

## **ASL di Imola (Bologna)**

Titolo della ricerca:

### **La dimensione organizzativa dell'associazionismo in Medicina Generale nell'AUSL di Imola**

Autori:

**Dr.ssa Shirley Ehrlich** – Medico di Medicina Generale  
**Dr.ssa Tiziana Rossi** - Sociologa

---

**Ultima Revisione 01.09.2006**

---

<b>INDICE</b>	<b>pag.</b>
<b>PREFAZIONE PROF. GUIDO GIARELLI</b>	<b>4</b>
<b>ING. MARIO TUBERTINI</b>	<b>6</b>
<b>DOTT. STEFANO ZINGONI</b>	<b>7</b>
 <b>CAP. 1 LA NORMATIVA ITALIANA IN MATERIA DI CURE PRIMARIE E DI FORME ASSOCIATIVE FRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)</b>	
1.1 L'evoluzione della normativa sanitaria in Italia	8
1.2 La normativa in materia di associazionismo dei MMG	10
1.3 Conclusione sul significato dell'evoluzione della normativa per il MMG associato	14
 <b>CAP. 2 L'ASSOCIAZIONISMO DEL MMG NELLA LETTERATURA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE</b>	
2.1 Le nuove tendenze evolutive della professione	16
2.2 Il problema della ricerca	18
2.3 Il processo associativo e la sua dimensione organizzativa	19
 <b>CAP. 3 L'ORGANIZZAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE NELLA REALTA' IMOLESE: UNA INDAGINE QUALITATIVA PRELIMINARE – prima parte</b>	
3.1 Elementi di contesto	23
3.2 Obiettivi dello studio preliminare	24
3.3 La metodologia adottata: il Focus Group	24
3.4 La realizzazione dei Focus Group	25
3.5 I risultati dei Focus Group	27
 <b>CAP. 4 IL PROGETTO DI RILEVAMENTO MEDIANTE IL QUESTIONARIO</b>	
4.1 Finalità generali del progetto	36
4.2 Obiettivi specifici	36
4.3 Metodologia adottata	37
4.4 La struttura del questionario: analisi	38
4.5 Il personale coinvolto	38
4.6 Attività e tempi	39
4.7 Costi	39
 <b>CAP. 5 I RISULTATI ELABORATI DELLE RISPOSTE DEI QUESTIONARI COMPILATI DAI MMG</b>	
5.1 I risultati	41
5.2 Conclusione prima parte	60
 <b>CAP. 6 I RISULTATI ELABORATI DELLE RISPOSTE DEI QUESTIONARI COMPILATI DAI PAZIENTI NELLE SALE D'ATTESA DEI MEDICI ASSOCIATI Seconda Parte Dott.ssa T. Rossi</b>	
6.1 La centralità del paziente e la sua "soddisfazione"	63
6.2 Progetto di valutazione – finalità	65

<b>6.3 Obiettivi specifici del progetto</b>	<b>66</b>
<b>6.4 Metodologia della ricerca</b>	<b>67</b>
<b>6.5 Dati statistici sui cittadini intervistati</b>	<b>69</b>
<b>6.6 Analisi della percezione della qualità</b>	<b>70</b>
<b>6.7 Conclusione seconda parte</b>	<b>81</b>
<b>Conclusioni delle due parti della ricerca</b>	<b>83</b>
<b>Ringraziamenti</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografia di riferimento</b>	<b>86</b>
<b>Normativa di riferimento</b>	<b>89</b>
<b>Allegato 1 traccia organizzativa a scaletta delle tematiche per i Focus Group effettuati dai Presidenti delle varie associazioni dei MMG</b>	<b>91</b>
<b>Allegato 2 questionario per il MMG associato</b>	<b>93</b>
<b>Allegato 3 questionario per i pazienti dei MMG associati</b>	<b>101</b>
<b>Allegato 4 lettera di presentazione del questionario ai MMG associati</b>	<b>103</b>
<b>Curricula</b>	<b>104</b>

## **Prefazione Prof. Guido Giarelli**

### **DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA, UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

Il lavoro che presento è parte integrante di una serie di attività di ricerca relative alle problematiche dell'associazionismo del Medico di Medicina generale (MMG) coordinate dall'Unità di ricerca del Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna e svolte nell'ambito di una più ampia ricerca nazionale a finanziamento CNR-MIUR su "La professione medica di fronte alle trasformazioni del sistema sanitario italiano"<sup>1</sup> che ha coinvolto dieci università italiane<sup>2</sup> nel periodo 2002-2005. Una versione sintetica di questo lavoro è stata pubblicata assieme a numerose altre esperienze e contributi di ricerca sull'associazionismo in Emilia-Romagna frutto del lavoro di ricerca svolto<sup>3</sup>.

Le autrici, grazie alla collaborazione con i Medici di Medicina generale di Imola (una realtà piuttosto vivace dal punto di vista associativo) e del Dipartimento di Cure Primarie dell'AUSL di Imola sono riuscite a realizzare due focus group con i referenti di tutte le realtà associative presenti sul territorio, nei quali hanno cercato di approfondire in modo particolare le problematiche organizzative e relazionali e la ricaduta a livello clinico e professionale che la scelta associativa comporta; in seguito hanno proceduto alla somministrazione di un questionario di approfondimento delle problematiche emerse con i MMG e di un questionario di valutazione della qualità percepita ai pazienti delle medesime esperienze associative.

I risultati del lavoro sono incoraggianti e testimoniano dell'impegno delle autrici nel condurre questo lavoro di ricerche con metodologie integrate sia qualitative (focus group) che quantitative (questionari) e con rigore scientifico e metodologico. È auspicabile che essi non cadano nel vuoto, ma possano trovare interlocutori validi sia a livello istituzionale (AUSL e Dipartimento di Cure Primarie) sia a livello associativo tra gli stessi medici di medicina generale che hanno partecipato al progetto quale strumento di miglioramento della qualità del loro lavoro e contributo significativo allo sviluppo delle loro forme associative.

In un momento di significativa trasformazione del sistema sanitario regionale come quello che stiamo vivendo nel quadro della più generale trasformazione in senso federativo del Servizio Sanitario Nazionale, questo lavoro può offrire infatti un contributo importante. I più recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R. n.29/04) e la prima bozza di Piano Sociale e Sanitario (P.S.S.) appaiono orientati verso un obiettivo comune: garantire una risposta il più possibile integrata, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, alla emergente complessità dei bisogni. La legge 29/2004, in particolare, tende a completare la riorganizzazione del SSR ponendo definitivamente al centro del sistema il Distretto, tramite il consolidamento del ruolo di committenza ed integrazione. Fra gli organismi del Distretto, il P.S.S. punta, in particolare, sul Nucleo delle Cure Primarie (NCP).

I Nuclei di cure primarie attraverso l'azione congiunta di MMG, PLS, specialisti territoriali, infermieri, ostetriche ed operatori socio assistenziali, rendono possibile lo sviluppo del modello di reti integrate, fondato su di un sistema di autonomie e responsabilità e finalizzato a rispondere alle differenti esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini. In questo contesto i MMG assumono un ruolo fondamentale, in quanto chiamati, non solo alle funzioni di erogazione delle

---

<sup>1</sup> Si è trattato dell'Università di Bologna (coordinatrice del Progetto), dell'Università di Torino, dell'Università di Milano Cattolica, dell'Università di Trento, dell'Università di Verona, dell'Università di Ancona, dell'Università di Cassino, dell'Università di Salerno, dell'Università della Calabria e dell'Università di Catania.

<sup>2</sup> Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn W. (a cura di) (2006), *I medici di Medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano.

<sup>3</sup> Ehrlich S. e Rossi T. (2006), "Un'indagine conoscitiva sulle forme associative dei MMG nell'ASL di Imola", in Giarelli G. e Patierno M. (a cura di) (2006), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina generale*, Franco Angeli, Milano.

prestazioni, ma anche a quelle di committenza e quindi partecipano alla definizione delle strategie organizzative ed ai livelli decisionali delle Aziende sanitarie.

Come si andrà dunque a configurare il rapporto tra i Nuclei di cure primarie e le realtà associative dei MMG di cui si parla in questo lavoro? Quali configurazioni strutturali e quale sistema di relazioni si dovrà definire al fine di valorizzare davvero l'apporto professionale dei MMG e degli altri operatori sanitari? Peraltro, la L.R. 29/04 prevede la partecipazione al Collegio di direzione anche dei MMG, così riconoscendo le responsabilità assunte dai medici nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza (governo clinico) e nella formulazione di proposte per la organizzazione e lo sviluppo dei servizi, delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. Lo spazio della nuova convenzione alle norme demandate alla contrattazione regionale (art.14), rappresenta infine uno degli strumenti per favorire l'assunzione di ruolo da parte dei MMG, nell'ambito delle cure primarie e a realizzare pienamente la struttura organizzativa del distretto e dei nuclei di cure primarie.

Se a tutto questo l'associazionismo dei Medici di Medicina Generale potrà offrire un contributo significativo e duraturo, lo dovrà anche alla tenacia e all'impegno con cui le autrici di questo lavoro hanno saputo perseguire il loro intento di ricerca in piena sintonia con i medici stessi, riuscendo così produrre risultati di ricerca di cui chiunque non potrà non tener conto nel prossimo futuro.

Bologna, 24 agosto 2006

**Prefazione Dott.Ing. Mario Tubertini**  
**Direttore Generale Azienda USL di Imola**

Il tema dell'associazionismo è tra i più attuali all'interno del dibattito sul ruolo del Medico di Medicina Generale nel Servizio Sanitario Nazionale. Sulle forme associative, in quanto strumenti per il raggiungimento di obiettivi di qualità e appropriatezza dell'assistenza, confluisce l'interesse sia dell' Azienda Sanitaria Imolese che degli stessi medici di famiglia i quali da molti anni si sono dimostrati disponibili a sperimentazioni sempre più avanzate nel nostro Territorio.

E' ormai consolidato il concetto che il passaggio dalla pratica ambulatoriale individuale alla medicina di gruppo, alla medicina in associazione ed alla medicina in rete, rappresenti un percorso di progressivo avvicinamento dei Medici di famiglia alle dinamiche della Azienda USL e del Distretto e ad una maggiore integrazione con l'Ospedale.

Il fenomeno associativo ha innescato un processo di cambiamento del lavoro del Medico di Medicina Generale favorendo la continuità e i percorsi di presa in carico assistenziale e promuovendo l'integrazione intra ed inter professionale ed il miglioramento della condivisione delle scelte di governo clinico aziendale.

L' Azienda sanitaria vede nello sviluppo delle forme associative una crescente responsabilizzazione dei Medici di Medicina Generale. Le forme associative posizionano il Medico di base all'interno dell'Azienda e del Distretto in un rapporto di grande collaborazione: nella elaborazione e definizione di linee guida e nella definizione di regole e di criteri di appropriato utilizzo delle risorse, dai farmaci sino alla specialistica e alla diagnostica.

Alla luce di quanto sopra, dei recenti provvedimenti legislativi regionali (L.R. n. 2/03, L.R. n.27/04, L.R.n. 29/04) e del nuovo Accordo per la Medicina Generale della Regione Emilia Romagna di Maggio 2006, l'Ausl di Imola, in quanto interlocutore naturale di ogni strumento di miglioramento dell'assistenza, guarda con grande interesse all'importante lavoro di ricerca sull'associazionismo portato avanti con rigore scientifico nella specifica realtà del territorio imolese.

Imola, 25 agosto 2006

**PREFAZIONE DOTT. STEFANO ZINGONI  
SEGRETARIO FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA  
GENERALE BOLOGNA**

Il tema dell'erogazione dell'assistenza sanitaria pubblica attraverso forme di associazionismo professionale è certo uno tra i più stimolanti per chi si interessa di Sanità, ma spesso anche per la pubblica opinione, quando i media se ne impossessano. Come non ricordare le dispute, ancora recenti, sulle U.T.A.P. dell'allora ministro della salute Girolamo Sirchia.

In un Paese dove spesso gli approcci istintivi e le appartenenze sopraffanno la logica ed il riscontro scientifico anche l'associazionismo in medicina generale, però, si è prestato più al chiasso della contrapposizione che all'analisi delle potenzialità ed al riscontro dei dati sperimentali.

La ricerca della Dott.ssa Shirley Ehrlich MMG e della Dott.ssa Tiziana Rossi Sociologa "La dimensione organizzativa dell'associazionismo in Medicina Generale nell'AUSL di Imola (BO)" si discosta piacevolmente dall'approssimazione delle opinioni di appartenenza e s'inerpica con capacità e bravura sul difficile sentiero del rigore scientifico. Ne deriva un risultato che per l'unicità del contesto di riferimento, per l'abbondanza dei dati forniti, per la imparzialità del metodo rappresenta un riferimento per tutti coloro che vogliono o debbono interessarsi dell'argomento non facilmente riscontrabile nella produzione nazionale ed internazionale.

Particolare soddisfazione deriva anche dal constatare che le scelte normative e la difesa della loro coerente applicazione, che la FIMMG di Bologna ha posto al centro della propria opera in tutti questi anni e che rappresentano l'"humus" nel quale si è potuto sviluppare l'associazionismo anche nel comprensorio imolese, trovano documentato riscontro e soddisfazione tra i medici e tra la popolazione assistita.

Bologna, 03 giugno 2006

## **CAP. 1 LA NORMATIVA ITALIANA IN MATERIA DI CURE PRIMARIE E DI FORME ASSOCIATIVE FRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)**

### **1.1 L'evoluzione della normativa sanitaria in Italia**

*“...Il Sistema sanitario di ogni nazione costituisce .....il complesso di risorse che ogni società “investe nella salute per fare fronte ai problemi sanitari indicati come suoi principali obiettivi .... La funzione fondamentale del Sistema Sanitario .... consiste dunque nel preservare, ricostruire o migliorare la capacità degli attori sociali di ricoprire i ruoli sociali loro propri, sempre messa a rischio da eventi quali la malattia... nelle società industriali occidentali” (Giarelli 2004: 107).*

Il 23 dicembre 1978 il Parlamento italiano, con l'approvazione della legge 833, ha sancito il diritto alla salute per tutti (Servizio Sanitario Nazionale) ed ha profondamente riformato l'organizzazione dell'assistenza, il ruolo degli attori istituzionali, sociali e professionali, le politiche per la salute. Ci si è ispirati ai principi dell'universalismo, dell'assistenza, dell'uguaglianza, dell'equità, della solidarietà, del rispetto, della dignità personale: in Italia infatti viene utilizzata una forma di finanziamento nella quale la quota delle entrate erariali destinate al settore sanitario viene stabilita sulla base delle scelte politiche compiute da ciascun governo. Gli studi hanno evidenziato che la fiscalità generale viene considerata un sistema più equo di finanziamento, a differenza del sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie (Germania) o del sistema delle assicurazioni private su base volontaria (USA)( Giarelli 2003).

L'analisi approfondita su quanto si è modificato in Italia porta ad elencare, sinteticamente come segue, **tre grandi riforme**:

1. la legge 833/ 1978: è stata la prima grande riforma sanitaria che ha visto come elemento fondamentale:
  - La copertura sanitaria universale indipendente dal reddito in sostituzione ad un complesso di sistemi mutualistici difforni nell'offerta del servizio.
  - La corresponsabilità delle Regioni e dei Comuni nella gestione della sanità : la titolarità della gestione della sanità è affidata non solo allo Stato, ma anche alle Regioni, alle Province autonome e ai Comuni.
  - La definizione delle USL (Unità Sanitarie Locali). Con la legge 833 gli Enti ospedalieri preesistenti ed i relativi consigli di amministrazione vengono di autorità annullati e si istituiscono le Unità sanitarie locali (USL) con l'obiettivo di gestire l'ospedale e i servizi sul territorio ( ad esempio, i servizi di medicina del lavoro, i servizi di controllo ambientale ed i primi tentativi di agenzie regionali per la protezione dell'ambiente). Per la prima volta nel Paese si stabilisce che la sanità è fatta di prevenzione, cura e riabilitazione, mentre prima esisteva solo l'ospedale.
  - L'Ospedale viene concepito come fulcro dell'intervento sanitario.
  - La decisione di lasciare aperto un mix tra pubblico e privato nella erogazione dei servizi. Le strutture private possono erogare servizi sanitari, al posto del "pubblico" purché siano convenzionate (possedere ossia una serie di requisiti per garantire una qualità certificata pari a quella delle strutture pubbliche)
2. La Riforma del D.L. 502/517 del 1992- 93 (De Lorenzo-Garavaglia) che si fonda sui seguenti punti principali:

- La costituzione delle Aziende sanitarie locali (ASL). Poiché il presupposto è quello di avere un sistema sanitario efficiente occorre far funzionare le organizzazioni che lo compongono. Con questo obiettivo vengono organizzate le ASL, cioè aziende a tutela della salute con finalità pubbliche. Con il passaggio da Unità Sanitaria Locale (USL) ad Azienda Sanitaria Locale (ASL) cambia anche il tipo di conduzione della sanità in quanto viene a crearsi una netta divisione fra programmazione sanitaria e gestione della sanità. Le ASL, condotte da manager, saranno gestite secondo criteri aziendali: questo significa che, ad esempio un assessore alla sanità o lo stesso governo regionale, possono tracciare le linee essenziali di lavoro ma, a gestire questi indirizzi, sarà una azienda attraverso i propri professionisti dirigenti.
- La decisione di investire a livello regionale che diventa il cuore del sistema sanitario. Gli stessi manager vengono nominati dall'Assessore Regionale alla sanità, in base a graduatorie di merito. Si ridimensiona il ruolo dei Comuni nella fase di programmazione in quanto gli elementi di gestione dell'azienda sanitaria vengono infatti affidati alle Giunte Regionali per quel che riguarda la programmazione, mentre per la gestione, il compito passa ai manager dell'azienda.
- La liberalizzazione delle scelte di cura : ogni cittadino è libero di scegliere la struttura presso cui farsi curare, fermo restando che la struttura privata deve essere "accreditata" per poter fornire prestazioni per conto di quella pubblica. Questo provvedimento promuove la competizione all'interno del sistema pubblico.

Se la logica della seconda riforma spingeva a vedere nel fenomeno associativo dei MMG soprattutto un'opportunità di risparmio per il SSN [Giarelli 2005], la "Riforma ter" della Bindi (qui di seguito analizzata) apre invece la strada a nuove possibilità rispetto al ruolo del MMG nell'ambito del SSN, con ricadute evidenti anche per quanto riguarda l'associazionismo.

3. La legge 229 del 18 giugno 1999, la Riforma ter (Riforma Bindi, terza riforma della sanità). I contenuti principali riguardano la Medicina Generale, le cure primarie del territorio e gli aspetti generali, oltre quelli già menzionati e possono essere così elencati:
  - Vengono istituiti i distretti sanitari: l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) si articola dal punto di vista organizzativo -funzionale in distretti sanitari di base i quali gestiscono i servizi di assistenza primaria, ambulatoriale e domiciliare. L'assistenza distrettuale si propone di coordinare ed integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino e si avvale in primis dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, convenzionati con il SSN che, valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti dal SSN.
  - Viene stabilito che gli accordi collettivi per la disciplina dei rapporti di convenzione con i MMG e con i Pediatri di libera scelta debbano anche "...regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, al fine di prevenire l'emergenza di conflitti di interesse con funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto" (art.1, lett.i). Questi passi nell'Ordinamento Legislativo vengono a rispondere in modo appropriato (oltre che economico) all'odierna domanda di salute, proveniente in particolare dal crescente numero di anziani e dal relativo aumento delle patologie croniche degenerative.
  - Gli ospedali appartengono alle aziende sanitarie locali: le ASL restano aziende pubbliche, ma dovranno organizzarsi secondo criteri imprenditoriali. I direttori verranno valutati ogni anno sulla base dei risultati ottenuti. Le strutture pubbliche e private potranno usufruire di un finanziamento a doppio binario: le tariffe, per ricoveri ospedalieri, analisi ed esami ; i costi, per le prestazioni extra (prevenzione, malattie rare, trapianti, emergenze).
  - Vengono previsti i fondi integrativi: Sindacati, Aziende, Associazioni, Regioni ed Enti locali possono istituire fondi integrativi per rimborsi di cure odontoiatriche, prestazioni termali,

terapie non convenzionali, ticket di esami e visite specialistiche, prestazioni in libera professione entro la struttura ospedaliera con determinate regole prefissate, assistenza domiciliare e ricoveri in residenze assistenziali.

- Vengono attivati i controlli: i soggetti che forniscono assistenza sanitaria sono sottoposti alle autorizzazioni delle Regioni le quali li classificano in base a criteri di tecnologia e professionalità mentre una commissione nazionale certifica la qualità dei servizi (accredittamento).

Si può quindi definire il Servizio Sanitario Italiano come un **modello universalistico** basato sulla leggi di riforma 502 e 517 modificate dal decreto 229.

L'unità base, come sottolineato sopra, è costituita dall'Azienda Sanitaria che comprende consumatori (i cittadini committenti) e produttori (gli ospedali e la medicina territoriale). La posizione centrale ospedaliera è mutata dalla prima legge 833/78 che sanciva una concentrazione di interventi e di risorse che hanno trascurato e danneggiato l'assistenza sul territorio. Il predominio di una definizione economica dei sistemi sanitari contemporanei e dei processi di "riforma" conseguenti invita a riflettere sulle logiche che verranno attuate in una serie di cambiamenti con l'intento del contenimento dei costi e del miglioramento dell'efficienza.

Sembra che la soluzione ottimale nell'applicazione del «modello Italia» sia rappresentata non dalla competizione (governo dell'offerta), ma dalla *governance* integrata, il cosiddetto «governo del sistema». In termini di controllo di spesa e di qualità complessiva delle prestazioni, le regioni Emilia -Romagna e Toscana hanno scelto il modello integrato; la Lombardia ha preferito la competizione tra erogatori pubblici e privati o tra gli stessi erogatori pubblici. Il sistema sanitario nazionale può quindi essere visto come una rete, la cui attività complessiva è dedicata ai bisogni assistenziali dei cittadini attraverso la tutela dei soggetti svantaggiati, al supporto, alla razionalizzazione, all'integrazione ed alla qualità dei prodotti, distinguendo livelli differenziati di assistenza, modulati su funzioni di primo livello (il medico di famiglia e la medicina del territorio), di secondo livello (le funzioni presenti in ciascun ospedale e/o in ogni azienda) o di terzo livello (le funzioni di carattere sovra-aziendali o regionale).

Il **MMG** vede anche lui mutare il proprio ruolo nel contesto dove assiste la sua popolazione di pazienti-utenti ( che lo hanno scelto liberamente impostando un rapporto di fiducia sul territorio).

Si introduce i concetti di medicina basata sull'evidenza clinica, di razionalizzazione delle risorse ecc..., ed al tempo stesso il suo ruolo richiede ora molteplici interrelazioni e rapporti su vari binari :con il paziente e i suoi familiari, i medici specialisti consulenti, l'ASL di riferimento, la presa in carico di pazienti subacuti e cronici e/o terminali a casa (impostando una équipe di assistenza domiciliare nonché un "piano terapeutico"), i colleghi consulenti in aree della prevenzione riguardante il paziente e il suo habitat, l'aggiornamento obbligatorio, il controllo della qualità in termini di efficacia - efficienza del proprio operato (dell'esito) ecc.. Per rispondere al meglio ad una "domanda di salute" dei propri assistiti, la scelta di associarsi con altri colleghi MMG, poteva essere una formula, già ipotizzata dal 1984 con la legge 882, una possibilità di strutturare per i pazienti una risposta valida, sostenendo il decentramento dell'assistenza.

## 1.2 La normativa in materia di associazionismo dei MMG

L'associazionismo tra professionisti in Italia era espressamente previsto solo dalla Legge del 23.11.1939, n.1815, la quale, tuttavia, ne regolava soltanto gli aspetti essenziali, limitandosi a stabilire i criteri professionali validi ottenuti dopo aver frequentato scuole di specializzazioni riconosciute e abilitate in Italia. La successiva evoluzione della giurisprudenza si vede nella legge n.421/1991 con l'articolo 4, che prevede espressamente che ".....le Regioni possano stipulare convenzioni anche con istituzioni sanitarie gestite da persone fisiche e da società che erogano prestazioni ....." . A garanzia del corretto esercizio professionale e della qualità delle prestazioni erogate, la legge ha attribuito al "Direttore Sanitario o tecnico ... una personale responsabilità....".

Infine la legge n.266 (Legge Bersani) del 07.08.97 ha definitivamente rimosso il divieto di esercizio della professione medica in forma societaria.

In particolare, facendo una revisione delle norme degli Accordi collettivi nazionali (dal 1984 ad oggi) riguardanti l'associazionismo fra MMG, si può notare che ogni accordo cercava di facilitare la decisione dei MMG ad associarsi nelle diverse formule di seguito elencate:

- **Il DPR 16.10.84 n. 882** prevede la forma di associazione “medicina di gruppo” ma non prevede incentivi: “art. 30 Medicina di gruppo – al fine di conseguire un miglior livello qualitativo delle prestazioni e per l’espletamento coordinato e più funzionale delle attività e dei compiti loro derivanti dalla presente convenzione ..... i medici iscritti negli elenchi possono concordare fra loro e realizzare forme di lavoro associato o di gruppo ....” Inoltre viene specificato che “ non possono essere effettuate variazioni di scelta all’interno dell’associazione”. Nell’allegato alla legge che illustra il “Regolamento per l’associazione” di cui all’art.30 vengono specificati diversi punti interessanti, visto il momento storico post convenzioni mutualistiche dei MMG:
  - “Articolo 1: l’associazione di cui l’articolo 30 è volontaria .... Da medici dello stesso ambito territoriale iscritti negli elenchi ....indipendentemente dalle scelte in carico..” e ancora l’associazione può comprendere fino a 4 medici di base ed un pediatra ...infine l’USL competente ..... può concordare con l’associazione forme di incentivo di carattere non economico e di collaborazione sulla base di regolamenti definiti in sede regionale con i sindacati rappresentativi .....
  - “Articolo 2 : l’associazione è costituita ai fini del rientro nei massimali .....” ad ogni medico è stata assegnata una quota individuale di pazienti che non può (tuttora) essere superata (un numero concordato con i sindacati di categoria) e per non fare emergere dei disagi ai pazienti e ai medici ( una ricusazione all’apparenza difficilmente spiegabile al pazienti può causare problemi psicologici agli stessi pazienti ma anche ai medici, se si pensa al delicato rapporto di fiducia che si tramanda da una generazione all’altra nell’ ambito di una famiglia) è stata proposta anche la formula dell’associazionismo come risposta risolutiva. Questa situazione si è creata a causa della presenza delle precedenti norme in virtù delle quali con il sistema mutualistico i medici potevano assistere un numero di pazienti variabile.
- **Il DPR 08.06.87 n.289** : l’articolo 41 prevede per i MMG associati in gruppo una maggiorazione del 6.8% della quota capitaria ( il forfait annuale percepito dal medico scelto dal cittadino) relativa alle voci seguenti: onorario professionale, indennità forfetaria a copertura del rischio e di avviamento professionale, concorso spese per la produzione del reddito ( il che equivaleva per un medico di media anzianità ad un incentivo annuo per assistito di circa 2.930 Lire) . Articolo 27 - Medicina di gruppo precisa ancora:
  - “L’associazione è libera, volontaria e paritaria ...
  - ...possono fare parte soltanto medici che svolgono in modo esclusivo l’attività di medico convenzionato ....
  - ..non meno di tre e non più di sei MMG ...possono associarsi ...
  - .. ciascun partecipante è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo ...
  - .. la presenza di ciascun medico per almeno 4 giorni la settimana ....
  - ... apertura degli studi di 4 ore mattina ... e di 4 ore nella seconda parte della giornata
  - ..non possono effettuarsi variazioni di scelta all’interno del gruppo senza

autorizzazione del medico titolare della scelta .... ( una facilitazione rispetto alla precedente convenzione)

- **il DPR 28.09.90 n. 314** , L'articolo 41 prevede per i MMG associati in gruppo una maggiorazione del 6.8% della quota capitaria relativa alle voci seguenti: onorario professionale, indennità forfetaria a copertura del rischio e di avviamento professionale, concorso spese per la produzione del reddito ( il che equivaleva per un medico di media anzianità ad un incentivo annuo per assistito di circa 3.500 Lire) ; in questo articolo compaiono per la prima volta le voci di **L**) indennità di qualificazione dello studio professionale (presenza di telefono, segreteria telefonica, strumenti per le medicazioni.. frigo..= indennità mensile forfetaria 150.000 Lire ), **M**) indennità di collaborazione informatica (gestione dello studio con programmi informatici, prenotazione al CUP –centro unico di prenotazione- delle prestazioni specialistiche ospedaliere, monitoraggio e fornitura di dati per ricerche epidemiologiche ..= indennità forfetaria di 100.000 Lire) **N**) indennità di collaboratore di studio medico assunto con un contratto nazionale dei dipendenti di IV categoria della cifra di 2.400 Lire per assistito con un tetto regionale del 15% dei MMG. Nell'articolo 27 le norme ripetevano più o meno quanto menzionato nella norma precedente (289) con alcune precisazioni da aggiornare come: "... deve essere assicurata l'assistenza nello studio per almeno 6 ore giornaliere distribuite nel mattino e nel pomeriggio ....." e "... all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interne per ogni tipo di sostituzione..."
- **Il DPR 22.07.96 n.484** riproduce la struttura del compenso del precedente DPR e l'incremento consiste in circa il 6.3% il che equivale per un medico di media anzianità ad un incentivo annuo per assistito di circa 4.020 Lire. L'indennità di collaborazione informatica e l'indennità di collaboratore di studio medico rimangono invariate con un tetto regionale dell'ultima voce del 5% dei MMG che lo possono ottenere. Non è prevista l'indennità di personale infermieristico.
- **Nel DPR 28.07.00 n.270** , il fenomeno associativo trova pieno riconoscimento, a livello normativo, attraverso, l'art. 40 comma 3 "le forme associative oggetto del presente articolo sono distinte in a) forme associative.. b)quali società di servizi, anche cooperative .. "comma 6 " le forme associative disciplinate dalla lettera a) del comma 3 sono: A. la medicina in associazione B. la medicina in rete C. la medicina in gruppo. Al comma 4 lettera c) viene precisato che "... della forma associativa possono fare parte anche medici di continuità assistenziale e medici pediatri di libera scelta..". Inoltre il numero dei medici associati non deve essere inferiore a 3 e superiore a 8 (comma 9 lettera h) ; al comma 4 lettera p) è scritto che "devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti ...e per la valutazione di coerenza dell'attività... con gli obiettivi della programmazione distrettuale..."; al comma 9 lettera a) si ribadisce che il gruppo ha una sede unica con orari di apertura fissati ma c'è "... La possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriali ma in orari aggiuntivi a quelli previsti... per l'istituto della medicina di gruppo. A decorre dal 01.01.00 come specifica l'articolo 45 della 270 ai MMG che operano in "medicina di gruppo" è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito di 9.000 Lire; ai MMG che operano in una "medicina in rete" è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito di 7.000 Lire; ai MMG che operano in "medicina in associazione" è dovuto un compenso forfetario annuo per ciascun assistito di 5.000 Lire; alla lettera B3 risulta che l'indennità di collaborazione informatica risulta incentivato con un cifra forfetaria mensile di 150.000 Lire ( invece dei 100.000 Lire del precedente DPR 484 /96 comma 3I) per un'attività con l'uso informatico non inferiore al 70%; alla B4 indennità di collaboratore di studio medico risulta incentivato con una cifra forfetaria annua di 5.000 Lire per assistito ( invece delle 2.400 Lire del precedente DPR) con un tetto regionale del 25% degli assistiti; la novità assoluta è al punto B5 ove risulta per la prima volta l'indennità di personale infermieristico con la cifra forfetaria di 6.000 con un tetto a livello regionale del 5% degli assistiti.

- **Accordo collettivo nazionale del 23.03.05** (ai sensi dell'Art. 8 del D.L.VO 502/92 e successive modifiche ed integrazioni), l'articolo 54 disciplina le forme associative dell'assistenza primaria e si illustra all'articolo 59 B4 che gli incentivi per i medici operanti in "medicina di gruppo" sono un compenso forfettario annuo di 7 € (con un tetto regionale di 12% degli assistiti), per i medici operanti in "medicina in rete" sono di una cifra forfettaria annua di 4.70 € (con un tetto regionale di 9% degli assistiti) e infine ai medici operanti in "medicina in associazione" viene corrisposto un somma forfettaria annua di 2.58 € (con un tetto regionale del 40% degli assistiti). Inoltre l'indennità di collaboratore di studio medico risulta di € 3.50 annue per assistito con un tetto regionale del 40% degli assistiti. L'indennità di personale infermieristico è stata fissata a 4€ annue per assistito con un tetto a livello regionale del 8% degli assistiti. L'articolo 26 cita 2 nuovi modelli di organizzazione: l'Equipe Territoriale che consiste in "legami funzionali" tra MMG articolati su progetti definiti a livello regionale ( prevenzione, assistenza domiciliare, L.e.a.) per creare un confronto multiprofessionale e per gestire progetti a livello distrettuale (esempio: valutazione mutidimensionali per l'assistenza a pazienti cronici) e l'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP); trattasi di "legami strutturali" su base volontaria sperimentale in grado di configurare veri centri di responsabilità territoriale – organismi operativi con strutture, attrezzature, risorse umane e strumentali – capaci di lavorare per obiettivi e assicurare "risposte complesse al bisogno di salute" coinvolgendo in modo organico attivo, MMG, MCA, (medici di continuità assistenziale) PLS ( pediatri di libera scelta), specialisti ambulatoriali, medici dei servizi, assistenti sociali ( D.Galli 2005). Comunque queste ultime due modalità organizzative nuove rimangono ancora con molti interrogativi in attesa di accordi regionali per un futuro posizionamento aziendale. In questo ultimo accordo viene assegnato alle Regioni un ruolo più forte , in quanto viene loro affidata, attraverso la contrattazione con i sindacati medici, la definizione dei contenuti e delle modalità di applicazione. La nuova Convenzione ricalca quella precedente per quanto riguarda l'associazionismo: tra i pochi elementi sostanziali di novità introdotti, c'è anche un ampliamento delle possibilità di fruizione dei servizi delle cooperative da parte dei medici che non ne fanno parte (art.54, c.3). In pratica, alla luce della nuova situazione di federalismo sanitario che ha fatto seguito alla revisione del titolo V della Costituzione, la nuova convenzione 2005 «sposta sulle Regioni la responsabilità di qualificare le forme associative, individuando specifici progetti e meccanismi di incentivazione; loro è, infatti, la competenza a valutare l'evoluzione dei fabbisogni della popolazione, dei professionisti medici e dei modelli organizzativi delle aziende sanitarie» [Tozzi 2005:2-3].

Al Contesto *legislativo specifico* sopra dettagliatamente analizzato si devono aggiungere le seguenti norme a cui il MMG si deve attenere:

- Regolamento dell'esercizio della professione: l'Ordine dei medici è Ente di diritto pubblico ricostruito con LLCPS n.233/46 per la disciplina dell'esercizio della professione medica (con l'entrata in vigore dei D.LGS.C.P.S. 13 settembre 1946, n.233, DPR 5 aprile del 1950, n.221 e successive modifiche e della legge 409/85 che ha istituito la professione sanitaria di odontoiatria);
- Codice deontologico: è un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'Ordine che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale; è stato approvato il 3 ottobre 1998 dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri)
- Codice della privacy: il Codice sulla tutela dei dati personali è entrato in vigore il 1 gennaio 2004. Il Codice riunisce in unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni; inoltre contiene anche importanti innovazioni tenendo conto della "giurisprudenza" del Garante e della direttiva Ue 2000/58 sulla riservatezza nelle comunicazioni elettroniche. Il Testo unico sostituisce la

- legge “madre” sulla protezione dei dati, la n. 675 del 1996
- Accordi Regionali ed Aziendali effettuati dalle rappresentanze sindacali più rappresentative della categoria (ogni anno o due)
- Smaltimento dei rifiuti (D.L 5 febbraio 1997, n.22 e Decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n.254)
- Regole della pubblicità sanitaria (Decreto attuativo L.175/92 e le successive modifiche, con il relativo D.M. del 16 settembre 1994, n.657)
- Ecc.

Inoltre nel contesto *legislativo generale* si devono menzionare i seguenti regolamenti – leggi importanti per lo svolgimento dell’attività del MMG:

- Il Fiscale D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 pubblicato sulla Gazz. Uff. 31 dicembre 1986, n. 302, S.O. “Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi.”, IRAP: D.Lgs 15 dicembre 1997 N. 446, DELL’ICI: D.L.gs 504/1992 Imposta Comunale sugli Immobili (I.C.I.) D.L.gs 30 dicembre 1992, n.504- D.L.gs 15 dicembre 1997, n.446 e tutti gli adeguamenti delle leggi finanziarie
- Il Regolamento edilizio : non esistono delle norme specifiche per determinare i requisiti specifici per lo studio del MMG ma vengono presi in considerazione le norme igieniche Comunali nell’edilizia L.R. n.31 del 25.11.02 Titolo III “disciplina generale dell’edilizia”, delibera G.R. n.477 del 21.02.95 “ direttiva in materia di attività produttive caratterizzate da significative interazioni con l’ambiente” che autorizzano e certificano la conformità di edilizia e l’agibilità per locali ad uso ambulatorio medico.
- L’impiantistica regolamentata da una legge quadro che regola gli impianti tecnologici di varia natura (Legge 5 marzo 1990, n.46 “Norme per la sicurezza degli impianti” pubb.G.U. n.360 del 28.12.78 sip.ord.)
- L’INPS/ L’INAIL ( per i dipendenti assunti, tipo il collaboratore di studio – impiegato di IV° livello ecc.)
- Ecc.

### **1.3 Conclusione sul significato dell’evoluzione della normativa per il MMG associato**

Da quanto sopra descritto emerge che il MMG deve, oltre alle regole dell’attività clinica (con una attenzione anche all’etica, all’aggiornamento costante), attenersi a norme e leggi che determinano il suo percorso professionale nel contesto della medicina di primo livello (cure primarie) nel territorio dell’ASL di appartenenza. Il tutto sempre in stretta relazione con le scelte politiche di una società civile basata sulle leggi della democrazia: dalle caratteristiche igieniche fissate per la struttura in cui deve operare all’obbligo della verifica dei “rifiuti speciali” da distinguere da quelli urbani, dal minimo di contenuto necessario nello studio medico – ambulatorio (lettino, telefono, frigorifero, ecc.) al minimo di ore presenti e disponibili fisicamente nello studio garantendo una disponibilità di risposta a visite mediche a domicilio entro la mattina del giorno dopo la chiamata. La convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) richiede al MMG in Italia di garantire un servizio di qualità aggiornato, organizzato in maniera apparentemente autonoma (orari di apertura ambulatoriale congrue ... di mattina e/o pomeriggio) che presuppone a sua volta una programmazione operativa e di allocazione delle risorse personali che richiedono al MMG di fare emergere delle capacità manageriali difficilmente delegabili. Indubbiamente molto viene definito ai tavoli contrattuali con i sindacati maggiormente rappresentativi (firmatari del contratto nazionale – e firmatari degli accordi regionali ed aziendali) ma una parte importante viene gestita autonomamente dal MMG nella sua realtà. Questa dimensione di autonomia viene inoltre a sottolineare l’importanza di offrire le cure primarie migliori ed adattate ad ogni realtà (regionale, rurale, urbana). Le formule di aggregazione lavorativa dei MMG, recentemente costituitisi su base volontaria, non possono prescindere dall’esame del territorio sia sotto l’aspetto geografico che

sociale; è ben nota la difficoltà di costituire delle “medicine di gruppo” in una vallata (per esempio la Val Santerno, 25-30 Km di lunghezza). Anche per l’assistenza domiciliare non si può non considerare la complessa programmazione necessaria; spesso viene richiesta la presenza del medico in fasce d’orario specifiche che permettono al *caregiver* ( il riferimento organizzativo in ogni famiglia) di essere presente al domicilio del paziente. Questa necessità professionale (umanamente molto gratificante per il MMG) del paziente e dei suoi familiari, di un consulto e/o di un consiglio qualificato, crea un spiraglio di impegni che devono essere assolutamente classificati in scale di priorità che necessitano di una capacità decisionale autonoma non delegabile senza possibilità di “distacco” dalle responsabilità e dalla continuità dell’approccio. Non è rara l’esclamazione di molti pazienti al proprio medico, dopo un rientro da un periodo di assenza per ferie “ma dottore, quante ferie fa quest’anno?..” per sottolineare il rapporto di fiducia che non vede possibili “interruzioni”, né sostituzioni.

La possibilità nelle ultime convenzioni di associarsi con varie formule invita il MMG a definire meglio gli impegni nonché ad accettare collaborazioni di altri colleghi MMG o altre figure sanitarie ( infermieri, specialisti...) e non ( segretarie, ecc.).

Quindi si può affermare che negli ultimi anni si sono fatti ulteriori passi per regolamentare il lavoro del MMG sul territorio con lo scopo principale di tutelare il cittadino e di livellare l’assistenza territoriale in maniera uniforme e qualificata.

## CAP. 2 L'ASSOCIAZIONISMO DEL MMG NELLA LETTERATURA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

### 2.1 Le nuove tendenze evolutive della professione

L'attività del MMG (Medico di Medicina Generale) svolta in maniera organizzata insieme ad altri Colleghi MMG, rappresenta un cambiamento di tendenza importante esplicito negli ultimi 20 anni circa nel nostro paese (Brunello 1999, Cuccurullo 1999, Vendramini 2005) in sintonia con quanto è avvenuto e sta avvenendo anche in altri paesi.

Questo cambiamento lento ma inarrestabile che consiste in un impegno che va oltre la diagnosi e la cure delle malattie acute e croniche, coincide infatti con una linea di tendenza e di consolidamento perseguita in molti paesi europei e non, nell'intento di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria a tutte le fasce sociali specie a quelle più bisognose (Baker 1999), offrendo un ampio ventaglio di cure mediche decentrate rispetto alle realtà ospedaliere che dovrebbe invece occuparsi di problematiche acute e complesse.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza (nel senso della efficacia e dell'efficienza) della medicina generale mediante una organizzazione del lavoro in una medicina di gruppo (Grumbach 2004) si individua attraverso la presenza di cinque elementi chiave (definizione degli obiettivi, definizione delle procedure cliniche ed organizzative della gestione ambulatoriale, divisione del lavoro fra gli attori della medicina in gruppo, istruzione e addestramento dei sanitari su percorsi clinici operativi che possano permettere una alternanza nei ruoli, strutturazione di una comunicazione metodica agli utenti con una verifica della percezione della qualità e della capacità di una soluzione dei problemi) e attraverso la raccolta delle testimonianze dei pazienti (Van den Hombergh 2004) sulla disponibilità del sanitario nello studio, sulla qualità di comunicazione e la conoscenza dei percorsi diagnostici e terapeutici a loro proposti, sul livello di informatizzazione della gestione ambulatoriale. Si prendono inoltre in esame anche le metodologie valutative usate dai medici per testare i risultati del proprio lavoro come la valutazione delle ore dedicate all'aggiornamento professionale o all'insegnamento dei giovani praticanti oppure la valutazione della qualità della sicurezza nel lavoro.

A questo processo di cambiamento si contrappongono voci critiche: è il caso dell'Inghilterra (NHS) ove ci sono perplessità sull'utilità, per la MG, di nuove organizzazioni, le quali, oltre ad aver bisogno di anni di rodaggio, possono distogliere l'attenzione del MMG dall'implementazione del governo clinico e della gestione della malattia cronica (Walshe 2004). Comunque in Inghilterra, dopo il 1997, si vuole aumentare il ruolo dei medici di famiglia (GP) abolendo e superando il "fundholding" (sono MMG che gestivano una somma di denaro su un calcolo dei pazienti "pesati" per età) e istituendo i Primary Care Groups (PCG) che dispongono di vari gradi di autonomia della gestione del budget assegnato. Il rischio percepito è appunto lo snaturamento dell'attività del MMG il quale allontanandosi dalla dimensione clinica sembra investire sempre più quella organizzativa-gestionale (Giarelli 2003).

