

Periodico Trimestrale di Ricerca e  
VRQ in Medicina Generale  
**Comitato di Redazione:** Mario Baruchello,  
Alessandro Battaglia, Franco Del Zotti,  
Bruno Franco Novelletto, Daniele Giraldi, Sandro  
Giroto, Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,  
Roberto Mora, Nicolò Seminara, Michele Valente



**Direttore Responsabile:** Roberto Mora  
**Collaboratori Internazionali:** Julian Tudor Hart,  
Paul Wallace  
**Proprietario:** Roberto Mora  
**Direzione:** Via dell'Artigliere, 16  
37045 Legnago (VR)  
**Redazione:** p/so Ordine dei Medici di Vicenza  
Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza  
**Stampa:** Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)  
**Stampato con il contributo  
della Società Italiana di V.R.Q.**

## J budget in medicina generale

**Editoriale a cura di Alessandro  
Battaglia**

L'introduzione di meccanismi di budget nell'ambito della medicina generale risale a quanto disposto dal decreto legislativo 502/92, che ha istituito per la prima volta un sistema di razionalizzazione della spesa basato sul "rispetto di tetti di spesa programmati". Tali disposizioni sono state recepite dall'Accordo Collettivo Nazionale (DPR 484/96) in cui è stato introdotto un sistema incentivante caratterizzato dalla corresponsione ai medici di una quota variabile di stipendio rapportata "a scaglioni di avvicinamento ai tetti di spesa programmati" e in cui si fa anche un esplicito riferimento all'introduzione di meccanismi di budget "reale" o virtuale. Anche la legge finanziaria del 1997 ha richiamato le Regioni e le Aziende Sanitarie territoriali a stabilire meccanismi di budget per i medici. Infine gli Accordi regionali veneti, analogamente a quelli stipulati in altre sedi, hanno portato alla definizione di un "fondo di distretto" derivato dai risparmi prodotti dal rispetto dei tetti di spesa programmati. Il 35% di questo fondo dovrebbe essere ripartito tra i medici produttori di risparmio: metà in parti uguali e metà in parti proporzionali all'entità del risparmio prodotto; la somma rimanente dovrebbe essere distribuita al Distretto per potenziarne i fattori produttivi (35%) e il rimanente 30% all'ULSS. Quanto sanciscono le norme sopra riportate sottolinea in pratica

- 1) la necessità di un controllo della spesa basato sull'introduzione di "sistemi di budget reali o virtuali"
- 2) la necessità del "rispetto di tetti di spesa", elemento fondamentale - sembra di capire - del processo che si vorrebbe introdurre
- 3) la necessità che questi "tetti di spesa" siano programmati ex ante
- 4) la necessità di meccanismi incentivanti, da corrispondere "ex post", a ciò finalizzati.

### Cosa si intende per "budget"?

Le definizioni riportate in letteratura sul concetto di "budget" applicato alla medicina generale sono fondamentalmente tre.

#### 1) Budget come fundholding

È il sistema introdotto in Inghilterra, dove il medico di medicina generale "fundholder", inserito in una particolare forma di medicina associata, amministra una somma assegnatagli con il criterio della spesa storica e ponderata in base a criteri anagrafici e in base a proxies epidemiologici.

Fungendo da "agente" del paziente il medico "acquista" prestazioni farmaceutiche, ospedaliere, riabilitative e diagnostiche presso soggetti produttori pubblici o privati (che si trovano in reciproca competizione) scegliendo quelle caratterizzate, a parità di efficacia, dal costo più conveniente. In questo caso il budget è "reale" (il meccanismo coinvolge cioè direttamente il professionista nelle trattative d'acquisto). Se vengono considerate tutte le voci di spesa il budget è anche "globale": vale a dire che il fund viene utilizzato per gestire interamente i percorsi clinico-assistenziali nelle tappe di diagnosi, cura, follow-up e riabilitazione.

Un sistema del genere non è proponibile in Italia in quanto nel nostro Paese non è previsto il ferreo controllo sulla domanda che impongono invece le leggi inglesi: in Inghilterra non è il cittadino ma il medico (o in alternativa la Health Agency se il professionista non aderisce al sistema di fundholding) a scegliere in ogni singolo caso e con indiscussa autorità il luogo di cura più adatto perché caratterizzato dal miglior rapporto costo/efficacia.

#### 2) Budget come elemento di programmazione aziendale

In tal caso (Zavattaro, 1993) il budget è uno "strumento di programmazione e controllo per Centri di responsabilità a cui sono assegnati obiettivi attesi qualitativi e quantitativi e a cui sono correlate risorse sia correnti che di investimenti". La logica del processo è di tipo "bottom-up": vala a dire che il budget rappresenta un processo di negoziazione (di obiettivi, di incentivi e di indicatori) in cui il ruolo iniziale delle strutture gerarchiche superiori è fornire indirizzi generali, mentre sono le strutture poste alla base del meccanismo produttivo a specificare la realizzabilità degli indirizzi aziendali in base alla costruzione di una scala di priorità coerente con la natura dei bisogni da soddisfare e con l'entità delle risorse e dei mezzi di produzione che l'azienda è disposta ad impiegare. Seguendo un modello standardizzato in cui i medici siano Centri di responsabilità (CdR) di I livello e in cui i Distretti rappresentino i CdR di II livello, il processo si verifica secondo queste tappe:

- 1) La Direzione generale analizza i risultati storici, formula gli obiettivi strategici e formula gli indirizzi aziendali
- 2) I Distretti (CdR di 2 livello) formulano le linee di indirizzo distrettuali
- 3) I Medici di Medicina generale (CdR di I° livello) ricevono report sulla loro attività pregressa, analizzano tali dati e compilando una scheda di budget formulano le loro proposte al CdR di II° livello
- 4) Queste proposte vengono aggregate con l'ausilio dell'Ufficio Controllo Gestione in un Primo Consoli-

## INDICE

- 1 *Il budget in medicina generale*
- 3 *Un anno di attività di un Nucleo operativo domiciliare oncologico di Medici di Medicina Generale nell'AUSL di Parma*
- 4 *Il contrastato rapporto con gli specialisti: un caso di Herpes Zoster*
- 5 *Progetto sull'utilizzo dei farmaci ad alto costo in medicina generale*
- 7 *Uno studio clinico delle polmoniti contratte in comunità (CAP)*
- 8 *La ricerca in medicina generale: dal self-audit ai trial*

- dato Aziendale Provvisorio
- 5) I contenuti di questo documento vengono negoziati tra i CdR di I livello (MMG) e i CdR di II Livello (Distretti)
  - 6) Le proposte frutto delle negoziazioni vengono aggregate con l' ausilio dell' Ufficio Controllo Gestione in un Secondo Consolidato Aziendale Provvisorio
  - 7) I contenuti di questo documento vengono negoziati tra i CdR di II Livello (Distretti) e il Top Management aziendale
  - 8) Le proposte frutto delle negoziazioni vengono aggregate con l' ausilio dell' Ufficio Controllo Gestione nel Consolidato Aziendale Definitivo
  - 9) La Direzione Generale formalizza il Budget Aziendale
  - 10) Attraverso una reportistica periodica (in genere trimestrale) i vari CdR sono tenuti in costante aggiornamento sui risultati parziali prodotti nell' ambito dell' anno di gestione, al fine di instaurare meccanismi di feed-back utili per verifica periodica e per eventuali modifiche nella negoziazione.

