

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

**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**

RELATORE:

CHIARMA PROFESSA MARIA STELLA PADULA

CORRELATORE:

DOTT. ORESTE CAPELLI

**TESI DI LAUREA DI:
LETIZIA ANGELI**

Anno Accademico 2008/2009

Per la progettazione dello studio ringrazio tutti i componenti del gruppo tecnico: Mimmo Andreoli, Cesare Boschini, Maria Grazia Bonesi, Susanna Casari, Margherita Di Pietro, Guido Federzoni, Nadia Lugli, Cataldo Piancone e Lidia Tondi.

Si ringraziano tutti i professionisti che hanno partecipato allo studio: Mimmo Andreoli, Giuseppe Angeli, Graziano Angeli, Lodovico Arginelli, Francesco Asaro, Luigi Azzolini, Gabriella Bannò, Giorgio Baraldi, Romano Battilani, Giuseppe Bianconi, Maria Grazia Bonesi, Patrizia Bordoni, Francesco Coletta, Rita Covizzi, Tito Cristoni, Roberto De Gesu, Fausto Dinardo, Margherita Di Pietro, Giuliano Fazioli, Fabio Forghieri, Gabriele Frassoldati, Nicoletta Fratti, Roberto Galassini, Daniele Gandolfi, Pier Paolo Garagnani, Giorgio Gazzani, Francesco Guerrini, Fiorenza Latini, Paolo Malavasi, Maurizio Manicardi, Giorgio Miselli, Luca Onesti, Maria Stella Padula, Francesca Pellarin, Loredana Perticarari, Cataldo Piancone, Fernando Pieralisi, Paolo Pini, Maurizio Pontiroli, Anna Lena Ragazzoni, Giovanni Razzaboni, Vanna Rinaldi, Daniele Romani, Barbara Rubbiani, Marina Scarpa, Sandro Solmi, Mario Tamburi, Lidia Tondi, Vincent Vincenzo Tortolani, Stefano Turrini, Bruno Vanni e Annalisa Vignoli.

Un ringraziamento particolare anche ai medici che hanno dato la loro disponibilità, ma che, per svariati motivi, non sono stati visitati nel periodo di osservazione: Claudia Bellodi, Nunzio Borelli, Luciano Galassini, Ada Gualandi, Giorgio Luppi, Dorianò Novi, Andrea Serafini, Paolo Valeri e Guido Venturini.

INDICE

INDICE.....	- 3 -
RIASSUNTO	- 4 -
INTRODUZIONE.....	- 6 -
L'offerta sanitaria nelle Cure Primarie	- 6 -
Accesso alle cure primarie	- 7 -
Le Cooperative e gli ambulatori "Codici Bianchi"	- 8 -
La percezione della malattia e dell'urgenza da parte del cittadino	- 10 -
OBIETTIVI DELLO STUDIO.....	- 11 -
MATERIALI e METODI.....	- 12 -
Campionamento dei Medici di Medicina Generale	- 12 -
Campionamento dei pazienti.....	- 12 -
Strumenti utilizzati	- 12 -
1. Strumenti per il Medico di Medicina Generale	- 13 -
2. Strumenti per il Paziente (da applicarsi solo ai pazienti randomizzati).....	- 13 -
Scheda 1 - Caratteristiche generali del paziente	- 13 -
Scheda 2 - La percezione delle proprie condizioni di salute	- 14 -
Scheda 3 - Grado di soddisfazione del paziente riguardo al proprio Medico di Famiglia	- 15 -
Analisi statistiche	- 15 -
Trattamento e proprietà dei dati.....	- 16 -
Privacy e Consenso Informato.....	- 16 -
RISULTATI	- 17 -
Campione dei Medici di Medicina Generale	- 17 -
Attività dei Medici di Medicina Generale	- 19 -
Gestione delle tipologie di accesso	- 24 -
Campione dei pazienti intervistati	- 26 -
Percezione delle proprie condizioni di salute da parte dei pazienti	- 27 -
Utilizzo delle diverse risorse sanitarie e grado di soddisfazione verso l'attività del proprio medico	- 33 -
DISCUSSIONE DEI RISULTATI	- 37 -
CONCLUSIONI	- 46 -
BIBLIOGRAFIA	- 47 -
ALLEGATI	- 49 -
Allegato 1 - Strumenti per il Medico di Medicina Generale - Matrice per la raccolta dati dell'attività giornaliera	- 49 -
Allegato 2 - Il sistema di classificazione internazionale dei sintomi e delle malattie in Medicina Generale (ICPC-2) proposto da WONCA	- 50 -
Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 1.....	- 52 -
Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 2.....	- 53 -
Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 3.....	- 54 -
Allegato 4 - Foglio INFORMATIVO per il Paziente.....	- 55 -
Allegato 5 - Foglio di CONSENSO per il Paziente	- 56 -
RINGRAZIAMENTI	- 57 -

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: Molto poco è noto sul carico di lavoro e la tipologia degli accessi alle cure del Medico di Medicina Generale (MMG) e non ci risulta che siano mai stati condotti studi sulla percezione di urgenza dei problemi nei pazienti che accedono ai propri MMG. Né di come la mole di lavoro che i MMG svolgono quotidianamente venga percepita dai loro pazienti. In un momento in cui si stanno decidendo modelli organizzativi per l'assistenza diurna e notturna sul territorio (h24), in cui i MMG assumeranno un ruolo centrale, può essere utile una valutazione completa dell'attività del MMG, considerando le modalità di gestione degli accessi ed una analisi del punto di vista del paziente riguardo al lavoro del proprio medico.

OBIETTIVI: Misurare in un campione di MMG il volume, la tipologia e la durata dei contatti giornalieri con i pazienti e valutare per ogni contatto-paziente il punto di vista del MMG e di un campione di pazienti sulla rilevanza clinica e la complessità-urgenza del problema proposto, al fine di definire una correlazione tra problema posto e priorità assistenziale. Valutare, infine, se diverse tipologie di gestione dell'accesso al MMG influiscono sul volume e la tipologia degli accessi, sulla percezione di URGENZA e sulla soddisfazione del paziente per l'attività del proprio MMG.

MATERIALI E METODI: Sono stati arruolati 52 MMG volontari, rappresentativi dei $\frac{3}{4}$ dei nuclei di cure primarie dell'AUSL di Modena, suddivisi per modelli gestionali dell'ambulatorio, per accesso su appuntamento o libero/misto e presenza di personale di studio. Nelle 52 giornate di osservazione sono stati registrati tutti i contatti paziente-medico, e specificamente i problemi portati e le decisioni prese. Sono stati, inoltre, intervistati in tempo reale e casualmente, mentre stavano per accedere all'ambulatorio del medico, 812 assistiti riguardo all'urgenza del problema riferito e al grado di soddisfazione verso il proprio medico. Per misurare la percezione di urgenza del problema, così come il livello di fiducia verso il medico, è stata utilizzata una scala visuo-analogica (VAS) da 0 (nessuna urgenza, nessuna fiducia) a 100 mm (massima urgenza, massima fiducia).