Anche in una ricerca effettuata in Olanda (Van den Hombergh 2004) di valutazione della gestione dell'attività globale del MMG mediante l'impiego di uno strumento di valutazione testato e validato dal 1995 (denominato VIP), consistente in una serie di valutazioni effettuate con dei questionari somministrati a tutti gli attori che fanno parte dello scenario degli studi sia MMG singoli e sia delle varie Medicina in gruppo con l'ausilio di un osservatore esterno, non medico, non sono emerse valutazioni incoraggianti per l'attività del MMG in gruppo poiché la maggior parte dei pazienti ha espresso un parere favorevole all'attività del MMG singolo. La dissonanza fra le priorità del MMG (o del gruppo in cui opera) e le priorità dei pazienti (Neuberger 1998) si evince dalla insoddisfazione espressa dai pazienti delle risposte ai loro bisogni (specie gli anziani, i famigliari dei malati mentali, i malati cronici ecc.) che individuano come fattore negativo in particolare, la discontinuità riscontrata nella a turnazione delle presenze dei MMG negli studi di notte e nelle festività (come Natale e Pasqua). In questo articolo si sottolinea l'importanza di dedicare tempo e

risorse per aumentare la comunicazione ai pazienti e ai loro familiari nonché la loro partecipazione ai processi di pianificazione e distribuzione dei servizi per poter far loro meglio comprendere l'importanza dell'assistenza primaria e poter in seguito condividere le scelte operative avvicinando e sovrapponendo le scale di priorità dei vari attori coinvolti.

L'esperienza nella Regione Emilia Romagna, che con i Comitati Consultivi Misti (Hanau 2004: 201) ha potuto fare emergere in maniera strutturata il grado di soddisfazione dei pazienti –questa risulta una esperienza nota ed apprezzata. Anche in altri studi emerge che i pazienti pongono in cima alla scala delle priorità la disponibilità e l'accessibilità agli studi dei MMG e la maggiore informazione riguardante la propria malattia, poi la sua diagnosi e cura, e che i MMG considerano prioritario invece questioni concernenti l'abilità professionale, la buona cooperazione fra MMG e il buon coordinamento fra gli attori della medicina di famiglia nelle diverse tipologie di assistenza (Vested 2002). La differenza delle priorità dei pazienti e dei MMG può sorgere anche da aspetti culturali differenti, dalla diversa composizione della popolazione per età, genere, stato di salute e per il tempo (4 anni) intercorso fra le due ricerche. La situazione italiana si caratterizza per il fatto che la vita media si è molto allungata sia per le donne sia per gli uomini specie in Italia che, dopo il Giappone, è il paese più longevo al mondo; molte più malattie sono oggi curabili ma sono diventate croniche (più o meno invalidanti) e necessitano di percorsi terapeutici non esclusivamente farmacologici. Anche gli utenti – pazienti devono cambiare: occorre dare una motivazione forte al paziente affinché sia un protagonista della propria salute, è necessario corresponsabilizzarlo insegnandogli la conoscenza e l'autogestione dei vari indicatori della salute come la misurazione della pressione arteriosa, il peso, la glicemia ecc., e bisogna incoraggiare la de-medicalizzazione di una parte delle patologie croniche rivalutando la conoscenza dei corretti stili di vita. E' indispensabile intervenire in maniera appropriata nella soluzione delle malattie acute dividendo fra la categoria delle malattie acute di primo livello (bassa complessità) e quelle che necessitano comunque degli interventi di strutture ospedaliere (alta complessità). Ci sono diverse proposte operative in tal senso (L.P. Casalino 2005) fra cui anche l'utilizzo da parte dei MMG di gruppi strutturati (**disease management companies**) che istruiscono il paziente sulla conservazione di una buona qualità di vita mediante l'acquisizione di conoscenze sulla corretta alimentazione, sull'utilità di una attività motoria regolare, sul rilevamento degli indicatori della salute tipo la misurazione del picco di flusso negli asmatici (oltre la pressione arteriosa ecc.) sulla conoscenza dei primi sintomi sospetti di una ricaduta, sulla adesione alle terapie prescritte ecc. E' questa una proposta di un lavoro convergente e coordinato per avere dei paziente informati ed attivi che lasciano il MMG a concentrarsi nella diagnosi e nella cura delle malattie. Queste iniziative, commenta l'autore (L.P.Casalino 2005), sono proponibili a medicine di gruppo che possono usare modelli simili anche per una collaborazione in vari altri campi della gestione di malattie ed assistenza sul territorio.

Inoltre il nucleo familiare è diminuito (è spesso essenziale, composto da 1-3 elementi raramente da 4- 5 e quasi mai convive con la generazione dei nonni) per la nota migrazione della popolazione verso i grandi centri urbani, pertanto molti "single" – famiglie mono-componenti - sia giovani che anziani, anche se hanno dei bisogni diversi, conducono una vita solitaria in certi periodi, il che implica uno scarso conforto affettivo e uno scarso confronto propositivo nei momenti critici di malattia (organica e/o psicologica) che possono fare emergere anche malattie psicosomatiche, note come importante causa di malessere diffuso nella nostra società.

Il MMG in questo contesto, sia che operi nei centri urbani che rurali, deve misurarsi con l'aspetto sanitario della persona e del nucleo familiare (e non solo) (A. Braunack Mayer 2004): dalla **prevenzione primaria** (impegnandosi nella trasmissione della conoscenza degli stili di vita salutari nella "promozione della salute" e nella raccomandazione di vaccinazioni, ecc.), alla **prevenzione secondaria e terziaria** per la quale bisogna puntare sulla conservazione della salute "residua" (F.Pellegrino 2005). Dovrà dunque affiancare il paziente nella scelta del percorso diagnostico e terapeutico sia dal punto di vista del counselling (per appropriatezza, efficacia, efficienza) sia dal punto di vista della compliance (adesione alle terapie anche a quelle a lungo termine).

## 2.2 Il problema della formazione e della ricerca

La Medicina Generale come materia di insegnamento Universitario si trova in Europa a vari stadi di sviluppo in quanto spesso ha trovato sul suo cammino molti ostacoli anche se è assolutamente confermata l'importanza della medicina generale, con la **definizione delle 6 aree che il MMG** deve controllare nella cura della salute sia a livello nazionale che europeo (C. Lionis 2004) indipendentemente dal Sistema Nazionale di Assistenza alla salute che vige in ogni paese ; le sei aree sono le seguenti: l'efficacia, la produttività, l'accessibilità, la continuità, la qualità e la reattività; in particolare:

- L'*efficacia* si riferisce alla capacità dei differenti modelli di mantenere o migliorare la salute delle persone o della popolazione;
- La *produttività* è apprezzata a partire dai costi dei servizi e dalla qualità erogata, dal tipo e dalla natura dei servizi utilizzati per la presa in carico di un problema di salute, un episodio di cura, una persona o una popolazione;
- L'*accessibilità* comprende a sua volta tre dimensioni: l'accessibilità globale che si riferisce alla facilità con la quale si ottiene un servizio, l'accessibilità ai servizi di primo livello in riferimento alla tempestività della visita del medico per un paziente e l'accessibilità agli altri livelli di cura in riferimento alla facilità e alla tempestività a ricevere dei servizi specialistici e diagnostici. L'equità di accesso è il grado con il quale l'accessibilità esiste, senza distinzioni di età, di stato socio-economico o di etnia delle persone.
- La *continuità* si riferisce alla fornitura di servizi che si effettuano senza interruzione dall'inizio alla fine di un episodio di cura.
- La *qualità* descrive tre diversi aspetti dei servizi: la qualità totale, come è percepita dai pazienti o dai professionisti, la conformità a delle linee guida, la pertinenza e l'appropriatezza dei servizi.
- La *reattività* concerne la presa in considerazione e il rispetto delle attese e delle preferenze degli utilizzatori da parte dei professionisti e viene misurata con la soddisfazione dell'utente).

L'Italia è rimasto uno dei pochi paesi in Europa dove non c'è presenza istituzionale della medicina generale nell'Università (G.Tognoni 1995). Il non adeguamento normativo alle direttive europee, che prevedevano già dal 1984 l'apertura di Istituti di Medicina Generale nelle Università, non solo con fini di insegnamento pre e post laurea, ma anche di stimolo/coordinamento/supporto della ricerca, ha sicuramente influito alla non sufficiente diffusione della cultura alla ricerca in Italia.

In molti paesi in Europa (D. Lauri 1998), USA (T.Groves 1996) e altri parti del mondo, coordinazione e promozione della qualità della ricerca sono realizzate grazie alla collaborazione fra i College dei medici di famiglia e i Dipartimenti Universitari di medicina generale.

La ricerca in Medicina Generale costituisce la sfida del prossimo futuro (C. Lionis 2004), un'opportunità per comprovare la specificità della medicina generale e il suo alto valore sociale. La ricerca deve essere strutturata con canali didattici costantemente interattivi per poter raccogliere e scambiare le competenze delle varie realtà locali e nazionali. In Europa esiste già la "European General Practice Research Network (EGPRN) che ha lo scopo di contribuire al dibattito scientifico sulla medicina generale e l'assistenza medica di primo livello.

### 2.3 Il processo associativo e la sua dimensione organizzativa

Il fenomeno associativo dei MMG in Italia può essere analizzato anche come se fosse inserito in un modello multidimensionale, fondato cioè su di un approccio comprensivo di tre livelli: micro – meso -macro del sistema sanitario in rapporto agli attori che in esso operano (Giarelli 2003:162-168).

A livello micro si colloca quella che definiamo la **dimensione clinica** del lavoro medico (attività assistenziale), ovvero le modalità di accertamenti /indagini a vari livelli di complessità, la diagnosi, la cura (per problemi organici, mentali e/o sociali). L'approccio metodologico a quanto sopra elencato può essere deduttivo, basato sia sulle evidenze scientifiche (EBM) sia su esperienze pratiche; in seguito, le decisioni di intervento possono essere di terapia farmacologia, chirurgica o di tipo comportamentale – di educazione sanitaria, coniugate naturalmente con l'apporto delle consulenze specialistiche (di secondo o terzo livello). Il sistema d'interazione clinico si fonda sulla relazione sociale fondamentale medico-paziente, che andrebbe però vista non semplicemente come una relazione biunivoca ma come una relazione plurale, dal momento che coinvolge sia i colleghi dell'associazione sia i caregiver di riferimento del paziente (familiari, badanti, ecc.). La dimensione clinica (medico assistenziale) si colloca nell'ambito di quel livello intermedio tra micro e macro che definiamo **dimensione organizzativa** (la quale struttura in maniera caratterizzante le condizioni del lavoro clinico e la relazione con il paziente/caregiver sulla base di una determinata divisione del lavoro sanitario che definisce i ruoli e le risorse a disposizione. La stessa scelta associativa si colloca a questo livello come un determinato (o, meglio, determinati, dal momento che può presentare più forme) modello organizzativo che modifica in maniera più o meno sostanziale le condizioni del lavoro clinico individuale tradizionale.

Il livello macro rappresenta il **contesto strutturale** del sistema sanitario nel quale la medicina in associazione opera: quella che definiamo la dimensione strutturale è dunque costituita dal sistema di interazioni tra il fenomeno associativo e il complesso di attori sociali e istituzionali che nel sistema sanitario operano. La comunità locale era e resta il referente principale della assistenza primaria: sono i cittadini, con i loro bisogni ma anche le loro aspettative nei confronti della salute, i committenti nella sanità. Si può supporre che l'associazionismo in MG può servire ai medici come un supporto per essere “meno soli” nei momenti di decisioni responsabili in un territorio dove non ci sono gerarchie professionali e dove fin'ora, le competenze potevano fare la differenza nell'aver un consenso maggiore nel parco degli utenti; è una formula che permette di fare valutazioni collegiali e confronti costruttivi ai fini di avere decisioni strutturalmente più solidi. A livello organizzativo anche le modalità di valutazione del lavoro clinico costituiscono un indicatore fondamentale. Le riflessioni che potremmo porci qui sono quindi:

Il MMG, giorno dopo giorno ha un impegno molto importante atto alla costruzione di un rapporto di fiducia. Proprio questo “rapporto di fiducia” è al centro di tutte le azioni del MMG sia nel continuo aggiornamento sia nell'adesione all'evoluzione organizzativa del proprio lavoro. In altre parole l'impegno del medico deve comprendere:

- l'aumento della disponibilità oraria di tutte le medicine “in associazione”, “in rete” e “in gruppo” per “esserci” quando il paziente ha bisogno (A. Braunack Mayer 2003)
- l'uso dei sistemi informatici per una migliore conservazione dei dati dei pazienti, come uno strumento per promuovere ricerche epidemiologiche standardizzate (studi osservazionali longitudinali per esempio..)( T Benson 2002), atte a conoscere appieno i bisogni e lo stato di salute del paziente
- l'organizzazione dell'attività ambulatoriale anche “per appuntamento” – per rispettare gli impegni di lavoro e di famiglia di molti utenti nell'ottica della de-medicalizzazione e del valore attribuito al tempo nella società moderna (Di Sisto 2005)
- l'adesione all'uso di linee guida (R.Baker 1999) per la diagnosi e la terapia di molte patologie secondo la EBM ( la medicina basata sull'evidenza) che mantiene un rispetto alto non solo della persona ma anche del medico e del paziente inseriti in un contesto di una società che, come in tutti i sistemi, deve tenere conto di una serie di priorità per un corretto

- uso di risorse
- l'ampliamento e il sostegno dell'assistenza domiciliare specie nelle forme croniche terminali (nelle cure palliative) con una visione olistica che coniughi comprensione e continuità (A. Braunack Mayer 2003) per sottolineare l'importanza della persistenza del paziente al proprio domicilio sia perché l'ambito familiare contribuisce ad alzare la soglia della sofferenza e del dolore del paziente sia perché il contatto continuo con i familiari potrebbe servire alla preparazione di un percorso più lieve nella "elaborazione del lutto".
- la necessità di un aggiornamento continuo e di un confronto fra pari mediante vari metodi fra cui il "self audit" (P.Longoni 2005) sviluppando anche la ricerca in medicina generale (C Lionis.2004)

Per poter affrontare un così ampio ventaglio di competenze il MMG è stato maggiormente stimolato ad avvicinarsi alla medicina svolta insieme ad altri colleghi di MG ( nelle sue più svariate forme). Non si può non tenere conto della specificità della professione del MMG che da sempre ha svolto la sua professione "da solo" (C.Cuccurullo 1999, G.L Passerini 2005) e pertanto nel periodo iniziale dell'esercizio in una nuova organizzazione tutto è diverso. Le persone **non** si adeguano a nuovi modelli organizzativi in tempi programmabili e tutto sembra che possa interferire sul "rapporto di fiducia" fra il medico e il paziente: l'interposizione di un collega, l'interposizione di una segretaria, l'interposizione di un'infermiera, l'interposizione del tempo dedicato all'aggiornamento obbligatorio, l'interposizione delle linee guida, l'interposizione degli accordi di budget ecc.....

Risulta altrettanto difficile, per il MMG, la revisione critica dei percorsi diagnostici e terapeutici da fare in tempi brevi (a volte brevissimi) anche se con l'ausilio di linee guida (R.Baker 1999) condivise; basti pensare a "gli stadi del cambiamento" (Prochaska J. 1997) necessari per modificare comportamenti come la precontemplazione, la contemplazione, la determinazione, l'azione, il mantenimento e la possibile ricaduta. Lo sviluppo tecnologico incalzante e l'informazione dai media e non, riversata su tutti i cittadini, non sempre disinteressata, richiedono al MMG un impegno costante e un governo clinico con le redini ben salde. L'uso appropriato delle risorse disponibili destinate al territorio e gli accordi con il S.S.N., nonché gli accordi budgetari Regionali e Aziendali ( E.Vendramini 2001) impegnano altresì il MMG in decisioni di responsabilità verso la comunità che possono trovare apparentemente punti di incongruità con la missione classica del medico di famiglia .

La necessità di aprire e conservare canali di confronto continuo con altri MMG (che dipende dalla dimensione del gruppo (C.Bojke 2001) ) che lavorano insieme e che devono conoscersi ed avvicinarsi per poter operare in maniera più omogenea possibile (R.Branson 2004, K.Brumbach 2004) e la necessità di collaborare con altre figure sanitarie complementari richiedono uno sforzo organizzativo e negoziale costante che supera spesso la dimensione professionale di disponibilità, comprensibilità e continuità (A Braunack-Mayer 2004, C.J. Stille 2005) dei MMG.

Così come in ogni convivenza, esistono "la rinuncia" e/o "la concessione" che poi vengono bilanciate dalla "nuova conoscenza" e dalla "miglior realizzazione", le quali permettono di aprirsi a nuove formule di lavoro e ad una nuova progettualità che rinforza la motivazione delle proprie scelte professionali. Non solo, ma per confermare la nuova formula e per rinsaldare il progetto esiste la necessità di valutare la qualità dell'assistenza costantemente – come lo strumento sviluppato in Galles da un gruppo di MMG "The Maturity Matrix"(G.Elwyn 2004) o il VIP (Van den Homberg 2004) e di dedicarsi al proselitismo per una analisi comparativa dinamica interattiva con molti altri colleghi di MG.

Risulta anche che il MMG ha sperimentato varie forme organizzative di "Continuità Assistenziale" con le quali collaborare ai fini di una soddisfacente assistenza primaria anche nelle ore notturne e nei giorni festivi (C Salisbury1997, R Leibowitz.2003). La fornitura di un buon servizio di assistenza ai propri pazienti nelle ore fuori dall'orario del lavoro del MMG ha ridotto molto le cause di demoralizzazione - frustrazione del MMG. Questo può contribuire a capire quanto il MMG tenga a essere vicino ai propri pazienti, se non fisicamente almeno assicurando loro un servizio di

qualità affidabile. In una rassegna sistematica (R.Leibowitz 2003) sono stati analizzati vari modelli organizzativi di servizi della Continuità Assistenziale (CA) per poter fornire dei suggerimenti ai politici sulla struttura che può essere impostata per coprire anche le ore del giorno e della notte in cui il MMG non è presente nello studio. Emerge in questa rassegna lo stretto rapporto che esiste fra i risultati clinici, il carico del lavoro del MMG e la soddisfazione dei pazienti e gli stessi MMG, in altre parole meglio è organizzata l'assistenza ai malati nelle ore non coperte dai MMG e meglio viene svolto il lavoro del MMG nei confronti di tutti i pazienti più bisognosi.

Non ci deve sorprendere (R.Branson 2004) il fatto che ci possono essere fisiologiche problematiche nei rapporti fra persone che lavorano insieme spesso anche con dei momenti di tensione altissima, in quanto oltre la responsabilità dello stato di salute di persone che si sono affidate a loro, esiste un carico di lavoro non sempre preventivabile (G.Maso 2005) e non sempre correttamente divisibile. Tutto deve essere visto comunque come una fase transitoria necessaria perché tutti possano valutare con serenità i vantaggi (S. Endsley 2005) di svolgere questa specifica attività di MMG in maniera coordinata, condivisa con le altre figure professionali (infermieri, segretari, colleghi specialisti, assistenti sociali, ecc.) indispensabili affinché si realizzi il percorso migliore per il paziente e la sua famiglia oltre che per la società. Le esperienze effettuate nelle varie realtà come Modigliana (FO), Castel S.Pietro Terme (BO), Cremona, Imola (BO) ecc., descritte (C.Brunello 1999), oppure come quella analizzata delle medicine di gruppo di Milano e Provincia (J.Landau 2000) dimostrano come sia ancora lunga la strada per una "vera integrazione" anche se molto si è fatto e si fa tuttora in maniera pionieristica - volontaria con un approccio importante tipo "bottom up", cioè a partire dal fondo, dalla base, da parte dei MMG, per adattare la formula di "lavoro insieme" alle varie realtà, alle varie generazioni dei medici e alle varie posizioni di carriera dei MMG al momento di aggregazione.

In una ricerca effettuata dalla rivista medica "Occhio Clinico", pubblicata nel settembre del 2000 viene documentato lo stato di sviluppo della particolare forma associativa rappresentata dalla "medicina di gruppo". L'indagine è stata resa possibile grazie alla collaborazione del Centro studi e ricerca in medicina generale (CseRMeG) che ha inviato una richiesta di informazioni a **103 Ordini dei Medici** d'Italia, sebbene **solo 19** si siano resi disponibili a collaborare. Complessivamente da questa esperienza emerge chiaro il fatto che, nonostante alcuni elementi di incertezza che sono palesemente residui di un modo tradizionale di esercitare la professione, essere organizzati in gruppo per i medici rappresenta la possibilità di fornire più servizi agli assistiti con minor dispendio di energie e minori costi, ed è possibile l'assunzione di personale paramedico o di segreteria difficilmente sostenibile da chi lavora da solo. Questo consente a ogni singolo medico del gruppo di ridurre la parte burocratica e ripetitiva del lavoro e poter affrontare al meglio la funzione primaria della diagnosi e della cura (G. Rizzi 2000). Inoltre vengono di seguito riportati dati interessanti di un'altra indagine recente che analizza sia la distribuzione dell'associazionismo dei MMG in Italia sia le loro caratteristiche anche nei percorsi professionali.

Dell'Analisi Nazionale svolta e elaborata dal Ministero della Salute nel dicembre 2004 dal titolo "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione di Cure Primarie" ai cui questionari hanno risposto tutte le Aziende Sanitarie Locali italiane si illustrerà qui di seguito una parte dei dati. L'obiettivo è stato quello di acquisire le conoscenze sulla dimensione dei vari progetti avviati, sui programmi comuni nell'ambito del fenomeno associativo (nelle varie forme) a livello di ciascuna Regione e a livello delle macroaree del Nord (Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, Province autonome di Trento e di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, **Emilia Romagna**); del Centro (Toscana, Umbria, Marche, Lazio); del Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria); delle Isole (Sicilia Sardegna). Il metodo utilizzato è stato quello dell'indagine conoscitiva condotta capillarmente su tutte le ASL del territorio nazionale mediante un questionario composto da 11 domande relative ad altrettanti argomenti contenuti nel DPR 270/2000; la logica utilizzata nella costruzione sia dei quesiti che delle possibili risposte, nonché della loro sequenza, è stata quella del controllo crociato tra di loro, tale da poter valutare, con elevata approssimazione, il grado di attendibilità delle risposte fornite. Il questionario è stato compilato dai referenti ASL identificati dal Direttore Generale. Il significato delle risposte

ottenute può essere commentato come di seguito indicato:

- ✓ la percentuale delle risposte al questionario è stata alta (il 92,8% cioè 181/195 ASL) anche nelle macroaree la percentuale di risposte è stata alta (Nord il 96,5%, 83/86 ASL; Centro il 90,2%, 37/41 ASL; Sud il 92,2%, 47/51 ASL; Isole 82,2%, 14/17 ASL). La Regione Emilia Romagna fa parte della macroarea Nord .
- ✓ La media nazionale dei dati ottenuti dalle risposte pervenute mostra che relativamente alla:  
Assistenza Primaria:
  - nel 94,5% delle ASL esiste un livello aziendale di organizzazione sanitaria primaria;
  - nel 97,8% sono attivati i Distretti nell'Azienda;
  - nel 68,5% esiste una politica di Budget a livello aziendale

#### **Medicina in associazione:**

- in Italia è coinvolto il 36,7% dei MMG e nella Macroarea del Nord sono il 43,24% (la più alta percentuale rispetto alle altre microaree);
- numero di associazioni in Italia: 3256 di cui 1670 nel Nord (il valore più alto rispetto alle altre microaree cioè il 51,29%);
- la popolazione interessata a questo tipo di organizzazione associativa è il 36% in Italia e il 42% nella macroarea Nord;
- nel 25,9% sono presenti studi a sede unica, nel Nord il 22,9%
- esistono linee guida condivise in Italia :il 56,9% per malattie cardiovascolari – Nord il 69,9%, il 14,9% per malattie neurologiche – Nord il 10,8% e il 47% per le malattie metaboliche – Nord il 56,6%;

#### **Medicina in rete:**

In Italia è coinvolto il 9,8% dei MMG, al Nord – anche 9,8% (maggior percentuale il sud con 15,1%);  
il numero degli assistiti coinvolti è nella percentuale di 9,9%, il Nord 9,5%;  
il numero di queste forme associative in Italia di 744 e nel Nord 361 (cioè il 48,52%);  
per notizie sulla rete informatica – risulta una risposta limitata fra 18 e 40%

#### **Medicina in gruppo:**

in Italia è coinvolto il 13,8% dei MMG e al Nord il 12,8%;  
il numero degli assistiti coinvolti in questa tipologia di organizzazione dei MMG è nella percentuale di 14,4%, nel Nord il 12,6%;  
il numero di queste forme associative risulta nel territorio nazionale di 1541, nel Nord 698 (cioè il 45,30%);  
il numero degli infermieri professionali in Italia è 567 e al Nord è 355 (cioè il 62,61%);  
il numero dei collaboratori di studio è in Italia 3262 a al Nord 976 (cioè il 29,92%);

### **CAP. 3 L'ORGANIZZAZIONE DELLE FORME ASSOCIATIVE DELLA MEDICINA GENERALE NELLA REALTÀ IMOLESE: UN'INDAGINE QUALITATIVA PRELIMINARE**

#### **3.1 Elementi di contesto**

Le forme di associazionismo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nella realtà dell'AUSL di Imola (Bologna), che è costituita da un unico Distretto, sono prevalenti rispetto ad altre realtà. Ci sono novantotto (98) medici di MG distribuiti su un territorio di 10 Comuni ( Castel S.Pietro Terme, Dozza-Toscanella, Mordano, Castel Guelfo di Bologna, Medicina, Castel del Rio, Fontanelice, Borgo Tossignano, Casalfiumanese, Imola) che assistono una popolazione di 119,417 abitanti e 85 di loro hanno autonomamente scelto forme diverse di associazionismo:

- tre “Medicina in Associazione” così composte: 2 da sette medici e 1 da nove medici per un totale di 23 medici con una età media di 52 anni( recentemente una associazione si è trasformata in medicina in rete);
- quattro “Medicina in Rete” così composte: 1 da sette medici, 1 da sei medici, 1 da cinque medici e 1 da quattro medici – per un totale di 31 medici con una media di età di 50 anni; (1 rete è recentissimamente diventata gruppo composta da 9 medici)
- dieci “Medicine di Gruppo” così composte: 1 gruppo da 9 medici, 6 gruppi da tre medici, 2 gruppi da quattro medici, 1 gruppo da cinque medici per un totale di 31 medici con una età media di 51 anni

Quindi l'86.73% dei MMG (85 /98) dell'AUSL di Imola (BO) opera in associazionismo nelle diverse forme (vs la media Regionale del 70% circa). Già presenti a Imola dal 1981 : 3 Medicine di Gruppo che coinvolgevano 11 medici di MG (2 a Imola e 1 a Castel S.PietroTerme (BO).

I restanti 13 medici continuano la loro attività professionale in maniera singola – tradizionale isolata.

Da fonte amministrativa del Distretto di Imola risulta che l'attività dei MMG viene sostenuta con incentivi ( concordati a livello regionale) sia che essi operino in associazione (in qualsiasi forma) sia no, purché dichiarino di rispettare i requisiti previsti dall'accordo nazionale o da quello regionale; in particolare risulta che :

1) i medici che percepiscono l'indennità informatica sono 60. Viene richiesto loro la garanzia di stampare almeno il 70% delle prescrizioni e gestire la cartella sanitaria del paziente usando non solo l'informatica (in senso generale) ma anche un programma di gestione individuato (concordato con le rappresentanze sindacali – FIMMG - nel lontano 1996) che viene fornito, nell'ambito degli accordi che stipulano i MMG con l'ASL nel momento della presentazione di nuove forme organizzative, dalla stessa ASL, importante per poter avere una uniformità di impostazione lavorativa - per problemi clinici - in tutta l'azienda);

2) i medici che percepiscono l'indennità di collaboratore di studio sono 20. Viene richiesto loro di documentare una assunzione con un contratto regolare per almeno 10 ore settimanali;

3) i medici che percepiscono l'indennità di collaborazione infermieristica sono 3. Gli incentivi per ottenere questa indennità sono diversificati in relazione al numero dei pazienti che sono iscritti negli elenchi del singolo MMG e in particolare così pianificato: 2 ore settimanali fino a 500 assistiti , 4 ore settimanali fino a 900 assistiti, 5 ore settimanali fino a 1200 assistiti, per 6 ore settimanali oltre i 1200 assistiti. Il numero dei MMG che ricevono questo incentivo è molto inferiore rispetto a coloro che lo ricevono per i collaboratori degli studi, prima ricordati, in quanto l'ASL fornisce a vari gruppi, sempre nell'ambito di accordi individuali, il personale infermieristico aziendale;

4) i medici che ricevono i locali degli ambulatori in uso o viene corrisposto l'affitto sono 34 e sono medici associati in gruppo (*non è la regola per tutti coloro che svolgono l'attività “in gruppo”*). Inoltre viene corrisposto l'affitto a due medici per due ambulatori dislocati in un territorio che serve

una popolazione lontano da un centro urbano, considerata zona disagiata e sono nei Comuni di Spazzate Sassatelli e di Giugnola).

### 3.2 Obiettivi dello studio preliminare

Lo studio qualitativo preliminare si è prefissato di analizzare la dimensione, la struttura e la dinamica organizzativa delle forme associative previste in MG nella realtà imolese. Vengono qui di seguito illustrate la tipologia dell'assistenza primaria nonché le connotazioni dei rapporti fra i MMG, fra loro e le altre professionalità complementari (come la segretaria, l'infermiera, i medici specialisti, ecc...); si è cercato inoltre di evidenziare i legami esistenti con l'AUSL d'appartenenza - oltre alle norme contrattuali, le aspettative e le proposte operative che sono emerse mediante i rilevamenti ottenuti da un attivo coinvolgimento dei MMG imolesi dando loro l'opportunità di esprimere ogni loro osservazione sui seguenti tre quesiti:

1. Quali sono state le motivazioni che hanno contribuito al cambio dell'organizzazione del proprio lavoro, da medico singolo a medico "in associazione", "in rete" o "in gruppo"? Quali sono i problemi nella gestione del lavoro insieme?
2. L'integrazione con altre figure professionali sanitarie: esiste? Ci sono esperienze? Quali?
3. Come sono i rapporti del gruppo/associazione/rete con l'AUSL: quali sono le aspettative per il futuro?

Lo scopo finale dell'indagine preliminare è stata quella di produrre gli elementi utili alla costruzione del questionario che è stato somministrato come strumento fondamentale dell'indagine conoscitiva programmata. Non solo ma anche per poter saggiare la disponibilità dei MMG di essere protagonisti nelle verifiche dei cambiamenti storici a livello organizzativo.

### 3.3 La metodologia adottata: il focus group

Il focus group è una tecnica di ricerca che nasce negli Stati Uniti ad opera di due sociologi degli anni '40 del Novecento, **K. Levin e R. Merton**, al fine di focalizzare un argomento e far emergere le relazioni tra i partecipanti. Si configura quindi come una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, invitate da uno o più moderatori a parlare tra loro, in profondità, dell'argomento oggetto di indagine. La sua caratteristica principale consiste nella possibilità di ricreare una situazione simile al processo ordinario di formazione delle opinioni, permettendo ai partecipanti di esprimersi attraverso una forma consueta di comunicazione, la discussione tra "pari". I soggetti coinvolti definiscono la propria posizione sul tema confrontandosi con altre persone, mentre il ricercatore può limitare la sua influenza sulle loro risposte e distinguere le opinioni più o meno radicate.

Durata: il focus group non deve durare meno di 90 minuti e non oltre i 120 minuti.

Condizione: il focus group viene normalmente effettuato da due persone: un animatore e /o moderatore che conduce la discussione e un osservatore che esamina le dinamiche di relazione del gruppo.

Partecipanti: i partecipanti al focus group devono essere almeno 6/7 e non più di 12/13 persone, poiché un numero inferiore potrebbe inficiare le dinamiche di gruppo, mentre un numero superiore tende spesso a censurare l'intervento delle opinioni contrarie o deboli, non permettendo a tutti i partecipanti di esprimere al meglio le proprie idee.

Fasi di attuazione del focus group: si compone di quattro fasi principali:

1. RISCALDAMENTO – è la fase più delicata in cui si determina l'esito del focus group, poiché spesso conduttore e osservatore sono percepiti con diffidenza, quali intrusi indagatori; pertanto, è bene mitigare il clima con un approccio amichevole e "soft". Si inizia poi a strutturare la comunicazione sul contenuto, stimolando i partecipanti con un giro di tavolo o mediante la tecnica del metaplan, invitandoli a riflettere su un tema generico che deve essere sempre più specificato e indagato nella direzione utile rispetto ai fini preposti, seguendo i ragionamenti e le parole dei partecipanti stessi e facendone un'analisi semantica e del contenuto per farne emergere le criticità.
2. RELAZIONE – in questa fase si indaga il clima del gruppo, è perciò opportuno fare domande su tematiche di interesse comune e condiviso (tipo la mission dell'ente, i valori, la cultura aziendale laddove si conduce un focus group interno all'Amministrazione). E' possibile utilizzare le tecniche proiettive per stimolare le libere associazioni e favorire l'esposizione di tutti i partecipanti (ad esempio: se io dico ..., voi dite....? – Un buon motivo per lavorare qui è ...? – Se avessi la bacchetta magica, della mia amministrazione cambierei ....?)
3. CONSOLIDAMENTO – in questo momento, di norma, emergono le problematiche più sentite: è perciò importante, oltre a lasciare che il gruppo metta in evidenza le proprie criticità, tentare di calmare i partecipanti affinché non si verificino conflitti e per evitare che il focus group diventi uno "sfogatoio" di problemi più di affermazione personale che di necessità professionale.
4. DISTACCO – la quarta fase è quella dell'allontanamento: per evitare di deludere le aspettative dei partecipanti, che, a questo punto, se la tecnica di ricerca è stata condotta ed utilizzata nel modo appropriato, sono in piena sintonia con il conduttore, in cui ripongono fiducia, è bene attuare un distacco graduale, lasciando che il gruppo si sfaldi da sé, in modo naturale.

Nella letteratura si sottolineano alcuni consigli:

1. Non azzardare domande di cui non si può supporre la risposta
2. Contenere il leader informale che tenta di trascinare il gruppo con la sua prepotenza vocale o con il suo ascendente
3. Non lasciare che l'incontro diventi un "sfogatoio", perciò contenere chi fa interventi troppo lunghi e poco inerenti alle finalità perseguite
4. Tentare di incrementare la relazione tra conduttore/osservatore e partecipanti
5. Dar sempre voce ai più deboli e ai più timidi, altrimenti si rischia di perdere punti di vista importanti
6. Bloccare quelle domande del gruppo che mirano a temi personali
7. Non mettersi mai in conflitto con i partecipanti, anche se di opinione contraria alla propria
8. Non esprimere mai la propria opinione e non dare giudizi, tentare invece di rilanciare sempre la questione al gruppo

Chi conduce il focus group non si deve preoccupare di risolvere il problema/la questione: non è questa la sede. Il focus group è fatto perché sia il gruppo dei partecipanti a proporre soluzioni. (Corrao S. 1999)

### 3.4 La realizzazione dei focus group

L'indagine preliminare è stata realizzata nei mesi di Giugno–Luglio–Settembre 2005 e indirizzata ai Presidenti-referenti dei MMG associati sul territorio imolese mediante la realizzazione di due appositi focus group. Ciò al fine di produrre il materiale necessario alla elaborazione collettiva di un questionario semistrutturato che, per essere successivamente ben accettato e compilato da tutti i MMG imolesi, necessitava di una elaborazione collettiva come quella che il focus group consente.

L'attenzione è stata concentrata sui seguenti punti per poter ottenere la massima partecipazione e la massima condivisione della metodologia applicata:

- modalità di selezione dei partecipanti – sono stati invitati tutti i Presidenti – come da Atto costitutivo Statutario - delle varie associazioni perché non si è voluto trascurare nessuno; un

importante fattore a favore della prima parte del Focus Group è stata la conoscenza da anni di tutti i componenti del gruppo convocato;

- modalità di contatto – sono stati contatti e invitati telefonicamente più volte a distanza di otto giorni e poi ancora due giorni prima della data prefissata per il primo Focus Group. Per il secondo Focus Group il contatto realizzato è stato inizialmente mediante una lettera personale ai Presidenti delle varie associazioni e poi una telefonata negli ultimi tre giorni prima della data prefissata. Sia le telefonate sia le lettere hanno visto operativo solo il ricercatore (l'autore S.Ehrlich anche lei MMG in questa ASL). Salvo qualche telefonata eccezionale del Tutor Aziendale (Dott. Corrado Fini) a qualche MMG scelto da lui fra coloro che conosceva meglio (essendo il Responsabile dei NCP di Imola); il personale dell'ASL è stato appositamente poco coinvolto per permettere ai MMG di comprendere quali erano i veri scopi dell'indagine programmata, che non aveva niente a che fare con possibili controlli su prescrizione o altro ecc. da parte dell'ASL stessa.
- eventuali rifiuti e motivazioni- nel corso delle telefonate effettuate di invito si sono raccolte alcune impossibilità ad essere presenti – in quanto è stato effettuato nel mese di Luglio possibile periodo di assenza per ferie (mese dedicato ad una parte delle ferie) in quanto veniva programmato con molto anticipo e non c'era possibilità di posticipazione di queste ferie. Poi dopo l'avvenuto incontro si sono raccolti altri pochissimi messaggi o telefonici (sms) o per e mail, dove i MMG assenti si scusavano per l'assenza, causa impegni improvvisi sopravvenuti. Solo da due MMG si è raccolto un rifiuto a questo tipo di iniziativa e confronto.
- modalità di organizzazione degli incontri – l'incontro del Focus Group è stato organizzato nelle ore serali (20.30 –23.30) in una giornata feriale – con un invito che precisava lo scopo, il luogo ma anche che la presenza all'incontro non avrebbe avuto un compenso economico; su questo ultimo punto non c'è stata da nessun MMG una osservazione né seria né ironica; l'organizzazione è stata fatta direttamente sempre dall'autore della ricerca (S.Ehrlich), autonomamente, prendendo contatto con le persone addette alla concessione gratuita della sala riunione adiacente la biblioteca dell'Ospedale Nuovo di Imola .
- sede e numero di incontri effettuati – la sede scelta è stata la sala riunioni adiacente la biblioteca all'interno dell'Ospedale S.M.della Scaletta di Imola – perché noto a tutti i MMG da anni – in quanto spesso luogo di incontri di aggiornamento periodici professionali.

L'oggetto della discussione è stato in generale individuato nella dimensione organizzativa nuova dell'attività clinica del MMG e in particolare l'oggetto è stato diviso in tre parti (vedi allegato1) con una traccia preparata dal ricercatore per poter somministrare i vari input durante l'incontro ai fini di stimolare una discussione proficua e più possibile ampia come qui di seguito elencato:

- ✓ Quali sono state le motivazioni che hanno contribuito al cambio dell'organizzazione del proprio lavoro da medico singolo a medico “in associazione”, “in rete” o “in gruppo” ? Quali problemi nella gestione del lavoro insieme?
- ✓ L'integrazione con altre figure professionali sanitarie: Esiste? Ci sono esperienze ? Quali?
- ✓ Come sono i rapporti del gruppo/associazione/rete con l'AUSL: quali aspettative per il futuro?

I due Focus Group hanno coinvolto membri omogenei per esperienza associativa ed in un numero limitato; è stato presente un moderatore/conducente che ha diretto la discussione e ha curato che ogni partecipante potesse esprimere liberamente la propria opinione. E' stata data importanza alle quattro fasi attuative del Focus Group ( vedi sopra). L'aspettativa sta, come noto, nella capacità esplorativa e nella potenzialità comunicativa del piccolo gruppo.

I referenti degli stessi “gruppi”, “medicine in rete”, “associazioni”, sono stati identificati come *opinion-leader* con la capacità di avere una visione nitida e ponderata delle problematiche della

realità associativa locale, essendo stati loro nominati dagli stessi medici (del loro gruppo) come i Presidenti delle associazioni con norme Statutarie e ruoli precisi di responsabilità. Un così ampio coinvolgimento aveva lo scopo della massima condivisione dell'impostazione degli argomenti identificati nonché la più ampia adesione possibile dei vari MMG alla compilazione del questionario (traccia discussione Focus Group – vedi allegato 1).

E' stata fatta la convocazione del medico referente del gruppo (o rete o associazione) a partecipare a due FOCUS GROUP che si sono tenuti l'11.07.05 e il 02.09.05, ognuno della durata di circa 150 minuti ; nel primo incontro i due moderatori/osservatori hanno registrato su nastro tutto quanto espresso liberamente dai referenti dei MMG, stimolando tramite piccoli input la conversazione sui tre capitoli sopra elencati; nel secondo incontro sono stati invitati gli stessi referenti ancora ad ascoltare il riassunto ottenuto dopo la trascrizione di quanto espresso l'11.07.05 ( nel primo incontro) stimolandoli ancora ad ogni altra osservazione. Dopo avere mostrato a ciascuno di loro ( in fotocopie) la bozza del questionario semistrutturato che poteva essere inviato a tutti i MMG dell'AUSL di Imola, sono stati raccolti ulteriori suggerimenti e/o correzioni in merito.

### 3.5 I risultati dei focus group

Al primo FOCUS GROUP dell'11.07.05 convocato telefonicamente (con due giri di telefonate con l'impegno di rintracciare i MMG anche fuori dagli orari dell'ambulatorio al telefono cellulare, circa 10 – 15 giorni prima e poi anche 2-3 giorni prima) sono stati presenti 7 Referenti ( su 10) della "Medicina in Gruppo" che rappresentavano 30 MMG, 3 Referenti ( su 4) della "Medicina in Rete" che rappresentavano a loro volta 16 MMG e infine 1 (su 3) Referente della "Medicina in Associazione" che rappresentava 9 MMG , quindi un totale di 11 (su 17) che sono 65% dei referenti. La categoria dei MMG associati era rappresentata per il 65% (55 su 85), nell'ampio dibattito sviluppatosi nell'ambito dei Focus Group.

Tutti i referenti presenti hanno dimostrato una attenzione ed un interesse all'iniziativa avviata nonostante la convocazione per le ore serali ( 21.00 ) dopo una giornata lavorativa e senza nessuna promessa di un compenso economico. E' emerso probabilmente anche un elemento di trascinarsi positivo importante: l'autore (S.Ehrlich) che ha convocato i Focus Group telefonicamente fa parte della comunità dei MMG imolesi da 29 anni. Infatti, nei contatti telefonici c'era una persona a loro conosciuta che ha spiegato dettagliatamente:

- lo scopo della convocazione,
- la cornice dell'analisi avviata e
- l'importanza della possibilità di fare conoscere i molti aspetti professionali ed organizzativi della medicina in associazione nelle sue varie forme della realtà locale.

Anche **la lettera di convocazione** (allegato 3) per il secondo Focus Group del 02.09.05 è stata firmata solamente dal medico che ha avviato il progetto, non coinvolgendo volutamente né il tutor aziendale né la sociologa che ha partecipato alla moderazione-conduzione dei Focus Group per permettere una espressione ampia e libera di tutte le considerazioni senza il timore di essere giudicati . Nell'allegato 1 sono elencati gli aspetti programmatici, logistici e concettuali della serata dedicata al Focus Group.

**Moderatore** dei focus group è stata maggiormente la Dott.ssa Tiziana Rossi sociologa, (autrice della seconda parte della ricerca dedicata all'osservazione dei pazienti dei MMG associati nelle varie forme), mentre la scrivente ha svolto maggiormente il ruolo di **osservatore**.

