



**I medici di famiglia  
tra motivazione e burn-out  
Studio AcAMG/Apollis**

**Adolf Engl**

*Il medico di medicina generale inglese*

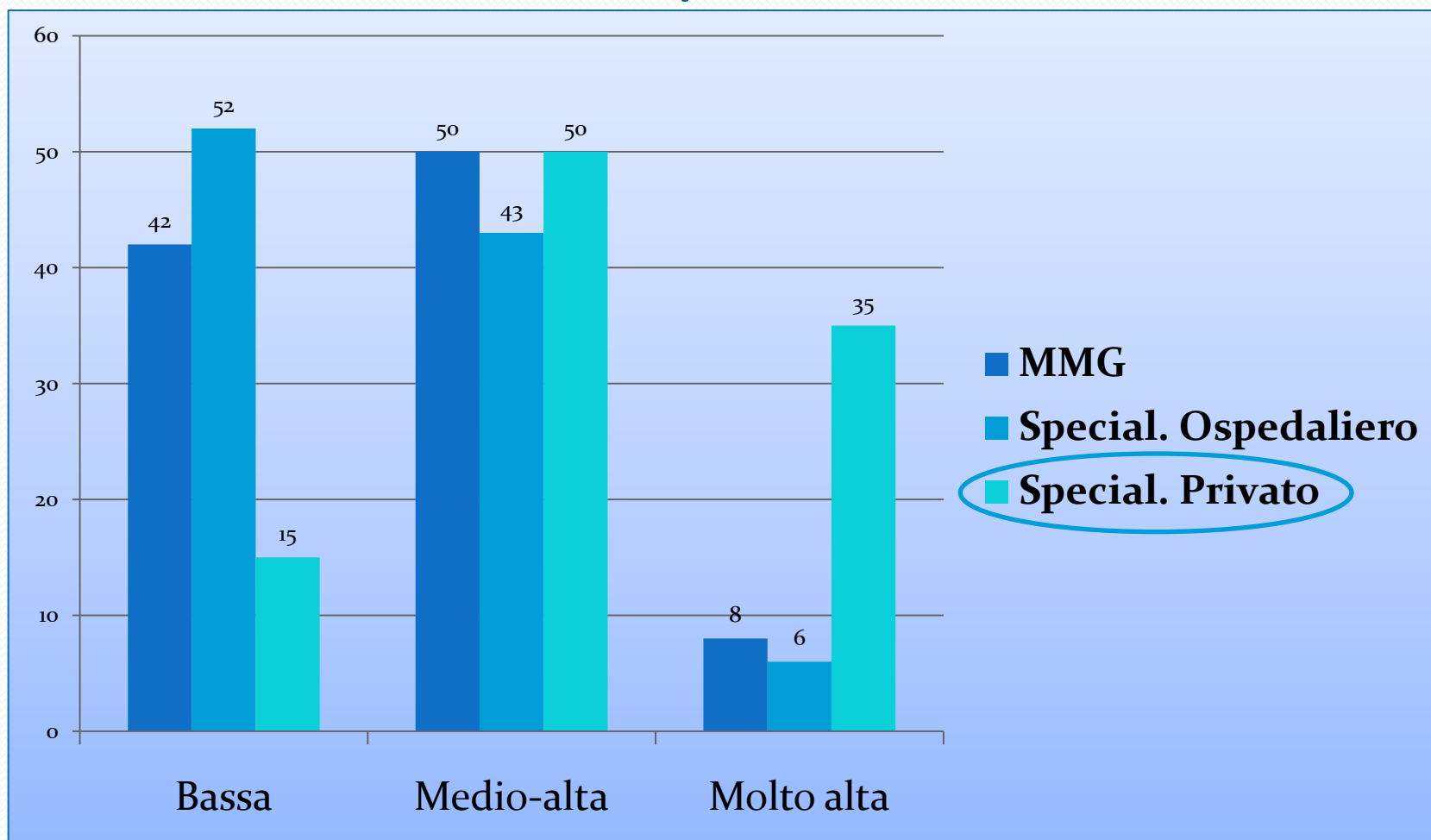
*Pay for performance*

*Giuliano Piccoliori*

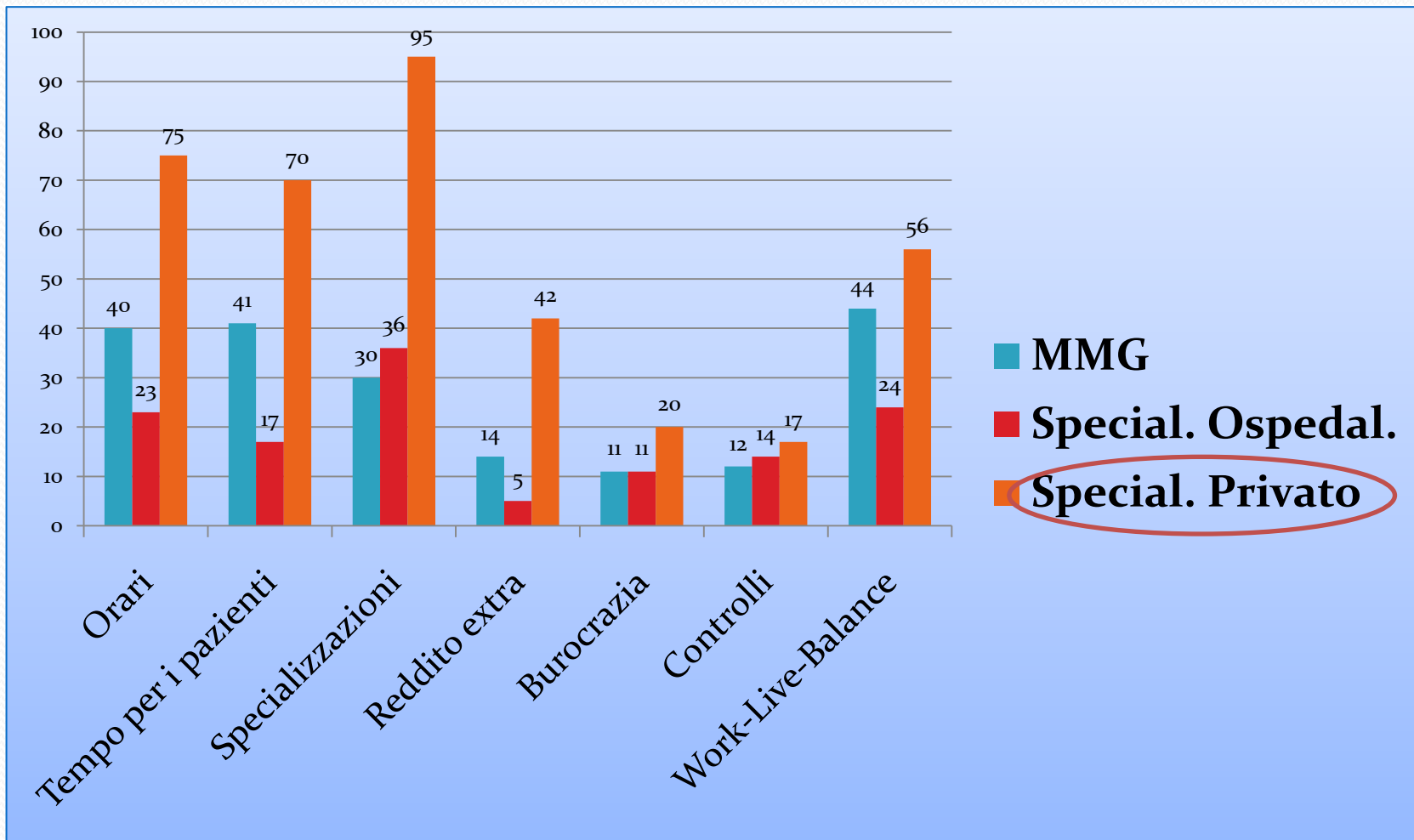
# Composizione del campione

- **355 medici**
- **Pari al 23% dei 1.550 medici, che sono stati invitati a partecipare via email**
- **Hanno partecipato:**
  - **39% dei Medici di Medicina Generale**
  - **24% dei medici ospedalieri**
  - **5% degli specialisti privati**

