



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



LA MEDICINA GENERALE NELLE CURE PRIMARIE

Modena 5-6 Marzo 2010

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Centro Servizi, Via del Pozzo 71

ABSTRACTS

1) **“L’audit come strumento didattico per il miglioramento della qualità: un’esperienza di audit sul diabete in una medicina di gruppo promossa da un mmg in formazione”**

C. Carosino MMG tutor - SIMG Parma

A. Campanini MMG tutor- SIQuAS-VRQ

Dino Pampari specializzando al Corso di Formazione in MG Emilia Romagna

Premessa: Il periodo di tirocinio per il MMG in formazione dovrebbe fornire l’occasione, non solo di fare esperienza clinica, ma anche di applicare sul campo le tecniche di revisione della qualità del proprio lavoro e di sperimentare semplici protocolli di ricerca. Entrambe queste attività sono destinate a diventare parte essenziale del lavoro del MMG e la presenza del tirocinante in uno studio può essere un fattore attivo di stimolo a metterle in atto.

Obiettivo di questa prima fase dell’AUDIT: verificare lo stato dell’assistenza ai pazienti diabetici di tipo II afferenti alla medicina di gruppo, come risulta dai dati registrati negli ultimi tre anni con il software MILLEWIN in uso da parte dei 5 MMG e conservati nel database comune.

Metodo: Particolare attenzione si è prestata all’individuazione di tutti i pazienti diabetici (mediante diverse tecniche di ricerca) procedendo poi all’analisi di diversi indicatori di processo e di esito intermedio. Come riferimenti sono stati utilizzati i dati del Report di Health Search 2008.

Risultati: Per ogni indicatore è stato calcolato il valore personale (di ciascun medico del gruppo) e quello medio dell’intero gruppo. Al di là dell’evidente scostamento dei valori degli indicatori rilevati rispetto ai “gold standard”, che potrebbe innescare sentimenti di delusione e scoraggiamento, la discussione in

gruppo dei risultati ha sottolineato i segg. punti:

- Buoni livelli di “individuazione” della patologia (prevalenza media rilevata pari al 6.7% della popolazione in cura, con punta dell’8.9% in uno dei MMG) testimonianza anche dell’accuratezza del metodo di ricerca sul database
- Importante “bias di registrazione” per cui mediamente solo nel 83% dei diabetici il problema e’ “codificato” (con punta minima del 55.2% in uno dei colleghi), legato anche alla scarsa consuetudine con il software (due colleghi su cinque usano il programma da soli tre anni)
- Persistente incertezza sul ruolo di “responsabile terapeutico” per i diabetici che afferiscono ai “Centri antidiabetici” che induce a bypassare il MMG anche dal punto di vista dell’ordinata raccolta dei dat clinici.
- Ampi margini di miglioramento, anche grazie allo stimolo costituito dalla recente introduzione del progetto di “gestione integrata” del paziente diabetico.

2)

C. Penati, Candidata

A. Campanini MMG tutor- SIQuAS-VRQ

D. Pampari specializzando al Corso di Formazione in MG Emilia Romagna

Scopo

Valutare l'efficacia di una modalità di gestione integrata del paziente diabetico nell'ambito della Medicina Generale, basata sulla collaborazione con l'infermiere.

Il servizio che abbiamo studiato è caratterizzato da visite quadrimestrali effettuate da un'infermiera ai pazienti diabetici assistiti da 3 MMG facenti parti di una Medicina di Gruppo, con incontri settimanali tra MMG e infermiera al fine di favorire il passaggio di informazioni.

Metodi

É stata valutata l'accuratezza/completeness di alcuni dati ritenuti indicatori di processo (BMI, anamnesi tabagica, HbA1c, esecuzione dell'esame del fundus oculi, PA, Microalbuminuria, Creatinemia, Colesterolemia totale, esecuzione dell'ECG e della vaccinazione antinfluenzale) presenti nelle cartelle informatizzate del MMG relativamente ai pazienti diabetici (94) che usufruiscono del servizio; i dati sono stati rilevati all'avvio dell'ambulatorio e a un anno di distanza e successivamente confrontati. É stato inoltre verificato l'andamento di alcuni di questi indicatori (HbA1c, microalbuminuria, BMI, PA e colesterolemia) nell'arco di un anno (indicatori d'esito).

É stato successivamente indagato il grado di soddisfazione dei pazienti tramite un questionario anonimo preparato dalla studentessa e consegnato ai pazienti (51 su 94) in occasione degli incontri, con l’invito a compilarlo autonomamente.

É stata inoltre eseguita un'intervista, audioregistrata e successivamente trascritta, a medici e infermiera con lo scopo di rilevare le loro percezioni rispetto all'attività svolta.

Risultati

A distanza di un anno dall'avvio dell'ambulatorio, tutti gli indicatori di processo considerati sono riportati nelle cartelle cliniche in percentuale maggiore rispetto all'anno precedente e tutti i parametri di esito intermedio considerati sono migliorati.

É stato riscontrato un elevato grado di soddisfazione da parte di tutti gli attori dell'indagine: la totalità dei pazienti ritiene utile la presenza di un ambulatorio dedicato e si dice pienamente soddisfatto della sua organizzazione; l'infermiera e i medici, nonostante i costi economici e di tempo, sono soddisfatti del

servizio, che permette una gestione più globale dei pazienti.

Conclusioni

Considerata la soddisfazione di tutti e tre gli attori e i miglioramenti nella cura del paziente diabetico ottenuti con questa modalità di gestione, si auspica l'estensione di questo modello organizzativo ad altre Medicine di gruppo.

3) “Studio delle ADR gravi e non gravi osservate negli ultimi sette anni fra i pazienti di un Medico di Medicina Generale”

Fois Cristina, candidata

Prof.ssa Antonietta Martelli, Dr. Andrea Stimamiglio, relatori

1) La legge attualmente in vigore

Il DL 95/2003 “Attuazione della direttiva 2000/38/CE relativa alle specialità medicinali”, apporta importanti modifiche alla legislazione italiana sulla farmacovigilanza.

Le principali novità per il MMG riguardano la tipologia delle reazioni da segnalare e la relativa tempistica, nonché le sanzioni in caso di mancata segnalazione.

In particolare, non vanno più segnalate tutte le reazioni, ma solo quelle gravi ed inattese o quelle relative a particolari farmaci indicati dal Ministero; viene quindi a decadere il precedente obbligo di segnalare le reazioni non gravi e già conosciute.

2) Lo stato delle segnalazioni di ADR in Italia e in Europa

Secondo l'OMS, il golden standard delle segnalazioni di ADR è di 300 per milione di abitanti su base annua.

Nel 1994, solo due nazioni Europee, la Svezia e l'Islanda, erano sopra tale standard; in questa particolare classifica, l'Italia figura ancora agli ultimi posti nonostante abbia visto un incremento delle proprie segnalazioni, che sono passate dalle 82/milione abitanti del 2000 alle 168/milione di abitanti del 2007.

3) Quante sono effettivamente le ADR?

Un MMG con circa 1100 pazienti dall'agosto 2000 al maggio 2007 ha segnalato nella propria cartella clinica informatizzata tutte le ADR riferitegli dai propri pazienti.

Le segnalazioni su base annua vanno da un minimo di 128 nell'anno 2003 ad un massimo di 176 nel 2006 (161.913 ADR per milione di abitanti).

Al termine della rilevazione, nel maggio 2007, risultavano segnalate 1324 ADR per il totale dei 1094 pazienti in carico al MMG in quel momento; 516 erano i pazienti con la segnalazione di almeno una ADR, con una netta prevalenza del sesso femminile.

Le maggiori segnalazioni di effetti collaterali erano a carico della classe ATC "N – farmaci del sistema nervoso" (271 casi), seguiti dagli antinfettivi (240 casi), dai cardiovascolari (237 casi) e dai FANS (222 casi).

Tenendo conto del numero di ADR per quantità di prescrizioni, risultavano al primo posto i FANS (4,1 segnalazioni di ADR ogni 100 pezzi prescritti), seguiti dagli antiparassitari (3,9%), dagli antinfettivi (2,4%) e dai farmaci del sistema nervoso (1,8%).

4) **“Le cure domiciliari in Medicina Generale. Indagine osservazionale in un’area della provincia di Brescia e Brianza”**

Cristina Rossi*

Enrico Beretta°

Marina Bosisio°

Vittorio Caimi°

Bianca Fossati°

Maria Grazia Riva°

Chiara Bonazzi^

***Dottore Magistrale in Medicina e Chirurgia, ° MMG Tutor Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Milano Bicocca, ^ Docente di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di Milano Bicocca.**

Scopo del lavoro

Osservare e descrivere l'assistenza domiciliare (AD) integrata, programmata ed urgente, le caratteristiche dei pazienti assistiti, le risposte fornite dai MMG e le eventuali discrepanze tra bisogni e servizi offerti dalla rete dell'assistenza domiciliare.

Materiali e metodi

Sulla base della bibliografia, in accordo con un gruppo di MMG tutori e con la supervisione della professoressa responsabile del corso di MG pre-laurea sono state predisposte tre schede per raccogliere i dati. Le informazioni rilevate riguardano il numero e la tipologia delle visite, le patologie del paziente, la rete familiare di supporto, la presenza e il tipo di caregiver, i servizi attivati al domicilio, le prestazioni fornite durante la visita, le opinioni del MMG sull'utilità della visita dal punto di vista clinico e/o psico-sociale. I dati sono stati raccolti dalla studentessa sulla base di quanto osservato durante le visite e di quanto appreso dal MMG riguardo ad ogni paziente.

