

Maria Soccorso Caiozzo, Giovanni Merlino¹Medico di continuità assistenziale, Palermo; ¹ Medico di assistenza primaria, Palermo

Disease, illness e sickness: malati o malattie? Studio sulla QDV-S in 60 outpatients

Introduzione

Sanità e salute, salute e malattia sono stati per molti decenni al centro di un dibattito sull'attribuzione di genere e di specie. Nel corso dei secoli sempre più si comprende che la salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche; la malattia invece è uno stato di turbamento nel funzionamento normale dell'individuo nel suo complesso. Essa è una alterazione dell'organismo inteso sia come sistema biologico sia nei suoi adattamenti personali e sociali. Ecco che l'antropologia medica suggerisce di osservare quanto di malato vi sia nella salute e quanto di sano vi sia nella malattia. Nasce così il concetto di salute come equilibrio dinamico psico-fisico. Inoltre la sociologia ha molto sottolineato la rilevanza dell'ambiente, inteso come ambiente sociale, nel determinare cosa si intenda per salute e per malattia, fino al punto di concepire questi concetti come dei costrutti sociali ¹. Ciò ha indotto a vedere nella malattia un fenomeno che coinvolge e manifesta i rapporti tra soggetto e società. Il contributo sociologico ha permesso di attribuire al concetto di malattia/salute un significato pluridimensionale e dinamico. Su queste basi si fa strada il concetto triadico dello stato di malattia di A. Twaddle espresso nei termini: *Disease, Illness, Sickness* ². *Disease* è la malattia fisica vera e propria che colpisce il malato e riguarda tutti i sintomi e i segni che il medico può constatare e tramite i quali può fare

la diagnosi occupandosi del reale stato di salute del soggetto. *Illness* è la sensazione che il soggetto ha del proprio star male, una percezione personale che lo porta a entrare in contatto con i suoi pensieri e sentimenti. Quindi parliamo di una visione soggettiva del sentirsi, mediata anche dal background culturale del soggetto. *Sickness* è il modo in cui il contesto sociale e culturale interpretano la malattia dell'individuo. Si tratta del punto di vista della comunità, che implica di conseguenza certi diritti e certi obblighi derivanti dal riconoscimento sociale della patologia. Tra tali dimensioni del concetto salute-malattia si possono creare delle connessioni intese come un sistema di insiemi intersecati, ovvero *disease, illness e sickness* possono essere variabilmente presenti in un individuo in un dato momento ³. La definizione del rapporto che si viene a creare tra esse è molto più complessa di quanto si possa immaginare. Questo bias è determinato dal fatto che la malattia biologica, il malessere psicologico e l'adattamento sociale trovano una gestione specifica e differente in ogni singolo soggetto e nelle diverse popolazioni, e ciò si può sintetizzare nel processo esperienziale ³. Dunque è l'esperienza dell'uomo a creare la malattia in tutti i suoi aspetti. Ciò permette di passare a una visione di tipo olistico, l'entità individuo malato (*sick person* ⁴) assume un significato preponderante che comincia a soppiantare l'entità malattia. Ecco che si passa dalla qualità delle cure fornite al malato al

concetto di qualità della vita dell'individuo malato. La complessità e il rigore dei metodi alla base della valutazione della qualità della vita hanno permesso di misurare concetti apparentemente astratti, quali il benessere, la soddisfazione o l'ansia, con un livello di attendibilità, riproducibilità e predittività che nulla hanno da invidiare ai più consueti parametri clinici, quali glicemia o pressione. Negli ultimi decenni sono stati elaborati molti strumenti, soprattutto questionari, con il compito di documentare i risultati in ambito medico-sanitario in termini di salute percepita. L'uso di questi strumenti può essere di grande aiuto per comprendere quale sia l'impatto della patologia e dell'assistenza non solo dal punto di vista clinico, ma anche sul vissuto soggettivo e sociale del paziente, con importanti ricadute riguardo al processo decisionale medico e la possibilità di un attivo coinvolgimento dell'individuo nella gestione della malattia.

