



FEDERAZIONE REGIONALE DELLA FIMMG

BOLLETTINO DELLA  
EMILIA ROMAGNA

## I RISULTATI DEL SONDAGGIO FIMMG DALLA MAGGIORANZA DEI MEDICI: SI AL GRUPPO

I medici di famiglia italiani vogliono potersi coordinare: nemmeno i "single" amano più lavorare da soli. L'85 per cento della categoria sollecita un cambio di modello organizzativo chiunque glielo porti. Due terzi – il 54 per cento dei 650 sondati quest'estate in uno studio della Fimmg e dello staff della facoltà di statistica dell'Università di Napoli guidato dal Aldo Piperno – preferiscono una rete organizzata dalla regione ad una gestita da colleghi (opzione che comunque ottiene il 31 per cento dei consensi).

L'indagine è in cinque tranche – caratteristiche di medico e studio; tipologie e problemi dei pazienti; rapporti con i pazienti; rapporto fiduciario visto dal medico; modelli organizzativi emergenti – e parte da due questionari, uno su pazienti e uno su generalisti collegati al sito nazionale della Fimmg (in tutto ora i rispondenti arrivano a 800) non necessariamente iscritti al sindacato.

Le risposte dei medici alla prima e all'ultima tranche sono state rese note. Protagonista una domanda: "posto che nella medicina generale è auspicabile cambiare, è meglio puntare sugli studi single, su forme organizzate create dai medici con incentivi delineati dal SSN, o abbandonare la "solo practice" per aderire a forme organizzate, predefinite e regolamentate da Ssn?".

Indipendentemente da età anagrafica, sesso, anzianità, ubicazione dello studio (centro/periferia) e provenienza geografica, il medico dà allo studio

"single" in media il 15 per cento dei consensi pari a oltre 6 mila generalisti, gettona il coordinamento gestito dai medici nel 31 per cento dei casi (pari a 13.600 medici) e quello disciplinato dal Ssn nel 54 per cento, cioè 27 mila medici. Un 42 per cento del campione pensa che l'autonomia professionale non ne sarebbe intaccata, mentre un 8 per cento prefigura novità, in meglio per il 19,4 per cento e in peggio per il 38,4.

Non cambierebbe (se non in meglio) il rapporto fiduciario con i pazienti che, "anche se si passasse al modello delle reti assistenziali", resterebbe fonda-

mentale per oltre il 60 per cento.

Inoltre più medici del Nord che del Centro Sud (40 contro 30 per cento) credono che la nuova organizzazione poco inciderebbe sul rapporto fiduciario; in compenso, da Nord a Sud, l'80 per cento dei sondati è convinto che l'efficienza del sistema cambierebbe da abbastanza a molto, e in meglio (dal 55 per cento dei consensi del Centro al 75 del Nord-Ovest).

In tutta Italia tranne al centro inoltre i medici sembrano convinti, con punte del 55 per cento al Nord-Ovest e del 50 al Sud, che aumenterebbe la sod-

*Segue a pag. 4*

**SU ACN E RIFONDAZIONE OBIETTIVI PIU' VICINI**

## AL 62° CONGRESSO DELLA F.I.M.M.G.

DI GIACOMO MILILLO



*la consapevolezza di essere riusciti a trasmettere a chi governa le richie-*

**C**hi tracciasse un bilancio del 62° Congresso nazionale della Fimmg ne ricaverrebbe un saldo nettamente attivo. Da Villasimius, infatti, torniamo con

*ste e gli umori della categoria.*

*Allo stesso tempo, riteniamo di avere ricevuto dai nostri interlocutori segnali soddisfacenti sui due temi che hanno dominato la parte politica dell'evento congressuale:*

*il rinnovo della Convenzione e la Rifondazione della Medicina generale.*

*A tal proposito, riteniamo ragionevole-*

*Segue a pag. 4*

## UNA INIZIATIVA DEL CENTRO STUDI NAZIONALE FIMMG

# P.I.C.E.N.U.M. STUDY : PER LA MISURA E IL CONFRONTO DEI DATI

**V**alutare l'attività della Medicina Generale oltre i soliti indicatori di consumo per tendere ad una reale appropriatezza assistenziale. La Fimmg riserva ai propri iscritti uno strumento che lo rende possibile e compatibile con gli impegni quotidiani dei MMG.