Risultati

Sono state analizzate 104 visite relative a 102 pazienti e 9 MMG. La gran parte delle visite erano su appuntamento, alcune urgenti. I dati sono in accordo con la letteratura. La visita domiciliare è ancora un'attività quotidiana del MMG ma è cambiata la tipologia. Vi è una quota di anziani soli che hanno il MMG come unico riferimento.

Conclusioni

L'AD esaminata appare efficace e conforme alle esigenze dei pazienti. Traspare comunque la necessità di una migliore e più organizzata gestione delle risorse da parte degli enti preposti al fine di stabilizzare i punti deboli del sistema; la cosa potrebbe essere attuata mediante una riorganizzazione del sistema sanitario sul concetto di reti e di accesso unico, potenziando il ruolo del MMG come figura centrale per la gestione del paziente.

5) “La relazione medico-paziente-famiglia e la comunicazione delle “cattive notizie”: un percorso formativo istituzionale per la medicina generale in Toscana”

Riccardo Perfido, Medico-Chirurgo

Loretta Polenzani, MMG

La comunicazione con il paziente dovrebbe rappresentare, accanto alle competenze tecniche, uno degli elementi principali dell'attività quotidiana del medico, in particolare del Medico di Medicina Generale. Per questo motivo la conoscenza dei principali modelli comunicativi costituisce un punto di partenza indispensabile per analizzare come sia i medici di medicina generale che quelli ospedalieri e gli specialisti possono organizzare un processo di comunicazione delle cattive notizie con il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia, in che modo essi possono perfezionare questo difficile compito (prendendo anche come riferimento le definizioni della Medicina Generale elaborate da WONCA Europe 2002), quali conseguenze può avere una comunicazione poco efficace sui pazienti e come questi ultimi percepiscono la comunicazione.

Gli strumenti per una buona comunicazione medico-paziente non sono solo una prerogativa caratteriale del singolo medico, ma possono e devono essere appresi: è quindi necessario un adeguato processo formativo.

Nella Regione Toscana, dopo alcune esperienze pilota degli anni 80 e 90, dal 2002 è iniziato un programma sperimentale di formazione continua per i Medici di Medicina Generale organizzato in tre moduli (Ottica relazionale, Comunicazione della cattive notizie, Comunicazione del rischio) e strutturato in corsi centrali destinati ai MMG Animatori di Formazione, che provvedevano poi ad organizzare corsi analoghi per tutti i MMG delle ASL di appartenenza.

In questo modo sono stati coinvolti circa 1500 Medici di Medicina Generale di tutta la Regione.

La formazione sulla comunicazione delle cattive notizie è un processo in fase “embrionale” in cui c'è ancora molto da scoprire e da sviluppare, come per esempio dei sistemi di valutazione delle ricadute di questi percorsi formativi (questionari di gradimento, griglie di valutazione per il raggiungimento degli obiettivi...)

6) “Sindrome del Burn-out nei medici di medicina generale nella provincia di Modena: valutazione della prevalenza e di alcune variabili implicate, per le ricadute sulla qualità dell’assistenza extra – ospedaliera”

Padula Maria Stella⁽¹⁾

Ferretti Enrica⁽²⁾

Svampa Elena⁽³⁾

Venuta Marco⁽⁴⁾

D’Amico Roberto.⁽⁵⁾

(1) Medico di Medicina Generale, *SIMG*, Professore a contratto di Medicina Generale, *Università di Modena e Reggio Emilia*.

(2) Medico Chirurgo, neolaureato presso l’*Università di Modena e Reggio Emilia*.

(3) Medico Chirurgo, dottorando in *Psichiatria*, *Università di Modena e Reggio Emilia*.

(4) Medico psichiatra, aiuto presso la *Clinica Psichiatrica Università di Modena e Reggio Emilia*.

(5) Ricercatore in *Statistica Medica*, *Università di Modena e Reggio Emilia*.

OBIETTIVI

Valutazione della prevalenza della sindrome del burn-out nei medici di medicina generale nella provincia di Modena e di alcune variabili implicate, per le ricadute sulla qualità dell’assistenza extra – ospedaliera, per programmare interventi di prevenzione nei professionisti a rischio.

METODI

È stato selezionato, in modo randomizzato, un campione di 80 MMG (15%) fra tutti i 535 MMG modenesi. Ai medici del campione è stato autosomministrato un questionario anonimo contenente dati demografico-organizzativi ed il Maslach Burnout Inventory (MBI). Per l’analisi statistica dell’associazione tra variabili e burn-out è stato utilizzato l’Indice Tau di Kendall.

Hanno risposto 56 MMG (tasso di risposta del 70%).

RISULTATI

Rispetto alle 3 sottoscale del MBI, è stato rilevato che:

- il 37,5% degli intervistati presenta alti livelli di esaurimento emotivo;
- il 26,8% presenta alti livelli di depersonalizzazione;
- l’8,9% presenta alti livelli di scarsa realizzazione personale.

Sono risultati fattori protettivi nei confronti dell'esaurimento emotivo: l'esercizio esclusivo della MG, lo svolgere attività di docente e/o tutor, l'averne più di 1000 assistiti.

Sono risultati fattori protettivi nei confronti della depersonalizzazione: lo svolgere attività di docente e/o tutor, il non essere coniugato, l'averne 2 o più figli.

Sono risultati fattori che favoriscono una buona realizzazione personale: il collaborare con segretaria e/o infermiera e/o gruppo di medici nell'esercizio della professione di MMG, il non essere coniugato.

CONCLUSIONI

Attraverso questa ricerca si è valutata la prevalenza del burn-out fra i MMG della provincia di Modena e si sono identificate alcune variabili associate al fenomeno.

Il burn-out fra i MMG è una realtà, verso la quale è necessario prendere provvedimenti mirati, in considerazione delle conseguenze che ha sul medico stesso, sul paziente e sul sistema sanitario.

Grazie ai risultati di questo studio si sta avviando una seconda fase per identificare (in base alle caratteristiche emerse e alle variabili maggiormente importanti), i fattori responsabili ed offrire ai medici di MG a rischio di Burn-out un percorso di prevenzione della sindrome di Burn-out.

7) "Familiarità per carcinoma della mammella: proposta di un metodo d'indagine nell'ambulatorio della medicina generale"

Rosamaria Carbone, Medico Chirurgo

Lucia Caldini, MMG

Università degli studi di Firenze, facoltà di Medicina e Chirurgia

Centro per la ricerca e l'alta formazione in Medicina Generale

INTRODUZIONE. Il carcinoma della mammella è una delle neoplasie più comuni in Italia con una prevalenza di 416.000 casi, un'incidenza di 33.000 nuovi casi per anno, una mortalità annua del 2.3%.

Il carcinoma ereditario della mammella rappresenta il 5-10% di tutti i casi di carcinoma mammario. Donne con predisposizione ereditaria per il carcinoma della mammella hanno un alto rischio di sviluppare questo tumore durante la loro vita rispetto alla popolazione generale ed un aumentato rischio di essere affette da tumore in altre sedi. Abitualmente lo studio della familiarità per neoplasie avviene a partire da un caso indice, ma la valutazione della stessa a partire dalla popolazione generale potrebbe migliorare la procedura di screening e ridurlo notevolmente il rischio. L'ambulatorio di Medicina Generale (MMG) potrebbe costituire una struttura adeguata per la valutazione del rischio.

SCOPO DELLO STUDIO, MATERIALI E METODI. L'obiettivo dello studio è stato la costruzione di uno strumento semplice per la raccolta dell'anamnesi familiare, la validazione della sua efficacia, e la valutazione dell'idoneità dell'attività del MMG nell'identificazione dei soggetti ad alto rischio.

Il questionario, distribuito a 2162 degli 8681 assistiti appartenenti alle liste di 6 MMG operanti in forma di medicina di gruppo con l'ausilio di personale

infermieristico e di segreteria. Lo studio è stato svolto nel rispetto dell'attuale normativa sulla privacy.

RISULTATI. I questionari restituiti sono stati il 46,7 %, di cui circa il 92% compilati in modo adeguato, solo l'1% non compilati, il 5% compilati parzialmente, l'1,5% in modo erroneo.

CONCLUSIONI. la valutazione del rischio per carcinoma familiare della mammella è risultata effettuabile da MMG che lavorino nella forma di "Medicina di gruppo", utilizzino un software per la gestione dei dati degli assistiti, e si avvalgano dell'aiuto di personale di segreteria e di infermieri.