Materiali e metodi

Tra la pletera dei molti test disponibili per la valutazione della qualità della vita correlata alla salute o Qdv-S, alcuni (come lo *Short Form Health Survey*) si mettono in evidenza per la notevole disponibilità di dati sulla loro validità, affidabilità e valore aggiunto. Nel presente studio è stato somministrato lo *Short Form 12 Health Survey*, nella versione standardizzata italiana elaborata nel 2001 da G. Apolone et al. L'SF-12 è composto da 12 item che producono due misure

relative ai due diversi aspetti della salute: salute fisica e salute mentale (indici sintetici *Physical Component Summary* o PCS-12 e *Mental Component Summary* o MCS-12). È formato da 4 scale (funzionamento fisico, ruolo e salute fisica, ruolo e stato emotivo, salute mentale) misurate da 2 item ciascuna e da 4 scale misurate ognuna da un item (dolore fisico, vitalità, attività sociali e salute in generale).

La popolazione analizzata è stata rappresentata da un campione di 120 *outpatients* nel setting della Medicina Generale. Sono stati inclusi nel campione pazienti di entrambi i sessi, di età superiore ai 14 anni (dati di affidabilità del test si hanno esclusivamente in campioni di individui adulti ⁵) e di qualsiasi occupazione professionale; indifferentemente affetti da patologie acute, subacute, croniche o apparentemente in buono stato di salute, i quali afferivano a sei ambulatori di medicina generale per sottoporsi a visita medica. Sono stati esclusi coloro che afferivano all'ambulatorio per chiedere consulenze per familiari, per la prescrizione esclusiva di farmaci o per il disbrigo di pratiche burocratiche di tipo sanitario. Inoltre sono stati esclusi dallo studio tutti quelli che, pur rientrando nei criteri di inclusione, non sono stati in grado di compilare in modo autonomo il test (considerato che l'intermediazione del somministratore potrebbe alterare la percezione di salute della popolazione indagata: errore dell'intervistatore). Il campionamento degli ambulatori di medicina generale è stato condotto tra i diversi distretti della città di Palermo (ex 10,11,13 e 14 oggi distretto unico 42) per ridurre l'errore statistico globale, ma anche per valutare nello specifico altri possibili indici di influenza della percezione della salute dell'individuo quali estrazione sociale e livello culturale.

Analisi statistiche

Una volta campionati i soggetti, si è proceduto all'attribuzione e al calcolo dei punteggi degli indici fisico (PCS-12) e mentale (MCS-12) che si è articolato in quattro differenti fasi (Questionario sullo stato di salute SF-12, p. 28): pulizia dei valori fuori range per ogni domanda e ricodifica del punteggio di 4 domande in modo che a punteggio più elevato corrisponda un miglior stato di

salute; creazione di nuove variabili dicotomiche (che possono assumere i valori 0 e 1) per ogni risposta alle domande del questionario; utilizzo dei coefficienti di regressione, derivati dalla analisi sulla popolazione generale americana, per pesare e aggregare le nuove variabili; standardizzazione dei punteggi PCS-12 e MCS-12, aggregati con l'aggiunta di una costante, l'intercetta della regressione, in modo che abbiano la stessa media ottenuta per la popolazione generale americana con la versione SF-36. Un PCS-12 molto basso indica sostanziali limitazioni nella cura di sé nelle attività fisiche, sociali e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; per cui la salute è giudicata scadente. Un PCS-12 molto alto indica nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; per cui la salute è giudicata eccellente. Un MCS-12 molto basso indica frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente. Al contrario un MCS-12 molto alto indica una frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali

dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente.

Risultati

In un periodo di tempo compreso tra il mese di novembre 2012 e il mese di maggio 2013, sono stati sottoposti al test psicometrico SF-12, rispettando i criteri di inclusione, 120 pazienti. Di questi 78 (pari al 65%) erano donne, 42 (pari al 35%) erano uomini (Fig. 1).