Su questa base è stata avviata una iniziativa di studio, il P.I.C.E.N.U.M. study, che dal 2003 ha coinvolto 50 Medici di Medicina Generale della Provincia di Fermo ed Ascoli Piceno, centrata sull'applicazione ai database ambulatoriali, di un set di Indicatori di Performance accreditati, riferiti alla gestione delle patologie croniche. Oltre ad aver prodotto informazioni circostanziate su singole fasi e su outcomes intermedi di molti processi assistenziali, è stato possibile apprezzare un progressivo e significativo miglioramento nell'adesione ai diversi indicatori utilizzati; sia a motivo di una maggior attenzione nelle modalità di registrazione dei dati nella cartella informatica ambulatoriale, che per una maggior appropriatezza nella gestione delle stesse patologie.

L'esperienza maturata in questi anni ha consentito di proporre un progetto di evoluzione che vuole fornire al Medico di Medicina Generale, attraverso un software dedicato, "PICENUM SW", una serie di utilities che possono facilitare l'estrazione dei propri dati dal database ambulatoriale e la raccolta in un database concentratore, consentire il confronto in tempo reale con gli analoghi dati di colleghi, con valori medi e con valori standard e favorire l'invio sistematico di dati per specifici percorsi di ricerca.

Il P.I.C.E.N.U.M. study (*Performance Indicators Continuous Evaluation as Necessity for Upgrade in Medicine*), è un progetto che ha utilizzato un set di indicatori di performance accreditati dalle più importanti istituzioni internazionali che si occupano della valutazione e ricerca della qualità in ambito sanitario.

Mette quindi a disposizione del medico di medicina generale una serie di informazioni e di utilities che si sono mostrati in grado di favorire il miglioramento delle stesse performance; la possibilità inoltre di inserire agevolmente la Medicina Generale, con la propria abituale modalità operativa, nel mondo della ricerca, facilitando la raccolta di dati che quotidianamente vengono registrati negli archivi informatici ambulatoriali, e che contengono, se correttamente letti ed analizzati, una notevolissima mole di informazioni di tipo epidemiologico e riferite a dettagli dei diversi processi assistenziali.

In questo ambito, le finalità che si intendono raggiungere sono:

- Presentare Indicatori per la Medicina Generale accreditati, che possono essere "costruiti" con i dati normalmente registrati nei database ambulatoriali
- Fornire gli strumenti (queries elettroniche) per facilitare l'estrazione dei dati dagli stessi database ambulatoriali (per il momento riferite al software Millewin)
- Consentire, attraverso un software specifico, "PICENUM SW", la produzione automatica del valore dell'indicatore (costituito, in genere da un rapporto percentuale tra numeratore e denominatore), immettendo i singoli dati

"grezzi"

- Individuare, per ogni indicatore un Livello Raggiungibile di Performance (LRP), un valore cioè da considerare come standard "realistico", calcolato sulla base degli effettivi dati disponibili
- Favorire l'attività di confronto (benchmarking), comparando, in tempo reale, utilizzando "PICENUM SW", i propri valori degli indicatori con valori analoghi prodotti da altri colleghi, con il dato medio e con l'LRP
- Permettere di ripetere l'immissione di dati in momenti successivi, consentendo di percepire i cambiamenti (confronto con le proprie precedenti rilevazioni), invitando l'utente ad una modalità sistematica di audit orientato al miglioramento
- Strutturare una modalità di raccolta dati provenienti dalla Medicina Generale in grado di produrre continuamente informazioni di tipo epidemiologico e riferite ai dettagli di diversi processi assistenziali
- Coinvolgere gruppi selezionati di Medici di Medicina Generale per specifiche iniziative di ricerca, o per esigenze locali anche di contrattualistica evoluta, utilizzando il software qui disponibile per la raccolta e l'aggregazione dei dati

"PICENUM SW", è disponibile online, con accesso consentito dall'Home Page del sito nazionale della FIMMG ([www.fimmg.org](http://www.fimmg.org)) e riservato ai soli iscritti. Qui il medico può inserire i dati estratti dal proprio database ambulatoriale.