8) "L'ipertensione arteriosa in medicina generale: valutazione del rischio cardiovascolare nell'ambito di un percorso sperimentale di una unità' di cure primarie"

Loretta Polenzani, MMG

Andrea Santini, MMG

Tessa Innocenti, Medico Chirurgo

Centro per la Ricerca e l'Alta Formazione in Medicina Generale Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

Background: L'ipertensione arteriosa rappresenta il maggior fattore di rischio cardiovascolare, modificabile, per morbilità e mortalità. E' il MMG ad avere la responsabilità primaria nella gestione del paziente iperteso, spesso anziano e soprattutto complesso a causa di frequenti condizioni cliniche associate per lo più croniche. La prevalenza delle patologie croniche è in progressivo aumento mentre le cure primarie non sempre sono preparate a rispondere alle nuove

necessità assistenziali che via via si stanno delineando anche in virtù di inadeguata organizzazione e inefficiente impiego delle risorse. Il problema Ipertensione costituisce valido esempio della difficoltà che l'assistenza territoriale sta incontrando: Nell'ambulatorio di MG la PA è misurata regolarmente al 50% degli assistiti; i soggetti trattati sono nell'ordine del 70-90%; tra i trattati, quelli in compenso sono tra il 20% e il 50% e le patologie cardiovascolari che il MMG deve affrontare quotidianamente sono, spesso, proprio la conseguenza dell' IA non adeguatamente trattata.

Obiettivi: In questo lavoro ci si propone di valutare nell'ambito della sperimentazione di un nuovo modello di Unità di Cure Primarie della Asl di Prato: 1) la prevalenza e il grado di controllo dell'IA nella popolazione generale, propria della MG; 2) la distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolari; 3) il case mix; 4) la stratificazione del rischio CV; 4) la terapia anti ipertensiva.

Materiali e Metodi: Strumento essenziale per la conduzione della ricerca è l'utilizzo del software di gestione della cartella clinica più diffuso in MG, Millewin(c). E' stato richiesto ai Medici partecipanti di impegnarsi in un processo di miglioramento qualitativo di registrazione dei dati, attraverso un utilizzo più sistematico della cartella clinica informatica. In particolare si è provveduto a recuperare gli assistiti ipertesi che non risultavano esserlo ancora in cartella e a codificarli secondo il sistema di classificazione ICD9; è stato eseguito il calcolo del rischio CV secondo quanto stabilito dal Progetto Cuore. Quindi, attraverso la costruzione e l'applicazione di apposite stringhe di estrazione su Mille Utilità(c), il programma di servizio di Millewin, sono state eseguite delle statistiche sui dati riferiti alla popolazione ipertesa dapprima nel singolo medico, poi nell'ambito delle diverse medicine di gruppo.

Risultati: Da una prima valutazione senza verifiche di registrazione sull'intera popolazione di 44087 assistiti la prevalenza di IA era stimata al 16,8%, con ampia eterogeneità di risultati tra i Medici dell'UCP (dal 6% al 24%), nonché prevalenza significativamente inferiore ai dati forniti dall'OEC. A seguito dell'aggiornamento e della verifica dei dati in cartella, condotte nell'arco di nove mesi di lavoro, la prevalenza dell' IA è andata progressivamente aumentando: in particolare analizzando una popolazione selezionata relativa a 3 gruppi di 26 MMG per 34387 assistiti è stato ottenuto un valore di 18,6%; in 1 gruppo (pari a 6 MMG per 9714 assistiti), particolarmente motivato e con il contributo di medici e studenti tirocinanti la prevalenza dell'IA è stimata al 22,4%.

Restringendo il campo di ricerca alle fasce di età prese in considerazione nei maggiori studi, ovvero 35-69 e 35-74 anni, la prevalenza cresce ancora, in particolare attestandosi nella fascia 35-74 anni su valori di 23% con punte fino a 25,64%.

Per quanto concerne il rischio CV, nella popolazione esaminata risulta così stratificato: basso nel 63% dei soggetti, intermedio nel 22%, alto nel 8,91%, non valutabile nel 5,8%.

Conclusioni: La discrepanza con i dati epidemiologici raccolti in contesti diversi dalla MG si può spiegare con: - Metodi diversi di rilevazione; - Popolazioni diverse; - mancanza di registrazione sistematica, condivisa e qualitativamente adeguata dei dati prodotti nell'ambito della MG.

La vera prevalenza dell'IA è probabilmente intermedia tra i dati della MG e i dati della Medicina ospedaliera o universitaria.

Il contesto della UCP è un contesto privilegiato, avendo consentito al MMG di conoscere quale sia la diffusione tra i propri assistiti dell' IA e la distribuzione del RCV in questa popolazione.

Lo scopo è quello di migliorare la propria performance assistenziale, in particolare nei confronti dei soggetti più a rischio. In ogni caso sembrano indispensabili procedure di Medicina d'Iniziativa e non solo medicina d' attesa e/o d'Opportunità, insieme a più tempo da poter dedicare alla ricerca.

9) “L’uso dei farmaci antidepressivi in un setting non specialistico: analisi del contenuto delle prescrizioni in medicina generale”

Valentina Zanobini, Medico Chirurgo
Alessandro Bussotti, MMG

Scopo dello studio: con questo studio abbiamo voluto indagare l’appropriatezza delle prescrizioni dei farmaci antidepressivi nel setting non specialistico della Medicina Generale. L’appropriatezza prescrittiva è stata analizzata sia in termini di indicazioni al trattamento che in termini di durata e intensità del trattamento.

Materiali e Metodi: Sono stati selezionati 670 pazienti su 6612 assistiti di un gruppo di 5 medici di Medicina Generale. Come criterio di selezione è stato utilizzata la presenza di almeno una prescrizione di farmaci antidepressivi nel periodo compreso fra il gennaio ‘07 e il Dicembre ‘08. Per ciascun paziente è stata condotta un’intervista al medico sul motivo della prescrizione, sulla durata del trattamento e sull’origine della prescrizione (specialistica o non specialistica).

Risultati: Per la durata del trattamento è risultato che il 64% dei trattamenti hanno avuto una durata maggiore di 180 giorni mentre il 36% ha ricevuto il trattamento per meno di 180 giorni, periodo considerato necessario per raggiungere l’azione farmacologica degli antidepressivi.

Per le indicazioni al trattamento è emerso che l’indicazione più frequente sono le malattie organiche internistiche seguite dalla depressione e dalle problematiche familiari.

Infine l’intensità del trattamento è risultata maggiore quando il trattamento aveva come indicazione il lutto non complicato, il disturbo di panico e le malattie organiche.

Il 54,4% delle prescrizioni per farmaci antidepressivi ha come indicazioni condizioni non psichiatriche.

Conclusioni: La prevalenza della depressione è risultata essere del 2%, in linea con la prevalenza indicata nella WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care. La percentuale dei pazienti con questa indicazione che ha ricevuto un trattamento con durata adeguata è del 50,7%. Per le altre indicazioni psichiatriche il 14,8% dei pazienti ha ricevuto un’unica prescrizione di antidepressivi per l’intervallo di tempo considerato. Per condizioni non psichiatriche abbiamo riscontrato intensità di trattamento maggiori.

Bibliografia:

1. www.mentalneurologicalprimarycare.org
2. Capriotti M., Diagnosi e trattamento della depressione in medicina generale: criteri orientativi, in “Rivista SIMG”,8,2001, pp 1-3.
3. Bollettino OMS di Salute Mentale e Neuroscienze, 1998.
4. L’uso dei farmaci in Italia: Rapporto nazionale anno 2008.

10) “L’auto-organizzazione della medicina generale in una comunità di pratica: la ASL 10 di Firenze”

Valentina Di Cecchi, Medico Chirurgo
Giampaolo Collecchia, MMG

SCOPO : L’ obiettivo dello studio è stato quello di analizzare, in un periodo di grandi cambiamenti, i problemi e le soluzioni messe in atto nella gestione della MG nella ASL10 di Firenze.

METODOLOGIA: Gli argomenti da analizzare sono stati scelti in base al progetto TUCORI, uno studio fondato sulle esperienze di 37 MMG che hanno descritto per oltre un anno la propria organizzazione lavorativa.

Gli argomenti più quotati sono stati riportati in un questionario, per analizzare in maniera quantitativa le caratteristiche dei medici, gli standard organizzativi e alcune problematiche cliniche, e in maniera qualitativa i commenti relativi e altre componenti.

I RISULTATI: Sono stati intervistati i Referenti di 15 practice della ASL 10 di Firenze cui afferiscono 70 MMG. L’età media dei partecipanti allo studio è di 55 anni, con 28 anni di pratica. Assistono complessivamente 87.400 pazienti.

I risultati evidenziano che la maggioranza dei medici esercita la professione in **associazione**, infatti solo il 13% lavora da solo , mentre il 74% in medicina di gruppo e il 13% in associazione semplice.

L’ 87% dei MMG si avvale di **personale di segreteria** a cui si affianca quella dell’ **infermiere** presente nel 46% dei casi.

I medici sono **reperibili** durante l’orario di ambulatorio. L’ 86% di questi risponde al telefono di casa, il 73% utilizza il telefono cellulare e una minoranza anche le e-mail.

Il telefono è considerato utile per richieste urgenti o per monitorare pazienti complessi, lontani, soli, disagiati ed è ritenuto valido anche per la gestione di accessi ambulatoriali “inutili”, visite domiciliari superflue, accessi ingiustificati al Pronto Soccorso.

Le **urgenze** per i medici sono soprattutto crisi ipertensive, vertigini, lipotimie, cefalee intense, attacchi asmatici, dolori addominali e improvvisi dolori osteo-articolari.

