



IL MEDICO **M F** DI FAMIGLIA



periodico mensile di informazione e discussione della F.I.M.M.G. - Modena

Sezione "Ghassan Daya"

Segreteria Provinciale F.I.M.M.G. - Tel. 059.216846 - Fax 059.222130

E-mail: fimmgmodena@alice.it

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB Modena

MF sul web
www.mgform.it
www.mdfmodena.it

Cari Colleghi, ci risentiamo...

dopo una calda estate, che peraltro durerà ancora per qualche giorno, prima dell'arrivo dell'autunno e dopo la firma dell'integrativo all'AIR 2006 avvenuta a luglio 2011. Ci aspettano i nostri compiti autunnali, prima di tutto le Vaccinazioni Antinfluenzali. Come precedentemente comunicato le noteremo dai nostri applicativi delle cartelle cliniche con degli "add-on" specifici, con costi a carico della Regione, per l'invio al sistema SOLE ed il pagamento verrà effettuato allo stesso modo delle PIP. In questi giorni tutte le Software Houses proprietarie dei nostri applicativi li stanno aggiornando, alcuni sono già pronti per l'invio. La campagna vaccinale inizierà il 3 novembre 2011, ed arriverà come sempre la Circolare Regionale con le relative specifiche per procedere alla vaccinazione.

A metà ottobre dopo la pausa estiva riprenderanno gli incontri con le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Modena e dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria Policlinico ed il Direttore del Presidio Ospe-

segue in seconda pagina



BLACKOUT

Lunedì 8 agosto ore 16.00: mi accingo a compilare on line il certificato di malattia INPS: dopo ripetuti tentativi ed altrettante segnalazioni di errore (non congruenza dell'indirizzo ecc...), altri tentativi provando ad accedervi dal sito MEF ed altrettanti fallimenti; provo a cambiare la password (quando scade succede che il certificato non parte ma non viene detto il motivo...); compilo al fine il cartaceo.

Ripetuti tentativi con un altro paziente sortiscono il medesimo risultato...di nuovo il cartaceo (sala d'attesa piena...è lunedì 8 agosto ma non sembra) Col terzo paziente decido di telefonare al numero verde del contact center: dopo circa 10(...15?) minuti di attesa di fronte al mio paziente (una segreteria telefonica mi tiene compagnia comunicandomi che ci sono 10 telefonate da evadere prima della mia) finalmente una cortese operatrice che pare sinceramente dispiaciuta mi comunica semplicemente che il loro server non funziona per cui è inutile che insista nei miei tentativi d'invio del certificato: forse per rincuorarmi (aveva percepito un certo scoramento) aggiunge che un team di esperti sta affrontando il problema e che il tutto sarebbe tornato attivo dopo le 17.00.

segue in seconda pagina

dalla prima pagina

daliero per l'applicazione della Circolare Regionale 8/2011 del 2 maggio 2011 riguardante l'invio delle prescrizioni specialistiche e farmacologiche al MEF (ministero Economia e Finanza). Tali incontri riguardano anche la messa a regime degli applicativi da parte dei Reparti Ospedalieri e dei Pronto Soccorsi per l'invio dei Certificati di Malattia online come già avviene in altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Vi chiedo, nei tre mesi che ci rimangono ad arrivare alla fine del 2011 di intensificare gli sforzi per raggiungere gli obiettivi prefissati nell'Accordo Aziendale firmato il 14 gennaio 2011, soprattutto per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva nei vari punti (PPI, SARTANI, STATINE) non siamo molto lontani dal raggiungerlo, ma non tutti i Distretti viaggiano nello stesso modo e vi sono variabilità enormi soprattutto nelle DDD.

Sono in partenza con altri colleghi della Fimmg Modenese per il Congresso Nazionale Fimmg che si terrà a Villasimius dal 3 all'8 ottobre 2011 dal titolo "la Medicina Generale nel terzo millennio". Sarà mia premura informarVi con il prossimo numero di MF e via e-mail sui lavori congressuali e sugli incontri con il Ministero della Salute e le Regioni per il riordino delle Cure Primarie e la riscrittura dell'articolo 8 della Legge 502 che regola i rapporti tra Servizio Sanitario e Medici di Medicina Generale.

Dante Cintori.

Sono passati tre anni...

Tre anni fa se ne andava il nostro caro Ghassan, in un giorno di ottobre, anche allora mentre era in corso il congresso nazionale della FIMMG. Il ricordo è ancora molto vivo tra tutti noi; non v'è seduta del direttivo ove non venga citata una sua frase o un episodio che lo ha visto protagonista di tante battaglie e accordi sindacali. Molti di quelli tuttora in vigore sono frutto della sua preziosa attività. Sabato 8 ottobre si è celebrata una messa in suffragio nella Chiesa di San Benedetto e ci siamo uniti nella preghiera con le sue care Paola e Lisa.

Ciao Ghassan.



dalla prima pagina

Tante grazie...: in realtà il sistema tornerà attivo solo dopo le 18.30.

Martedì 16 agosto ore 9.00: il sistema è di nuovo in tilt: questa volta contatto subito il numero verde (essendo la giornata post-ferragosto le chiamate in attesa fortunatamente sono solo 4!) stessa risposta dall'operatrice cortese: il sistema è in tilt e lo sarà per tutta la mattinata fino oltre le ore 13.00...compili pure il cartaceo: di nuovo tante grazie.

Conclusioni:

1-penso che d'ora in poi in caso di blackout non perderò più tempo a telefonare alle pur cortesi operatrici del contact center ma compilerò direttamente il certificato cartaceo.

2-premesso che non possiamo pretendere che tutto funzioni sempre(!?) tantomeno dei percorsi così complicati, tuttavia mi chiedo se non sia possibile quando ci sono dei problemi informare tempestivamente mediante una mail in automatico (o un SMS) che ci dia notizia del malfunzionamento e una di ripristino del servizio.

3- si potrebbe pensare anche a una diagnostica delle anomalie (l'applicativo ACN di Millewin segnalava un'incongruenza dell'indirizzo: ma che vuol dire?) mentre il sito del MEF semplicemente non accettava l'invio senza dare una spiegazione.

4-quando poi scade la password non viene segnalato il problema del mancato invio (uno dovrebbe immaginarlo?!); potrebbe invece comparire una segnalazione almeno qualche giorno prima per dare il tempo di provvedere all'operazione con calma e non col paziente davanti e la sala d'attesa piena.

5-speriamo che queste semplici proposte vengano prese in considerazione.

C. Andreoli

ATTIVITÀ DI DISTRETTO

DOVE VA LA MEDICINA GENERALE

Note a margine del Corso di Aggiornamento Dei distretti di Modena e Castelfranco
Modena, 24 settembre 2011

Quali pazienti accedono allo studio del MMG e quali invece si rivolgono al Pronto Soccorso?

E' presto detto: sono due popolazioni diverse: piuttosto giovani, con patologie acute e scarsa comorbidità e alla ricerca di soluzioni rapide e "tecnologiche" (esami, visite specialistiche) quelli che accedono al Pronto Soccorso. Più anziani, con malattie croniche e molte comorbidità quelli che accedono allo studio dei MMG.

Ma allora, come farà il MMG a fronteggiare la crescente domanda di cura dei malati cronici?