#### ***Riassunto del dibattito del Focus group:***

Viene qui di seguito riportata la trascrizione di quanto dibattuto durante il primo Focus Group, tenutosi a Imola nella saletta riunione dell'Ospedale Nuovo di Imola l'11.07.05 dalle ore 21 alle 23.30; viene volutamente fatta in uno stile letterale per lasciare ai singoli interventi la naturale vivacità. L'elaborazione successiva di questi dati è stato effettuato nei mesi di Luglio e Agosto 2005 dopo avere sbobinato i nastri registrati durante l'incontro, riassunti e sintetizzati nei grandi

capitoli trattati. L'obiettivo di trattare tutte le tematiche preparate è stato raggiunto come si evince dal testo:

1. *“Quali sono state le motivazioni che hanno contribuito al cambio dell'organizzazione del proprio lavoro da medico singolo a medico “in associazione”, “in rete” o “in gruppo” ? Quali problemi nella gestione del lavoro insieme?”*

Sintesi della discussione:

- ✓ L'azienda aveva già una storica divisione dei MMG in cosiddetti TEAM (già dal 1996) ove era stato adottato il criterio della vicinanza geografica degli studi medici di MG per coagularli in un TEAM – infatti sono nati per snellire le comunicazioni e probabilmente per promuovere un processo di confronto su percorsi diagnostici e terapeutici fra i MMG, per identificare parti del territorio e i loro bisogni nonché per un controllo su i dati prescrittivi (anche economico).
- ✓ Poi si è presentata la possibilità a livello sindacale locale di mettere in atto un progetto sperimentale (proposto dai medici di MG – prima del D.P.R. 270/00- per un possibile aumento di stipendio) di associarsi “in rete” nel 1997 (già nell'ambito dei TEAM precedenti) e si sono costituite 4 reti (una nella vallata del Santerno, una nella bassa imolese, una a Imola città e una a Castel S.Pietro Terme = comprendevano rispettivamente: 5 +7 +9 +9 medici MG) che hanno avuto un aumento del 75% della “quota incentivante” per la “medicina di gruppo” per assistito (come da D.P.R. 484/96); Si è provveduto a redigere un regolare Statuto, poi registrato e depositato anche presso l'Ordine dei Medici di Bologna.
- ✓ Ove invece è stata organizzata per le medicine “in rete” anche una attività in una sede unica distaccata (oltre agli ambulatori personali) si percepiva il 100% della “quota incentivante” per assistito, identica somma alla quota spettante alla medicina “di gruppo” (sempre come dal D.P.R. 484/96). Ciò è avvenuto a Castel S.Pietro Terme (ove la sede unica ha preso il nome di “pronto intervento”, ed è stato molto sostenuto dall'AUSL per una necessità riorganizzativa della destinazione dell'Ospedale locale che comprendeva la chiusura del Pronto Soccorso) a partire dal 1997 e anche a Imola dal 10.07.00 per la medicina “in rete” unica esistente allora. In seguito nel 2003 a Castel S.Pietro Terme si è sviluppata anche “la porta medicalizzata” che consisteva in una organizzazione diversa che aumentava maggiormente la disponibilità degli orari di apertura della stessa “sede unica” (cioè anche una apertura dalle 12 alle 16 e il Sabato dalle 10 alle 12, sempre facendo turnare i MMG di tutta Castel S.Pietro Terme associati).
- ✓ Nel 2005, nella AUSL di Imola – l'87% dei MMG sono associati (85 su 98): **40** medici (41%) in gruppo, 22 (23%) in rete, e 23 (24%) in associazione (fino a poche settimane prima c'erano **31** MMG (36%) in gruppo, 31 MMG (36%) in rete e 23 MMG (24%) in associazione – per la trasformazione naturale di una medicina “in rete” nella forma più evolutiva “di gruppo”.
- ✓ Sembrava – (..?) – che mettersi in gruppo significasse lavorare meno e meglio; cosa che è risultata assolutamente non vera!! In effetti si lavora molto di più anche se c'è una maggiore possibilità di un confronto strutturato (riunioni a cadenze fisse!!) che migliora indubbiamente la qualità e l'omogeneizzazione dell'approccio prescrittivo (diagnostico e terapeutico) nonché il livello di impegno psicologico coinvolgente lavorativo che può essere diluito ai fini di una riduzione della tensione nella pratica professionale quotidiana.
- ✓ Viene fatto notare che ci sono ritmi incalzanti nell'attività in gruppo sia per la programmazione delle visite mediche “per appuntamento” sia per l'aumento del volume di attività, visto che durante lo svolgimento dell'attività negli orari di ambulatorio bisogna rispondere anche ai bisogni dei pazienti degli altri Colleghi!

- ✓ Meno organica sembra l'associazione "in associazione" – che presenta l'evoluzione inevitabile per un continuo "affiatamento" fra i Colleghi (ce ne vogliono degli anni...) strada facendo per poi programmare di costituire una associazione "in rete" (che è un gradino più alto a livello organizzativo) per poter pianificare un'attività più integrata (con l'uso del computer) fra i medici di MMG e più remunerata; anche alla luce delle reazioni positive dei pazienti una volta compreso i vantaggi del lavoro in questa organizzazione.
- ✓ Nelle zone rurali e di collina non è possibile che associarsi "in rete" o "in associazione" per la necessaria presenza logistica in ogni paesino; quindi questi medici di MG risultano penalizzati (anche a livello salariale) in quanto per dare un servizio utile alla popolazione non possono modernizzare la loro organizzazione del lavoro e spesso si devono anche scontrare con ritardi nelle adozioni di accorgimenti tecnici avanzati di collegamento fra gli studi medici dalle amministrazioni locali (come linee ADSL). In una "medicina in rete" della Vallata del Santerno hanno attivato un "ambulatorio dedicato" alla malattia cronica del "Diabete mellito NID" ove a turno una volta alla settimana i medici ricevono i pazienti presso un ambulatorio individuato presso la sede del Distretto di Borgo Tossignano. Lo scopo dell'attivazione di questo servizio è quello di "familiarizzare" con i vari pazienti (iscritti anche nelle liste degli altri MMG) nonché aumentare la visibilità del medico di MG sul territorio sottolineando il suo ruolo come referente qualificato anche per questa patologia cronica.
- ✓ Un notevole peso veniva dato all'età dei MMG e allo stato di carriera nel momento organizzativo "in gruppo" : sembra più problematico cambiare l'organizzazione della gestione ambulatoriale se esiste un radicamento geografico (dello Studio) e metodico - mentale (da anni in uno studio "soli") piuttosto che mettersi insieme - appena Convenzionati con il S.S.N. ( come da una esperienza locale)
- ✓ Altra esperienza locale (a Medicina) come hanno riferito i MMG di questa città – "...ci siamo messi insieme per prestare una attività presso l'RSA...", così un progetto lavorativo comune ha – poi indotto l'organizzazione della attività ambulatoriale in maniera simile ("...per un conforto reciproco e per rispondere meglio ai turni di attività presso l'RSA...")
- ✓ ci si associa anche per poter:
  - a) lavorare con una programmazione di visite ambulatoriali "per appuntamento" (per migliorare la qualità dell'assistenza)
  - b) assumere (o richiedere all'AUSL) personale di segreteria ( dividendosi le spese, altrimenti insostenibili)
  - c) assumere (o richiedere all'AUSL) personale infermieristico (sempre dividendosi le spese, altrimenti insostenibili)
- ✓ E' emerso che è molto più necessario personale di segreteria piuttosto che infermieristico per la ampia attività prescrittivi/burocratica e risulta relativamente più programmabile un'attività infermieristica per svolgere piccole medicazioni, infusione endo venose ecc. ( a seconda del volume della popolazione assistita di ogni gruppo)
- ✓ Una parte dei medici (esigua %) che lavorano in gruppo si impegna anche nei campi maggiormente a lui affini; per esempio tratta le borsiti delle ginocchia di tutti pazienti (dei MMG associati) che ne fanno richiesta (negli orari regolari) o segue i diabetici NID di tutti medici del gruppo (in ambulatori dedicati) - indipendentemente dalle specializzazioni Universitarie conseguite. Tutto avviene gratuitamente per il paziente o notulando all'AUSL (alla voce P.I.P.: prestazione di particolare impegno) mensilmente. Quelli che lo praticano dichiarano una notevole soddisfazione che aiuta l'autostima e compensa magari così momenti professionali meno gratificanti.
- ✓ Viene praticata in una % molto esigua la libera professione per prestazioni non comprese nella Convenzione e non notulabili nei confronti dei pazienti che risultano negli elenchi SSN

del gruppo e può essere considerata una parte molto marginale! in questa realtà.

- ✓ Anni fa il sostituto del medico di MG veniva individuato in base alla preparazione professionale clinica e il più delle volte anche in base alla conoscenza personale. Oggi il sostituto del MMG non può improvvisare nulla! (bisogna che questo lo sappia anche l'Università!! – oggi sembra un problema in via di soluzione con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in MG); ci sono da conoscere e gestire :

- note AIFA ( per la prescrizione dei farmaci),
- obiettivi di budget dell'AUSL locale per il medico e per il gruppo,
- regole della Medicina basata sull'evidenze (EBM),
- linee guida da seguire per patologie croniche identificate ( lombalgia, diabete mellito NID, BPCO ecc..),
- un programma software di gestione ambulatoriale (“Millenium” usato da tutti i MMG nell'AUSL di Imola) per la prescrizione automatizzata ( sia terapeutica che diagnosticata),
- pratiche e moduli da compilare in tempi utili ( per esempio per lo sport non agonistico, per la morte a domicilio o in strada, per l'assicurazione, per l'invalità parziale e/o totale, per l'infortunio sul lavoro e/o malattia professionale ),ecc..
- regole (non scritte ma di buon senso e/o “marketing”) della comunicazione con i pazienti ( oltre la privacy ecc..) che influenzano la soddisfazione del paziente verso il proprio medico – che deve essere mantenuta alta! anche nei periodi di assenza brevi o più o meno lunghi per il semplice fatto che nella MG nulla è acquisito !

Lo stipendio dipende a tutto oggi dalla presenza dei pazienti negli elenchi del medico e pertanto una assenza può tradursi facilmente in una instabilità economica perfino in un fallimento! Pertanto la figura del medico sostituto nell'attività del MMG associato “in gruppo” diventa ancora più delicata per i vari compiti che svolge un medico che lavora in gruppo. I pazienti fanno già uno sforzo per abituarsi agli altri medici che lavorano col proprio medico scelto tutto l'anno, quindi la fiducia che hanno dato ad un medico deve essere esteso anche agli altri. Non possiamo non tenere conto della specificità del lavoro del medico di MG (a differenza del *medico ospedaliero* che spesso vede un paziente una sola volta e che poche volte conosce la sua casa e i suoi congiunti e/o amici; solo in piccola percentuale, risiede nella stessa città o paese del paziente oltre al fatto che spesso “viene imposto” al paziente per necessità professionali e/o geografiche). Bisogna avere una profonda discrezionalità e sensibilità, una riservatezza e familiarità, una capacità negoziale flessibile alternata ad una fermezza decisionale invisibile ma partecipata che costituisce spesso un “esercizio su una fune” che può influenzare molto l'adesione del paziente ai percorsi diagnostici e/o terapeutici nonché il mantenimento del rapporto di fiducia in generale ( in altre parole, c'è sempre la possibilità che un paziente scelga un altro MMG). E' emersa la necessità di medici sostituti capaci e fissi per permettere non solo al medico sostituto di conoscere i pazienti ma anche ai pazienti di conoscere e fidarsi dei medici sostituti in modo da non costringere i medici titolari a turni di “superlavoro” prima e dopo un periodo di assenza programmato.

- ✓ Gestione dei rapporti fra i medici : una partita difficile in quanto più è grande il gruppo e più affiorano problemi che sono:
  - I periodi di ferie non paritetici (degli stessi numeri di giorni) fra i Colleghi
  - La difficoltà di gestire anche assenze non programmate ( malattia lunga o necessità urgenti!) – sempre per reperire sostituti disponibili (e capaci – oggi non strutturati nel gruppo).
  - La difficoltà di convivenza con più persone in generale.
  - La difficoltà a svolgere il ruolo del “Referente del Gruppo” ( di qualsiasi tipo di associazione si tratti), in quanto spesso svolge anche il ruolo del “Referente del NCP” (Nucleo di Cure Primarie). Questa difficoltà spesso si traduce nel “sembrare” ai Colleghi un messaggero troppo di parte - dell'AUSL verso il gruppo quando si

comunicano iniziative/progetti a cui aderire senza il chiaro accordo sindacale preliminare ben condiviso e ben divulgato. E dall'altra parte il gruppo può avere dei periodi di "allentamento" di fiducia verso il proprio Referente quando ci si deve adeguare o impegnarsi in percorsi formativi o operativi "nuovi". Il ruolo di Referente del gruppo è svolto assolutamente gratuitamente ed è un ruolo poco ambito salvo se insorgono problematiche esistenziali "in itinere" nel gruppo. E' più "quotato" il ruolo del Referente del NCP che è remunerato (dopo un accordo Regionale E.R.) anche se risulta di non poche responsabilità per la preparazione su Direttive locali, Provinciali, Regionali e Nazionali il che può a volte essere un argomento molto convincente quando si partecipa a riunioni programmatiche decisive per un orientamento operativo come rappresentante di altri Colleghi MMG.

- ✓ La maggioranza dei medici non accetta volentieri la necessità di rappresentare il proprio gruppo (all'interno del NCP) cioè a partecipare a Commissioni (per esempio: di linee guida di solito oppure di EBM, oppure di incontri di Audit o altro). Vengono evidenziati la sottrazione del tempo alle ore dedicate all'attività clinica in ambulatorio o a domicilio oppure la costrizione a fare delle riunioni a cavallo della pausa pranzo o nelle ore serali. Questa contestazione si è rafforzata negli ultimi anni per l'aumento di queste riunioni che, nonostante gratifichino il medico a livello professionale ed economico (in maniera accettabile concordato sindacalmente), "spezzano" notevolmente l'andamento fisiologico della giornata lavorativa di un MMG e richiedono inoltre una preparazione professionale (approfondimenti e/o ricerche bibliografiche) a casa nel tempo libero che non è scevra di sacrifici anche per i congiunti dello stesso medico.
- ✓ Disparità dell'impegno professionale dei medici negli obiettivi di budget, che porta poi alla penalizzazione di tutto il gruppo (presa di posizione esplicita del sindacato di categoria per frenare possibili "fughe in avanti" con la possibilità di costituire un caso di malasanità! in nome della volontà dell'ottenimento dell'incentivo a tutti i costi !?); posizione criticata da vari medici che invece lavorano bene e seriamente con il rischio di non ottenere gli incentivi meritati personalmente. In questo ultimo caso si deve mediare il più possibile a livello sindacale locale per non innescare "l'effetto domino" della demotivazione ad aderire costantemente agli obiettivi di budget aziendali che sono condizione essenziale per ottenere quelle risorse destinate alla medicina territoriale (con il rischio del danno di tutta la categoria e del territorio).
- ✓ Interferenza di altri Colleghi -medici del gruppo- nell'inquadramento delle patologie croniche o "nuove" (escluse le urgenze cliniche) dei propri pazienti con il rischio di effettuare una visita medica ambulatoriale in maniera "occasionale", che è priva di quel corredo nozionistico del proprio medico di fiducia che conosce bene il proprio paziente (anche caratterialmente) e le sue possibili ansie che possono generare "simulazioni mirate" ai fini di una conferma diagnostica e/o terapeutica di un problema e/o patologia spesso già nota. Queste interferenze o sostituzioni non concordate generano solo un doppio lavoro che può a lungo andare a deresponsabilizzare il medico di scelta (di fiducia) demotivando la "presa in carico" del problema del paziente dall'inizio alla fine. Invece, se queste alternanze di ruoli sono concordate, può avvenire quell'assistenza integrativa "a quattro o sei mani" che spesso a livello psicologico (sia per il medico di MG sia per il paziente, se correttamente informato) dà una tranquillità della condivisione dell'indirizzo diagnostico e/o terapeutico scelto per il quale viene ad allentarsi notevolmente la tensione della responsabilità professionale (visti i gravi rischi di procedimenti legali oggi sempre più incalzanti).
- ✓ La non completa adesione alla gestione ambulatoriale mediante il Hardware e/o il software corrente; questa disomogeneità di comportamento determina attriti all'interno del gruppo dei medici che può sia innescare un processo di chiusura "a guscio" del medico interessato (trascurando invece la possibilità di un confronto sereno che permette una fase di apprendimento graduale "fra pari" su tematiche nuove) sia il rischio della demotivazione di chi ha già investito tempo e denaro nella nuova tecnologia (non vedendo riconosciuto

- l'impegno professionale nell'usare ed applicare la nuova tecnologia).
- ✓ Lo stesso uso delle nuove tecnologie e la partecipazione al "progetto Sole" (avviamento di una interconnessione automatica con un server centrale dell'AUSL che permette un aggiornamento reale sia anagrafico – in questa fase – sia dei referti degli esami diagnostici richiesti per il paziente) viene nella maggior parte dei medici vissuto come uno strumento di controllo più accurato e preciso delle prescrizioni del MMG sia a livello terapeutico che diagnostico. Per ora solo una piccola parte dei medici condivide questo progetto - anche perché non è stata concordata a livello sindacale l'incentivazione spettante al medico che aderirà (per ora concordato solo una cifra forfetaria mensile per gli sperimentatori a Imola ci sono stati più di uno).

## 2. *L'integrazione con altre figure professionali sanitarie esiste? Ci sono esperienze? Quali?*

Sintesi della discussione:

- a) E' emerso un impegno criticabile delle infermiere appartenenti al personale AUSL (che spesso svolgevano un ruolo misto a quello di segretarie) rispetto a quelle assunte dai singoli medici e/o gruppi. Risulta assolutamente indispensabile, vista la specificità del ruolo della segretaria, un rapporto armonico e partecipe fra il MMG e la segretaria per il buon andamento della gestione ambulatoriale; è importante che anche la segretaria abbia ben presente tutte le nozioni di comunicazione per non fare diminuire o perdere "la soddisfazione" del paziente verso il proprio medico.
- b) La segretaria è risultata indispensabile ai fini della gestione dell'attività ambulatoriale "per appuntamento" (sono emerse difficoltà nella gestione dei contratti, ferie e sostituzioni .....).
- c) La possibilità di "scegliersi" (o assumere personalmente) la segretaria fa a molti medici vivere con intensità il ruolo del medico NON DIPENDENTE che decide la tappe e gli strumenti della propria carriera.
- d) Risulta un problema "il tetto" imposto dalla Regione per attribuire incentivi relativi alla assunzione di una segretaria (collaboratrice di studio) e di una infermiera. Diversi medici possono rimanere esclusi dall'attribuzione di questo incentivo che, anche se non è corposo rappresenta comunque un piccolo sostegno! L'idea dei MMG è che un tetto simile deve essere abolito per garantire un contributo sicuro atto a migliorare la qualità dell'assistenza.
- e) La gestione ambulatoriale nel caso del MMG non può essere esclusivamente "per appuntamento" ma emerge la necessità di una formula "mista" per permettere una risposta anche alle urgenze fra un appuntamento e l'altro; diversi medici riferiscono di avere una gestione per appuntamento nel proprio ambulatorio e di essere più flessibili nelle sedi distaccate (cioè a "libero accesso") proprio per andare incontro alle persone anziane che non sono disponibili ad allinearsi con il progresso in tempi rapidi.
- f) Diversi medici riferiscono che prima di iniziare una gestione "per appuntamento" con una segretaria hanno fatto l'esperienza di un paio d'anni (circa) con l'autogestione degli appuntamenti di due giorni alla settimana (per esempio una mattina e un pomeriggio) dove hanno messo a disposizione nella sala d'attesa una penna e un foglio su cui i pazienti stessi scrivevano i loro nomi in una tabella predisposta ai giorni ed orari degli appuntamenti; questa esperienza sembra che sia servito ad abituare le persone a cambiare abitudini.
- g) Il pediatra non risulta in nessuna esperienza in questa azienda - a svolgere attività professionale in maniera integrata con i medici di MG. In due esperienze si registra una frequentazione giornaliera regolare (o bisettimanale) ma niente di più; a volte se viene un paziente in età pediatrica a cercare per necessità il pediatra (trattasi per la maggior parte di figli di pazienti del gruppo) il MMG risponde alle necessità (anche senza notulare, cioè senza compenso; invece a Castel S. Pietro Terme riferiscono la possibilità di nodulare la visita medica effettuata). Non risulta nemmeno molto caldeggiata la proposta di operare insieme al Collega pediatra per la popolazione assistita così "rumorosa e invadente" che ha.

- h) I colleghi dell'igiene mentale hanno sperimentato due tipologie :
- frequentare ( a Toscanella di Dozza , a Imola e a Borgo Tossignano ) gli studi di medicina “in gruppo” ogni 15 gg o una volta al mese per vedere i pazienti cronici di quella “fetta” di popolazione assistita – della durata di 6-8 mesi circa poi interrotta,
  - incontrare i medici del gruppo ogni 15 gg per ascoltare e consigliare su problematiche psichiatriche emerse ed indirizzare ad un approccio più corretto prima di una vera consulenza psichiatrica ( discussione di casi clinici); L'esperienza è durata 9 mesi.

Anche questa ultima esperienza si è interrotta nonostante il giudizio positivo dei medici ( per motivi riorganizzativi dell'AUSL) nell'auspicio di poter riprendere nel prossimo futuro. E' stato ribadito più volte nel corso del Focus Group che questo è un metodo di consulenza e di formazione contemporanea che può essere di grande utilità al MMG anche in altri campi per sottolineare l'approccio olistico al paziente. Così il paziente viene diviso il meno possibile con altri professionisti se non c'è una vera necessità ad una prestazione di secondo o terzo livello. Comunque questo spostamento dello specialista psichiatra dalla sua sede ad una sede dislocata sul territorio nasce dalla necessità manifestata dai pazienti interessati di non gradire di essere visti entrare negli ambulatorio dell'Igiene mentale. Purtroppo l'onere di prendere per i pazienti gli appuntamenti per lo Psichiatra – toccava al MMG che individuava questo carico di lavoro come aggiuntivo e non giustificato. Altri MMG si sono espressi contrari a fare visitare i propri pazienti affetti da patologie psichiatriche negli studi del MMG per la “poca tranquillità” che c'è in uno studio medico di MMG ( telefono, infermieri, segretarie che possono interrompere un colloquio così delicato) e che tale clima porterebbe una sottovalutazione da parte del paziente degli scopi della consulenza richiesta!!

- i) L'ultimo Comune aggregatosi all'AUSL di Imola nel 2004, è la città di Medicina e i MMG del luogo hanno una esperienza di condivisione di studi medici con specialisti di varie branche che operano “in libera professione”. E' stata fatta una richiesta simile da vari gruppi di MMG (che hanno ottenuto dei locali sostenuti finanziariamente dall'AUSL) per poter dividersi le spese di gestione con altri Colleghi specialisti, ma l'AUSL non ha autorizzato di fare coesistere queste due forme di assistenza.
- j) E' emerso inoltre che il MMG vuole avere la libertà di indirizzare il paziente allo specialista che ritiene più adatto e non essere costretto ad inviare ad uno specialista che potrebbe l'AUSL imporre !! mettendolo negli stessi locali; siccome lo specialista molto spesso non è autonomo se viene dalla struttura pubblica, il lavoro ( poco gratificante...) del MMG potrebbe aumentare e in questo momento storico e la maggioranza dei medici preferisce non avere questi Colleghi negli stessi ambienti.
- k) In esperienze di co-presenza specialista e MMG, contemporaneamente negli stessi locali, succede che nella maggior parte dei casi lo Specialista ritiene che può interrompere il lavoro del Collega MMG quando vuole - per chiedere notizie sul paziente in corso della visita medica – cosa che crea non solo un'interruzione di concentrazione ideativa al MMG ma anche una “pausa” non programmata ( e spesso non gradita) per il paziente che non è interessato alla consulenza specifica dello specialista.
- l) L'AUSL ha permesso a diverse medicine “in gruppo” di collaborare con le Associazioni di Volontariato ( AUSER – collegato alla CGIL, ALTEA- collegato alla CISL) per offrire in certe ore dell'orario dell'ambulatorio un servizio di iniezioni intramuscolari o di rilevamento pressione arteriosa o altri piccoli servizi di informazione. Questi sig.ri volontari lavorano in maniera autonoma e distaccata dai MMG negli ambienti che L'AUSL sostiene economicamente. Il giudizio dei MMG non risulta negativo ma dichiarano che è poco organico in quanto è comunque un servizio di volontariato, non è programmabile e indirizzabile per ora. Comunque l'affiancamento di queste Associazioni di Volontariato al MMG sembrava una pianificazione provvisoria che da 3-4 mesi è tuttora funzionante ( diversi anni) – per presunti problemi finanziari dell'AUSL spesso ventilati !

### 3. Come sono i rapporti del gruppo/associazione/rete con l'AUSL: quali aspettative per il futuro?

Sintesi della discussione:

- Questa AUSL contribuisce all'associazionismo in varie maniere ( oltre agli incentivi Regionali distribuiti ai medici che si sono impegnati ad assumere una Segretaria /collaboratrice di Studio o una infermiera e ad usare il computer nella gestione ambulatoriale), viene pagato l'affitto e/o le utenze o tutte due alla maggior parte dei gruppi che hanno accettato un accordo con l'AUSL; gli accordi come gli Statuti sono stati condivisi con una linea generale di comportamento uniforme alla Convenzione Nazionale ma per qualche realtà hanno evidenziato delle caratteristiche che meglio si adattano alle necessità del territorio (per esempio a Castel San Pietro Terme è stata attivata una "porta medicalizzata" aperta dalle 12-16 così da ottenere una apertura di 12 ore in un territorio lontano dal Pronto Soccorso di Imola ed è stata fornito un gruppo di infermieri per la collaborazione con i medici; è stata attivato un ambulatorio dedicato al monitoraggio del Diabete Mellito nei locali del Distretto di Borgo Tossignano). Ci si augura tuttavia quanto di seguito espresso:
  - a) Una maggiore interazione con l'AUSL per poter usufruire di SERVIZI vari (infermieri, segretarie, raccolta rifiuti speciali, assicurazioni ..... ); questo perché le spese degli stessi superano spesso l'incentivo della Convenzione Nazionale ed impegnano il medico in una attività organizzativa costosa ( commercialista, consulenti del lavoro, apertura di conti bancari aggiuntivi ecc..)
  - b) L'AUSL non valorizza i medici che desiderano fare delle ricerche epidemiologiche visto il bacino di utenza che un "gruppo" può avere se ogni medico in media ha 1000-1500 pazienti; (non sono previste risorse aggiuntive aziendali per tale voce). Il MMG con una gestione computerizzata potrebbe ( viste le capacità del programma in uso) estrapolare dei dati utili ai fini della prevenzione ma che comunque richiedono una programmazione di tempo che al MMG non rimane, viste la dilatazione degli orari di apertura dello Studio e la maggior insistenza di ampliare l'assistenza domiciliare integrata! anzi, molti medici sarebbero dell'idea di rivedere l'impegno crescente in questi anni – che poi non ha avuto una gratificazione economica assolutamente adeguata! né a livello nazionale né a livello regionale e locale. Anche questo punto crea una situazione di attrito fra Colleghi dello stesso gruppo o fra gruppi in quanto può causare una "variabilità" di assistenza alla popolazione che può generare una probabile "concorrenza sleale" cioè eticamente opinabile.
  - c) Per quanto riguarda le assicurazioni per la tutela legale sull'operato del MMG non è mai stata effettuata nemmeno la "valutazione del rischio" da parte dell'AUSL (nell'Ospedale è prassi questo rilevamento, dalle sale operatorie agli ambulatori e agli spostamenti dei medici sul territorio); quindi nonostante il MMG venga indicato come perno dell'assistenza territoriale e venga caricato di impegni strutturati molti simili al medico dipendente-ospedaliero non è mai stato affiancato dall'AUSL su questo tema. Questa mancanza crea ai medici non pochi problemi nell'attività clinica quotidiana . Infatti molti medici si limitano a svolgere le mansioni meno a rischio per non incorre in possibili problemi; questo può creare una possibile "variabilità" di assistenza che può essere di difficile comprensione alla popolazione (le prestazioni di particolare impegno = P.I.P. effettuate il meno possibile come per esempio endovene di ferro, infusione varie appropriate, infiltrazioni intra- articolari, trasfusioni a domicilio, pulizia di tappo di cerume.....ecc.); Questo fatto fa emergere la necessità di molti cittadini di rivolgersi ai Servizi ambulatoriali del territorio o al Pronto Soccorso con un aggravio economico per l'AUSL a tutti noto.
  - d) Qualche MMG sollevava anche la delicata posizione dello stesso nel caso abbia un procedimento legale in corso. Oltre la campagna mediatica che può portare ad un fallimento economico (i pazienti si affrettano a cambiare medico!) i tempi delle fasi giudiziali non sono adeguati ad una soluzione di un problema in tempi brevi, ipotizzando anche un errore giudiziario. Non viene percepita una sicura protezione dell'AUSL ( anche a livello

economico) in caso che capitasse la necessità, a differenza dell'atteggiamento percepito verso il medico ospedaliero. Il medico ospedaliero invece spesso può continuare il proprio lavoro nella fase istruttoria ed una buona parte della responsabilità viene presa dall'organizzazione. Quindi si sottolineava che le condizioni di lavoro del MMG sono soggette ad una capacità di autocontrollo indispensabile che potrebbe trovare dei Colleghi "più vulnerabili" e meno propensi ad esporsi oltre il minimo indispensabile.

- e) Emergeva la necessità di valorizzare il ruolo del medico di MG nel monitoraggio della malattia cronica e della terza età che appare, senza una adeguata guida, possa rischiare di effettuare percorsi diagnostici e terapeutici superflui e/o anche dannosi. Questa attività che viene effettuata grazie ad un impegno forte della Medicina Generale (vedi anche la campagna vaccinale agli anziani oltre 65 anni ecc..) viene sottovalutata dando invece enfasi più all'arrivo di nuovi Primari – Dirigenti medici che promuovono, appena arrivano, progetti di screening non sempre di provata efficacia.
- f) Una grande lacuna dell'AUSL viene evidenziata relativamente allo scarso impegno (senza metodo e sporadico) nella informazione dei cittadini sulle attività dei MMG, sui cambi di indirizzo e/o sui metodi innovativi di organizzazione ambulatoriale (un ritardo anche delle notizie aggiornate sul sito dell'AUSL). Molto si può fare per "decentrare" veramente l'assistenza verso il territorio, missione della quale si sono dette e scritte molte parole ma nei fatti .... molto ci sarebbe da consigliare; infatti si dovrebbero fare campagne di promozione serie e regolari affinché il paziente riduca al minimo l'accesso al Pronto Soccorso con tutte le conseguenze a noi note (vedi codici bianchi e verdi dell'Emilia Romagna). I MMG sottolineano la storica convinzione che la medicina territoriale è quella "povera" e pertanto l'impegno ideativo ed economico viene dopo (se rimangono delle risorse), dopo quello per gli investimenti ospedalieri.
- g) Lo stesso personale impegnato negli Uffici del Distretto è tenuto in sott'organico! in maniera indecorosa, non dando la disponibilità di un servizio con una utile copertura e continuità. Pochi sono i Funzionari medici – che naturalmente per il loro ruolo "corrono" da una riunione all'altra, e sono "più rigidi" poi sulla programmazione di incontri programmatici con i MMG che presentano volta per volta i vari argomenti; i tempi operativi così risultano meno funzionali e meno pronti al confronto con la Dirigenza Ospedaliera che "a pioggia" invia proposte di progetti sul territorio e/o circolari su procedure nuove di accesso a Servizi e Reparti. I MMG spesso non trovano in tempi efficaci l'interlocutore utile per la soluzione dei propri problemi.
- h) Secondo i medici intervenuti risultano ampi margini di miglioramento dello stato di soddisfazione del paziente della medicina territoriale; questo potrà avvenire solo con una programmazione ben studiata della valorizzazione del ruolo del MMG moderno (aggiornamenti obbligatori ECM) integrato nelle attività dell'AUSL( riunioni, commissioni, tavoli paritetici) nonostante a livello contrattuale siano liberi professionisti; pertanto è giusto fare emergere la grande disponibilità ideativa e professionale del MMG che intende il proprio lavoro come un servizio alla comunità.

## **CAP. 4 IL PROGETTO DI RILEVAMENTO MEDIANTE IL QUESTIONARIO**

### **4.1 Finalità generali del progetto .**

Dai dati che si sono ottenuti, potrà emergere una riflessione costruttiva affinché possano migliorare le condizioni della medicina generale in tutte le forme associative. Per miglioramento si intende:

- l'aumento del numero dei MMG che intendono associarsi non solo, ma anche l'aumento del passaggio dei MMG già associati in forme associative meno organiche (come la “medicina in associazione”) in forme più organiche ( come la “medicina di gruppo”).
- l'innalzamento della qualità professionale dell'assistenza che non vede solo la sua massima espressione nell'aggiornamento teorico e pratico permanente ma anche a livello organizzativo metodico. Ciò per poter soddisfare un ampio ventaglio di bisogni dei pazienti delle fasce più deboli come anziani e soli oppure per “stanare” quelli meno informati e consapevoli del valore della prevenzione primaria e secondaria.
- l'inserimento organico nel contesto aziendale a livello Distrettuale, facendo emergere il ruolo del MMG come profondo conoscitore della committenza e dei suoi bisogni e come coordinatore dell'attività dei MMG in funzione al possesso di una storica banca dati di diverse generazioni e famiglie di una società; un osservatorio privilegiato del cui valore ci si deve rendere conto ai fini della costruzione di piani di intervento programmatico efficaci ed appropriati per contrastare specialmente tutte le patologie croniche ma anche le acute meno complesse. Le cure primarie svolte sul territorio a casa del paziente sono da rendere sicure e garanti di una buona assistenza con la gestione di più professionalità provenienti da vari settori che intrecciano il loro lavoro in maniera complementare e sinergica.
- l'aumento dell'uso del computer nella gestione della cartella clinica del paziente favorirebbe maggiormente un confronto su dati epidemiologici di grande interesse per la collettività nonché per la collaborazione con l'ospedale (o gli ospedali); l'essere in rete con tutte le Istituzioni o i reparti ospedalieri o i servizi utili per soddisfare in minor tempo i bisogni del paziente potrebbe abbattere passaggi burocratici ridondanti o esecuzioni accertamenti inutili ( di varie specialità – dagli esami di laboratorio alla prestazioni in radiologia ecc..).
- la valorizzazione delle professionalità del MMG e le sue capacità sposterebbero “l'occhio di bue” dalla costosa medicina ospedaliera a quella più corretta medicina territoriale facendo riacquistare al paziente la fiducia nella visita medica ambulatoriale, nell'importanza della raccolta anamnestica ai fini della diagnosi corretta della maggior parte delle patologie, specie croniche, nell'applicare corretti stili di vita dedotti dall'educazione sanitaria quotidiana che il MMG fornisce in ogni conversazione col paziente in maniera diretta o indiretta. Quanto sopra ai fini di aumentare la customer satisfaction della branca della medicina generale.

### **4.2 Obiettivi specifici**

La partecipazione dei MMG a questa metodologia di indagine conoscitiva sociologica mediante i Focus Group ( solo referenti ) o rispondendo a questionari semistrutturati ( tutti i MMG dell'AUSL di Imola ) appositamente costruiti ove si dà loro la possibilità di fare emergere lo stato dell'arte dell'organizzazione del proprio lavoro quotidiano e delle proprie conoscenze/valutazioni su varie tematiche selezionando i seguenti temi:

- caratteristiche personali
- notizie sulla struttura associativa nella quale è svolta l'attività professionale
- notizie sulle attività di tempo libero
- strumenti di comunicazione usate nel corso dell'attività professionale

- personale di Studio – collaboratori e/o infermieri, personale delle pulizie
- la gestione dell'attività ambulatoriale e domiciliare ( ADI I°,II°,III°)
- rapporti con i colleghi MMG dello stesso gruppo/rete/associazione
- rapporti dei MMG del gruppo/rete/associazione con l'ASL di appartenenza
- un disagio se c'è, in quale settore è più presente
- l'analisi della aspettative professionali di ogni singolo MMG

I suggerimenti che si sono ottenuti potranno servire affinché il MMG si senta nuovamente un attore importante ed organico inserito in un contesto lavorativo, in un ruolo aziendale ed in una società, che non applica norme e riforme solo ai fini dell'abbattimento delle spese o al risparmio delle risorse ma che riserva anche attenzione e considerazione del suo punto di vista di “addetto alle cure primarie” per eccellenza.

Riflettere da solo o insieme agli amici, che si sono riuniti volontariamente in un tipo di associazione, a rivedere percorsi diagnostici e terapeutici aiuta a sviluppare un'autocritica costruttiva. Quest'ultima, ai fini dell'assistenza, non può prescindere dal desiderio di conoscere se e come viene valutato lo svolgimento dell'attività quotidiana e dove si possono ancora essere margini di miglioramento.

Conoscere le problematiche organizzative prevalenti che riguardano i MMG associati (sia perché un'organizzazione tradizionale apparentemente funzionale è difficilmente rinnovabile, sia perché ci sono caratteristiche specifiche ad ogni popolazione -esempio anziani-) aiuta a rivedere percorsi di comunicazione efficaci ai fini di fare conoscere i vantaggi di una nuova organizzazione sempre e comunque adattabile alle realtà locali. Nessun MMG ha mai trascurato la valutazione del disagio che può dare una applicazione rigida e non spalmabile in un tempo ragionevole, di ogni nuova norma ancor più l'organizzazione del lavoro in gruppi ( o reti o associazioni).

Anche la verifica del grado di soddisfazione degli assistiti di ogni medico ( customer satisfaction) è pietra miliare nella verifica della qualità; emerge l'importanza del riconoscimento della branca della medicina di famiglia come storica, decentrata, vicina alla gente, ma anche essere la più conveniente alla salute e alla società.

### 4.3 Metodologia adottata

E' stato scelta la modalità di indagine conoscitiva del questionario su carta, da compilare personalmente in un periodo di tempo libero (al proprio domicilio o nel proprio studio). Questa modalità è sembrata la più plausibile per permettere una compilazione tranquilla e meditata che non subisse gli interventi diretti del ricercatore e/o del moderatore dei Focus Group o di chi ha programmato la ricerca, visto che fa parte della stessa comunità dei MMG imolesi.

Non è stato estrapolato nessun campione – ma il questionario è stato distribuito a tutta la comunità dei MMG imolesi sia per la fattibilità dell'operazione sia per la sfida di raccogliere le opinioni del maggior numero possibile di MMG che hanno delle caratteristiche peculiari per area geografica e per approccio metodologico.

Le modalità di approccio sono stati personalizzate il più possibile (come nell'indagine preliminare) in quanto ogni MMG è stato contattato personalmente per telefono (anche più volte) dal ricercatore sia tramite comunicazioni interne al gruppo sia tramite il referente che è stato presente ai Focus Group, che poteva raccontare loro del progetto di ricerca, degli scopi e delle possibili aspettative.

Le modalità di somministrazione dei questionari sono state decise di essere o a mano o depositati nella buchetta della posta (previo telefonata); inoltre molti referenti dei gruppi ( reti e/o associazioni) si sono resi disponibili a portare i questionari ai loro Colleghi del gruppo personalmente, cosa che ha maggiormente contribuito ai fini della completa e fedele compilazione. Ad ogni questionario è stata allegata una lettera ( **vedi allegato 3**) di presentazione che invitava i MMG a cogliere questa opportunità e a dare voce ad ogni loro osservazione sul percorso professionale organizzativo intrapreso negli ultimi anni.

E' stato usato il programma excel per l'elaborazione dei dati e l'analisi dei risultati è stata fatta confrontando le caratteristiche della comunità dei MMG imolesi con le altre realtà che sono state studiate, come precedentemente descritto.

Le modalità di restituzione dei questionari identificata : il MMG veniva avvertito della data del ritiro, nell'arco di dieci giorni circa dalla consegna, da un punto identificato – la portineria dell'Ospedale Vecchio – situato nel centro della città di Imola e frequentato da tutti i medici almeno settimanalmente. Non solo, veniva data una disponibilità anche dal ricercatore e anche dei referenti di raccogliere i questionari appena pronti anche personalmente.

E' stato promesso di programmare un incontro con tutti i MMG per restituire i dati e i risultati del questionario in modo di diffondere, in maniera più capillare possibile, le proposte operative emerse dalla voce di tutti loro. La condivisione dei risultati con i MMG è considerata una tappa fondamentale nel percorso della ricerca, e merita una cornice adeguata ai fini della rivalutazione del ruolo del MMG e l'acquisizione di una autostima crescente che favorirà l'impegno del MMG nel proprio territorio.

#### **4.4 La struttura del questionario**

Come già specificato nel testo precedentemente, sono stati esaminati altri questionari prodotti – il Maturità Matrix (G.Elwyn 2004), il VIP (Van den Homberg 2004) nonché l'elaborazione effettuata a Bologna in una indagine simile (V.Gerri 2000) e i risultati che sono stati ottenuti negli studi che li hanno visti protagonisti e infine tutte le osservazioni raccolte durante il primo Focus Group . Nel presente studio si volevano focalizzare prevalentemente gli aspetti organizzativi gestionali delle varie realtà imolesi di Medicine in Associazione (una ASL e un Distretto) e in tale senso è stato tenuto più di un incontro preparatorio con il Tutor Aziendale ( Dott. Corrado Fini), per raccogliere più punti di vista sui possibili argomenti da trattare. Il questionario è stato redatto estrapolando alcuni quesiti dalle varie fonti e i vari item risultano impostati, con lo scopo di raccogliere proprio le caratteristiche del lavoro in associazione del MMG imolese; ancora, le differenze dal ruolo classico precedente svolto, le opinioni, i disagi, le proposte finalizzate ad un miglioramento dell'assistenza ai pazienti e ad una valutazione del livello di soddisfazione del proprio lavoro nel contesto delle leggi vigenti in Emilia Romagna.

**Il questionario consta di 49 domande** complesse semistrutturate inserite in **8 capitoli** (allegato 2). Ogni capitolo prevede la possibilità di aggiungere delle osservazioni personali offrendo pertanto al MMG la possibilità di esprimersi appieno sugli argomenti trattati. Inoltre per agevolare una piena libertà di espressione su argomenti delicati non sempre di facile impatto, il questionario poteva essere non firmato e non siglato. Peraltro a conclusione del testo del questionario viene specificato che coloro che vorranno figurare come partecipante all'attività della ricerca dovranno, per essere menzionati, apporre il loro timbro e la loro firma sul questionario

#### **4.5 Il personale coinvolto – Dipartimento delle cure primarie**

Per la ricerca sociologica in questione, le persone fuori della comunità dei MMG coinvolte sono state un numero ridotto. Questo per la disponibilità ampia dell'autore e per la altrettanta disponibilità dei referenti a collaborare ai fini della distribuzione e della sollecitazione alla compilazione corretta.

*In altre realtà più grandi, potrà essere ipotizzabile un impegno maggiore di figure diverse : un gruppo di persone formate e dedicate, meglio, se ben conosciute dal MMG ( destinatario del questionario), il quale si attiverà con ogni mezzo di comunicazione per spiegare l'importanza dell'adesione alla compilazione ai fini di fare un salto di qualità nel conoscere a fondo il proprio lavoro specifico e la sua organizzazione.*

Viene spontaneo a considerare il “Distretto” il punto di partenza di ogni indagine riguardante i propri operatori. Infatti il MMG, che è il perno del Distretto deve essere studiato e capito con molti strumenti fra cui si può ipotizzare, come scelta innovativa, il questionario come uno strumento conoscitivo importante, da coniugare naturalmente anche con altre fonti osservazionali. Dovrebbe emergere che solo i protagonisti di questo specifico lavoro possono meglio fare conoscere problemi e mete auspicabili da raggiungere. Questa ultima osservazione presume un coinvolgimento di più MMG in quel gruppo distrettuale per meglio adattare le indagini ed ottenere il massimo risultato. Quindi si può supporre: che un’indagine metodica ripetibile a cadenze fisse che richiede al MMG di esprimere le proprie opinioni/valutazioni può contribuire a migliorare la qualità del proprio lavoro e l’autostima, non solo ma a rafforzare i legami di appartenenza al territorio ( e di conseguenza ai progetti dell’ASL) con un ruolo da protagonista.

