cure primarie si può spiegare certo con una spinta a livello locale di una ricerca delle forme

più adatte a gestire ed organizzare tali ambiti, in un ambiente caratterizzato da una forte diversità regionale. Possiamo affermare però che l'ambiente delle cure primarie può sembrare confuso, non solo per quanto riguarda la terminologia delle proposte di aggregazione, ma anche e soprattutto per una mancanza di governance a livello centrale e, a volte, per la mancanza di collaborazione dei MMG. Che, a torto o a ragione, non vogliono o non riescono ad entrare in queste nuove forme di associazione.

Infatti assieme ai dati sopracitati dobbiamo sottolineare che, ad oggi, circa il 50% dei MMG non si avvale di un collaboratore di studio e solo circa il 20% dei MMG ha a disposizione personale infermieristico (forse anche per la carenza strutturale di tale personale già sottolineata precedentemente).

## Materiali e metodi

Per quanto riguarda i materiali ed i metodi il lavoro si sviluppa in 2 capitoli principali.

Nel primo capitolo ho analizzato i volumi, i metodi di lavoro e l'aspetto economico del gruppo San Martino.

Nel secondo, assieme al mio collega dott. Marco Zoccolan, abbiamo comparato i dati relativi ai due sistemi.

### PRIMO CAPITOLO:

**Un esempio concreto di un gruppo a Trento, lo studio San Martino**

Una volta tentato di illustrare in modo più esaustivo possibile la complessa realtà attuale della medicina generale in Italia, ho provveduto ad analizzare la realtà specifica che ho frequentato nei miei 3 anni di scuola di specializzazione a Trento. Precisamente il gruppo di medici associati San Martino, che lavora in centro città in via San Martino 11.

Di seguito verrà riportata la struttura e l'organizzazione del gruppo, la mole di lavoro e i dati rispettivi dati economici.

-Breve storia dello studio medico associato

Lo studio medico, strutturato come si presenta attualmente, nasce nel 1984, nell'intento di dare un migliore servizio attraverso l'attività di segreteria.

A partire dal 1986 ha iniziato a lavorare su prenotazione telefonica.

Nel 1996, si è costituita ufficialmente la "Medicina di Gruppo via Abba", uno dei primi casi di medicina di gruppo in Trentino, composta da un gruppo che si è andato ampliando fino ad avere 6 MMG, 2 collaboratori amministrativi e un infermiere professionale. Da ora in poi mi riferirò ad ogni lavoratore con la dicitura "medico1, ..., medico6", collaboratore 1 o 2 e infermiere. Per tutelare la privacy degli appartenenti al gruppo e i loro dati, che in qualche caso risultano essere sensibili.

Nel 2007 lo studio si è trasferito in via San Martino 11, il medico 5 e il medico 6 fanno attività di ambulatorio anche al di fuori della sede dello studio, entrambi a Cognola, dove ha sede il proprio ambulatorio principale, nel quale sono obbligati a rimanere per almeno 3 anni dall'attivazione della convenzione.

Tale obbligo si scosta fortemente, per esempio, con l'organizzazione dell'assistenza infermieristica, la quale risulta essere centralizzata ed organizzata a livello distrettuale. Senza peraltro una carenza dal punto di vista clinico.

## -Organizzazione del gruppo

Gli studi medici sono aperti in tutti i giorni feriali, escluso il sabato, dalle 8:00 alle 19:00.

Per quanto riguarda problemi urgenti, non le emergenze, vi è un medico, di turno, che copre questo tipo di richieste dalle 8:00 alle 19:00.

Per la prenotazione di una visita ambulatoriale è possibile chiamare in segreteria dalle 8:00 alle 12:00 e prenotare una visita. Il paziente definisce in maniera autonoma l'urgenza della sua richiesta e decide se ha bisogno di essere inserito nel primo posto a disposizione con il proprio medico o se la sua richiesta può essere procrastinata per qualche giorno. Il gruppo si impegna a rispondere alle richieste urgenti con un appuntamento nelle 48 ore successive la chiamata.

Per parlare direttamente al proprio medico il paziente può chiamare un numero dedicato tutti i giorni feriali, escluso il sabato, dalle 8:30 alle 10:00.

Dalle 12:00 alle 19:00 è attivo un servizio di segreteria telefonica con il quale è possibile chiedere una visita motivandone il motivo, il medico di turno valuta l'urgenza della richiesta e richiama il paziente interessato.

Per qualsiasi informazione è possibile chiamare il numero dedicato dalle 8:00 alle 12:00, orario nel quale a rispondere è il personale di segreteria, e successivamente dalle 18:00 alle 19:00, orario nel quale si può parlare con l'infermiera professionale o il medico di turno. Anche se questa risposta telefonica diretta non è prevista dagli accordi come obbligo ACN.

Per quanto riguarda la ripetizione delle terapie croniche il paziente ha la possibilità di richiederle mediante messaggio lasciato nell'apposita cassetta predisposta nel cortile degli ambulatori, inoltrarle via fax al numero dedicato o richiederle via e-mail alla casella di posta dedicata. Una volta ricevuta la richiesta per quanto riguarda le terapie croniche la ricetta viene evasa entro due giorni lavorativi. La casella di posta elettronica dedicata può essere utilizzata anche per chiedere informazioni di qualunque tipo ai propri medici, i messaggi verranno filtrati dal personale amministrativo, che gestisce quello che riesce a fare in maniera autonoma (evasione ricette, archiviazione impegnative, stampa delle impegnative), e inoltra poi tutti i messaggi ricevuti



al medico competente che controlla le terapie e decide in maniera autonoma per quanto riguarda l'annoso problema della trascrizione delle impegnative per gli esami specialistici.

La gestione delle caselle di posta elettronica varia poi da medico a medico, il quale decide se entrare in comunicazione diretta con i propri pazienti attraverso questo mezzo, mediante l'utilizzo di una propria casella di posta dedicata, o se far filtrare parte o tutte le richieste dalla collaboratrice amministrativa che gestisce la casella dedicata.

Ogni medico possiede inoltre un numero interno fisso con il quale comunica con ogni postazione.

Nel gruppo si utilizza inoltre skype per le comunicazioni tra operatori e medici, il che consente di mantenere un contatto tra colleghi anche quando il medico non è in studio.

Esiste poi un'agenda per quanto riguarda gli appuntamenti condivisa in tempo reale da tutti che la rende aggiornabile, anche da remoto, in qualsiasi momento.

Per quanto riguarda strumenti informatici esiste un server al quale si collegano tutti i computer del gruppo e dove vengono gestiti l'elenco delle e-mail, delle PPIP, etc. (12).

-Analisi del lavoro prodotto dal gruppo

Per quanto riguarda questa parte dello studio ho raccolto i dati relativi al numero di accessi, suddividendoli per motivo, ho intervistato ogni componente del gruppo chiedendo che mi illustrasse come si suddivide il proprio lavoro e in che modo riesce a gestirlo nell'ambito del gruppo.

Il gruppo gestisce tutte le pratiche relative alla medicina generale in modo integrato, coinvolgendo i vari operatori in ogni fase della presa in carico del paziente. Dalle semplici informazioni o chiarimenti ai pazienti (gestite in larga parte dal personale amministrativo); agli interventi di competenza infermieristica, come prime medicazioni e medicazioni successive, piccoli traumi, immobilizzazioni, sempre sotto la supervisione di un medico che è comunque sempre presente nello studio associato; fino ad arrivare alla pratica clinica alla quale i medici possono dedicarsi, nelle ore prestabilite, in modo quanto più assiduo possibile, cercando di ridurre al minimo la grande mole di lavoro burocratico a cui sono soggetti i medici di medicina generale in Italia. Questo obiettivo viene raggiunto solo grazie al lavoro in sinergia di tutti gli iscritti al gruppo e del personale infermieristico e amministrativo assunto.