Le urgenze segnalate dai pazienti sono spesso non “reali”, dettate da eccessiva ansia o viste come la ricetta o il certificato in scadenza.

Per evitare la possibile sottostima di un problema clinico è emersa la necessità di ascoltare, tramite *triage*, tutti i pazienti presenti in ambulatorio senza

prenotazione, spesso dedicando loro spazi appositi.

La gestione della **cronicità** rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti.

La maggior parte dei MMG intervistati aderisce a progetti di medicina d'iniziativa, come per lo scompenso cardiaco, il diabete mellito e l'asma bronchiale, gestite secondo linee guida concordate.

Gli accessi in ambulatorio dei **frequentatori abituali** e dei **pazienti impazienti** (spesso condizionati dai media) vengono filtrati dalle segretarie e dagli appuntamenti.

Nelle medicine di gruppo il paziente può comunque trovare maggiori opportunità di ascolto da parte di vari medici.

CONCLUSIONI

Questo studio descrive strategie auto-organizzative, definite come *progettualità continua*, o costruzione in continuo svolgimento, nella quale si ridefiniscono le crescenti esigenze e si identificano le modalità più pertinenti per agire.

POSTER

SINDROME DEL BURN-OUT IN MEDICINA GENERALE A MODENA: PREVALENZA E VARIABILI CORRELATE

Ferretti E., Padula M.S., Venuta M., Svampa E., D'Amico R., Guaraldi G.P.
 Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

1. Introduzione

Il termine anglosassone BURN-OUT, traducibile in italiano con "bruciato, esaurito, scoppiato", esprime con un'efficace metafora il bruciarsi dell'operatore e il suo cedimento psicofisico rispetto alle difficoltà della sua attività professionale (Pellegrino 2000).

Secondo la Maslach (1982), il burn-out è una **sindrome** che può presentarsi nei soggetti che per professione si occupano della gente (*helping professions*) caratterizzata da:

- **ESAUIMENTO EMOZIONALE (EE)** = sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro
- **DEPERSONALIZZAZIONE (DP)** = risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio
- **RIDUZIONE DELLE CAPACITÀ PERSONALI (RP)** = percezione della propria inadeguatezza al lavoro e caduta dell'autostima e del desiderio di successo.

2. Obiettivi

OBIETTIVO PRIMARIO: valutare la prevalenza del burn-out nella popolazione dei MMG modenesi.

OBIETTIVO SECONDARIO: identificare eventuali variabili associate alla presenza di burn-out.

3. Materiali e Metodi

È stato selezionato, in modo randomizzato, un campione di 50 MMG (15%) tra tutti i 535 MMG modenesi.

Al medici del campione è stato autoamministrato, nella primavera 2005, un questionario anonimo contenente dati demografico-organizzativi ed il Maslach Burnout Inventory (MBI).

Per l'analisi statistica dell'associazione tra variabili e burn-out è stato utilizzato l'indice Tau di Kendall.

4. Risultati

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Hanno risposto 56 MMG (tasso di risposta del 70%)
 Il campione intervistato è risultato così costituito:

Sexo	Maschi 71.4%, Femmine 28.6%
Età media	50.2 anni, range=(40;68)
Stato di vita	Coniugato 85.7%
Numero di figli	almeno 2 figli 60.7%
Attività esclusiva di MMG	75%
Ore di lavoro settimanali	In media 40.2; range=(15;70)

PREVALENZA

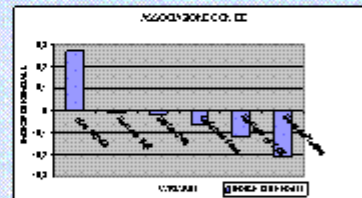
Rispetto alle 3 sottoscale del MBI è stato rilevato che:

- Il **37,5%** degli intervistati presenta alti livelli di esaurimento emotivo (EE)
- Il **26,8%** presenta alti livelli di depersonalizzazione (DP)
- Il **8,9%** presenta alti livelli di scarsa realizzazione personale (RP)

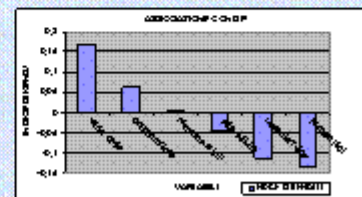
EE: GRADO DI BURN-OUT	% MMG	DP: GRADO DI BURN-OUT	% MMG	RP: GRADO DI BURN-OUT	% MMG
Basso	28.6	Basso	44.6	Basso	55.4
Medio	33.9	Medio	28.6	Medio	35.7
Alto	37.5	Alto	26.8	Alto	8.9

VARIABILI CORRELATE

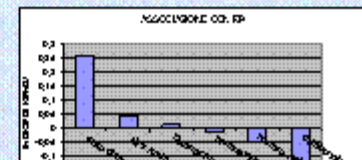
Sono risultati **fattori protettivi** nei confronti dell'esaurimento emotivo (EE): l'esercizio esclusivo della MG, lo svolgere attività di docente o tutor, l'aver più di 1000 assistiti.



Sono risultati **fattori protettivi** nei confronti della depersonalizzazione (DP): lo svolgere attività di docente o tutor, il non essere coniugato, l'aver 2 o più figli.



Sono risultati **fattori** che favoriscono una buona realizzazione personale (RP): il collaborare con segretaria o infermiera o gruppo di medici nell'esercizio della professione di MMG, il non essere coniugato.



LE OPINIONI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SULLA GESTIONE INTEGRATA DEI DISTURBI MENTALI COMUNI NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA "GIUSEPPE LEGGIERI" DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA. L'ESPERIENZA DI MODENA E REGGIO EMILIA.

Ferretti E., Colombini N., Bologna M., Moscara M., Menchetti M., Marino J., Rigatelli M.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI di Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scuola di Specializzazione in Psichiatria
REGIONE EMILIA ROMAGNA: Gruppo Regionale di Pilotaggio del Programma Leggieri

Necessità di integrazione MG/Salute Mentale

IL PROGRAMMA "G. LEGGIERI"

(Regione Emilia Romagna)

SCOPO: promuovere e attuare il processo di integrazione tra MG e Salute Mentale, migliorando la qualità delle cure offerte alle persone a rischio di DMC.

[DMC= Disturbi Mentali Comuni in senso depressivo: disturbi depressivi, disturbi d'ansia generalizzata, fobie, attacchi di panico e sintomi somatizzanti]



Com'è valutata l'impatto?

STUDIO SPERIMENTALE: Obiettivi

Individuare eventuali ricadute positive dell'applicazione del Programma "Leggieri" sul MMG nella provincia di Modena e Reggio Emilia.

Materiali

Somministrata durante la primavera 2005 del "QUESTIONARIO REGIONALE GMP" subcompilato sulla "Gestione dei disturbi mentali comuni nelle cure Primarie" (versione definita 2003):

- valuta le opinioni e gli atteggiamenti del MMG in merito alla gestione integrata del paziente con DMC;

- comprende il *Depression Attitude Questionnaire* (DAQ, versione italiana) che valuta l'atteggiamento del professionista nei confronti della depressione.

Metodi

CAMPIONE: MMG del Distretti di Correggio, Montecchio, Scandiano (RE) e Carpi, Casalefranco Emilia (MO)

SUDDIVISIONE DEL CAMPIONE: 2 gruppi sulla base delle differenti esperienze di integrazione tra MG e Salute Mentale:

GRUPPO A	GRUPPO B
- ESPERIENZE SPONTANEE DI COLLABORAZIONE MG/CSM - A SSENZA DI PERCORSI FORMATIVI INTEGRATI	- COLLABORAZIONE MG/CSM ATTIVA DA PIÙ ANNI - PRESENZA DI PERCORSI FORMATIVI CONDIVISI
CARPI + MONTECCHIO	CORREGGIO + SCANDIANO + CASALEFRANCO EMILIA

Il confronto tra gruppo A / gruppo B ha permesso di rilevare le eventuali ricadute positive sul MMG dell'applicazione del "Programma Leggieri".