#### 4.6 Attività e tempi

Questa modalità di indagini – Focus Group e/o questionari - non può essere occasionale, pena la non credibilità e l’invalidità dei risultati. La determinazione della qualità, l’evolversi di un progetto di miglioramento, lo studio dei risultati e la loro condivisione non possono che ripetersi periodicamente per una verifica costante che permette, a chi conduce la ricerca, di riverificare lo stato dell’arte con cadenze fisse. Non solo, ma oltre le indagini rivolti al MMG devono essere svolti indagini parallele agli utenti – pazienti per verificare continuamente il loro grado di soddisfazione del servizio erogato da parte del MMG. Naturalmente questo implica anche un costante piano di comunicazione da parte dell’Azienda al pubblico per fare sapere dove finisce il campo di intervento del MMG e dove iniziano quelli dell’Ospedale e dei servizi. Ogni anno oppure ogni rinnovo contrattuale ( ogni 3-5 anni) sarebbe importante riverificare quanto raggiunto e quanto auspicabile da raggiungere a seconda delle risorse a disposizione, dedicate alle cure primarie da parte della direzione dell’ASL.

#### 4.7 Costi

Risorse umane : si è proceduto a quantificare quante ore sono state necessarie per realizzare il questionario , la sua distribuzione, la raccolta, la sua lettura, la sua elaborazione ed interpretazione. Si può considerare inizialmente:

- **sedici ore** “preparatorie” ai due Focus Group;
- **tre ore** dedicate allo svolgimento di **ogni** incontro dei F.G. (si sono svolti due).
- **quaranta ore** circa per la sbobinatura della registrazione del primo Focus Group (che è stata particolarmente difficile per la sovrapposizioni di molte voci - difficoltà che aumenta specie se non si conoscono bene i protagonisti e le loro voci intervenuti nella discussione) che ha richiesto, senza contare gli intervalli necessari effettuati per poter mantenere una lucidità mentale e fedeltà nel trascrivere le tematiche emerse.
- Dopo questa fase si è proceduto alla sintesi di quanto trascritto per poterla presentare al secondo F.G. con gli stessi protagonisti; da una stima approssimativa questo passaggio è risultato di circa **dodici ore** ( 4 ore per ogni capitolo proposto).
- Infine per la preparazione di una bozza del questionario, anche questo presentata al secondo F.G. ci sono voluti circa **ventiquattro ore**; questo tempo è opinabile e per coloro che risultano più esperti ( questo tempo può infatti risultare notevolmente più breve).
- La correzione della bozza dopo il secondo F.G. ha richiesto altre **cinque ore** circa.
- La distribuzione, personalmente ai MMG di una comunità di medici a mano è stata calcolata di circa **30 minuti** per ogni medico, senza calcolare la telefonata precedente e senza calcolare che diversi Referenti hanno accorciato i tempi collaborando fattivamente alla distribuzione e alla raccolta: quindi un tempo impiegato di **venti ore** ( e non 30 ore per l’aiuto dei referenti).

- L'analisi dei questionario e l'inserimento in excel circa **cinquantasei ore**.

Pertanto si è trattato di un impegno di circa 179 (10 più o meno) ore (circa 23 giorni lavorativi di 8 ore) senza calcolare l'elaborazione dei risultati con grafici e commenti qui di seguito esposto.

Risorse non umane sono da considerare : le spese di carta, di stampa, di telefono, dei mezzi con i quali spostarsi ... ecc

In generale le risorse da destinare ai progetti da espletare sul territorio sono state da tempo ( negli ultimi accordi sindacali) preventivate per essere finanziate con un fondo costituito da quanto i MMG hanno risparmiato durante l'adesione ai progetti di budget Aziendali. Quelle risorse "teoricamente ottenibili" devono essere reinvestite a favore della popolazione del territorio. Non solo ma per progetti interaziendali, come potrebbe essere questo nostro, della verifica di qualità, ci possono essere preventivati fondi regionali che vengono distribuiti dall'ASL sul territorio.

Non sembra per il momento giustificata una divisione paritetica delle risorse da impegnare per il territorio e per l'Ospedale; i MMG sono convinti che un loro apporto ai tavoli di organizzazione (manageriali) e di programmazione può migliorare una situazione di scarsità "cronica" di risorse destinate al territorio che spesso fa fallire progetti di ricerche epidemiologiche e non, importanti sempre per un miglioramento della qualità dell'assistenza.

## CAP. 5- I RISULTATI ELABORATI DELLE RISPOSTE DEI QUESTIONARI COMPILATI DAI MMG

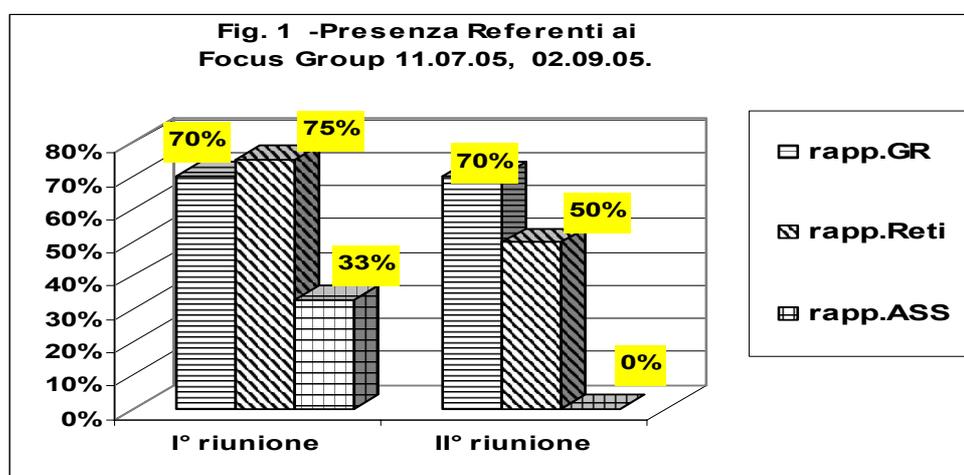
### 5.1 Risultati

Sono stati distribuiti 85 questionari ai rispettivi MMG associati dell'AUSL di Imola e sono stati raccolti 60 questionari compilati (il 71%) ; I dati sono stati raccolti ed elaborati con il programma excel e qui di seguito verranno illustrati in 40 grafici per l'analisi completa.

❖ per una snella esposizione, si intende dare una sigla per ogni tipologia di raggruppamento dei MMG associati come segue:

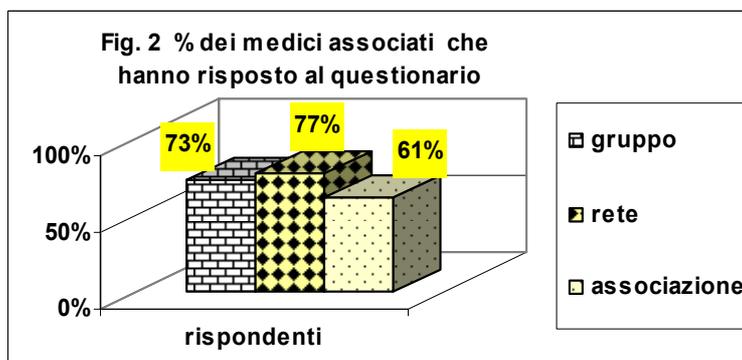
1. medicina di gruppo = **G** (12 Femmine e 17 Maschi)
2. medicina in rete = **R** (8 Femmine e 9 Maschi)
3. medicina in associazione = **A** (7 Femmine e 7 Maschi)

L'esposizione inizia dalla **Figura 1**

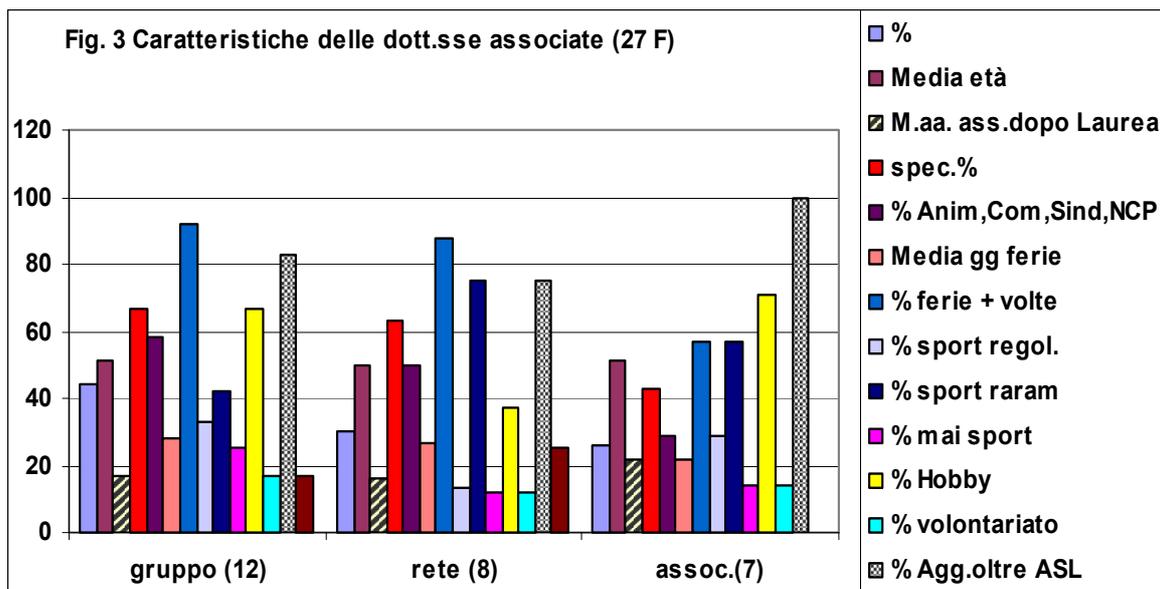


dove viene valutato la presenza dei Referenti ai due Focus Group, che se anche massiccia, ha subito una lieve flessione nel secondo incontro presumibilmente per colpa del periodo, quest'ultimo storicamente dedicata alle vacanze estive. Traspare una forte coesione e determinazione dei Referenti dei "Gruppi" a presenziare i due incontri (nel 70% nei due incontri) ; questo può costituire è un segnale forte per ribadire quanto nel tempo hanno acquisito un ruolo gratificante e si sentono portatori di importanti esperienze professionali che presentano molti margini di miglioramento e pertanto, i Referenti considerano ogni occasione buona per un confronto costruttivo in quella direzione.

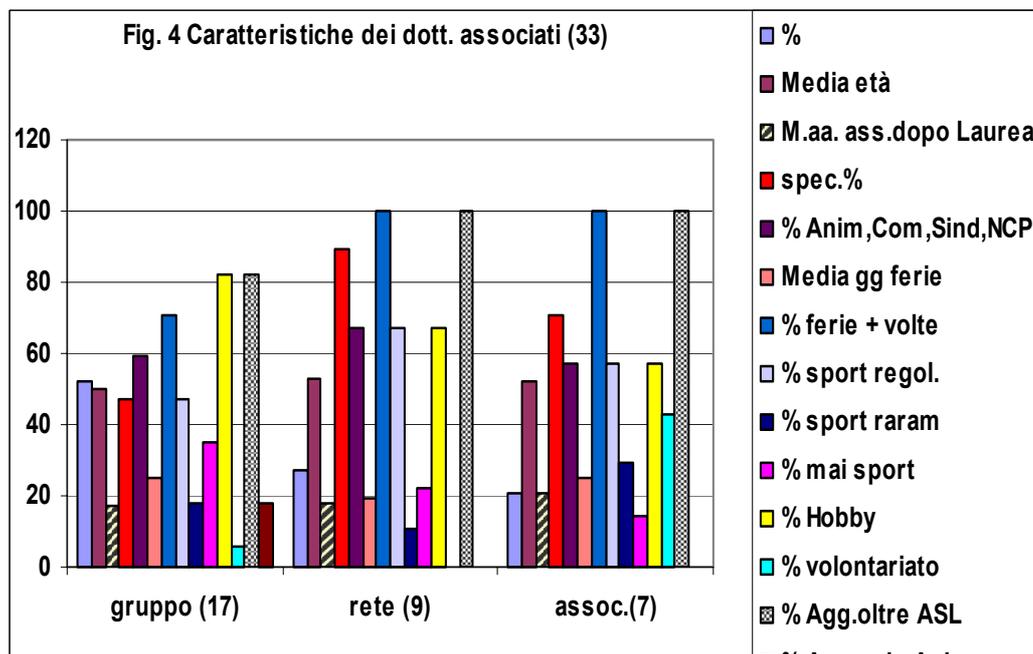
Nella **Figura 2** viene illustrato il risultato della ampia risposta ottenuta dai MMG associati partecipanti 60 su 85 e quindi il 71% (70.59%) ripartito nelle varie tipologia di associazione; 73% G, 77% R, 61% A.



Nella **Figura 3**



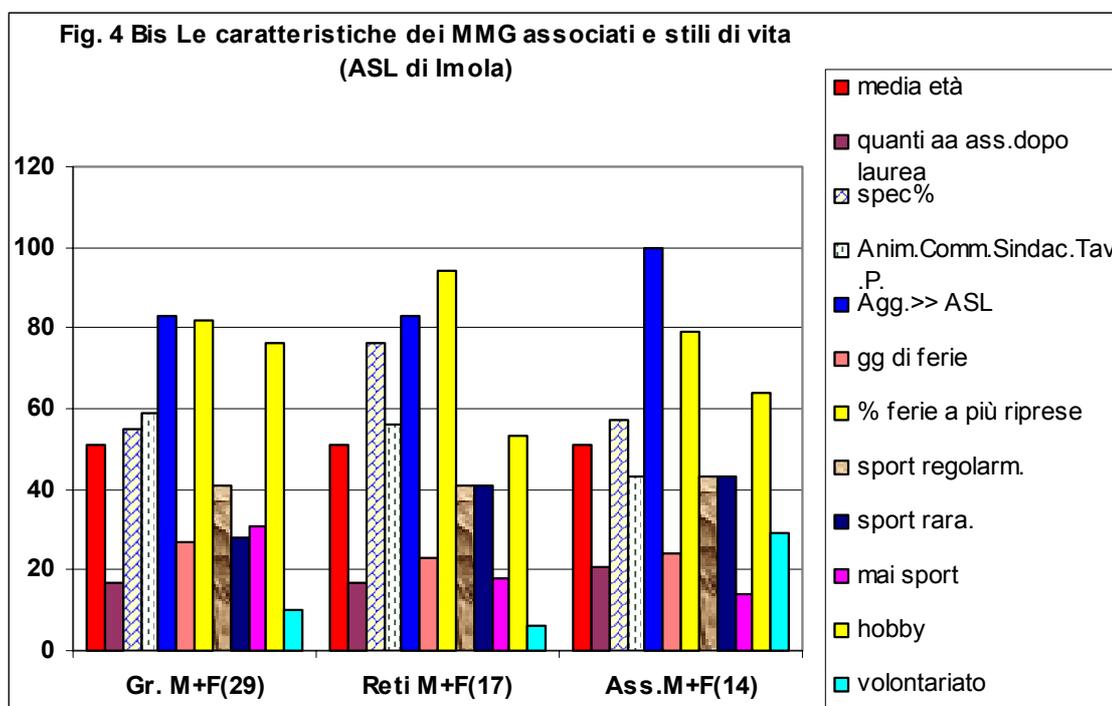
E nella **Figura 4** vengono valutati diversi indicatori e anche le caratteristiche della qualità della vita dei MMG divisi per **associazioni** e per **genere**.



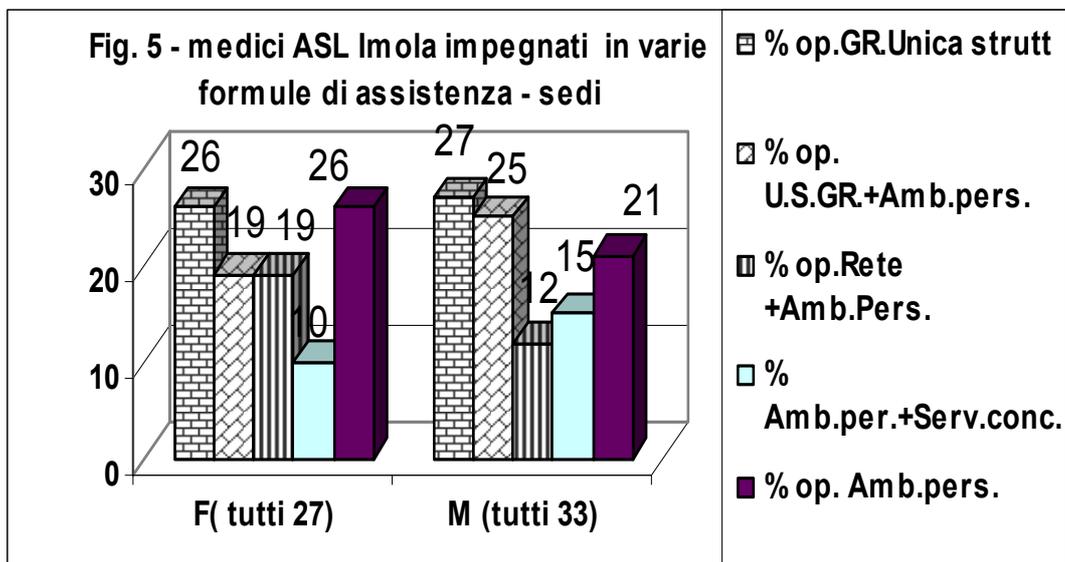
Le Femmine del G si sono associate dopo una media di 17 anni - dall'anno della Laurea (con un range fra 11 e 24 anni) vs i M sempre dopo 17 anni ( con un range da 2 a 25 anni) ; le F della R si sono associate dopo una media di 16 anni dall'anno della Laurea (con un range fra 11 e 25 anni) vs i M della R dopo 18 anni ( con un range di 15-22 anni); le F dell' A si sono associate dopo una media di 22 anni dall'anno della Laurea ( con un range fra 14 e 26 anni) vs i M dell'A dopo 21 anni ( con un range di 17 -25 anni). La percentuale di specializzazioni professionali sono: le F del 67% nei G, 63% nelle R, 43% nelle A vs i M 47% nei G, 89% nelle R, 71% nelle A. Le F s'impegnano in attività di rappresentanza in commissioni varie ( sindacato, tavoli paritetici ASL, Regione,

animatori ecc.) nella misura di 58% del G, 50% delle R, 29% delle A vs i M rispettivamente il 59%, 67%, 57%; l'aggiornamento professionale viene ampliato oltre quello obbligatorio promosso dall'ASL dalle F nella misura del 83% ( con una media di 4 convegni annuali) vs il 82% M ( media 3 convegni) nei G, il 75% ( 4 convegni annuali)vs i M 100% (media 3 convegni) nelle R e il 100% F ( con una media di 6 convegni annuali) sia i M (media 7 convegni) nelle A. La media delle giornate di ferie all'anno non supera 30 giorni tradizionali cioè: F 28gg vs M 25 gg nei G, F 27 gg vs M 19gg nelle R e F 22gg vs M 25gg quelli appartenenti alle A; valutata l'attività sportiva e gli hobby – nelle femmine (cucina, viaggi, lettura, giardinaggio, agility, canto ecc.) e nei maschi (caccia, fotografia, pesca, cinema, canto, calcetto, viaggi, cinofilia, giardinaggio); anche l'attività di volontariato è presente salvo nel gruppo dei Maschi appartenenti alle reti ove non è stato segnalato.

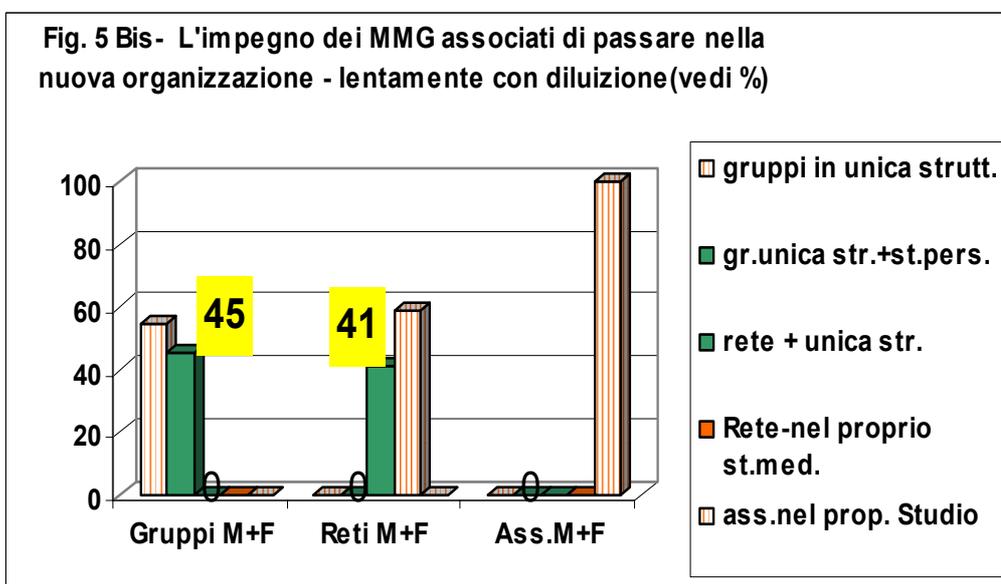
Nella **Figura 4 Bis** viene mostrata la media ( M+F) di queste caratteristiche in un diagramma diviso per i vari tipi di associazione. L'età media è 51 aa per tutte le forme associative dei MMG, la media di specializzazione è più alta nei medici in R 76% ( vs 55% nei G, e 57% nelle A), c'è una alta percentuale di MMG che partecipano a corsi di aggiornamento oltre quelli obbligatori promossi dall'ASL, si va dal 85 ( nei G e nelle R) al 100% nelle A.; da segnalare ancora - il 76% dei medici in G ha sviluppato degli Hobby ( vs il 53% in R e 64% in A), e il 29% dei medici in A svolge attività di volontariato ( 3 volte piu dei medici in G e in A.)



Nella **Figura 5** si evidenzia la sensibilità dimostrata dai MMG imolesi nei confronti della popolazione degli assistiti *per recare meno disagio* possibile a fronte dell'applicazione delle nuove forme organizzative, in particolare: il 55% dei MMG dei G operano in un'unica sede e il restante 45% operano sia nella sede unica del gruppo sia nel proprio ambulatorio (probabilmente in via transitoria) e così anche i MMG delle R, il 41% operano anche in una sede unica comune e il restante 59% come i MMG delle A operano solo nel proprio Studio

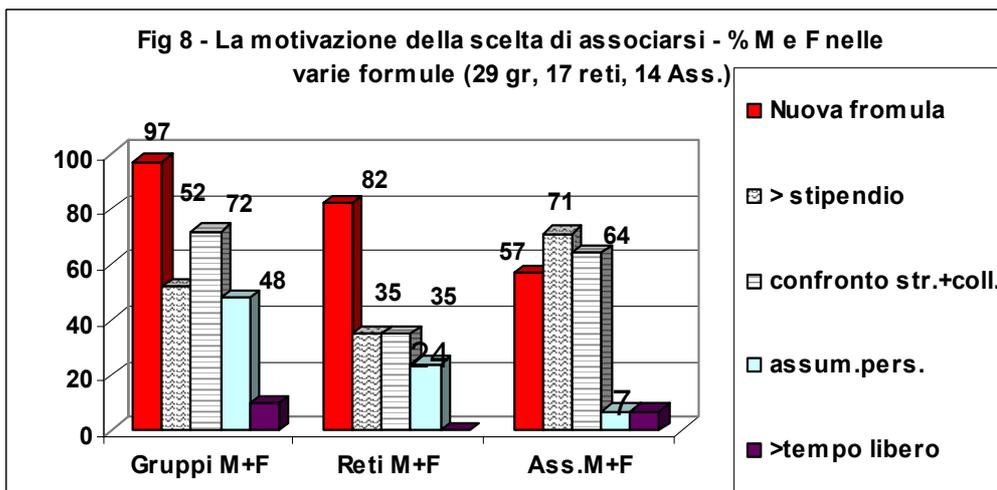
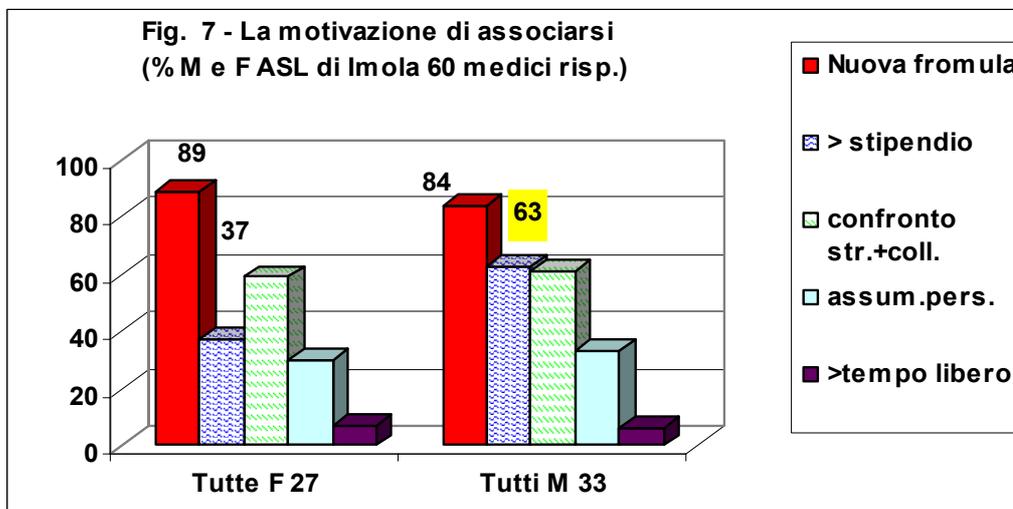
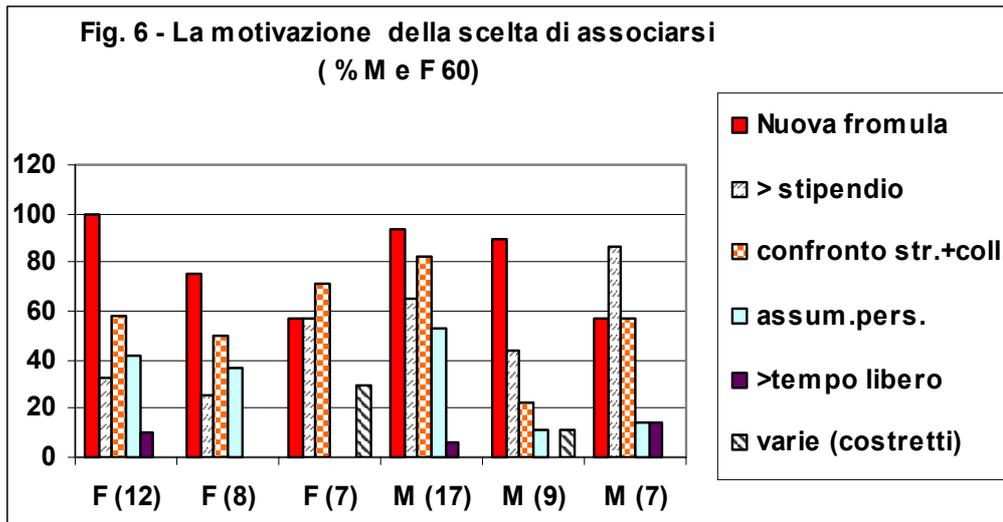


come meglio illustrato nella **Figura 5 bis**.

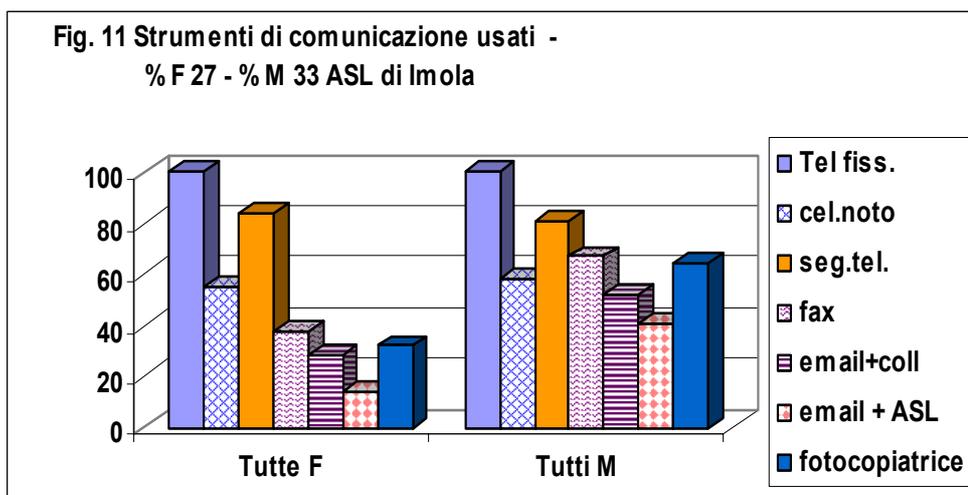
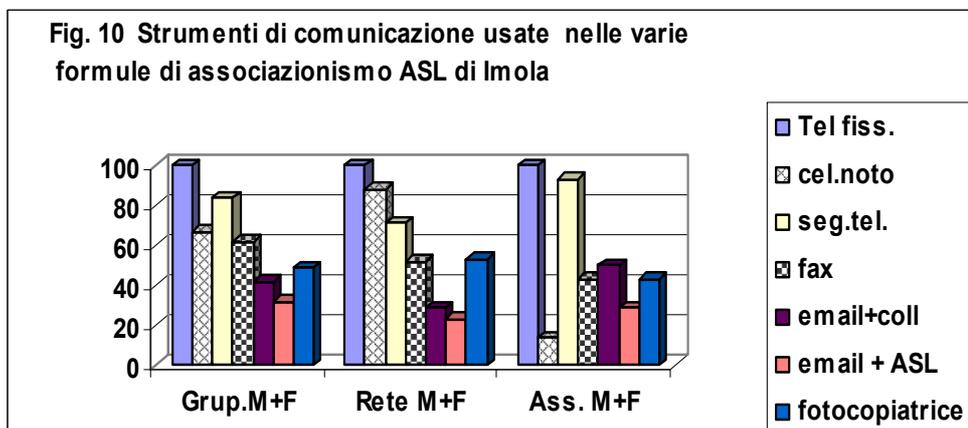
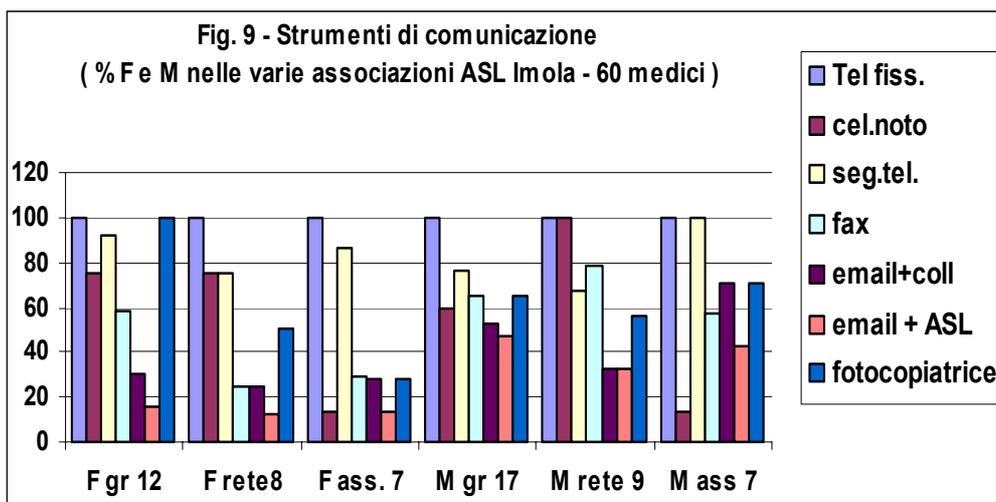


Nelle **Figura 6, 7, 8**, si analizza la motivazione che ha spinto i MMG ad associarsi :

- la curiosità della “nuova formula” ha stimolato per il 97% stimolato i MMG dei G, vs il 82% R vs 57% delle A (con un interesse nel range del 100% delle F dei G e il 57% dei M e F delle A.) ;
- gli incentivi economici sono apprezzati da tutti i Maschi per il 63% vs 37% di tutte le Femmine (M delle A per il 86% vs il 65% dei G vs il 44% delle R) ( F 33% nei G vs 25% nelle R vs 57% nelle A);
- il “confronto strutturato” ha avuto un alto consenso con il 72% dei medici dei G, il 64% delle A vs i il solo 35% medici R.; comunque risulta che tutti i M per il 61% e tutte le F per il 59% hanno valutato positivamente questo aspetto.
- Nonostante quanto si diceva in tempi passati, che si poteva avere più tempo libero lavorando “insieme” ad altri Colleghi, non sembra più una teoria credibile.



Dalle **Figura 9, 10, 11** illustrano l'indagine conoscitiva sugli strumenti di comunicazione che utilizza il MMG nella quotidianità:



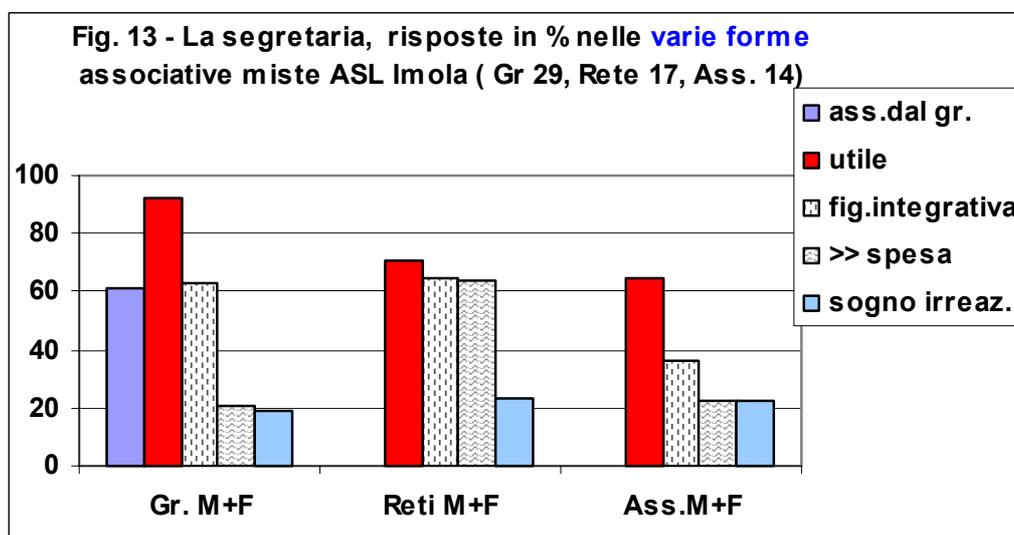
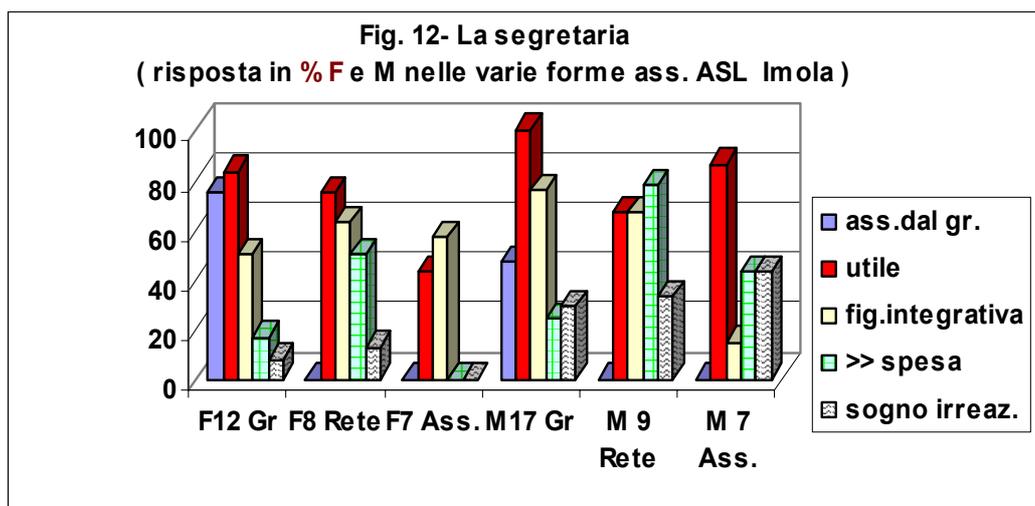
- il 88% dei medici in R ha reso pubblico il numero del proprio cellulare ai pazienti il 67% medici di G vs il 14% dei MMG A;
- la segreteria telefonica è usata per il 93% dai MMG in A vs il 84% dei medici dei G e 71% R;
- il fax è segnalato nella misura del 62% medici G vs 52% medici R vs 43% A;
- la comunicazione per e mail fra i Colleghi MMG è al 50% MMG delle A vs il 42% dei medici G il 29% dei medici R ;
- la comunicazione per via email con l'Asl vede una bassissima percentuale, cioè il 32% medici dei G vs il 29% medici A il 23% dei medici delle R.

Nella **Figura 11** viene evidenziato un netto distacco fra maschi e femmine per quanto riguarda 4 voci e cioè : l'uso del fax M 67% vs le F con il 38%, l'uso della fotocopiatrice M 64% vs F 32%, comunicazione e mail con i Colleghi M 52% vs F 28%, per e mail con l'ASL M 41% vs F 14%.

Dalle **Figura 12 e 13**

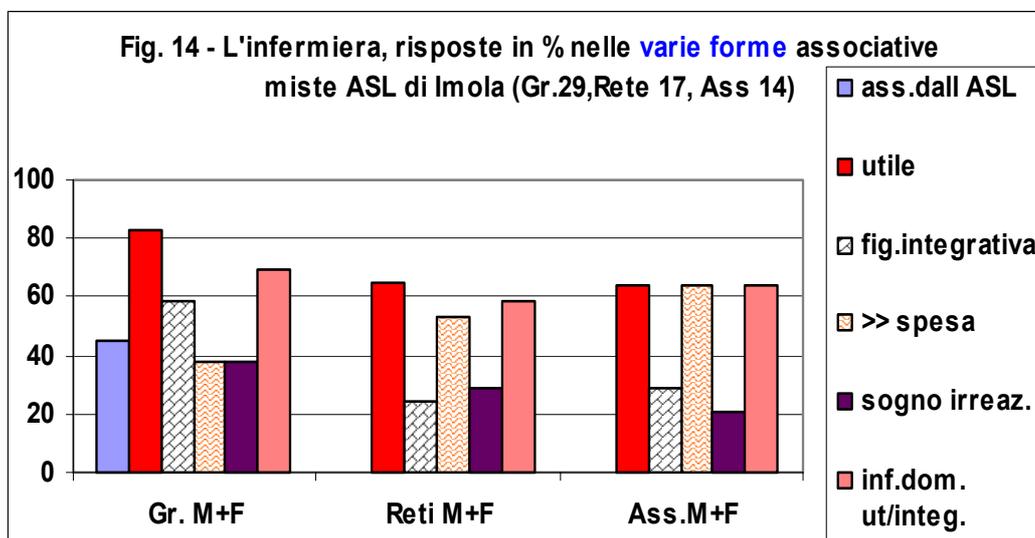
si evince la percezione dell'utilità della segretaria /collaboratrice di studio, specie per i medici (sia M sia F) dei **G** : lo dichiara il 92%, con una lieve differenza nel genere M tutti: cioè il 100% G 62% R, 86% delle A vs il genere delle F cioè: il 83% G, 75% R e 43% A; i M e le F delle R dichiarano l'utilità per il 71% in media ( 62% M vs 75% F) e per il 65% in media lo dichiarano nelle A (M 86% vs F43%).

Indubbiamente la gestione degli ambulatori per appuntamento ha bisogno di un notevole supporto della figura della segreteria, cosa che forse non si rende così necessario per chi non riceve per appuntamento come appare nell'esposizione di seguito ( Fig. 19).

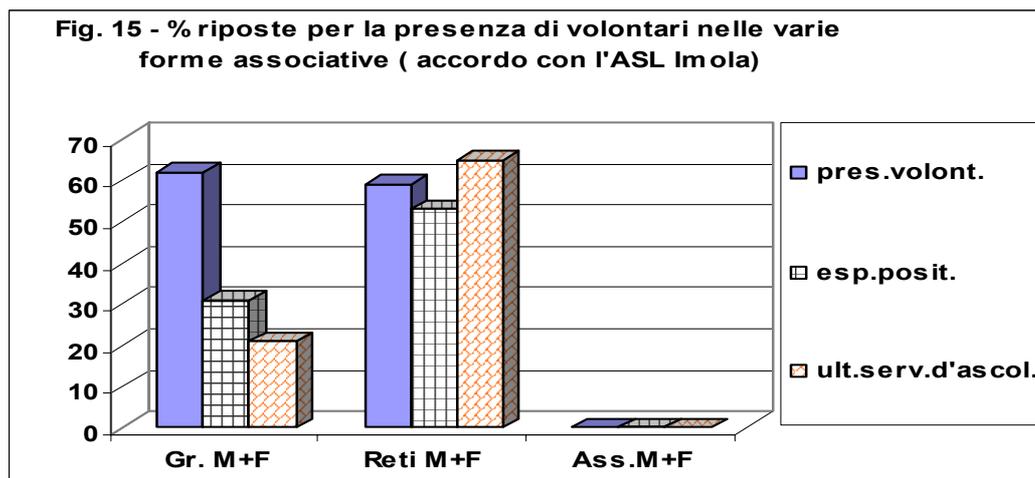


A testimonianza del fatto che la segretaria è una figura integrativa abbiamo la percentuale di 63% per i M e le F dei **G** vs il 65% dei M e delle F delle **R** vs il 36% dei Me delle F delle **A**. Quest'ultima bassa percentuale viene probabilmente spiegata per la scarsa esperienza dei Colleghi su questo tema. Viene segnalata il peso della spesa economica della segretaria solo dai Colleghi operanti nelle **R** per il 64% vs il 21% dei medici dei **G** e 22% dei medici delle **A**.

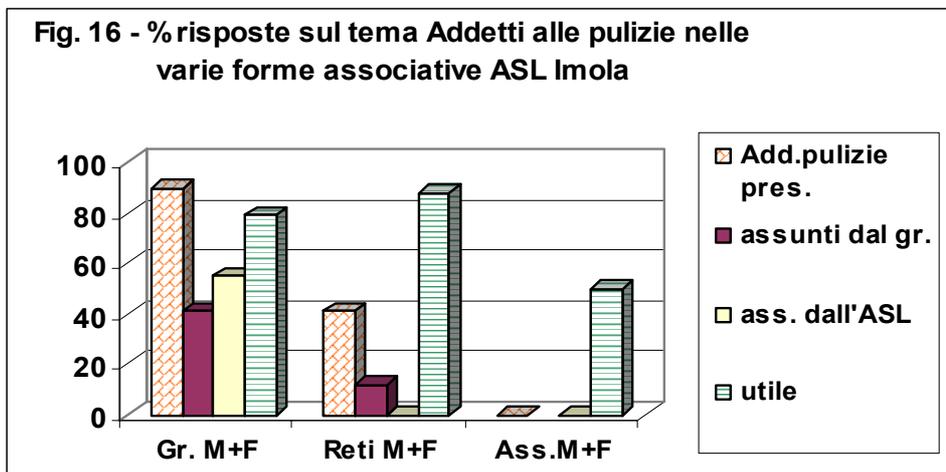
L'infermiera – come si evince dalla **Figura 14**- conferma la sua utilità ed integrazione con il ruolo del MMG anche se in misura sensibilmente minore della segretaria; questo presumibilmente per la natura del lavoro del MMG che è prevalentemente internistico piuttosto che chirurgico; lo dichiarano utile per il 83% dei medici in **G** vs il 65% **R** vs il 64% delle **A**; il peso della spesa economica della spesa per l'infermiera è dichiarato per il 38% dei medici delle **G** vs il 53% delle **R** e per il 64% dai medici operanti nelle **A**; questo potrebbe essere spiegato con il supporto abbastanza valido che l'ASL fornisce con gli infermieri nei vari ambulatori "di gruppo" – previo accordo fra le parti negoziabile. I servizi e i supporti dell'infermiera domiciliare (o territoriale – di solito per supportare l'assistenza ai terminali oncologici e non) viene considerata dai medici come utile ed integrativa per il 69% dei medici tutti dei **G** vs per il 59% delle **R** e dal 64% delle **A**.