Dal nostro studio è emerso un tasso di rifiuto, nei soggetti che soddisfano tutti i criteri di inclusione, del 31,6% (17 soggetti di cui 5 uomini e 12 donne), ovvero un'adesione al test superiore al 70%. Questo dato è in linea con quelli ottenuti dal progetto IQOLA, condotto estesamente in ben dieci paesi europei (Danimarca, Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Spagna, Svezia e Inghilterra) ⁶. Sui 17 soggetti missing allo studio clinico, il 65% non ha partecipato poiché non era disponibile a sottoporsi a un test in quel dato momento ("non mi sento"; "magari un'altra volta"; "la prossima volta sarò disponibile, ora non è il momento"), il 24% riferiva di non stare bene ("ho mal di testa, non posso"; "sono qui perché sto

FIGURA 1.

Numero dei soggetti di sesso femminile e maschile sul campione esaminato.

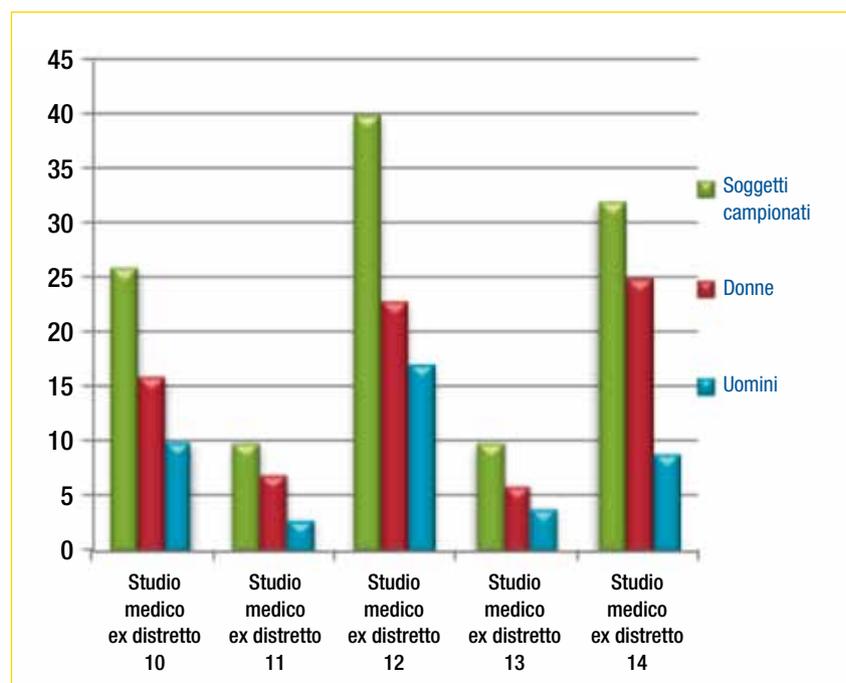
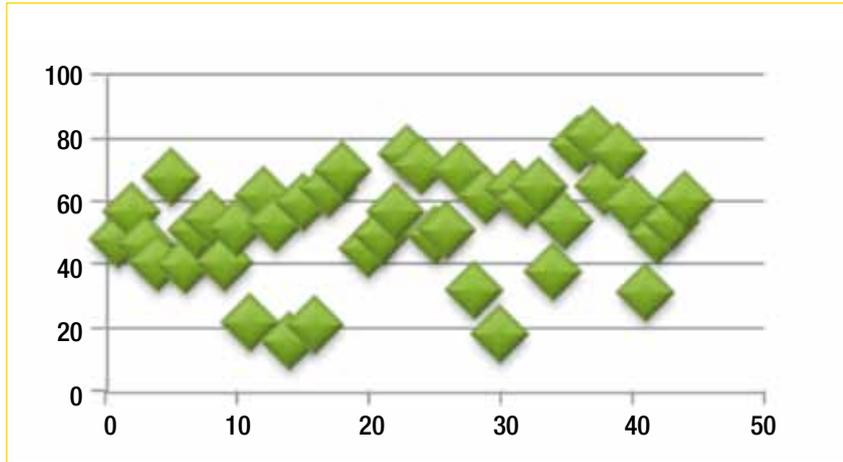