Il Software costruisce automaticamente la misura della Performance (ad esempio "Percentuale di pazienti diabetici sottoposti a dosaggio dell'emoglobina glicata nell'ultimo anno") inserendola in un grafico ad istogrammi dove compaiono analoghi valori prodotti da altri colleghi. Ad ogni medico viene così consentita la possibilità di confrontare la propria con l'altrui attività (benchmarking), condizione riconosciuta essere particolarmente efficace nei processi di miglioramento; nello stesso grafico è possibile inoltre il confronto con un dato "medio" e con il valore, denominato Livello Raggiungibile di Performance (LRP), da considerare come standard non teorico, ma "realistico", calcolato cioè sulla base degli effettivi dati disponibili.

Nello stesso Software è possibile immettere i dati in momenti successivi, permettendo di percepire le variazioni del proprio comportamento nel tempo (confronto con precedenti rilevazioni) ed invitando l'utente ad una modalità sistematica di audit orientato al miglioramento.

F.I.M.M.G. - FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE  
BOLLETTINO DELL' EMILIA ROMAGNA  
ORGANO UFFICIALE DELLA F.R.E.R.

Direttore: MARIO STELLA Direttore responsabile: RENZO LE PERA  
Comitato di redazione: ARGENTI, CASAROLI, DAYA, GRASSI, PARODI,  
RAGAZZINI, SACCHETTI, SUBINI, ZINGONI.

Sede, Amministrazione e Pubblicità: Via Todaro, 8  
40126 Bologna - Tel. 051247337 - Fax 051247338

**e-mail [emiliaromagna@fimmg.org](mailto:emiliaromagna@fimmg.org)**

STAMPA : Tipografia Alfa Beta Bologna

**PRONTUARIO TERAPEUTICO PROVINCIALE****PRIME E BREVI  
CONSIDERAZIONI**

**S**e, ad una lettura superficiale, il PTP (prontuario terapeutico provinciale) può apparire un documento e uno strumento di importanza marginale per i MMG, il suo esame più approfondito, e le "spiegazioni" ricevute dall'esponente del Servizio Farmaceutico ASL, sollevano più di una preoccupazione.

Mi limito a due aspetti, il primo riguarda la metodologia con cui è stato redatto il PTP, mentre il secondo ha a che fare con le sue ricadute cliniche.

Partendo dal dato di fatto che i farmaci cui è stata rilasciata l'autorizzazione ministeriale debbono, fino a prova contraria, essere considerati "buoni e utili", qualsiasi tentativo di limitare il loro uso deve basarsi su considerazioni cliniche, farmacologiche e farmacoeconomiche certe e sostenibili. All'interno di una classe farmaceutica coesistono spesso una dozzina di principi attivi, al punto che lo stesso PTP parla di classe omogenea e di equivalenza clinica. Tale giudizio si basa sull'esame di documentazione scientifica rigorosa, ma anche sull'accettazione di dati, come la DDD, che sono per definizione gravati da un certo grado di imprecisione. Concetti come "efficacia" e "tollerabilità" vanno sempre interpretati come dati approssimati (abbiamo oramai dimestichezza con termini come intervallo di confidenza, o  $p < 0,05$  o simili); se pertanto si decide di considerare equivalenti due farmaci per cui si accetta una differenza di efficacia, di dose, di tollerabilità, purchè rimanga entro un certo margine, non è accettabile un atteggiamento diverso riguardo il dato del prezzo. Se non posso dire che il farmaco A è uguale a B, ma prevedo e accetto la possibilità che uno sia più efficace del 5% e/o che abbia il 5% di effetti collaterali in meno, non posso preferirne uno e bocciare l'altro per una differenza di prezzo, magari dell'1 o del 2%. Le perplessità sono aumentate dalla constatazione che il riferimento alla classe omogenea pare applicato in modo non costante in situazioni apparentemente simili: faccio riferimento ai sartani (un solo principio attivo ammesso su tre dichiarati equivalenti, più uno per indicazioni speciali), agli ace-inibitori (tre principi attivi ammessi, e tutti gli altri esclusi, senza spiegazioni), e alle statine (tre ammesse, una in modo parziale, restando esclusa quella a prezzo più basso).