RISULTATI: Lo studio ha avuto la durata di un anno (maggio 2008 - aprile 2009), durante il quale sono stati registrati 3154 contatti con i 52 MMG (mediamente 60 contatti giornalieri per medico) e 4440 problemi presentati dai pazienti. Le prestazioni più frequentemente erogate dal medico sono rappresentate da procedure (70% dell'attività del medico). L'organizzazione dell'attività del medico

non sembra modificare le motivazioni dell'accesso, la durata del contatto medico-paziente e la tipologia di assistito che si rivolge al proprio MMG. Al contrario, la presenza di personale di studio consente di aumentare del 20% la quantità dei contatti quotidiani con gli assistiti (dati aggiustati per numero di scelte in carico e numero dei contatti per ogni medico). Il campione dei pazienti intervistati è risultato rappresentativo della totalità degli accessi (prevalenza del sesso femminile con età media 58 anni) e porta in genere al medico problematiche persistenti da più di un mese, che nella maggior parte dei casi ha tentato di risolvere precedentemente soprattutto tramite autoprescrizione di farmaci. Il confronto tra la percezione di urgenza-complessità clinica, riguardo al disturbo presentato, espressa dal paziente e dal MMG per mezzo di una scala VAS, mette in evidenza una frequente discordanza tra i livelli di urgenza percepiti dai sanitari e quelli percepiti dai pazienti, in circa il 60% dei casi; è interessante rilevare che la discordanza non è monodirezionale, ma che si evidenziano due tendenze differenti: priorità/urgenza elevata nel MMG e sottovalutazione dell'assistito o una priorità sproporzionatamente alta nel paziente rispetto alla percezione del medico. I pazienti si definiscono in generale soddisfatti verso l'attività e l'organizzazione dei propri medici, con una fiducia media espressa dal campione di 88/100.

CONCLUSIONE: I risultati emersi ci permettono di affermare che nonostante il carico di lavoro elevato, con una media di 60 contatti quotidiani, le diverse tipologie di gestione degli accessi non sembrano modificare l'attività del medico, mentre la presenza di personale di studio permette di delegare circa un quarto del lavoro e aumenta la frequenza di contatto con i propri assistiti. La percezione di urgenza di MMG e pazienti è diversa nei 2/3 dei casi, ma una maggiore empatia verso i propri assistiti sembra rassicurarli, riducendo la loro percezione di urgenza rispetto ai problemi portati. In generale i pazienti intervistati sono molto soddisfatti dell'attività svolta dai propri medici, sia come struttura organizzativa che come livello di relazione.

Parole chiave: MEDICINA GENERALE, PERCEZIONE, URGENZA

INTRODUZIONE

L'offerta sanitaria nelle Cure Primarie

In Italia l'assistenza sanitaria è garantita da un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si fa carico di erogare prestazioni sanitarie al cittadino attraverso un assetto "piramidale" dell'organizzazione, ovvero una medicina territoriale (detta anche di primo livello o Cure Primarie) e una medicina specialistica e/o ospedaliera (definite di secondo o terzo livello, in rapporto alla complessità degli interventi).

I caratteri costitutivi delle Cure Primarie sono: ^{1,2,3}

- 1) l'effettiva e piena accessibilità e disponibilità dei servizi offerti, fornendo una risposta ai bisogni di tutti i cittadini in modo ragionevolmente rapido, assicurando una copertura sufficientemente ampia nel corso della giornata superando ogni possibile barriera di carattere spaziale, economico e psicologico all'accesso;
- 2) la comprensività od onnicomprensività (comprehensiveness), ovvero la capacità di offrire uno spettro di servizi tale da rispondere a tutti i bisogni comunemente presenti. I professionisti delle Cure Primarie sono, o dovrebbero essere in grado di trattare la grande maggioranza dei problemi che sorgono nella loro popolazione di riferimento; ⁴
- 3) la longitudinalità, o continuità nel corso del tempo.
- 4) il coordinamento, o l'integrazione dell'assistenza, ⁵ cioè la capacità di trattare contemporaneamente una molteplicità di patologie, di rendere disponibili e utilizzare in modo appropriato ed efficiente le risorse e le informazioni a disposizione nei vari ambiti dell'assistenza sanitaria.

L'effettiva sussistenza di tali caratteri favorisce lo sviluppo di una peculiare relazione tra gli operatori e il paziente, che si qualifica come elemento fondante e distintivo delle Cure Primarie. A tale proposito si può affermare che le Cure Primarie definiscano sé stesse nei termini della relazione sui cui si basano e di cui servono, non in rapporto alle malattie che trattano o alle tecnologie che utilizzano⁶.

Accesso alle cure primarie

Ad ogni soggetto^a è garantita l'assistenza da parte di un MMG o un PLS se ha meno di 14 anni. Per accordo nazionale i medici convenzionati svolgono attività ambulatoriale nelle giornate feriali con un orario proporzionale al numero di assistiti in carico^b. L'articolo 36 recita testualmente: “Lo studio professionale del medico..., deve essere aperto agli aventi diritto per 5 giorni alla settimana, preferibilmente dal lunedì al venerdì, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario congruo e comunque non inferiore a:

5 ore settimanali fino a 500 assistiti.

10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti.

15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti.”

L'istituzione delle Medicine di Associazione ha ampliato di fatto l'offerta oraria come riportato nell'articolo 54 dell'ACN al capoverso J: “fermi restando per ciascun medico gli obblighi previsti all'art. 36, gli orari dei singoli studi devono essere coordinati tra di loro in modo da garantire complessivamente una disponibilità all'accesso per un arco di almeno 6 ore giornaliere, distribuite equamente nel mattino e nel pomeriggio, secondo un congruo orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita e alla effettiva accessibilità degli studi, anche tenendo conto delle condizioni geografiche e, secondo quanto stabilito all'art. 36, comma 5. nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi, ad estensione di quanto previsto dall'art. 47, comma 6 e fatto salvo quanto previsto in materia di continuità assistenziale dal Capo III del presente Accordo, deve essere assicurata da parte di almeno uno dei medici associati la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante la disponibilità di mezzi e strumenti che consentano all'assistito una adeguata comunicazione con il medico.”

Una revisione delle Carte dei servizi dei MMG della provincia di Modena (531 MMG), pubblicate sul sito dell'AUSL, evidenzia la completa aderenza dei professionisti alle indicazioni dell'ACN (Tabella 1), con la generale tendenza a fornire un maggiore numero di ore di presenza ambulatoriale (17±5 alla settimana) rispetto alle 15

^a Alla persona non legalmente presente sul territorio italiano sono garantiti i medesimi diritti di accesso alle cure eventualmente anche in forma anonima e senza necessità di obbligo di denuncia all'autorità competente. (D.L.286/1998).

^b ACN articolo 36

previste per i massimalisti. Anche il rapporto tra scelte in carico e numero di ore di disponibilità è migliore del previsto convenzionale (63 ± 19 vs $67 \div 100$ per i massimalisti).