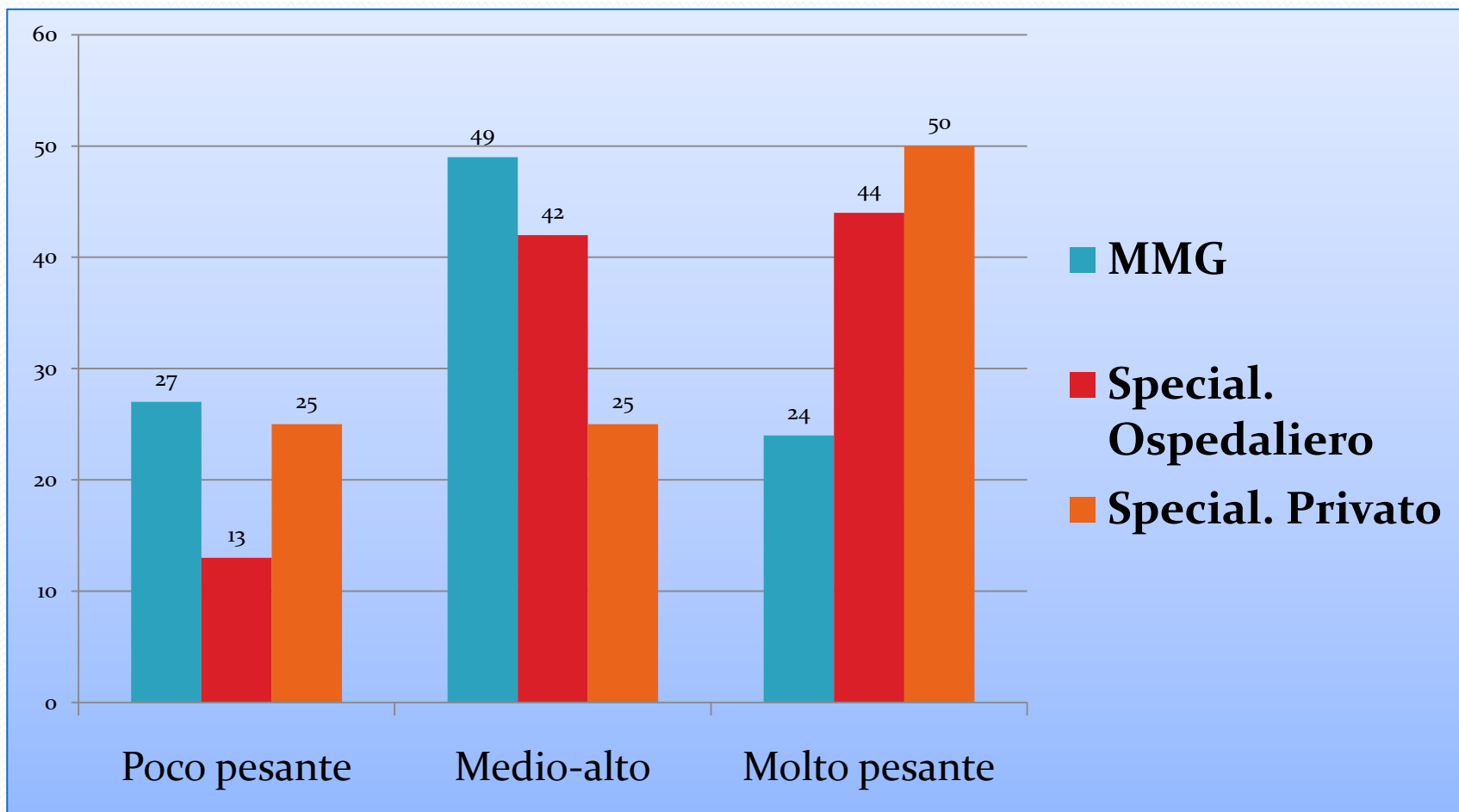
# Soddisfazione professionale secondo tipo di attivit



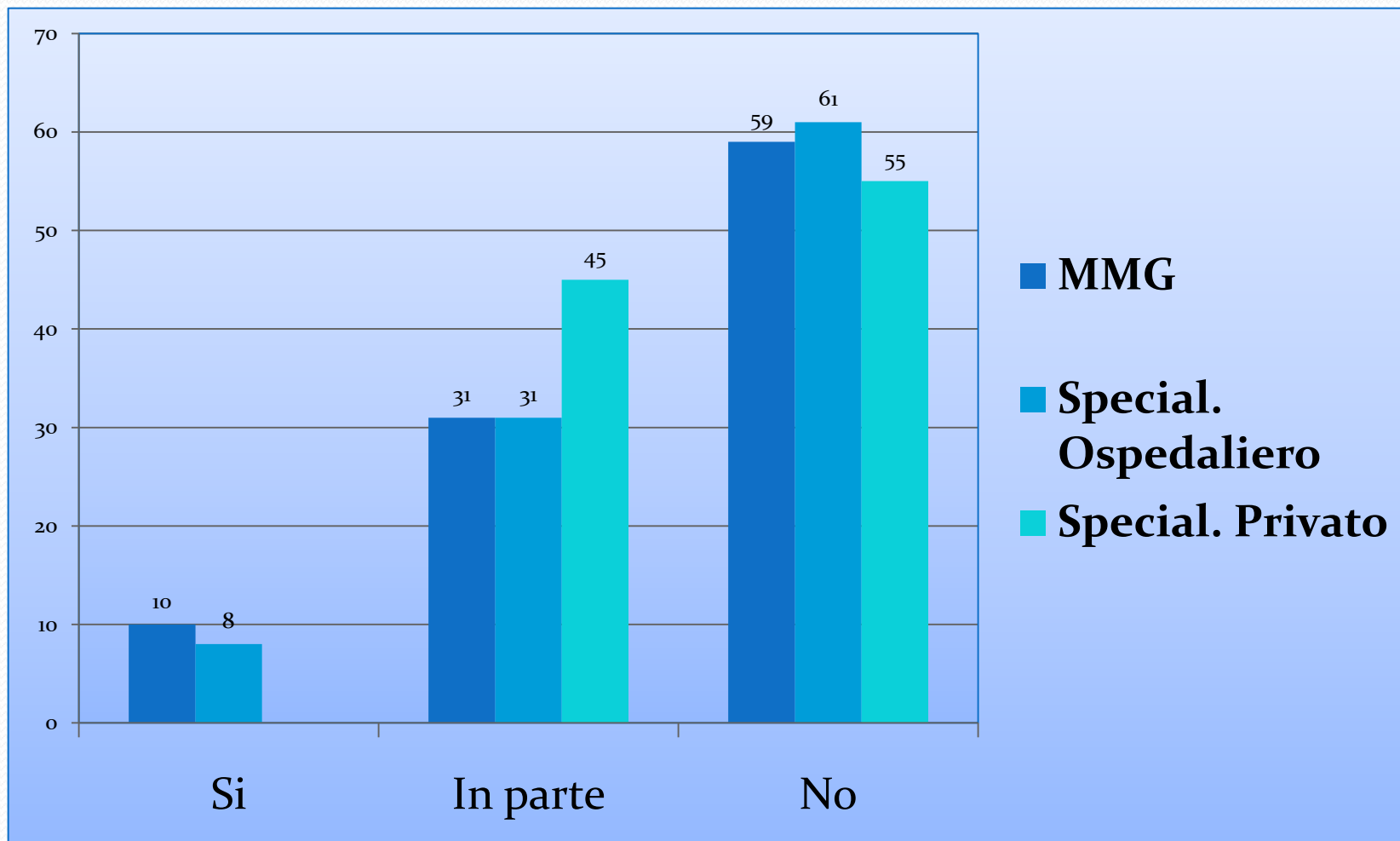
# La sua personale autonomia sul lavoro si riferisce a...