FIGURA 2.*Distribuzione delle età nel campione di 120 soggetti sottoposti all'SF-12.*

male come potrei fare un test?"; "non riesco a stare neanche seduta, mi dispiace"), l'11% avrebbe voluto rispondere al test ma non poteva per altri fattori ("è troppo tardi, e poi fra poco sarà il mio turno"; "devo prendermi cura di mio figlio, non sta fermo un attimo!").

Gli 80 soggetti che hanno eseguito il test, rientravano in un range di età compreso tra i 16 e gli 81 anni, con una minore prevalenza dei soggetti di età inferiore ai 33 anni, e una quasi equa distribuzione nelle seguenti fasce d'età: $\geq 34-53$, $\geq 54-63$ e $\geq 64-83$ (Fig. 2).

La popolazione in esame è stata intervistata anche sul tipo di occupazione svolta al momento della somministrazione del test. Sono state individuate sei categorie di appartenenza: studenti, casalinghe, libero professionisti, impiegati, disoccupati e pensionati. Considerata l'estensione del campione in esame, la suddivisione in gruppi d'interesse ha portato a dati statisticamente significativi per ciascuna categoria.

Un'ulteriore analisi è stata svolta prendendo in esame la morbidità del campione. Sono state indagate, tramite supporto informatico presso gli ambulatori di medicina generale (per eliminare il bias correlato all'intervista del paziente), le patologie acute delle ultime quattro settimane e le patologie croniche (con e senza eventuale riacutizzazione nell'ultimo mese). È stata registrata una prevalenza di: ipertensione arteriosa, associata in tre casi a cardiopatia

ipertensiva o ischemica; disturbi di natura ortopedica (discopatie, traumi articolari minori, artrosi e un caso di artrite reumatoide); reflusso gastroesofageo, associato in due casi a ernia iatale; e disturbi di vario genere del tratto gastrointestinale (sindro-

me del colon irritabile, coliche addominali, celiachia, epatopatie, alterazioni aspecifiche dell'alvo). Sono seguite sindrome vertiginosa e affezioni varie delle vie urinarie o di pertinenza uro-ginecologica (tre soggetti con ipertrofia prostatica benigna). Meno rappresentate sono risultate le patologie endocrino- metaboliche quali diabete mellito e tireopatie autoimmuni, i disturbi respiratori (un caso di asma e uno di BPCO) e l'emicrania (Fig. 3).

Dai risultati ottenuti nel presente studio si è osservato che, per quanto riguarda le correlazioni tra le 12 domande e i due indici, il pattern osservato corrispondeva all'ideale atteso (Tab. I). Inoltre la media e la deviazione standard degli indici sintetici PCS-12 e MCS-12 sono risultati in linea con media e deviazione standard di PCS ed MCS ricavate dagli studi in cui è stato somministrato l'SF-12 su larga scala (le differenze tra le medie si sono mostrate particolarmente piccole, non raggiungendo mai i 3 punti di differenza).