Tabella 1 -	media	dev stand	minimo	massimo
n. assistiti in carico	1038	454	72	1577
ore ambulatorio dichiarate	17	5	5	30,5
n. scelte x ora dichiarata *	63	19	7	86
* l'articolo 36 dell'ACN prevede almeno 1 ora di ambulatorio al giorno ogni: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 67 – 100 assistibili per i MMG con 1000 – 1500 scelte ➤ 50 – 100 assistibili per i MMG con 500 – 999 scelte ➤ 1 - 100 assistibili per i MMG con 0 - 500 scelte 				
MMG afferenti ad una medicina di associazione			6%	
MMG afferenti ad una medicina di gruppo			12%	
MMG afferenti ad una medicina in rete			61%	
MMG singoli			21%	

Sempre dalla tabella 1 si evince anche che i MMG afferenti a forme associative, che garantiscono la disponibilità a ricevere pazienti per urgenze cliniche o ricettazioni fino alle ore 19.00, sono circa l'80% dei professionisti.

L'articolo 62 dell'ACN (apertura del Capo III) afferma che “Al fine di garantire la continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, le aziende (*Sanitarie Locali, ndr.*)... organizzano le attività sanitarie per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.”

Le Cooperative e gli ambulatori “Codici Bianchi”

Da alcuni anni sul territorio dell'AUSL di Modena sono presenti anche diverse cooperative di Medici di Medicina Generale, già aggregati in forme associative. I MMG di ciascuna cooperativa hanno progettato e realizzato, concordandolo con il Direttore di Distretto di appartenenza, un Servizio di Continuità Assistenziale Ambulatoriale, tassello importante di un più ampio progetto di Continuità Assistenziale che ha come obiettivi principali:

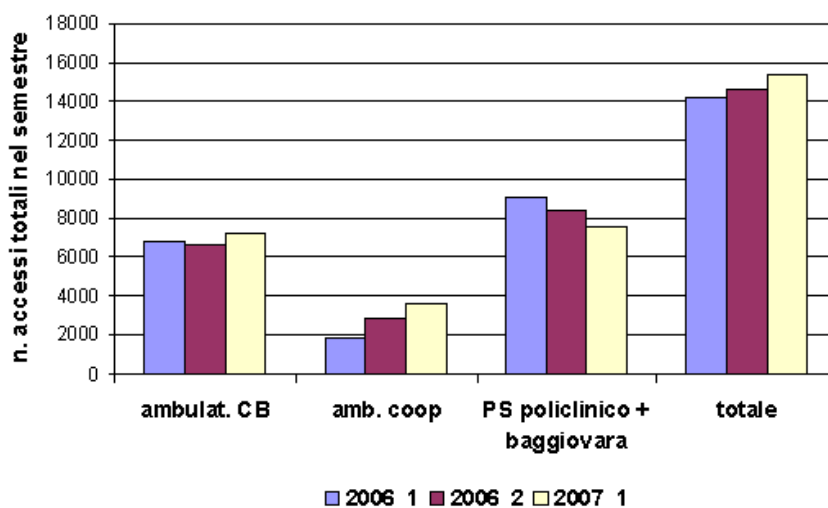
- incentivare l'integrazione con l'attuale “Guardia Medica” e con la rete dei servizi territoriali ed ospedalieri di emergenza/urgenza,
- favorire un corretto accesso ai servizi dei cittadini in grado di deambulare affetti da patologie riferibili ai codici bianchi, limitando il ricorso

inappropriato alle strutture di secondo livello come il Pronto Soccorso ed i reparti ospedalieri,

- supportare l'evoluzione culturale nella popolazione affinché riconosca, nella rete integrata della medicina generale territoriale, i nodi idonei per una adeguata risposta ai bisogni dei pazienti.

Gli studi aprono per alcune ore (da 6 a 12 a seconda delle cooperative) tutti i giorni prefestivi e festivi; nello studio opera un Medico di Medicina Generale o un suo sostituto formato nell'attività di continuità assistenziale. Talora è presente anche un servizio di segreteria adeguatamente formato alla gestione della sala di attesa dello studio di medicina generale. Può accedere al servizio tutta la popolazione del Distretto sia direttamente che tramite invio da parte del medico delle guardia medica. Ai fini della registrazione e dell'erogazione dei servizi presso l'ambulatorio è necessario fornire il Tesserino Sanitario e il Codice Fiscale oltre a un Documento di riconoscimento. Tutte le prestazioni fornite presso l'ambulatorio sono gratuite. I medici sono disponibili soltanto per problemi sanitari URGENTI definiti come "CODICI BIANCHI" e le richieste devono essere occasionali. Vengono perciò rifiutate le prescrizioni ritenute non urgenti o di esami di routine o di controllo. Questo servizio, che nasce con l'intento principale di ridurre il ricorso al PS per problemi di pertinenza della MG, sembra aver leggermente ridotto gli accessi ai PS codificati "Bianchi" (figura 1), ma in realtà il totale delle prestazioni "CODICE BIANCO" è costantemente in aumento nell'area urbana di Modena dal gennaio 2006 al luglio 2007. Segno che il fenomeno è difficilmente governabile solo con un aumento dell'offerta di disponibilità di tempo, strutture e personale.

Figura 1: Totale accessi "codici bianchi" (CB) nell'area urbana di Modena (tre semestri 2006 -2007)



La percezione della malattia e dell'urgenza da parte del cittadino

“Quando un paziente descrive i suoi malesseri parla di sé, non delle patologie, racconta della sua vita e di quanto in quel momento le percezioni anomale lo facciano dubitare di riuscire ad affrontare la realtà”.⁷ La nostra stessa esperienza di malattia ci ricorda quanto la carica emotiva della mancanza di salute (parziale o totale) influisca sulla percezione di riuscire ad affrontare la realtà quotidiana e sulla modalità di esternare i propri sintomi ad altri. Gli incontri che quotidianamente avvengono negli studi medici o al domicilio dei pazienti sviluppano racconti che parlano di aspettative, ansie, speranze e delusioni.⁸ Per lo più dei pazienti. A meno che il medico non diventi egli stesso paziente, vivendo direttamente l'esperienza di malattia.⁹ In genere è più considerata l'emotività del vissuto di malattia e delle relative implicazioni, specie in termini di durata e gravità, piuttosto che la percezione di urgenza che accompagna la richiesta di aiuto. In generale medici e pazienti non condividono la stessa percezione di urgenza¹⁰ e questo potrebbe essere uno dei motivi per cui strutture dedite alla gestione dell'urgenza ma direttamente fruibili dal cittadino sono spesso utilizzate in modo ritenuto improprio. Un recente studio anglosassone¹¹ ha cercato di definire le priorità e la percezione delle diverse modalità organizzative dell'assistenza sanitaria di base da parte dei pazienti. I ricercatori hanno preso in esame 1193 pazienti di 6 ambulatori di base britannici, invitandoli ad 'acquistare' in denaro singole performance del medico di base, operando scelte e di fatto stabilendo priorità: la cosa più ambita dai pazienti è un'accurata visita, seguita, nell'ordine, dal fatto di conoscere da tempo il medico, avere un medico di base che usa maniere amichevoli, ridurre i tempi d'attesa e infine la flessibilità degli appuntamenti”.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Molto poco è noto sul carico 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 ci risulta che siano 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.

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 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.