Il sistema descritto è quello raccomandato dagli economisti ma è anche quello più difficilmente implementabile

- a) Per la carenza di una adeguata cultura manageriale entro l' ambito della medicina di base e delle varie realtà aziendali
- b) Per la grave carenza di sistemi informativi adeguati anche entro l' ambito di sistemi evoluti.

Basta pensare ad esempio che anche in molte realtà aziendali "pilota" manca ancora la possibilità di instaurare i meccanismi di contabilità analitica previsti già dalla legge 502 nel 1992.

### 3) Budget come rispetto di tetti di spesa programmati

Attualmente pare allo scrivente che il "budget" inteso come "rispetto di un tetto di spesa programmato" sia il meccanismo più realisticamente implementabile nella maggior parte delle realtà locali.

Il sistema si svolge nelle seguenti tappe:

- 1) Pesatura dei pazienti.

Senza altro rappresenta il passaggio più critico, in quanto non è ammissibile applicare lo stesso metro di valutazione a tutti i medici oggetto di controllo, caratterizzati da parchi di utenza qualitativamente e quantitativamente molto eterogenei.

Nei modelli di budgetizzazione meno evoluti i pazienti continuano ad essere pesati con criteri puramente anagrafici (= sesso ed età) nonostante sia stato dimostrato che questa metodica penalizza i medici con a carico le malattie più costose.

I modelli più evoluti prevedono una pesatura attraverso criteri epidemiologici: ma la estrema carenza di informazioni in tal senso ha spinto molti ad utilizzare "proxies" quali le esenzioni dal pagamento del ticket sanitario.

Queste sono facilmente rilevabili dalle ricette in quanto trascritte dai me-

dici per disposizione del DM 1.2.91. Questo artificio è in realtà molto approssimativo in quanto a) permette comunque di risalire solo a poche patologie b) alcuni farmaci sono usati anche per patologie diverse da quelle specificate dal DL 1.2.91 (esempio: gli ACE inibitori) c) spesso i farmaci vengono prescritti dal medico usando altri codici (come ad esempio il codice 74 o 77).

- 2) Viene calcolata la spesa indotta dal medico e i valori vengono "ponderati" in base alla tipologia degli assistiti in base ai criteri previsti nel punto 1).
- 3) Ogni medico viene quindi fotografato rispetto ad un gold standard di riferimento.

In genere questo gold standard è rappresentato dalla media regionale o di ULSS in termini di spesa procapite.

Nella realtà non esiste alcun motivo logico per pensare che una media rappresenti un indicatore di buona qualità prescrittiva.

Probabilmente la spesa media potrebbe essere utilizzata con maggiore correttezza valutando in questi calcoli il costo globale della patologia (vedi oltre).

Vengono comunque, in genere, considerate "di qualità" solo le prescrizioni poste all' estremo sinistro della curva gaussiana: fa testo quanto sottoscritto dai Sindacati negli Accordi regionali veneti, dove sono previste "soluzioni premianti" per i medici che negli anni antecedenti agli Accordi abbiano già "prodotto risparmio".

### Cosa è stato fatto altrove?

Nonostante il tempo trascorso (le prime disposizioni sul budget risalgono al 1992) la instaurazione di meccanismi di budget a regime nelle variegate realtà locali del Paese (almeno nelle non numerose sedi in cui ciò è stato tentato) non ha ancora passato la fase sperimentale.

Questa lentezza è senz'altro spiegata dalla carenza generalizzata dei poderosi supporti logistici che sono necessari per implementare meccanismi di budget nell' ambito delle cure primarie.

Tali difficoltà possono essere riassunte in questi punti:

- 1) Carenza di adeguati flussi informativi "top-down" e "bottom-up"
- 2) Carenza di adeguata formazione manageriale nella classe medica e in molte realtà aziendali
- 3) Carenza di adeguata formazione in economia sanitaria nella classe medica e in molte realtà aziendali
- 4) Mancanza di approcci innovativi nell' ambito dei rapporti tra classe medica e top management con persistenza di una cultura improntata da una parte alla diffidenza per tutto ciò che abbia a che fare con la struttura dell' "ente"; dall' altra a costanti atteggiamenti di tipo burocratico-censorio.

### Il budget "Globale"

Il risultato di un' ottica economica basata sulla valorizzazione di una singola componente di spesa ("Component Ba-

sed Health Care System") è spesso una contrazione del costo della componente sottoposta a restrizioni accompagnata ad un aumento del costo complessivo della patologia.

In Inghilterra l' uso del cisplatino al posto del più costoso carboplatino nella terapia del cancro ha comportato un incremento del costo del trattamento da 228.77 a 347.90 sterline (per necessità di degenza ospedaliera con l' uso del primo farmaco).

In USA la restrizione del formulario dei farmaci agli iscritti a Medicaid ( Louisiana) ha comportato una riduzione del 13.4% della spesa farmaceutica procapite controbilanciata da un aumento del 28,7% nelle visite specialistiche e del 39.1% dei ricoveri ospedalieri.

Sempre in USA la riduzione della spesa farmaceutica nella terapia delle malattie psichiatriche (con limitazione a tre prescrizioni mensili di farmaci a pazienti schizofrenici) ha comportato una riduzione della spesa farmaceutica di 5.14 dollari procapite controbilanciata da un aumento di 139 dollari procapite della spesa per emergenze, ricoveri e visite specialistiche.

Un recente lavoro di Capurso e Dobrilla (1997) ha dimostrato in Italia che l' introduzione della nota CUF 48 ha comportato un aumento del carico di lavoro e dei costi globali della malattia ulcerosa.

Infine l' incremento progressivo della spesa ospedaliera che si è verificato in Italia negli ultimi anni appare correlato significativamente e inversamente con i tagli messi in atto sulla spesa farmaceutica.

Da sempre nel controllo della spesa sanitaria indotta dal medico si è utilizzato il crudo confronto con un valore "medio" locale, regionale o nazionale, punto di riferimento "ideale" a cui il sanitario era invitato ad adeguarsi.

Nella maggior parte dei casi, inoltre, tali controlli erano limitati alla spesa farmaceutica, evidentemente per carenza di sistemi informativi aziendali adeguati ad analizzare le altre voci di spesa.

Alla luce delle precedenti considerazioni appare invece indispensabile ragionare secondo una logica di "budget globale". In altri termini il gold standard da utilizzare nella programmazione dei "tetti" dovrebbe essere rappresentato non dai valori medi di una singola voce di spesa ma piuttosto dai valori medi del costo globale della patologia.

In altri termini si dovrebbe tentare di determinare per ogni patologia i costi medi forfettari prodotti per la diagnosi, per la cura e per la riabilitazione.

