

# IL CARICO DEL LAVORO IN MEDICINA GENERALE

FABIO SAMANI, LUIGI CANSANI

Medici di Medicina Generale, Società Italiana di  
Medicina Generale, Friuli Venezia Giulia

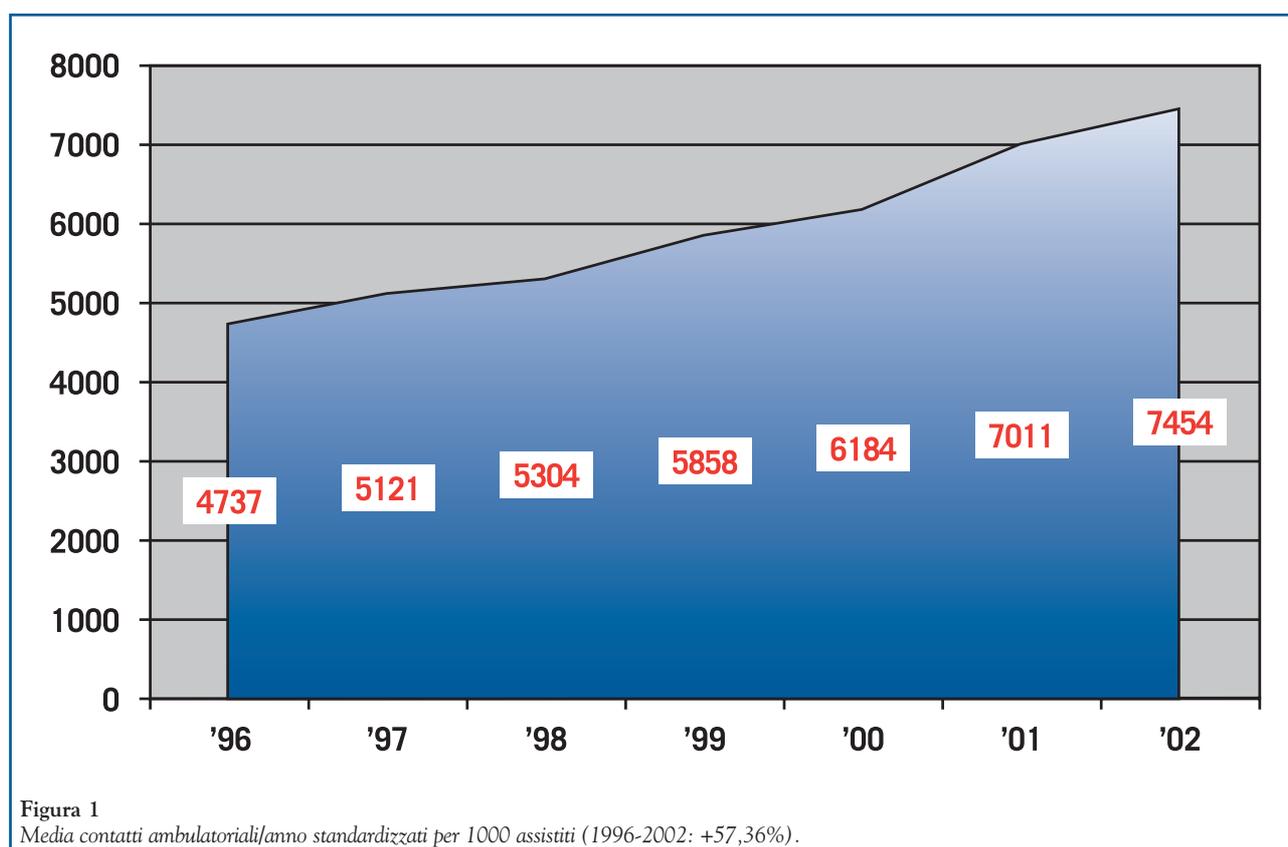
Tra i vari operatori del servizio sanitario, i Medici di Medicina Generale sono costantemente in testa alle classifiche di gradimento espresse dai cittadini italiani in occasione di svariate interviste che sono state condotte negli ultimi anni da qualificati istituti demoscopici.

A fronte di questo gratificante riconoscimento, la percezione soggettiva (e in quanto tale almeno in parte arbitraria) del proprio operato, quale viene comunemente espressa tra Medici di Medicina Generale, è quella di un carico di lavoro aumentato a dismisura – negli ultimi anni – non necessariamente a fronte di un miglioramento della sua qualità (generalmente intesa come maggior efficacia clinica, minori incombenze burocratiche, maggiore considerazione e rispetto del ruolo professionale da parte degli altri attori del sistema, migliore organizzazione, migliori condizioni economiche).