Ma il nodo più spinoso, nell'ottica dei MMG, è l'applicazione "obbligatoria" del PTP ai casi di assistenza domiciliare programmata e integrata (- detta "obbligatorietà", preannunciata in sede della presentazione citata dall'autore, non trova al momento conferma ufficiale - N.d.R.).

La prima e più grossa incongruenza sta nel fatto che, nel trattamento cronico di un gruppo di pazienti per definizione gravi e difficili, si obblighi il professionista a limitare le opzioni farmacologiche di cui dispone. Forse ciò sarebbe, almeno parzialmente, accettabile come contropartita di un sistema di approvvigionamento snello, capillare ed efficiente che garantisse il rapido e puntuale rifornimento a domicilio dei farmaci necessari, acquistati dalla farmacia ospedaliera con una forte riduzione della spesa; può ragionevolmente essere presa in considerazione la strada della doppia via di approvvigionamento, su base volontaria; ma solo dopo che sarà stata dimostrata la capacità da parte aziendale, di garantire il servizio in modo efficace e costante (come non è avvenuto finora quando si è iniziato qualcosa di simile).

Se non si può, e non si vuole, trarre la conclusione che si ritenga possibile curare in modo appropriato i pazienti più gravi con un armamentario ridotto rispetto a quello accessibile per la cura dei casi più semplici, si è tentati di vedere nell'introduzione del PTP una mossa tesa a contenere il mantenimento e lo sviluppo delle ADI, che vogliamo al contrario incentivata come una delle punte di diamante della nostra professionalità; dato confermato dal gradimento da parte della popolazione. Sembra che gli estensori non abbiano considerato la enorme differenza tra la pratica medica ospedaliera (con degenze sempre più brevi; e spesso con farmaci portati da casa!) e la gestione di casi clinici complessi nel tempo con comorbidità plurime e problemi di compliance personali e familiari. Ad esempio: l'esclusione di prodotti associati (tipo ace-inibitori+diuretico) non incide sulla terapia ospedaliera, ma tutti sappiamo trattarsi di farmaci validi, semplici, sicuri, graditi, e oltretutto spesso non più costosi.

**Enrico Delfini**

**62° CONGRESSO FIMMG  
LA MOZIONE  
CONCLUSIVA**

**VILLASIMIUS 8-14 OTTOBRE 2007**

**Il 62° Congresso Nazionale della FIMMG, udita la relazione del Segretario nazionale generale Giacomo Milillo,**

**LA APPROVA.**

**Il 62° Congresso Nazionale della FIMMG, con riferimento alle analisi e alle soluzioni ivi prospettate inerenti ai seguenti temi: la necessità del cambiamento, la coerente proposta del Sindacato in ordine alla riorganizzazione dell'assistenza che valorizza le cure primarie e dà risposte certe e soddisfacenti alla Categoria in merito agli aspetti fiscali, previdenziali e contrattuali**

**LE FA PROPRIE**

**ed**

**IMPEGNA**

**tutto il Sindacato per la loro realizzazione.**

**Il 62° Congresso Nazionale della FIMMG,**

**RITIENE**

**prioritario e preliminare risolvere i problemi del collegamento dell'ACN alle dinamiche del Comparto del pubblico impiego e**