In quest' ottica, valutato il costo medio di tutti questi processi poco importerà con quale modalità esso sarà rispettato.

Ciò potrebbe verificarsi per esempio attraverso l' incremento di una singola voce di spesa (l' assistenza farmaceutica) con contemporanea contrazione di un' altra spesa più significativa (l' assistenza ospedaliera).

Andrebbe così valorizzato il concetto secondo cui il costo sostenuto per una determinata patologia non deve necessa-

riamente essere addebitato ai singoli operatori: piuttosto dovrebbe essere chiamata in causa la natura stessa della patologia. In un progetto basato sulla condivisione di modelli di comportamento entro i quali gli operatori territoriali e gli operatori ospedalieri ipertrofizzano e rispettino i rispettivi ruoli poco importerà la spesa indotta sul medico di medicina generale da altre figure professionali: il risultato complessivo sarà rappresentato, in un modello ben gestito, da una ottimale gestione del processo in termini di efficacia e di rapporto costo/efficacia.

### **L'esperienza di Thiene**

In base alle considerazioni effettuate appare particolarmente stimolante l'esperienza di Thiene (1) (2). In quella realtà territoriale dell'Alto Vicentino esiste un Sistema di Elaborazione Dati evoluto e in grado di fornire ai medici in tempo reale tutti i report sulla spesa diagnostica, ospedaliera, farmaceutica e riabilitativa. Grazie a tutto ciò a Thiene è stata realizzata una esperienza unica: tramite la collaborazione dei medici di medicina generale l'Ufficio Controllo Gestione diretto dal dott. Pertile ha ottenuto attraverso l'analisi della spesa sanitaria indotta dall'80% della popolazione una stima di prevalenza delle patologie in grado di generare costo e nel contempo è stata eseguita una stima attendibile del costo globale di ogni singola patologia.

### **Bibliografia**

(1) *Da strumento economico a strumento etico. Il budget per medico di base e per distretto sanitario. L'esperienza della Azienda ULSS 4 dell'Alto Vicentino. Atti del convegno Schio - 31 maggio 1997.*

(2) *ASL, distretto, medico di base. Logiche e strumenti manageriali a cura di Francesco Longo EGEA e GIUFFRÉ editori 1999.*

## **Un anno di attività di un Nucleo operativo domiciliare oncologico di Medici di Medicina Generale nell'AUSL di Parma**

**Baldini A., Barabbani G., Carosino C., Ferrari P., Gardini L., Mezzadri P., Modafferi M., Pecchini A., Rodelli P., Ronchini P., Zantedeschi P.**  
**Medici di Famiglia in Rete - S.I.M.G. Parma**

La legge regionale 29/1994 della regione Emilia Romagna istituiva uno specifico programma per favorire l'assistenza a domicilio dei pazienti neoplastici in stato terminale con la relativa copertura finanziaria. L'anno successivo è stato emanato il regolamento applicativo e si sono attivate le varie USL della regione per

predisporre gli strumenti per attuarlo. Riassumiamo le principali caratteristiche del programma:

- l'unità operativa è appunto il Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico, gruppo di medici supportati da uno o più infermieri professionali ed intergrato da altre figure, quali: specialisti, assistente sociale, assistenti domiciliari, che assicura l'assistenza a domicilio del paziente oncologico con malattia avanzata.
- l'accesso al programma è subordinato ad alcuni precisi criteri: 1) MALATTIA AVANZATA (Karnofski= od <40) (attesa di vita 3-4 mesi) 2) Impossibilità a raggiungere una sede di cure ambulatoriali 3) Presenza di almeno un sintomo che richieda il trattamento. Uno SPECIALISTA ONCOLOGO verifica l'esistenza delle suddette condizioni ed ammette il paziente, predispone inoltre con il RESPONSABILE TERAPEUTICO DEL CASO (di norma il MMG del paziente) il piano terapeutico. A livello di distretto un RESPONSABILE ORGANIZZATIVO si cura che non manchino al NODO le attrezzature, gli ausili, la disponibilità di "canali preferenziali" per consulenze specialistiche ed accertamenti strumentali...
- a livello di USL una apposita COMMISSIONE ASSISTENZA DOMICILIARE ONCOLOGICA elabora protocolli, coordina i vari distretti, verifica l'andamento del programma.
- è previsto per il MMG un compenso forfettario al momento dell'attivazione del programma e della stesura del piano di cura. Gli accessi (in numero massimo di 40, anche 1 al dì) vengono retribuiti come accessi ADI.

Nella AUSL di Parma la legge è divenuta operativa solo dopo l'estate 1996, molti MMG vi hanno aderito ed hanno cominciato a segnalare i primi casi, pur in presenza di molte incognite dal punto di vista organizzativo:

-supporto infermieristico ancora inadeguato (copertura oraria insufficiente, discussioni sul mansionario di IP: può fare terapia endovenosa a domicilio su ordine del curante?)

-mancanza di precisi accordi con specialisti e strutture di diagnosi strumentale per l'attivazione dei suaccennati "canali preferenziali" per agevolare gli accertamenti sul paziente.

Di pari passo procedevano le iniziative di aggiornamento dei MMG sia spontanee che ufficializzate e gestite dagli animatori di formazione, con il coinvolgimento anche del personale infermieristico.

Nella primavera 1997, nel clima generale di restrizioni economiche che grava sulle USL, a Parma è stata sospesa la fornitura gratuita per i pazienti seguiti dai NODO, tramite le farmacie ospedaliere, dei farmaci necessari reperibili sul territorio solo a pagamento (classe C) come molti analgesici, compresi i più recenti in cerotti. Questo provvedimento ha di fatto posto una pesante ipoteca sui pazienti neoplastici da parte dei DAY-HOSPITAL gestiti dai reparti ospedalieri, ancora in grado di fornire gratuitamente

tali prodotti.

### **Analisi del lavoro svolto:**

In dodici mesi di attività il nostro NODO, che è uno dei due operativi nel DISTRETTO BASSA PARMENSE della USL ed ha in forza dodici MMG, ha seguito quattordici casi di pazienti oncologici in fase terminale fino all'exitus. Il tasso di mortalità annuale per neoplasie nella nostra regione è 3.3 x 1000 per cui si stimano ogni anno nel ns. distretto, che conta circa 40000 abitanti, 132 casi. La legge regionale poneva come obiettivo minimo l'assistenza a domicilio di almeno il 10% di qs. pazienti nel primo anno (13-14 casi) e del 30% (circa 40 casi) entro il terzo anno. Considerando che nel ns. distretto opera, come dicevamo, un altro NODO, possiamo dire che l'operatività, dal punto di vista quantitativo, è stata buona!

I dati analitici relativi ai casi trattati sono esposti in Tab.1. Ogni MMG ha seguito da un massimo di tre ad un minimo di un caso. Quattro colleghi non hanno segnalato nessun caso. Il numero di giorni di assistenza (dall'arruolamento all'exitus) varia considerevolmente (da 2 a 98 gg.) per motivi di cui si tenterà di discutere in seguito e presenta quasi un andamento bimodale: in un gruppo di casi è molto piccolo (< 10), nella maggioranza è superiore ai 20-25.