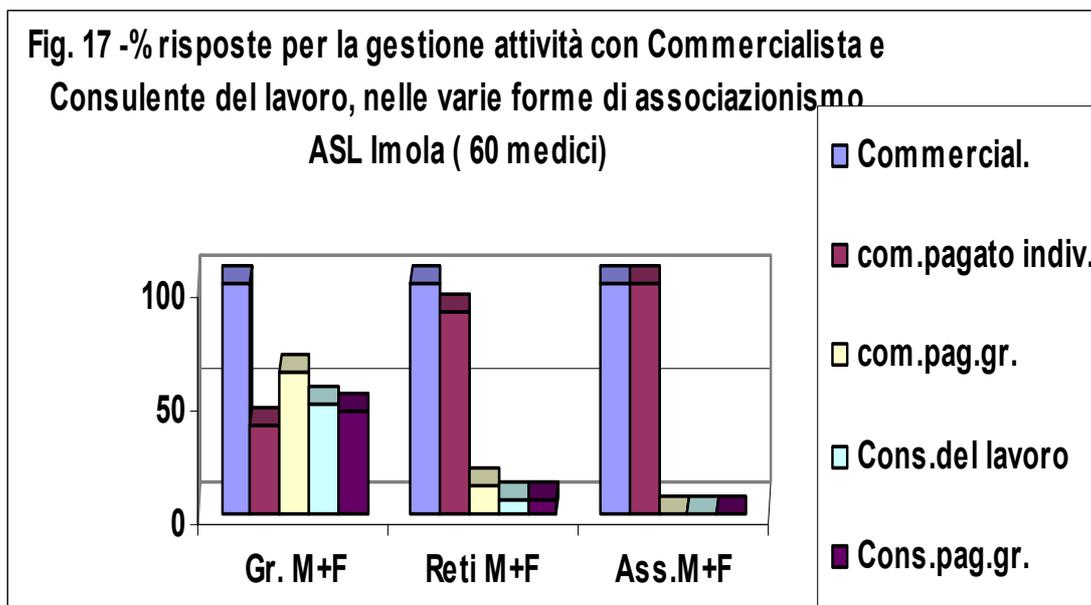
Nella **Figura 15** viene raccolta l'esperienza della collaborazione dei volontari (a Imola maggiormente presente l'AUSER e l'ANTEA) negli studi attigui ( o in una stanza comunicante con la sala d'attesa); viene dichiarata la presenza negli Studi del 62% medici delle **G** vs il 53% delle **R**; l'esperienza ha visto soddisfatti maggiormente i medici delle **R** per il 53% vs il 29% dei **G** con la segnalazione ulteriore che per il 65% dei medici in R- ha costituito anche un punto di ascolto ulteriore per i pazienti vs il solo 21% dei **G** che evidentemente non ha potuto riferire di una esperienza altrettanto positiva.



Dalla **Figura 16** si evince che l'ASL dà un supporto a 55% dei medici G per il servizio di pulizia, probabilmente nei locali concessi in uso di proprietà dell'ASL; sull'utilità di questo servizio, su quale non si può discutere, risulta pesare economicamente sulla categoria per: 79% dei medici dei G vs l'88% delle R vs il 50% dei medici in A.

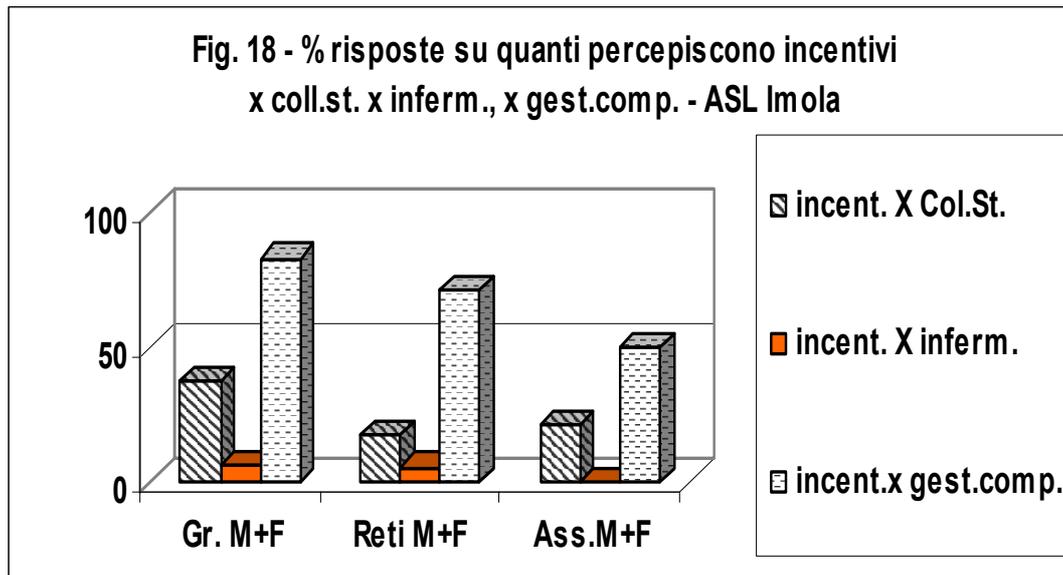


L'onere economico del Commercialista e del Consulente del lavoro ( per chi ha dei dipendenti) vedi **Figura 17** viene suddiviso fra tutti i medici delle G in misura maggiore che nelle altre forme di associazionismo; in particolare il peso economico avvertito : dai G per il 62% vs il 12% delle R e inoltre il pagamento del Consulente del lavoro per il 44% dei G vs il 6% dei MMG della R; la percentuale della quota individuale della spesa per il Commercialista risulta specularmente rovesciata e cioè grava sul 100% dei medici delle A vs il 88% R vs il 38% delle G.

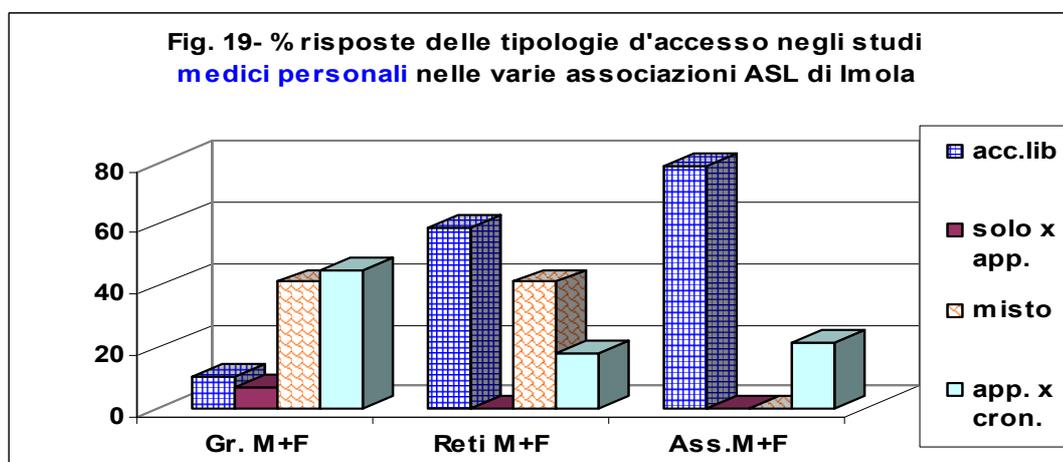


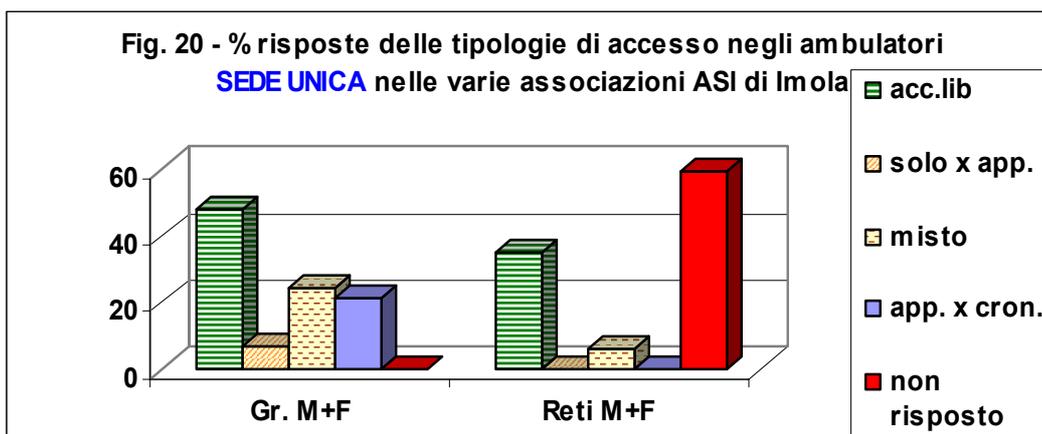
Nella **Figura 18** si può fare un confronto sull'attendibilità delle risposte (visto la raccolta dei dati anche dagli Uffici Amministrativi del Distretto- vedi Cap. 3.1), per dimostrare quanti sono i medici che percepiscono l'incentivo per la Collaboratrice di Studio/Segretaria (20 medici lo percepivano nel 2005) : 38% medici dei **G** vs 18% delle **R** vs 21% delle **A**; per l'infermiera coincide perfettamente con le risposte ( 3 medici riferito dall'ASL); per la

gestione informatica ( lo percepivano 60 medici nell'ASL di Imola nel 2005) risulta un sostegno non indifferente per molti medici: l'83% dei G vs 71% delle R vs 50% A.

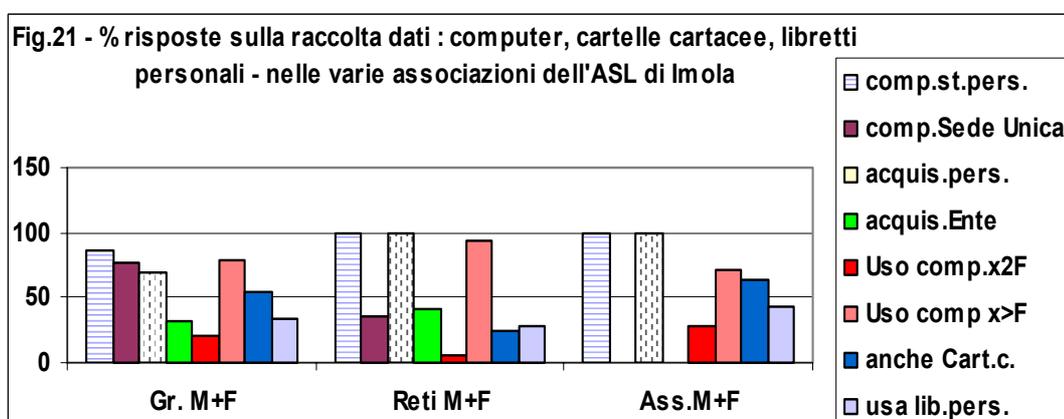


Nelle **Figura 19 e 20** si evidenzia nettamente l'organizzazione diversa impostata dei MMG per rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti. Negli Studi personali (quella fetta di medici che tuttora svolge un attività doppia, sia nel proprio Studio sia nella sede unica 45% dei medici G e 41% R) è prevalente l'accesso misto 41% sia per i medici dei G sia per i medici delle R, cioè viene lasciata una corsia preferenziale per le urgenze che vengono inseriti fra gli appuntamenti già programmati. L'accesso libero è del 79% negli Studi personali dei MMG operanti in A e del 59% negli Studi medici personali dei medici operanti nelle R mentre è solo del 10% negli studi personali dei medici dei G; invece nelle sedi uniche viene lasciato l'accesso libero per il 48% dei G vs il 35% delle R; la programmazione per il monitoraggio della malattia cronica ( tipo diabete mellito) è prevalente negli Studi personali nella misura del 45% dei G vs il 18% R vs il 21% delle A, mentre nei luoghi della sede unica, viene segnalata nella misura di 21% dei G.

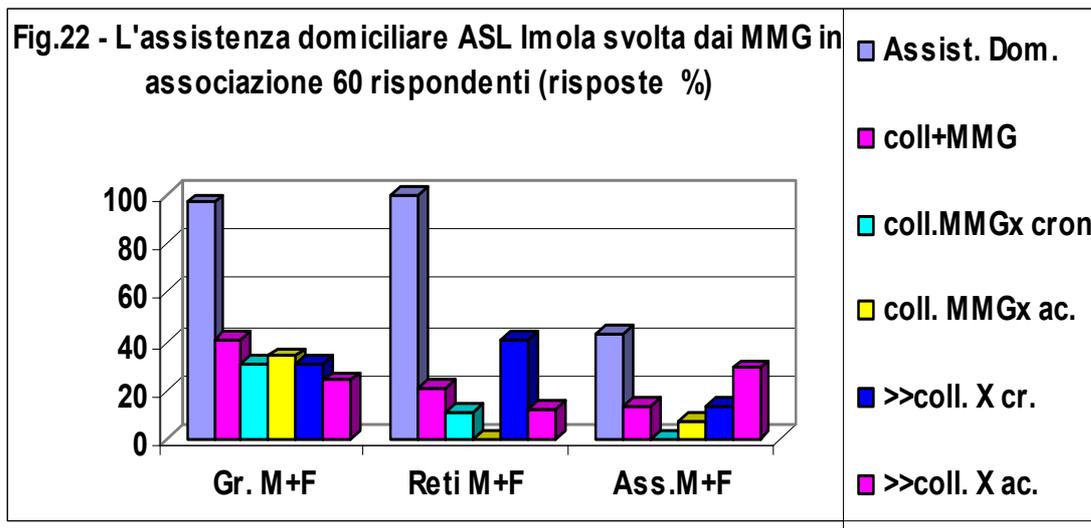




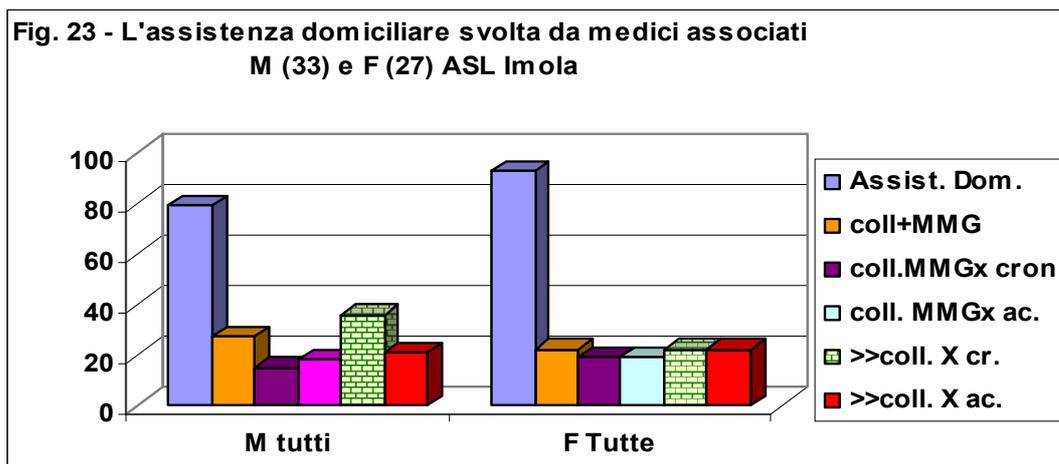
Nella **Figura 21** risulta quanto è diffuso l'uso del computer fra i MMG associati, il 95.33% negli Studi personali e oltre il 55.5% nelle sedi uniche ( non un numero alto, perché la risposta è influenzata anche dalla presenza nelle sedi utilizzate per progetti specifici concordati e non solo, per la gestione ambulatoriale quotidiana come il monitoraggio del paziente diabetico –negli ambulatori del Distretto di Borgo Tossignano, un Comune della Vallata del Santerno). I MMG hanno acquistato personalmente i computer per il 100% ( medici R e A vs il 69% dei MMG G. E' stato ricevuto un contributo da alcuni Enti Pubblici – tipo la Fondazione CRI, ConAMI ecc., localmente presenti, specie per sostenere la raccolta dei dati nelle sedi uniche dei G il 31% vs il 41% delle R; la maggior parte usa il computer con la gestione di più funzione del programma (“Millenium” localmente distribuito dall'ASL e a suo tempo acquistato in accordo con i MMG e la loro Società Scientifica), il 79% medici dei G vs il 94% medici R vs il 71% delle A con una media fra tutti del 81% circa. Come si evince dalla stessa **Figura 21**, una parte consistente dei MMG associati usa **anche le cartelle cartacee** in particolare : il 55% dei medici G vs il 24% R il 64% A (con una media totale del 48%), viene altresì mantenuta una abitudine locale della consegna ai pazienti di un “libretto personale –diario clinico” nella misura del 34% medici dei G vs 29% delle R vs il 43% delle A (con una media totale del 35%).



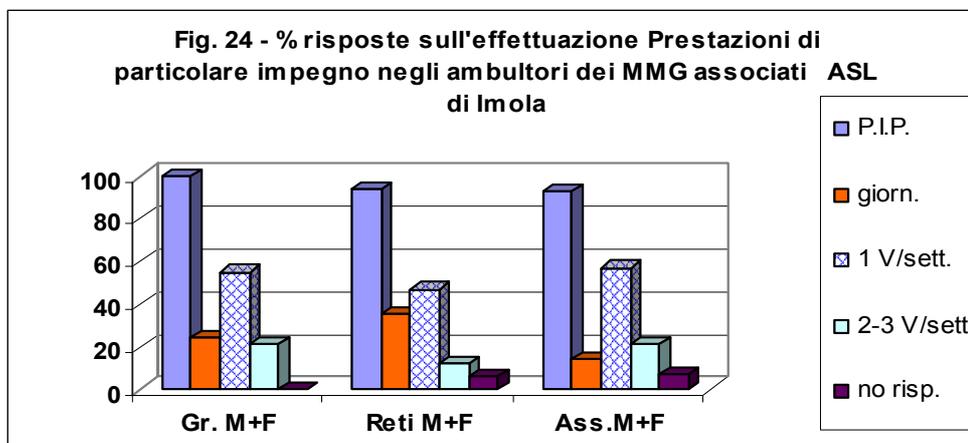
Nella **Figura 22** ci si addentra nello svolgimento dell'attività del MMG associato anche sul territorio e risulta che l'assistenza domiciliare nelle varie forme ( Assistenza Domiciliare Integrata: ADI di I°, II° e III° livello nonché l'assistenza programmata) viene svolta per il 97% dai medici G vs il 100% R e il 43% A; la collaborazione fattiva fra i MMG è dichiarata del 41% dai medici G vs il 21% R vs il 14% A, con la distinzione per cronici : il 31% G vs 11% R nessun delle A, una media sul totale del 14% e per gli acuti il 34% medici dei G nessuno delle R vs 7% delle A, una media sul totale del 14%. Hanno dichiarato che avrebbero piacere di una collaborazione fattiva per i cronici : il 31% dei medici G vs 41% medici R vs 14% delle A, con una media media 29%, e altrettanto per gli acuti : il 24% dei G vs 12% delle R vs 29% delle A, con una media del 22%.



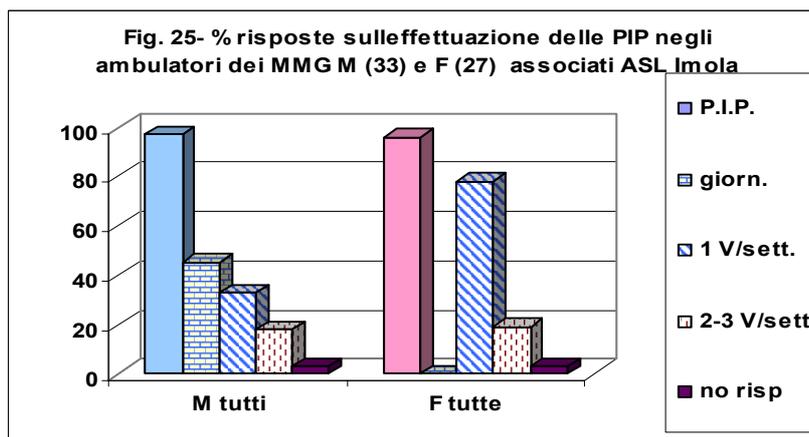
Nella **Figura 23** – viene esplicitamente cercato una differenza fra i comportamenti dei due generi; le Femmine praticano l'assistenza domiciliare nel 93% vs il 79% M; non risulta una differenza significativa sul tema della collaborazione con i MMG per malati cronici ed malati acuti (in generale il 27% M vs 22% F ; per i cronici 15% M vs 19% F; per gli acuti 18% M vs 19% F).



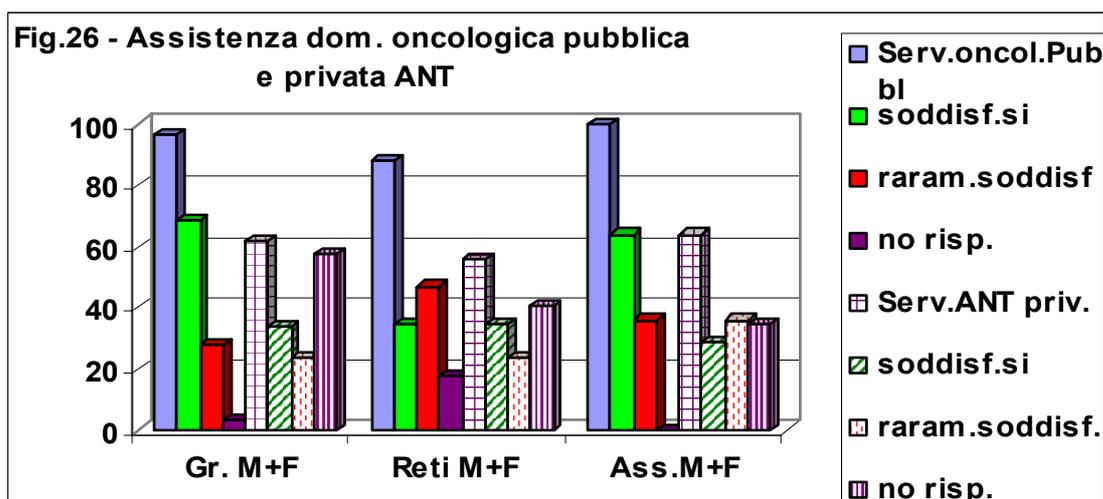
Nella **Figura 24** vengono valutati l'effettuazione delle Prestazioni Aggiuntive - come da Allegato D. dell' Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG (come suture, medicazioni, iniezioni desensibilizzanti ecc...), tutti hanno risposto positivamente nella media del 96% ma la prevalenza più alta è stato quello "di una volta alla settimana" in media del 53% (in particolare 55% medici G vs 47% R e 57% delle A), "giornalmente" in media il 24% e "2-3 volte alla settimana" in media il 18%.



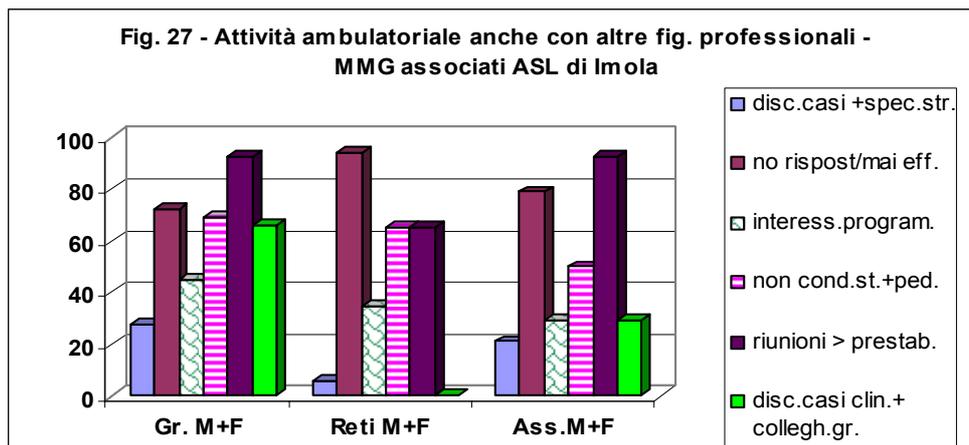
Nella Figura 25 emerge che i M dichiarano di effettuare una prestazione aggiuntiva giornalmente il 45% vs 0% le F e queste ultime dichiarano di effettuare una prestazione aggiuntiva il 78% "una volta alla settimana" vs il 33% dei M delle A.



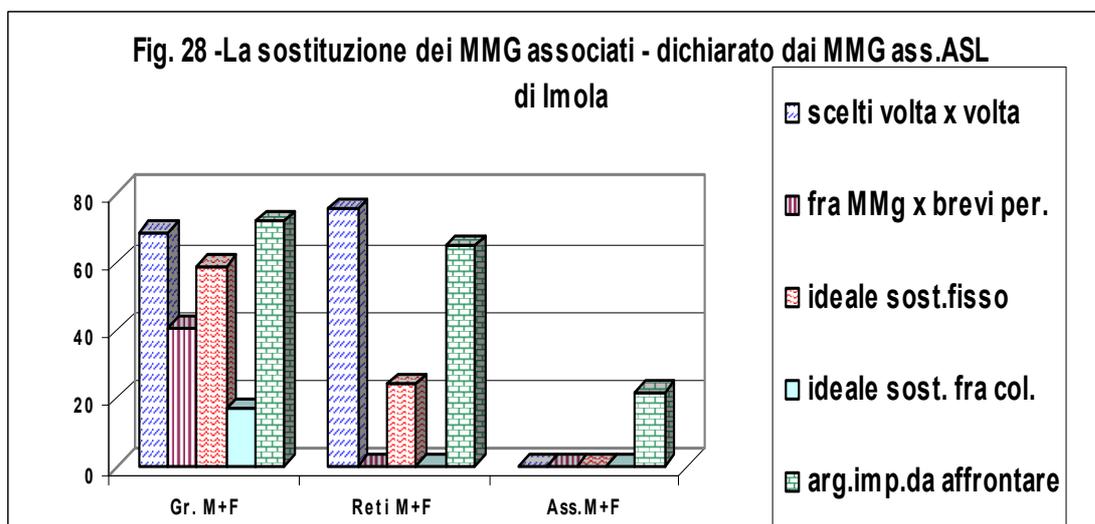
La **Figura 26** viene analizzata l'esperienza dei MMG imolesi associati con il servizio oncologico domiciliare pubblico e privato; il 95% dichiarano che hanno avuto un'esperienza con il Servizio Pubblico, i più soddisfatti sono nel 69% risultano i medici dei G vs 35% delle R vs il 64% A, con una media totale del 56% ; l'esperienza con il Servizio oncologico privato ( in loco rappresentato dall'ANT) non supera il 64% dei medici A vs il 56% R e 62% dei G con una media totale di soddisfazione fra le varie forme associative del 34% ( 22% in meno del Servizio Pubblico).



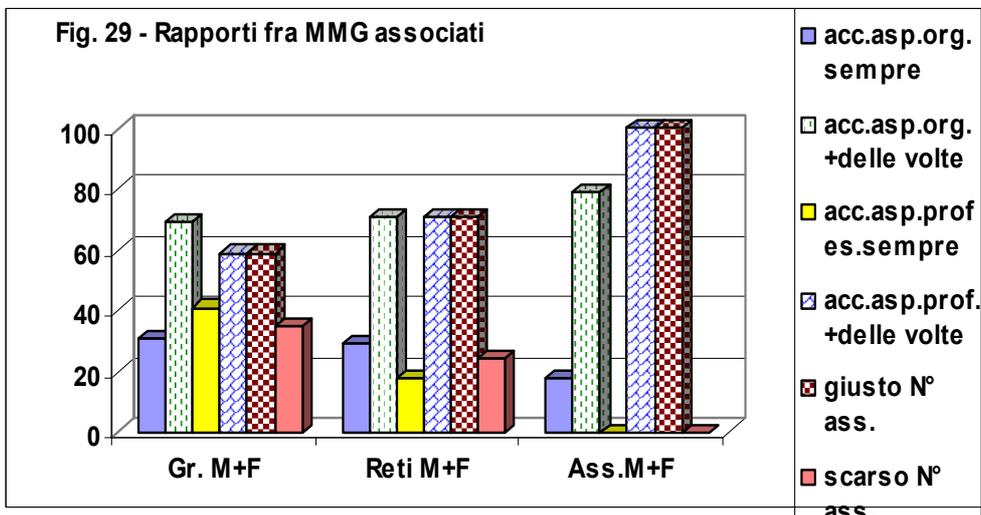
La **Figura 27** evidenzia chiaramente che l'esperienza dell'Audit (la discussione di casi clinici con i Colleghi specialisti) è un'esperienza effettuata solo da una esigua % di Colleghi, in media **18%** ( 28% medici dei G vs 6% R vs 21% A) rispetto all'esperienza di confrontarsi sui casi clinici con i Colleghi MMG dello stesso gruppo in media del **31%** ( 66% per i medici dei G vs solo il 29% delle A e non è stato riferito dai medici delle R; le riunioni organizzative – programmatiche fra i componenti delle varie associazioni (oltre il minimo di tre riunioni annuali) vengono effettuati per il 93% sia dei medici dei G e delle A vs il 65% di quelli delle R.



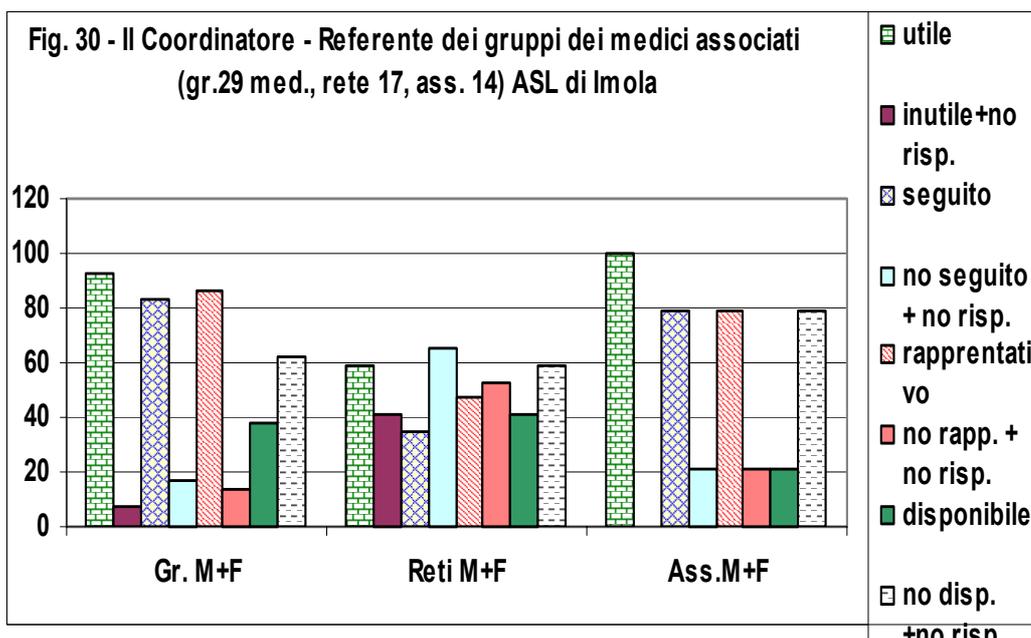
La **Figura 28** tratta il problema della sostituzione del MMG associato per periodi brevi e non; si evidenzia un interesse maggiore da parte dei medici “in gruppo” con una ampia risposta significativa. Ancora il 69% dei medici dei **G** vs il 76% delle **R** sceglie il sostituto “volta per volta” (con tutte le difficoltà e i rischi del caso - come la non conoscenza appieno delle linee guida e l’organizzazione aziendale o il programma software della gestione ambulatoriale ...ecc.), solo il 41% dei medici dei **G** si sostituisce fra di loro per brevi periodi ( con difficoltà dichiarate per periodi di alta morbilità) anche se solo il 17% considera sempre - medici del **G** - questa soluzione ideale; l’ideale del sostituto fisso viene dichiarato dal 59% medici dei **G** vs il 24% delle **R**; sono comunque tutti d’accordo che l’argomento è molto importante sia per il particolare rapporto di lavoro dei MMG sia per la ricaduta sulla popolazione degli assistiti nella misura media di 53% (in particolare 72% dei medici dei **G** vs 65% **R** vs il 22% **A**).



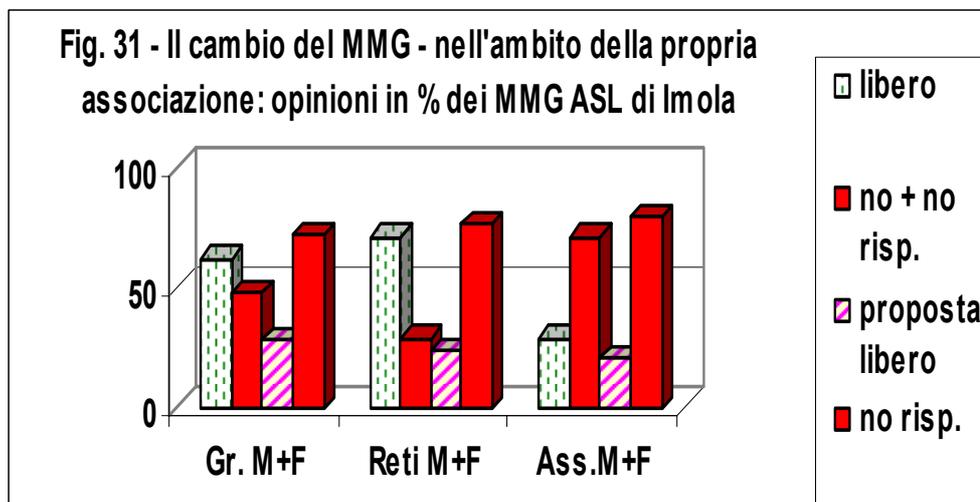
La **Figura 29** analizza i rapporti fra i MMG associati ove dichiarano che si accordano sugli aspetti organizzativi rispettivamente “sempre” e/o “più delle volte” nella misura di 31% e 69% medici G vs 29% e 71% R vs 18% e 79% delle A, sugli aspetti di carattere professionale si accordano rispettivamente sempre e/o più delle volte nella misura di 41% e 59% medici dei G vs il 18% e 71% R vs 100% solo “più delle volte”medici delle A. La maggior parte dei medici si dichiara soddisfatto del numero degli associati del proprio gruppo: 59% G vs 71% R vs 100% A con una media di 77%.



La **Figura 30** evidenzia la figura del Coordinatore (Presidente) del gruppo dei medici associati e tutti dichiarano che è una figura utile: in media nel 84% : con un consenso del 93% medici dei G vs il 100% delle A e solo per il 59% delle R; quest’ultimo gruppo manifesta più volte nelle risposte seguenti la non sufficiente identificazione nell’attuale referente: inutile (+ non rispondono) il 41%, non seguito (+ non rispondono) il 65%, non rappresentativo (+ non rispondono) il 53%; dall’altra parte esprimono ampia soddisfazione sul Referente i medici dei G del 83%, rappresentativo: 86% e anche i medici delle A dichiarano che è seguito e rappresentativo per il 79% .Dagli ultimi quesiti si evince quanto questo ruolo non è ambito: dichiarano la “non disponibilità” a svolgere questo ruolo in media il 67% ( 62% G, 59% R, 79% A) vs il 33% in media dei medici disponibili (38% G,41%R, 21%A ).



La **Figura 31** illustra un punto molto delicato dell'attività dei MMG e cioè il flusso dei pazienti che cambiano medico nell'ambito dello stesso nucleo; 54% dei medici è per la "libera circolazione" dei pazienti vs il 49% in media che è contrario o non risponde al quesito. Comunque quando si chiede ai medici di fare proposte per "la libera circolazione dei pazienti" solo il 24% di tutti medici è favorevole, il resto 76% non risponde o è contrario.

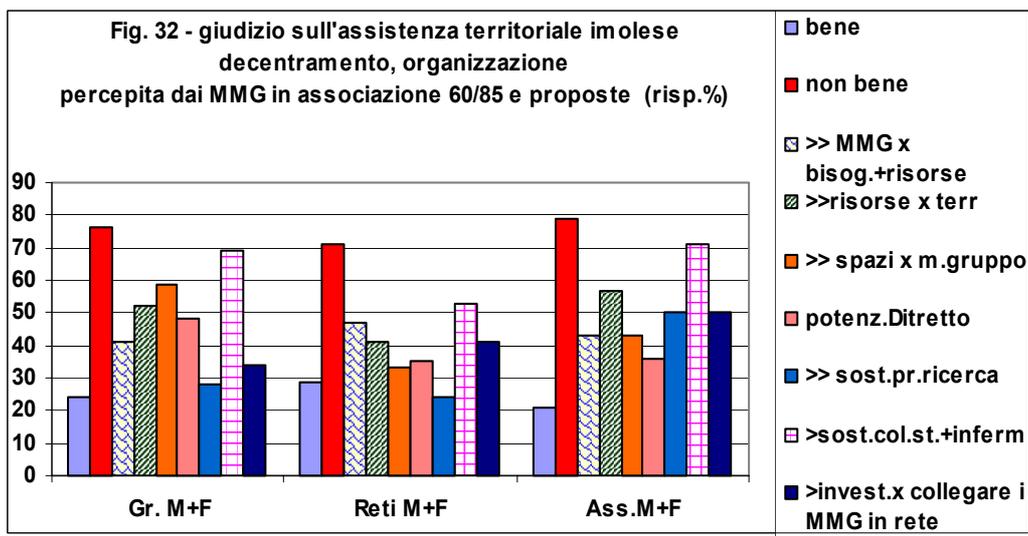


Nella **Figura 32** viene dettagliatamente esposto quanto percepito dei MMG associati sul livello organizzativo dell'attività sanitaria territoriale : solo due quesiti hanno avuto una risposta significativa:

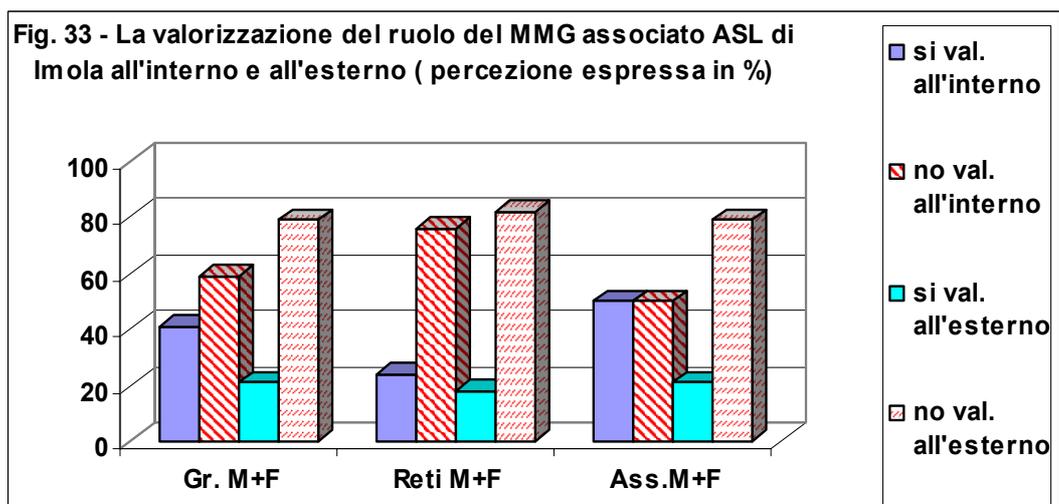
- "non bene" hanno risposto in media il 75% (76% G 71% R a 79% A)
- "Aumentare le risorse per sostenere collaboratrici di studio e personale infermieristico" in media 64% ( 69 % G, 53% R, 71% A);

il resto delle risposte hanno avuto una risposta media del meno 50% (soltanto) in questo ordine:

- Il 50% in media ha espresso la necessità di "aumentare le risorse dedicate al territorio ( 52% G , 41% R, 57% A)
- Il 45% in media è per "identificare spazi per avviare altre medicine "in gruppo" (59% G, 33% R, 43% A)
- Il 44% in media si esprime a favore "di coinvolgere più MMG nei tavoli dove si decide la collocazione delle risorse per il territorio" ( 41%G, 47% R, 43%A)
- Il 42% in media si è espresso favorevole all' "aumentare gli investimenti per collegare i MMG in rete ( ad un server centrale)" ( 34%G, 41%R, 50% A)
- Il 40% in media è favorevole al "potenziamento del Distretto" (48% G, 35%R, 36% A)
- Il 34% in media è favorevole a "destinare risorse per progetti di ricerca sul territorio" ( 28%G, 24%R, 50%A)
- Il 25% in media giudica "bene" l'organizzazione dell'attività sanitaria territoriale ( 24% G, 29%R, 21%A)



Nella **Figura 33** continua la raccolta della percezione dei MMG sulla valorizzazione del proprio ruolo all'interno e all'esterno dell'ASL ( vedi le domande 46 e 47 del questionario): il 62% in media non percepisce una valorizzazione corretta all'interno dell'ASL nelle seguenti proporzioni : 59% G, 76% R, 50% A; risulta schiacciante il valore alto delle risposte e cioè il 80% in media - sul tema "non percepisce una corretta valorizzazione all'esterno dell'ASL ( comunicazione sul ruolo, iniziative, risultati ecc.)" nelle seguenti proporzioni : 79% G, 82% R, 79% A.

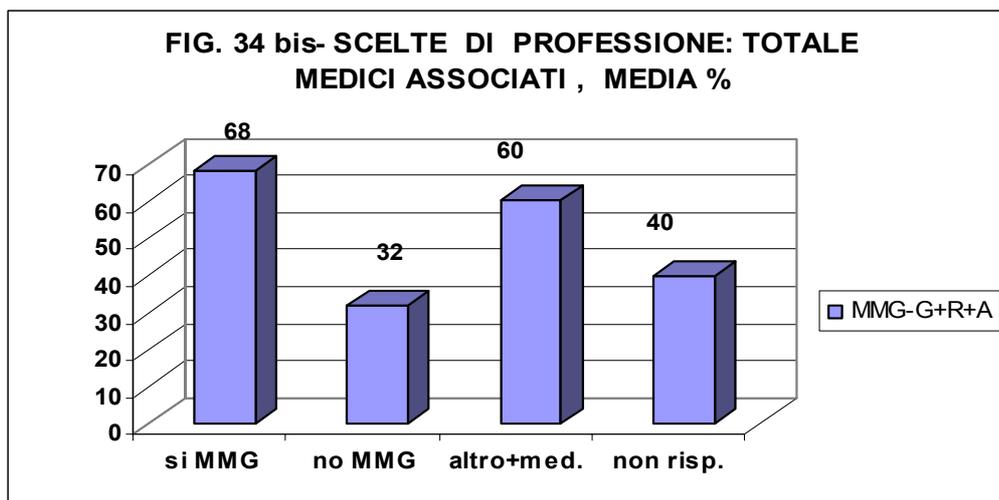


Nella **Figura 34** si visualizzano le riflessioni dei MMG sul percorso professionale svolto "insieme" ( in gruppo, in rete, in associazione); si segnala un giudizio "nettamente positivo" del 62% solo dei MMG dei G ( il 18% R, e il 43% A) e di "abbastanza positivo" del 82% dei MMG delle R ( 38%G, 43% A) con una media del 48% delle risposte dei MMG a questi due quesiti insieme.

Si segnala una risposta comunque da parte di tutti i MMG in G e in R e invece il 14% dei MMG in A non ha risposto a questa domanda.

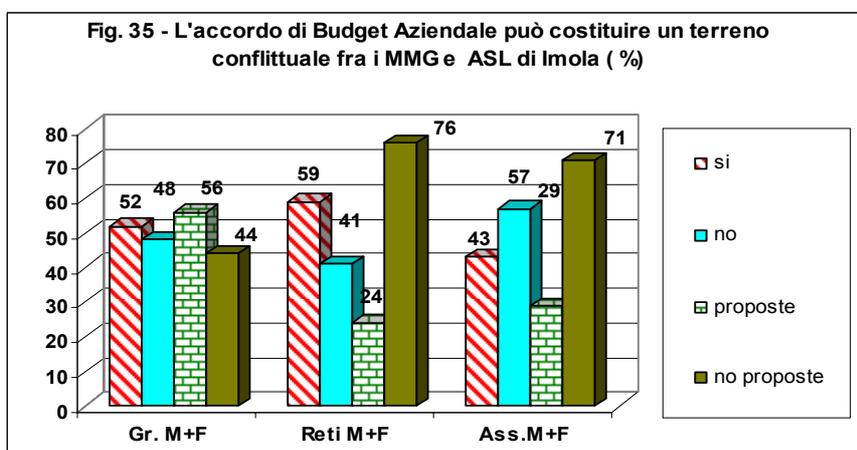
Il 68% in media di tutti i MMG rifarebbero il MMG ( lavorando sia insieme sia non insieme) con una risposta decisa positiva del 86% dei medici delle A, del 72% G e solo del 47% dei medici in R; solo il 32% in media di tutti i MMG non rifarebbe lo stesso lavoro ( 28%G, 53% R, 14% A). Di questi ultimi 32 % come specificato nella **Figura 34bis** :

- il 60 % svolgerebbe un'altra professione (il 53% in un altro settore - per esempio ricercatore, archeologo, giardiniere, tour operator, agricoltore ecc.. e il 47 % svolgerebbe il ruolo del medico ospedaliero dipendente e/o specialista libero professionale:
- il 40 % ( sempre di questi 32%) non ha risposto a questo quesito del tutto.