Inoltre è emerso che nel sesso maschile si

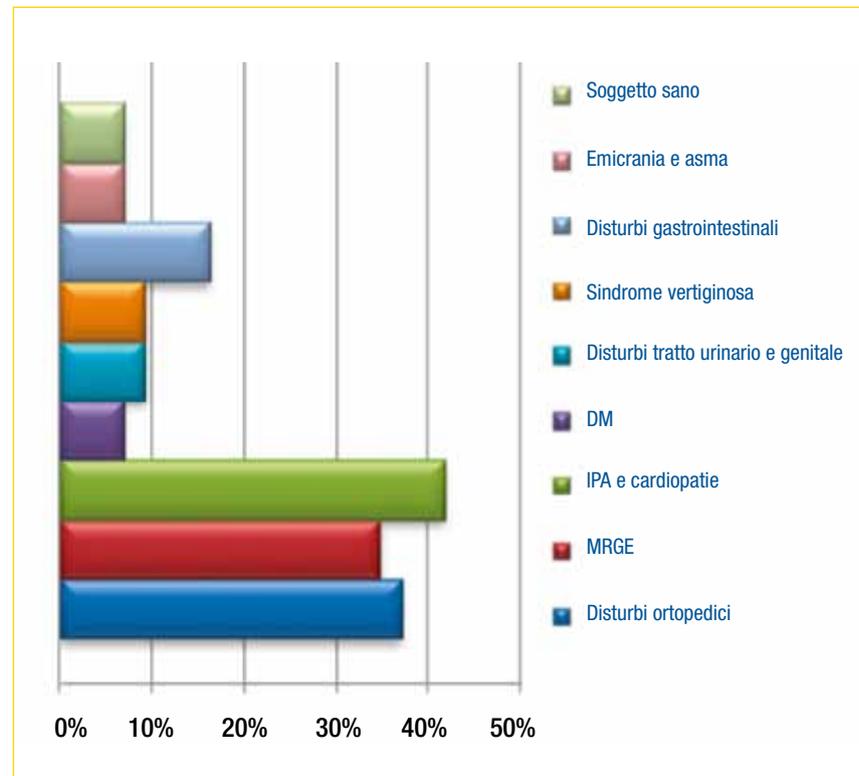
FIGURA 3.*Morbidità del campione.*

TABELLA I.**Media e deviazione standard degli indici PCS-12 e MCS-12.**

	PCS-12	MCS-12
Media	43,3	43,9
Deviazione standard	9,2	9
Range	20,9-59,9	25,4-65,1

è manifestata una migliore percezione della qualità della vita (Tab. II).

Analizzando gli indici sintetici divisi per fasce d'età (Tab. III), corrispondenti all'ideale atteso, si sono evidenziate medie più alte per l'indice fisico e sostanzialmente più basse per quello mentale nelle due fasce di età comprese tra i 16 e i 53 anni, al contrario invece tra i 53 e gli 81 anni. Ciò significa che sotto i cinquant'anni la qualità della vita è meno influenzata da limitazioni fisiche, disabilità o diminuzione del benessere generale; mentre col progredire dell'età, e soprattutto dai 65 anni in su, si esprimono sostanziali limitazioni nella cura di sé, nelle attività (fisiche, sociali e personali) e frequente stanchezza, per cui la salute può essere giudicata scadente. Il *Mental Component Summary* si è discostato di due punti dal *Physical Component Summary*

nelle prime fasce di età. La differenza si è mostrata maggiore nelle età successive sino a uno scarto di sei punti di media (media 33,05828 vs 43,03930; deviazione standard 8,609569771 vs 11,70690282), fattore altamente indicativo di una percezione della qualità della vita correlata maggiormente allo stato di salute fisica (problematiche e limitazioni sovra citate) piuttosto che mentale.

La popolazione in esame è stata intervistata anche sul tipo di occupazione svolta al momento della somministrazione del test. Sono state individuate sei categorie di appartenenza: studenti, casalinghe, libero professionisti, impiegati, disoccupati e pensionati. Dai valori degli indici sintetici PCS-12 ed MCS-12 (Tab. IV), è emerso che pensionati e casalinghe mostravano stime inferiori rispetto alla norma del campione,

ovvero manifestavano una peggiore percezione del loro stato di salute fisica e mentale. I libero professionisti, contrariamente alle altre categorie, hanno espresso valori bassi di PCS-12 e i più alti di MCS-12: ovvero limitazioni nella cura di sé, dolore fisico e frequente stanchezza, ma allo stesso tempo buon funzionamento sociale.