La media dei giorni di assistenza è comunque globalmente bassa rispetto a quanto previsto dalla legge regionale, che calcolava una media di 100 giorni di assistenza nell'80% dei casi (la discrepanza è probabilmente stata osservata in modo generalizzato ed è stata la spinta per la recente decisione dell'assessorato alla sanità di modificare i criteri di arruolamento, prendendo in considerazione pazienti con Karnofski Performance Status fino a 50). Durante l'assistenza ai quattordici casi analizzati si è verificato un solo ricovero ospedaliero, durato solo tre giorni, proposto da un collega del servizio di Guardia Medica per l'insorgere di uno stato stuporoso, poi risolti rapidamente.

Oltre all'analisi quantitativa dei (pochi) dati, ci è sembrato interessante verificare le problematiche emerse nella gestione del programma in una discussione di gruppo condotta con una tecnica affine a quella del FOCUS GROUP: i dodici MMG del NODO sono stati invitati ad un incontro, moderato da un leader, su una traccia-questionario distribuita in apertura unitamente ai dati riassuntivi sui casi. Hanno partecipato all'incontro sette dei colleghi invitati ed un ottavo (impossibilitato ad intervenire) ha fatto pervenire le sue osservazioni per telefono.

### **ANALISI DELLE FASI DEL PROGRAMMA**

da parte del gruppo di discussione  
1) Fase dell'ARRUOLAMENTO  
Alcuni colleghi segnalano difficoltà nel fare accettare il programma ai parenti del paziente, che spesso desidererebbero che il loro congiunto fosse seguito dal solo MMG. Il problema ha probabilmente due aspetti: uno legato ad un'istintiva salvaguardia della privacy nei

confronti di una EQUIPE (quella del NODO) che, da una parte si presenta come qualcosa di faraonico (il programma promette molto), dall'altra manca completamente di visibilità per cui la gente non "si fida" di queste figure ancora molto teoriche...

Il secondo aspetto è relativo alla nostra capacità di comunicare con la famiglia e di presentare il programma: in modo molto "minimale", graduale, introducendo noi le altre figure professionali: infermiere, assistente domiciliare etc. contribuendo così ad educare la popolazione a queste forme organizzate di assistenza.

Ci sono poi problemi inerenti la VALUTAZIONE DEL MALATO: attiviamo tutti il NODO allo stesso modo? Ci sono CASI INCERTI es. pazienti molto compromessi che rispondono in modo brillante ad una chemioterapia, oppure pazienti che hanno una FASE TERMINALE MOLTO BREVE (per il tipo particolare di malattia o per complicanze improvvise). In casi analoghi rischiamo di attivare il programma con troppo anticipo o di non fare a tempo ad attivarlo!

Ci sono pazienti gestiti fino all'ultimo dai DAY-HOSPITAL oncologici (ma solo durante la mattinata...) che d'altra parte avremmo difficoltà a seguire da soli. Sono probabilmente CASI CHE VANNO CONDIVISI, situazioni da gestire in collaborazione, anche dialettica, con l'oncologo, fino al momento in cui, di comune accordo, vengono passati a noi.

## 2) FORMULAZIONE DEL PIANO DI CURA e GESTIONE DEL CASO

Ostacola questa fase la indisponibilità di alcuni farmaci (un collega segnala ad esempio di non aver potuto ottenere dalla farmacia ospedaliera il PARMIDRONATO, farmaco di elezione nelle ipercalcemie). Non sono ancora ben precisate e collaudate le procedure per le EMOTRASFUSIONI A DOMICILIO, anche dal punto di vista legale (un collega riferisce però di averne effettuate diverse senza difficoltà). Più in generale il rifornimento di molti farmaci (analgesici, lassativi, pomate) e del materiale da medicazione, che la famiglia paga di tasca propria, diventa spesso oneroso.

Nessun problema invece con gli "ausili" (pannolini, cateteri, sacchetti per stomie ed inoltre carrozzelle, materassi antidecubito...) per i quali i pazienti seguiti dal NODO godono di un "trattamento di favore" rispetto agli altri pazienti in assistenza domiciliare.

Si evidenzia invece come manchino ancora le pompe per infusione sc. per le quali siamo solo alla fase dell'appalto per l'acquisto.

Costituisce tuttora un grosso problema nella gestione del caso l'INTEGRAZIONE FRA LE VARIE FIGURE che concorrono all'assistenza. Si nota subito dalla tab. 1 la grossa differenza nel numero di accessi fra MG ed Infermiere P. Sotto questi numeri c'è un problema concreto di "mansionario" per cui non è ancora ben chiaro se l'IP possa fare terapia infusiva a domicilio, anche sotto la respon-

sabilità del curante. Così finisce che attiviamo l'IP solo per le medicazioni ed i prelievi, dimenticando che la Sua presenza, alternata alla nostra, può essere di grande utilità sia dal punto di vista del controllo clinico che da quello della relazione con il paziente e la famiglia. C'è, quando serve, integrazione con i servizi di assistenza domiciliare dei comuni, ma non con le associazioni di volontariato organizzato presenti in zona.

MANCANO SOPRATTUTTO I CONSULENTI A DOMICILIO! Non è stata costituita la promessa rete di specialisti di supporto.

D'accordo che la medicina palliativa è per definizione "a basso contenuto tecnologico", che il "ritmo di intervento" va calando, che gli strumenti sono sempre più limitati ma IN ALCUNI CASI SERVE UN INTERVENTO OD UNA SUPERVISIONE SPECIALISTICA E SERVE SUBITO!

Proviamo a fare un elenco degli specialisti di cui avvertiamo più spesso la mancanza: il CHIRURGO, lo PSICHIATRA, lo SPECIALISTA DI TERAPIA ANTALGICA, l'UROLOGO e, a volte, l'ONCOLOGO.

LA MANCANZA DI QUESTA RETE DI SUPPORTO lascia al MMG la sensazione di ESSERE MANDATO ALLO SBARGLIO DA SOLO e fa dire ai più pessimisti fra noi che in realtà questo programma di assistenza ai pazienti terminali È UN SERVIZIO RIMASTO SULLA CARTA: "ci siamo noi, l'infermiera...e basta!"

3) I PROBLEMI DI TIPO RELAZIONALE faticano ad emergere. Soprattutto si fa fatica ad esplicitarli ed a discuterne. Emergono i problemi di comunicazione con il paziente (dire, non dire, come?) e del conseguente Suo coinvolgimento nelle decisioni.

I FAMILIARI interferiscono pesantemente nella comunicazione, nell'iter diagnostico-terapeutico (con ripetuti "viaggi della speranza") e, di nuovo, noi siamo soli a cercare di contrastarli (anche in questo

sarebbero utili gli specialisti a domicilio). Non si avverte in generale l'utilità, sostenuta da alcuni, di una supervisione periodica del gruppo da parte di uno psicologo su questi temi.