In due modi:

- **Con un cambiamento culturale**, ovvero passare dalla mentalità della cura del singolo a un approccio ai pazienti per "popolazioni", rispondendo a domande del tipo: chi sono, quanti sono, come stanno e dove possiamo migliorare le cure dei nostri pazienti diabetici, ma anche ipertesi, scompensati o bronchitici cronici, e come possiamo farci carico di problemi tradizionalmente delegati allo specialista: patologie tiroidee, ipertrofia prostatica, neoplasie stabilizzate, MGUS?
- **Con un cambiamento organizzativo**: non è pensabile che il singolo MMG possa caricarsi di altro lavoro, ma non

può nemmeno mancare la sfida, pena la marginalizzazione del suo ruolo a favore di altri soggetti, dall'ospedale alle ONLUS (il lancio dei CREG lombardi insegna). Allora bisogna che il MMG sia dotato di una organizzazione adeguata e diventi un po' più manager e un po' meno manovale della medicina. Come? Con le medicine di gruppo come primo gradino, a cui potranno o meno fare seguito forme più evolute. Ci ha portato una bella esperienza del suo percorso professionale e di pari passo organizzativo il collega Corrado Chiari di Reggio Emilia. Associarsi in gruppo diventa condizione quasi irrinunciabile per avere segretarie e infermiere con cui collaborare e colleghi con cui condividere l'organizzazione delle cure. E le cooperative dovranno fare la loro parte nel fornire ai medici tutti i servizi necessari, a partire dalla gestione senza pensieri del personale.

Ma come fare? Non sarà complicato? I bravissimi Paolo Malavasi e Alberto Morellini, (vedi inserto pagg. 5-8) di fronte a una platea attentissima, hanno dato risposta a tutte le domande più comuni per fugare i dubbi sulle Medicine di Gruppo. E molti colleghi, alla fine, si sono chiesti: in fondo, perché no?

Ga. Fel.

Attività Motoria per le persone ultra 55enni a Modena

Anche quest'anno la FIMMG del Distretto di Modena si fa parte attiva nel promuovere e sostenere l'Attività Motoria per le persone ultra 55enni promossa dal Comune di Modena e attuata con la collaborazione di molte Società Sportive della città. Invitiamo pertanto a collaborare attivamente nella promozione diffondendo tra i pazienti il materiale informativo già ricevuto e rilasciando la certificazione di idoneità all'attività motoria sull'apposito modulo alla cifra che la FIMMG ha concordato di consigliare a tutti i MMG (FIMMG e non FIMMG) di 21 Euro, ovviamente rilasciando debita fattura. Si tratta di un'occasione importante di visibilità per i MMG di mostrarsi vicini ai cittadini modenesi e alle istituzioni e organizzazioni che in essa operano. Le attività motorie previste quest'anno sono state significativamente ampliate mentre il fac simile del certificato è stato leggermente semplificato rispetto agli anni scorsi. Contiamo pertanto sulla collaborazione di tutti come negli anni scorsi.

FIMMG Modena

NOTIZIE DAL DISTRETTO DI MIRANDOLA

a cura di Nunzio Borelli

L'OCCHIO QUESTO SCONOSCIUTO

Questo è il titolo del Corso di aggiornamento tenuto a Medolla lo scorso 24 Settembre. Già da molti anni non si affrontava nei corsi di aggiornamento il tema Oculistica è quindi sembrato quanto mai opportuno organizzare un evento al riguardo con animatori i Dottori Giovanni Razzaboni e Nunzio Borelli. La cataratta ed il glaucoma sono due patologie che portano sovente il paziente dal proprio medico curante, sia per la diagnosi che per la terapia, non dimenticando gli aspetti medico legali, vedasi rinnovo della patente. E' stata una mattinata molto partecipata e con discussione intensa: si è parlato di ipertensione oculare e glaucoma, che non sono sinonimi; sono stati condivisi termini specialistici ad esempio OCT, FAG. La terapia antiglaucomatosa (tanta) ha stimolato molto il dibattito in sala, con indicazioni, posologie e controindicazioni. La cataratta è una patologia sempre più frequente nel persone ultraottantenni che vogliono guidare l'auto. L'intervento, seppur eseguito in Day Surgery può avere, per fortuna raramente, una complicanza devastante come l'endoftealmite che richiede intervento radicale. Relatori dell'evento scientifico sono stati gli oculisti Stefania Matteoni, Elena Aldrovandi e Paolo Molinari ed il dr Federico Barbani, Medico del Servizio Committenza dell'AZ USL MO. Il Dr Barbani ha condiviso con gli astanti le raccomandazioni più importanti per la buona cura del glaucoma e dell'ipertensione oculare, raccomandazioni scelte dal panel multiprofessionale provinciale di Modena e Parma, di cui il dr Barbani era Segretario e che per i Medici di Famiglia vedeva la presenza del Collega Wainer Mazzi, a cui va il nostro ringraziamento.

La Medicina Generale di fronte alla sfida delle malattie croniche

I RISULTATI SORPRENDENTI DEL DIABETE

La sfida del 2012

L'Accordo Aziendale 2011-2013 prevede tra gli obiettivi del 2012 una consistente riduzione di prestazioni specialistiche da raggiungere attraverso la presa in carico integrata da parte della Medicina Generale, e in senso più ampio, da parte della Medicina del Territorio, di alcune tipologie di malati cronici. E' dunque ora di valutare da dove incominciare.

Da dove partire per curare le malattie croniche?

Il futuro inizia quattordici anni fa, perché porta la data del '97 il primo "progetto diabete", ed è da allora che i Medici di Famiglia, che quotidianamente curano i malati cronici oltre che le patologie acute, hanno iniziato a seguire i pazienti diabetici secondo un protocollo condiviso con l'Azienda e gli specialisti e a sottoporre il loro operato a una verifica annuale.

Quali risultati dalla gestione integrata del diabete?

Secondo fonti aziendali i Medici di Medicina Generale della nostra provincia hanno in carico 17.626 pazienti, stimabili in circa il 44% del totale dei diabetici della provincia. 1886 pazienti, il 10.7% del totale, sono non deambulanti e pertanto assistiti a domicilio.

Secondo le stesse fonti, la gestione integrata del diabete tra specialisti e medici di medicina generale ha permesso di migliorare gli esiti clinici dei pazienti diabetici, senza aumentare la spesa sanitaria.

La gestione integrata ha migliorato i dati relativi ai ricoveri ospedalieri con una significativa riduzione dei ricoveri per amputazioni e per vasculopatia periferica. La gestione integrata ha anche permesso di ridurre i ricoveri evitabili come quelli per diabete, ipertensione e scom-

penso e di ottimizzare l'uso delle risorse.

I dati ricavati dai profili di NCP e dai software dei MMG indicano livelli di adesione al protocollo molto elevati e performance di cura altrettanto buone.

Allora, tutto a posto?

No, è necessario **consolidare i risultati** rendendoli più omogenei tra i vari Nuclei, in termini di numero di pazienti presi in carico, adesione al protocollo e performance raggiunte.

E' indispensabile estendere la raccolta dati attraverso **estrazione automatica dei dati** dai software dei MMG, in modo da superare definitivamente gli onerosi e difficilmente elaborabili moduli B cartacei.

Ripensare l'organizzazione della Medicina Generale.