**RICHIEDE**

**soluzioni atte a rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla realizzazione del progetto riformatore e sono connessi a dette dinamiche.**

**PRENDE ATTO**

**dell'attenzione che il mondo politico ha manifestato nei riguardi delle proposte del Sindacato, in particolare**

**MANIFESTA APPREZZAMENTO**

**per l'impegno pubblicamente dichiarato dal Ministro della salute Sen. Livia Turco di seguire con attenzione e di favorire i percorsi istituzionali necessari ad un rimodellamento del SSN coerente con le attese espresse dalla Fimmg e al rispetto della tempistica contrattuale.**

**Inoltre per la disponibilità espressa dall'Assessore alla sanità della Regione Toscana Enrico Rossi, nella sua veste di Assessore capofila delle Regioni, che ha accolto la richiesta della Fimmg per una rapida chiusura della pendenza contrattuale entro l'anno, in maniera da consentire alla Categoria di far fronte con tempestività alle pressanti esigenze previdenziali.**

**Infine per il recepimento, da parte dello stesso Assessore, della proposta del Sindacato di aprire con sollecitudine un tavolo di confronto, indispensabile ad impostare i problemi contrattuali derivanti dalla necessità condivisa di un profondo cambiamento del modello assistenziali, per pervenire entro il 2008 alla stipula di un'ACN conforme.**

**Il 62° Congresso Nazionale della FIMMG,**

**SOLLECITA**

**il mondo della politica a definire e a sviluppare interventi di livello nazionale rispettosi dell'uniformità dei diritti dei cittadini italiani.**

**Il 62° Congresso Nazionale della FIMMG,**

**DÀ MANDATO**

**al Segretario generale nazionale e a tutta la Segreteria nazionale di vigilare sulla coerente attuazione degli impegni assunti dai rappresentanti delle istituzioni e**

**RIAFFERMA**

**la propria volontà di far ricorso a tutte quelle azioni sindacali che si rendessero necessarie per raggiungere gli obiettivi dichiarati e ne dà mandato al Segretario generale nazionale.**

## SI AL GRUPPO

Segue da pag.1

disfazione dei pazienti verso il curante.

E quella dei medici verso la professione? Da Nord a Sud si superano gli scettici con un gap che va da 20 a 30 punti.

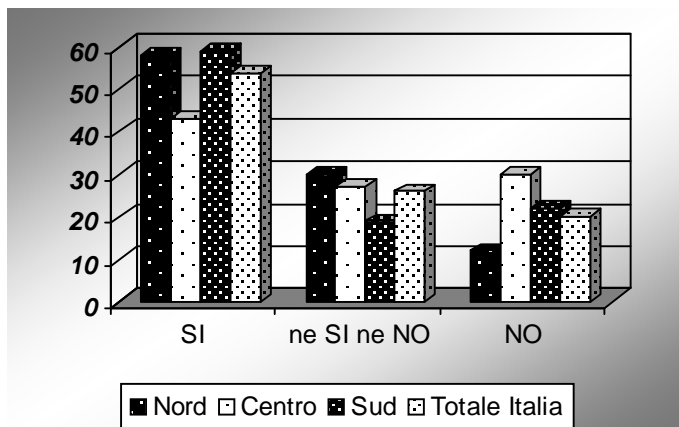
Dunque, non solo i single chiedono di stare con gli altri, ma farsi dirigere il lavoro da un ente esterno non è tabù. Dettaglia Stefano Zingoni (centro studi della Fimmg): <<Il medico di famiglia sente che la domanda di salute negli ultimi anni è cresciuta e il suo lavoro è diventato più difficile e oneroso. I sondaggi dicono che il gradimento negli stessi anni è rimasto all'apice: dunque non può che aver lavorato di più. E i dati Istat confermano che negli ultimi 5 anni il carico è cresciuto del 20 per cento. Se l'indagine sui pazienti confermasse le prime impressioni, dovremmo riconoscere che il servizio va adeguato>>. <<Sbaglia però chi pensa – aggiunge Zingoni – che il 55 per cento dei consensi a forme organizzate dalle regioni sia un ok alla dipendenza. I medici Fimmg sanno che dipendere non conviene. Tuttavia, oltre un tot la categoria non può organizzarsi il lavoro da sola: solo il lavoro coordinato può consentirci standard di qualità elevati di fronte alle richieste del servizio. E siccome la salvaguardia del rapporto viene prima dell'aspirazione ad organizzarsi da soli (al contrario, abbandonare il ruolo di clinici per gestire l'organizzazione di uno studio ci allontanerebbe dagli utenti) ecco spiegate le risposte>>.