Vengono inoltre eseguiti esami come ECG e spirometria, ai quali si dedicano rispettivamente il medico 2 e il medico 4 per quanto riguarda la refertazione. L'infermiere per quanto riguarda l'esecuzione dell'esame.

Il gruppo si occupa anche di informare i propri pazienti sulle attività di prevenzione e somministrare i vaccini necessari.

Per quanto riguarda i medici ho deciso di analizzare gli accessi organizzandoli in due gruppi, uno riguardante medici che utilizzano il programma di gestione pazienti millewin, il quale verrà nominato come gruppo che usa il software 1, e uno che raggruppa i medici che utilizzano il programma medimax, nominato gruppo che usa il software 2. Una volta raccolti i dati li ho discussi col medico interessato in un'intervista. Questa scelta è stata dettata dal fatto che i due programmi hanno una diversa modalità di gestione degli accessi e dei motivi di accesso, presentando problematiche diverse per quanto riguarda la raccolta dati.

Per quanto riguarda il personale amministrativo e infermieristico ho eseguito un'intervista chiedendo loro di illustrare il proprio lavoro.

Mi è stato poi concesso di analizzare l'archivio e-mail e delle prestazioni di particolare impegno professionale del gruppo, ADI/ADP.

L'analisi ha coperto l'arco di tempo di 12 mesi consecutivi, dovuto ad alcuni problemi riscontrati nel corso della raccolta dati questo periodo non coincide per ogni lavoratore, ovviamente l'arco di tempo interessato è comunque 12 mesi. Nei prossimi paragrafi verrà definito il periodo in esame per ogni collaboratore del gruppo.

## Gruppo 1

A questo gruppo afferiscono il medico 2, 4, 5 e 6. Per l'analisi dei dati ho fatto riferimento ai flussi inviati da ogni medico nel periodo tra marzo 2015 e febbraio 2016. Tali dati in alcuni casi sono stati purtroppo modificati da un baco presente nel programma: nella casella di accesso iniziale per consultare una cartella clinica, casella che deve essere "biffata" evidenziando il motivo di tale accesso, non è possibile chiudere la cartella senza lasciare traccia dell'accesso nel programma e ancor peggio nei flussi. Il programma infatti registrerà come eseguita l'operazione evidenziata nel momento della chiusura della finestra, spesso e volentieri il primo motivo di accesso in ordine dall'alto e già evidenziato al momento dell'apertura della stessa, cioè una visita ambulatoriale.

Screen shot della finestramillewin.

Definizione tipo di contatto

Apertura della scheda del paziente  
**ZOCOLAN Marco**

Lunedì 24 Ottobre 2016    Ora 19:23

Motivo

- Visita ambulatoriale**
- visita Domiciliare
- Telefonata
- Richiesta indiretta (tramite familiare, segretaria, inbox)
- consultazione Schede
- contatto per Altri motivi

Inserisci visita Domiciliare pregressa    Data: 24/10/2016    Ora: 00:00

In questo momento sto

- Visitando in ambulatorio**
- Visitando a domicilio
- Ricevendo telefonate dai pazienti
- Consultando le schede
- Facendo altro

Conferma    Annulla

## Medico2:

Tale medico al 20/10/2016 gestisce 1640 pazienti, è uno dei fondatori del gruppo, facendovi parte dal 1986, lavora in media 11 ore al giorno per 5 giorni la settimana. E' reperibile telefonicamente al numero dedicato dalle

7:00 am alle 7:00 pm. Dalle 8:30 alle 10:00 risponde al telefono in ambulatorio allo stesso numero. Durante il resto della giornata spegne il telefono dalle 13:00 alle 14:30.

Di media ha 4,5 ore di ambulatorio al giorno, sempre di mattina. Il pomeriggio lo dedica alle visite domiciliari alle quali dedica 3-4 ore tutti i giorni lavorativi, sommando le normali visite domiciliari a quelle gestite in regime di ADI/ADP. Tale dato diminuisce d'estate ed aumenta d'inverno per le ovvie problematiche relative ai mali stagionali come le epidemie influenzali.

Gestisce una media di 20 e-mail al giorno lavorativo che arrivano alla propria casella di posta elettronica dedicata. In minima parte utilizza anche la posta aziendale per la gestione di alcune e-mail con alcuni pazienti per dei problemi marginali nell'uso del proprio account di posta che entra in crash quando comunica con gli account dei suddetti pazienti. A questa parte del proprio lavoro dedica la sera, fino alle 19:00 circa, impiegando in media dalle 2 alle 3 ore ogni giorno. Il numero totale esatto di e-mail gestite in un anno non è stato possibile calcolarlo dato che il medico usa il proprio account di posta elettronica per lavoro. Sono riuscito a contare però le e-mail inoltrate dall'account dedicato del gruppo (info@pikaia.it), tali e-mail risultano essere il 20%-25% del totale che deve gestire per i propri pazienti.

Il conto delle e-mail presente in tabella sarà quindi una stima fatta in base alle dichiarazioni del medico e al numero di messaggi inoltrati dal personale di segreteria. Il medico utilizza tale strumento come alternativa al telefono, riceve infatti richieste di rinnovo delle terapie croniche e richieste di consigli di carattere clinico di carattere non urgente, gestisce una media di 7500 e-mail all'anno.

Per quanto riguarda i dati abbiamo un numero elevato di accessi registrati come accessi indiretti perché tale medico afferma che molte volte, anche se esiste la dicitura telefonata sulla schermata iniziale del millewin, si trova a segnare la motivazione accesso indiretto. Il numero di ricettazione è inoltre elevato, questo perché il medico 2 preferisce ripetere in modo autonomo le terapie richieste tramite e-mail attraverso la casella di posta dedicata del gruppo. Questo perché dice che, per come è strutturato il programma

millewin, non c'è vantaggio sostanziale in termini di tempo nel far evadere prima le ricette al personale di segreteria.

L'alto numero di PPIP che esegue è dovuto in larga parte alla refertazione degli ECG, di cui si occupa per tutto il gruppo.

Medico 4:

Tale medico al 20/10/2016 gestisce 1569 pazienti lavorando una media di 50 ore effettive settimanali, è entrato nel gruppo nel 2006.

Per quanto riguarda la risposta telefonica dalle 8:30 alle 10:00 è direttamente reperibile al telefono e poi si avvale del sistema ideato dal gruppo per rispondere alle richieste dei pazienti che arrivano dopo le ore 10, non risulta quindi reperibile direttamente telefonicamente al di fuori delle ore che abbiamo già detto.

Per quanto riguarda il resto delle ore tutti i giorni ha ambulatorio per una media di 4 ore giornaliere, 4 mattine e un pomeriggio a settimana. Il resto della giornata lo dedica a visite domiciliari, ADI/ADP, che gli occupano una media di 15-20 visite in totale a settimana. Tali visite non sono registrate nei flussi per problemi logistici e di tempo.

30 minuti al giorno, dalle 8:00 alle 8:30, vengono dedicati allo scarico dei dati e al controllo dei referti che arrivano dalla APSS.

Tutte le e-mail che gestisce per i propri pazienti passano dall'account di posta dedicato del gruppo, non ha quindi una relazione diretta con i propri assistiti mediante questo mezzo. Le e-mail vengono utilizzate per la ripetizione delle terapie croniche e per la trascrizione delle impegnative per esami specialistici, una volta valutata in maniera autonoma l'appropriatezza di tale prescrizione. Preferisce gestire in maniera autonoma la prescrizione delle terapie croniche, senza fare eseguire il lavoro al personale di segreteria. Questo perché dice che, per come è strutturato il programma Millewin, non c'è vantaggio sostanziale in termini di tempo nel far evadere prima le ricette al personale di segreteria.