E, perché il MMG possa farsi carico di altre patologie croniche senza caricare sulle sue spalle altro lavoro, il che non sarebbe sostenibile, è indispensabile **ripensare tutta l'organizzazione della Medicina Generale, con disponibilità generalizzata di collaboratori di studio e infermieri**. I call-center delle cooperative potrebbero essere un valido strumento di supporto. Per raggiungere questi obiettivi dovremo associarci, fare molte medicine di gruppo, dare una diversa strutturazione ai Nuclei, ed è da fare subito, senza perdere tempo. E **non faranno neppure paura le Case della Salute** se nasceranno con obiettivi di cura chiari (cosa che non è avvenuta fino ad ora!) e se troveranno medici consapevoli del loro ruolo e ben organizzati.

Gaetano Feltri

L'Ordinate acuta

Una patologia a cadenza triennale e a risoluzione spontanea pressoché immediata

Trattasi di una malattia rara, non ancora inserita nell'apposito registro utile per non pagare il ticket. Si presenta ogni tre anni, verso l'autunno, per poi svanire nel nulla a fine anno, un po' prima del Santo Natale. Vengono contagiati medici e odontoiatri italiani di ogni provincia e i sintomi sono praticamente sempre gli stessi: ansia di fare, desiderio di cambiare il mondo, spirito critico sulle cose fatte in passato, programmi roboanti per il futuro, ovviamente promesse di modificare ruoli e funzioni dell'Ordine dei medici. La eziopatogenesi è incerta e se ne discute ancora molto. Vengono presi in considerazione fattori ambientali, sociali, anche i virus sembrano avere una parte non secondaria. La politica c'entra ma fino ad un certo punto. L'acme della malattia si manifesta in un fine settimana quando decine di professionisti, che ne sono affetti, si confrontano (e/o si scontrano) per poi tornare (non sempre per la verità) a duellare dopo un mese o poco più.

Poco dopo cala il sipario e la sintomatologia scema d'un sol colpo. Senza alcun farmaco se così non si può definire un numero imprecisato di caffè. Gli antidoti a questa Ordinate acuta infatti non sono stati ancora trovati. Un ministro della Repubblica aveva provato recentemente a debellarla andando alla radice, eliminando cioè gli Ordini. E c'era quasi riuscito. Ma le malattie, si sa, sono spesso più forti della Scienza.

E allora bisogna pure che ce ne facciamo una ragione. Dobbiamo insomma conviverci. Un po' come con l'Escherichia Coli, l'importante è che non finisca per prevalere lui, il batterio. Altrimenti sono dolori.

Questa vuole essere una storia semiseria della ricorrenza elettorale per il rinnovo del Consiglio dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri. Impegniamoci tutti perché la malattia sia la più breve e meno acuta possibile. L'obiettivo appare molto chiaro e, spero, condiviso: dare ai colleghi un segnale di partecipazione e di contributi utili alla crescita del nostro Ordine professionale.

Buone elezioni a tutti !!!!!!!

Il presidente
N. G. D'Autilia

MEDICINA DI GRUPPO

LE FAQ, OVVERO TUTTO CIO' CHE C'E' DA SAPERE PARTENDO DALLE DOMANDE DEI COLLEGHI

UN MODELLO VINCENTE

Nel Corso d'Aggiornamento dei Distretti di Modena e Castelfranco del 24 settembre 2011 una sessione è stata dedicata interamente alle domande dei Colleghi sulle Medicine di Gruppo, già individuate prima del corso, a cui hanno dato autorevole risposta i Colleghi esperti Paolo Malavasi e Alberto Morellini. Riportiamo qui la prima parte del loro intervento.

PERCHE' CAMBIARE

Ho 50 anni, un lavoro abbastanza collaudato, una segretaria part time, che ragioni ho per cambiare?

- il SSN pretende un cambiamento della forma organizzativa dei MMG che conferisca al **team delle Cure Primarie** una precisa **identità** ed una **visibilità** nei confronti dei Cittadini e dell'Azienda.
- I due obiettivi fondamentali sono una **accessibilità ambulatoriale H10** e una **presa in carico compiuta e autonoma delle patologie croniche**.
- **o la Medicina Generale sviluppa al suo interno il team multiprofessionale** consentendo al MMG di rafforzare il ruolo di Responsabile Terapeutico (anche nella gestione della piccola urgenza !),
- **o soggiace ai sistemi della medicina ospedaliera** che gli riserva il ruolo di prescrittore alimentatore dei propri interessi.

E poi credo che tra spese di affitto e personale non sia economicamente vantaggioso.

- Se un MMG ha lo studio in affitto sarà sempre **più vantaggioso** prendere in affitto un ambiente condiviso con altri colleghi.
- **Se un MMG ha lo studio di proprietà** può calcolare che l'aumento di incentivo che deriva dal passaggio da Medicina in Rete a Medicina di Gruppo gli consente di coprire le spese di affitto di uno studio di gruppo in un immobile di valore fino a 2000 euro/mq (media periferia cittadina). Per ciò che dovesse spendere in più potrà calcolare se tanto vale l'indipendenza professionale conservata.
- **Gli incentivi di convenzione per Infermiera + Segretaria** riescono a coprire i costi del personale assunto con il CCNL degli studi professionali tramite una propria Coop di servizi, per l'orario minimo richiesto dall'ACN.
- Ma una Segretaria che lavori 2 ore al giorno e una Infermiera che lavori 1,2 ore al giorno **per un singolo MMG saranno più difficili da trovare e**

meno motivate di un personale dipendente che lavori a tempo pieno per 4 medici.

So che vogliono intrupparci nelle Case della Salute: entrare in una MdG non è il primo passo per cadere nella trappola?

- Entrare in una medicina di gruppo è proprio il modo per rispondere alla volontà di revisione della MG che pretende il SSN, **mantenendo la propria indipendenza professionale e contrattuale**, senza finire in una Casa della Salute guidata dalla logica ospedaliera (orari fissi, turni, gerarchia, ...).
- Con la Medicina di Gruppo il MMG rinuncia alla propria **singola "indipendenza logistico/organizzativa"** per assicurarne il suo mantenimento a livello di categoria professionale; l'alternativa è una "paradipendenza" con tutta la responsabilità della libera professione e nessun vantaggio della dipendenza.

NORMATIVE E ASPETTI CONTRATTUALI

Per orientarmi tra le norme, a quali articoli della convenzione e a quali altre norme devo fare riferimento?

- ACN 5/2009 (art 26 bis, 26 ter, 54, norme finali 17 18 19) e luglio 2010
- "Casa-della-salute-indicazioni-regionali" marzo 2010
- AIR ottobre 2006 e giugno 2011 (art 54 e 59)
- Accordo Aziendale 2008 e gennaio 2011
- PAL Modena giugno 2011 (punto 2.3)

Esiste un "testo unico" che mi permette di capire tutto?

- Stiamo cercando di scrivere un **"Manuale della Medicina di Gruppo nella Rete delle Cure Primarie"**.

Qual è l'incentivo per la MdG? E se devo rinunciare all'incentivo della rete, ci guadagno o ci rimetto?

- Quota capitaria di euro **4,70 per la Medicina in Rete e 7,00 per la Medicina di Gruppo**, per cui il passaggio da Rete a Gruppo porta ad un **maggior incentivo di euro 2,30**.