L'articolo si conclude riferendo un'ultima considerazione di Stefano Zingoni :

<<Sottolineo piuttosto l'ottimismo della categoria; anche quando – come nel dato sull'autonomia – c'è chi vede cambiamenti, la somma tra chi immagina che tutto resti ok e chi vede un futuro migliore supera di due volte i pessimisti. Né sussiste tra i più anziani la paura di affrontare la rete che prima di questo sondaggio qualcuno poteva ipotizzare>>.

### IL GRADIMENTO PER LE RETI IN GRAFICO

Il Grafico sottostante traduce la risposta alla domanda ai 650 intervistati: "Aumenterebbe la soddisfazione se si riorganizzasse la medicina generale secondo il modello delle reti assistenziali?"



da : Massimo Massaro – Corriere Medico 20/9/07 -

## AL 62° CONGRESSO

Segue da pag.1

le la tempistica ventilata dal coordinatore degli assessorati alla Sanità, Enrico Rossi (accordo entro la fine dell'anno o al massimo dopo le festività e riforma delle cure primarie affidata a un tavolo che concluda i lavori in un anno):

ora chiediamo che questo calendario venga rispettato ed è per tale ragione che dalla controparte ci attendiamo azioni concrete entro la fine di novembre.

In altri termini, soltanto l'avvio dei due tavoli - Convenzione e riforma delle cure primarie - entro il prossimo mese darebbe concretezza ai segnali di apertura che abbiamo raccolto a Villasimius e che legittimano le nostre speranze di un nuovo corso nei rapporti tra Mg e governo della Sanità.

Un altro tema al quale il Congresso di Villasimius ha dato il risalto che speravamo è quello inerente oneri fiscali e gestionali del medico di famiglia.

A Rossi e al ministro della Salute, Livia Turco, siamo riusciti a rappresentare con chiarezza l'anomalia in cui ci troviamo noi Mmg, assimilati alla dipendenza nei rinnovi contrattuali - per i quali vengono proposti dalla parte pubblica aumenti legati soltanto all'inflazione - ma di fatto collocati nell'area della libera professione in rapporto ai costi di studio, auto, telefono e via di seguito.

Anche qui l'impressione è che Governo e Regioni abbiano colto i contorni del problema. Sulla questione stiamo procedendo in stretta intesa con le altre sigle sindacali e nei prossimi giorni scatteranno una serie di incontri con i nostri interlocutori per riuscire a ottenere in tempi brevi un provvedimento legislativo, magari nella Finanziaria '08.

Infine, nessuna preclusione all'ipotesi, avanzata da Rossi a Villasimius, di introdurre misure di valutazione con le quali pesare la qualità del lavoro dei Mmg. Purché siano rispettate due condizioni:

primo, tali parametri dovranno essere definiti in base ai canoni classici della clinical governance affinché non servano soltanto a giudicare le scelte dei medici rispetto a budget e tetti di spesa;

secondo, sarà fondamentale che il sistema di valutazione venga definito in stretta intesa con gli stessi medici di famiglia, perché soltanto loro possono indicare quali siano gli obiettivi qualitativi ai quali le cure primarie devono mirare.

Giacomo Milillo

Segretario Generale Nazionale della Fimmg

Da : Giornale del Medico del 22.10.07