Per riuscire a coprire l'ingente carico di lavoro ha deciso di iniziare una collaborazione con il medico 6, giovane medico da poco entrato nel gruppo,

che lo aiuta per quanto riguarda l'esecuzione di alcune visite ambulatoriali, domiciliari e coperture di turni di reperibilità nel gruppo, generalmente uno a settimana.

Ha deciso di prendere questa decisione anche perché pensa sia corretto che, in una logica di gruppo, entrino dei medici nuovi (auspicabilmente più giovani) con i quali condividere il lavoro e anche nuove e più "fresche" conoscenze in campo clinico, in un rapporto di scambio e crescita reciproca.

## Medico 5

Tale medico al 26/10/2016 gestisce 1389 pazienti. Fa parte del gruppo dal 2008 e gestisce anche un ambulatorio periferico a Cognola.

Lavora in media 50 ore settimanali divise grossolanamente in questo modo: dalle 8:30 alle 10:00 è reperibile direttamente al cellulare, dopo quell'ora tiene acceso il cellulare ma tende a rispondere meno, e riceve comunque meno chiamate. In generale riceve una media di 15 telefonate entro le ore 10:00, poi 3-4 durante il resto della giornata.

Il lunedì mattina lo dedica principalmente alle visite domiciliari, per poi recarsi nell'ambulatorio in via San Martino a visitare fino alle 18:00 circa. Stesso dicasi per quanto riguarda il mercoledì.

Per quanto riguarda il martedì rimane a Cognola fino alle 14:00 a fare ambulatorio, per poi dedicarsi alle visite domiciliari fino alle 18:00.

Il giovedì e il venerdì sono due giornate analoghe, spese fino alle 12:30 a Trento in ambulatorio, poi Cognola fino alle 16:00, successivamente, se riesce, esegue 1-2 domiciliari.

Si avvale di una collaborazione col medico 6 per quanto riguarda l'espletamento di pratiche quali la lettura delle e-mail che arrivano a suo nome nell'account dedicato del gruppo il lunedì e il mercoledì; la reperibilità del lunedì; due giorni al mese di eventuali sostituzioni.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle e-mail tende a far passare tutto attraverso l'account dedicato del gruppo. Le utilizza quasi esclusivamente per prescrizione di farmaci o trascrizione di esami, impegnative, visione di esami. Evita di dare consigli via e-mail, secondo tale medico infatti, oltre al rischio di sottovalutare quanto scritto dal paziente, la risposta gli richiederebbe una larga fetta di tempo dedicato, quindi preferisce utilizzare di più telefono o colloqui dal vivo.



## Medico 6

Tale medico al 20/20/2016 gestisce 610 pazienti.

Ha preso la convenzione recentemente a Cognola ed ha deciso poi di entrare nel gruppo San Martino nel 2013, attualmente l'ambulatorio di via San. Martino è un ambulatorio periferico.

Lavora in media 38 ore settimanali divise grossomodo così: dalle 8:30 alle 10:00 è reperibile direttamente al numero dedicato, al di fuori di tale orario tende a non rispondere, se non in casi eccezionali (tentativi reiterati), al telefono, utilizzando la reperibilità organizzata dal gruppo.

Dopo le 10:00 si dedica in media a 3 ore di ambulatorio al giorno e 3-4 ore settimanali di media tra visite domiciliari, ADI e ADP.

Ha una collaborazione col medico 2, 4 e 5 comprendo un giorno di reperibilità a tutti. Al medico 5 inoltre garantisce 2 giorni di sostituzioni al mese e la lettura delle e-mail per un giorno a settimana. Col medico 4 la collaborazione è più ampia dedicando in media 8 ore di ambulatorio settimanali per gli "esuberanti" dello stesso.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle e-mail queste passano tutte per l'account di posta dedicato del gruppo, vengono gestite dalla segreteria e poi inoltrate al medico. Come gli altri utilizzatori di millewin, ha deciso di evadere le richieste delle terapie croniche che pervengono via e-mail direttamente, affermando che non vi è un effettivo guadagno di tempo nella gestione condivisa col collaboratore 1. Il contenuto delle e-mail riguarda la ripetizione di terapie croniche e trascrizione degli esami dopo valutazione dell'appropriatezza degli stessi. Evita di dare consigli clinici via e-mail ai propri pazienti ritenendo troppo rischiosa la consultazione via e-mail.

## Gruppo 2

In questo gruppo rientrano il medico 1 e il medico 3. In questo caso per effettuare la raccolta dati è bastato eseguire una query sul programma di gestione pazienti. Il programma non ha presentato alcun baco per quanto riguarda la formulazione dei flussi.

### Medico 1:

Tale medico ad oggi gestisce 1510 pazienti, fa parte del gruppo dall'anno della sua formazione (1986) lavorando una media di 40 ore settimanali.

Dalle 8:30 alle 10:00 risponde direttamente al telefono, poi si avvale della reperibilità del gruppo. Deve rispondere in media a 2-3 telefonate al giorno dopo le 10 provenienti da pazienti che riescono a mettersi in contatto con lui o da colleghi o altri operatori sanitari. Ha rispettivamente dal lunedì al mercoledì all'incirca 7,5 ore, il giovedì 6 e il venerdì 4 ore di ambulatorio. Alle quali vanno aggiunte 2 ore a settimana per visite domiciliari, riunioni e UVM.

Per circa un terzo del suo carico orario ha deciso, ormai prossimo al pensionamento, di farsi sostituire da un collega.

Per quanto riguarda la gestione delle e-mail, dall'account dedicato del gruppo riceve richieste di ripetizione farmaci, consigli medici, richieste di impegnative per esami di carattere specialistico. Tutto ciò che non è prettamente di carattere medico viene filtrato e gestito dalla segreteria che riesce ad espletare quanto gli compete ed inoltra al medico quanto di sua competenza. Gestisce la casella e-mail anche per dare consigli e rispondere alle richieste di carattere medico che i suoi pazienti gli porgono, un po' come l'utilizzo della telefonata.

### Medico 3:

Ad oggi tale medico ha 1102 pazienti, è entrato nel gruppo nel 1999, lavora una media di 6 ore di ambulatorio al giorno alla quale vanno aggiunte le visite domiciliari. Di media 1 a settimana durante il periodo estivo e 1 al giorno durante il periodo invernale (si deve contare un'ora per ogni visita domiciliare). Risponde al telefono dalle 8:30 alle 10:00 in ambulatorio,

affermando di gestire mediamente 15 telefonate al giorno. Dopo le 10:00 il cellulare resta acceso ma tende a dire ai suoi pazienti di cercarlo solo in casi eccezionali, riceve comunque in genere 2-3 telefonate al giorno, alle quali deve rispondere.

Per quanto riguarda la raccolta dati tale medico non usa segnare i motivi degli accessi. Afferma infatti che non ha il tempo e la necessità di farlo una volta conclusa la consultazione.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle e-mail le legge in orario di lavoro, la stragrande maggioranza sono e-mail inoltrate dalla segreteria, solo con pochi pazienti gestisce una comunicazione diretta. Possiamo quindi stimare una lettura ed evasione di e-mail per motivi di lavoro di circa 1000 all'anno. Per quanto riguarda le e-mail per la stragrande maggioranza si tratta di ripetizione di terapie croniche, e trascrizione di impegnative prescritte da specialisti, le quali vengono valutate e, se ritenute congrue, richieste. Una minima parte è utilizzata per rispondere a domande dei pazienti.