È NOSTRA INTENZIONE PROSEGUIRE COMUNQUE L'ESPERIENZA.

## *J*l contrastato rapporto con gli specialisti: un caso di Herpes Zoster

**Paolo Schianchi, Felino (PR)**

Dopo 30 giorni di nevralgia herpetica (durante i quali pratico terapia con acyclovir a dosi piene e paracetamolo 1.5-2 gr die) un mio assistito decide di rivolgersi al centro di terapia antalgica del nostro ospedale. Il collega algologo gli pratica una infiltrazione epidurale costituita dal 15% di bupivacaina e dall'85% di metilprednisolone dicendogli però che la garanzia dei risultati è del 100% solo se la manovra viene effettuata nei primi 15 giorni dalla manifestazione algica, dopodiché non si garantisce più nulla. Egli dice che il risultato, anche se parziale, viene comunque ottenuto con un'attenuazione del dolore del 60%.

Mentre leggo la consulenza specialistica, mi riferisce quanto comunicato; non dimostra alcuna acredine o risentimento nei miei riguardi ma mentre lui parla io, in un'auto-trasposizione mentale, mi immedesimo nei suoi panni e mi auto-revoco: un medico che fa soffrire inutilmente una persona quando bastava una semplice iniezione non merita altro...

**Tab.1 - ANALISI DEI CASI**

N.	ETÀ	SEDE	ACCESSI MEDICO	ACCESSI IP	GG. DI ASSIST.	GG. DI RICOVERO
1	56	utero	16	0	32	0
2	83	stomaco	26	2	73	0
3	89	stomaco	10	0	5	0
4	79	polmone	27	0	27	0
5	76	polmone	4	2	2	0
6	62	stomaco	4	1	4	0
7	76	polmone	31	3	48	0
8	52	laringe	18	1	38	0
9	84	prostata	5	7	9	0
10	81	mesotelioma	12	17	26	0
11	78	retto	40	0	20	0
12	78	leucemia cr.	21	16	54	0
13	65	epatocarcin.	34	7	83	3
14	71	stomaco	23	5	51	0
TOT.			271	65	543	3
MEDIE			73.5	19.3	4.6	38.7
RANGE			52-89	4-40	1-17	2-98

Ripresomi, dopo la mattinata di ambulatorio, non convinto, vado a vedere la mia letteratura: il Bartoccioni nella sua ultima edizione di Terapia 98 non riporta nulla anzi dice "blocchi intercostali anestetici di solito non efficaci." Non contento faccio una ricerca Medline e dopo aver digitato la stringa "Herpes Zoster and corticosteroid injection" compaiono 3 lavori di utilizzo della tecnica infiltrativa epidurale limitati però a pochi casi (massimo 12 pazienti): tutto rigorosamente non evidence based medicine.

Rincuorato decido di parlare con lo specialista per chiedere conto delle sue affermazioni che giudico un po' avventate. Viene ribadito quanto riferitomi: la letteratura c'è, me la darà; non è possibile uno studio classico randomizzato in doppio cieco per motivi etici (l'iniezione del placebo); .. " i risultati ci sono, credimi ". Vuoi vedere che l'Italia è piena di tanti Di Bella che noi non conosciamo?

#### Una banca dati di un M.G.: Herpes Zoster

Stimolato dal caso precedente, ho deciso quindi di intraprendere una piccola ricerca sui miei pazienti. Eccovi le RegISTRAZIONI effettuate dal Marzo 1991 a Marzo 1998: N° totale 19 casi. Sesso (fig. 1) 12 femmine 7 Maschi età (fig. 2): 14 casi sono registrati in persone con più di 60 anni, 5 casi tra i 30-40 anni. Il numero di casi registrati ogni anno è riportato nella figura 3.

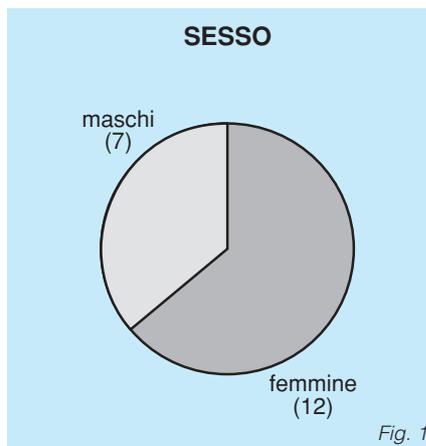


Fig. 1

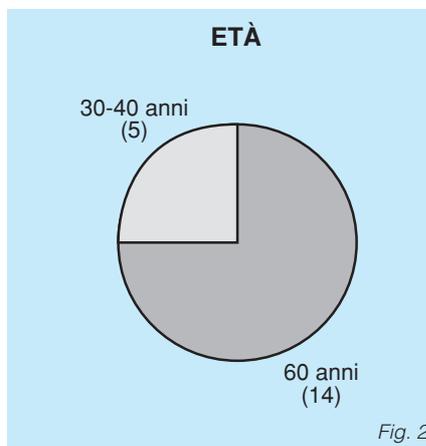


Fig. 2

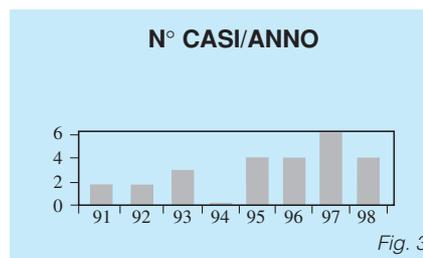


Fig. 3

Terapia: acyclovir cp e crema (16/19) in un caso ho associato deltacortene 50 mg una terapia iniziata nei primi giorni di gravidanza ancora ignota (senza esiti sul feto).

Due sole associazioni con fans (molto probabilmente non ho registrato il paracetamolo da sempre a pagamento). Nevralgia post herpetica (dolore dopo 3 mesi dall'inizio dei sintomi): nessuno.

#### CONCLUSIONI

L'herpes Zoster è una patologia fastidiosa, a volte anche molto dolorosa ma assolutamente benigna che quasi sempre guarisce da sola... nonostante i tentativi dei medici di complicarla"

## Progetto sull'utilizzo dei farmaci ad alto costo in medicina generale

Dott. Michele Valente\* Dott. Giorgio Visentin \* Dott. Luigi Dal Sasso\*\*

\*MMG \*\* Responsabile di Distretto

#### Progetto collaborativo MMG Azienda ULS

A partire dall'invito del Responsabile di Distretto un gruppo di medici dell'USLL 6 si è attivato con l'obiettivo di qualificare l'Assistenza Farmaceutica in medicina generale promuovendo l'utilizzo di farmaci di sicura e comprovata efficacia clinica.

Dopo i primi incontri si è deciso di valutare le caratteristiche della prescrizione di alcuni gruppi farmaceutici tenendo conto di precedenti esperienze maturate in tale ambito, nonché della letteratura biomedica.