Lungi dal voler affrontare la complessità di questo argo-

mento, abbiamo voluto indagare esclusivamente un aspetto oggettivo, relativo al carico di lavoro calcolato in base al numero di contatti all'anno con i propri assistiti. È stata considerata la popolazione in carico a 20 Medici di Medicina Generale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, pari a 27.400 cittadini in media nel periodo 1996-2002 (per 18 medici il numero di assistiti in carico è rimasto costante nei 7 anni considerati; per i 2 medici in cui tale numero è sensibilmente variato, si è considerato un valore medio tra il numero di assistiti in carico all'inizio del periodo e quello in carico alla fine del periodo di osservazione). Tutti i medici erano informatizzati con un programma gestionale di cartelle cliniche orientate per problemi (Millennium®) che consente con estrema facilità – attraverso routine interne – l'analisi quali-quantitativa retrospettiva della propria attività.

Sono stati considerati i dati relativi a medici informatiz-



**TABELLA I**  
**Andamento della spesa sanitaria complessiva e della spesa per la Medicina Generale in Friuli Venezia Giulia dal 1996 al 2001 (dati Agenzia regionale della sanità).**

	<b>SPESA SANITARIA TOTALE REGIONE AUTONOMA FVG (IN MILIONI DI LIRE)</b>	<b>SPESA PER LA MEDICINA GENERALE REG. AUT. FVG (IN MILIONI DI LIRE)</b>	<b>% DELLA SPESA PER LA MEDICINA GENERALE SULLA SPESA SANITARIA TOTALE</b>
1996	2175,632	124,011	5,7
1997	2211,503	123,844	5,6
1998	2565,014	134,002	5,2
1999	2692,429	142,825	5,3
2000	2934,156	162,009	5,5
2001	3209,397	171,459	5,3

zati da almeno 3 anni, in costanza di attività di registrazione della propria attività ambulatoriale. Al fine di consentire un certo grado di omogeneità di registrazione, qualora fosse evidente l'utilizzo del sistema informatico da meno di tre anni prima dell'inizio del periodo di osservazione, non sono stati considerati i dati relativi ai primi tre anni di attività di registrazione. Esula da questa indagine l'attività domiciliare o svolta in residenze protette, in quanto non sempre integralmente ritrascritta nelle cartelle cliniche informatiche.

I dati, standardizzati su una base annua di contatti per 1.000 assistiti in carico sono riportati nella Figura 1.

I dati dimostrano in modo inequivocabile che ogni assistito si è recato nello studio del proprio Medico di Medicina Generale mediamente 4,7 volte all'anno nel 1996 e quasi 7,5 volte all'anno nel 2002, con un aumento del carico di lavoro stimabile quindi nel 57,36%.

## LA SPESA ASSISTENZIALE

È sembrato utile, inoltre, cercare di correlare questo dato di incremento di attività con altri dati, resi pubblici dall'Agenzia Regionale della Sanità della stessa Regione, relativi al governo del servizio sanitario del Friuli-Venezia Giulia nello stesso periodo.

Il tasso di ospedalizzazione è sceso dal 200,6% del '96 al 174,4% del 2000 (anche in virtù di nuove disposizioni legislative tese alla chiusura o alla riconversione di piccole strutture ospedaliere, precedentemente sovra-rappresentate) a fronte di una sostanziale costanza di popolazione residente (1.183.993 residenti nel 1998, 1.193.035 nel 2001) e di un lieve calo nel tasso grezzo di mortalità per qualsiasi causa – dal 1236,24 per centomila del 1998 al 1152,22 per centomila del 2001.

La riconversione della rete ospedaliera regionale e l'avvio di una politica sanitaria maggiormente centrata sui servizi territoriali ha portato a una tendenza, ancorché mode-

sta, al riequilibrio della proporzione di spesa sanitaria assorbita dall'ospedale e dal territorio (rispettivamente 59,48 e 40,52% nel 1996, 56,32 e 43,69% nel 2001). Giova ricordare che la spesa sanitaria complessiva e quella per la Medicina Generale, nella Regione considerata, dal 1996 al 2001, hanno presentato l'andamento esposto in Tabella I.