## Personale infermieristico

Il gruppo ha deciso di avvalersi dell'operato di un infermiere professionale dal 2002.

Lavora per 29 ore settimanali, due mattine e il resto dei pomeriggi lavorativi.

I compiti di tale figura professionale spaziano dalle medicazioni, rimozioni punti di sutura, immobilizzazione, esecuzione ECG (refertate dal medico d), spirometrie (refertate dal medico 4), vaccinazioni; gestione delle piccole emergenze non da pronto soccorso o che in pronto soccorso verrebbero gestite con un codice bianco, sotto la supervisione del medico di guardia, quali piccole ferite, abrasioni, epistassi, eccetera.

Solitamente il paziente che necessita con urgenza di un intervento viene filtrato dall'infermiera, che poi, assieme al medico responsabile del paziente o al medico di turno, valuta l'intervento che necessita tale persona e ne gestisce l'iter terapeutico.

Nel pomeriggio è il solo collaboratore non medico presente, è responsabile quindi di rispondere al telefono, prendere nota dei messaggi lasciati nella segreteria telefonica e di gestire le richieste assieme al medico reperibile del gruppo, come dare indicazioni tipo front office.

Inoltre registra tutte le prestazioni che offre in degli archivi su supporto informatico in segreteria, buona parte di esse rientrano nell'elenco delle PPIP retribuite dall'APSS. Alcune però non vengono retribuite dalla stessa, non è stato possibile stabilire quali lo sono o quali non lo sono.

## Personale amministrativo

Il lavoro amministrativo è gestito da due collaboratori uno che ha maggiormente compiti di front office e risposta telefonica, uno che si occupa della gestione della burocrazia del gruppo, lettura delle e-mail, prendere appuntamenti e dar consigli ai pazienti che si recano negli ambulatori. Quando uno dei due operatori è in ferie o in malattia tutto il lavoro amministrativo e di segreteria viene gestito dall'altro.

C'è stata una difficoltà oggettiva nel quantificare l'operato del personale amministrativo, data la mancanza di un database dove vengano registrati i contatti telefonici del gruppo e l'operato del personale amministrativo. E' stato possibile solamente conteggiare le e-mail che arrivano in un anno all'account dedicato e fare una stima molto approssimativa delle telefonate ricevute in una giornata. Tale approssimazione è stata fatta contando le telefonate ricevute da ogni collaboratore e moltiplicandole per i giorni lavorativi del 2015.

### Collaboratore 1:

Il primo collaboratore ha iniziato a lavorare nel gruppo dal 1986 (anno di fondazione del gruppo), lavora per 6 ore al giorno, di mattina, dalle 8:00 alle 14:00 nei giorni lavorativi.

Le sue mansioni consistono nel prendere gli appuntamenti con i pazienti che desiderano una visita con il proprio medico, in questo caso sono i pazienti a definire l'urgenza dei loro bisogni, se è quindi necessaria una visita in giornata o è possibile procrastinarla di qualche giorno. Di media riceve 10 richieste di appuntamenti giornalieri al giorno per quanto riguarda pazienti che si recano fisicamente a prenotare un appuntamento con il proprio medico.

Inoltre gestisce tutte le e-mail che arrivano all'account dello studio dedicato, eseguendo il lavoro che le compete, come la trascrizione delle terapie croniche, l'inoltro delle e-mail ai diretti interessati (ad esempio quelle che richiedono competenze mediche per un'eventuale risposta, o la ripetizione delle terapie croniche per i medici facenti parte del gruppo 2). Gestisce

inoltre la ricezione dei referti che provengono da cliniche private o da fuori provincia. Provvedendo all'archiviazione degli stessi.

È suo compito l'organizzazione dell'agenda telefonica del gruppo, provvedendo a contattare per conto dei medici pazienti o altri operatori del settore.

Provvede ad organizzare e gestire la richiesta di ripetizione dei farmaci che arrivano tramite richiesta inserita nell'apposita cassetta delle lettere posta al di fuori dello studio medico.

Infine dopo le 10:00 riceve le telefonate che arrivano allo studio dei pazienti che desiderano entrare in contatto con i propri medici e, a seconda della disponibilità e dell'urgenza della chiamata, li mette o meno in comunicazione diretta con gli stessi.

Collaboratore 2:

Il secondo collaboratore ha iniziato a lavorare nel gruppo dal 2004, lavora per 4 ore al giorno, dalle 8:00 alle 12:00. Il suo lavoro principalmente consiste nel rispondere al telefono, fare da front office, accogliere i pazienti ed indirizzarli verso i vari ambulatori.

Fissa inoltre gli appuntamenti richiesti per via telefonica cercando di esaudire il più possibile le richieste del paziente, che definisce in modo autonomo la gravità della propria condizione e se la visita è procrastinabile o meno. Riferisce che negli anni accontentare i pazienti è sempre più difficile.

Gestisce il lavoro burocratico imbustando le ricette cartacee, controllo delle firme, fotocopie, etc.

Se dopo le 10:00 un paziente telefona desideroso di contattare il proprio medico inoltra la chiamata collaboratore 1 che, come già spiegato, tenterà di mettere in contatto tale paziente con il proprio medico.

Mole di lavoro del gruppo:

Di seguito verranno riportati, sottoforma di tabella i dati relativi alla mole di lavoro del gruppo. I dati relativi ai flussi sono stati raccolti per un periodo di 12 mesi da marzo 2015 a febbraio 2016 compresi. Quelli relativi alle e-mail ed alle PPIP sono relativi a tutto il 2015, fatta eccezione per quanto riguarda il medico 1, dato che molte delle sue e-mail erano andate perse dall'archivio, si sono analizzate le e-mail gestite nel 2014.

Tabella 6: Gruppo 1:

\*dato stimato per problema di acquisizione dati, vedi capitolo relativo alle interviste per capire come leggere tale dato

Medico	v.a.	v.d.	tel.	ric.	adi/adp	a.i.	e-mail	PPIP
2	11847*	486	433*	1833	457	2933*	7500*	563
4	5160	42*	3962	1121	420*	2659	2033	295
5	5574	423	1575	341*	286	3273	1481	268
6	1076	8	58	91	41	727	290	23

Legenda:

v.a: visita ambulatoriale

v.d: visita domiciliare

tel: telefonata del paziente

ric: ricetta

adi/adp: Visite eseguite sotto regime di assistenza domiciliare programmata, integrata e integrata cure palliative.

a.i: accessi indiretti

e-mail: e-mail ricevute e processate per lavoro

PPIP: Prestazione di Particolare Impegno Professionale

## Gruppo 2

Tabella 7: accessi diretti

med	n.a	mot1	mot2	mot3	mot4	mot5	mot6	mot7	mot8	n.r.
1	4325	2828	3126	443	77	105	115	11	12	992
3	2303	//	//	//	//	//	//	//	//	2303

Legenda:

med: medico

n.a: numero accessi

mot1: nuovo problema

mot2: controllo

mot3: controllo referti

mot4: richiesta certificazioni

mot5: consigli/info/colloquio

mot6: ricette/impegnative

mot7: dimissioni ospedaliere

mot8: prestazioni dirette

n.r: motivazione non registrata

Tabella 8: accessi indiretti

Med	n.a	mot1	mot2	mot3	mot4	mot5	mot6	mot7	mot8	n.r.	tel
1	2967	614	361	41	114	402	754	25	3	1500	905
3	1085	//	//	//	//	//	//	//	//	1085	846

Legenda:

med: medico

n.a: numero accessi

mot1: nuovo problema

mot2: controllo

mot3: controllo referti

mot4: richiesta certificazioni

mot5: consigli/info/colloquio

mot6: ricette/impegnative

mot7: dimissioni ospedaliere

mot8: prestazioni dirette

n.r: motivazione non registrata

Tabella 9: e-mail e PPIP

Medico	e-mail d.	e-mail p.	PPIP
1	1770	274	298
3	878	//	302

Legenda:

e-mail d: e-mail processate dall'account dedicato del gruppo

e-mail p: e-mail processate dall'account personale del medico

PPIP: prestazione di particolare impegno professionale



Tabella 10: Totale mole di lavoro del gruppo

In questo caso vengono misurati i dati ritenuti più importanti per quantificare la mole di lavoro del gruppo e successivamente paragonarla a quanto viene fatto in Olanda.