Sono già in una medicina in rete: se entro in una MdG devo necessariamente rinunciare alla Medicina in Rete?

- **SI'**, in quanto va formalizzato alla Ausl un atto costitutivo che ha riferimenti contrattuali di Convenzione diversi.

Posso mettermi in gruppo con colleghi che fanno parte di un altro NCP?

- **NO.** la Medicina di Gruppo è una forma associativa che potrebbe coincidere con un NCP o farne parte insieme ad altre forme associative. Non può essere che diversi NCP facciano parte della stessa M di Gruppo. E' tuttavia possibile che i NCP si "rimodellino" in base alle esigenze delle nuove MdG.

E se siamo soci di cooperative diverse?

- **NO se la Coop MMG fornisce strutture o personale alla Medicina di Gruppo**, in quanto agisce come società di servizi ai propri soci; se fornisce strutture o personale a un non socio o a socio di altra Coop agirebbe illegittimamente come società immobiliare o come agenzia di lavoro interinale. Il problema non sussiste se non c'è fornitura di personale.

Per una MdG qual è l'orario minimo giornaliero e settimanale di apertura totale dello studio?

- (ACN art 36) Ogni singolo medico deve aprire lo studio per 5 giorni/settimana e per un minimo di **5 ore/sett fino a 500 assistiti, 10 ore/setti da 500 a 1000 assistiti, 15 ore/sett da 1000 e 1500 assistiti.**
- (AIR art 5 c.3) garantire complessivamente da parte del Nucleo di Cure Primarie o, in subordine, delle associazioni, **una disponibilità all'accesso ambulatoriale di almeno 7 ore giornaliere.**

E avremo gli incentivi per ottava nona e decima ora? E se nella rete raggiungevamo le 10 ore e nel gruppo solo le 8 o 9, cosa ci rimettiamo?

- Ci si rimetterebbe 1 o 2 euro, ma 1 euro in realtà non sarà più assicurato alle MiR, mentre **le MdG potranno comunque raggiungere anche le 10 ore.**

Se decido di aderire a una medicina di gruppo e mantenere il mio studio singolo, come devo organizzare gli orari? Devo tenere necessariamente aperti entrambi gli studi 5 giorni alla settimana? Per quale monte ore complessivo e come ripartito?

- (ACN Art 54 c.9) ...singoli medici possono operare in altri studi del medesimo ambito territoriale ma in orari aggiuntivi a quelli previsti, nella sede

principale, per l'istituto della medicina di gruppo. **In pratica l'Azienda richiede almeno il 51% dell'orario in MdG.**

Quanti locali – studio medico debbono essere presenti di minima in una sede di medicina di gruppo?

- L'ideale è che ogni medico abbia il suo studio.
- In base alla normativa è comunque sufficiente un numero di studi pari alla metà dei medici arrotondato per eccesso (es. 2 studi per 4 medici, 3 studi per 5 medici).

E' praticabile l'ipotesi di mantenere il proprio studio ma svolgere alcune attività presso una sede di Nucleo?

- **SI**, questa è la tipologia della Medicina in Rete prevista dall'ACN.

In tal caso è possibile avere l'incentivo della Medicina di Gruppo o altro tipo di incentivo?

- **NO.** L'incentivo di Medicina di Gruppo prevede l'esatto opposto (ACN Art 54 c.9 sub a) e cioè che l'attività principale del MMG sia dentro la MdG.

ASPETTI AMMINISTRATIVI E GESTIONALI

Come si dividono le spese in una MdG, visto che non è una società giuridicamente riconosciuta? In particolare come si scaricano le spese comuni (affitto, bollette, personale ecc.)?

- Se la sede della MdG è fornita dalla propria Coop MMG è tutto molto semplice perché ogni medico riceve una fattura comprensiva di tutti i servizi ed oneri.
- Se la sede è fornita da un privato (o da società comunque esterna al rapporto convenzionale):
 - **Affitto e relative spese condominiali** (in genere acqua, pulizie comuni, ascensore ..) rientrano in un contratto intestato a ogni singolo MMG
 - **ENEL e Gas** devono essere intestate a una persona sola, dal momento che il contatore è uno solo per l'unità immobiliare, quindi si deve accollare il contratto uno dei MMG (rifatturando agli altri l'importo di competenza), a meno che non si convinca a farlo il proprietario.
 - Non è invece un problema far fatturare ad ogni singolo MMG gli importi per: **pulizie, rifiuti urbani e speciali, telefono** (se ognuno ha la propria linea urbana); se la linea telefonica è una sola per tutti i MMG come pure il centralino le relative spese ricadono nella necessità di intestarle a uno dei MMG rifatturandole poi agli altri.
- Riguardo al personale di Studio, che deve comunque essere fornito da una Società (di fatto la propria

Coop), non ci sono problemi perché sarà fatturato ad ogni singolo MMG in base alle quote % decise dal gruppo stesso.

Nel Corso d'Aggiornamento dei Distretti di Modena e Castelfranco del 24 settembre 2011 una sessione è stata dedicata interamente alle domande dei Colleghi sulle Medicine di Gruppo, già individuate prima del corso, a cui hanno dato autorevole risposta i Colleghi esperti Paolo Malavasi e Alberto Morellini. Riportiamo qui la seconda parte del loro intervento.

L'ORGANIZZAZIONE DENTRO IL GRUPPO

Come è organizzato il lavoro nella MdG? C'è uno che coordina ed eventualmente di che cosa si occupa? Di aspetti organizzativi comuni o anche della mia modalità di lavoro (es. gestione appuntamenti, visite domiciliari)?

- A parte la figura di referente del gruppo richiesta formalmente nei confronti dell'Azienda, la relazione tra i MMG del gruppo è assolutamente paritaria e saranno loro stessi a determinarne gli aspetti organizzativi e funzionali.

E nelle case della salute a carico di chi sarà l'organizzazione e il coordinamento?

- organizzazione e coordinamento saranno affidati a chi saprà dimostrare la capacità di far funzionare un team multiprofessionale; la MdG si può considerare un banco di prova. Se fino ad oggi si è discusso solo a livello di fantasie politiche, nel prossimo futuro il timone in mano lo prenderanno i primi che sapranno mettere sul tavolo idee pratiche e disponibilità.

Nella MdG tutti i MMG vedono i pazienti di tutti o ognuno continua a vedere solo i suoi? Con quali vantaggi e quali svantaggi per i medici e per i pazienti?

- Riteniamo fondamentale e imprescindibile il mantenimento del rapporto di fiducia con il proprio medico Curante, con gli indiscutibili vantaggi che questo offre ai Pazienti e al SSN.
- E' altrettanto fondamentale che alcune funzioni vengano delegate a Segretarie e Infermiere così come la gestione della Urgenza deve per forza coinvolgere tutti i MMG del gruppo.

E' necessario nella MdG avere lo stesso software oppure ognuno può mantenere il suo? In tal caso che difficoltà ci saranno?

- L'ideale è avere tutti lo stesso software, ma vanno bene anche software diversi purchè compatibili con il sistema "OSM connector" per gestire sul proprio software i dati di cartella clinica di pazienti di un

collega che usa un software diverso.

L'accesso nella MdG deve necessariamente essere per appuntamento?