Una ulteriore analisi è stata svolta prendendo in esame la morbilità del campione (Tab. V). Sono state indagate le patologie acute delle ultime quattro settimane e le patologie croniche (con e senza eventuale riacutizzazione nell'ultimo mese). È stata registrata una prevalenza di: ipertensione arteriosa, disturbi di natura ortopedica, malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) e disturbi gastrointestinali. Per tutte e quattro le categorie esaminate vi sono state medie più basse per l'indice fisico e più alte per quello mentale. Nei soggetti affetti da MRGE, di cui alcuni pluripatologici, il *Physical Component Summary* ha presentato un valore molto basso. Ulteriori approfondimenti hanno permesso di riscontrare un'associazione netta delle più basse stime di PCS-12 con i soggetti in cui l'MRGE era associato a un'altra patologia. Del resto le stime della salute fisica nei soggetti con ipertensione o disturbi gastrointestinali non si sono discostate dalla media dell'indice fisico del reflusso gastroesofageo. Stime più alte (quindi una migliore percezione dello stato di salute mentale), e quasi sovrapponibili, sono state registrate in tutte le categorie eccetto che nel gruppo di soggetti ipertesi, in cui l'MCS-12 con valore inferiore si è rivelato nei soggetti anche cardiopatici.

TABELLA II.**Indici sintetici PCS-12 e MCS-12 divisi per sesso.**

	Popolazione femminile		Popolazione maschile	
	PCS-12	MCS-12	PCS-12	MCS-12
Media	43,3	41,5	43,4	41,7
Deviazione standard	9,5	8,6	12,7	12,3

TABELLA III.**Indici sintetici PCS-12 e MCS-12 divisi per fasce di età.**

Età espressa in anni	N° soggetti	PCS-12		MCS-12	
		Media	DS	Media	DS
≥ 16-33	6	47,8	9,3	45,7	9,6
≥ 34-53	14	46,8	9,3	43,2	8,5
≥ 54-63	11	43,2	6,5	44,7	7,2
≥ 64-81	12	37,0	8,6	43,0	11,7

Discussione

Dal presente studio è emersa una prevalenza significativa di richiesta di consulenze al proprio medico di famiglia da parte del sesso femminile, uniformemente distribuita in tutti i distretti sanitari esaminati. Questo potrebbe essere correlato al dato statistico dei *frequent attenders*⁷. È da escludere il fattore culturale di "presa in carico" da parte della donna delle problematiche inerenti la salute dei membri familiari, considerato che sono stati esclusi dallo studio tutti i soggetti che non afferivano agli ambulatori

TABELLA IV.

Indici sintetici PCS-12 e MCS-12 divisi per categoria occupazionale.

Attività svolta	N° soggetti	PCS-12	MCS-12
		Media	Media
Studente	8	52,6	40,7
Casalinga	18	39	41,3
Libero professionista	8	43,9	49,6
Impiegato	20	47	41,7
Disoccupato	9	45,7	43
Pensionato	18	39,4	41,8

TABELLA V.

Indici sintetici PCS-12 e MCS-12 divisi per gruppo di patologie.

Patologia	N° soggetti	PCS-12	MCS-12
		Media	Media
IPA e cardiopatie	22	39,2	41
Disturbi ortopedici	21	42,6	43,8
MRGE	20	39,3	42,3
Disturbi gastrointestinali	10		

di medicina generale per una consulenza personale.

Come già analizzato, diverse sono le ragioni per le quali circa il 30% del campione ha rifiutato di sottoporsi al test psicometrico. Non bisogna dimenticare che un ruolo, sia nel tasso di adesione che nel tasso di rifiuto, possono averlo avuto e il somministratore e il luogo della somministrazione del test (stanza di studio medico e sala d'attesa). L'esclusiva selezione dei pazienti che si sottopongono a visita medica, associata all'auto-compilazione del test psicometrico in un luogo sereno e isolato, mira a ridurre al minimo eventuali bias nella scelta delle risposte.