A tal fine saranno sviluppati alcuni sotto-obiettivi:

- a. Valutare per ogni contatto-paziente (telefonico, ambulatoriale e domiciliare, diretto o mediato) 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;
- b. Valutare, in un campione casuale di pazienti, le motivazioni e la percezione di URGENZA, che conducono il paziente ad accedere all'ambulatorio del MMG, confrontandole con il livello di priorità attribuito dal MMG all'accesso;
- c. 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.

MATERIALI e METODI

Campionamento dei Medici di Medicina Generale

Saranno arruolati almeno 50 Medici di Medicina Generale (MMG) tra quelli iscritti nei registri dei medici Convenzionati dell'AUSL di Modena. Al fine di avere una rappresentatività territoriale dell'assistenza su base provinciale si cercherà di arruolare almeno 1 MMG per ogni nucleo di Cure Primarie, oltre a MMG iscritti nei registri dei medici ricercatori e dei tutor per il tirocinio in Medicina Generale. Prevedendo una media di circa 30 accessi/die per ogni MMG si ritiene di potere raccogliere informazioni (su circa 1500 pazienti visti in 50 giorni diversi della settimana, distribuiti in un arco temporale di 9 mesi. Lo studio inizierà nel giugno 2008 e si concluderà entro il marzo 2009. La casistica sarà valutata anche stratificando per tipologia di accesso ambulatoriale (es. accesso libero o su appuntamento), eventualmente aumentando le osservazione e raccogliendo dati per lo stesso medico in giornate di attività con accesso libero o programmato.

Campionamento dei pazienti

Al fine di raccogliere il punto di vista dei pazienti afferenti all'ambulatorio del MMG, relativamente alla priorità/urgenza del problema portato e alla soddisfazione dell'attività/organizzazione del proprio Medico, in ogni giornata di osservazione è stato intervistato un campione di pazienti, selezionato in modo casuale, sulla base dell'ordine di arrivo in ambulatorio e prima dell'accesso al medico. Unico criterio di esclusione applicato è stata l'età, che non doveva essere inferiore ai 14 anni (popolazione pediatrica). Ai pazienti intervistati è stato garantito l'anonimato ed è stato letto un foglio informativo, con richiesta di firmare un consenso per la raccolta e il trattamento di dati sensibili.

Strumenti utilizzati

Per la raccolta dei dati osservazionali e delle interviste sono state utilizzate delle schede (vedi allegati) definite e approvate da un gruppo tecnico multidisciplinare, che comprende MMG, PdLS (pediatri di libera scelta), Metodologi, Medici di organizzazione, Esperti Legali e Animatori di Formazione.

1. Strumenti per il Medico di Medicina Generale

- a) **Matrice (tabulato)** per catalogare accessi e problemi nell'ambulatorio, comprendente anche la classificazione ICD-IX e ICPC della WONCA di ogni problema portato (Allegati 1 e 2)
- b) **Scala Visuo-Analogica (VAS)** per la valutazione della percezione della priorità del problema percepita da parte del MMG.

La matrice (Allegato 1) viene utilizzata per catalogare gli accessi nell'ambulatorio del MMG, i contatti telefonici e le visite domiciliari effettuate dal medico nella giornata campione. Nella matrice si raccolgono età e sesso del paziente, problema/i per i quali si presenta o le prestazioni richieste per procura e le decisioni e/o gli interventi del medico per il problema. Inoltre si considera la durata del contatto, per ricercare eventuali differenze riguardo a tale punto in base alla diversa organizzazione ambulatoriale dei MMG (su appuntamento o ad accesso libero). Il problema per cui il paziente ha contattato il proprio MMG sarà classificato sia con la usuale codifica ICD-IX che con la International Classification for Primary Care (ICPC-2) della WONCA, basata sui sintomi generali e poco specificati che spesso generano i contatti tra medico e paziente in MG^a (allegato 2). Al MMG sarà inoltre chiesto di definire, per ogni problema esaminato, una valutazione della priorità dell'accesso mediante una scala VAS non categoriale, da 0 a 10 cm, nell'ottica di attribuire un "indice di priorità di accesso" correlabile alla complessità del problema presentato.

2. Strumenti per il Paziente (da applicarsi solo ai pazienti randomizzati)

- a. Scheda riportante le caratteristiche generali del paziente (allegato 3 - scheda 1)
- b. Questionario sulla percezione delle proprie condizioni di salute in relazione al problema che lo ha portato dal medico (allegato 3 - scheda 2)
- c. Questionario sulla soddisfazione del paziente riguardo all'operato e alla organizzazione del proprio Medico di Famiglia (allegato 3 - scheda 3)

Scheda 1 - Caratteristiche generali del paziente

La scheda 1 indaga le caratteristiche socio-demografiche del paziente che si reca

^a "Le persone che consultano il MMG non lamentano patologie, ma piuttosto percezione di sé che vivono come motivo di difficoltà o pericolo non solo per la propria sopravvivenza, ma anche per la propria autonomia individuale." Caimi e Tombesi, "Medicina Generale", UTET 2003, pag 47.

dal proprio MMG. In particolare si considerano stato civile^a, titolo di studio, occupazione e componenti del nucleo familiare/conviventi, perché sono stati evidenziati come fattori psico-sociali favorenti la frequentazione degli studi di MG: i frequentatori abituali (“frequent attenders”) della Medicina generale (pazienti che consultano il proprio medico più di 12 volte/anno)¹² sono per lo più soggetti divorziati o vedovi, appartenenti a classi sociali basse e spesso disoccupati.

Inoltre si indaga se il paziente soffre di qualche malattia cronica, perché il 94% dei “very frequent attenders” in medicina generale (più di 15 consulti/anno) è affetto da patologie croniche e il numero dei disturbi e la gravità delle patologie sono fortemente associate con la frequenza di consulto del MMG¹³. L’elenco delle patologie croniche è stato stilato in base al documento ISTAT “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari (Anno 2005)”, considerando le prime 20 patologie più frequenti e lasciando un campo libero qualora il paziente abbia altre malattie non elencate.

Scheda 2 - La percezione delle proprie condizioni di salute

Con la scheda 2 si vuole valutare la percezione dell’intervistato sulle condizioni di salute che l’hanno portato dal medico. Innanzitutto si valuta se il paziente sia giunto dal medico **solo o accompagnato** e se ci siano state delle **pressioni esterne** che lo abbiano spinto al consulto (domanda 4).¹⁴

Si lascia poi un campo libero per permettere al paziente di esprimere il suo pensiero riguardo al disturbo che presenta, poichè vi sono studi che hanno rilevato come alcuni pazienti dichiarano di rivolgersi frequentemente al Pronto soccorso (PS) perché il parlare rapidamente con un professionista dei propri sintomi li aiuta a tranquillizzarsi.¹⁵ Inoltre si prende in considerazione la tolleranza ai sintomi¹⁶ (durata della persistenza dei sintomi) per capire quanto in media un paziente attende prima di rivolgersi al medico.