# Come valuta il Suo carico di lavoro attuale?



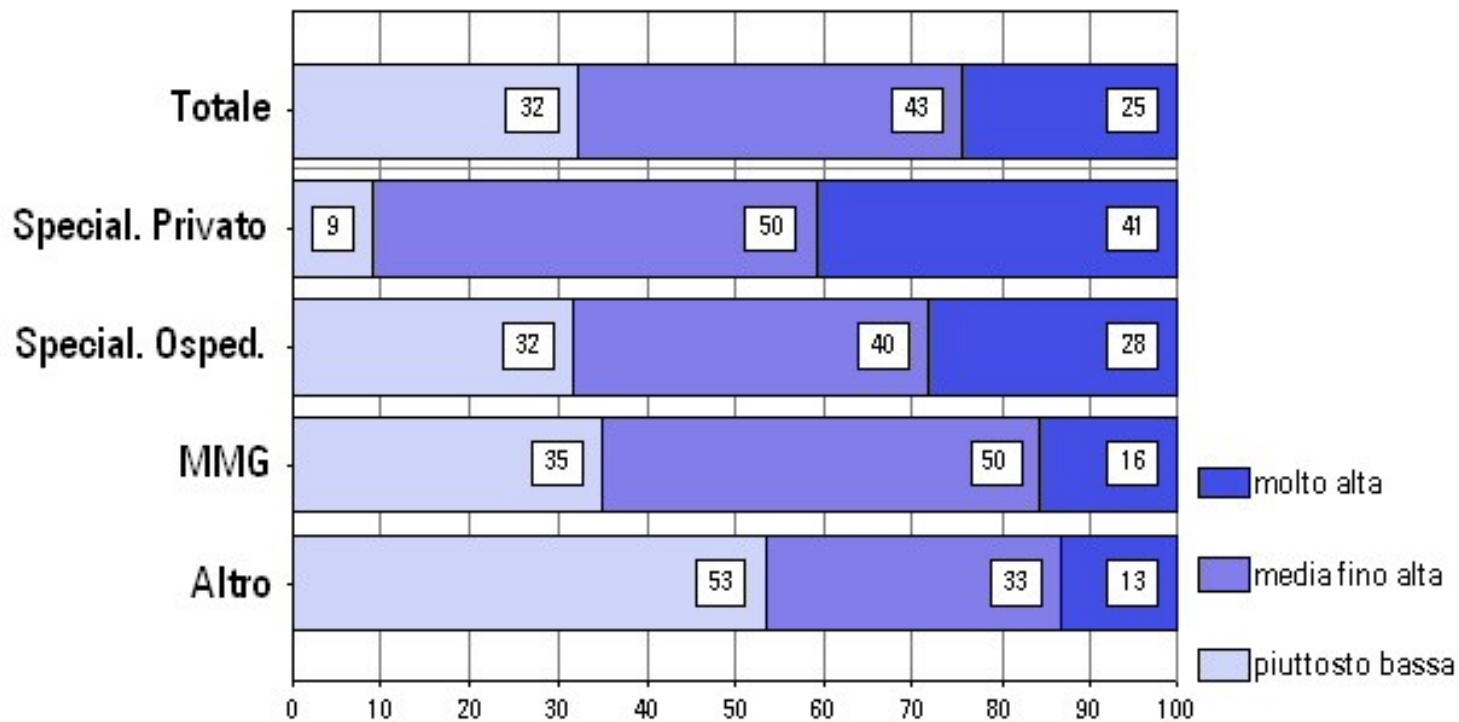
# Burn-out e attivit  medica



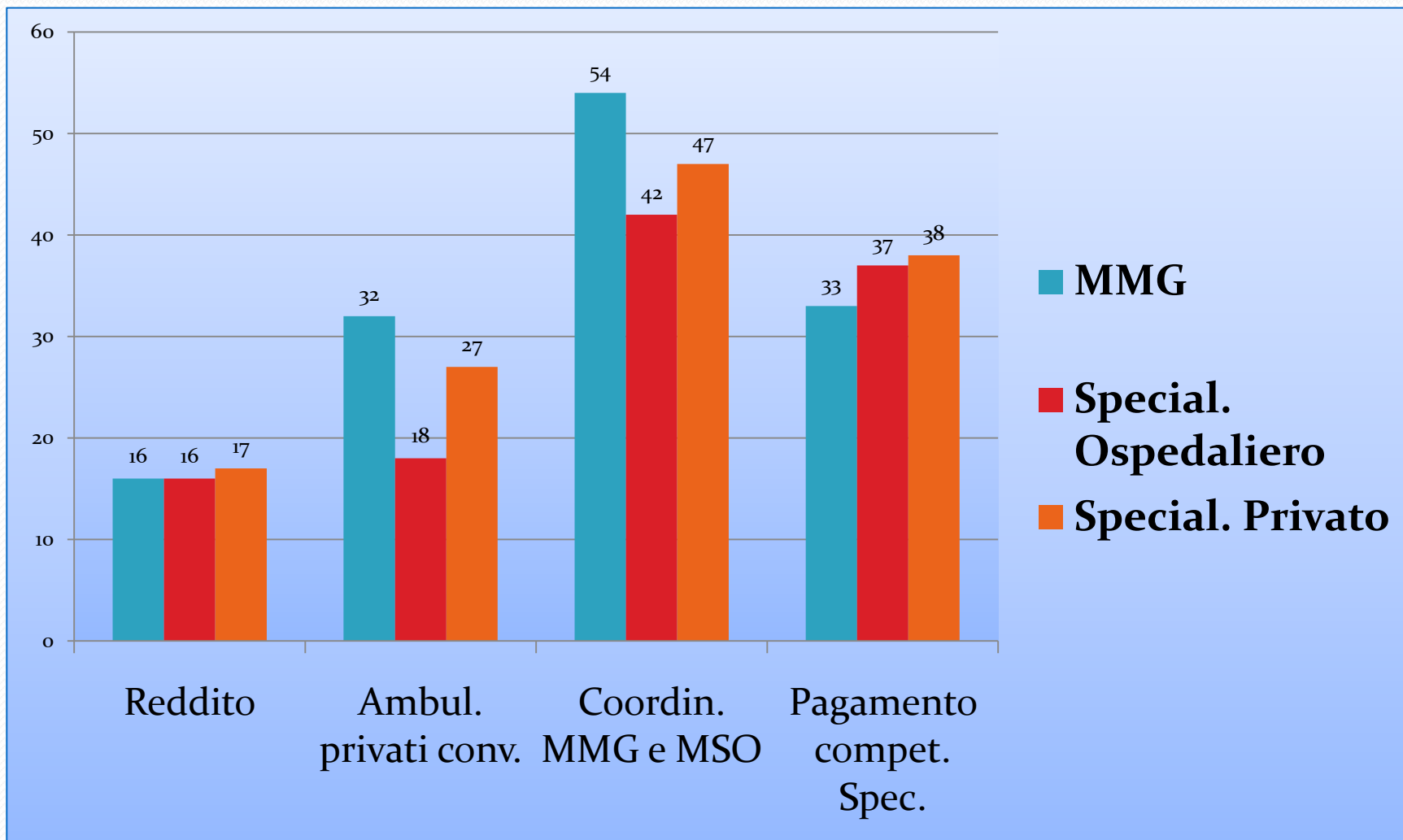
# Motivazione professionale ed attivit 

## Motivazione professionale attuale

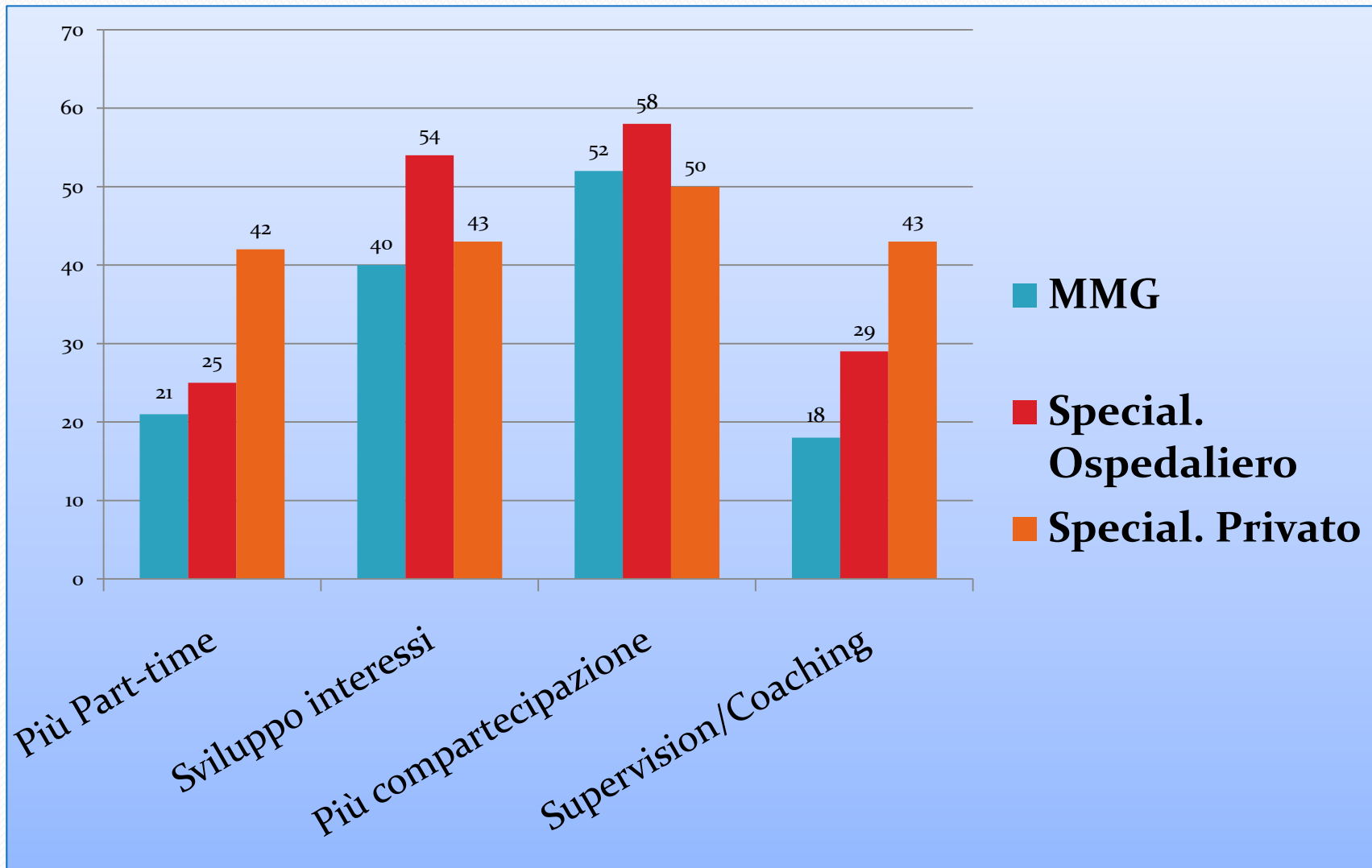
totale e per ambito di lavoro



# Motivatori professionali e categorie (1)



# Motivatori professionali e categorie (2)



# Resumee

- Il **47%**  insoddisfatto della sua **condizione professionale attuale**.
- I medici ospedalieri ed i medici di medicina generale lamentano **un'insufficiente autonomia** nell'organizzazione del lavoro
- Il **carico lavorativo**  molto elevato per il **38%** dei medici