	Pazienti	ac.tot.	v.amb.	ricette	e-mail	tel.	PPIP
m.w.	5.208	35.234*	23.657	3.386	11304*	6.028	1.149
m.m.	2.612	10.680	6.628	869*	2.922	1.751	600
tot.	7.820	45.914	30.285	4.255	14.226*	7.779	1.749

Legenda:

m.w: gruppo 1

m.m: gruppo 2

ac.tot: accessi totali

v.amb: visite ambulatoriali

tel: telefonate registrate

PPIP: Prestazione di Particolare Impegno Professionale

## Analisi dei dati economici del gruppo

Per quanto riguarda tale analisi ho dovuto chiedere a ciascun medico di fornirmi i propri dati degli introiti e le spese relative all'anno 2015. Dato che la posizione "fiscale" del gruppo non esiste per quanto riguarda lo stato ma risulta essere la somma delle dichiarazioni di ogni singolo medico.

## Analisi dei ricavi

Di seguito vengono riportati i dati relativi ai ricavi lordi dei MMG italiani.

Tabella10: ricavi per medico e totali lordi

	med1	med2	med3	med4	med5	med6	gruppo
ricavi	115.897,8	127.759,92	74.990	125.057,36	78.000	39.000	560.705,1
spese	34.600	32.680	24.576	41.317,61	31.482	2.615	167.269,6
analitico	81.297,8	95.079,92	50.414	83.739,75	46.519	36.385	393.435,5

Purtroppo non tutti sono riusciti a fornirmi i dati relativi alla composizione dei loro guadagni, quindi non è stato possibile calcolare in modo preciso da dove derivavano gli introiti. E' però possibile fare una stima del guadagno medio di un medico che lavora nel gruppo con 1000 pazienti.

Tale guadagno, al netto delle spese, risulta essere pari a 50.311,4 Euro ogni mille pazienti.

Mentre per quanto riguarda l'APSS possiamo affermare che 1000 pazienti constano annualmente 71.701 euro.

Analizzando poi la composizione della busta paga di un MMG del gruppo (l'unica che mi è pervenuta) si nota come la larga maggioranza degli introiti lordi mensili sono non performance dipendenti ma bensì composti dalla quota capitaria, da bonus che incentivano la formazione di gruppi e l'utilizzo di personale ausiliario come aiutanti di studio e personale infermieristico e infine da bonus legati all'anzianità di servizio. Mentre i compensi dipendenti dalla performance (come PPIP e compensi per ADI/ADP), risultano essere una parte variabile fra il 5 e il 10% degli introiti di un MMG.

## Spese

Per quanto riguarda le spese maggiori che un MMG deve affrontare queste sono elencate nella tabella sottostante.

Tabella 11: analisi delle spese sostenute dal gruppo

	immobile	Collaboratori	infermiere	sostituzioni	altre
Voce	20.986,53	27.920	22.500	49.069,36	46793,16

Analizzando questi dati possiamo affermare che la maggioranza delle spese sostenute dagli MMG italiani riguarda le sostituzioni nei giorni di ferie o di malattia. Nella voce altre spese rientrano tutte quei costi per il materiale di ambulatorio, spese fisse quali assicurazione sanitaria, iscrizione all'albo dei medici, corsi di aggiornamento, abbonamenti a riviste scientifiche, che un MMG è in linea di massima obbligato a sostenere. Per quanto riguarda le spese per l'immobile risultano essere particolarmente basse per il semplice fatto che tale edificio è di proprietà del farmacista di fronte, il quale ha interesse nell'allocare MMG nelle vicinanze della propria farmacia ad un canone più basso di quello di mercato. Come possiamo notare la spesa per il personale non risulta essere molto elevata, aggirandosi attorno al 16,7% delle spese totali per la gestione del gruppo.

## SECONDO CAPITOLO

### Confronto Paesi Bassi Italia

In questo capitolo, scritto a quattro mani con il, dottor Marco Zoccolan, abbiamo fatto uno scorporo dei dati e un semplice confronto statistico fra i due gruppi.

DA: Dokterassistente (vedi tesi dot. Marco Zoccolan per approfondimenti)

Nell'ultimo sottocapitolo vi sono delle mie riflessioni personali sullo studio fatto.

-Confronto tra le due realtà

Di seguito riportiamo schematicamente i dati del gruppo italiano e Olandese a confronto.

Tabella 12: Volume di lavoro

Medico Olandese	Pazienti seguiti	Ore lavorate settimanali	Medico Italiano	Pazienti seguiti	Ore lavorate Settimanali
Arie Sneep	2.129	36	Medico 1	1.510	40
Hans Berg	2.277	36	Medico 2	1.640	55
Frank Gerritsen	2.476	34	Medico 3	1.102	30
HannekeValstar	2.143	32	Medico 4	1.569	50
Miriam Bremer	1.666	24	Medico 5	1.389	50
Debbie de Steur	1.607	24	Medico 6	610	38
Totale	12.318	186		7.820	263
Media paz seguiti	2.053			1303	
Var %	<b>+57,5%</b>	<b>-29.3%</b>		<b>-36.5%</b>	<b>+41.4%</b>

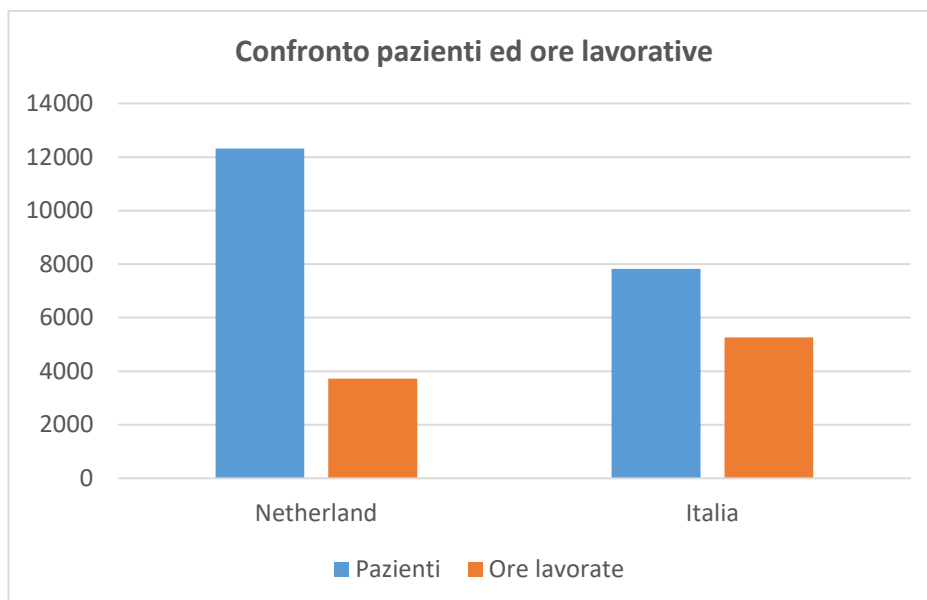
La practice Olandese segue il 57,5% in più di pazienti. Ciò nonostante il monte ore lavorativo settimanale dei medici italiani è il 41,4% più alto. Il medico italiano risulta essere quindi meno efficiente del collega olandese a parità di ore lavorate.