ANALISI STATISTICA: programma SPSS per Windows versione 16.0
- analisi descrittiva: %, valore medio di riferimento, deviazione standard, DS
- analisi bivariate (confronto tra i 2 gruppi):
- test ANOVA, tavola di contingenza, test Chi Quadrato.
- significatività statistica per valori di p di Chi Q < 0.05

Dal nostro studio emergono ricadute positive dell'applicazione del "Programma Leggieri" nei Distretti in cui il processo di integrazione tra MG e Salute Mentale risulta ad un livello più avanzato. In particolare nella percezione del MMG si evidenzia (con una differenza statisticamente significativa):

- MAGGIORE PARTECIPAZIONE ED INTERESSE PER LE INIZIATIVE FORMATIVE INERENTI LA SALUTE MENTALE

	Gr. A	Gr. B
tauto di risposta al questionario	65,0%	77,6%
rima del numero di corsi sulla SM frequentati negli ultimi 2 anni	2,3 ± 1,1	3,0 ± 1,4 (p=0,025)
aggiornamento mediante modalità interpersonali (corsi o seminari)	69,3%	89,4% (Chi Q=0,001)

- MAGGIORE SICUREZZA NEL RICONOSCIMENTO DIAGNOSTICO DEL DISTURBO DEPRESSIVO E ANSIOSO

Diagnosi DMC	Gr. A	Gr. B	Chi Q DIST
Disturbo depressivo (molto estremamente sicuro)	28,9%	42,7%	0,041
Disturbo ansioso (molto estremamente sicuro)	48,7%	63,1%	0,038

- MAGGIORE SODDISFAZIONE PER LA COLLABORAZIONE ESISTENTE CON IL CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

MMG molto/sufficientemente ...	Gr. A	Gr. B	Chi Q DIST
... soddisfatto della collaborazione esistente con il CSM	53,3%	71,2%	0,011
... soddisfatto delle esperienze di invito di pazienti in progetti formalizzati di collaborazione con consulenza alla MG da parte del CSM	63,3%	84,1%	0,011
... in accordo sull'item "la collaborazione con il CSM è uno strumento in grado di migliorare la capacità del MMG di gestire il paziente con DMC"	40,0%	60,2%	0,006

- MINORE PERCEZIONE DEGLI ASPETTI OSTACOLANTI LA COLLABORAZIONE CON IL CSM

obstacles to collaboration	Gr. A	Gr. B	Chi Q DIST
lunghi tempi di attesa per una visita	67,6%	37,3%	0,000
manca di comunicazione	47,9%	28,7%	0,008

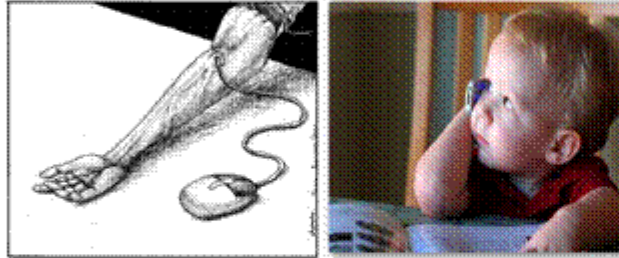
STUDIO PILOTA SULLA PRESENZA DI DIPENDENZE NON DA SOSTANZA NEGLI ADOLESCENTI SUL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI MODENA

GRUPPO DI LAVORO

- PIANCONE Paola*, PADULA Maria Sidia†, CAPELLI Orietta*, SZADEJEK Krzysztof*
- *Medico di famiglia Modena
- †Medico di medicina generale Modena, Specialista di Medicina Generale NGO in "Giulia Day"
- *CONIAS (Centro per la Valutazione dell'Ufficio dell'Assistenza Sanitaria) AUSL Modena
- *CERS (Centro di Ricerca) Modena

OBIETTIVI

- Valutare la prevalenza di dipendenze non da sostanze in un campione di adolescenti di età compresa tra 11 e 20 anni di Modena e provincia.
- Valutare la presenza a livello scolastico, familiare e personale di fattori di rischio/protezione (stato parentale, rendimento scolastico, tabagismo, esposizione alla tv, fragilità emotiva, etc.).
- Valutare la percezione del fenomeno in un gruppo di genitori, MMG e FIS.



INTRODUZIONE

Recentemente è stato introdotto il concetto di "dipendenze non da sostanze", in cui non è implicato il consumo di una sostanza chimica, ma di una o più attività socialmente riconosciute (gioco d'azzardo, utilizzo di Internet, cellulare, relazioni sentimentali, etc.). Il quadro fenomenologico è simile a quello della tossicodipendenza e della ludomania. Studi demoscopici ISTAT riportano un'ampia diffusione e utilizzo di tecnologie da parte degli adolescenti (Fig. 1). Possedere e utilizzare apparecchiature elettroniche non coincide però con la "dipendenza" dalle stesse, ma certamente aumenta la probabilità di utilizzo improprio.

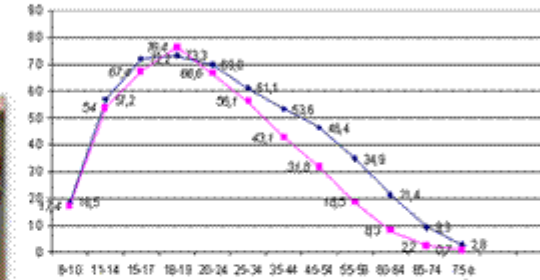


Figura 1. Persone di 6 anni e più che hanno utilizzato home computer negli ultimi 12 mesi suddivise per sesso

MATERIALI E METODI

A 678 ragazzi, arruolati nel setting di MMG, FIS, scuole superiori di Modena e provincia, sono stati somministrati questionari riguardanti stili e abitudini di vita, uso di videogiochi, PC-Internet, televisione, cellulare e scala dei bisogni psicologici basilari (EPHS). Sono stati somministrati questionari strutturati a 107 genitori, 119 MMG e 42 FIS.

RISULTATI

Solo nell'1% del campione è stato riscontrato un elevato rischio di dipendenza riguardo l'uso di videogiochi (Tabella 1) e PC-Internet. Chi utilizza assiduamente il videogioco utilizza altrettanto assiduamente PC e Internet, e viceversa. Per televisione e cellulare il possesso coincide con l'utilizzo, che risulta a medio rischio di dipendenza in più del 50% degli intervistati e più accentuato in ambito "periferico-rurale" (Tabella 2); il genere non influisce sull'uso della televisione, mentre le femmine sono le maggiori utilizzatrici del cellulare. L'uso di più tecnologie ha un effetto potenziante (chi utilizza maggiormente PC-Internet usa di più videogiochi, cellulare e televisione). I problemi psicologici sono terreno fertile per la nascita di una dipendenza di questo tipo: esiste infatti una correlazione negativa tra uso di PC-Internet e videogiochi e soddisfazione dei bisogni psicologici di Autonomia, Competenza e Relazione (test EPHS) (Tabella 3). Il maggiore utilizzo di tecnologie è correlato ad un basso livello di istruzione dei genitori. Inoltre l'aumentare dell'uso della tecnologia, aumentano le difficoltà scolastiche e di minuziosi il tempo dedicato ai compiti. L'abitudine a fumo e alcool ha una correlazione diretta con il maggiore utilizzo di tecnologie, come sottolineato nel rapporto S.I.F. 2008. I genitori sembrano consapevoli dell'esistenza di un problema potenziale definendolo in modo adeguato. In caso di necessità la maggior parte si rivolgerebbe al medico pediatrico di famiglia, una minor quota conta invece direttamente una figura specialistica (neuropsichiatra infantile, psicologo) (Figura 2). Dal canto loro medici e pediatri sono abbastanza informati ma il problema è meno sentito rispetto ai genitori; i FIS sembrano essere più sensibili al problema rispetto ai MMG (Figura 3), che più frequentemente domanderebbero ad altro specialista.

Intervallo di Punteggio	Pavullo (n = 302)	Modena (n = 279)
Basso: 16+32	91,7 %	91,8 %
Medio: 33+48	7,1 %	7,5 %
Alto: 49+64	1,2 %	0,7 %

Tabella 1. Distribuzione del campione di adolescenti secondo 3 livelli di rischio per la dipendenza da Videogioco

Intervallo di Punteggio	Pavullo (n = 302)	Intervallo di Punteggio	Modena (n = 371)
Basso: 10+18	19,2 %	Basso: 11+17	48,0 %
Medio: 19+28	70,9 %	Medio: 18+25	42,8 %
Alto: 29+37	9,9 %	Alto: 26+33	9,2 %

Tabella 2. Distribuzione del campione di adolescenti secondo 3 livelli di rischio della dipendenza da Cellulare



CONCLUSIONI

Anche se il problema della "dipendenza non da"



Centro per la Ricerca (CIRMG)
Formazione in Medicina
Generale

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE-FAMIGLIA E LA COMUNICAZIONE DELLE "CATTIVE NOTIZIE": UN PERCORSO FORMATIVO ISTITUZIONALE PER LA MEDICINA GENERALE IN TOSCANA

Dott.ssa Lorella Polenzani, MMG Dott. Riccardo Perillo, Medico-Chirurgo



Università degli
Studi di Firenze

INTRODUZIONE: La formazione per migliorare le competenze cliniche dei medici è fondamentale alla stessa stregua di quella relativa alle competenze comunicativo - relazionali.

OBIETTIVI: abbiamo valutato che peso hanno i corsi relativi a queste ultime competenze rispetto a tutti i corsi di formazione organizzati dalle AUSL toscane da gennaio 2002 a giugno 2008.

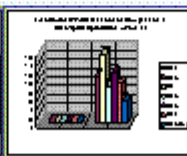
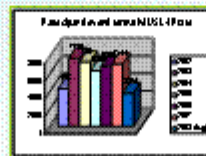
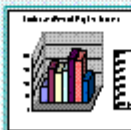
METODI: Ricerca, nell'archivio generale della sede centrale della Regione Toscana, sul portale internet della stessa e nelle varie AUSL regionali, dei dati relativi agli eventi formativi (argomento, numero di partecipanti, modalità di svolgimento), con particolare attenzione a quelli riguardanti la Medicina Generale e la comunicazione delle cattive notizie e la relazione medico-paziente. Successiva elaborazione ed analisi dei dati.

RISULTATI:

Fino al 2002 gli eventi formativi, in particolare those avuti sulla comunicazione e sulla relazione medico-paziente, sono stati salutarissimi. Possiamo pertanto ipotizzare che i corsi regionali svolti dagli animatori di formazione abbiano dato uno stimolo verso questi temi.