- Problemi **psico-sociali dei pazienti** e scarsa considerazione delle prestazioni erogate **gratuitamente** gravano ulteriormente sul carico di lavoro
- Il **40%** dei medici si sente a rischio di **burn-out**.
- **Burocrazia e ruolo della politica/amministrazione** sono i fattori pi forti di **demotivazione**

- Il **68%**  ancora **motivato** professionalmente, il **25%** molto **motivato**
- Gli aspetti pi motivanti sono: **l'aiutare le persone, l'apprezzamento dei pazienti, la crescita della propria competenza, la consulenza ai pazienti, maggiore sicurezza attraverso l'esperienza**
- La **relazione medico-paziente**  il fattore pi forte per la **motivazione professionale**
- Un buon **equilibrio fra vita privata e lavoro**  altamente motivante e antistress
- **Compartecipazione** a scelte di politica sanitaria, sviluppo di interessi e **competenze specifiche** e loro riconoscimento, **coordinamento ospedale-territorio**, offerte di **supervisione** sono fattori importanti di motivazione professionale

# Cosa chiedono i Medici di Medicina Generale

- 1. Meno burocrazia**
- 2. Meno politica**
- 3. Migliorare la collaborazione con l'ospedale**
- 4. Pi valore sociale all'attivit medica**
- 5. Favorire la medicina di associazione**

# Condizioni di base

- Trasparenza, chiarezza di obiettivi e metodi, condivisione
- Spazio per iniziative autonome, responsabilizzazione, creatività, sostegno alla motivazione intrinseca
- Favorire la compartecipazione e creare sistemi autoregolatori
- I medici sono dei politici migliori?  
I politici dei medici migliori?