- L'ACN art 36 c.8 recita che "Le visite nello studio medico, salvi i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione." Se questo **vale per tutti i MMG a maggior ragione vale per la Medicina di gruppo** dove un accesso non regolamentato creerebbe un caos inaccettabile; ogni MMG sceglierà il sistema di prenotazione a lui più congeniale.

Come si gestiscono nel gruppo le assenze e le sostituzioni? I medici si sostituiscono a vicenda? Il carico di lavoro risulta supportabile?

- La nostra esperienza di 8 Medicine di Gruppo (alcune attive già da 20 anni) è che **il carico di lavoro non risulta supportabile**. In altre realtà peraltro ci risulta che ciò avvenga.

GESTIONE DEL PERSONALE

Il personale di studio è obbligatorio per mettersi in MdG?

- Non è obbligatorio, è **fondamentale** !

Di quale personale e per quale orario settimanale ha bisogno una MdG (ipotesi minima e ipotesi massima)?

- La nostra esperienza indica un fabbisogno (calcolato su 6000 assistiti) **minimo di 40 ore/sett. di Segretaria e di 20 ore di Infermiera** se si limita a medicazioni e pressioni, se invece deve servire anche per Triage e counselling servono 40 ore/sett anche per l'Infermiera.

Ogni singolo componente del gruppo riceve gli incentivi per la segretaria e l'infermiera o ci sono dei limiti?

- L'AIR ha tolto i limiti e stabilisce i seguenti criteri per l'incentivazione:
- **Collaboratore di studio:**
 - impegno settimanale pari ad almeno **10 ore per medico** (singolo o in rete);
 - **per le medicine di gruppo** nella fase iniziale un impegno settimanale di **almeno 35 ore complessive** per il periodo di un anno, fatte salve diverse determinazioni in sede di accordo locale.
- **Personale infermieristico:**
 - impegno settimanale di almeno **2 ore** fino a 500 assistiti; **4 ore** fino a 1.000 assistiti; **6 ore** oltre i 1.000 assistiti. **Per la medicina di gruppo:**

impegno minimo non inferiore a 2 ore giornaliere.

- Per l'infermiere è richiesta l'iscrizione all'Albo professionale.

Supponendo di ottenere gli incentivi per collaboratrice e infermiera, quante ore riesco a pagarle senza spese aggiuntive? O devo comunque aggiungere risorse mie?

- 10 ore/sett di Segretaria comportano un **saldo negativo** di circa 1000 euro/anno.
- 6 ore/sett di Infermiera comportano un **saldo positivo** di circa 2000 euro/anno.
- l'assunzione di entrambe le figure non dovrebbe comportare alcun esborso aggiuntivo.

Ma avere personale in studio mi alleggerirà il lavoro o al contrario dovrò sobbarcarmi anche compiti organizzativi e fronteggiare le maggiori richieste dei pazienti?

- Il personale di studio offre tutta una serie di attività che sono tipiche del mansionario della Segretaria (**telefono, appuntamenti, ripetizione ricette, informazioni ..**) e dell'Infermiera (**medicazioni, controllo TA, glicemia, counselling, ...**), ma certamente comporta lo sforzo del MMG a **collaborare e gestire la relazione** con il personale e, come ogni ulteriore ampliamento di servizio, comporta maggiori richieste dei pazienti (come somma delle prestazioni di tutte le figure coinvolte).
- D'altro canto **è ciò che viene richiesto alla Medicina Generale** e di questo devono essere coscienti i MMG single anche nell'ipotizzare modelli alternativi alla Medicina di Gruppo.

ANDARE D'ACCORDO

Come faccio in anticipo a prevedere se con quei colleghi (che inevitabilmente sono diversi da me e lavorano in modo diverso) andrò d'accordo?

- Che sia lasciata ai medici **la possibilità di scegliere tra persone con motivazioni simili.**
- Che siano condivisi e dichiarati in modo esplicito fin dall'inizio **gli obiettivi e i limiti** che il gruppo si dà, e **le funzioni e i compiti affidati al personale.**
- Che **il numero dei partecipanti** non sia elevato.

Se dopo essere entrato in una MdG voglio tornare indietro che problemi devo affrontare?

- Comunicazione all'ASL della variazione (automatica la perdita dell'incentivo di gruppo).
- Eventuale trasferimento di studio.
- Comunicazione all'ASL della costituzione di un nuovo gruppo da parte degli eventuali membri ancora motivati.

SITUAZIONI PARTICOLARI

Lavoro in una frazione in cui siamo solo due medici: possiamo ottenere una deroga e costituire una MdG in due?

- **NO**, salvo situazioni molto particolari da sottoporre alla approvazione del comitato Aziendale.

Decido di aderire a una Medicina di Gruppo e contemporaneamente tenere il mio studio singolo: posso accedere a una collaborazione continuativa con un giovane collega che mi coadiuvi nella gestione?

- **NO.** Una collaborazione è ammessa, indipendentemente dalla MdG, **solo per motivi di salute.**

AFFRONTARE IL CAMBIAMENTO

Riuscirò ad andare in pensione prima di essere... internato in una casa della salute?

- La domanda, per la verità, che per tutti noi si fa ogni giorno più pressante è Riuscirò ad andare in pensione? E quando?
- **Se si fa riferimento al dover lavorare in "forma associativa complessa" allora credo che arriverà prima questa "complessità" della pensione.**

Come conciliare le case della salute e le medicine di gruppo con le esigenze di mantenere la diffusione capillare sul territorio, in particolare nei distretti periferici e nelle frazioni (e cittadini abituati al medico sotto casa)?

- E' un problema aperto! Questo è oggetto del modello che stiamo scrivendo come "Manuale della Medicina di Gruppo nella Rete delle Cure Primarie"

INFORMAZIONI

A chi mi rivolgo per avere chiarimenti e consigli per la costituzione di una Medicina di Gruppo?

- Al Dipartimento di Cure Primarie
- Ai sindacati medici
- Alle cooperative
- Ai coordinatori di NCP

Paolo Malavasi e Alberto Morellini

La ricerca in medicina generale permette di verificare e valorizzare la nostra attività al di là delle percezioni personali, dei luoghi comuni e a volte delle notizie pubblicate sui media. Le ricerche condotte da due giovani colleghe che hanno raccolto dati di accesso nei nostri ambulatori e nei pronti soccorsi cittadini, oggetto di tesi di laurea in medicina, consentono di fotografare una realtà a volte ben diversa da come siamo soliti veder rappresentata. In più consentono di utilizzare queste esperienze per migliorare modelli organizzativi, percorsi e promuovere educazione sanitaria. Alle colleghe va un ringraziamento e un augurio di pronto inserimento nella medicina generale.