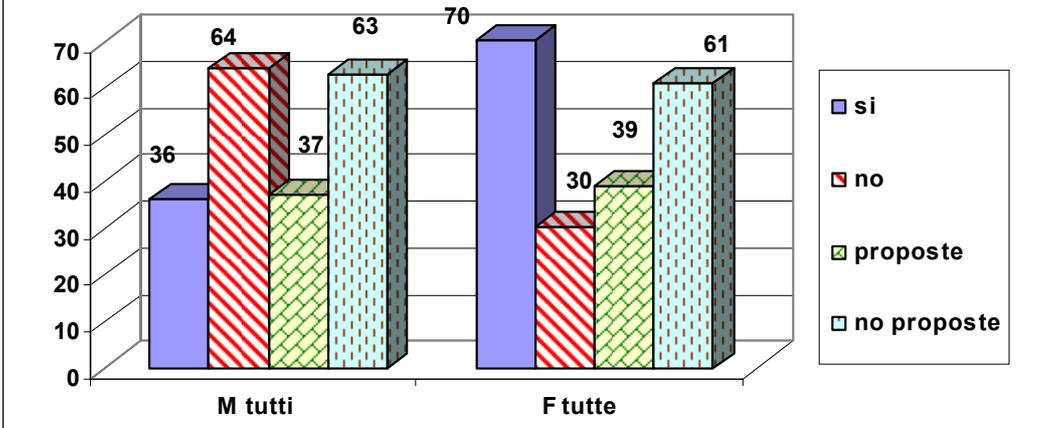
La **Figura 35 e 36** illustrano il consenso che trova l'accordo di Budget Aziendale fra i MMG che identifica dei quesiti precisi sulla possibilità di crearsi dei rapporti conflittuali fra i MMG che lavorano "insieme" in maniera strutturata.

Analizzando la **Figura 35** non risulta una differenza significativa fra quelli che rispondono "si" e "no" con una segnalazione dei MMG dei G che nel 56 % hanno "delle proposte da fare" ( in una % doppia delle altre forme associative- 24% R, 29% A); il dato conferma la scarsa accettazione da parte dei MMG di questa forma contrattuale locale. Il 64 % in media però, non ha proposte alternative da fare (in particolare il 71 % delle A, 76 % R, 44 % G). Infine anche la % "di proposte costruttive" risulta prevalente nei medici di G (56% G, 24% R, 29% A)vs quelli che non hanno proposte (44% G,76% R, 71%A).



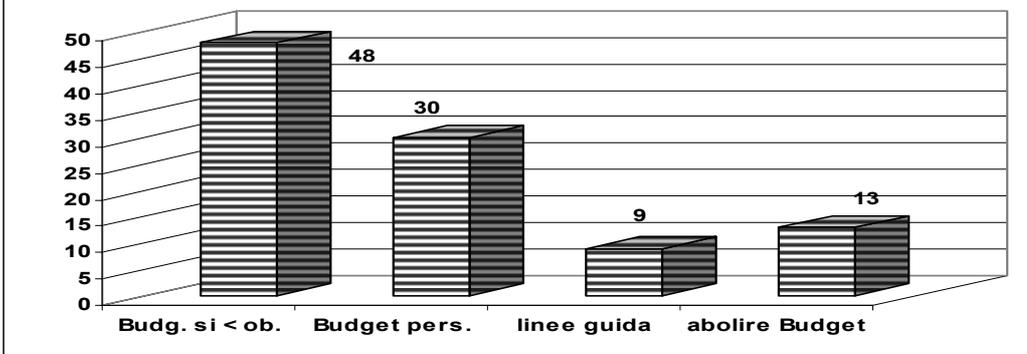
Scorporando invece i maschi dalle femmine costruendo il grafico per genere – vedi **Figura 36** – risulta che le Femmine vedono per il 70% in media, l'accordo di Budget Aziendale come causa di conflittualità fra Colleghi ( specie quelli appartenenti ai G nel 92% vs il 50% R e il 57% A). Invece i Maschi pensano nel 64% in media che non può essere terreno di conflittualità fra i Colleghi salvo il 67% , dei Maschi appartenenti alle medicine in R che pensano il contrario e che hanno espresso una opinione simile alla media risposta delle Femmine( hanno risposto invece "no" il 71% G, 33% R, 57%A) . Alta è la percentuale dei MMG senza proposte alternative o migliorative sull'argomento del Budget (61% M, 63% F)

**Fig. 36 - L'accordo di Budget Aziendale può costituire un terreno conflittuale fra i MMG due gruppi M e F ASL di Imola ( % )**



Comunque vale la pena addentrarsi vedi **Figura 37** nelle risposte del 38% dei MMG che hanno delle proposte da fare : il 48% ha opinione favorevole al Budget ma con meno obiettivi, il 30% suggerisce un Budget personale, il 13% vorrebbe abolire il Budget e il 9% vorrebbe solo linee guida da seguire.

**Fig. 37- Proposte dei MMG sull'accordo di Budget ASL di Imola ( risposte in %- dei 23 medici (M+F) il 38%)**



## 5.2 Conclusioni

Questa indagine conoscitiva fa trasparire un rilevante sforzo professionale e organizzativo dei MMG imolesi per cambiare metodi e strumenti di lavoro ed un forte desiderio di affermare un ruolo che ha delle caratteristiche peculiari per coloro che stanno in prima linea nel Servizio Sanitario Nazionale. Da quanto esposto sopra si evince che, oltre alla classica decodificazione dei bisogni dei cittadini e dei loro familiari, il MMG deve confrontarsi nel proprio lavoro con problemi organizzativi nel proprio lavoro che impegnano risorse economiche (e non solo) non sufficientemente recuperabili dalla remunerazione concordata a livello nazionale e regionale. Risulta inoltre che gli viene richiesto uno sforzo ulteriore, anche se mitigato dalla intermediazione sindacale di categoria, di un confronto professionale costante allo scopo di omogeneizzare il proprio lavoro clinico a quello degli altri medici, e che sia in sintonia con "linee guida" concordate e conosciute a livello nazionale e internazionale. Lo sforzo organizzativo per un'attività in equipe, un "lavoro insieme" ai Colleghi dello stesso gruppo (non sempre scelti spontaneamente e/o autonomamente), ai Colleghi della Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e ai Sostituti - potrebbe determinare anche una penalizzazione economica per comportamenti difformi dei vari Colleghi (per storia professionale o percorso formativo differente) nonché per il mancato raggiungimento degli obiettivi fissati dagli accordi locali.

Si richiede pertanto al MMG una responsabilità anche "di gruppo" nella scelta di percorsi diagnostici e terapeutici che spesso non procede in convergenza con i percorsi dei Colleghi Specialisti del territorio. Non è rara l'affermazione gratuita da parte dei Politici ed Amministratori della cattiva gestione dell'"Ordinatore di spesa", dell'inappropriatezza prescrittiva che affossa il Servizio Sanitario locale, regionale e nazionale.

Nonostante ciò, emerge un quadro di un gruppo di MMG imolesi ( di qualsiasi forma associativa) molto vivace e volenteroso:

- Il 90% partecipa in media, da un minimo di 3 fino a 7 Convegni su varie tematiche all'anno oltre alla regolare frequenza ai corsi di aggiornamento obbligatorio decisi a livello Regionale e locale e promossi dall'ASL locale.
- Il 63% dei MMG è in possesso di una specializzazione conseguita negli anni passati, diversa dall'attuale specializzazione che si può ottenere in Medicina Generale (esperienza importante e prestigiosa portata avanti negli ultimi anni in diverse Regioni d'Italia).
- Il 87% dei medici ha voluto fare una esperienza "senza ritorno" probabilmente, per coagularsi intorno ad una formula nuova di "medicina di gruppo" anche se in passato, per circa 18 anni della propria vita lavorativa, ha lavorato in maniera tradizionale ( da solo). Una strada di sacrifici e rischi che non raramente li vede alla ricerca di risorse e soluzioni anche logistiche appellandosi agli Enti Pubblici o privati locali (come per l'uso gratuito di locali, l'impegno di personale infermieristico dell'ASL, la richiesta di attrezzature per la gestione dell'attività ambulatoriale come hardware, software ecc.). Situazioni frustranti e difficili che vedono una figura del MMG autorevole, carismatica, indipendente a dover rivedere i bilanci di una vita di studio, di ricerca e di lavoro.

Una professione, che non è facilmente paragonabile ad altre professioni mediche per le responsabilità globali da assumere e difficilmente demandabili ( o delegabili) ad altre figure gerarchiche che non esistono nella rete di connessioni, fra il medico di MG e il proprio paziente. Una soluzione ad un problema, una risposta ad un bisogno deve essere trovata sempre, comunque, in tempi e modi utili come dettame sia della scienza (per appropriatezza e progressi nella ricerca in una medicina basata fondamentalmente sulle evidenze) sia del senso civico che identifica la razionalizzazione delle risorse come importante considerazione ai fini di individuare delle scelte prioritarie per il bene del paziente e per il bene della società.

La scarsa e non completa informazione fornita ai cittadini, non mediata dai MMG locali sui cambiamenti avvenuti nel Servizio Sanitario Nazionale e Regionale come avviene invece negli altri paesi occidentali (si veda l'utilità di certi screening che non risultano scervi di revisioni e riconsiderazioni) trova nelle risposte dei MMG imolesi ai quesiti del questionario ( allegato 2), un segnale forte:

- il 62% dei medici facenti parte delle varie associazioni non percepisce una adeguata valorizzazione del proprio lavoro all'interno dell'ASL – ove sono stati attivati già da tempo incontri strutturati insieme ai Colleghi specialisti, come i corsi di formazione sulla qualità, l'aggiornamento su percorsi diagnostici e terapeutici.
- l'80% dei medici non percepisce una valorizzazione personale neanche verso l'esterno (questo dato è ancora più grave).

Tutto ciò genera una situazione di frustrazione del MMG verso un paziente che non sempre accetta le nuove regole della gestione dell'attività ambulatoriale, per esempio

- la visita “per appuntamento- programmabile”,
- l'osservazione nelle note AIFA per prescrizioni terapeutiche,
- l'assenza frequentemente dallo studio, il Sabato specialmente, per aggiornamento ecc..

Un dato importante traspare da quel folto gruppo di MMG che pur associandosi “in gruppo” o “in rete” mantengono ( con dei surplus non indifferenti di carico di lavoro) anche la presenza nel proprio Studio personale “storico”: così succede per il 45% dei MMG dei G e il 41% dei medici in R; tutto per poter rispondere ai bisogni oltre “conservare” la popolazione assistita e dimostrare loro, con dei tempi adeguati all'utenza, i vantaggi di una medicina svolta insieme ad altri Colleghi sul territorio.

Per quanto riguarda l'adeguamento delle forme organizzative nuove ai pazienti, si evince dalla gestione ambulatoriale che il processo è graduale: solamente dopo un percorso lento che passa dall'accesso libero e dall'accesso misto ( cioè, ricevere per appuntamento con la conservazione di spazi per tutte le urgenze richieste sia cliniche che burocratiche) si giunge all'accesso : per “appuntamento”; ad oggi ancora il 41% è ad accesso misto sia nei G sia nelle R con l'attenzione di privilegiare l'accesso libero nella misura del 48% nei G nelle sedi uniche vs il 35% nelle R nelle “sedi uniche” piuttosto che quello misto, per rispondere meglio al bisogno dell'utenza in questo periodo iniziale.

La motivazione dell'aumento di incentivo (conquista contrattuale tradizionale) per associarsi convince più i M con il 63% e meno le F che non vedono questa grande conquista salariale se non per il 37%, che sinceramente non spiega lo sforzo logistico professionale effettuato. La motivazione del “recupero di ore” da dedicare ad interessi personali e famiglia non è più attuale ( come si vede dalle risposte ottenute al questionario) solo il 7% delle F e il 6% dei M pensa al tempo libero recuperabile. La diffusione del computer nella gestione degli ambulatori dei MMG è senz'altro un dato consolidato, l'81% dei medici usa il "Millenium" per più funzioni ( come prescrizione diagnostica e terapeutica, individuazione dei problemi, annotazioni delle prestazioni integrative, delle ADI ecc..) anche se una buona parte – il 48% dichiara di usare parallelamente ancora le cartelle cartacee o i libretti personali (diari) per il 35%. Viene considerato un doppio o triplice lavoro che può essere eliminato con lo sviluppo di una buona conoscenza dell'attuale "Millenium" che è ancora non appieno utilizzato. Vengono apprezzati i contributi Regionali per le **Segretarie /collaboratrici** di Studio in quanto sono insostituibili per la gestione degli ambulatori specie per gli appuntamenti programmabili per telefono. Oltre la metà dei MMG il 56% la considera una figura integrativa e il 76% dichiara che è utile. Un 36% valuta l'aggravio economico con il rischio di non avere questo incentivo se fosse superato il "tetto di spesa Regionale" su questa figura. **L'infermiera** è risultata una figura meno indispensabile, integrativa ed utile anche se il 77% la considera utile(solamente), solo il 37% la considera una figura integrativa e l'aggravio economico all'assunzione viene considerato dal 52% dei MMG ; si può leggere questa necessità ridotta dell'infermiera anche dalla dichiarata scarsa effettuazione di prestazioni integrative: solo il 23% dei MMG fa delle prestazioni giornalmente e il 53% dichiara di farlo solo una volta alla settimana in media/anno. Invece **l'infermiera domiciliare** è considerata una figura utile ed integrativa allo svolgimento dell'assistenza domiciliare sul territorio nel 64%. Quest'ultimo è un dato importante per valorizzare la peculiarità del lavoro del MMG per individuare sempre meglio i casi che veramente necessitano di un ricovero. E' stata valutata anche l'integrazione con i Colleghi palliativisti nell'assistenza dei pazienti terminali oncologici: la soddisfazione è espressa nel 56% dei casi per il Servizio Oncologico Pubblico vs il 34% di soddisfazione verso il Servizio Oncologico

Privato (ANT). La presenza di figure integrative appartenenti ad **associazione di volontariato** non ha incontrato una soddisfazione che va oltre il 53% dei MMG in R vs la scarsa soddisfazione espressa dai MMG dei G nella misura del 29%.

La discussione di casi particolari con specialisti è stata dichiarata molto esigua (18%) mentre fra i Colleghi della stessa formazione associativa, è diffusa fra il 31% dei Colleghi. Viene considerata una percentuale troppo bassa per la valutazione della qualità di un lavoro integrato. Questa ridotta partecipazione agli Audit concordati contrasta con le molte riunioni che necessitano – specie per gli aspetti organizzativi di pianificazione: il 84% dichiara di fare oltre le 3 riunioni all'anno obbligatorie quindi esiste una grande disponibilità ; dichiarano di accordarsi su aspetti organizzativi : “sempre” in media 26%, o comunque “più delle volte” il 73% in media, inoltre di accordarsi sugli aspetti clinici “sempre” il 20% in media vs il “più delle volte” il 77% in media. Non traspare nessuna ostilità ma una grande volontà costruttiva della nuova dimensione.

Il **Coordinatore del Gruppo** viene considerato : per il 84% in media "utile" , "seguito" per il 66% in media, "rappresentativo" per il 71% e il 67% in media purtroppo che non dà la propria disponibilità ad intraprendere questo impegno nel futuro.

Sulla figura del Sostituto nei periodi di vacanza o per assenza per aggiornamenti i MMG imolesi si esprimono ( non hanno risposto i medici in A) per un "Sostituto fisso" identificato con una maggioranza di 42% che può essere integrato nel lavoro del gruppo ( sia per gli aggiornamenti condivisi, sia per conoscere a fondo la popolazione assistita). Inoltre è da segnalare un interesse a sviluppare l'argomento nella misura del 53% in media ritenendo l'argomento importante. Il flusso dei pazienti da un medico all'altro della formazione associativa non è bene accettato; solo il 54% lascerebbe libera circolazione vs il 49% che dice "no" o “non risponde”. Anche alla domanda di una proposta per “la libera circolazione” ha risposto in media si il 24% vs il 76% che ha risposto "no" o “non risposto”. Quindi viene considerato uno degli argomenti che dovranno essere ripresi per stemperare tensioni fra i Colleghi. Il giudizio raccolto dai MMG sull'assistenza territoriale imolese vede prevalere un giudizio negativo – del 75% sul 25% positivo. La classifica delle osservazioni fatte dai medici vede in una scala di priorità:

1. la richiesta di aumentare il sostegno per poter avere più collaboratrici di Studio e infermieri (media 64%)
2. la richiesta di aumentare le risorse per il territorio ( 50% in media)
3. di aumentare il numero dei MMG da coinvolgere per individuare i bisogni e la collocazione delle risorse ( 44% in media) sia di aumentare la disponibilità degli spazi per avviare altre medicine di gruppo /45% in media) ecc.

Alla domanda di fare un bilancio sull'attività “insieme” ad altri medici la risposta è stata solo del 48% in media “positivo” e “abbastanza positivo” e solo il 68% rifarebbe in MMG globalmente non solo se lavorasse in gruppo ma in qualsiasi forma organizzativa.

Pertanto "l'istantanea" sui MMG imolese è piena di suggerimenti per aumentare gli sforzi e le risorse per poter realizzare delle vere medicine in associazione in qualsiasi forma. E' emerso una notevole forza di coinvolgimento della “medicina in gruppo” rispetto alle altre due per un naturale crescente affiatamento professionale ed organizzativo. E' emerso inoltre la necessità di un supporto maggiore per spazi per avviare queste tipologie di associazioni e soprattutto maggior informazione ai cittadini sulle risorse della medicina di primo livello sia a livello clinico che sociale.

Molto si può ancora rilevare sui timori (peraltro giustificati) dei MMG e dei pazienti su questa formula operativa, ma il percorso storico in quella direzione è stato avviato da tempo dalle nuove opportunità comunicative, dai progressi tecnologici della medicina e dalle necessità della razionalizzazione delle risorse economiche per la salute a livello globale.

Lo sforzo è rilevante e solo una collaborazione e un confronto costante e costruttivo con gli addetti nei ruoli gestionali – organizzativi nelle ASL e nelle Regioni consentirà di scrivere un altro capitolo della medicina.

Si auspica che vengano sostenute molte altre indagini conoscitive sui medici e sui pazienti in quanto costituiscono un elemento importante per modificare modi e piani di azioni.

## **CAP. 6 – I RISULTATI ELABORATI DELLE RISPOSTE DEI QUESTIONARI COMPILATI DAI PAZIENTI NELLE SALE D’ATTESA DEI MEDICI ASSOCIATI**

### **6.1 La centralità del paziente e la sua “soddisfazione” (Dott.ssa Tiziana Rossi)**

La centralità del rapporto con il paziente distingue la medicina di base da qualsiasi branca specialistica ed ospedaliera.

Il MMG presenta un rapporto peculiare con il proprio paziente caratterizzato dalla fiducia, dalla continuità temporale e dalla maggiore consapevolezza degli aspetti che caratterizzano la vita del proprio assistito. Nonostante ciò anche nella medicina di base si sente parlare sempre più spesso di “customer satisfaction”, di valutazione della qualità percepita, di utente o cliente, quasi come se il rapporto fiduciario che ha caratterizzato la nascita del medico di famiglia abbia lasciato il posto ad un rapporto esclusivamente di tipo economico. Ciò costituisce un evento significativo per le sue implicazioni culturali e per gli effetti che provoca sugli atteggiamenti degli attori coinvolti. Infatti parlare di paziente anche come utente o cliente vuol dire non vederlo più come oggetto passivo dell’atto medico, ma come soggetto attivo coinvolto nella relazione attraverso una redistribuzione equa delle responsabilità che ha anche il possibile effetto di contenere la regressione che ogni essere umano subisce nella malattia e nella sofferenza<sup>4</sup>.

Valutare la qualità percepita del paziente, interrogarsi cioè sulla sua soddisfazione per le cure ricevute, vuol dire valorizzare la soggettività del paziente e porre le basi per un incontro dialogico dove il medico mette a disposizione del paziente le proprie conoscenze, per trovare insieme la strada migliore: il paziente diventa da oggetto clinico a soggetto nel processo di cura. Deve essere questo l’elemento fondante di ogni attività di servizio dove anche il “cliente” contribuisce in modo attivo alla sua buona realizzazione. La valutazione della soddisfazione del paziente è uno strumento attraverso il quale si può cogliere la complessità dell’incontro clinico e si riscopre la centralità del paziente che è stata persa nel corso dei secoli.

Raccogliere il punto di vista degli utenti, di chi cioè utilizza un servizio, è uno degli aspetti chiave del recente sviluppo della società. Solo nell’ultimo decennio il settore sanitario ha identificato alcuni metodi per accertare il punto di vista del paziente attraverso il quale si possono

---

<sup>4</sup> Si tratta in questo caso di un paziente-cliente: “un cliente assolutamente peculiare, perché chiamato a confrontarsi con gli aspetti più angoscianti del vivere...sia che si tratti di attendere una diagnosi, sia il risultato di uno screening preventivo o di iniziare un trattamento più o meno invasivo” (Ancona A, Duccoli D. 2000 ADR). In questo modo l’oggettività del paziente e dei suoi familiari risulta compromessa in quanto la condizione di malato porta con sé un grande momento di fragilità che rende il soggetto facilmente manipolabile. Il professionista della cura deve tenere conto di questa realtà per fare in modo che la maggiore relazionalità desiderata con il paziente non diventi pura finzione. E’ necessario che il medico moduli la propria forza in modo che emerga la soggettività, la voce e la necessità del paziente.

realizzare alcuni dei miglioramenti necessari nel sistema sanitario in relazione ai bisogni del cittadino utente.

Le preferenze sono idee su cosa dovrebbe caratterizzare il sistema sanitario. I concetti ad esso collegati sono le aspettative, i bisogni percepiti, i desideri, le richieste e le priorità. Le aspettative hanno due diversi significati uno legato a ciò che il cittadino vorrebbe, a ciò che è auspicabile, mentre l'altro si riferisce a ciò che potrà accadere in senso di previsione del futuro. Il termine preferenza ha le sue origine nella psicologia cognitiva e fa riferimento ai bisogni e necessità del singolo cittadino in relazione al proprio trattamento clinico, mentre il concetto di priorità è maggiormente usato per descrivere le preferenze e necessità di una collettività di pazienti o cittadini.

I metodi di ricerca qualitativi<sup>5</sup> come le interviste non strutturate e i focus group possono essere utilizzati per fare emergere le preferenze dei pazienti. Le interviste non strutturate fanno emergere le necessità individuali dei singoli pazienti essendo difficile per questi soggetti trascendere le proprie esperienze per decidere quali siano le priorità a livello generale e collettivo. I focus group, invece, attraverso l'interazione tra i vari partecipanti permettono di superare le esperienze individuali della malattia.

Tra i metodi di ricerca quantitativi si utilizzano prevalentemente i questionari cioè le interviste strutturate. Differenti tipi di informazioni possono essere raccolte includendo risposte che utilizzano le scale (Likert etc) da non importante a molto importante o una scelta tra due alternative, oppure chiedendo un voto per l'alternativa maggiormente desiderabile. Le valutazioni dei pazienti sono il risultato delle reazioni dei soggetti stessi agli aspetti salienti del contesto, del processo e del risultato della loro esperienza del servizio.

Il termine valutazione suggerisce un processo cognitivo attraverso il quale vengono misurati alcuni aspetti specifici del trattamento di "cura", mentre il termine soddisfazione fa riferimento ad una risposta emotiva all'esperienza vissuta. Nonostante ciò quando si parla di valutazione della qualità dei servizi sanitari si continua a fare riferimento alla soddisfazione del cittadino piuttosto che alla valutazione.

---

<sup>5</sup> Per un approfondimento delle tecniche di ricerca sociale vedere il testo di Cipolla C. "Tecniche di ricerca sociale".....

## 6.2 Progetto di valutazione - Finalità

Questo progetto di valutazione è stato patrocinato dall'AUSL di Imola, Distretto di Cure Primarie allo scopo di approfondire la conoscenza della medicina associativa, o meglio allo scopo di comprendere la percezione che hanno i pazienti assistiti dai MMG che praticano in associazione.

La Medicina in Associazione rappresenta l'innovazione e l'investimento del Sistema Sanitario per il futuro che vede ridare gloria ad una professione ormai in declino, non per importanza ma per eccessiva burocratizzazione. Inoltre il settore di cure primarie è oggetto di un processo di riorganizzazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e viene caricato di nuovi compiti e responsabilità.

L'associazionismo dovrebbe permettere di alzare il livello della professionalità dei medici insieme alla qualità del lavoro. L'aspetto professionale si sviluppa attraverso la possibilità per i MMG di utilizzare la medesima cartella clinica, e protocolli diagnostici e terapeutici comuni. In relazione al fatto che uno studio medico associato permette di avere un bacino di utenza significativo, esiste anche la possibilità di sviluppare alcune ricerche epidemiologiche e cliniche<sup>6</sup>, creando le premesse per un rapporto diverso tra MMG, specialisti e i medici ospedalieri. Attraverso l'associazionismo i MMG garantiscono ai pazienti una maggiore disponibilità con l'ampliamento delle fasce orarie di apertura dell'ambulatorio e una maggiore reperibilità per le urgenze. Possono anche essere ampliate le prestazioni erogate in termini sia di patologie gestibili, sia di disponibilità di prestazioni. In oltre la collaborazione di personale infermieristico e di segreteria permette una migliore gestione dell'ambulatorio da parte del MMG.

Il MMG è colui che deve recuperare il proprio ruolo di clinico e fungere da intermediario tra il paziente e il Sistema Sanitario, creando percorsi di cura più idonei e personalizzati alle esigenze dei pazienti.

Viste le caratteristiche che distinguono la pratica medica associativa dalla medicina singola ed i vantaggi ad essa collegati è necessario ora chiedersi se i cittadini hanno colto queste differenze. Essi sono consapevoli della possibilità di avere altri medici a disposizione in assenza del proprio, medici accreditati e che grazie all'utilizzo di strumenti informatici sono a conoscenza delle necessità dell'assistito? Il personale ausiliario aiuta a fornire un servizio più adeguato alle esigenze dei pazienti? I medici svolgono visite su appuntamento in alcuni giorni della settimana e i pazienti quante volte utilizzano questa modalità?

---

<sup>6</sup> Questa è l'aspetto più importante dal punto di vista professionale perché permette ai MMG di uscire da un tradizionale isolamento ridando a questi professionisti il titolo di clinici. Fino a qualche anno fa i Medici di Famiglia erano coloro dai quali che ci si recava per avere una ricetta o richiedere un consulto specialistico. In questo modo esiste la possibilità di coinvolgere direttamente questi professionisti nella ricerca vera e propria.

La visita medica costituisce l'elemento fondamentale della relazione medico-paziente, è il momento in cui si crea quel rapporto di fiducia che caratterizza la professione medica fin dalla sua nascita. Ricerche svolte in Inghilterra<sup>7</sup> hanno dimostrato come i medici che dedicano più tempo alla visita del paziente prescrivono meno farmaci e danno maggiori consigli sui comportamenti necessari per il benessere individuale e per la promozione della salute. Le visite più lunghe permettono di soddisfare le esigenze dei pazienti affetti da patologie croniche, e di risolvere più in modo più idoneo problemi che non sono di natura patologica, ma psico-sociale. In oltre la richiesta del cittadino di una maggiore partecipazione al proprio percorso di cura comporta un processo di interazione più complesso con un medico che dedichi più tempo al proprio paziente.

Le nuove esigenze di tempo del paziente creano alcune difficoltà per quel che riguarda i tempi di attesa dei cittadini che potrebbero essere risolti regolando l'accesso all'ambulatori medico utilizzando un sistema di appuntamenti. Esso permette di ridurre i tempi di attesa degli utenti, e al medico di gestire in modo significativo e più idoneo i tempi dedicati ad ogni singola visita.

E' proprio la visita uno degli strumenti per restituire al MMG il suo ruolo storico di clinico e la Medicina in Associazione il mezzo attraverso il quale il professionista può recuperarlo.

### **6.3 Obiettivi specifici del progetto**

Lo scopo principale di questa indagine sulla soddisfazione dei cittadini-utenti assistiti dai MMG che lavorano in Associazione è:

- Valutare la qualità percepita dagli utenti in relazione alle “nuove” modalità di organizzazione degli studi medici associati ed erogazione del servizio.
- Utilizzare la qualità percepita come strumento di miglioramento dei servizi erogati.
- Verificare se utilizzando all'interno dell'ambulatorio il sistema di appuntamento vengono risolti i problemi relativi ai tempi di attesa e se viene dedicato più tempo da parte dei medici alle visite realizzando le esigenze di maggior partecipazione dei pazienti
- Coinvolgere i MMG sui risultati ottenuti dai dati di soddisfazione del cittadino-utente per il servizio ricevuto, per aumentare la loro consapevolezza sull'importanza del giudizio del paziente.

La qualità percepita dal punto di vista dell'utente assume importanza per poter comprendere il funzionamento dell'organizzazione sanitaria, e orientare l'avvio di interventi di miglioramento. La “soddisfazione” è un indicatore dell'esperienza del cittadino-utente nella fruizione del servizio sanitario.

---

<sup>7</sup> Aa. Vv. BMJ, Volume 324, 13 Aprile 2002

In questo caso deve essere compreso il “gradimento” degli utenti assistiti da MMG associati allo scopo di valutare il funzionamento dell’organizzazione dell’ambulatorio medico, e le sue capacità di assolvere ai nuovi compiti che la riorganizzazione del Sistema Sanitario richiede.

#### **6.4 Metodologia della ricerca**

Per verificare la reale conoscenza dei possibili vantaggi che la medicina in associazione offre rispetto la pratica singola, e la soddisfazione dei pazienti assistiti da questi MMG è stato scelto il questionario<sup>8</sup>.

Le tematiche che sono state affrontate con il questionario sono state scelte dopo un’attenta analisi della letteratura esistente sull’argomento.

La prima stesura del questionario è stato sottoposto al giudizio dei MMG che lavorano in associazione durante un Focus Group. Obiettivo dell’incontro era di coinvolgere i MMG nell’indagine ed individuare con loro le problematiche legate all’associazionismo, gli aspetti centrali da includere nel questionario e in secondo luogo ottenere la loro approvazione in relazione alla distribuzione dei questionari ai loro assistiti.

E’ stato necessario un secondo incontro con i MMG durante il quale sono stati restituiti ed analizzati i dati che sono emersi durante il primo Focus group, e sono state riviste definitivamente le domande da sottoporre ai pazienti<sup>9</sup>.

Il questionario presenta una parte iniziale dove vengono chiesti i dati relativi all’età, al sesso, al titolo di studio e alla professione dei soggetti intervistati. Viene richiesta anche la frequenza con cui i pazienti si recano dal medico nell’arco di un anno, allo scopo di distinguere i pazienti portatori di una patologia cronica da coloro che si recano dal medico per un semplice certificato. Questo perché la percezione del proprio medico può variare in relazione alla maggiore o minore frequentazione dell’ambulatorio medico.

Il questionario è composto da trentuno domande, ventisei a risposta chiusa, e cinque a risposta aperta. Per le domande a risposta chiusa è stata scelta l’alternativa si/no allo scopo di eliminare qualsiasi influenza soggettiva nelle risposte del paziente<sup>10</sup>. In questo caso il paziente deve

---

<sup>8</sup> Si tratta di uno strumento che fa parte della metodologia di ricerca di tipo quantitativo, che permette di raccogliere e di elaborare un numero di dati cospicuo.

<sup>9</sup> Due domande sono state suggerite dai Medici stessi. Una relativa alla consapevolezza del paziente circa le modalità di accesso all’ambulatorio e alle modalità di prenotazione della visita a domicilio. L’altra relativa alla preferenza del paziente circa le modalità di erogazione del servizio, cioè se è preferibile la medicina in associazione alla pratica “tradizionale” svolta singolarmente.

<sup>10</sup> Le scale (Likert, dall’accordo più completo al totale disaccordo) sono generalmente quelle maggiormente usate perché di più facile costruzione. Vengono di solito impiegate per batterie di items, e i soggetti intervistati devono esprimere la loro posizione. Gli svantaggi di queste scale sono legate al fatto che esse possono avere un valore diverso per i soggetti intervistati, ed una risposta uguale in realtà può nascondere una percezione diversa dell’argomento. Può

solo rispondere in maniera positiva o negativa ad alcune domande in relazione alla conoscenza o meno di alcuni aspetti dell'organizzazione dell'ambulatorio del proprio medico curante.

Le domande indagano nove aree tematiche:

- Consapevolezza da parte del paziente circa la collaborazione del proprio medico curante con altri medici di MMG
- Interscambiabilità del medico di riferimento
- Modalità di accesso all'ambulatorio
- Necessità da parte del paziente di avere ulteriori pareri oltre a quello del proprio medico curante.
- Partecipazione al proprio percorso di cura
- Personale ausiliario
- Orari adeguati e sistema di appuntamenti
- Ricorso al pronto soccorso
- Soddisfazione complessiva

Le domande a risposta aperta hanno lo scopo di far emergere l'opinione dei pazienti su alcuni argomenti come la necessità di un secondo consulto, il ricorso al pronto soccorso, l'accessibilità del proprio medico e suggerimenti sugli aspetti da migliorare.

Gli studi medici coinvolti appartengono ai tre diversi tipi di associazione<sup>11</sup>, allo scopo di verificare se la percezione del paziente cambia in relazione ai diversi aspetti che le caratterizzano, e quale viene percepita in maniera più positiva.

Gli studi sono stati selezionati con la collaborazione del Distretto di Cure Primarie dell'Ausl di Imola, in base al numero dei pazienti assistiti e agli anni di associazionismo.

Il questionario è stato preferito alle interviste in profondità<sup>12</sup> perché il luogo che è stato scelto per la loro distribuzione è la sala d'attesa degli ambulatori medici. L'intervista in profondità richiede tempo che a volte il cittadino non ha e riservatezza per permettere al paziente di esprimere liberamente la propria opinione. In una sala d'attesa sono presenti contemporaneamente, e in uno spazio limitato, diverse persone. Per questo motivo non può essere garantito il rispetto della privacy dei soggetti intervistati. Un altro aspetto che non deve essere dimenticato riguarda lo stato d'animo di chi si trova seduto in una sala di aspetto che potrebbe trovarsi in uno stato di malessere, essere angosciato aspettando una qualche diagnosi o il risultato di qualche esame. In questo caso i soggetti

---

anche capitare che i soggetti si pongano nella posizione intermedia per paura di esprimere un giudizio che li possa allontanare da ciò che è socialmente accettabile, o per semplice pigrizia.

<sup>11</sup> Medicina di gruppo, medicina in rete, medicina in associazione.

potrebbero non avere voglia di concentrarsi su qualche argomento diverso dal loro stato di salute, e potrebbero non avere neanche voglia di parlare.

Il campione a cui è stato sottoposto il questionario è stato scelto in modo casuale sia per la dinamicità della popolazione che usufruisce del servizio medico sia dal tipo di domanda che è attivata da un bisogno particolare. Per avere un campione rappresentativo è necessario che il questionario venga somministrato per un periodo di tempo abbastanza lungo allo scopo di avere l'opinione sia dei pazienti cronici che di quelli occasionali. Inoltre bisognerebbe conoscere l'universo di riferimento, tenendo conto sia del sesso che dell'età. In questo caso il questionario è stato somministrato ai soggetti presenti nelle sale di attesa in modo casuale, come approccio iniziale per testare lo strumento scelto, e per fare emergere alcune tematiche che potrebbero essere oggetto di un ulteriore approfondimento.

## **6.5 Dati statistici sui cittadini intervistati**

In base al genere i cittadini si dividono in 175 femmine (61,09%) e 112 maschi (38,91%). I questionari che non presentano nessuna risposta sono 8 (3,49% sul totale).

In riferimento all'età anagrafica, il 11,52% ha un'età compresa tra 15 e 30 anni, il 35,02% tra 31 e 50, il 36,40% tra 51 e 70 e il 17,06% tra i 71 e 87.

In relazione al grado di istruzione, il campione presenta il 26,7% che ha frequentato la scuola elementare, il 25,7% la scuola media, il 37,9% possiede un diploma di scuola media superiore e il 9,7% ha conseguito la laurea.

Dal punto di professionale il 8,9% è casalinga, il 26,6% è impiegato, il 13,1% è lavoratore autonomo, il 15,4% è operaio, il 31,8% è pensionato e il 4,2% è ancora studente.

Un'altra domanda che è stata posta nella scheda relativa ai dati dei cittadini è la frequenza con cui ci si reca dal medico in un anno per distinguere i pazienti cronici da quelli occasionali. Il campione risulta caratterizzato dal 14% dei cittadini che presenta una frequenza pari a meno di 3 volte nell'arco dell'anno, il 26% da 3 a 5, il 35,5% da 6 a 10 e il 24,5% più di dieci volte. In base alla frequenza si possono distinguere diverse tipologie di pazienti: coloro che si recano dal medico per certificati o ricettazioni, i malati acuti, i cronici etc.

Queste domande sono molto importanti perché permettono di valutare se la soddisfazione del cittadino cambia in base all'età, al grado di istruzione e alla frequenza della domanda sanitaria.

È stato chiesto al cittadino di indicare anche il nome dello studio medico allo scopo di individuare il tipo di associazione a cui appartiene il proprio medico. Il 14% dei cittadini intervistati

---

<sup>12</sup> L'intervista in profondità appartiene al contesto della scoperta, nel senso che è uno strumento che permette di sondare aspetti diversi della condizione di "paziente" e di fare emergere una pluralità di argomenti da approfondire.

è assistito da un medico che lavora in “associazione”, il 71% in “gruppo” e il 15% in rete. Questa indicazione permette di verificare quale forma di associazionismo prevista dalla Convenzione del 2000 viene percepita in maniera più positiva dai cittadini.

## **6.6 Analisi della percezione della qualità**

### ***Consapevolezza da parte del paziente circa la collaborazione del proprio medico curante con altri MMG***

I cittadini sanno che il loro MMG lavora in associazione con altri medici e che hanno la possibilità di rivolgersi ad un altro MMG associato in caso di assenza del proprio? Nel totale complessivo delle risposte date emerge che i pazienti sono abbastanza consapevoli di questa modalità di erogazione del servizio, infatti il 82,6% ha risposto che è a conoscenza del fatto che il proprio medico lavora in associazione con altri medici e il 84,9% è a conoscenza della possibilità di rivolgersi ad un altro medico.

Se si analizza il dato relativo alla conoscenza da parte dei cittadini più in profondità, si può notare quale sia la forma associativa che è stata oggetto del maggiore numero di risposte positive: la medicina in associazione presenta una percentuale di conoscenza pari al 76,7%; la medicina in rete pari al 37,5% e il gruppo pari al 92,6%.

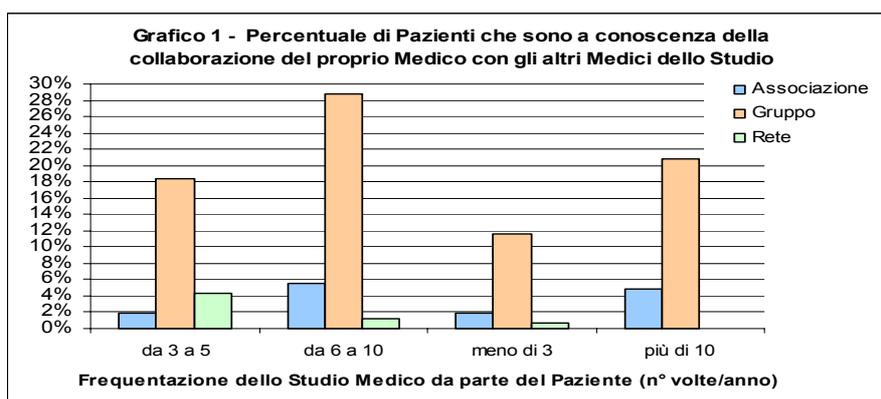
La medicina di “gruppo” è quella che presenta la maggiore consapevolezza da parte dei propri assistiti in relazione all’associazionismo e alla collaborazione tra i MMG associati, mentre la medicina di “rete” presenta una percentuale molto bassa. Si può dire che anche la struttura stessa dell’ambulatorio medico può facilitare questo tipo di percezione: non bisogna dimenticare infatti che i medici appartenenti alla prima “categoria” lavorano tutti in una sede unica, dando quindi l’idea non di un ambulatorio di tipo tradizionale ma specialistico od ospedaliero.

E’ più difficile comprendere la differenza esistente tra la medicina in “associazione” e quella in “rete”. Questi due tipi di associazioni, infatti non presentano l’obbligo della sede unica, ma a parità di struttura corrisponde un risultato molto diverso (76,7% di risposte positive per “l’associazione”, 37,5% per la “rete”). I fattori che hanno portato a questo risultato possono essere diversi tra i quali le modalità di comunicazione del MMG con i propri assistiti (cartellonistica insufficiente, non visibilità delle comunicazioni etc.).

In relazione alla possibilità dei cittadini di avere più di un medico di riferimento in caso di assenza del proprio i risultati risultano diversi: la medicina di “gruppo” è quella che ha ottenuto il maggiore numero di risposte positive (91,4%), mentre il gap tra “rete” e “associazione” si è ridotto notevolmente (65,6% la prima, 70% la seconda). Questo risultato potrebbe essere collegato al fatto

che il medico in caso di assenza è tenuto sempre a comunicare il nome di un sostituto, e potrebbe non essere stato collegato dai cittadini al concetto di associazionismo.

Provando ad incrociare questi dati con quelli relativi alla frequenza è facile notare come i soggetti che si recano più spesso dal medico sono quelli che sono a conoscenza della modalità di erogazione del servizio. Anche in questo caso la “rete” fa eccezione perché il 100% dei soggetti che si recano dal medico più di dieci volte nell’arco di un anno non sa che esiste una collaborazione da parte del proprio medico con altri MMG (*vedi grafico 1*).



Questo risultato potrebbe anche essere collegato al rapporto di totale fiducia di un paziente, soprattutto cronico, nei confronti del proprio medico, in modo che non venga posta nessuna attenzione a questa nuova modalità di organizzazione degli studi medici.

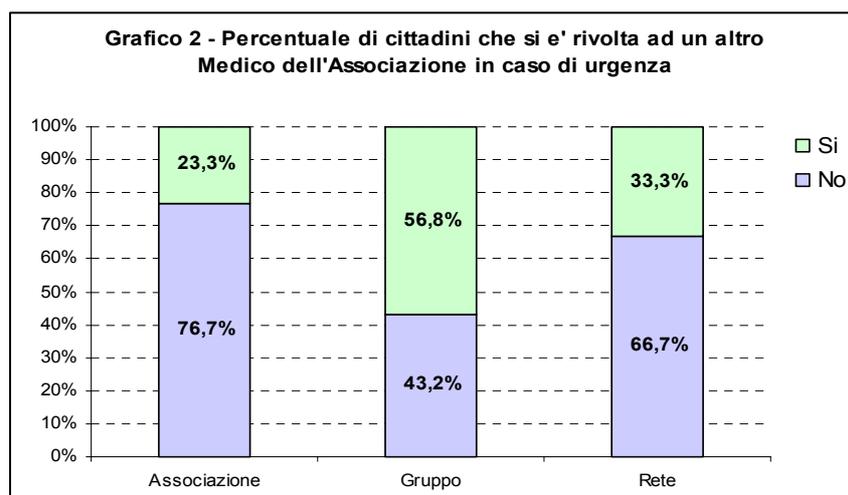
È necessario anche considerare che le “reti” coinvolte in questo progetto coprono un’area geografica molto ampia, e potrebbe essere impossibile per i cittadini rivolgersi ad un altro medico lontano da casa.