- I farmaci che hanno la maggiore percentuale di spesa sono gli antiulcera, gli antibiotici iniettabili, gli antiipertensivi e antidiuretici.
- Esiste un'ampia variabilità tra medici nella prescrizione di tali farmaci nell'ambito territoriale della stessa ULSS.
- Per ridurre la spesa di questi gruppi terapeutici esistono già delle note CUF.
- Un aumento di compensi ai medici che seguono rigidamente le note porta a risparmi nel breve periodo, ma questi si annullano dopo la sospensione delle in-

centivazioni, e questo può causare problemi etici oltre che di pianificazione. Questi elementi hanno indotto a progettare azioni finalizzate a prescrizioni più appropriate dei farmaci.

Con questo progetto si desidera migliorare i rapporti tra amministrazione ULSS e mmg evitando quindi imposizioni dall'alto o azioni coercitive che non risulterebbero efficaci: precedenti esperienze maturate in tale ambito, sottolineano la necessità di azioni condivise e partecipate

#### OBIETTIVI

Si è cercato perciò di indagare le condizioni operative in ambito prescrittivo in cui il medico di medicina generale si trova ad operare per poter mettere in atto le possibili azioni correttive finalizzate ad un uso più appropriato dei farmaci.

Si è voluto indagare in quale misura le prescrizioni di alcuni gruppi di farmaci (antiulcera, antibiotici iniettabili e antidiuretici) venivano influenzate dagli specialisti valutando nel contempo se sussisteva da parte del MMG condivisione delle scelte terapeutiche effettuate dagli specialisti.

Un altro obiettivo è stato quello di verificare la fattibilità di ricerche cliniche in medicina generale, valutando il comportamento dichiarato dai medici con i dati di vendita presso la farmacia dell'ULSS.

#### MATERIALI E METODI

Il lavoro si è svolto con l'utilizzo di una scheda inviata ad un numero significativo di medici del Distretto: con tale strumento il MMG doveva segnalare ogni prescrizione di farmaco appartenente ai gruppi sopraccitati per un periodo di osservazione di un mese.

I medici selezionati sono stati 30; di questi 14 (46.6%) hanno compilato correttamente le schede. Non era previsto alcun tipo di incentivazione né di compenso per i medici partecipanti.

Successivamente si sono confrontati i dati del questionario con le informazioni dedotte dalla elaborazione delle prescrizioni effettuata del Servizio Farmaceutico Territoriale per controllarne la corrispondenza e l'attendibilità dello studio.

Il campione di medici che ha partecipato al lavoro non era randomizzato, in quanto sono stati scelti i medici che avevano partecipato alle riunioni progettuali delle attività distrettuali, per cui si suppone (per questo campione) una maggiore attenzione e sensibilità alla pratica prescrittiva. Infatti nel confronto con la media dei medici dell'USLL si riscontra una minore tendenza alla prescrizione che va da un 37% in meno (nel caso degli anti-H2) al 7.36% in meno nel caso degli antibiotici.

#### RISULTATI

Le 14 schede pervenute hanno evidenziato uno scostamento dai dati di prescrizione: in altre parole i medici hanno segnalato complessivamente il 76% delle prescrizioni realmente effettuate.

Lo stesso servizio farmaceutico ipotizza alcune spiegazioni per giustificare tale scarto:

- Acquisto del farmaco in farmacie di un'altra ULSS
- Il paziente può non acquistare il farmaco
- Lo studio considerava gli acquisti effettuati a maggio mentre i pazienti possono avere acquistato in giugno i farmaci prescritti a maggio (difetto) o in maggio quelli prescritti ad aprile
- Il medico può non aver segnalato la prescrizione
- È possibile, in qualche raro caso anche un errore nella lettura dei codici.

È curioso osservare che per quanto riguarda gli anti H2 lo scostamento è in eccesso (104%) mentre negli ipolipemizzanti il difetto risulta importante (66%). I medici affermano che il 49% degli anti-H2 è indotto dagli specialisti, mentre negli inibitori di pompa la percentuale si riduce a 24.5%

Per quanto riguarda gli anti-H2 solo il 20% viene suggerito dai gastroenterologi, mentre il 79.5% da altri specialisti (tra cui dominano i cardiologi e gli ortopedici oltre alle richieste dirette dei pazienti stessi). Gli inibitori di pompa presentano una situazione diversa: solo un quarto (24.5%) sono prescrizioni indotte e la maggior parte (55.1%) da gastroenterologi con poca richiesta da parte di altri specialisti e pazienti.

Per gli ipolipemizzanti la prescrizione indotta dagli specialisti è il 32.5% e tra questi spiccano i cardiologi con il 55.7%.

Per gli antibiotici iniettabili la prescrizione indotta è del 31.4% viene da vari tipi di specialisti che non sembrano eccedere nelle loro richieste (nel campione considerato nessun specialista supera le 2 prescrizioni al mese)

Esiste una variabilità prescrittiva dei singoli medici che è già documentata in letteratura con un range che varia da un quinto a cinque volte le prescrizioni per 1000 pazienti.

## DISCUSSIONE

Questo lavoro voleva ottenere alcuni dati sulla possibilità di intervenire a livello di distretto nella prescrizione di farmaci ad alto costo. Poiché si tratta di un progetto pilota non può presentare delle informa-

zioni definitive ma solo alcuni spunti per ricerche successive finalizzate a migliorare e razionalizzare la pratica prescrittiva in medicina generale. Al primo punto la fattibilità: le ricerche che non prevedano il cambiamento delle abitudini del medico impegnandolo per poco tempo sono fattibili anche se non ottengono grandi percentuali di partecipazione. È però importante ricordare che nessuno dei medici ha avuto alcuna forma di incentivazione per il lavoro svolto (Nell'US-SL n°4 per un progetto ben più cospicuo, ma con incentivazione economica si è ottenuto l'80% di partecipazione dei mmg). L'assenza di incentivi rischia di interessare i medici già coinvolti nel miglioramento, che spesso (come in questo caso) sono già bassi prescrittori, lasciando fuori coloro che prescrivono di più, e forse in maniera meno corretta. In secondo luogo una valutazione dei risultati: per migliorare la qualità di una simile ricerca bisogna organizzare meglio le date di inizio e fine dello studio insieme al servizio farmaceutico per non perdere grandi quantità di dati, controllare con più attenzione le segnalazioni da parte dei mmg, e velocizzare il feed-back dei risultati. La prescrizione indotta da specialisti risulta di entità rilevante (dal 25% al 50% dei farmaci ad alto costo a seconda del gruppo terapeutico). Questo fatto merita di essere discusso più in dettaglio. L'influenza dello specialista sembra di poco conto per quanto riguarda gli antibiotici iniettabili, in quanto molti specialisti inducono alla prescrizione di pochi antibiotici iniettabili, come sembra giustificato da alcune condizioni cliniche di pochi pazienti (a differenza di quello che succede nella regione Campania). È però opportuno ricordare che l'obiettivo di ridurre incondizionatamente la spesa degli antibiotici iniettabili potrebbe avere un effetto boomerang per l'aumento di ricoveri di pazienti con bronchiti o broncopolmoniti. Gli specialisti, invece intervengono pesantemente nella spesa per gli anti H2, e a questo proposito è utile notare che questa classe viene suggerita principalmente da cardiologi e ortopedici che non sembrano i referenti corretti per la patologia gastroenterologica. Gli inibitori di

pompa protonica vengono suggeriti solo in un quarto dei casi, ma gli specialisti nella maggioranza sono gastroenterologi e il suggerimento sembra adeguato. Anche gli ipolipemizzanti sono suggeriti dagli specialisti del settore (cardiologi e dietologi) anche se sembra opportuno notare che una condizione di questo tipo (dislipidemia) dovrebbe essere gestita con un lungo follow-up e la valutazione di tutti i fattori di rischio. Questo tipo di approccio dovrebbe essere più tipico della medicina generale rispetto all'approccio specialistico.