OGGI ANDIAMO DAL MEDICO DI FAMIGLIA O AL PRONTO SOCCORSO? UNA FOTOGRAFIA DELLA REALTÀ MODENESE

Di Letizia Angeli e Giulia Ugolini

In un momento in cui si stanno decidendo modelli organizzativi per l'assistenza diurna e notturna sul territorio (Case della salute) e in cui si stanno studiando gli strumenti più efficaci ed appropriati volti a controllare l'utilizzo del Pronto Soccorso, nella provincia di Modena è stato condotto uno studio che ha permesso di confrontare le caratteristiche socio-demografiche, le problematiche e la percezione di urgenza dei cittadini che utilizzano la medicina generale (MG) o il pronto soccorso (PS) per soddisfare i propri bisogni di salute. Dai risultati della ricerca condotta emergono dati interessanti: mettendo a confronto i due setting (MG e PS) si nota come i pazienti che si rivolgono al proprio medico di famiglia siano differenti rispetto a coloro che utilizzano il PS come risorsa sanitaria, in particolare nelle sale di attesa del MMG vi è un'età media più alta (58 aa vs 46-47) ed un paziente su tre presenta più di due patologie croniche all'anamnesi (34% vs 12-14%), quindi una popolazione più vecchia che ha per lo più problematiche croniche. Inoltre la percezione d'urgenza (riguardo alla problematica presentata nel giorno di osservazione) non sembra essere molto differente nei due setting (45 nel paziente della MG vs 56 nei codici bianchi e 59 nei codici verdi), così come la fiducia espressa nei confronti del medico di famiglia (88 nel paziente della MG vs 78 nei codici bianchi e 81 nei codici verdi); infatti dalle interviste ai cittadini emerge che le motivazioni che spingono a rivolgersi al PS sono la maggiore disponibilità di strumenti diagnostico/terapeutici ed il fatto che si impieghi un tempo minore nella risoluzione del problema. In conclusione i due campioni di cittadini che hanno partecipato allo studio sono differenti e non sembrano essere il livello di urgenza o la fiducia nel MMG delle determinanti nella scelta all'accesso di queste risorse sanitarie. Da questa fotografia della MG, quindi, si dovrà pensare a modelli organizzativi nuovi, adeguati ad una popolazione anziana affetta da patologie croniche, che, nella migliore delle ipotesi, possano andare a ridurre una mole di lavoro quotidiana piuttosto alta (60 contatti MMG-paziente/die). Infatti i modelli di gestione degli accessi ambulatoriali (su appuntamento vs libero/misto) che sono attualmente utilizzati non sembrano andare ad influire sulla quantità o sulla qualità del lavoro del medico di famiglia: se l'organizzazione dell'attività medica per appuntamento dovrebbe permettere di dedicare un tempo maggiore ai pazienti bisognosi e ridurre gli accessi dei frequentatori abituali, venendo incontro alle varie esigenze di diverse tipologie di pazienti, la realtà è diversa e non ci sono differenze significative tra questi due modelli gestionali. Da un punto di vista organizzativo l'unico dato che sembra fare la differenza è la presenza di personale di studio: la segretaria o l'infermiera, quando presenti, consentono al medico di delegare un quarto delle richieste quotidiane. Nonostante questi dati gli utenti si definiscono molto soddisfatti dell'organizzazione del proprio medico, indipendentemente dalla tipologia di gestione ambulatoriale offerta.

In conclusione, così come la legge del mercato vuole che al cambiare della domanda si modifichi l'offerta, la popolazione che affolla la sala d'attesa del medico di famiglia sta cambiando e ciò che è necessario sarà un adeguamento dell'attività/organizzazione del MMG che gli permetta di rispondere ai bisogni di salute dei suoi assistiti. Dall'altra parte l'afflusso continuo al PS per problematiche non urgenti sembra dipendere più che altro dalla necessità dei cittadini di arrivare il prima possibile ad una diagnosi, scavalcando le liste di attesa per esami e visite specialistiche.

Paziente medio PS	Paziente medio MG
sia M che F	> F
46 - 47 anni	58 anni
23% pensionati	40% pensionati
polipatologia (12 -14%)	polipatologia (34%)
problematiche insorte entro 7 giorni	problematiche insorte da più di un mese
oltre 60% non conosce la medicina d'associazione	49% non conosce la medicina d'associazione

Com'è ormai tradizione, anche quest'anno è stato pubblicato - **L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010** - a cura dell'Agenzia Italiana del Farmaco, dell'Istituto Superiore di Sanità e del Gruppo di Lavoro OsMed. Nell'introduzione del lavoro si fa notare che "...viene pubblicato nell'anno in cui si celebrano i 150 anni della Unità d'Italia, evento che ha portato tutto il nostro Paese a riflettere e a discutere sui tanti aspetti storici, politici, sociali, economici e culturali che si sono modificati in questo arco di tempo nella nostra società. Il contributo che le elaborazioni contenute nei Rapporti OsMed possono dare a questa riflessione - si sottolinea - è ovviamente molto piccolo e forse di limitato interesse. Un piccolo spunto può però derivare dall'osservare che, mentre festeggiamo un evento di unitarietà, dobbiamo constatare come sia notevole la variabilità tra le Regioni nel ricorrere all'uso dei farmaci che costituiscono una importante componente dell'assistenza erogata dal nostro Servizio Sanitario". Sempre nell'introduzione si ricorda che "...quest'anno ricorrono i 50 anni di un intervento legislativo americano destinato a cambiare, non solo negli Stati Uniti, la prospettiva sui farmaci: il Kefauver-Harris Drug Control Act che introduceva l'obbligo che per tutti i farmaci fosse resa disponibile la documentazione relativa alla loro efficacia e non solo quella relativa alla loro sicurezza". Di seguito riportiamo la sintesi del rapporto pubblicata nelle pagine XIII e XIV del volume ricordando che il testo integrale è anche consultabile e scaricabile sul sito dell'AIFA (www.agenziafarmaco.gov.it)



Rapporto OsMed

L'uso dei Farmaci in Italia

Rapporto Nazionale 2010

Nel 2010 il mercato farmaceutico totale, comprensivo della prescrizione territoriale e di quella erogata attraverso le Strutture Pubbliche (ASL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari, ecc.), è stato di oltre 26 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale. In media, per ogni cittadino italiano, la spesa per farmaci è stata di 434 euro.