### ***Intercambiabilità del medico di riferimento***

Le domande dalla n°3 alla n°8 approfondiscono la tematica relativa all’intercambiabilità del proprio MMG. Quello che si cerca di comprendere è se i cittadini si sono mai rivolti ad altri medici che compongono l’associazione sia in presenza che in assenza del proprio medico di riferimento, le motivazioni per cui lo hanno fatto e se sono rimasti soddisfatti.

Complessivamente il 48,9% dei cittadini ha usufruito della possibilità di rivolgersi ad un altro medico accreditato in caso di necessità ed in assenza del proprio MMG con una soddisfazione pari al 96,2%.

Anche in questo caso, andando a vedere più in profondità i vari tipi di associazione emerge come il primo dato raggiunga una percentuale pari al 56,8% per il “gruppo”, si abbassi al 23,3% per “l’associazione” e al 33,3% per la “rete”. Il dato relativo alla soddisfazione risulta invece abbastanza stabile (*vedi grafico 2*).



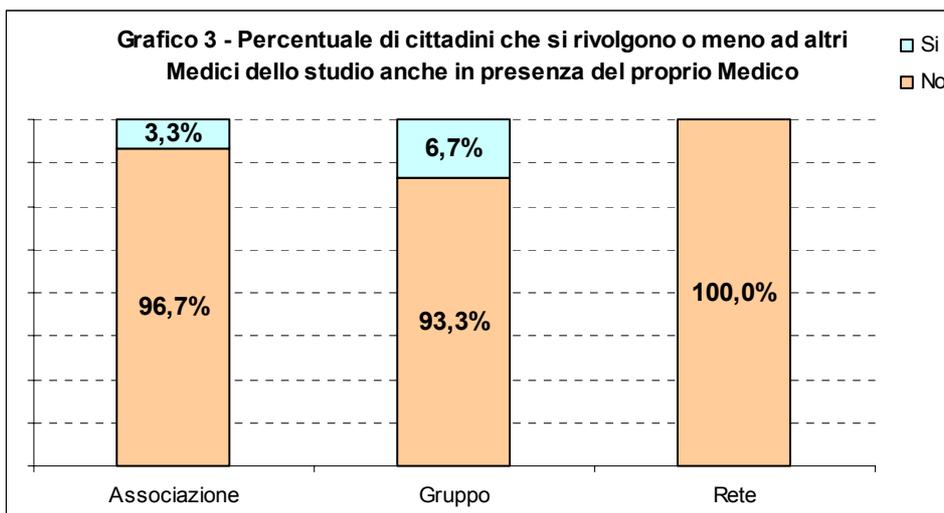
Per quel che riguarda la “rete” i soggetti che usufruiscono di questa possibilità in misura maggiore sono quelli che si recano dal medico meno di 3 volte (66,7%), a differenza dei pazienti cronici (16,7%).

Il “gruppo” e “l’associazione” presentano dei risultati completamente opposti, dove sono i soggetti che si recano più spesso dal medico quelli che si rivolgono ad un altro medico di riferimento in caso di necessità (65,7% e 44,4%). Ciò che distingue il “gruppo” dalle altre tipologie di associazione è che la possibilità di avere un altro medico è sfruttata in misura maggiore da tutte le tipologie di pazienti siano essi occasionali, acuti o cronici. Più della metà dei cittadini che compongono le varie categorie di pazienti hanno infatti risposto in maniera positiva a questa domanda.

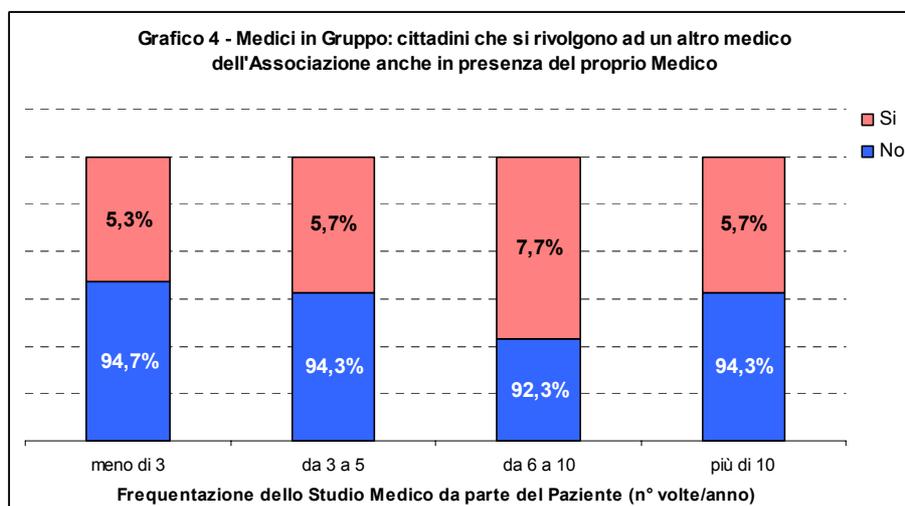
La possibilità di avere sempre un medico a disposizione è un vantaggio per tutti i pazienti. Per quel che riguarda la “rete” solo un soggetto ha risposto negativamente senza per altro motivare questa risposta.

L’interscambiabilità tra medici viene indagata non solo in caso di assenza del proprio MMG, ma anche in caso di presenza. È stato chiesto anche il motivo per cui i pazienti abbiano usufruito della possibilità di rivolgersi ad un altro medico anche in presenza del proprio.

Complessivamente il 94,7% dei cittadini non si è mai rivolto ad un medico diverso dal proprio. In relazione alle tre tipologie di associazionismo le risposte negative sono state totali per quel che riguarda la “rete” (100%) e molto alte per quel che riguarda “l’associazione” (96,7%) e il “gruppo” (93,3%) (vedi grafico 3).



Chi si è rivolto ad un altro medico nonostante la presenza del proprio lo ha fatto per un reale caso di urgenza. Altre motivazioni possono essere: tempi di attesa troppo lunghi, la ripetizione di una ricetta e la necessità da parte del paziente di avere una conferma per la diagnosi e la terapia. Incrociando i dati con quelli relativi alla frequenza, emerge come nella “associazione” siano i pazienti più cronici a rivolgersi ad un altro medico in caso di presenza del proprio, riferendosi in questo caso ad un medico specialista, mentre nelle medicina di “gruppo” si può notare una certa omogeneità all’interno di tutte le frequenze (5-6%). Sicuramente, come abbiamo detto prima, la possibilità di trovare un altro



medico accreditato all’interno della stessa struttura del proprio, rende molto più facile usufruire di questa opportunità (vedi grafico 4).

#### **Modalità di accesso all’ambulatorio**

Le domande dalla n°9 alla n°12 indagano sulle modalità di accesso all’ambulatorio, e la reperibilità telefonica del medico in caso di visita domiciliare.

Il risultato complessivo mostra come la quasi totalità dei pazienti assistiti sia a conoscenza delle modalità di accesso all'ambulatorio, orari e giorni di visita (95,5%), e conosca le modalità di prenotazione della visita domiciliare (78,1%). Questa differenza, potrebbe essere legata al fatto che è normale per un paziente telefonare al proprio medico in caso di visita domiciliare, senza che esistano particolari vincoli di orario o di attesa.

Andando ad analizzare i vari tipi di associazione i risultati sono più o meno simili, per quel che riguarda le modalità di accesso all'ambulatorio, mentre variano notevolmente in relazione alle modalità di prenotazione della visita domiciliare. Per la "rete" solo poche persone (9,7%) non conoscono questa modalità. Poco più della metà (55,6%) dei cittadini assistiti da MMG che lavorano in "associazione" ha dichiarato di essere a conoscenza di questa modalità, mentre per il "gruppo" le risposte positive salgono al 79,5%. La medicina di "gruppo" facilita le necessità dei pazienti grazie all'ambulatorio unico, infatti i cittadini assistiti da questi medici sono anche quelli che richiedono meno spesso una visita domiciliare (27,3%), sapendo che l'ambulatorio in cui si recano normalmente è quasi sempre aperto.

I pazienti che frequentano in misura minore l'ambulatorio medico, sono quelli che generalmente sono meno a conoscenza degli orari e dei giorni di apertura dell'ambulatorio medico.

Il 74,9% dei cittadini ha richiesto almeno una visita domiciliare. Se nel caso dell'"associazione" e del "gruppo", queste percentuali rimangono invariate, nella medicina di "rete" si raggiunge un picco del 93,8%. Come è stato detto prima, questo risultato potrebbe essere legato al fatto che gli studi medici "rete" coinvolti nel progetto coprono un'area geografica molto ampia. In questo caso gli assistiti potrebbero avere delle difficoltà a recarsi sia dal proprio medico, sia al pronto soccorso.

La soddisfazione dei cittadini per quel che riguarda la reperibilità del MMG in caso di prenotazione di visita domiciliare risulta molto alta (98,2%), senza notevoli variazioni tra le varie tipologie di associazione. I soggetti che hanno risposto negativamente sono quelli che poi hanno proposto tra gli aspetti da migliorare una maggiore reperibilità del proprio medico curante, con orari più ampi per l'ambulatorio medico.

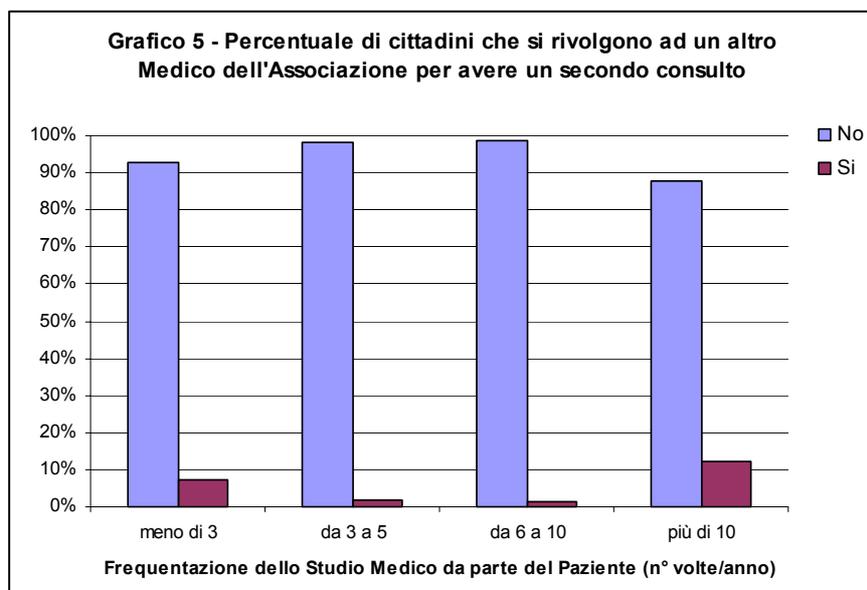
## ***Necessità del cittadino di un secondo parere***

Le domande n°13 e 14 indagano le necessità dei pazienti di avere un altro consulto e se si sono mai rivolti ad un altro MMG appartenente all'associazione. Questa domanda cerca di sondare l'esigenza di empowerment del paziente<sup>13</sup>.

La fiducia e la soddisfazione dei cittadini nei confronti del proprio MMG è molto alta, infatti il 92,4% dei pazienti ha risposto di non avere mai sentito la necessità di avere un secondo consulto, mentre il 95,1% ha risposto di non essersi mai rivolto ad un altro MMG appartenente all'associazione.

Anche analizzando i dati relativi alle singole tipologie di associazione, si può notare come la percentuale di soddisfazione risulti molto alta (96,6% per l'“associazione”, 90,8% per il “gruppo” e 96,9% per la medicina in“rete”) Questi risultati, pur molto alti, mostrano un leggero declino per quel che riguarda la medicina in “gruppo”. Una spiegazione potrebbe essere legata alla facilità con cui i cittadini possono trovare, all'interno della stessa struttura, un altro MMG diverso dal proprio ed ottenere un secondo parere. Infatti i cittadini assistiti dai MMG che lavorano in “gruppo” sono anche quelli che più spesso si sono rivolti ad un altro medico dello studio per avere un altro consulto (6,1% rispetto al 3,4% dell'“associazione” e 0% per la “rete”).

In relazione alle tipologie si può notare come siano i pazienti che si recano meno 3 (7,1%) o più di 10 volte (12%) in un anno dal medico quelli che si rivolgono ad un altro MMG presente nello studio (*vedi grafico 5*).



<sup>13</sup> Il cittadino sempre più istruito e consapevole dei propri diritti non si accontenta più dell'opinione del proprio MMG. In questo senso si può dire che viene persa una parte di quella fiducia che da sempre ha caratterizzato la professione medica.

Chi vede il proprio medico meno frequentemente potrebbe avere meno fiducia nel proprio medico non avendo avuto la possibilità di costruire un rapporto solido, mentre chi si reca più frequentemente, cioè un paziente cronico, non riuscendo a guarire potrebbe avere alcuni dubbi sulle reali capacità del proprio medico curante.

La medicina di “rete” è l’unica tipologia di associazione che non presenta pazienti che si siano mai rivolti ad un altro medico per avere un secondo consulto.

### ***Partecipazione al percorso di cura***

Le domande n°15, n°16 e n°17 sondano alcune modalità di partecipazione dei cittadini al proprio percorso di cura. Ai pazienti viene chiesto se i MMG li coinvolgono nei loro percorsi di cura, se vengono proposti servizi per la prevenzione e se sanno se il loro medico si consulta con gli altri che compongono l’associazione.

La soddisfazione dei cittadini per ciò che riguarda le proposte relative ai servizi per la prevenzione è abbastanza alta (85,2%), in linea anche per quel che riguarda le diverse associazioni. La medicina in “associazione” presenta però una soddisfazione totale (100%).

Anche in relazione alle spiegazioni sui percorsi di cura, i risultati sono molto positivi, infatti il 95,1% dei cittadini ha dichiarato di essere sempre coinvolto nel proprio percorso di cura. I pazienti assistiti da MMG che praticano l’associazione in “rete” presentano un livello di soddisfazione leggermente più basso (84,8%), e generalmente appartengono a quella fascia di popolazione che si reca dal medico con una frequenza che varia da 3 a 10. Sicuramente sono soggetti che vivono uno stato di malessere acuto o che sono malati da poco, e necessitano quindi di maggiori informazioni sulla loro malattia, la cura e le possibilità di guarigione.

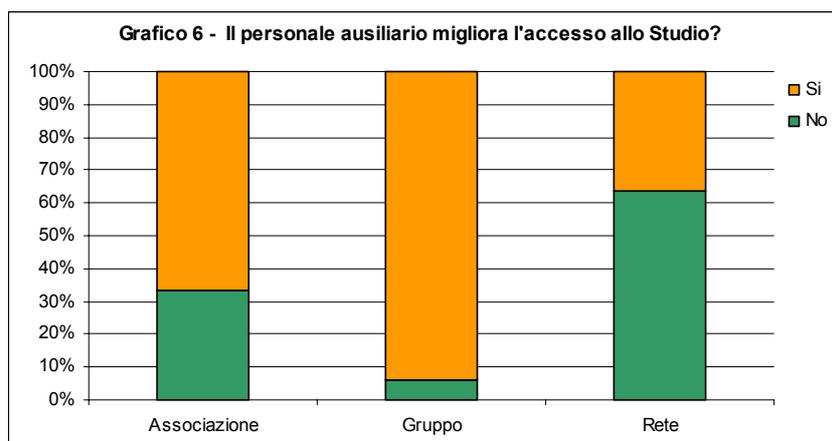
La percentuale dei cittadini consapevole che il proprio MMG si confronta con i propri colleghi è pari al 26,4%. Gli assistiti dai MMG che lavorano in “gruppo” hanno risposto positivamente in misura leggermente superiore (31,1%) rispetto alle altre tipologie (13,8% per l’“associazione” e 14,3% per la “rete”). Questo risultato può essere sempre legato alla modalità di lavoro di questo tipo di associazione, infatti tre o più medici lavorano all’interno della stessa struttura. È più facile, in questo modo, per il medico consultarsi in caso di necessità, e per il paziente essere presente quando questo avviene.

## Personale ausiliario

Alcuni medici si avvalgono della collaborazione di personale ausiliario di segreteria o infermieristico. Vista la possibilità da parte dei MMG associati di usufruire anche di alcune agevolazioni e sovvenzioni da parte degli enti sanitari<sup>14</sup> è stato chiesto ai cittadini il loro grado di soddisfazione in relazione alla presenza di personale ausiliario all'interno dell'ambulatorio medico.

Il personale ausiliario è presente solo all'interno degli ambulatori di "gruppo" ed inesistente nelle altre tipologie di associazione. Questa differenza può sempre essere ricondotta alla possibilità di lavorare all'interno di una struttura unica che dà la possibilità ai MMG di "gruppo" di dividere le spese del personale ausiliario.

La soddisfazione dei cittadini in relazione al personale di segreteria come strumento per una migliore gestione dell'ambulatorio medico risulta molto alta (88%). Anche i cittadini che appartengono alla medicina in "associazione" e a quella di "rete", pur non potendo usufruire nel ambulatorio del proprio medico di riferimento, hanno espresso la loro soddisfazione (66,7% e 36,4%) (vedi grafico 6).



Questo è indicativo di un certo desiderio da parte dei cittadini di avere una segretaria a cui riferirsi per una ricetta o come filtro nei confronti del proprio MMG.

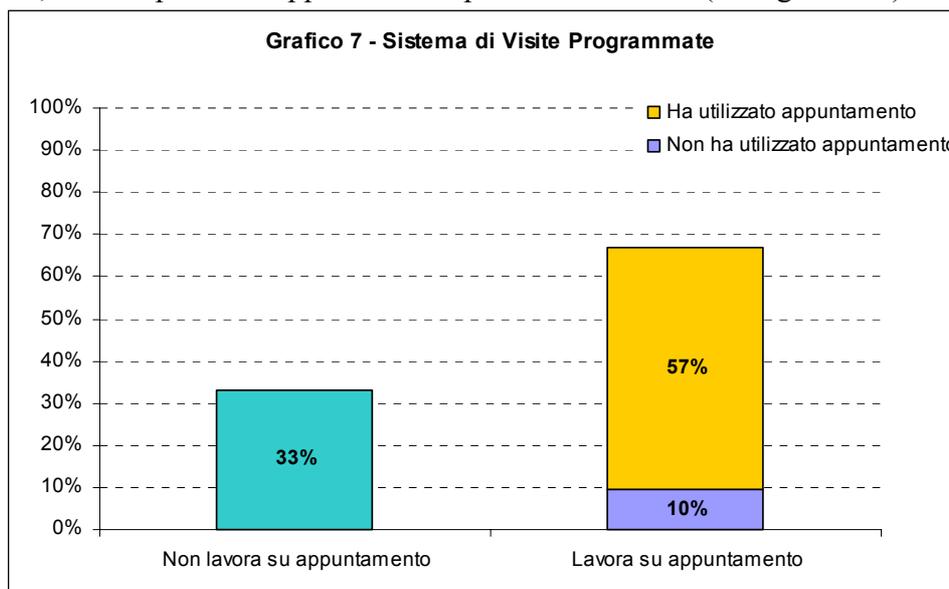
Il personale infermieristico presenta un livello di soddisfazione molto più elevato (94,4%), anche per quel che riguarda la medicina in "rete" (73,3%) e quella in "associazione" (93,3%)

<sup>14</sup> Ogni tipologia di associazione, presentando caratteri diversi, è oggetto di un tipo di agevolazione differente da parte delle autorità sanitarie. Per ulteriori approfondimenti vedere la Convenzione del 2000 e gli accordi stipulati dagli Enti Sanitari Nazionali e le associazioni di categoria.

## Orari adeguati e sistema di appuntamento

La medicina associativa permette, grazie alla collaborazione tra i medici, orari di apertura più ampi e una migliore gestione del tempo. È in questa modalità di lavoro che si utilizza sempre più frequentemente il sistema di appuntamenti.

In relazione agli studi medici coinvolti in questo progetto solo la medicina di “gruppo” e quella di “rete” lavorano anche su appuntamento. La percezione dei cittadini di questa modalità di accesso all’ambulatorio è pari al 57,6%, e questo indica che anche i soggetti assistiti da MMG di “gruppo” e di “rete” non sempre sanno che possono usufruire anche di questa possibilità. E’ interessante notare che quasi la totalità (54%) dei soggetti consapevoli ha utilizzato questa modalità di accesso all’ambulatorio, ha cioè preso un appuntamento per essere visitato (vedi grafico 7).



Questo indica che questa possibilità presenta un alto grado di soddisfazione da parte del cittadino che non è più obbligato a lunghe attese per poter vedere il proprio medico di fiducia. Infatti l’orario dell’appuntamento viene generalmente rispettato, ed è anche facile raggiungere il medico telefonicamente per fissare la data della visita.

La soddisfazione dei cittadini in relazione agli orari di apertura dell’ambulatorio risulta essere abbastanza alta (92,7%), senza differenze rilevanti tra le varie forme di associazionismo. La medicina di “gruppo” è quella che ha ottenuto il livello di gradimento più elevato (96,7%) rispetto alla “rete” (91,8%) e “all’associazione” (92,7%).

Ai cittadini che hanno risposto negativamente (7,3%) in relazione all’adeguatezza degli orari di apertura dell’ambulatorio, è stato chiesto ciò che vorrebbero attraverso una domanda a risposta aperta. Le risposte indicano la necessità di orari più ampi, soprattutto per le persone che lavorano e che sono obbligate a chiedere dei permessi per recarsi dal medico. Questi pazienti hanno formulato l’ipotesi di un giorno alla settimana con un’apertura ancora più ampia dell’ambulatorio, fino alle 20 o 20.30.

### ***Ricorso al pronto soccorso***

In relazione agli orari più ampi di apertura dell'ambulatorio, alla possibilità di avere sempre un medico disponibile anche in assenza del proprio, è stato chiesto ai pazienti intervistati se si sono mai recati al pronto soccorso anche negli orari di apertura dell'ambulatorio e le motivazioni per cui lo hanno fatto.

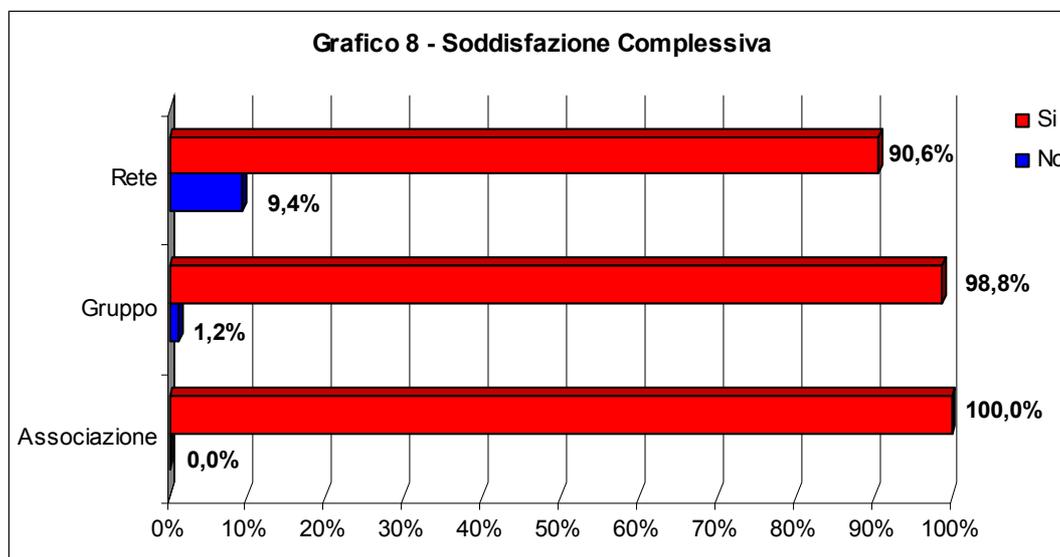
Il 79,6% dei cittadini ha dichiarato di non essersi mai recato al pronto soccorso quando il proprio MMG era presente. Mentre coloro che lo hanno fatto (20,4%) sono stati costretti dall'urgenza del caso, oppure sono stati mandati direttamente dal proprio MMG.

Questi risultati non presentano differenze significative tra le varie tipologie di associazione.

### ***Soddisfazione complessiva***

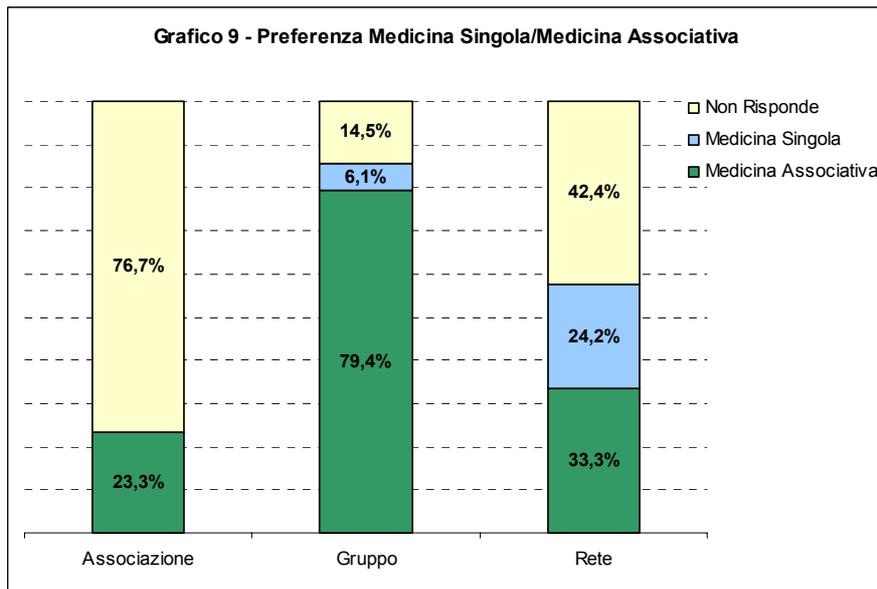
Gli ultimi due quesiti cercano di sondare la soddisfazione complessiva dei cittadini, la preferenza per la medicina associativa o quella singola (tradizionale) e quali aspetti si vorrebbero migliorare.

Complessivamente la soddisfazione complessiva dei cittadini per la medicina in associazione è molto alta (97,8%) e senza variazioni significative tra le varie tipologie (*vedi grafico 8*).



La soddisfazione in relazione alla pratica associativa rispetto a quella singola o tradizionale si abbassa notevolmente (65,4%) con differenze importanti tra i diversi tipi di associazione (“gruppo” 79,4%, “rete” 33,3% “associazione” 23,3%). In questa risposta è necessario andare ad analizzare anche i “vuoti”, cioè il numero dei soggetti che non ha risposto a questa domanda (26,8%), in misura molto più significativa rispetto agli altri quesiti. Per quel che riguarda la medicina in

“associazione” si può trovare una percentuale di vuoti pari al 76,7% mentre per la “rete” pari al 42,4% (vedi grafico 9).



Questo può essere legato al fatto che la struttura e la modalità di lavoro del proprio MMG non cambia rispetto alla pratica singola e in questo caso il paziente non è in grado di percepire la differenza. Diversa interpretazione può avere il risultato ottenuto in relazione alla medicina di “gruppo” (14,3%), dove i “vuoti” dei soggetti possono essere legati ad aspetti diversi come l’incapacità di valutare in relazione al fatto di aver avuto da sempre un MMG che lavora in associazione, o perché non si ha la consapevolezza di cosa sia l’associazionismo e di quali siano i suoi vantaggi.

I cittadini che preferiscono la pratica singola rispetto all’associazionismo (7,9%) hanno anche indicato alcuni aspetti che secondo loro sono da migliorare. È interessante notare come alcuni dei cittadini assistiti dai MMG di “gruppo” preferivano la pratica singola perché non erano obbligati a dover sempre chiedere un appuntamento per poter essere visitati. Altri vorrebbero rivolgersi in qualsiasi caso ad un medico diverso dal proprio potendo sfruttare l’intercambiabilità tra medici.

Altri aspetti da migliorare riguardano principalmente i tempi di attesa troppo lunghi, la necessità di personale o fasce orarie dedicate alla ricettazione e alle telefonate, orari di apertura più ampi e visite domiciliari insufficienti.

Paradossalmente la tipologia di associazione con una soddisfazione molto ampia (“gruppo” 98,8%) è anche quella che è stata oggetto di maggiori critiche in relazione agli aspetti da migliorare.

## 6.7 Conclusioni

L'associazionismo è lo strumento per dare un servizio tradizionale al cittadino in modo completamente diverso, che permette di ridare gloria ad una professione in declino ma che costituisce il punto di forza della Sanità Italiana. Inoltre esso permette, ai MMG di uscire dal tradizionale isolamento che ha caratterizzato questa professione per decenni, e ai pazienti di avere un approccio pluralistico alla malattia come nel sistema di cure specialistiche ed ospedaliere.

La soddisfazione del cittadino legata all'esperienza dell'associazionismo, manifesta giudizi molto positivi. Questo risultato non deve essere visto come un punto di arrivo, bensì una partenza per ulteriori approfondimenti e miglioramenti. Infatti è necessario chiedersi se la soddisfazione complessiva espressa dai cittadini sia rivolta al proprio medico di riferimento piuttosto che alla modalità di organizzazione dello studio medico.

Questo dubbio nasce in relazione alla percentuale molto alta dei soggetti che non sono a conoscenza delle possibilità offerte dall'associazionismo. Nel caso della medicina in "rete" ed in "associazione", è necessario che vengano utilizzati strumenti di comunicazione in grado di raggiungere una percentuale molto più alta di cittadini. Questo risultato potrebbe essere raggiunto anche attraverso una fattiva collaborazione con le autorità sanitarie che potrebbero fornire le giuste informazioni a tutta la popolazione residente in un determinato territorio.

Anche la comunicazione del medico in relazione agli orari e alle modalità di accesso all'ambulatorio necessita maggiore visibilità. Nonostante quasi la totalità dei cittadini abbia risposto di conoscere queste modalità, in realtà non sanno se il proprio MMG visita anche su appuntamento. La maggior parte degli studi medici coinvolti in questo progetto utilizza il sistema di appuntamento, ma i pazienti loro assistiti non ne sono consapevoli.

Il sistema di visita su appuntamento è stato percepito positivamente dai cittadini, perché permette di evitare lunghe ore di attesa nell'ambulatorio medico. Inoltre esso è uno strumento che permette sia al medico che al paziente di vivere il momento della visita in maggiore tranquillità.

Il personale ausiliario è percepito dai cittadini molto positivamente. Esso costituisce una figura fondamentale nell'organizzazione dello studio medico, ed un filtro sia per quel che riguarda la ricetta, sia per le telefonate. In questo modo il MMG risulta maggiormente reperibile perché c'è una figura che riceve le telefonate anche quando è impegnato nelle visite. Inoltre il personale di segreteria o infermieristico permette anche una notevole riduzione dei tempi di attesa.

Il personale ausiliario è stato, quindi, indicato come un elemento necessario per il miglioramento dell'organizzazione dello studio medico, per questo motivo sarebbe forse necessario creare opportune strategie (finanziamenti autorità sanitarie) affinché tutte le tipologie di associazione possano avvalersi di questa collaborazione.

Nonostante la soddisfazione dei cittadini in relazione all'adeguatezza degli orari di apertura dell'ambulatorio sia molto elevata, nell'analisi qualitativa delle domande aperte in relazione agli aspetti da migliorare è emersa la necessità di orari ancora più ampi, soprattutto per chi lavora ed è costretto a chiedere dei permessi per recarsi dal proprio medico curante. Da questi cittadini è stato suggerito l'apertura dell'ambulatorio, almeno un giorno alla settimana, fino alle 20-20-30.

La qualità percepita dai pazienti assistiti da MMG associati manifesta giudizi molto positivi anche in relazione alla partecipazione ai percorsi di cura e prevenzione. Il fatto che un MMG abbia il tempo di coinvolgere i pazienti nel loro trattamento potrebbe essere legato allo stesso sistema di appuntamenti, in questo modo il MMG si trova nella condizione di non dover smaltire una sala di attesa saturata e lavorare più tranquillamente. Il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura permette di realizzare la necessità di empowerment dei cittadini e di aumentare la compliance al trattamento. Inoltre la visita più lunga permette di rafforzare il rapporto di fiducia tra medico e paziente evitando in alcuni casi la prescrizione di farmaci.

L'aspetto più importante riguarda proprio la fiducia. Si può infatti sottolineare che, nonostante la possibilità dei cittadini di avere più di un medico di riferimento, la fiducia nel proprio medico di riferimento è rimasta invariata. Anche la condivisione delle cartelle degli assistiti tra medici che appartengono alla stessa associazione, potrebbe favorire l'intercambiabilità del medico, ma i cittadini continuano a rivolgersi al proprio. Questo è un sintomo della forza di questo particolare rapporto, che è nato con il Medico di Famiglia settecentesco e che continua a mantenersi unico e costante nonostante i cambiamenti che sono avvenuti e che potrebbero avvenire.

Pur aumentando la consapevolezza dei cittadini in relazione ai propri diritti sanitari e di cura e il livello di istruzione dei pazienti, che in questo modo si trovano in una posizione quasi paritaria nei confronti del proprio MMG, non è stata manifestata la necessità di ottenere un ulteriore parere oltre a quello del proprio medico di riferimento.

Nonostante i molteplici cambiamenti che il sistema di cure primario ha subito e continua a subire la fiducia costituisce l'elemento determinante che caratterizza la relazione tra medico e paziente.

E' necessario cercare di promuovere l'associazionismo tra MMG che, come è risultato da questo progetto (pur con tutti i suoi limiti), ha notevoli possibilità di evoluzione e di miglioramento perchè permette di offrire un servizio più adatto alle vecchie e nuove esigenze dei cittadini.

## **CONCLUSIONE DELLE DUE PARTI DELLA RICERCA:**

Queste considerazioni sono il risultato di un percorso che ha coinvolto in prima persona i MMG e poi l'universo dei cittadini/utenti. Lo scopo della ricerca era quello di sondare in modo più approfondito un "nuovo" modo di organizzare il lavoro del MMG. Numerosi sono i quesiti a cui si è cercato di dare una risposta, primo fra tutti quanto l'associazionismo medico abbia modificato il lavoro clinico dei MMG e i rapporti con le autorità sanitarie e in secondo luogo le ripercussioni che questa realtà può avere sui pazienti, cioè se questo nuovo sistema di cura porta dei veri vantaggi al cittadino sia in termini di qualità della cura, sia in termini di una migliore gestione del tempo. Le forme di associazionismo fra medici di famiglia costituiscono un momento necessario a favorire il confronto professionale, da cui possono derivare indicazioni utili su cosa e come modificare tutto ciò che è necessario per rendere i risultati dell'attività di assistenza maggiormente aderenti alle attese dei pazienti.

Ma dai risultati emersi in questa ricerca diverse sono le problematiche da affrontare, prima fra tutte i rapporti con le ASL di riferimento. È vero che le autorità sanitarie cercano di spingere i MMG ad adottare il lavoro "associato", ma è anche vero che i medici necessitano di supporti soprattutto informativi, da parte delle autorità sanitarie. Questo vuol dire che se un MMG decide di associarsi, le informazioni agli utenti sui vantaggi e le motivazioni dovrebbero essere fornite dalle Aziende Pubbliche preposte (Dipartimento di Cure Primarie ecc). I pazienti non sempre accettano che il proprio MMG cambi sede, anche perché questo potrebbe significare per il cittadino/utente "solo" una distanza maggiore da percorrere quando ha bisogno di recarsi dal medico.

I rapporti tra colleghi non sempre sono facili, a causa anche delle linee guida prescrittivo-terapeutiche che chiedono un comportamento uniforme da parte dei MMG e che non sempre viene realizzato. Risultano utili e gratificanti dei momenti di confronto costruttivo strutturati non solo tra colleghi, ma anche tra medici e autorità sanitarie, durante l'orario di lavoro e nelle giornate feriali, a rotazione per equilibrare l'assenza negli Studi (come peraltro risulta dalle esperienze locali già effettuate).

La stessa proclamazione dei diritti dei pazienti dovrebbe essere controbilanciata dalla consapevolezza che il paziente stesso ha delle responsabilità di cura e di mantenimento della salute. Il cittadino/utente dovrebbe essere aiutato a comprendere che il proprio medico curante è sì un soggetto di servizio, ma è anche una persona con le proprie necessità: aggiornamenti, famiglia, ferie, ecc. Per questo motivo è opportuno che vengano creati, anche con la collaborazione delle autorità sanitarie, dei più ampi canali di comunicazione in modo che il cittadino abbia tutte le informazioni utili sia in relazione alle modalità corrette e vantaggiose di accedere allo studio medico (orari, sistema di visite programmate), sia relative alle assenze del proprio medico (possibilità di essere comunque visitato da un professionista serio, sia esso il sostituto o un altro medico che appartenga all'associazione).

Per certi aspetti la relazione tra il medico di famiglia e il paziente non cambia sostanzialmente in relazione ai mutamenti degli obiettivi di cura del Sistema Sanitario, anzi è ampiamente gradito (sia dal MMG che dal paziente) che mantenga le caratteristiche già esistenti. Anche se ci sono dei cambiamenti, dovrebbe rimanere libero il punto e il modo di contatto dell'assistito nei confronti del proprio medico curante, senza nessuna barriera che limiti il libero accesso, poiché il MMG rappresenta il primo contatto con il sistema di cura e deve mantenere la propria responsabilità per l'assistenza del paziente.

L'associazionismo tra MMG costituisce una delle modalità attraverso le quali si può rispondere alle nuove esigenze dei pazienti e ai nuovi obiettivi sanitari di contenimento dei costi e del decentramento delle cure dall'ospedale al territorio. Esso permette di offrire un servizio più adatto alle esigenze dei cittadini. Per questo motivo è opportuno che si realizzi una fattiva collaborazione tra MMG, cittadini ed autorità sanitarie e le varie associazioni sul territorio di volontariato ed assistenza sociale. A causa di una continua crescita delle aspettative dei pazienti nei confronti del "mondo Sanitario", è importante coinvolgere sempre i cittadini nell'evoluzione delle cure, per comprendere quali siano le loro esigenze, e per realizzare le opportune correzioni attraverso una fattiva collaborazione tra MMG e autorità sanitarie. Infatti anche in questa ASL risulta ben funzionante il Comitato Consultivo Misto, Organo abbastanza rappresentativo di una vasta popolazione coinvolta già nelle varie associazioni.

Nonostante i molteplici cambiamenti che il sistema di cure primario ha subito e continua a subire la fiducia costituisce l'elemento determinante che caratterizza la relazione tra medico e paziente. Proprio la particolare fiducia che caratterizza questo rapporto, potrebbe essere l'elemento su cui fare leva per adattare alle varie realtà il Sistema di Cure Primario.

Come è emerso dai risultati del questionario compilato dai MMG "l'appetito viene mangiando" cioè sono i medici dei G che sono più affiatati: rispondono che raggiungono un accordo su aspetti organizzativi "sempre" nel 31% vs il 29% nei medici in R e 18% nei medici in A; la risposta alternativa sul tema era "il più delle volte" hanno risposto così, il 69% dei G vs 71% delle R vs 79% delle A. L'altra risposta in netta prevalenza dei medici in G in confronto alle altre forme associative è stata sulla domanda "se raggiungono accordi sugli aspetti professionali": i medici dei G hanno risposto "sempre" nel 41% vs il 18% dei medici in R e nessuna % da parte dei medici in A, hanno invece prevalso nella risposta alternativa "il più delle volte" i medici delle A 100% vs il 79% dei medici delle R e il 59% dei medici dei G. Si evince comunque da tutte le risposte chiuse e aperte che c'è sempre una grande volontà di accordarsi per il bene del paziente e per la naturale volontà di risolvere i problemi della quotidianità. Anche la figura del Referente del G viene molto valorizzato dai medici del G ( 93% utile, 83% seguito, 86% rappresentativo) con una presa di coscienza della difficoltà di coprire questo ruolo con una disponibilità solo del 38% vs il 62% "non disponibile" a ricoprire questo ruolo. In media anche i medici delle altre forme associative R e A "non sono disponibili" nel 69% vs i "disponibili" nel 31%. Pertanto è necessario cercare di promuovere l'associazionismo tra MMG (ove geograficamente possibile) che, come è risultato da questa duplice indagine, pur con tutti i suoi limiti, ha notevoli possibilità di evoluzione e di miglioramento, ma sono necessarie risorse manageriali ed economiche dedicate specie in questa prima fase di avviamento che verranno sicuramente, ampiamente "ammortizzate" negli anni, sia attraverso la soddisfazione e ed il consenso della popolazione, sia per mezzo di un ampio consenso e di una collaborazione fattiva dei MMG. Tutto ciò porterà di conseguenza anche ad un contenimento della spesa ed al raggiungimento di una alta qualità omogenea dell'assistenza territoriale.

Si ringrazia il **Prof. Guido Giarelli** per la guida preziosa sia per la parte programmatica e per i suggerimenti sulle tecniche di ricerca utili, sia per le fonti Bibliografiche suggerite.

Si ringraziano i **Colleghi MMG** che hanno firmato (43) e anche i 17 che hanno compilato il questionario senza dare il consenso alla pubblicazione dei propri nomi:

I. Albertazzi, A. Balducci, A. Barducci, V. Buscaroli, A. Bertozzi, P. Cappello, M. Cava, A. Cerullo, A. Conti, D. D'angelo, S. Ehrlich, G. Faccani, E. Fedele, D. Fiorentini, M. Florio, V. Gamberini, S. Gardelli, N. Giovannini, F. Lanzoni, L. Lincei, G. Malavolta, M. Martelli, M. Marocchi, N. Matteucci, GF. Mirri, T. Mita, D. Orselli, L. Palma, L. Palumbo, M. Parenti, D. Pasotti, F. Rizzoli, M. Roncassaglia, S. Salvini, R. Senaldi, B. Mandrini, C. Servadei, C. Sasselli, E. Veronese, C. Spada, G. Spadoni, V. Suzzi, M. Treve.

Si ringrazia la **Direzione dell'ASL di Imola** (BO) che ha sostenuto le spese del Master II° livello -conseguito il 10.11.05- in "Valutazione della qualità dei servizi socio sanitari" Dipartimento di Sociologia Università degli Studi di Bologna all'autrice MMG.

A conclusione del Master è stato prodotto un Project Work sul tema che ha facilitato l'avvio di questa ricerca sul territorio.