## CONCLUSIONI

Si è consapevoli che non si devono sovravalutare le indicazioni che vengono da tale studio pilota: non è nostra pretesa trarre conclusioni definitive da questi dati. Risulta però del tutto evidente che solo attraverso le informazioni provenienti dalla elaborazione dei dati prodotti dai Medici di medicina generale si possono mettere in atto efficaci azioni correttive e di controllo della spesa farmaceutica. Le azioni di contenimento dei costi focalizzate esclusivamente sul versante della medicina generale sono destinate a non sortire l'effetto desiderato. È quindi necessario per la pianificazione della spesa, incidere profondamente sulle abitudini prescrittive degli specialisti. I vantaggi di azioni coordinate rivolte a pratiche prescrittive più appropriate con il coinvolgimento contemporaneo dei MMG e degli Specialisti ospedalieri risulterebbero ancora maggiormente amplificati se si tiene conto dei costi detto "effetto a cascata" che seguirebbe a una minore pressione da parte di alcuni colleghi che sono opinion leaders per i medici di famiglia. Infine va segnalato come il lavorare insieme, mmg e operatori del distretto sanitario, per obiettivi comuni porti ad indubbi vantaggi: in questo caso, un miglioramento della attività prescrittiva da parte del MMG assieme ad un risparmio di spesa da parte della USLL e un miglior rapporto tra cittadino - medico curante - struttura pubblica con la riduzione delle conflittualità dovute per la gran parte a reciproche incomprensioni e diffidenze.

PAZIENTI	ANTI H2		INIBITORI POMPA		ANTIBIOTICI INIETTABILI		IPOLIPEMIZZANTI	
	MMG	SPEC	MMG	SPEC	MMG	SPEC	MMG	SPEC
1522	1	6	3	6	0	0	6	7
923	2	5	3	4	5	0	3	4
906	2	1	5	0	0	0	12	3
282	0	2	3	1	0	1	0	1
1500	3	2	6	0	1	2	8	2
1237	5	0	3	0	0	0	8	0
1489	0	2	1	1	1	3	1	4
980	4	3	4	4	0	0	4	2
1548	1	0	3	0	2	0	10	0
1507	3	2	7	1	1	0	8	5
1851	4	7	6	0	3	1	3	8
1524	5	5	26	1	6	3	31	3
1506	14	8	16	11	2	3	9	8
1494	1	1	3	0	3	1	5	5
18269	45	44	89	29	24	11	108	52

## Uno studio clinico sulle polmoniti contratte in comunità (CAP)

Nicolò Seminara, MMG

Le polmoniti contratte in comunità (CAP) rappresentano una delle infezioni più comuni e serie che il Medico Generale deve affrontare, con una incidenza riportata tra i 3 e i 12 casi per 1000 persone all'anno.

Viene stimato che dal 80 al 95% delle CAP siano curate a domicilio. Il costo economico per tale patologia è rilevante. Il Servizio Sanitario inglese ha speso nel 1993 771.225.000.000 di lire per la diagnosi e la terapia delle CAP; di tale cifra 739.550.000.000 di lire sono state spese per i pazienti ospedalizzati, e 31.675.000.000 di lire per i pazienti trattati a domicilio. È evidente che, anche lo spostamento di solo alcuni punti in percentuale di pazienti dalle cure ospedaliere a quelle domiciliari produrrebbe, tra le altre conseguenze positive, anche una notevole riallocazione delle risorse per tale patologia.

È accertata, sia a livello internazionale, che italiano, una ampia variabilità nella terapia delle CAP. Nel nostro paese, in particolare, è stato rilevato che l'uso preponderante di cefalosporine parenterali di terza generazione è dettato sostanzialmente da tradizioni terapeutiche (errate) e da fattori di marketing.

Queste considerazioni, unite al fatto che nel corso degli anni '90 sono state prodotti, a livello internazionale, numerosi documenti di consenso riguardanti la diagnosi e la terapia delle CAP, hanno

spinto un gruppo di MG della provincia di Treviso ad elaborare uno studio di ricerca clinica sulle polmoniti contratte in comunità.

L'obiettivo della ricerca è duplice: innanzi tutto conoscere incidenza, prevalenza, attitudini prescrittive, mortalità, tasso di ospedalizzazione primaria e secondaria e costi terapeutici delle CAP rilevate da un gruppo di Medici di Medicina Generale, in secondo luogo verificare l'applicabilità di un documento di consenso, elaborato localmente, nella cura delle CAP.

Per il raggiungimento dei due obiettivi il primo punto è stato quello di procedere alla elaborazione di un documento di consenso condiviso. Il punto di partenza per l'elaborazione di tale documento sono state le recenti Linee dell'American Thoracic Society (ATS Guidelines for the initial management of adults with community acquired pneumonia: diagnosis, assessment of severity and initial antimicrobial therapy. *Am.Rev. Resp. Dis.* **148**: 1418-1426; 1993), integrate dalla lettura critica della più recente letteratura sulle CAP e da esperienze di documenti simili già elaborati da altri gruppi di MMG, in altre realtà locali.

Il documento è stato redatto congiuntamente da un gruppo di 4 MMG con la supervisione di un consulente pneumologo.

Si è poi proceduto ad una azione di arruolamento dei MMG interessati, su base volontaria, alla partecipazione al progetto. Hanno aderito **54** colleghi della provincia. Successivamente vi è stato un incontro di aggiornamento sulle CAP nel corso del quale sono state presentate finalità, materiali e metodi dello studio.

In sintesi, per poter verificare il valore e la convenienza terapeutica del documento elaborato, i medici partecipanti sono stati suddivisi, in maniere casuale, in due

gruppi numericamente uguali. Il primo gruppo tratta le polmoniti secondo il suo abituale standard terapeutico, il secondo gruppo uso invece i consigli contenuti nel documento di consenso. La divisione in due gruppi omogenei permetterà il confronto tra gli esiti e verificherà l'effettiva convenienza terapeutica delle linee guida.

La rilevazione dei casi di CAP avviene attraverso la compilazione di un semplice questionario; il periodo di rilevazione è iniziato il 30 Novembre 1998 e, durando 12 mesi, terminerà il 1 Dicembre 1999.