# II NHS

**Department of Health**

Ministero della Salute

**Strategic Health Authorities  
(10 SHAs)**

Agenzie/Assessorati Regionali alla Sanit

**Primary Care Trusts  
(152 PCTs)**

Aziende Sanitarie (Locali)

**Primary care**  
General Practices, Nurses, Dentists, Therapists, Opticians, Pharmacists

**Secondary , Tertiary Care**  
NHS Trust (158)  
NHS Foundation Trust (109)

MMG, Distretti sanitari

Aziende ospedaliere

# Chi paga?

- Il NHS è finanziato totalmente dal gettito fiscale
- Le SHAs monitorano PCTs e le NHS Trusts
- Le PCTs finanziano e monitorano i GPs
- Il DoH finanzia le NHSs attraverso le SHAs
- GPs rendono conto alle PCTs e le NHS Trusts alle SHAs
- La spesa media pro capite per il NHS (2008 sec. OECD) è di circa € 1770
  - Italia: € 1790 (AA: € 2263); Austria: € 2100; Germania: € 1970, Francia: € 1970, Spagna: € 1440, Olanda: € 1300, USA: € 2400

# Cosa sono le Cure Primarie nel UK?

- Accesso diretto
- Orientate alla comunità
- Multidisciplinari
- A basso costo
- Universali
- Globali
  
- Le cure primarie forniscono in GB il 90% delle cure sanitarie

# Quali servizi fornisce il GP?

- Diagnosi e trattamento dei problemi acuti
- Gestione dei problemi cronici
- Educazione sanitaria e prevenzione
- Pianificazione familiare
- Cura delle gestanti
- Sorveglianza della salute dei giovani
- Vaccinazioni, consigli ai viaggiatori
- Cure domiciliari
- Cure terminali
- Chirurgia minore
- Invio allo specialista (gatekeeper)

# Quanti GP in UK? (2005)

- 40.000 GPs
- 10.500 Practices (10% solo practices)
- 35.000 GP Principals
- 5000 Non Principals
- 2.500 GP Registrars
  
- Practice standard: 3 GP e 5500 pazienti
- Numero medio di pazienti per GP = **1745**
  
- 60% di tutti i medici sono GP

# Membri di una Practice

- **Receptionists**
- **Practice Manager**
- **Secretary**
- **Practice Nurses**
- **Health care assistant**
- **Salaried GPs**
- **Health visitor:**
  - Psychiatric Nurse
  - Community Midwife
- **Social Worker**
- **Counsellor**
- **Physiotherapist**
- **Podiatrist**
- **Pharmacist**
- **Dietician**

# Contratti dei GP

- **General Medical Services contract** – contratto dei GP nazionale (2/3)
  - La maggior parte dei GP sono contraenti indipendenti – liberi professionisti
- Possono negoziare un **Personal Medical Services contract** con le PCT (1/3)
- Possono scegliere di essere **dipendenti del NHS**
- Possono scegliere di gestire un budget per acquistare servizi sanitari (**Practice Based Commissioning – PBC**), e trattenere il 70% del risparmio (ex “fundholding”)

# Quanto guadagna il GP

- **Tra 117.000 € a 175.000 € (senza notti e festivi) lordi al netto delle spese per la practice (aliquota 40%)**
- La remunerazione  costituita da:
  - Quota capitaria (“global sum” che comprende anche spese per staff, oltre che per attrezzatura e struttura)
  - Quota per servizi addizionali (p.e. tampone cervicale, vaccinazioni, contraccezione)
  - Prestazioni extra (specialistiche p.e. assistenza al parto, traumatologia minore)
  - Dal 2004 quota per raggiungimento di standard clinici ed organizzativi (QOF)

# Il nuovo contratto del 2004

## *Investing in General Practice – The new medical services contract*

- “no new work without new resources”
- “the most elaborate and expensive pay for performance scheme in any health care system, or indeed in any organisation anywhere” (Roland, 2004)
- Su 3 anni **33% di budget in più** nelle cure primarie
- Aumento medio del reddito del GP nei primi 3 anni del 58%!!!
- Meno ore di lavoro e non più obbligo di continuità assistenziale

# Quality and outcomes framework

- E' un sistema di incentivazione dei GP su base **volontaria**
- Si basa sul principio del “Pay for performance”
- Il sistema di valutazione assegna fino **ad un massimo di 1000 punti** a practice
  - **143** indicatori distribuiti in **4** settori (domains) di valutazione
- Ciascun punto, per una *practice standard*, vale oggi **150 €**