Il tema della comunicazione delle cattive notizie e della relazione medico-paziente sta diventando un tema sempre più importante nei percorsi di formazione continua.

Comune	Area di competenza	Area di competenza	Area di competenza	Area di competenza
AREZZO	1	2	3	4
FIRENZE	5	6	7	8
GRUPPO	9	10	11	12
LIVORNO	13	14	15	16
MONTECATINI	17	18	19	20
PIACENZA	21	22	23	24
PISTOIA	25	26	27	28
PRATO	29	30	31	32
REGGIO EMILIA	33	34	35	36
TERESA	37	38	39	40
VERONA	41	42	43	44
VERONA	45	46	47	48



CONCLUSIONI

La sensibilità delle varie Asl al tema della comunicazione delle cattive notizie e della relazione medico-paziente, però, non è uniforme a dimostrazione del fatto che solo in alcuni contesti questi argomenti sono maggiormente sentiti. Ciò dà ragione anche del fatto che, nonostante la ancora limitata diffusione di eventi formativi su questi temi, la situazione generale toscana sulla formazione riguardante comunicazione in MG e relazione medico-paziente è soltanto in fase di trend positivo dal 2002 ad oggi.

La formazione sulla comunicazione di cattive notizie e sulla relazione medico-paziente rappresenta perciò **un mondo ancora tutto da scoprire!!**

PROPOSTA DI UN METODO D' INDAGINE PER FAMILIARITA' PER CARCINOMA DELLA MAMMELLA NELL'AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Lucia Caldini, Rosamaria Carbone
 Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Firenze
 Centro per la ricerca e l'alta formazione in Medicina Generale

INTRODUZIONE

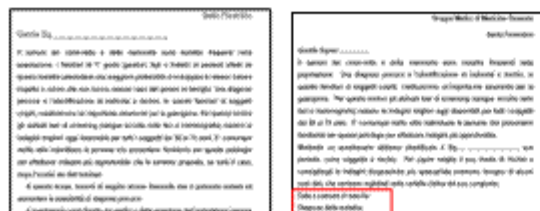
Il carcinoma della mammella (CA) è una delle neoplasie più comuni in Italia con una prevalenza di 416.000 casi, una incidenza di 37000 nuovi casi/anno, una mortalità annua del 2.3%. Il carcinoma ereditario della mammella rappresenta il 5-10% di tutti i casi di CA ed è classificabile in a) forme ereditarie propriamente dette (sindrome del carcinoma ereditario della mammella e dell'ovaio, sindrome di Li-Fraumeni, sindrome di Peutz-Jeghers; b) Forme multifattoriali. Il 25% di queste forme è attribuibile a mutazioni dei geni BRCA1/2. Le donne portatrici di mutazioni BRCA1/2 hanno un rischio molto elevato di essere affette da CA (33%-50% prima dei 50aa; 56%-87% prima dei 70aa), così come gli uomini mostrano un incremento del rischio del 6% rispetto alla popolazione generale. In questi casi è inoltre presente un rischio del 27%-44% di sviluppare carcinoma dell'ovaio prima dei 70 anni ed un aumento del rischio di sviluppare tumore in altre sedi (Struwing 1997, Thomson 2002, van Asperen CJ 2005).

Abitualmente lo studio della familiarità per neoplasie avviene a partire da un caso indice, ma la valutazione della stessa a partire dalla popolazione generale potrebbe migliorare la procedura di screening, la stratificazione del rischio e ridurlo notevolmente.

L'ambulatorio di medicina generale è la struttura ideale per la valutazione del rischio per la sua diffusione capillare sul territorio, per l'iscrizione di interi nuclei familiari alle liste dei MMG, per il rapporto di "fiducia" tra MMG e assistiti.

SCOPO DELLO STUDIO, MATERIALI E METODI

1. Elaborazione e distribuzione di un questionario per la valutazione del rischio.
2. Analisi delle risposte da parte dei MMG.
3. Confronto delle risposte ottenute con i dati del registro tumori e le schede di morte.
4. Identificazione dei pazienti da inviare a centri specializzati in counseling genetico



CARATTERISTICHE DELL'AMBULATORIO

- 6 MMG in forma di medicina di gruppo.
- 8681 assistiti
- Personale infermieristico e di segreteria
- Cartella clinica informatizzata

MEDICO	QUESTIONARI CONSEGNERATI	NUMERI ASSISTITI	%	QUESTIONARI RESTITUITI	QUESTI ASSISTITI (QUESTIONARI)
Medico 1	389	1117	34.8%	213	19.1%
Medico 2	117	487	11%	45	9%
Medico 3	399	1196	38.6%	209	17.3%
Medico 4	332	1120	34.8%	121	10.8%
Medico 5	291	1115	34.4%	102	9.2%
Medico 6	305	1113	37.5%	181	16.3%
TOTALE	2162	8681	24.8%	1070	12.2%

Tabella 1. Questionari distribuiti e consegnati

RISULTATI

Il questionario, formulato in modo semplice e diretto, è stato distribuito a 2162 degli 8681 assistiti appartenenti alle liste dei 6 MMG.

I questionari restituiti sono stati il 46,7%, di cui il 92% compilati in maniera adeguata, solo l'1% non compilati, il 5% compilati parzialmente, l'1,5% in modo erroneo.

L'INTERVISTA CON I MEDICI

MEDICO	82 ASSISTITI GRUPPO		78 NON ASSISTITI GRUPPO	
	UENTI	DEADUTI	UENTI	DEADUTI
Medico 1	8	4	14	3
Medico 2	2	2	-	-
Medico 3	6	5	15	5
Medico 4	2	-	15	1
Medico 5	-	2	11	1
Medico 6	1	-	7	3
TOTALE	19	13	65	13

115 casi di familiarità per CA di cui 115 eguali a casi portati

Tabella 2. Confronto delle risposte al modulo con gli MMG

DIFFICOLTA' EMERSE

- Incompletezza della cartella clinica riguardo alla voce familiarità

VALUTAZIONE DELLA TIPOLOGIA E DELLA PRIORITÀ DEGLI ACCESSI AGLI AMBULATORI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DELLA PROVINCIA DI MODENA, CON ANALISI DELLE MOTIVAZIONI E DELLA PERCEZIONE DI URGENZA RISPETTO AL PROBLEMA RIFERITO IN UN CAMPIONE DI UTENTI

GRUPPO DI LAVORO

ANGELI Lorenza, UGOLINI Gianna, PADULA Maria Sirlia, RICCOMI Silvia, CACCIAPUOTI Immacolata, CAPELLI Orietta
 * Lauree in MEDICINA UN MoRe
 * CEV EAS (Centro per la Valutazione dell'Efficacia di Assistenza Sanitaria) - AUSL Modena
 * Scuola medica di Medicina Generale (MG) con "Giornata Day"
 ** Dipartimento di Salute Mentale - AUSL Modena

PROGETTO DI STUDIO

Il obiettivo generale di questo lavoro è di misurare in un campione di Medici di Medicina Generale, rappresentativo della realtà provinciale di Modena, il volume, la tipologia e la durata dei contatti giornalieri con i propri pazienti e di correlare le decisioni prese sul singolo paziente ad un "indice di priorità di accesso" definito dai MMG stessi attraverso una valutazione pluridimensionale.

OBIETTIVI

- Valutare se diverse tipologie di gestione dell'accesso al MMG (libero o su appuntamento) influiscono sul volume e la tipologia degli accessi, sulla percezione di URGENZA del paziente e sulla soddisfazione del paziente per l'organizzazione e l'attività del proprio MMG.
- Valutare per ogni contatto-paziente (telefonico, ambulatoriale e domiciliare) il punto di vista del MMG sulla rilevanza clinica e la complessità-urgenza del problema proposto, al fine di definire una correlazione tra problema posto, priorità assistenziale e risposta sanitaria erogata.
- Valutare, in un campione casuale di pazienti, le motivazioni e la percezione di URGENZA, che conducono il paziente ad accedere all'ambulatorio del MMG, confrontando con il livello di priorità attribuito dal MMG all'accesso.

RISULTATI

Lo studio si è svolto nel periodo maggio 2008 - aprile 2009 con 52 giornate di osservazione presso 52 MMG, con un totale di 3154 contatti medico-paziente registrati (media 60 contatti/die per MMG), così suddivisi per tipologia di contatto (Fig. 1) e gestione (Fig. 2). I problemi presentati dagli assistiti sono stati oltre 4000, codificati secondo la International Classification for Primary Care 2 della WHOCA (ICPC-2) (Fig. 3), mentre le patologie già note dei pazienti e le nuove diagnosi formulate nel giorno di osservazione sono state classificate secondo l'ICD 10. Le prestazioni fornite dal MMG sono state codificate con l'ICPC-2 (Fig. 4). Confrontando le diverse tipologie di gestione degli accessi (appuntamento vs accesso libero) è emerso che l'organizzazione dell'attività del medico, in realtà, non sembra modificare le motivazioni dell'accesso, la durata del contatto medico-paziente e la tipologia di assistito che si rivolge al proprio MMG. La presenza di personale di studio è, al contrario, un modello di organizzazione che permette di delegare parte del lavoro del MMG e di aumentare fino al 20% la quota dei contatti giornalieri.