Il GP olandese lavora mediamente 15.1 ore ogni 1000 pazienti assistiti

Il MMG italiano lavora mediamente 33.63 ore ogni 1000 pazienti assistiti

Il MMG italiano lavora **il 122% in più (cioè il 222%)** rispetto al collega olandese a parità di pazienti assistiti.

Di seguito riportiamo il grafico con il confronto relativo tra Ore lavorate e numero di pazienti seguiti.



Anche la composizione del lavoro giornaliero del medico è sostanzialmente diversa fra i due paesi.

Tabella 12: numero di contatti in funzione del motivo.

Prestazione	Quantità 2015 Olanda	Quantità 2015 Italia	Per 1000 pazienti Olanda	Per 1000 pazienti Italia	Var % Ita/Net per 1000
Consulto ambulatoriale	21.212	30.285	1,72	3,87	<b>+124,9%</b>
Visita domiciliare	1.538	2.518	0,125	0,322	<b>+157,9%</b>
Consulti telefonici	16.801*				
Del medico	5.054*	8.779	0.41	1.12	<b>+173,6%</b>
Della DA	11.747*				
E-Mail	17.230	14.226	1398	1819	<b>+30%</b>
Del medico	4.572	ND			
Della DA	12.658***	ND			
Accesso Indiretto	-	12.644			
Ricettazione	-	4.255**			
Totale consulti	39.551				

\* Questi numeri sono sottostimati, in quanto vengono registrate solo le telefonate che danno diritto ad un compenso, cioè quelle che esitano nel fornire un consulto medico via telefono al paziente

\*\* Sottostimato, perché molte delle richieste per farmaci non vengono registrate

\*\*\*Dati stimati

Negli accessi indiretti vengono conteggiati tutti gli accessi fatti da una terza persona per conto dell'assistito, generalmente in assenza di un nuovo problema clinico, come le ricettazioni, le impegnative e i certificati.

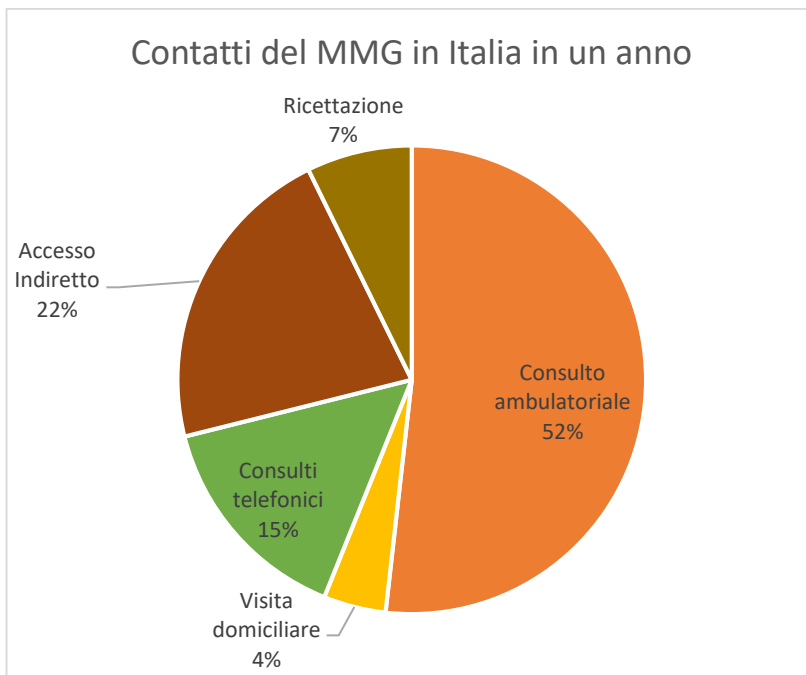
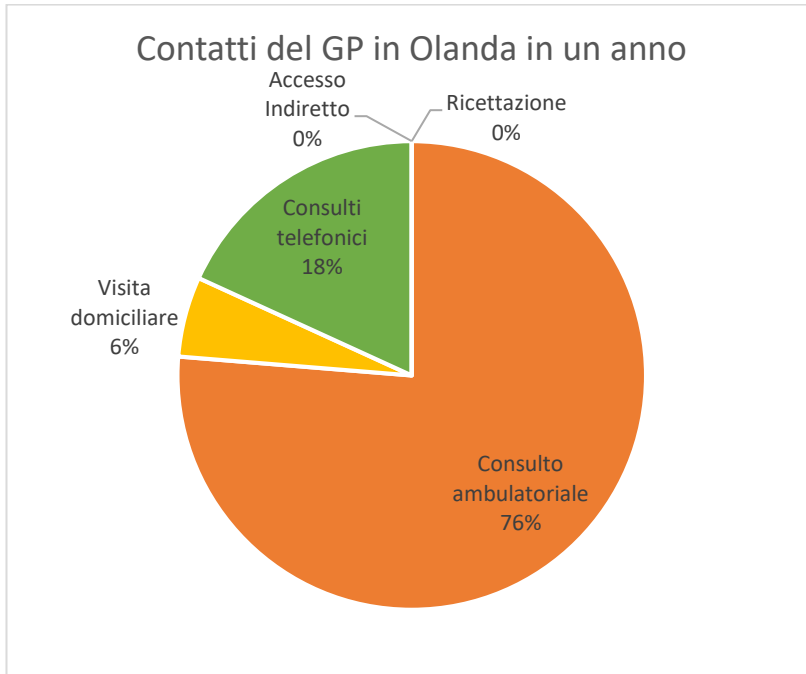
Il numero di contatti per i MMG italiani, a parità di pazienti assistiti, è notevolmente superiore. Questo può essere spiegato solo marginalmente da alcuni bias. Il numero di telefonate registrate nella clinica Olandese è sottostimato, poiché vengono registrate solo le telefonate che esitano in un consulto medico (sia esso fornito dalla DA o dal Medico) e quindi in un rimborso. Le telefonate per motivi amministrativo-burocratici non arrivano al medico, vengono svolte in autonomia dalle DA e non vengono conteggiate. Similmente però, anche il numero di telefonate al MMG italiano è sottostimato, poiché molti contatti per ricettazione o prassi amministrativa non vengono registrati.

A parità di pazienti assistiti però, sappiamo con certezza che i MMG eseguono molte più visite ambulatoriali e domiciliari, alle quali vanno aggiunti i contatti indiretti e i contatti per ricettazione.

Una notevolissima parte del lavoro del MMG di un anno viene impiegata per obblighi burocratico amministrativi, come ricettazione, la certificazione e il rilascio di impegnative. Questo carico di lavoro è completamente assente nel modello olandese.

Tuttavia, anche togliendo questa porzione di contatti, il cittadino Italiano mediamente contatta il proprio medico molto più frequentemente che in Olanda. Questo è probabilmente dovuto sia a fattori socio-culturali che al modello organizzativo. Nel modello Aan de Donge infatti è impossibile per il paziente contattare direttamente il medico di persona o al telefono, tutti i contatti vengono prima filtrati dalle DA. Questo riduce notevolmente gli accessi impropri e il carico di lavoro del medico. Nello studio San Martino

invece, mancando il filtro, è molto più facile trovare il proprio dottore al telefono e ottenere una visita ambulatoriale o domiciliare.



## Prestazioni di Particolare Impegno Professionale (PPIP)

Lo studio Aan de Donge offre uno spettro di prestazioni aggiuntive notevolmente superiore allo Studio San Martino.

Di seguito riportiamo una tabella che confronta la tipologia di PPIP.