Al paziente viene poi richiesto di segnare su una scala VAS la **gravità/urgenza del problema** che l’ha condotto dal medico oggi. L’utilizzo della scala VAS, riproposta anche nella scheda 3 per valutare il grado di fiducia nel proprio medico, è la modificazione dei criteri valutativi categoriali di uno studio¹⁷ nel quale veniva

^a Sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di morbosità cronica o di disabilità. La quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male è molto più elevata tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%). Soffrono di una patologia cronica grave l’8,2% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare. ISTAT “Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari (Anno 2005)”

chiesto ai pazienti di esprimere la gravità della propria malattia con un punteggio da 1 (non grave) a 5 (pericolo di vita) e il grado di soddisfazione rispetto alle cure ricevute in PS su una scala da 1 (non soddisfatto) a 5 (estremamente soddisfatto). La scelta di una scala non categoriale sembra debba influenzare meno la scelta del paziente. In un altro studio si adottano scale categoriali per la gravità, il dolore e la funzione fisica dei pazienti che accedono al PS.¹⁰ O più in generale viene chiesta al paziente di indicare la propria ansia e paura di nuovo con valori da 1 a 5. Infine la scheda 2 esplora se il paziente abbia già presentato il proprio problema al medico o se abbia già tentato di risolverlo da solo: è stato visto, infatti, che i pazienti gestiscono inizialmente la maggior parte dei sintomi senza cercare un consiglio medico¹⁸.

Scheda 3 - Grado di soddisfazione del paziente riguardo al proprio Medico di Famiglia

Nella scheda 3 le prime due domande sono volte ad indagare la **frequenza** del paziente nel ricorrere al medico o al PS: si è visto, infatti, nel mondo anglosassone che i pazienti che accedono più spesso al proprio medico siano anche quelli che fanno ricorso al PS più frequentemente. I Frequentatori Abituati dei PS consultano il loro MMG molto di più dei controlli (12 vs 3 visite/anno)¹⁹.

Con le domande successive si vuole valutare l'**organizzazione ambulatoriale** del MMG con lo scopo di considerare l'eventuale preferenza dei pazienti verso una particolare modalità d'accesso.

Infine si chiede di esprimere un giudizio riguardo alla possibilità di **risolvere problemi urgenti in MG**, per capire se vi sono i presupposti fiduciali nell'intervistato per non ricorrere al PS e il **grado di soddisfazione del rapporto medico-paziente** misurato con scala VAS.

Nonostante il rapporto medico-paziente negli anni sia cambiato, la figura professionale verso la quale in Italia si ha ancora maggiore fiducia è il medico di famiglia (64,3%), seguito dal medico specialista privato (32,1%) e dal medico ospedaliero (13,3%).²⁰ Quanto valga questa fiducia non è però mai stato definito.

Analisi statistiche

Tutte le analisi statistiche saranno eseguite utilizzando le funzioni matematico-statistiche del software Microsoft Excel e del programma SPSS ver.15.0 per Windows. Saranno eseguite valutazioni descrittive in rapporto a età, sesso,

problema registrato, misure con Scala VAS della priorità dei problemi registrati, della percezione di urgenza e dei livelli fiduciali dei pazienti verso i curanti, correlazioni con le tipologie organizzative dell'attività assistenziale. La differenza statistica delle variabili sottoposte ad indagine nelle diverse popolazioni sarà studiata tramite il test chi-quadro e il T test. La significatività statistica è stabilita per valori di $p < 0,05$.

Trattamento e proprietà dei dati

I dati raccolti sono di proprietà dei MMG ricercatori, saranno raccolti ed elaborati dal CeVEAS sotto la responsabilità del dott. Capelli Oreste e dott.ssa Padula Maria Stella conservati presso la Direzione Sanitaria dell'AUSL di Modena, sotto la responsabilità del dott. Federzoni Guido. Gli esiti delle elaborazioni saranno messi a disposizione di tutti i MMG ricercatori. Il loro utilizzo in attività di formazione o per relazioni e/o articoli dovrà essere autorizzato dai ricercatori stessi.

Privacy e Consenso Informato

Ai pazienti intervistati sarà garantito l'anonimato e sarà letto un foglio informativo appositamente predisposto (Allegato 4), con richiesta di firmare un consenso per la raccolta e il trattamento di dati sensibili (Allegato 5).

RISULTATI

Campione dei Medici di Medicina Generale

Sono stati arruolati 52 Medici di Medicina Generale (MMG) tra quelli iscritti nei registri dei medici Convenzionati dell'AUSL di Modena. Al fine di avere una rappresentatività territoriale dell'assistenza su base provinciale, è stato richiesto l'arruolamento volontario di almeno 1 MMG per ogni nucleo di Cure Primarie oltre a MMG iscritti nei registri dei medici ricercatori e dei tutor per il tirocinio in Medicina Generale. Sono così stati rappresentati il 76% dei nuclei di cure primarie (31 su 41 nuclei totali), con una precisa distribuzione territoriale: 18 medici del capoluogo cittadino, 29 di paese e 5 della montagna. Come si può evincere dalla Figura 2, è stata rispettata la distribuzione della medicina generale all'interno della provincia.

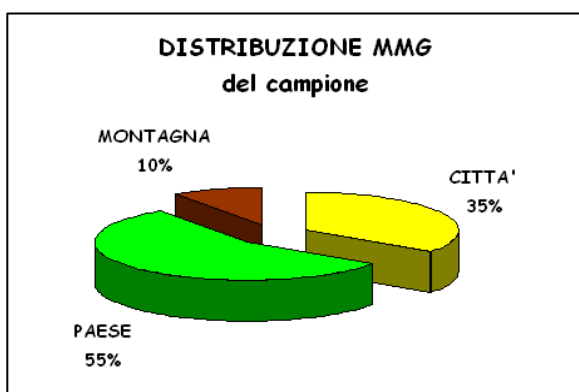
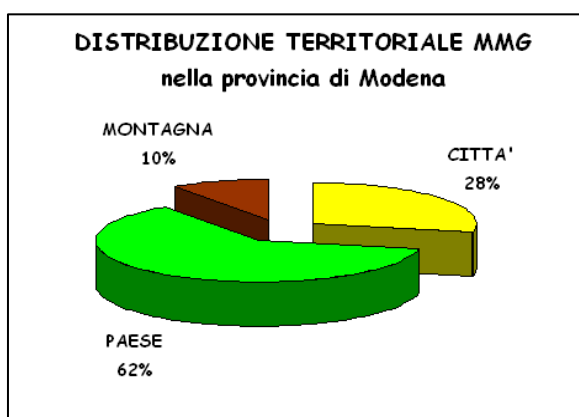


Figura 2: Distribuzione territoriale dei medici

Dei 52 medici il 70% è di sesso maschile e il 30% di sesso femminile; anche in questo caso si può osservare il parallelo con la realtà modenese (in cui il 67% dei MMG è di sesso maschile e il restante 33% di sesso femminile).

L'età media dei partecipanti è pari a 52 anni (età minima 41 ed età massima 69), con una durata media di attività convenzionale pari a 20 anni (con variabilità di un minimo di 5 ed un massimo di 33 anni). Il valore medio di pazienti in carico si attesta a 1269 (con minimo di 348 e massimo di 1584), abbastanza prossimo alla media provinciale di 1099 assistiti/medico.