- I farmaci del sistema cardiovascolare, con oltre 5 miliardi di euro, sono in assoluto la categoria a maggior utilizzo, con una copertura di spesa da parte del SSN di oltre il 93%. La spesa pubblica e privata per questi farmaci si colloca al primo posto in molti paesi europei. Altre categorie terapeutiche di rilievo per la spesa sono: i farmaci gastrointestinali (12,9% della spesa), i farmaci del sistema nervoso centrale (12,7%) e gli antineoplastici (12,6%). Questi ultimi sono erogati esclusivamente a carico del SSN, prevalentemente attraverso le Strutture Pubbliche. I farmaci dermatologici (per l'88% della spesa), del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (57%) e dell'apparato muscolo-scheletrico (52%) sono invece le categorie maggiormente a carico dei cittadini.
- La spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stabile rispetto all'anno precedente (-0,1%), mentre quella a carico del SSN cresce dello 0,4%. Come già osservato nel 2009 la Regione con la spesa pubblica per farmaci di classe A-SSN più elevata è la Calabria con 268 euro pro capite, mentre quella con il valore più basso è la Provincia Autonoma di Bolzano (circa 153 euro). In questa parte dell'analisi, tuttavia, non è considerato l'effetto della distribuzione diretta e per conto, fenomeno rilevante per diverse Regioni italiane.
- La spesa privata (farmaci di fascia A acquistati privatamente, farmaci di fascia C con ricetta, farmaci per automedicazione) è stata pari a 6.071 milioni di euro, con una variabilità regionale che va dai 64 euro pro capite del Molise ai 123 euro della Liguria.
- Il consumo farmaceutico territoriale di classe A-SSN è in aumento del 2,7% rispetto all'anno precedente: ogni mille abitanti sono state prescritte 952 dosi di farmaco al giorno (erano 580 nel 2000). Attraverso le farmacie pubbliche e private sono stati acquistati nel 2010 complessivamente circa 1,8 miliardi di confezioni (30 per ogni cittadino).
- Dall'analisi condotta nella popolazione a disposizione dell'OsMed si rileva nel complesso una prevalenza d'uso del 76%, con una differenza tra uomini e donne (70% e 81% rispettivamente). Le maggiori differenze riguardano, in particolare, i farmaci del sistema nervoso centrale (in misura più elevata gli antidepressivi), i farmaci del sangue (soprattutto gli antianemici) e i farmaci del sistema muscolo-scheletrico (i bifosfonati). Alti livelli di esposizione si osservano nei bambini e negli anziani: 8 bambini su 10 ricevono in un anno almeno una prescrizione (in particolare di antibiotici e antiasmatici); negli anziani, in corrispondenza di una maggiore prevalenza di patologie croniche (quali per esempio l'ipertensione e il diabete), si raggiungono livelli di uso e di esposizione vicini al 100%.
- L'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione conferma che l'età è il principale fattore predittivo dell'uso dei farmaci: infatti la spesa media di un assistibile di età superiore a 75 anni è di circa 13 volte maggiore a quella di una persona di età compresa fra 25 e 34 anni (la differenza diventa di 17 volte in termini di dosi). La popolazione con più di 65 anni assorbe il 60% della spesa e delle DDD, al contrario nella popolazione fino a 14 anni, a fronte di elevati livelli di prevalenza (tra il 60% e l'80%), si consuma meno del 3% delle dosi e della spesa.
- Quasi tutte le categorie terapeutiche fanno registrare un aumento delle dosi prescritte rispetto al 2009. In particolare, incrementi nella prescrizione si osservano per i farmaci gastrointestinali (+6,7%), del sistema nervoso centrale (+3,4%) e del sistema cardiovascolare (+2,9%).
- Le statine continuano ad essere il sottogruppo a maggior spesa (17,7 euro pro capite) con un aumento dell'11,5% delle dosi e del 7,2% della spesa, seguite dagli inibitori di pompa con 16,3 euro (+6,2% rispetto al 2009). Importanti aumenti nel consumo si osservano per gli antagonisti dell'angiotensina II da soli o in associazione con i diuretici (+9% e +7,7% rispettivamente), gli omega 3 (+12,2%), i farmaci per il dolore neuropatico (+15%), gli oppioidi maggiori (+19,4%).
- La sostanza più prescritta è risultata essere, come nel 2009, il ramipril (51 DDD/1000 abitanti die). Altre sostanze rilevanti per consumo sono l'acido acetilsalicilico usato come antiaggregante piastrinico (43 DDD) e l'amlodipina (28 DDD). Alti livelli di esposizione nella popolazione si osservano per l'associazione amoxicillina+acido clavulanico, per l'acido acetilsalicilico e per il lansoprazolo con una

prevalenza d'uso rispettivamente del 15,7%, 8,1% e 7%.

- La prescrizione di farmaci equivalenti, che all'inizio dell'anno 2002 rappresentava il 13% delle DDD/1000 abitanti die, costituisce nel 2010 oltre metà delle dosi, con una certa omogeneità tra le Regioni. I primi venti principi attivi equivalenti superano il 50% della spesa e delle DDD (sul totale dei farmaci a brevetto scaduto). Nell'ultimo anno hanno perso il brevetto il losartan, da solo e in associazione con diuretici, la lercanidipina e il nebivololo.
- I farmaci con nota AIFA continuano a rappresentare meno di un terzo della spesa e circa un quinto delle dosi, con una certa disomogeneità tra le Regioni dovuta a differenti comportamenti prescrittivi e all'adozione di politiche diverse sulla distribuzione diretta e per conto dei medicinali. L'Umbria ha il consumo a livello territoriale più basso dei farmaci con nota AIFA, mentre la Sicilia è la Regione con il dato più elevato.
- La spesa relativa ai farmaci erogati attraverso le Strutture Pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, ecc.), pari a 7 miliardi di euro, rappresenta oltre un quarto della spesa complessiva per farmaci in Italia nel 2010. La variabilità regionale della quota di spesa per questi farmaci è compresa tra il 24% della Calabria e il 36% della Sardegna. Questo dato riflette anche diverse possibili scelte nelle modalità di distribuzione di alcuni farmaci (distribuzione diretta).
- La maggiore spesa riguarda i farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (46,3 euro pro capite; +14% rispetto al 2009), gli antimicrobici per uso sistemico (22,3 euro) e gli ematologici (18 euro). Gli anticorpi monoclonali a uso onco-ematologico costituiscono la categoria terapeutica con la spesa più elevata (9,4 euro pro capite), seguiti dagli inibitori del TNF alfa (7,7 euro), dagli antivirali anti-HIV (7,3 euro) e dalle epoetine (6,5 euro).

Gruppo di lavoro OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010.
Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2011.

IVA dal 20 al 21%.

Il DL 13 agosto 2011 n. 138, con le modifiche apportate dalla legge di conversione 14 settembre 2011 n. 148, è stato inviato per la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del 16 settembre. Pertanto, a partire da sabato 17 settembre, sono entrate in vigore le modifiche apportate dalla legge di conversione al citato DL 138/2011, ivi compreso l'innalzamento dell'aliquota ordinaria IVA dal 20 al 21%. QUINDI per le PRESTAZIONI poste in essere da SABATO 17 settembre, che comportano l'emissione di una fattura CON IVA, bisognerà applicare l'ALIQOTA al 21%. Si tenga presente che le prestazioni di servizi si considerano effettuate con il pagamento del corrispettivo, indipendentemente dall'avvenuta esecuzione, in tutto o in parte, della prestazione. Per cui se per essere pagati emettete una fattura dopo il 17 settembre, quest'ultima dovrà avere sempre l'aliquota del 21%. Si consiglia di prestare attenzione a questi casi: eventuali fatture emesse per acconti pagati prima del 17 settembre sono soggetti all'aliquota del 20%, mentre al saldo, pagato dopo, si applica l'aliquota del 21%. Le note di variazione (note di accredito) emesse dal 17 settembre devono riportare l'aliquota ordinaria del 20% se la fattura, oggetto di rettifica, relativa all'operazione originaria è stata emessa prima di tale data.

Maurizio Vergaro
Dottore Commercialista

Cure palliative e il burn-out in studio e a domicilio del paziente *Gestione e prevenzione del burn-out*

La Scuola Modenese di Medicina Generale organizza due incontri di quattro ore programmati presso sede AVIS Provinciale Modena nelle seguenti date: 20 ottobre 2011 ore 20; 07 novembre 2011 ore 20 (posti limitati a 30 partecipanti) **iscrizioni telefonando presso sede MDF di Modena tel 059 333641**. Tutti i colleghi sono invitati. Saranno docenti il Dr Giorgio Donini che oltre ad essere MMG è anche Psicoterapeuta relazionale-Sociologo e la Dr Gabriella Bannò, che oltre ad essere MMG è anche Facilitatore e si occupa di Approccio alla Persona secondo Rogers.