PPIP	Aan de Donge	San Martino
Holter Pressorio	Green	Red
Audiometria	Green	Red
Esame Doppler	Green	Red
ECG	Green	Green
Mini Mental SE	Green	Green
Misurazione PCR	Green	Red
Holter	Green	Red
Curva da carico	Green	Red
PAP test	Green	Red
HGT	Green	Green
Spirometria	Green	Green
Medicazione	Green	Green
Taping caviglia	Green	Red
Cauterizzazione verruche	Green	Red
Circoncisione	Green	Red
Posizionamento IUD	Green	Red
Piccola chirurgia	Green	Red
Infiltrazioni articolari	Green	Green
Vasectomia	Green	Red
Rimozione di c.e. dall'occhio	Green	Red
Pessario	Green	Red
Legatura di plesso emorroidario	Green	Red

Non ci è stato possibile confrontare il numero relativo di prestazioni eseguite in funzione del tipo di prestazione, poiché non è stato possibile estrarlo dai database italiani. Possiamo confrontare soltanto il numero totale di prestazioni eseguite.



- 2296 PPIP eseguite nel 2015 nella clinica Aan de Donge (186/1000 pazienti)
- 1749 PPIP eseguite nel 2015 nello studio S. Martino (224/1000 pazienti)

Il confronto fra questi due numeri ha un valore del tutto relativo poiché l'elenco delle PPIP in Italia è sostanzialmente diverso dalle prestazioni aggiuntive riconosciute in Olanda. Ad esempio, molte delle PPIP dichiarate dallo studio S. Martino sono visite eseguite per extracomunitari con tessera provvisoria STP. In mancanza dei dati scorporati in funzione del tipo di prestazione, non si possono ottenere ulteriori informazioni da questo confronto.

#### Qualità e quantità del personale

Nello studio Aan de Donge lavora molto più personale rispetto allo studio San Martino.

Tabella 13: confronto personale impiegato nei due gruppi.

<b>Figura Professionale</b>	<b>San Martino</b>	<b>Aan de Donge</b>
<b>Medico</b>	6	6
<b>Infermiere</b>	1	7
<b>Assistente/segretaria</b>	2	11

La differenza che attira maggiormente l'attenzione è che il rapporto medici/personale ausiliario è invertito rispetto a quello italiano:

- Allo studio san Martino lavorano 0.5 ausiliari per medico
- Allo studio Aan de Donge lavorano 3 ausiliari per ogni medico. Sei volte tanto.

## Budget

Prima di analizzare il confronto fra i Budget dei due studi è necessario premettere che lo studio Aan de Donge è una società, produce un bilancio (a cui abbiamo avuto accesso), il fatturato totale così come il totale delle spese è molto semplice da calcolare. Lo stipendio dei medici altro non è che il dividendo dell'utile.

Lo studio San Martino invece è un'associazione di professionisti. Ognuno ha il proprio contabile e produce la propria dichiarazione dei redditi (a cui siamo riusciti ad accedere se non marginalmente), le spese non sono spartite in modo uniforme ed è stato molto difficile calcolare sia il totale delle entrate che delle spese. Ancora più difficile è stato ottenere i dati non aggregati di introiti e spesa, che non sono pervenuti o non sono confrontabili tra i professionisti.

## -Entrate

Tabella 14: Analisi delle entrate delle due cliniche

Entrata	Lordo NL €	Lordo ITA €	/pz NL €	/pz ITA €	Var %
Quota capitaria	841.697	353.437*	68.33	45,2*	-33%
Fee for service	538.293	-			
Chronic Care	494.719	ND			
Vaccinazioni antinfluenzali	33.261	ND			
Rimborso tutoraggio scuola MMG	6.384	ND			
Vaccinazioni viaggiatori	22.430	-			
Out Of Hour Service (Continuità assistenziale)	68.789	-			
Bonus Medicina di gruppo*		48.288*			
Bonus Anzianità*		32.508*			
Bonus Infermiera*		17.492*			
Bonus Informatica*		11.160*			
Bonus Vari*		61.417*			
PPIP-ADI/ADP*		36.400*			
Altre Entrate	29.678				
<b>Totale</b>	<b>2.047.780</b>	<b>560.705</b>	<b>166</b>	<b>73</b>	<b>-56%</b>

\* Valore stimato

L'unico dato certo che abbiamo per lo Studio San Martino è il totale delle entrate. Non tutti i medici che fanno parte del gruppo ci hanno fornito i dati divisi per fonte di guadagno. Le diverse voci di guadagno sono state pertanto stimate. In particolare la voce PPIP e ADI/ADP è stata stimata sottraendo al totale le stime delle entrate per i bonus non performance dipendenti.

La somma dei ricavi lordi dello studio San Martino è appena il 27.8% del fatturato annuo dello studio Aan de Donge.

A confronto, normalizzando il costo della clinica per il numero di pazienti seguiti, la clinica Aan de Donge costa 166 € l'anno per ognuno dei pazienti che segue, lo studio san Martino invece soltanto 73 €, cioè il 56 % in meno.

La più grossa differenza negli introiti non è tanto dovuto all'importo più basso di quota capitaria per i colleghi italiani (che è soltanto il 33% più bassa) ma è dovuto soprattutto ad una nettissima **differenza nelle entrate performance dipendenti**.

Nello specifico, la più grossa fonte di entrate per un MMG italiano non è legata alle sue performance, né alla sua efficienza, né ai servizi che offre bensì alla quota capitaria e ai bonus (generalmente anch'essi dipendenti dal numero di pazienti seguiti). Il collega olandese invece vede nelle sue prestazioni performance dipendenti la più grossa fonte di guadagno.

- Nello studio Aan de Donge il 39.8% delle entrate è da quota capitaria mentre il 60.2% è dipendente dalle prestazioni
- Nello studio San Martino il 62% delle entrate è dovuto a quota capitaria e il 32% delle entrate è legato a bonus legati al numero di pazienti seguiti. Questo significa che approssimativamente il 94% delle entrate sono dipendenti solo dal numero di pazienti seguiti e non dalle performance, mentre soltanto il rimanente 6% di entrate è legato a PPIP, ADI/ADP o altri programmi provinciali performance dipendenti.

## Spese

Tabella 15: analisi delle spese

Causale	Spesa NL	Spese ITA	Var %
Costo del personale	637.875	50.420	<b>-92%</b>
Infermiere	ND	22.500	
Segretaria/Doktorassistente	ND	27.920	
Costo sostituzioni professionali:	145.367		
Medici per Out of Hour Service	7.556		
Sostituzioni	51.444	31.069	<b>-40%</b>
Dokterassistente malattia	3.605		
Infermiere malattia	82.762		
Costi dell'immobile:	121.166	20.986	<b>-82%</b>
Altri costi	194.295	64.794	
Totale Spese	1.034.177	167.269	<b>-84%</b>

La principale differenza nelle fonti di spesa è legata in particolar modo all'enorme divario nella spesa per il personale. Lo studio Aan de Donge impiega 6 volte il personale dello studio San Martino e spende annualmente 12 volte di più in stipendi e retribuzioni.

In generale i costi della clinica olandese sono notevolmente più alti e nel complesso sono 6 volte superiori a quelli dello studio San Martino.

### Stipendio dei GP e dei MMG

Lo stipendio de GP olandesi è dato dal dividendo dell'utile. Definito l'utile come l'importo che si ottiene sottraendo le spese dai ricavi, con un utile di 1.001.074 €. I GP si spartiscono l'utile in funzione delle ore lavorative settimanali, chi lavora più ore prende un dividendo maggiore, indipendentemente dal suo contributo al fatturato.

L'utile dello Studio San Martino è approssimativamente di 393.436 €.