Se è vero che la spesa per la Medicina Generale è aumentata del 38,3% in 6 anni e che la spesa sanitaria complessiva è lievitata nello stesso periodo del 47,5%, va sottolineato che, in termini percentuali sulla spesa complessiva, quella per la Medicina Generale incideva per il 5,7% nel 1996 ed è decrementata al 5,3% del totale nel 2001. Va comunque considerato il fatto che l'aumentato carico di lavoro nel periodo in oggetto non può trovare come unica causa una politica di deospedalizzazione, comunque sostenuta dalla Medicina Generale: vanno infatti tenuti in considerazione anche gli aspetti legati ad un costante aumento della percezione di bisogno di salute da parte della popolazione, non sempre appropriato e spesso indotto, ma anche una serie di interventi legislativi nazionali non sempre felici (riduzione del numero di pezzi prescrivibili per ricetta, continue modifiche al regime di esenzione ticket e di concedibilità dei farmaci, abolizione del ticket, ecc.).

## QUANTITÀ E QUALITÀ

L'aumentato carico di lavoro per la Medicina Generale è un dato oggettivo e non è soltanto una sensazione, in tempi in cui termini come "burn out" e "mobbing" sono all'ordine del giorno.

Ma a fronte di questo aumentato carico di lavoro, la salute dei cittadini (nonché la considerazione professionale e le condizioni economiche della Medicina Generale) sono aumentati in proporzione?!

La mancanza di precisi indicatori di processo e di esito

e l'insussistenza di un sistema premiante i risultati in termini di salute non ci consentono di affermare – al momento – che l'aumentato carico di lavoro si sia necessariamente tradotto in un miglioramento proporzionale della qualità delle cure.

Il miglioramento del sistema sanitario deve tener conto anche del grado di soddisfazione degli operatori e questo non può certo dirsi aumentato – a fronte di un carico di lavoro enormemente maggiore e di riconoscimenti economici addirittura diminuiti in termini percentuali (per non parlare del diminuito potere di acquisto e delle crescenti spese di gestione).

Pur a fronte di un gratificante e costante riscontro del livello di gradimento dell'operato professionale della Medicina Generale da parte della popolazione italiana, si ritiene insufficiente basare buona parte della politica della professione sulla qualità percepita: è ora che la Medicina Generale sia sgravata dell'inutile per poter affrontare i temi della qualità complessiva.

Una Medicina Generale che risponda soltanto al bisogno percepito e persegua di conseguenza esclusivamente la qualità percepita non è funzionale né alla salute dei cittadini, né alla qualità del sistema in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità. È necessario invece che ci si misuri sui contenuti clinici e scientifici, soprattutto in termini di gap esistente tra evidenze e realtà, in un percorso qualificante che ponga al centro dell'attenzione la salute (prima ancora che la malattia), anche attraverso un sistema premiante basato su una misurazione di processi e di esiti (e non soltanto di struttura).

Il nostro dato di attività della Medicina Generale è ovviamente soltanto indicativo, essendo limitato a un modesto numero di medici, peraltro estremamente affidabili (buona parte di essi sono stati formati alla raccolta dati), e a una sola regione d'Italia. L'analisi potrebbe comunque esser replicata più approfonditamente su un campione maggiore e più distribuito.

### ***Documentiamo il carico di lavoro***

SIMG sta lanciando un'iniziativa nazionale per documentare il diffuso aumento del carico di lavoro nell'ambito della Medicina Generale italiana negli ultimi anni.

Chiunque utilizzi abitualmente la cartella clinica Millennium nella sua pratica professionale e intenda partecipare a questa iniziativa, può procedere con estrema facilità in questa maniera:

- da Mille Utilità/statistiche/bilancio/attività lanciare l'analisi definendo come periodo da analizzare 01/01/1996-31/12/2002;
- salvare quindi i dati così estratti cliccando sul pulsante "salva su file", definire il percorso (directory su cui si intende salvare il file), come "nome file" scrivere nell'apposita stringa il proprio cognome.nome e all'opzione "salva come" specificare formato excel (\*.xls), agendo sull'apposito menu a tendina (triangolino con vertice verso il basso); cliccare quindi sul pulsante "salva";
- inviare il file così salvato, come allegato a un messaggio di posta elettronica, a samani.fabio@simg.it, avendo cura di segnalare nel testo della e-mail anche:
  - a) il numero di assistiti in carico attualmente;
  - b) l'inizio del periodo di osservazione;
  - c) l'anno (indicativamente) in cui si è cominciato ad usare il sistema informatico nella propria pratica professionale;
  - d) specificare la Regione in cui si svolge la propria attività.