Lo studio ha avuto una durata complessiva di un anno (da maggio 2008 ad aprile 2009), durante il quale sono state distribuite le giornate di osservazione in modo omogeneo all'interno della settimana, come si può vedere dalla tabella 2. Si è anche cercato di eguagliare il numero di osservazioni in base alle tipologie di accesso proposte dai medici

partecipanti: 24 MMG svolgono attività esclusivamente su appuntamento (il 46%), 28 hanno un accesso libero o misto (il 54% del totale).

Tabella 2: Distribuzione settimanale delle giornate di accesso agli ambulatori

	MEDICI visitati	Ambulatori MATTINA	Ambulatori POMERIGGIO	Ambulatori MATTINO+POMERIGGIO
LUNEDI'	10	4	3	3
MARTEDI'	9	4	4	1
MERCOLEDI'	10	4	5	1
GIOVEDI'	12	4	5	3
VENERDI'	11	3	5	3

Confrontando tali valori con i dati ricavati dalle Carte dei Servizi dei 531 MMG della provincia di Modena, pubblicate sul sito internet dell'AUSL di Modena, si osserva nel campione dei MMG dello studio una più elevata presenza di attività ambulatoriale su appuntamento (46% vs 29% - $p < 0,01$). Il campione dei MMG partecipanti allo studio è stato arruolato su base volontaria e questo costituisce certamente un bias di selezione di professionisti particolarmente motivati, che si evidenzia anche per altre caratteristiche dei MMG: il 23% è anche referente per il proprio nucleo di cure primarie, il 31% è animatore di formazione ed il 40% svolge un'attività di tutoraggio in ambito universitario.

Per quanto riguarda, invece, gli ulteriori parametri che caratterizzano l'organizzazione dei MMG dello studio, abbiamo valutato l'adesione alle diverse forme di associazione della MG e la disponibilità di personale di studio (segretaria e/o infermiera). I dati sono raccolti nella tabella 3, con alcuni confronti ricavabili dall'analisi delle Carte dei Servizi già citate.

Tabella 3: Adesione alla medicina di associazione e presenza di personale di studio

	Caratteristiche MMG del campione	Caratteristiche MMG AUSL
MEDICINA DI GRUPPO	19%	11%
MEDICINA IN RETE	77%	66%
SINGLE PRACTICE	4%	22%
Segretaria	54%	ND
Infermiera	19%	ND

Tra i medici campionati il 96% partecipa ad una delle forme di medicina d'associazione; la quota è nettamente superiore rispetto ai dati dichiarati nelle Carte dei Servizi, dove la percentuale dei partecipanti è pari al 77%. Dal confronto diretto emerge che i MMG afferenti a queste forme associative sono in aumento,

mentre i dati pubblicati sul sito internet dell'AUSL non sono aggiornati. Per quanto riguarda il personale di studio, il 54% dei MMG partecipanti ha una segretaria e/o un'infermiera; non siamo riusciti a reperire informazioni riguardo a tale parametro dalle Carte dei Servizi, per cui non è possibile un confronto diretto con la realtà provinciale.

La disponibilità del medico ad ampliare la propria offerta oraria non emerge solo dall'adesione a diverse forme di associazione, ma semplicemente dall'attività giornaliera svolta: dalle Carte dei Servizi dei medici campionati abbiamo una media di ore ambulatoriali giornaliere pari a 4 (con minimo di 2 e massimo di 7 ore); le ore di osservazione mediamente effettuate sono superiori alle 4,5 (con minimo di 1,5 e massimo di 9 ore). La somma totale delle ore di osservazione previste rapportate alle ore realmente effettuate rafforza questo dato (211 ore vs 244 ore).

Attività dei Medici di Medicina Generale

Dall'elaborazione della Matrice dell'attività dei MMG emerge che nelle 52 giornate di osservazione sono stati raccolti 3154 contatti medico-paziente, di cui 3010 valutabili, suddivisi in quattro tipologie: **ambulatoriale, telefonico, domiciliare e busta**, ossia richieste che il paziente lascia in busta chiusa nella cassetta della posta o in un apposito contenitore presente in sala d'attesa (Figura 3); si riscontra una media di 60 contatti giornalieri/medico (minimo 15 e massimo 201 contatti, in periodo vaccinale).

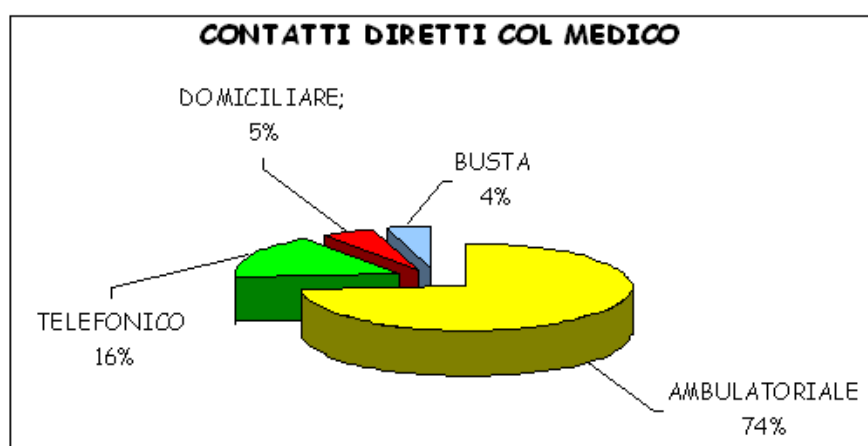


Figura 3: Distribuzione delle diverse tipologie di contatto diretto col medico

Nella categoria dei contatti ambulatoriali si può osservare che il 13% dei pazienti ha contatto indiretto col medico, cioè mediato da terzi (contatti per procura).

Dati rilevanti si possono raccogliere dal lavoro svolto dal personale di studio:

laddove presenti, **segretaria e/o infermiera si occupano di oltre un quarto del lavoro giornaliero del medico** (Figura 4).

La presenza del personale di studio, inoltre, incentiva l'uso del MMG come risorsa sanitaria: medici che presentano tale tipologia organizzativa sono contattati quotidianamente dal 5% dei propri assistiti (verso il 4% degli assistiti dei MMG che non possiedono infermiera o segretaria).

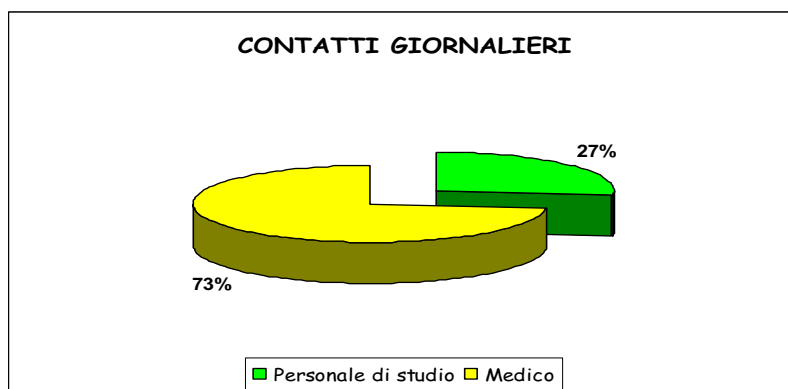


Figura 4: Gestione dei contatti da parte di MMG e personale di studio

Dati epidemiologici riguardanti gli accessi totali evidenziano una prevalenza del sesso femminile (58%) e un'età media pari a 58 anni (età minima 3, età massima 102).