Nelle giornate di osservazione è, poi, stato intervistato un campione di 812 pazienti, presenti nella sala d'attesa. I pazienti si rivolgono al proprio MMG soprattutto per problematiche persistenti da più di un mese (60%). Gli assistiti hanno espresso tramite una Scala VAS (0-100) la loro percezione di urgenza riguardo al problema presentato quel giorno al proprio medico; tale valore è stato confrontato con la percezione d'urgenza dello stesso MMG (Fig. 5). Dal confronto si evince che per il 2/3 dei medici la percezione d'urgenza è fortemente disastata da quella dei propri assistiti. Da una parte vi sono professionisti con un atteggiamento attento e scrupoloso che tende a rassicurare il proprio paziente (VAS elevata del MMG e nettamente inferiore del paziente) e dall'altra medici che sono percepiti dai loro pazienti come "distaccati", "freddi", che aumentano la percezione d'urgenza dei problemi dell'assistito (VAS bassa del MMG e maggiore del paziente). L'affidabilità della VAS espressa dai MMG come criterio per definire la priorità d'urgenza al richiedente è sostenuta dai dati riportati in figura 6: al livello 4 di priorità (il più alto) si localizza solo il 5% dei pazienti, che rivolgono però il 44% delle diagnosi codificate tramite l'ICD 10, mentre al livello 1 si collocano il 52% dei pazienti con il 24% delle diagnosi. Questi dati sottolineano che i medici nell'attribuire i criteri di priorità agli accessi tengono in grande considerazione la fragilità dei loro assistiti ricorrendo a questi polipatologici. In una visione olistica del paziente e non solo diagnosi correlate.

Nonostante vi sia discrepanza nella percezione d'urgenza tra MMG e propri assistiti, i pazienti si definiscono soddisfatti dell'organizzazione del lavoro del medico di famiglia (Fig. 7) ed esprimono un valore di fiducia medio di 88/100 (Fig. 8). Spesso il grado di fiducia tende ad essere più elevato, tanto più se il paziente percepisce l'approccio del medico più alla persona che non al sintomo, come emerge dai commenti liberi raccolti durante l'intervista.

INTRODUZIONE

Molto poco è noto sull'orario di lavoro e la tipologia degli accessi alle cure del Medico di Medicina Generale, così come si dà per scontato che il MMG debba rispondere a qualunque richiesta di prestazione sanitaria da parte dei cittadini senza nulla eccepire. Non è risulta che sia mai stati condotti studi sulla pertinenza o la differibilità delle richieste dei pazienti ai propri MMG o se modelli organizzativi su appuntamento o in medicina di associazione possano influire sulla qualità e la quantità delle prestazioni richieste ed erogate ai pazienti nell'ambito della Medicina Generale. Né di come la mole di lavoro che i MMG svolgono quotidianamente venga percepita dai loro pazienti.

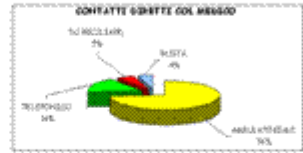


Fig. 1. Distribuzione percentuale dei contatti per tipologia di accesso



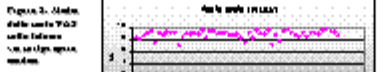
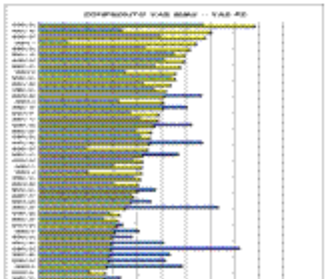
Fig. 2. Confronto percentuale di gestione per tipologia di accesso


ICPC-2	ICD-10	ICPC-2	ICD-10	ICPC-2	ICD-10	ICPC-2	ICD-10	ICPC-2	ICD-10
01	Z00	02	Z01	03	Z02	04	Z03	05	Z04
06	Z05	07	Z06	08	Z07	09	Z08	10	Z09
11	Z10	12	Z11	13	Z12	14	Z13	15	Z14
16	Z15	17	Z16	18	Z17	19	Z18	20	Z19
21	Z20	22	Z21	23	Z22	24	Z23	25	Z24
26	Z25	27	Z26	28	Z27	29	Z28	30	Z29
31	Z30	32	Z31	33	Z32	34	Z33	35	Z34
36	Z35	37	Z36	38	Z37	39	Z38	40	Z39
41	Z40	42	Z41	43	Z42	44	Z43	45	Z44
46	Z45	47	Z46	48	Z47	49	Z48	50	Z49
51	Z50	52	Z51	53	Z52	54	Z53	55	Z54
56	Z55	57	Z56	58	Z57	59	Z58	60	Z59
61	Z60	62	Z61	63	Z62	64	Z63	65	Z64
66	Z65	67	Z66	68	Z67	69	Z68	70	Z69
71	Z70	72	Z71	73	Z72	74	Z73	75	Z74
76	Z75	77	Z76	78	Z77	79	Z78	80	Z79
81	Z80	82	Z81	83	Z82	84	Z83	85	Z84
86	Z85	87	Z86	88	Z87	89	Z88	90	Z89
91	Z90	92	Z91	93	Z92	94	Z93	95	Z94
96	Z95	97	Z96	98	Z97	99	Z98	00	Z99

Fig. 3. Classificazione dei problemi per classe secondo l'ICPC-2 della WHOCA, con la loro distribuzione secondo l'ICD-10.



Fig. 4. La distribuzione dei problemi per tipologia di accesso secondo l'ICPC-2 della WHOCA.






L'IPERTENSIONE ARTERIOSA IN MEDICINA GENERALE:

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELL'AMBITO DI UN PERCORSO SPERIMENTALE DI UNA UNITA' DI CURE PRIMARIE

Centro per la Ricerca e l'Alta Formazione in Medicina Generale - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze
 Loretta Polenzani, MMG - Andrea Sandini, MMG - Tessa Innocenti, Medico Chirurgo



Introduzione

IPERTENSIONE: maggiore fattore di rischio cardiovascolare

MMG responsabile primario nella gestione del paziente iperteso spesso

- anziano
- complesso
- con associate condizioni per lo più croniche

CRONICITA': in progressivo aumento = nuove necessità assistenziali

CURE PRIMARIE spesso impreparate: → PA misurata al 50% assistiti

↓

Ipertesi - trattati tra il 70% e il 90%

- in compenso tra il 20% e il 50%

Obiettivi

- Valutare la prevalenza dell'ipertensione arteriosa nella popolazione generale, propria della MG
- Sulla popolazione ipertesa:
- Valutare la distribuzione dei fattori di rischio CV
- Definire il case mix
- Calcolo e stratificazione del rischio cardiovascolare
- Analisi della terapia farmacologica antiipertensiva

Strumenti e metodi

Raccolta ed analisi dei dati dal software gestionale dell'ambulatorio dei vari MMG: **Millewin**

- Elaborazione statistica: **Millewinità**

Sistematicità d'uso del software

=

Maggiore qualità dato registrato

Ne l'arco di nove mesi circa di lavoro:

- Aumento misurazioni e registrazioni valori pressori
- Aumento codifiche di IA
- Aggiornamento Elenco assistiti
- Aggiornamento Registro ipertesi

Risultati 1

1°: Valutazione senza verifiche di registrazione su l'intera popolazione **44087** assistiti IA stimata **16,8%**

Amplia eterogeneità tra i Medici dell'UCP: dal 6 al 24%

Prevalenza significativamente inferiore ai dati OEC Istituto Superiore di Sanità: 27% F 31% M

2°: Analisi popolazione selezionata:
 3 gruppi 26 MMG **34387** assistiti IA stimata **18,6%**


3°: Analisi popolazione selezionata:
 1 gruppo 7 MMG **9714** assistiti IA stimata **22,4%**

4°: Analisi fasce d'età studiate nei > studi:
 tra i 35-74 anni IA stimata **23%** fino a **25,6%**

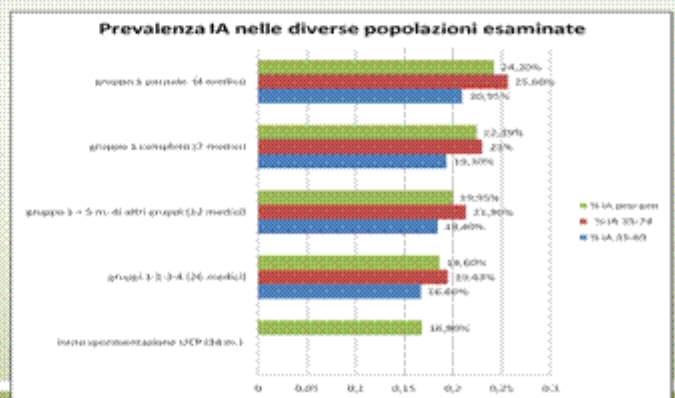
Risultati 2

Stratificazione del rischio cardiovascolare su 2008 ipertesi

RCV	basso	intermedio	alto	non calcolabile	Totale calcolati
Totale	1282	445	175	102	2008
%	63,84	22,16	8,91	5,08	



Prevalenza IA nelle diverse popolazioni esaminate



Conclusioni



L'AUTO-ORGANIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE IN UNA COMUNITA' DI PRATICA: LA ASL 10 DI FIRENZE

Valentina Di Ceccchi, Medico Chirurgo, Firenze; Giampaolo Collecchia, MMG, Massa

Facoltà di Medicina e Chirurgia



Università degli Studi di Firenze

Centro per l'Atto Formativo e la Ricerca Nazionale in Medicina Generale, Università di Firenze

Introduzione

Il documento Wonda Europe 2002 sulla definizione della Medicina Generale sottolinea che l'attitudine riconosce le aree di implementazione per il raggiungimento degli obiettivi di salute: clinica, relazionale e organizzativa.