I dati raccolti per il periodo prestabilito di 12 mesi, saranno elaborati facendone riferimento a quelli che sono gli esiti dello studio: 1- confronto tra la mortalità nei due gruppi terapeutici, 2-confronto tra i tassi di ospedalizzazione secondaria a 30 giorni dall'inizio della terapia nei due gruppi, 3-confronto sul costo terapeutico per paziente tra i due gruppi terapeutici, 4- confronto tra le percentuali di guarigione nei due gruppi.

I dati elaborati saranno successivamente presentati e discussi nel corso di un secondo incontro di formazione e verifica, nel corso del quale verranno ripresentate e ridiscusse le linee guida precedentemente elaborate. Nel corso della riunione saranno recepiti i problemi di applicabilità eventualmente sorti durante il periodo della ricerca, e saranno discusse eventuali modifiche delle linee stesse.

Seguirà un periodo di diffusione del documento finale ai Medici Generali della Provincia che non hanno partecipato allo studio. Tale diffusione si avvarrà di tutti i canali possibili (Società Scientifiche, Sindacati, bollettini, riunioni ...).

Vi è infine l'impegno, da parte degli estensori, di mantenere aggiornato il documento di consenso attraverso la revisione periodica della letteratura.

# OMEPRAZEN®

OMEPRAZOLO





**SIMG**  
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE  
Sezione di Verona



**QQ**  
LA QUALITÀ E LE QUALITÀ  
IN MEDICINA GENERALE



**SIVRQ**  
SOCIETÀ ITALIANA PER LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA - Area Primary di Verona

# La ricerca in medicina generale: dal self-audit ai trial

**VERONA • Centro Culturale Marani • 18 - 19 giugno 1999**

## VENERDÌ 18 GIUGNO 1999

- 8.30 Registrazione
- 9.00 Saluto delle Autorità
- 9.15 Lettura magistrale del Prof Paul Wallace
- 9.45 Presentazione lavori di ricerca di autori italiani (con commento dei supervisor e discussione)
- 13.00 Presentazione lavori di ricerca di autori italiani (con commento dei supervisor stranieri e discussione)
- 14.30 Presentazione lavori di ricerca di autori italiani (con commento dei supervisor stranieri e discussione)
- 16.30 Seminario: ricerca e audit con alcuni software per la Medicina Generale. Dimostrazione pratica e discussione

## SABATO 19 GIUGNO 1999

- 9:00 Lettura magistrale del Prof. Chris van Weel, Presidente Società europea Medicina di famiglia
- 9.30 Presentazione lavori di ricerca di autori italiani (con commento dei supervisor stranieri e discussione)
- 10.15 Tavola rotonda: i trial clinici in Medicina generale (M. Bobbio, G. Brignoli, A. Pagni, G. Recchia, G. Gottardi, M. Tombesi, P. Wallace, C. Van Weel, Ph. Marazzi)
- 10.30 Presentazione lavori di ricerca di autori italiani (con commento dei supervisor e discussione)
- 13.00 Premiazione dei lavori di ricerca dei medici delle Scuole Regionali di Medicina Generale
- 17.30 Chiusura dei lavori

### Enti Promotori:

**LA QUALITÀ E LE QUALITÀ IN MEDICINA GENERALE** (Bollettino di ricerca in Medicina Generale)

**SIMG** - Sezione di Verona  
**SIVRQ** - Società italiana VRQ

### Segreteria Scientifica:

Germano Bettoncelli, Daniele Giraldi, Giobatta Gottardi, Roberto Mora, Giuseppe Recchia, Guido Scudellari.

### Segretario Scientifico:

Dr. Giobatta Gottardi, Via Bachelet 1, 36056 Belvedere di Tezze (VI)

Tel. 0424-89787

email: giogotta@tin.it

### Con la collaborazione scientifica di:

Scuola lombarda di Medicina Generale  
Medici Insieme - Verona

### Comitato Organizzatore:

Mario Baruchello, Alessandro Battaglia, Franco Del Zotti, Sandro Giroto, Marco Mazzi, Vincenzo Scola, Michele Valente, Giorgio Visentin.

### Segreteria Organizzativa:

**Dr. Francesco Del Zotti**, Corso Porta Nuova 3, 37122 Verona

Tel 045-956671 - 5967772

email: delzotti@intesys.it

**Everywhere Srl**, Corso Porta Nuova 2, 37122 Verona

Tel 045-8004114 Fax. 045-597347

email: everywhere@easynet.it

### INFORMAZIONI GENERALI

#### Sede del Congresso:

Centro Culturale Marani, Piazzale Stefani: Ospedale Civile Maggiore (Borgo Trento) Verona

#### Iscrizione:

La partecipazione al Congresso è a **numero chiuso** e le iscrizioni verranno accettate in base all'ordine di arrivo delle richieste. La quota di iscrizione è di Lit. 120.000 + IVA 20% (Totale Lit. 144.000). I Tirocinanti ed i Neodiplomati delle Scuole Regionali di formazione in M.G., che presentano un lavoro scientifico, hanno diritto ad una quota ridotta: Lit.

60.000 + IVA 20% (Totale Lit. 72.000).

**Scadenza per l'iscrizione: 20 maggio 1999.**

**Per il pagamento della quota di iscrizione, si prega di inviare la scheda acclusa unitamente ad un assegno intestato a Everywhere Srl oppure un bonifico a: Everywhere Srl, Corso Porta Nuova 2, 37122 Verona CARIPLO, Corso Porta Palio 12 Verona**

ABI 06070 - CAB 11700 - C/C 325/1.

#### Norme editoriali e di invio dei lavori di ricerca:

Chi desidera presentare un lavoro scientifico deve produrre un abstract in A4 a stampa ed inviarlo per posta al Dr. Roberto Mora, Matteotti 72 - 37045 - Legnago; inoltre si dovrà fornire l'analogo testo in formato elettronico (dischetto o CD) allo stesso indirizzo oppure inviarlo per posta elettronica all' email: **dr\_mora@netbusiness.it**

I lavori debbono pervenire al Dr. Mora entro il 25 maggio.

Il Comitato scientifico si riserva di accettare ed editare i lavori presentati e di attribuirli alle varie sessioni.

(Comunicazioni orali e posters)

#### Prenotazioni alberghiere:

Sono a disposizione camere in due alberghi tre stelle, nell'immediata adiacenza di Piazza Brà, (la piazza dell'Arena), il centro storico di Verona.

Per prenotare si prega di inviare, **entro il 20 maggio 1999**, copia della scheda acclusa, inserendo gli estremi della carta di credito, con relativa scadenza, quale garanzia della prenotazione.

#### HOTEL EUROPA

Camera doppia uso sing., ( inc. 1ª colazione) Lit. 165.000

#### HOTEL VERONA

Camera singola Lit. 135.000

Camera doppia (inc. 1ª col.) Lit. 175.000

[www2.netbusiness.it/job/simg](http://www2.netbusiness.it/job/simg)

il programma e le schede di iscrizione e prenotazione alberghiera sono disponibili presso questo sito web.