Solamente in un caso si è verificato un data missing (SF-12 eseguito in modo incompleto per "intolleranza emotiva" in soggetto oncologico). Tutti i pazienti, seguita la fase di auto-compilazione del test, sono stati invitati a compilare le eventuali domande non contrassegnate, tale modalità di somministrazione dell'SF-12 ha permesso di ottenere risultati discordanti sul data mis-

sing rispetto agli studi in cui la somministrazione non è stata guidata (test inviato per posta o lasciato in un plico negli ambulatori o nei presidi ospedalieri).

La suddivisione della popolazione in esame in quattro fasce di età ha permesso di ottenere dati in merito alla percezione della salute fisica e mentale in modo statisticamente significativo. Il riscontro di medie più alte di PCS-12 nelle due fasce di età comprese tra i 16 e i 53 anni, rispetto a quanto accaduto tra i 53 e gli 81 anni e in particolare in età anziana (≥ 65 anni), ha messo in evidenza che sotto i cinquant'anni la qualità della vita è meno influenzata da limitazioni fisiche, disabilità o diminuzione del benessere generale, per cui la salute fisica può essere giudicata da buona a eccellente. Questo, associato allo scarto di 6 punti di media tra PCS-12 ed MCS-12 nei soggetti over 64, con una forte riduzione del punteggio dell'indice sintetico correlato alla salute fisica, è risultato essere espressione del normale andamento delle curve di morbilità di una

popolazione. Più si va avanti con l'età, più alti sono i tassi di incidenza e prevalenza di patologie acute e croniche.

La suddivisione post-intervento del campione in sei gruppi distinti, a secondo dell'attività svolta, ha permesso di fare importanti osservazioni sulla percezione dello stato di salute in merito al ruolo sociale. Come già ampiamente discusso, il paziente che afferisce all'ambulatorio non è solamente una persona "malata". Colui che afferisce allo studio medico è una sick person, poiché il malato, soprattutto se portatore di una malattia cronica, passa molto più tempo come membro della famiglia malato, lavoratore malato, soggetto sociale malato, che in qualità di oggetto di cure mediche. Tenendo conto di queste affermazioni risulta chiaro come il ruolo sociale rivestito da una persona, sia essa casalinga che impiegato, permea la sua vita nell'aspetto quotidiano sociale ma anche strettamente personale. I dati hanno dimostrato che un maggiore disagio fisico (limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisiche, sociali e personali; dolore fisico; frequente stanchezza) e mentale (disagio psicologico, disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi e a tutte le altre componenti che influenzano lo stato mentale) viene vissuto da casalinghe e disoccupati. I libero professionisti mostrano limitazioni nella cura di sé, dolore fisico e frequente stanchezza, ma allo stesso tempo godono di un buon funzionamento sociale.

Un'ulteriore suddivisione post-intervento del campione in gruppi di patologia, ha consentito di ottenere rilevanti informazioni in merito alla percezione dello stato di salute fisica e mentale dei soggetti con una o più affezioni morbose. I soggetti affetti da patologie croniche (ipertensione arteriosa, reflusso gastroesofageo, artrosi) hanno mostrato una percezione della qualità della vita non soddisfacente, se non addirittura scadente. Questo si è verificato maggiormente nei soggetti pluripatologici. Gli eventi acuti, invece, non sono stati in grado di alterare in modo statisticamente significativo i dati di popolazione. Di fatto, durante la somministrazione dell'SF-12 è emerso che molti dei soggetti campionati, i quali presentavano in atto o avevano presentato

nelle ultime quattro settimane una patologia acuta, erano restii a compilare il test includendo le considerazioni in merito alla suddetta affezione, pensando di alterare in qualche modo l'esito del test. La percezione del proprio stato di salute dunque si costruisce su eventi cronici, a meno che l'evento acuto non determini una disabilità.