I **problemi presentati dai pazienti** al proprio medico sono stati 4440, tutti codificati secondo la International Classification for Primary Care (ICPC-2) della WONCA (Allegato 2). Alla classificazione originale sono state aggiunte due voci di codifica: 70 per indicare la misurazione della pressione arteriosa e 71 per tutte le procedure riguardanti la gestione degli appuntamenti (richiesta, modifica, annullamento), per poter riportare in modo completo ed esauriente tutte le richieste dei pazienti e le prestazioni mediche. Nella tabella 4 sono presentate tutte le problematiche riportate dagli assistiti ai propri medici, secondo la classificazione per apparati della WONCA. Il primo dato che emerge è la quota di attività che rientra nella voce Procedure (esame obiettivo, misurazione della pressione, invio a specialisti, richiesta di esami, somministrazione di terapia, ricettazioni, certificazioni, ...), che rappresenta oltre i 2/3 delle richieste dei pazienti.

Per quanto concerne la sintomatologia riferita, la maggior parte dei problemi (5%) riguardano stati morbosi mal definiti ("Generale" della WONCA) al pari dei sintomi

Tabella 4: Classificazione dei sintomi/problemi portati dai pazienti secondo la International Classification for Primary Care (ICPC-2) della WONCA, divisi in base alla tipologia di contatto col medico.

Categoria IPCP	WONCA	Contatto Ambulatoriale diretto	Ambulatoriale per Procura	Contatto telefonico diretto	Ambulatoriale diretto Segretaria	Contatto telefonico Segretaria	Buste	TOTALE	%
Procedure	Procedure	1736	388	309	339	162	162	3096	70%
Generale	A	131	18	49	2	1	0	201	5%
Organi ematopoietici	B	9	2	2	1	0	0	14	0,3%
Digestivo	D	125	10	46	0	1	1	183	4%
Occhio	F	29	2	0	0	0	0	31	1%
Orecchio	H	51	4	0	0	0	0	55	1%
Cardiocircolatorio	K	43	2	7	0	0	0	52	1%
Muscoloscheletrico	L	193	11	31	1	0	0	236	5%
Neurologico	N	86	2	12	0	0	0	100	2%
Psicologico	P	35	5	10	0	0	0	50	1%
Respiratorio	R	162	12	29	1	1	0	205	5%
Cutaneo	S	87	5	8	1	1	0	102	2%
Endocrino metabolico	T	16	2	4	0	0	0	22	0,5%
Urologico	U	36	6	5	0	0	0	47	1%
Gravidanza/Parto	W	2	2	1	0	0	0	5	0,1%
Genitale femminile	X	14	2	1	0	0	0	17	0,4%
Genitale maschile	Y	4	0	0	0	0	0	4	0,1%
Problemi sociali	Z	14	3	3	0	0	0	20	0,5%
Totali		2773	476	517	345	166	163	4440	100%

dell'apparato muscoloscheletrico e dell'apparato respiratorio, seguiti da disturbi dell'apparato digerente (4%). Non si osservano sostanziali differenze andando a suddividere le richieste dei pazienti in base alle diverse tipologie di contatto, ma si può osservare che il personale di studio si occupa quasi esclusivamente di Procedure.

Tutte le diagnosi effettuate dal medico nel giorno di osservazione e le patologie già note sono state classificate anche con la usuale codifica ICD-IX; la considerazione delle patologie già note aiuta meglio a comprendere la complessità dei pazienti pluripatologici, quindi la maggiore attenzione da porre nella loro gestione per il possibile mascheramento di sintomi, le possibili interazioni farmacologiche e gli effetti collaterali delle terapie. I dati sono raccolti nella tabella 5.

La prevalenza delle patologie valutate dal MMG, considerate per apparati, ha la stessa distribuzione dei sintomi: le più frequenti sono le malattie del sistema osteomuscolare, sintomi e stati morbosi mal definiti e malattie dell'apparato

respiratorio. Tale distribuzione si mantiene valutando separatamente le diverse tipologie di contatto.

Tabella 5: Distribuzione delle diagnosi e delle patologie già note secondo la codifica ICD IX

ICD IX	Contatto Ambulatoriale diretto	Ambulatoriale per Procura	Contatto telefonico diretto	Ambulatoriale dirett. Segretaria	Contatto telefonico Segretaria	Visite domiciliari	TOTALE	%
Malattie infettive e parassitarie	22	2	6	1	0	6	37	2%
Tumori	20	9	5	3	0	5	42	2%
Malattie endocrine, nutrizionali metaboliche e disturbi immunitari	45	8	11	1	0	11	76	4%
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	17	3	4	2	0	4	30	2%
Disturbi psichici	27	8	8	3	0	8	54	3%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	68	7	7	2	0	7	91	5%
Malattie del sistema circolatorio	58	12	15	1	1	15	102	6%
Malattie dell'apparato respiratorio	96	5	28	0	1	28	158	9%
Malattie dell'apparato digerente	54	8	19	0	0	19	100	6%
Malattie del sistema genitourinario	49	9	7	0	0	7	72	4%
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	4	1	2	1	0	2	10	1%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	51	4	8	2	1	8	74	4%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	169	13	36	0	0	36	254	14%
Malformazioni congenite	6	0	2	0	0	2	10	1%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	132	16	69	1	2	69	289	16%
Traumatismi	36	7	12	1	0	12	68	4%
Classificazione supplementari dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	257	6	21	1	0	21	306	17%
Totale	1111	118	260	19	5	260	1773	100%

E' interessante però notare come la patologia più frequente per cui il M MG viene chiamato a domicilio sia la bronchite, mentre l'ipertensione è quella prevalente nei contatti ambulatoriali. Il numero totale di pazienti che hanno ricevuto una diagnosi o che si sono presentati con una patologia già diagnosticata sono un numero nettamente minore rispetto agli assistiti che hanno avuto accesso riportando dei sintomi (1409 vs 2914): con la codifica WONCA abbiamo raccolto 4440 sintomi, con la codifica ICD IX 1773 patologie. Abbiamo, cioè, utilizzato la classificazione ICD IX come indicatore di sintesi verso le patologie presenti e/o neo diagnosticate nel paziente. Sul totale degli accessi solo nel 17% dei casi è stata fatta una nuova diagnosi e circa un terzo dei pazienti presentava patologie già note.