Lo studio ha voluto analizzare i problemi e le soluzioni messe in atto nella gestione della MG in un'area di lavoro, la ASL 10 di Firenze.

Metodi

Gli argomenti da analizzare sono stati scelti in base al progetto TUCO RI, uno studio fondato sulle esperienze di 37 MMG che hanno descritto per oltre un anno la propria organizzazione professionale.

Gli argomenti più quotidiani sono stati riportati in un questionario, per analizzare in maniera quantitativa le caratteristiche dei medici, gli standard organizzativi ed alcune problematiche cliniche e, con metodologie qualitative, i commenti relativi alle altre componenti.



Il questionario

ANAGRAFICA PERSONALE

- Anno di nascita
- Sesso
- Numero attività come MMG
- Sede dello studio medico
- Tipologia dello studio

COMPOSIZIONE DEL TEAM

- N° medici del team (maschi, età)
- N° assistenti in carico al team

ORGANIZZAZIONE GENERALE

- Modalità di accesso in studio
- Schede cliniche utilizzate
- Strumentazione

INTEGRAZIONE DI STRUMENTI

- N° personale segretariale
- Attività svolta
- N° personale infermieristico
- Attività svolta
- Formazione del personale

MEZZI DI COMUNICAZIONE CON I PAZIENTI

- Telefono fisso di casa
- Telefono fisso in ambulatorio
- Telefono cellulare e raggiungibile da pazienti
- Email utilizzata da pazienti

ORGANIZZAZIONE DELLA CLINICA

- Gestione delle urgenze e delle visite domiciliari
- Gestione delle patologie croniche
- Condivisione delle linee guida

RAVVICINI INTERNA ED INTERORGANIZZATIVI

- Relazioni all'interno del team
- Relazioni con gli specialisti e le istituzioni

Risultati

Sono stati intervistati 11 medici di 15 pratiche della ASL 10 di Firenze cui partecipano 70 MMG.

L'età media del partecipante è di 55 anni, con 23 anni di pratica. Assistono complessivamente 57.400 pazienti.

La maggioranza dei medici esercita la professione in associazione, infatti solo il 13% lavora da solo, mentre il 74% in medicina di gruppo e il 13% in associazione semplice.

L'87% del MMG si avvale di personale di segreteria a cui si affianca quello infermieristico presente nel 46% dei casi.

I medici sono reperibili durante l'orario di ambulatorio. L'86% di questi risponde al telefono di casa, il 73% utilizza telefono cellulare e una minoranza anche la posta elettronica.

Il telefono è considerato utile per richieste urgenti, per monitorare pazienti complessi, lontani, soli, disabilitati ed è ritenuto utile anche per la gestione di accessi ambulatoriali "nulli", usi e domandanti superflui, accessi ingiustificati al Pronto Soccorso.

Le urgenze per i medici sono soprattutto crisi ipertensive, vertigini, ipolipemie, crisi di insonnia, attacchi asmatici, dolori addominali e dolori acuti osteoarticolari.

Le urgenze segnalate dai pazienti sono spesso non "reali", derivano da ansia, ad esempio la riacilità o il certificato in scadenza.

L'agibilità dell'ambulatorio rappresenta uno dei problemi sanitari e sociali più rilevanti. La maggior parte dei MMG intervistati aderisce ai progetti di medicina d'urto, ad esempio per lo scompenso cardiaco, il diabete mellito e l'asma bronchiale, per il secondo periodo condotto.

Segretarie e appuntamenti mirano gli accessi in ambulatorio del frequentatore abituale e del "pa' che ti impazzisci". Nelle medicine di gruppo il paziente può trovare maggiori opportunità di ascolto da parte del suo medico.

Conclusioni

I MMG utilizzano strategie auto-organizzative, definibili come "progettività continua", processo in continuo sviluppo, nel quale si ridefiniscono le esigenze e si identificano le modalità di azione professionale più pertinenti al contesto.

Bibliografia

- Wonda Europe. *La Definizione europea della Medicina Generale*. Con il supporto e la cooperazione del WMO Europe Office, Barcellona, Spagna, 2002.
- Milano M, Ghisardi S, Bruni A, Collecchia G, Gambarelli L, Longoni P, Nicolucci A, Tommasi M. *E tu, come ti sei organizzato? La correlazione dell'esperienza in una comunità virtuale di medici di Medicina generale* Milano, Il Sole 24 ore, 2008.

Contatti

Dott. Giampaolo Collecchia g.collecchia@unifi.it
Dott.ssa Valentina Di Ceccchi v.ucece@hoimail.it

© 2009, tutti i diritti riservati



Centro per l'Alta Formazione e la Ricerca l'Università in Medicina Generale, Università di Firenze

Valentina Zanobini, Medico Chirurgo

Alessandro Bussoli, MMG Firenze

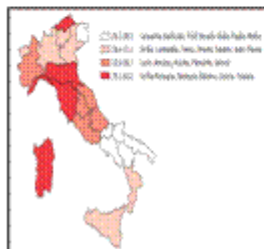


Università degli Studi di Firenze

L'USO DEI FARMACI ANTIDEPRESSIVI IN UN SETTING NON SPECIALISTICO: ANALISI DEL CONTENUTO DELLE PRESCRIZIONI IN MEDICINA GENERALE

Introduzione

La WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care riferisce che la maggior parte delle persone che soffrono di disturbi psichici ricevono trattamenti nel contesto della medicina generale; stabilisce inoltre che ogni persona che si rivolge alla Medicina Generale deve incontrare personale competente in grado di identificare, valutare e trattare adeguatamente tali disturbi. In Italia i MMG dedicano il 30% del loro tempo al trattamento dei disturbi psichici? La cui prevalenza è del 12,4% per i disturbi condonati (secondo i criteri dell'ICD-10) e del 56,6% per i disturbi aspecifici indipendenti da qualsiasi criterio nosografico? L' trattamento più utilizzato dalla Medicina Generale è senz'altro quello farmacologico. In Italia infatti il consumo di farmaci antidepressivi dal 1998 al 2001 è aumentato di più del 60% passando da 10 a 17 milioni di confezione vendute nel territorio. La Toscana è la regione con il più alto consumo di farmaci antidepressivi con 522 DDD seguita da Emilia Romagna, Liguria e Sardegna.



Scopo dello Studio

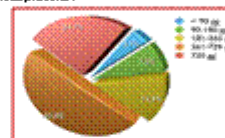


Metodi

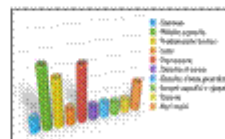
Sono stati selezionati 670 pazienti su 6912 assistiti da un gruppo di 5 medici di MMG. Come criterio di selezione è stato utilizzata la presenza di almeno una prescrizione di farmaci antidepressivi nel periodo compreso tra il gennaio '07 e il Dicembre '08. Per ciascun paziente è stata condotta un'intervista al medico sul motivo della prescrizione, sulla durata del trattamento e sull'origine della prescrizione (specialistica o non specialistica).

Risultati

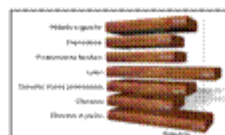
Per la durata del trattamento il risultato che il 6% del trattamento hanno avuto una durata maggiore di 180 giorni mentre il 35% ha ricevuto il trattamento per meno di 180 giorni. Periodo considerato necessario per raggiungere l'effetto farmacologico degli antidepressivi.



Per le indicazioni al trattamento il sesso che l'indicazione più frequente sono le malattie organiche intermitte seguite dalla depressione e dalle problematiche familiari.



Invece l'età del trattamento il risultato maggiore quando il trattamento aveva come indicazione il tutto non complicato, il disturbo di panico e le malattie organiche.



Conclusioni

Il 54,4% delle prescrizioni per farmaci antidepressivi ha come indicatori condizioni non psichiatriche. La prevalenza della depressione è risultata essere del 2%, in linea con la prevalenza indicata nella WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care. La percentuale dei pazienti con questa indicazione che ha ricevuto un trattamento con durata adeguata è del 50,7%. Per le altre indicazioni psichiatriche il 14,8% dei pazienti ha ricevuto un'unica prescrizione di antidepressivi per l'intero ciclo di tempo considerato. Per condizioni non psichiatriche si sono riscontrate l'età di trattamento maggiori.

Bibliografia

1. www.mentineurologicalprimarycare.org
2. Caprioli M., Diagnosi e trattamento della depressione in medicina generale: criteri orientativi, in "Rivista SMO" 2001, pp. 1-3.
3. Bollettino OMS di Salute Mentale e Neuroscienze, 1998.
4. Uso dei farmaci in Italia: Rapporto nazionale anno 2008.

Contatti

Dott. Alessandro Bussoli bussoli@alice.it

Dott.ssa Valentina Zanobini zude@libero.it