Conclusioni

La misura della salute percepita sta acquisendo un credito crescente nell'integrazione degli indicatori clinici nelle valutazioni epidemiologiche. Una serie di strumenti psicometrici vengono utilizzati come analizzatori del bisogno e dell'outcome assistenziale. L'Sf-12 indaga la dimensione fisica, ovvero i processi psicopatologici determinanti una riduzione della percezione del senso di benessere (*disease*); la percezione personale del proprio stato

di salute (*illness*); e le implicazioni sociali della patologia (*sickness*). L'SF 12 pur non permettendo l'acquisizione di informazioni attendibili sullo stato di salute del singolo individuo, consente di ricavare lo stato di salute dell'intero campione e i relativi cambiamenti nel corso del tempo con estrema rapidità e attendibilità. Inoltre è un test psicometrico che si presta all'auto-compilazione e all'intervista telefonica, agevolando di gran lunga le modalità di somministrazione. L'uso di questo strumento può essere di grande aiuto per comprendere quale sia l'impatto della patologia e dell'assistenza non solo dal punto di vista clinico, ma anche sul vissuto soggettivo e sociale del paziente, con importanti ricadute riguardo al processo decisionale medico e la possibilità di un attivo coinvolgimento dell'individuo nella gestione della malattia.

Bibliografia

- 1 Devisch R. *Approaches to symbol and symptom in bodily space-time*. Int J Psychol 1985;20:4-5.
- 2 Twaddle A. *Influence and illness: definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. Brown University, Ph. D. Thesis, 1968.
- 3 Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. *Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health*. J Epidemiol Community Health 2005;59:450-4.
- 4 Kleinman A. *Concept and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. Soc Sci Med 1978;12:85-93.
- 5 Apolone G, Mosconi P, Quattrocioni L, et al. *Questionario sullo stato di salute SF-12*. Milano: Guerini e associati 2001
- 6 *The SF Questionnaires*. www.iqola.org (consultato il 12 novembre 2012)
- 7 Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, et al. *Defining frequent attendance in general practice*. BMC Fam Pract 2008;9:21.

Milledss

La nuova modalità di supporto clinico-decisionale di MILLEWIN, attiva sul paziente in visita ed in tempo reale



Follow-up

Sono evidenziati messaggi di avviso relativi ad indicatori di processo ed esito intermedio. In base alle patologie codificate e ai relativi percorsi diagnostici il medico può prendere visione degli accertamenti che è necessario prescrivere perché in scadenza o già scaduti, inviandoli direttamente (con un semplice clic) in fase di stampa. Nella finestra compaiono inoltre gli accertamenti a target o meno, sui quali il Medico può focalizzare la sua attenzione sia dal punto di vista terapeutico sia dal punto di vista comportamentale del paziente.

Appropriatelyzza

Sono analizzate le criticità terapeutiche e/o diagnostiche del paziente. Il sistema evidenzia specificamente le situazioni rispetto alle quali, in base alle diagnosi presenti e confrontate con le più recenti raccomandazioni ed evidenze di Letteratura, alcuni accertamenti - processi diagnostici - terapie potrebbero essere inappropriati, mettendo a rischio la sicurezza del paziente. Il medico potrà così valutare se correggere o meno la criticità rilevata.

Prevenzione e stili di vita

Nella sezione prevenzione sono evidenziate le scadenze del paziente relativamente alla sua necessità nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria (in base all'età e al sesso). I relativi accertamenti possono essere inviati direttamente in stampa, così come i relativi test diagnostici vengono registrati in cartella.

Valutazione economica

Il sistema calcola in tempo reale la spesa per accertamenti e farmaci sia giornaliera (prescritti al momento della visita), sia annuale. Viene inoltre analizzata la spesa per farmaci in fascia C a totale carico del paziente.