La retribuzione lorda annua media per un GP della clinica Aan de Donge è 166.845 €, cioè 81.269 € ogni 1000 pazienti seguiti.

La retribuzione lorda annua media per un MMG dello Studio San Martino è di 65.572 € cioè 50.311 € ogni 1000 pazienti seguiti, il 38% in meno.

Considerando che il Pil pro capite Olandese è 50.793,14 USD (2013) e quello Italiano è di 35.925,88 USD (2013) (il 29.3% più basso), l'introito per 1000 pazienti normalizzato per il Pil per un GP olandese sarebbe 57.480 €, soltanto il 14% più alto.

## - Conclusioni

E' giunto il momento di tirare le fila del discorso, in questo sottocapitolo mi spingerò in delle considerazioni personali con lo scopo di interpretare i dati raccolti e la mia esperienza alla clinica Aan de Donge.

Fin dai tempi universitari mi sono sempre interessato molto alla salute primaria, ho preso questa strada per scelta ma sono assolutamente convinto che la medicina primaria in Italia abbia bisogno di un forte cambiamento, una rivoluzione nella concezione di medico di famiglia (o come lo si voglia chiamare).

Nella legge 833 del 1978 la figura del medico generalista doveva essere una figura centrale del sistema, non solo un controllore di spesa con il compito di gate keeper. Per varie ragioni che ho già accennato questa volontà non si è tramutata in realtà. Specialmente dagli anni duemila sembra che, almeno marginalmente, qualcosa si stia muovendo in direzione del recupero della centralità che tale medico merita.

Dal lavoro che abbiamo fatto si nota come il medico generale italiano non venga incentivato più di tanto a lavorare, i pagamenti per prestazione risultano essere marginali rispetto a quelli dovuti per anzianità o per numerosità dei pazienti assistiti.

Risulta evidente anche come, in un gruppo comunque ben organizzato come quello in cui ho avuto la fortuna di conoscere, sia difficile fare più di quanto riesce a fare. C'è infatti un grosso problema di spazi e di ambulatori, i quali, seppur economici, risultano essere angusti e non funzionali. Gli stessi compensi dati dall'azienda sanitaria al gruppo per l'assunzione di personale infermieristico e collaboratori risultano appena sufficienti, o forse anche insufficienti, a coprire il costo di tali dipendenti. La mole di lavoro che ricade direttamente sul MMG italiano è sicuramente superiore di quella che ricade sul collega olandese. Tale differenza in termini di tempo risulta essere però maggiormente riempita da lavoro di tipo burocratico amministrativo. Per ridurre parte del quale sarebbero necessari solo pochi accorgimenti a livello nazionale: ridurre all'osso la certificazione anamnestica rendendo i dati fruibili

in un sistema ovviamente protetto; copiare il sistema di ripetizione delle terapie croniche mettendo le farmacie in diretto contatto con i MMG, un po' come succede per le connessioni VPN con l'Azienda Sanitaria.

Credo sia arrivato il momento inoltre per i MMG e le associazioni sindacali che li rappresentano di capire che collaboratori, infermieri ben formati, ed altre figure professionali nell'ambito della salute debbano lavorare in sinergia con i suddetti professionisti, magari in strutture adiacenti, senza "paura" di perdere pazienti o in qualche modo sentirsi delegittimati nel proprio operato.

Le sfide che si pongono di fronte al medico generalista del futuro sono molteplici, forte diminuzione di numero, invecchiamento medio della popolazione, recupero della centralità necessaria.

Per far fronte a tali sfide le strade percorribili possono essere due, aprire a forme assicurative volontarie il mercato della sanità, investire nei settori più economici ed a più alto impatto sulla salute pubblica.

Il nostro bistrattato SSN risulta essere fra i più economici del mondo (considerando che l'attuale valore del 9,5% della spesa deve tener conto che dal 2008 il PIL Italiano è crollato, facendolo aumentare notevolmente), pur mantenendo ancora indicatori di salute medi invidiabili.

Se osserviamo gli altri sistemi sanitari, specie i modelli Bismark, per non parlare degli altri sistemi in cui vige il libero mercato, risultano essere molto più cari nel nostro sistema, quindi non credo che l'apertura al mondo delle assicurazioni possa portare benefici per quanto riguarda il contenimento dei costi e il contemporaneo miglioramento del SSN.

Credo sia invece molto più utile investire in quei settori che hanno maggiore impatto sulla salute generale e sulla cura della persona. E le cure primarie sono, a mio avviso, in ambito medico, il più importante di questi settori. Un sistema di cure primarie forte permette di sostenere il livello secondario e terziario, necessariamente molto più costosi, riducendo il numero degli accessi a tali livelli investendo in prevenzione e salute. In quest'ottica un inserimento della medicina generale nel periodo formativo universitario e la normalizzazione degli specializzandi, portando borse di studio e scuole di

specializzazione allo stesso livello degli stessi colleghi specialisti, e facendoli partecipare a dei corsi di livello universitario, mi sembra doveroso.

Infine penso sia necessaria un'apertura mentale da parte dei MMG Italiani, una disponibilità al cambiamento e al maggiore lavoro d'equipe, cosa che tutt'ora sembra mancare, specie se si va a guardare battaglie portate avanti dalle associazioni di categoria, più atte a mantenere privilegi e buone condizioni economiche, in una logica di contrapposizione quantomeno arcaica, che ad una collaborazione sinergica con le autorità competenti.



## RINGRAZIAMENTI:

Un ringraziamento personale va in primis alla mia famiglia, che mi ha permesso di arrivare a questo punto sostenendomi, dall'inizio dei miei studi ad oggi, anche nei momenti di difficoltà vera, i quali non sono mancati.

Ringrazio il mio tutor, nonché relatore, Fabrizio Valcanover, che mi ha aiutato in questi anni a capire la Medicina Generale.

Ringrazio tutti i componenti dello studio medico San. Martino che molto gentilmente si sono resi disponibili a darmi i loro dati e aiutarmi nello studio.

Ringrazio il movimento Giotto che mi ha permesso di partecipare al programma Hippocrates, momento formativo più alto raggiunto nel triennio della scuola.

Ringrazio inoltre la scuola di medicina generale di Trento che, nonostante nel triennio che abbiamo frequentato ci siano stati indubbi problemi organizzativi, mi ha permesso di diplomarmi nei tempi e di partecipare al programma di intercambio, nonostante qualche figura di rilievo all'interno della stessa si fosse opposta al nostro momento formativo. Spero, ma in modo molto disilluso, che la lettura di questa tesi possa far cambiare idea a tali figure.

## BIBLIOGRAFIA

- 1-L'assistenza primaria in Italia (dalle condotte mediche al lavoro di squadra)  
Elio Guzzanti et. Al.
- 2-Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea, Giorgio  
Cosmacini Editori Laterza.
- 3-Health System in Transition; European observatory on health system and  
policies Anna Maresso et al.
- 4-Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale.
- 5-Alma Ata Declaration on Primary Health Care, Conferenza Internazionale  
sull'Assistenza Primaria, Alma Ata 1978.
- 6-Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- 7-Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- 8-Decreto Legislativo del 18 febbraio 2000, n. 56.
- 9-Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 <http://www.statoregioni.it>.
- 10-OCSE (2014), OCSE Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising  
Standards, OCSE.
- 11-Medicina Generale, Vittorio Caimi e Massimo Tombesi UTET.
- 12-Informazioni reperite dal sito [www.pikaia.it](http://www.pikaia.it), sito web dedicato del gruppo.
- 13-[www.saluteinternazionale.info/2011/06/le-cure-primarie-secondo-barbara-  
starfield](http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/le-cure-primarie-secondo-barbara-starfield).
- 14-The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than  
Ever)