Obiettivi:

Saper creare un setting collaborativo con il paziente attraverso l'esplicitazione e la mediazione di eventuali criticità e di conflitti Saper ascoltare i temi esposti dagli altri attraverso la sensibilizzazione all'ascolto e al dialogo. Saper attuare una giusta distanza emozionale. Saper separare il problema esposto dalla persona/e che lo porta/no attraverso una ri-costruzione della conoscenza reciproca. Saper comunicare

i propri bisogni emotivi attraverso una ristrutturazione dei linguaggi nella tensione verso un "linguaggio comune". Saper utilizzare positivamente le potenzialità interpersonali nella relazioni. Ampliare la consapevolezza delle proprie modalità di mettersi in contatto con gli altri. Saper evidenziare risorse individuali per valorizzarle e/o ristrutturarle

Struttura degli incontri

Una parte teorica e una parte esperienziale con esercizi di gruppo attraverso simulazioni, "giochi", interazioni d'apprendimento esperienziale.

Cogliamo l'occasione per ricordare a tutti che in previsione del piano formativo per il 2012 si accolgono tutte le proposte che vorrete farci pervenire. Attualmente siamo ancora in attesa, come Scuola, di completare il processo di accreditamento presso il Ministero e questo ha un po' rallentato le nostre attività ma siamo fiduciosi.

Per visionare l'intero programma formativo potete andare sul sito www.mgform.it

PARTECIPAZIONE AL CONSIGLIO PROVINCIALE FIMMG MODENA DEL 13 LUGLIO 2011- MMG NELLE RESIDENZE

Il consiglio provinciale ha ascoltato una breve relazione sulla situazione attuale dei MMG nelle Residenze ; ha recepito una missiva, prodotta sulla falsariga di analoghe posizioni delle federazioni provinciali emiliano-romagnole, con cui si dichiara facoltativa, poiché imposta al di fuori degli accordi, la partecipazione dei MMG delle residenze ai corsi di aggiornamento organizzati dalle AUSL sulla redazione della BINA ai fini della produzione delle certificazioni nel sistema FAR. La missiva verrà inoltrata alla FRER-Fimmg per inoltrare agli interlocutori regionali

Il consiglio ha preso nozione della scarsa chiarezza del ruolo medico nelle Residenze così come delineato nella legge sull'Accreditamento. In particolare si è percepito che nel testo legislativo , pur intendendosi le prestazioni mediche per diagnosi e cura da erogare direttamente dalle AUSL, non si parla sempre espressamente di "medici di medicina generale", ma in più passaggi di "medici" senza altra specifica. Ciò potrebbe lasciar intendere che , in sedi eventuali di trattativa attuativa, potrebbero essere considerate altre ipotesi di contratto di servizio verso altre figure mediche. Se , come pare desiderato dal Sindacato, l'attività nelle Residenze va difesa nell'ambito della Medicina Generale, la suddetta indeterminata andrebbe piegata a favore di ipotesi di arruolamento, stante la nota difficoltà di reperire nuovi aspiranti agli incarichi con le vigenti regole, di Colleghi dall'attività affine o collegata (Medici in graduatoria per la MG, Medici in possesso di titolo di specializzazione in MG, Medici della Continuità assistenziale...).

Tutta la materia degli eventuali contratti di servizio andrebbe in realtà ridefinita alla luce del testo sull'Accreditamento (Definizione del debito orario-e conseguente retribuzione su base oraria- in ragione del peso del case-mix certificato attraverso il sistema FAR; ridefinizione di ruolo e responsabilità del Medico della Residenza in contesti organizzativi oggetto di grandi mutamenti a partire dal passaggio degli Infermieri alle dipendenze degli Enti gestori Accreditati; ridefinizione dei livelli di coordinamento medico e sanitario in genere).

Molto chiaramente il Consiglio ha espresso l'esigenza che la Medicina Generale governi i processi formativi che potrebbero abilitare nuove figure Mediche al servizio nelle Residenze. Lo sviluppo di attività di programmazione assistenziale a favore dei casi più complessi e il miglioramento della presa in carico delle patologie croniche con adeguati livelli di cura costituiscono temi pertinenti con l'operatività dei Medici delle Residenze e sono indicati come riferimento dell'Accordo Integrativo Regionale.

La dott.sa Padula rimembra che un pacchetto didattico-formativo rivolto a Medici interessati al lavoro in residenza era già stato prodotto in ambito SIMG modenese.

Il Consiglio ha preso atto che la Federazione Regionale , dallo scorso Marzo, ha patrocinato un newsgroup (struttureER@yahoo.com), di cui il fondatore è il dott. M. Ragazzini e il moderatore il dott. R. Le Pera, per comunicazioni online fra colleghi delegati dalle sezioni provinciali e esperti sul tema delle Strutture . Al newsgroup risultano iscritti, per Modena, i colleghi De Gesu e Tamburi.

E' stato chiesto che l'intero Consiglio provinciale fosse iscritto al suddetto newsgroup.

Lo scrivente il presente resoconto-verbale, forse per pochezza di formazione informatica, non è stato in grado di far altro che iscriversi personalmente al suddetto newsgroup, attraverso una procedura che ha richiesto di declinare alcuni dati personali, acquisendo un indirizzo mail di Yahoo. Non è stato possibile perciò iscrivere altri.

Per ora non risultano altri contributi al forum del newsgroup dopo il 13 luglio, data in cui il fondatore aveva dato appuntamento dopo le sue vacanze per un incontro preparatorio con sede e giorno da stabilirsi.

I contenuti espressi nei mesi da marzo a luglio dai colleghi nei contributi al forum riguardavano:- i segnali dei cambiamenti organizzativi nelle varie realtà delle residenze in regione , in presenza del percorso , per ora provvisorio/transitorio , dell'accreditamento ,con relative ripercussioni sullo status dei medici ivi operanti, e - la necessità di opporsi alla redazione gratuita delle certificazioni della autosufficienza in ottemperanza alle direttive della Regione in tema di flussi informativi, ovvero di opporsi alla partecipazione ai corsi di aggiornamento sulla redazione della BINA.

Modena li 7 Agosto 2011
dott. Giuseppe Angeli
beppeangeli@libero.it
giuseppeangeli99@yahoo.it

DIRETTORE RESPONSABILE:
Fernando Pieralisi

SEGRETARIO DI REDAZIONE:
Claudio Andreoli

COMITATO DI REDAZIONE:
Cataldo Piancone, Mario Stancari

GRAFICA E STAMPA:
Litotipografia Artestampa s.r.l.
Viale Ciro Menotti, 170 - Modena

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
F.I.M.M.G.
Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale
P.le Boschetti 8 - 41121 Modena

Autorizzazione del Tribunale di Modena
n. 1202 del 7/5/94
Sped. in abb. postale
Comma 27 Art. 2 - I. 549/95
Pubblicità inferiore 40%
Autorizzazione Filiale EPI di Modena

Questa rivista viene inviata
ai medici di medicina generale
della provincia di Modena

Tiratura media: 800 copie
Chiuso in litografia l' 8 ottobre

*in prima pagina:
icona di San Luca*