Si ringrazia per la collaborazione anche la Dott.ssa S. Gasparetto, il Dott. C. Fini e la Dott.ssa A. Padovani (URP) dell'Asl di Imola

\* Questa ricerca è stata presentata al 15° Convegno dell'Associazione "Professione Medica Comprensorio Imolese" il 17 giugno 06

\* Questa ricerca è stata accettata – come comunicazione - al Congresso Nazionale della SIMG che si terrà a Firenze il 23-25 novembre 2006

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute (2004) Analisi Nazionale “ricognizione ed analisi di modelli organizzativi per l'erogazione di cure primarie” – Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema –Uff.V
2. Baker R., Lakhani M., Frase R., Cheater F., “A model for clinical governance in primary care groups” BMJ 1999;318; 779-783
3. Benson T. “Why general practitioners use computers and hospital doctor do not –part 2:scalability “BMJ 2002 November 9; 325 (7372): 1090-1093
4. Bissoni G. 1998, *Il nuovo ruolo del Medico di Famiglia per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie*, Rivista Simg Aprile 1998 tratto dal sito [www.simg.it](http://www.simg.it)
5. Bojke C., Gravelle H., Wilkin D., “Is bigger better for primary care groups and trust ?” BMJ 2001;322;599-602
6. Braunack-Mayer A, “What makes a good GP? An empirical perspective on virtue in general practice” J Med Ethics 2005; 31: 82-87
7. Branson R., Armstrong D., “General practitioners’ perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study” BMJ, 2004; 329:685 (18 september)
8. Brunello C.( CeRGAS – Università “L.Bocconi” – Milano)(1999) “Analisi dei modelli micro-organizzativi della medicina di base” MECOSAN N° 29 sez.3° 81-92
9. Brunello C. (2001), “Le forme di associazionismo medico: contenuti assistenziali e fattori produttivi di sostegno”, in Vendramini E. et al., *Il budget e la medicina generale*, Mc Graw Hill, Milano.
10. Caimi V. (1997), *L'organizzazione del lavoro in medicina generale*, UTET, Milano.
11. Casalino Lawrence P. “Disease Management and the organization of Physician Practice” JAMA, January 26,2005-vol 293,No.4
12. Cipolla C., Giarelli G., Altieri L.,(2002) “Valutare la qualità in sanità – Approcci, metodologia e strumenti” – 1042.38 Franco Angeli srl Milano
13. Cipolla C. ( 2004) *Manuale di sociologia della salute I. Teoria* 1341.1.3 Franco Angeli Srl Milano
14. Cipolla C., Giarelli G., Altieri L.,(2002) “Valutare la qualità in sanità – Approcci, metodologia e strumenti” – 1042.38 Franco Angeli srl Milano
15. Corrao S., *Il focus group*, Franco Angeli, Milano, 2002
16. Cuccurullo C., Longo F. ( CeRGAS Università “L.Bocconi” Milano) “Il governo della medicina di base” Servizi Sanitari n.19/1999 –Prospettive Sociali e Sanitarie ; 7-10.
17. Di Sisto M.”Visite per appuntamento e qualità assistenziale” MD Medicina e Doctor – Anno XII numero 28 – 5 ottobre 2005 p.4-6
18. Donati P. 1986, *Salute e complessità sociale*, Franco Angeli, Milano
19. Elwyn G., Rhydderch M., Edwards A., Hutchings H., Marshall M., Myres P., Grol R., “Assessing organisational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix TM” Qual Saf Health Care 2004; 13: 287-294
20. Endsley S., Kirkegaard M.,Linares A., “Working together communities of practice in family medicine” Family Practice Management January 2005; 28-32
21. Freeman G., Horder J., Howie J., Hungrin P., Hill A., Shan N., Wilson A., *Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context*, BMJ, volume 324, 13 Aprile 2002, 880-88
22. Galli D., Heller L., Tedeschi P., (2005) “il medico di famiglia e la nuova convenzione” Medici Oggi – Agosto/Settembre 2005 p.254-255
23. Gavazza L. 1992, *La pratica di gruppo in medicina generale*, Prospettive Sociali e Sanitarie n.6/7: 30-32.
24. Gerri V., Cavazza G. et al. (2000) “Forme di aggregazione dei MMG e i livelli di spesa programmata” MECOSAN, vol. 9, fascicolo 33

25. Ghetti V. 1995, *La partecipazione del paziente al suo trattamento. Compliance e non compliance*, Franco Angeli, Milano.
26. Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina, Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.
27. Giarelli G. e Patierno M. (a cura di) (2006), *Medici in associazione. Esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale*, FrancoAngeli, Milano
28. Goodwin N., Mays N., McLeod H., Malbon G., Raftery J., "Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implications for primary care groups in England: personal interviews and analysis of routine data" *BMJ* 1998; 317: 256–259
29. Groves T., Roberts J., *Primary care in the United States* *BMJ* 313: 955-956, 1996.
30. Grumbach K., Bodenheimer T., "Can health care teams improve primary care practice?" *JAMA*, 2004;291:1246-1251
31. Landau J. Brambilla A. (2000) "La medicina di gruppo a Milano e Provincia: I reali contenuti" *MECOSAN* N°37 Sez 3° ; 93-102
32. Lauri D. e altri *Caratteristiche e differenze dei MMG in Europa* *Ricerca & Pratica* 14: 51-60, 1998.
33. Leibowitz R., Dau S., Dunt D., "A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction" *Family Practice* 2003; 20:311-317.
34. Lionis C., HEJH Stoffers, Hummers-Pradier E., Griffiths F., Rotar-Pavlic D., Rethans JJ. "Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from EGPRW meeting" *Family Practice* 2004; 21: 587-593
35. Longoni P. "Il self audit come strumento di crescita professionale" *Occhio Clinico* n.3 Marzo 2005 ; p.28-31
36. Longoni P. (2000), "Associazionismo: critica alle critiche", *Occhio Clinico*, 7, settembre
37. Maso G., Semenzato A., "Il lavoro in team in medicina di famiglia" *M.D. Medicinae Doctor – Anno XII numero 19 – 25 maggio 2005*
38. Moja E.A. Vegni A. 2000, *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Torino.
39. Neuberger J. "Primary care: core values: Patients' priorities" *BMJ* 1998; 317: 260-262
40. Passerini G.L. "il ruolo della medicina generale nel SSN" *Medicina di Base* n. 6-7/1992 *Prospettive Sociali e Sanitarie*; 11- 15.
41. Pellegrino F., "lo stile di vita come narrazione del sé" *Aggiornamento Medico* 29.04.05; 118-122
42. Poletti P. 2003, *Patient empowerment & and the discrepancy between patients' rights and reality*, *Atti Convegno Bad Gastein 2003 Care* n 2: 24-27.
43. Rizzi G. "Lavorare insieme è meglio ma sono pochi a farlo", presso il sito internet: [www.utetperiodici.it/medicina/occhio/vari/0009dis.html](http://www.utetperiodici.it/medicina/occhio/vari/0009dis.html), tratto dalla rivista "Occhio Clinico" ([www.epsilon.essai.it/utet/occhio](http://www.epsilon.essai.it/utet/occhio)), settembre 2000, n. 7.
44. Salisbury C. "evaluation of general practice out of haour cooperative: a questionnaire survey of general practitioners" *BMJ* 1997; 314:1598 ( 31 May)
45. Spinsanti S. 1999, *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*, Edizioni Paoline, Milano.
46. Stille C.J., Jerant A., Bell D., Meltzer D., Elmor J.G. "Coordinating Care across Diseases, Settings, and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice" *Ann Intern.Med.* 2005; 142: 700-708.
47. Tavazza L. "La pratica di gruppo in medicina generale" *Medicina di Base* n.6-7/1992 – *Prospettive Sociali e Sanitarie* ; 30-32.
48. Tognoni G. *La formazione: constatazioni, dubbi, ipotesi* *Ricerca & Pratica* 11: 93-5, 1995

49. Tozzi V. (2002), “Analisi comparativa delle scelte regionali per la medicina generale in Lombardia, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto”, in Anessi Pessina E. et al., *Rapporto Oasi 2002*, Egea, Milano.
50. Tozzi V.(2005), “Medicina di gruppo. Come e perché i medici di famiglia lavorano assieme: una via toscana”, *Occhio Clinico*, 6, giugno
51. Van den Hombergh P., Engels Y., Van den Hoogen H., Van Doremalen J., Van den Bosch W., Gro R. “Saying <goodbye> to single handed practices; what do patients and staff lose or gain?” *Family Practice* 2005; 22: 20-27
52. Vedsted P., Mainz J., Lauritzen T., Olesen F. “Patient and GP agreement on aspects of general practice care” *Family Practice* 2002; 19: 339-343.
53. Vendramini E., (CeRGAS, SDA); “Gli accordi decentrati in medicina generale” *Giornale Italiano del Medico di Famiglia/economia sanitaria* vol.1/N.3 settembre 2001
54. Vendramini E., “La Medicina generale <Centro di responsabilità>” *Medici Oggi-Maggio* 2005 p.149
55. Vendramini E., (CeRGAS Milano) “Il medico di famiglia organizzato in gruppo” *Medici Oggi – Aprile* 20
56. Walshe K., Smith J., Dixon J., Edwards N., Hunter D.J., Mays N., Normand C., Robinson R. “Primary care trusts” *BMJ* 2004; 329; 871-872
57. Welsh General Medical Services Committee 1994, *Patient care and the general practitioner*, “BMJ” n.309: 1144-1146.
58. Wensing M. Elwyn G. 2002, *Research on patients’ view in the evaluation and improvement of quality of care*, *Quality Saf. Health Care* 11: 153-157.
59. Wensing M. Grol R. 1998, *What can patients do to improve health care?*, *Health Expect* 1:37-49.

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Legge 23 Dicembre 1978, n.833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” Gazz. Uff. n.360 del 28.12.78 S.O.
- DPR 882/84 :D.P.R. 16-10-84 n.882 Esecuzione dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Pubblicato nella Gazz.Uff.28 dicembre 1984, n,335, s.o.n.2
- DPR 289/87 : D.P.R. 8-6-1987 n.289 ; Accordo collettivo nazionale per la regomanetazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art. 48 della legge 23 dicembre 1987, n.833. Pubblicato nella Gazz. Uff. 21 luglio 1987, n168, S.O. n.1
- DPR 314/90 : D.P.R. 28-9-1990 n.314 ; Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art.48 della legge 23 dicembre 1978, n.833. Pubblicato nella Gazz. Uff. 7 novembre 1990, n.260,S.O.
- DPR 484/96: D.P.R. 22-7-1996 n.484; Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell’art.4,comma 9, della legge 412 del 1991 e dell’art. 8 del decreto legislativo n.502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n.517 del 1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996. Pubblicato nella Gazz. Uff. 19 settembre 1996, n.220, S.O.
- DPR 270/00: D.P.R. 28-7-2000 n.270 ; Regolamento di esecuzione dell’accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. Pubblicato nella Gazz. Uff. 2 ottobre, n.230, S.O.
- Accordo 23.03.05 :Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell’art. 8 del D.Lgs n.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
- Legge 7 agosto 1997 n. 266 “Interventi urgenti per l’economia” Gazz. Uff. n.186 dell’11.08.97 (Bersani)
- D.L. 23 ottobre 1992, n. 421 “Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale” (in SO alla GU 31 ottobre 1992, n. 257)
- D.L. 19 Settembre 1994, N. 626 “Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/ CEE,89/656/ CEE, 90/269/ CEE, 90/270/ CEE, 90/394/ CEE e 90/679/ CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”.(Gazzetta Ufficiale 12 Novembre 1994, n.265- Suppl.) e le sue modificazioni.
- D.L. 30 Dicembre 1992 n.502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n.421” Gazz.Uff. 30 dicembre 1992 n.305
- D.L. 7 Dicembre 1993 n.517 “Modificazioni al decreto legislativo 30.12.92 n.502 recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992” Gazz.Uff. n.293 Supp.Ord. del 15.12.93 (Garavaglia)
- D.L. 19 Giugno 1999, n.229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’art.1 della legge 30 novembre 1998, n.419” Gazz.Uff. n.165 del 16 luglio 1999,Supp.Ord. n.132
- D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 Pubblicato nella Gazz. Uff. 31 dicembre 1986, n. 302, S.O. “Approvazione del testo unico delle imposte sui redditi.”
- IRAP: D.Lgs 15 dicembre 1997 N. 446. "Istituzione dell'imposta regionale sulle attivita' produttive, visione degli scaglioni, elle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 298 del 23 dicembre 1997 - Supplemento Ordinario n. 252
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123

## Allegato 1

### Traccia organizzativa e scaletta delle tematiche per i Focus Group effettuati con i Presidenti delle associazioni dei MMG

1. Dividere le persone (referenti dei gruppi) in 3 gruppi ben visibili a livello di collocazione nella sala – cioè le sedie divise in 3 gruppi- ( per facilitare il confronto fra di loro):
  - medicina in associazione
  - medicina di rete
  - medicina di gruppo

Inoltre verificare l'orientamento in semicerchio – con due postazioni nel semicerchio occupate

dalle moderatrici / conduttrici /osservatore e la presenza di un registratore attivato per registrare dall'inizio alla fine, dopo aver chiesto il consenso ai partecipanti.

2. Scaletta delle tematiche da trattare:

quali motivazione per aver scelto di lavorare insieme (nelle diverse forme associative)

- per amicizia ,vicinanza geografica ,possibilità di avere più tempo libero
- per ridurre la reperibilità, anche se la convenzione non lo prevede (meno stress per rispondere alla segreteria telefonica, fare a turno l'assistenza domiciliare ai pazienti di tutto il gruppo?)
- incentivi economici – da convenzione rispondono alle aspettative
- sostituzioni troppo onerose, è preferibile la sostituzione da attivare con gli stessi Colleghi sempre ( e non medici scelti casualmente volta per volta ... con scarsa conoscenza delle linee guida e del modo di lavorare del gruppo e più in generale nel SSN)
- confronto culturale – professionale continuo anche su casi clinici
- fare ambulatori dedicati ( per appuntamento su patologie croniche) con la valorizzazione delle varie affinità dei Colleghi
- avere la possibilità di assumere una segretaria e/o infermiera ( ecc. – dividersi le spese)
- avere la possibilità di ricevere per appuntamento ( se c'è personale addetto a rispondere al telefono – senza fare perdere al medico il tempo della prenotazione)
- quali vantaggi e svantaggi a svolgere l'attività professionale in associazione .... , e non nell'altro modo tradizionale (Associazione....Rete... Gruppo)
- la possibilità di dividersi le spese dei servizi – compreso quello dei rifiuti speciali
- varie , raccogliere libere osservazioni ....

3. Si potrebbero integrare anche con delle figure oltre a quelle considerate già a livello contrattuale? Per esempio:

- il gruppo degli Colleghi Specialisti....convenzionati o che operano *intramoenia*..... per progetti .....o in libera professione (quest'ultimo?), la Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)
- infermieri, ostetriche, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologhe, podologie ecc....

4. Rapporti con l'AUSL di appartenenza:

- progetti di ricerca – monitoraggio strutturati e spendibili sulla popolazione ( massimale di circa 1000-1500 pazienti per ogni medico nel gruppo)

- progetti di educazione alla salute ( corretti stili di vita) strutturati con incentivi, per aumentare la relazione con i pazienti del gruppo ( a seconda le affinità di ogni medico)
- una formazione specifica aggiuntiva del gruppo ( figure mediche e paramediche) per un riconoscimento dei bisogni del territorio
- un piano di ampliamento della visibilità del lavoro del gruppo sul territorio per aumentare la fiducia verso l'attività del gruppo (orari, tecnologia, risposte attese della popolazione ( invece di recarsi al P.S. per dei codici inappropriati...bianchi e verdi..)
- pianificare la valutazione del rischio ( preventive verifiche di percorsi operativi sia diagnostici che terapeutici - da parte di problemi legali)
- pianificare un monitoraggio costante della soddisfazione del cittadino/utente/paziente – ai fini di prevenire il più possibile la “migrazione dei pazienti” da un medico all'altro, per ridurre la tensione della precarietà (storica!) della libera professione ..... ( motivi contrattuali...)

#### 5. Spazio finale lasciato alle libere osservazioni

---

---

---

## Allegato 2

### **QUESTIONARIO PER IL MMG ASSOCIATO**

*(Barrare le risposte scelte e compilare a stampatello)*

#### **Caratteristiche personali :**

1. Medico sigla |\_|\_|, genere M |\_| F |\_|,
2. Et  |\_\_\_\_\_| ,
3. Stato di famiglia: vive solo |\_| vive con la famiglia |\_|
4. Anno di laurea | \_ \_ \_ \_ | anno di associazione | \_ \_ \_ \_ |
5. Specializzazioni (o Master post-laurea) conseguite:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Associato in: gruppo |\_| rete |\_| associazione |\_|
7. Il numero totale dei medici nella tua associazione, rete o gruppo  : |\_\_\_\_\_|
8. Svolgi (nell'ultimo anno ) anche attiv  di :
  - Referente di NCP si |\_| no |\_|
  - Rappresentante in una commissione attivata nell'AUSL e/o in Provincia, Regione, ecc.  
si |\_| no |\_| pi  di una |\_| .....  
(specificare quante)
  - Rappresentante Sindacale si |\_| no |\_|
  - Animatore per la formazione dei MMG (ECM) si |\_| no |\_|
  - Altri  
incarichi.....
  - Nessun incarico
9. Perch  hai scelto di associarti (in qualsiasi formula)? *(scegli una o pi  risposte o rispondi liberamente nello spazio tratteggiato):*  
Perch    una forma organizzativa di lavoro nuova e adatta ai tempi  
Perch  assicura un aumento dello stipendio  
Perch  permette un confronto continuo strutturato fra colleghi  
Perch  permette di assumere personale di segreteria e/o infermieri  
Perch  permette di avere pi  tempo libero ed essere sostituito dai colleghi  
Perch  .....

## 2 Notizie sulla struttura associativa nella quale svolgi attività professionale

10. Lavori in una sede unica (formula “Medicina di gruppo” originale): si  no  ;
- se sì, quante ore settimanali in questo studio
  - questa sede è di proprietà del gruppo si  no
  - questa sede è stata data in concessione al gruppo (pagando l'affitto completo) dall'AUSL o altro Ente Pubbico si  no
11. Lavori, oltre che nel tuo studio, anche in una sede distaccata (medicina “in rete” o “in gruppo”) adattata? si  no
- quante ore nel proprio studio  quante ore nella sede unica
  - questa sede è di proprietà del gruppo si  no
  - questa sede è stata data in concessione al gruppo (pagando l'affitto completo) dall'AUSL o altro Ente Pubbico si  no
12. Se lavori solo nel tuo studio: quante ore settimanali?   
( per le Medicine “in associazione”)

### **Notizie sulle attività di tempo libero:**

13. Quanti giorni di ferie ti prendi abitualmente all'anno?   
in un unico periodo  in più periodi
14. Svolgi attività motoria/sport ?  
regolarmente  raramente  mai  libera  strutturata
15. Coltivi degli hobby nel tempo libero? si  no  Se si, quali.....
16. Svolgi attività di volontariato e/o sociale ? ..... si  no  quale .....
17. Partecipi a congressi medici su temi di tuo interesse oltre a quelli organizzati nella tua AUSL? si  no  quanti mediamente all'anno?

### **Strumenti di comunicazione :**

18. Hai un telefono fisso nel tuo studio (anche se lavori da solo o con la formula mista)  
si  no
- Se la sede unica (o distaccata ) è sostenuta dall'AUSL/altro Ente, sono a carico dell'AUSL/altro Ente anche il telefono e la linea telefonica? si  no
19. Hai un cellulare personale con un numero noto ai pazienti? si  no
- Hai un cellulare che appartiene al gruppo con un numero noto ai pazienti? si  no
20. Altre formule .....
21. Hai una segreteria telefonica nel tuo studio (anche se lavori da solo o con la formula mista)?  
si  no
- Hai una segreteria telefonica nella sede unica/o distaccata ( privata o in dotazione

- dall'AUSL/ Ente Pubblico dove lavori): sì  no  acquistata personalmente  o pagata dall'AUSL / Ente che sostiene l'ambulatorio
22. Hai un fax nel tuo studio (anche se lavori da solo o con la formula mista)? sì  no
- Hai un fax nella sede unica/o distaccata (privato o in dotazione dall'AUSL/ Ente Pubblico) dove lavori sì  no  acquistato personalmente  o pagato dall'AUSL / Ente che sostiene l'ambulatorio
23. Altre formule .....
24. Hai una fotocopiatrice nel tuo studio (anche se lavori da solo o con la formula mista) ?  
sì  no
- Hai una fotocopiatrice nella sede unica/o distaccata (privata o in dotazione dall'AUSL/ Ente Pubblico dove lavori): sì  no  acquistata personalmente  o pagata dall'AUSL / Ente che sostiene l'ambulatorio
25. Usi regolarmente la posta elettronica (e-mail) per comunicare con i colleghi e/o l'AUSL ?  
sì  no
- Usi regolarmente la posta elettronica e-mail per comunicare con i pazienti  
sì  no

**Personale di studio:**

26. Se eserciti nel tuo studio (anche con la formula “in associazione”), hai una segretaria assunta personalmente? sì  no
- Se eserciti “in gruppo” o anche in una sede distaccata, hai nella sede una segretaria ?  
sì  no  se sì, assunta dal gruppo  assunta dall'AUSL
- Consideri la collaborazione di una segretaria :
- utile  inutile
  - una figura integrativa  per la gestione dell'attività ambulatoriale
  - una figura scomoda e/o invadente
  - importante, ma difficilmente sostenibile per l'aggravio delle spese
  - un sogno irrealizzabile senza un aiuto dell'AUSL ( o altro)
  - altro \_\_\_\_\_
27. Se eserciti nel tuo studio (anche con la formula “in associazione”), hai un'infermiera assunta personalmente ? sì  no
- se eserciti “in gruppo” anche in una sede distaccata: avete nella sede una infermiera ?  
sì  no  se sì, assunta dal gruppo  assunta dall'AUSL
- consideri la collaborazione di una infermiera:
- utile  inutile
  - una figura integrativa  per la gestione dell'attività ambulatoriale
  - una figura scomoda invadente
  - importante ma difficilmente sostenibile per l'aggravio delle spese
  - un sogno irrealizzabile senza un aiuto dell'AUSL ( o altro)
  - altro \_\_\_\_\_
28. Se eserciti “in gruppo” o anche in una sede distaccata, avete nella sede la possibilità di usufruire per i pazienti di un servizio di volontariato (tipo Auser o Antea...)? sì  no
- consideri questa opportunità : positiva , negativa , in sostitutiva di personale infermieristico assunto , comunque un ulteriore “servizio di ascolto” per il paziente
29. Se eserciti nel tuo studio (anche con la formula “in associazione”), hai personale addetto alle

- pulizie assunto personalmente? si  no
- se eserciti in gruppo anche in una sede distaccata, avete nella sede personale addetto alle pulizie: si  no , se sì, assunta dal gruppo  assunta dall'AUSL
  - consideri la collaborazione personale addetto alle pulizie di:
    - utile  inutile
    - una figura integrativa  per la gestione dell'attività ambulatoriale
    - una figura invadente e scomoda
    - importante, ma difficilmente sostenibile per l'aggravio delle spese
    - un sogno irrealizzabile senza un aiuto dell'AUSL ( o altro)
    - altro \_\_\_\_\_

30. Se eserciti in qualsiasi tipo di associazione (gruppo, rete, associazione), avete un commercialista si  no , un consulente del lavoro si  no  che vengono remunerati dal gruppo dei medici si  no  oppure vi siete attivati per la gestione individualmente  altro.....

31. Ricevete gli incentivi dalla Regione /AUSL per :
- la segretaria si  no
  - l'infermiera si  no
  - la gestione computerizzata dello Studio si  no

### **2.1.1 La gestione dell'attività ambulatoriale e domiciliare**

32. Se eserciti nel tuo studio ricevi i pazienti:
- per accesso libero si  no ,
  - per appuntamento si  no ,
  - con modalità mista si  no
  - anche con modalità di "ambulatorio dedicato" per gestione patologie croniche si  no

33. Se eserciti nella sede unica (o distaccata) in comune "in gruppo" o "in rete" , ricevi:
- per accesso libero..... si  no ,
  - per appuntamento ..... si  no
  - per modalità misto..... si  no
  - anche con modalità ambulatorio dedicato per gestione patologie croniche si  no

34. Utilizzi il computer nell'ambulatorio individuale? si  no
- se sì, acquistato personalmente si  no
  - usi il computer nell' ambulatorio di gruppo e/o nella sede distaccata? si  no
  - se sì, acquistato dal gruppo si  no  oppure per concessione apparecchiatura dall'AUSL/ o altro Ente pubblico si  no
  - altra soluzione .....

35. L'uso del computer è dedicato (per coloro che lo utilizzano abitualmente) :
- solo per la prescrizione terapeutica
  - solo per la prescrizione diagnostica
  - anche per la compilazione dei problemi
  - per tutte voci precedenti, cioè per tutte le attività cliniche
  - se no, specifichi altro .....

36. Se usi il computer, il programma software di gestione dell'ambulatorio (tipo Millenium):  
 è stato acquistato - per i medici "in associazione"- personalmente? si  no   
 è stato acquistato - per i medici "in associazione"- dall'AUSL/altro Ente pubblico?  
 si  no   
 è stato acquistato - per i medici "in rete"- o nella sede in comune- dal gruppo dei medici?  
 si  no   
 è stato acquistato - per i medici "in rete"- dall'AUSL/altro Ente pubblico? si  no   
 è stato acquistato - per i medici "in gruppo"- dai medici del gruppo insieme? si   
 no   
 è stato acquistato - per i medici "in gruppo"- dall'AUSL/altro Ente pubblico? si   
 no
37. Utilizzi anche le cartelle cliniche cartacee si  no   
 usi solo le cartelle cliniche cartacee si  no   
 usi anche altre soluzioni: tipo libretto personale in dotazione al paziente si   
 no   
 usi solo altre soluzioni: tipo libretto personale in dotazione al paziente si   
 no
38. Le prestazioni di particolare impegno (PIP) sono svolte con regolarità? si  no   
 se sì, con quale frequenza media approssimativa?  
 giornaliera  tre volte alla settimana  due volte alla settimana  settimanalmente  
  
 bimensile  mensilmente  altro .....
- effettui anche altre prestazioni in regime convenzionale concordate con l'AUSL (tipo ECG)? Sì  no   
 hai delle proposte operative sul tema  
 ? \_\_\_\_\_
39. Attivi l'assistenza domiciliare per i tuoi pazienti, quando necessario (per esempio nelle ADI I°, II°, III°, ADP e/o visite domiciliari per una condizione acuta che non permette l'ambulabilità del paziente)? si  no   
 chiedi la collaborazione dei colleghi medici del gruppo /rete/ associazione per uno o più accessi a domicilio (previa informazione fornita al paziente interessato)? si  no   
 mai capitato   
 la sostituzione nell'assistenza domiciliare - per patologie croniche - è organizzata dai colleghi associati? si  no   
 la sostituzione nell'assistenza domiciliare - per patologie acute - è organizzata dai colleghi associati? si  no   
 applicate altre formule collaborative di assistenza domiciliare fra colleghi MMG?  
 si  no  mai capitato   
 se \_\_\_\_\_ sì, \_\_\_\_\_ quali?
- 
- senti la necessità di collaborare con i colleghi associati nel tuo gruppo per quanto riguarda l'assistenza domiciliare? sì per acuti  sì per cronici  per nessun paziente   
  
 collabori nelle ADI con i colleghi medici palliativisti della Struttura pubblica? si   
 no   
 con soddisfazione? si  no  a volte  spesso   
 collabori nelle ADI con i colleghi medici palliativisti dell'ANT o altre associazioni simili? si  no  con soddisfazione si  no  a volte  spesso

- della collaborazione con altri colleghi MMG a domicilio ( se ti è capitato) sei rimasto soddisfatto? si  no
  - della collaborazione con altri colleghi specialisti a domicilio ( se ti è capitato) sei rimasto soddisfatto? si  no
  - osservazioni  
sull'argomento \_\_\_\_\_
- 

–

40. Dei colleghi specialisti ( privati e/o convenzionati) condividono con te lo studio personale?  
si  no
- i colleghi specialisti (privati e/o convenzionati) condividono con te lo studio in comune del gruppo/rete? si  no
  - giudichi questa esperienza: positiva  negativa  indifferente   
perché \_\_\_\_\_

- L'incontro a cadenze regolari con colleghi specialisti per la “discussione di casi clinici propri” è un'esperienza: positiva  negativa  mai fatta   
interessante e programmabile  di scarso interesse personale

41. Un (o più) collega pediatra condivide con te lo studio personale? si  no
- un (o più) collega pediatra condivide con te lo studio in comune del gruppo/rete?  
si  no
  - giudichi questa esperienza: positiva  negativa  indifferente   
perché \_\_\_\_\_
- 

42. Le riunioni di gruppo/rete/associazione vengono organizzate:
- oltre alle date prestabilite (nell'anno) anche al bisogno si  no
  - per la discussioni di casi clinici si  no

43. La sostituzione avviene:
- A. nello studio personale - con sostituti fissi si  no
  - B. nello studio della medicina di gruppo (o sede distaccata comune) con sostituti fissi: si  no
  - C. nello studio personale - con sostituti scelti volta per volta ..... si  no
  - D. nello studio della medicina di gruppo (o sede distaccata comune) con sostituti scelti volta per volta: si  no
  - E. nello studio della medicina di gruppo (o sede distaccata comune) fra i colleghi MMG per brevi periodi: si  no
  - F. quale (i) formula(e) di sostituzione si applica?

\_\_\_\_\_

quale formula di sostituzione consideri ideale? \_\_\_\_\_

l'argomento della “sostituzione” ti risulta indifferente? si  no

### **Rapporti con i colleghi MMG del gruppo/rete/associazione**

44. Riuscite a concordare su tutti gli aspetti organizzativi?

sempre  il più delle volte  poche volte   
cosa proporresti? \_\_\_\_\_

riuscite a concordare su tutti gli aspetti professionali?  
sempre  il più delle volte  poche volte   
cosa proporresti? \_\_\_\_\_

il numero dei MMG associati nel vostro gruppo ti sembra:  
giusto  scarso  eccessivo

il Coordinatore del gruppo ( associativo) ti risulta :

- utile  inutile
- seguito  non seguito
- rappresentativo  non rappresentativo
- saresti disponibile ad impegnarsi in questo compito? si  no

elenca tre problemi prioritari emersi nei rapporti fra i colleghi MMG:  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

l'accordo di Budget annuale ( o biennale) può, secondo te, costituire un terreno conflittuale fra colleghi (per esempio: calcolo degli incentivi di gruppo o personali)?  
si  no

se si, quale soluzioni proponi ? \_\_\_\_\_

negli ultimi anni hai avuto casi di pazienti che hanno espresso la volontà trasferirsi negli elenchi degli altri medici del gruppo/rete/associazione? si  no

se si, quale soluzioni proponi ? \_\_\_\_\_

osservazioni eventuali: \_\_\_\_\_

### **Rapporti dei MMG del gruppo/rete/associazione con l'AUSL**

45. Secondo te, il decentramento dell'assistenza sanitaria è ben organizzata in questa AUSL? Si  no

se no, quali proposte possono emergere? Scegli una o più voci oppure aggiungi liberamente nello spazio tratteggiato:

- coinvolgere più figure dei MMG nella individuazione dei bisogni dei cittadini e nella collocazione delle risorse
- aumentare le risorse per l'attività sul territorio (PIP, ADP, ADI, ecc.)
- sostenere e promuovere spazi strutturali per la medicina in gruppo (se possibile)
- potenziare il servizio della Medicina del Distretto
- attivare e sostenere economicamente progetti di ricerca epidemiologica
- fornire e sostenere l'impiego di figure integrative (infermieri, segretarie) per l'attività quotidiana
- sostenere e promuovere il collegamento in rete fra tutti i medici e l'AUSL migliorando la performance dei MMG con l'ausilio del computer
- altro: \_\_\_\_\_

- altro: \_\_\_\_\_
- altro: \_\_\_\_\_

46. Secondo te, il ruolo del MMG è sufficientemente valorizzato all'interno dell'AUSL?

si  no

se no, quali soluzioni proponi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. Secondo te, il ruolo del MMG è sufficientemente valorizzato all'esterno con informazione esauriente ai pazienti e ai loro familiari sulla sua attività? si  no

se no, quali soluzioni proponi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

48. Se tu dovessi fare un bilancio complessivo degli anni che lavori in gruppo/rete/associazione, quale giudizio daresti?

nettamente positivo

abbastanza positivo

negativo

se negativo, perché \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

49. Se potessi tornare indietro, faresti sempre il MMG? si  no

se no, quale scelta faresti? \_\_\_\_\_

osservazioni: \_\_\_\_\_

❖ *Controlla per cortesia la completezza della compilazione prima di inviare (o consegnare) al Referente del tuo gruppo*

Grazie per la disponibilità dimostrata

*Chi intende acconsentire alla pubblicazione del proprio nome quale partecipante alla ricerca (oltre ai MMG Referenti dei gruppi, reti e associazioni già menzionati nella lettera) è pregato di firmare il questionario con l'ausilio del proprio timbro.*

\_\_\_\_\_

*(firma e timbro)*

### Allegato 3

## Questionario ai pazienti - sui Medici di Famiglia Associati

ETA':		TITOLO DI STUDIO:	
SESSO:	M	F	PROFESSIONE:

Studio medico	
---------------	--

Quante volte si reca dal suo medico mediamente in un anno?

meno di 3	da 3 a 5	da 6 a 10	più di 10
-----------	----------	-----------	-----------

1	Lei sa che il suo medico lavora in collaborazione con altri medici in questo studio?	SI	NO
2	Sa che, in assenza del suo medico, Lei può rivolgersi ad un altro medico presente nello studio?	SI	NO
3	Le è mai capitato, in caso di urgenza ed in assenza del suo medico, di rivolgersi ad un altro medico dello studio?	SI	NO
4	È rimasto soddisfatto del servizio offerto?	SI	NO
5	Pensa che sia un vantaggio per il cittadino avere sempre un medico a disposizione?	SI	NO
6	Se no, perché?		
7	Le è mai capitato, anche in presenza del suo medico, di rivolgersi ad un altro medico dello studio?	SI	NO
8	Se sì, perché?		
9	E' a conoscenza delle modalità di accesso all'ambulatorio?	SI	NO
10	E' a conoscenza delle modalità di prenotazione della visita domiciliare?	SI	NO
11	Le e' mai capitato di chiamare il suo medico per una visita a domicilio?	SI	NO
12	Il suo medico è facilmente raggiungibile telefonicamente?	SI	NO
13	Ha mai sentito la necessità di avere un consulto da un altro medico del gruppo?	SI	No
14	Ha mai pensato di rivolgersi ad un altro medico presente in questo studio per avere un secondo parere?	SI	No

1 5	Le vengono proposti servizi per la prevenzione (screening, esami, vaccinazioni)?	SI	No
1 6	Le vengono date spiegazioni sullo scopo degli esami e delle cure?	SI	No
1 7	Lei sa se il suo medico si consulta con gli altri medici presenti nello studio?	SI	No
1 8	E' presente altro personale (segretaria, infermiera, ecc.) oltre ai medici nello studio?	SI	NO
1 9	Se si, pensa che il personale ausiliario (segretaria) aiuti a migliorare l'accesso all'ambulatorio?	SI	NO
2 0	Se si, pensa che il personale infermieristico migliori il servizio dato al cittadino?	SI	NO
2 1	Il suo medico lavora anche su appuntamento?	SI	NO
2 2	Ha mai preso un appuntamento per essere visitato?	SI	NO
2 3	L'orario dell'appuntamento viene rispettato?	SI	NO
2 4	Il suo medico è facilmente raggiungibile telefonicamente?	SI	NO
2 5	Trova che gli orari di apertura dello studio siano adeguati?	SI	NO
2 6	Se no perché?		
2 7	Le è mai capitato di andare al Pronto Soccorso durante l'orario di apertura dell'ambulatorio del suo medico?	SI	NO
2 8	Se si, perché?		
2 9	Nel complesso, è soddisfatto di questo studio medico?	SI	NO
3 0	Preferiva quando il suo medico lavorava da solo?	SI	NO
3 1	Quali aspetti suggerirebbe di migliorare?		

## Allegato 4

### Lettera di presentazione del questionario per il MMG

Caro Collega \_\_\_\_\_

*ti invio in allegato un questionario (con una busta già affrancata per la restituzione) da compilare cortesemente con molta attenzione. Le domande sono state stilate ai fini di uno studio conoscitivo sulla medicina di famiglia organizzata (in più formule).*

*Ai fini di una utile compilazione – si chiede cortesemente di leggere tutto il questionario prima della compilazione per prendere confidenza del percorso logico effettuato.*

*Ti ricordo che il questionario è stato elaborato e articolato dopo un incontro (Focus Group) tenuto con la maggior parte dei Referenti delle Associazione, Reti e Gruppi – l'11.07.05 (ore 21- 23) ; poi è stato illustrato e riadattato nonché condiviso nel secondo incontro del 02.09.05 (ore 21-23).*

*I risultati saranno elaborati e utilizzati in maniera aggregata e anonima nell'ambito del Master universitario di II livello "Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari" tenuto presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Bologna con la supervisione e la consulenza del Tutor Universitario Prof. Guido Giarelli e del Tutor AUSL di Imola Dott. Corrado Fini.*

*Il risultato atteso da tutti partecipanti (i nomi saranno menzionati in ogni pubblicazione) è quello di conoscere meglio l'attività del MMG in un contesto organizzativo nuovo per la figura storica che egli rappresenta nella società. Dovrebbe infatti emergere quanto si potrebbe contribuire ancora a livello istituzionale e non, a rafforzare la sua figura e il suo ruolo come:*

- decodificatore dei bisogni di salute del paziente;*
- cogestore ideativo - progettuale delle risorse dedicate al territorio;*
- custode dell'anamnesi familiare e non, remota e recente;*
- educatore ai fini della conoscenza degli stili di vita salutari;*
- gestore della malattia cronica, dalla prevenzione primaria fino alla riduzione più possibile degli effetti indesiderati delle complicanze attese;*
- consulente competente e confidente discrezionale ai fini di affiancare il paziente in un percorso diagnostico/terapeutico partecipato e motivato anche fino al exitus in un ambiente desiderato dallo stesso.*

*Il tuo contributo risulta insostituibile per il contatto quotidiano che il MMG ha con i bisogni della gente in un confronto costante con le nuove aspettative dei pazienti e i loro familiari; gli stereotipi della salute sono profondamente cambiati in un mondo globalizzato e con una popolazione sempre più dislocata nei centri urbani alla rincorsa della ossessione della produttività in una logica "della salute ad ogni costo" che richiede di agire sul proprio corpo e sulla propria mente spesso sulla base di convinzioni e percorsi approssimativi appresi il più dalle volte dai media.*

*Il MMG, confidente delle famiglie, è quello che meglio può fare emergere i bisogni più reali delle persone nella nostra società. Nell'assistenza al paziente, l'impegno del MMG è da considerarsi trasversale e capillare nello stesso tempo, coinvolgente e totale; e non può essere paragonato ad altri "mestieri" in quanto richiede un'assunzione di responsabilità a livello professionale, sociale e personale di alto valore.*

*Grazie della collaborazione, fin d'ora. firma del MMG autore della ricerca" Imola  
17.09.05*

## CURRICULA

### **Prof. Guido Giarelli**

(Ph.D. allo University College London) è docente di *Sistemi sanitari comparati* e di *Politiche per la salute* e coordinatore didattico del *master in Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari* presso l'Università di Bologna. È stato il primo presidente della Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) ed è attualmente segretario della Sezione di Sociologia della salute e della Medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS). Ha svolto una lunga attività di ricerca, consulenza e formazione in Africa (Kenya, Tanzania, Mozambico, Senegal, Eritrea), in Brasile, in Gran Bretagna, in Svezia e negli USA. È membro dell'Osservatorio sulle Medicine Non Convenzionali della Regione Emilia-Romagna. Ha pubblicato, tra l'altro, *Medicina africana e sviluppo professionale* (1995), *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata* (1998), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale* (2003), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della nuova medicina integrata* (2005) e *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile* (2005).

### **Dott. Stefano Zingoni**

nasce a Scandicci (Firenze) il 21 Agosto 1948, compie l'intero corso dei suoi studi a Bologna dove si trasferisce all'età di quattro anni con la famiglia. Conseguita la Maturità classica presso il liceo statale M. Minghetti si iscrive nell'anno accademico 1967/1968 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna. Dopo aver frequentato in veste di allievo interno l'Istituto di Istologia ed Embriologia generale diretto dal Prof. Carlo Rizzoli, l'Istituto di Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica 2° diretto dal Prof. Bruno Magnani e l'Istituto 1° Patologia Speciale Medica e Metodologia Clinica diretto dal Prof. Giuseppe Labò, il 23/11/1973 consegue la Laurea in Medicina e Chirurgia col massimo dei voti e lode, presso la stessa Università. Nell'anno accademico 1973/1974 si iscrive alla scuola di specializzazione in Clinica Pediatrica sempre presso l'Università di Bologna, supera gli esami previsti per i tre anni di durata del corso e collabora col Prof. Emanuele Cacciari agli studi di endocrinologia pediatrica, che questi porta avanti, pubblicando alcuni lavori in materia assieme al Cattedratico. Nel 1976 lascia definitivamente gli studi universitari per dedicarsi completamente alla professione di medico di medicina generale convenzionato. Degli stessi anni è l'iscrizione alla **Federazione Italiana Medici Medicina Generale** (allora FIMM) e l'elezione a vice segretario provinciale. Socio fin dalla fondazione della Società Italiana Medici di Medicina Generale. All'inizio degli anni novanta viene chiamato alla Segreteria della FIMMG Bologna, carica che gli viene rinnovata in tutte le elezioni susseguite sino ad oggi. In tale veste è membro della Federazione Regionale e del Consiglio Nazionale della FIMMG ed assume anche, nel 2003, la responsabilità provinciale della neonata società scientifica SIMEF.

### **Dott.ssa Shirley Ehrlich**

Nata 20.10.1949

Laureata in Medicina e Chirurgia il 25.11.75. Convenzionata con il S.S.N. dal 01.01.77 come medico di Medicina Generale operante in Imola con la formula "in Gruppo".

Specialista in Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Bologna nel 1981

Specialista in Scienze dell'Alimentazione - Università degli Studi di Modena nel 1988

Master II° livello - in "Valutazione della qualità dei servizi socio sanitari" Dipartimento di Sociologia Università degli Studi di Bologna 2005

- ❖ Consigliere dell'Ordine dei Medici e Chirurghi di Bologna dal 1997- 1999
- ❖ Membro designato dall'ASL nell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale dal 2001 ad oggi
- ❖ Tutor in Medicina Generale (per specializzandi in Medicina Generale) iscritto nelle liste della Regione E. Romagna da oltre 14 anni

- ❖ Tutor Universitario per gli studenti in Medicina e Chirurgia (nel corso del 6° anno) dal 2003.
- ❖ Tutor Universitario per gli studenti laureati in Medicina e Chirurgia in preparazione all'Esame di Stato dal 2003

Già Fiduciario FIMMG (sindacato di categoria -medici di M.G.) ASL di Imola 2000 – 2003; è stata Attualmente membro cooptato della Segreteria Provinciale FIMMG Bologna.

- ❖ Coordinatore del Comitato Scientifico dell'Associazione “GLUCASIA” che associa i pazienti diabetici del comprensorio imolese dal 2000 (anno della sua costituzione) ad oggi.
- ❖ Fondatrice dell'Associazione FOCUS D. – Associazione di Promozione Sociale iscritta al Registro Provinciale BO, operante dal 1986; tuttora copre incarichi operativi nel Consiglio Direttivo
- ❖ Fondatrice dell'Associazione “Professione Medica –Comprensorio Imolese” –operante dal 1991 e Presidente dell'Associazione dal 1992-1994; tuttora copre incarichi operativi nel Consiglio Direttivo; sito [www.professionemedica.org](http://www.professionemedica.org)
- ❖ Fondatrice dell'Associazione “Insalute” Centro Studi e Formazione Sociale, Associazione di Promozione Sociale iscritta al Registro Provinciale BO, sito: [www.insalute.info](http://www.insalute.info)
- ❖ Coautore del volume “S.O.S. Adolescenza” - lo sviluppo somatico e psicosociologico dell'adolescente e il problema delle dipendenze- (Società Editrice “il Ponte Vecchio” 1993)
- ❖ Coautore del volume “The European Textbook of Family Medicine” (capitolo 17:astenia (fatigue and chronic fatigue sindrome; capitolo 18: obesità; capitolo 19: thinness, unexplained weight loss) Passoni Editore 2003 presentato all'Europarlamento a Bruxelles il 15.10.03
- ❖ Coautore del Cap.3 “Una indagine conoscitiva sulle forme associative dei MMG nell'ASL di Imola” inserito nel volume dal titolo “Medici in associazione – esperienze, problemi e prospettive dell'associazionismo in Medicina Generale” a cura di Guido Girelli e Marco Patierno, pubblicato nel 2006 Franco Angeli Editore

### **Dott.ssa Tiziana Rossi**

Nata a Rimini il 04/04/1973

- Laurea in “Scienze Politiche con Indirizzo Politico Sociale”, conseguita il 20/03/03 presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Bologna, con punti 101/110.
- Master Universitario di II livello in “Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari” conseguito il 10/11/2005 presso la Facoltà di Scienze Politiche di Bologna.

Per chiarimenti :

Indirizzo e mail – [s.ehrlich@lamiaposta.com](mailto:s.ehrlich@lamiaposta.com)

Indirizzo Studio – Via Taddeo della Volpe 20 – 40026 Imola (BO) Tel/Fax 0542-34620