# Quality and outcomes framework

## QOF (update 1th april 2011)

- **Area clinica** - 20 condizioni cliniche differenti, 88 indicatori (standard di qualità), 661 punti
- **Organizzazione della practice** - 6 aree, 45 indicatori, 262 punti
- **Esperienza dei pazienti** - 1 indicatore, 33 punti
- **Servizi addizionali**- 9 indicatori, 44 punti

# Chi stabilisce gli indicatori?

- Dall'aprile 2009 il **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)**
- I principi alla base sono i seguenti:
  - Gli indicatori devono essere **evidence-based**
  - Il numero di indicatori per ogni condizioni clinica deve essere il **minimo compatibile** per valutare l'assistenza al paziente
  - I dati raccolti devono essere **utili alla cura dei pazienti**

# Quality and outcomes framework

	<b>Aree cliniche</b>	<b>N indicatori</b>	<b>Punti</b>
1	<b>Diabete mellito</b>	15	92
2	<b>Ipertensione arteriosa</b>	3	79
3	<b>Prevenzione secondaria della malattia coronarica</b>	9	76
4	Fumo	2	60
5	Asma	4	45
6	Salute mentale	10	40
7	Insufficienza renale cronica	5	38
8	Depressione	3	31
9	BPCO	5	30
10	Insufficienza cardiaca cronica	4	29
11	Fibrillazione atriale	3	27
12	Demenza	3	26
13	Stroke e TIA	7	22
14	Epilessia	4	14
15	Prevenzione primaria della malattia cardiovascolare	2	13
16	Cancro	2	11
17	Obesità	1	8
18	Ipotiroidismo	2	7
19	Disabilità dell'apprendimento	2	7
20	Cure palliative	2	6
	<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>661</b>

# Quality and outcomes framework

## *Diabete mellito*

Indicatore	Punti	Livelli di pagamento
DM2. La percentuale di pazienti con diabete dei quali esiste una registrazione del <b>BMI nei 15 mesi precedenti</b>	3	40-90%
DM26. La percentuale di pazienti con diabete di cui l'ultimo valore misurato dell' <b>HbA1c � uguale o inferiore a 7.5% nei 15 mesi precedenti</b>	17	40-50%

# Quality and outcomes framework

## Area organizzativa

<b>Aree organizzative</b>	<b>N indicatori</b>	<b>Punti</b>
Documentazione ed informazioni sui pazienti	11	86
Informazioni per i pazienti	1	2
Educazione ed addestramento	7	28
Gestione della practice	7	13,5
Gestione dei farmaci	8	36
Qualità e produttività	11	96,5
<i>Totale</i>	<b>45</b>	<b>262</b>

# Area organizzativa

<b>Documentazione ed informazioni</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Punti</b>
La pressione sanguigna dei pazienti con più di 44 anni è stata registrata nei precedenti 5 anni in almeno il 65% dei pazienti	10
<b>Educazione e addestramento</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Punti</b>
La practice si è sottoposta alla revisione di un minimo di 3 eventi significativi nell'anno precedente.	6
<b>Gestione della practice</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Punti</b>
La practice offre un range di possibilità di appuntamenti ai pazienti, che come minimo include appuntamenti al mattino e al pomeriggio per 5 mattine e 5 pomeriggi alla settimana	3

# Area organizzativa

<b>Gestione dei farmaci</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Punti</b>
Il numero di ore dalla richiesta della prescrizione fino alla possibilità di ritiro da parte dei pazienti non può essere superiore a 48. (escludendo finesettimana e festivi)	6
<b>Qualità e produttività</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Punti</b>
La practice si impegna nello sviluppo e nell'implementazione di tre percorsi di cura condivisi nella gestione e trattamento di pazienti allo scopo di evitare ricoveri d'urgenza e produce una relazione dell'azione compiuta alla PCO non oltre il 31 marzo 2012.	27,5

# Area dell'esperienza del paziente e dei servizi aggiuntivi

<b>Area dell'esperienza dei pazienti</b>	<b>Punti</b>
Durata della visita $\geq$ 10 min.	<b>33</b>

<b>Area servizi aggiuntivi</b>	<b>N indicatori</b>	<b>Punti</b>
Screening K cervice uterina (PAP)	4	22
Sorveglianza della salute dei giovani	1	6
Assistenza alla gravidanza	1	6
Contraccezione	3	10
<i>Totale</i>	<b>9</b>	<b>44</b>

# Risultati

- Hanno aderito **8500 practice su 10.500**
- Le practice raggiungono in media il **90%** degli obiettivi prestabiliti.
- Riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera
- Gestione standardizzata delle malattie croniche
- Più servizi forniti dalle practice
- Maggiore soddisfazione dei pazienti
- Meno problemi nel trovare nuovi GP – attrattività della professione
- Rischio:
  - centralità del paziente e approccio olistico sacrificato all'altare degli outcome di processo ed esito del QOF

**“In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all’interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. ... La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici”**

Morrison I, Smith R. *Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care.*

BMJ 2000; 321: 154-2.

**God save the GP**  
**The END**