Le prestazioni del MMG secondo la codifica WONCA sono riportate nella tabella 6, mentre nella figura 5 si mettono in evidenza le prime 12 decisioni/interventi che

Tabella 6: Decisioni ed interventi del MMG classificati secondo la codifica WONCA

CODIFICA PRESTAZIONE	LEGENDA CODIFICA	NUMERO ASSOLUTO	%
50	Prescrizione-somm.di farmaci/iniezione	1320	34%
30	Esame clinico completo	418	11%
70	Misurazione della pressione	339	9%
38	Altri esami di laboratorio NAC	260	7%
44	Immunizzazione-profilassi	239	6%
67	Invio ad altro medico (spec./ospedale)	233	6%
45	Ed.sanitaria/osservazione/consigli/dieta	231	6%
48	Chiarimenti/discussione su motivi d'incontro	223	6%
62	Procedure amministrative	140	4%
71	Appuntamento	94	2%
58	Ascolto/ consigli terapeutici/ psicoterapia	56	1%
ATTESA	Vigile attesa	53	1%
RX	Richiesta esami radiologici	42	1%
ECO	Richiesta Ecografie	41	1%
56	Medicazione	37	1%
43	Altre procedure diagnostiche	30	1%
ESAMI	Richiesta esami biumorali	23	1%
RM	Richiesta risonanze magnetiche	17	0,4%
34	Stick glicemico	16	0,4%
INVIO IN PS	Invio in Pronto soccorso	10	0,3%
ECG	Richiesta Elettrocardiogramma	10	0,3%
Altro	(Richiesta TAC, endoscopie, test funzionali, scintigrafia, elettromiografia, incontro di follow up non specificato)	97	2%

nell'insieme rappresentano il 90% dell'attività in un ambulatorio medico.

La prestazione medica più frequente è rappresentata da prescrizione e/o somministrazione di farmaci, all'interno della quale sono comprese le ricette ripetitive per patologie croniche, la decisione del MMG di modificare la terapia, la terapia prescritta in seguito ad un sintomo riportato e/o una diagnosi effettuata e somministrazione diretta di farmaci (compresa l'iniezione intramuscolo o endovenosa). Tutti questi interventi rappresentano da soli un terzo delle prestazioni quotidiane del medico. Quindi seguono l'esame obiettivo, la misurazione della PA, la prescrizione di esami di laboratorio, le vaccinazioni e l'invio ad altri specialisti. E' importante notare come più del 10% dell'attività quotidiana del MMG sia rappresentata da consigli, chiarimenti, ascolto ed attesa.

Emerge quindi un'importante lato del medico di famiglia che risponde alle problematiche del proprio assistito con la comunicazione diretta, che può essere rappresentata da un semplice consiglio terapeutico, da spiegazioni riguardo ad esami, sintomi fino al semplice ascolto delle problematiche presentate dal proprio paziente. Si può, quindi, osservare nelle prestazioni effettuate dal medico di famiglia quell'approccio Bio-Psico-Sociale che caratterizza tipicamente la medicina generale ⁷.

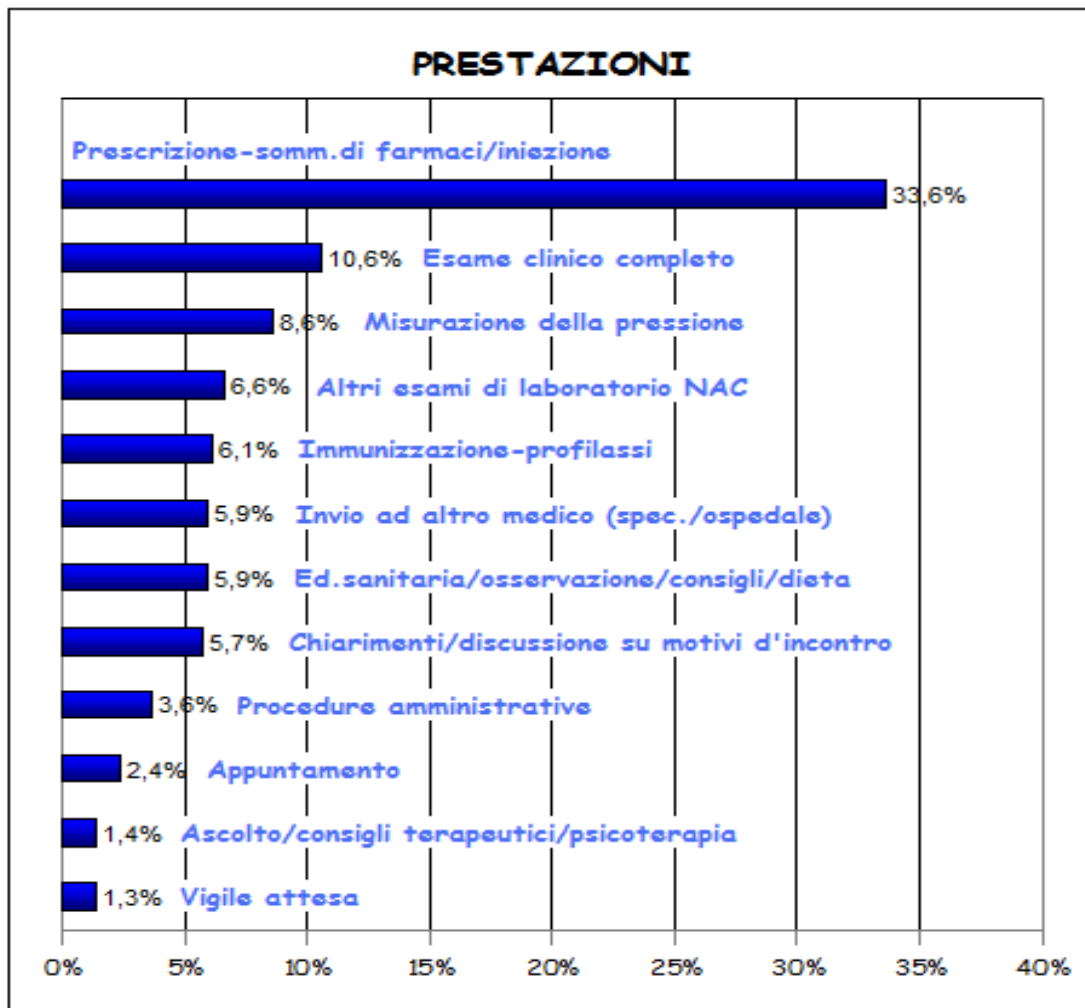


Figura 5: Le 12 prestazioni più frequenti del MMG secondo la classificazione WONCA

Gestione delle tipologie di accesso

All'interno del campione dei medici abbiamo confrontato se le diverse tipologie di organizzazione ambulatoriale avessero un impatto su alcuni parametri: volume degli accessi, durata del contatto col paziente e percentuale di Frequent Attenders (FA o Frequentatori Abituali, secondo la letteratura inglese pazienti che accedono

al MMG più di 12 volte/anno).

Riguardo al primo punto non si evidenzia alcuna differenza tra le due modalità di gestione dell'ambulatorio, cioè il carico di lavoro presenta una media pressoché costante di 60 contatti/giorno.

La durata media dei contatti diretti (telefonici ed ambulatoriali) dei medici partecipanti è stata pari a 8,3 minuti (minimo 4 e massimo 14 minuti). Diversamente da ciò che ci si potrebbe aspettare, la durata del contatto è sostanzialmente sovrapponibile nei due gruppi di MMG (medici che visitano su appuntamento e medici che lavorano con accesso libero o misto). (Figura 6)

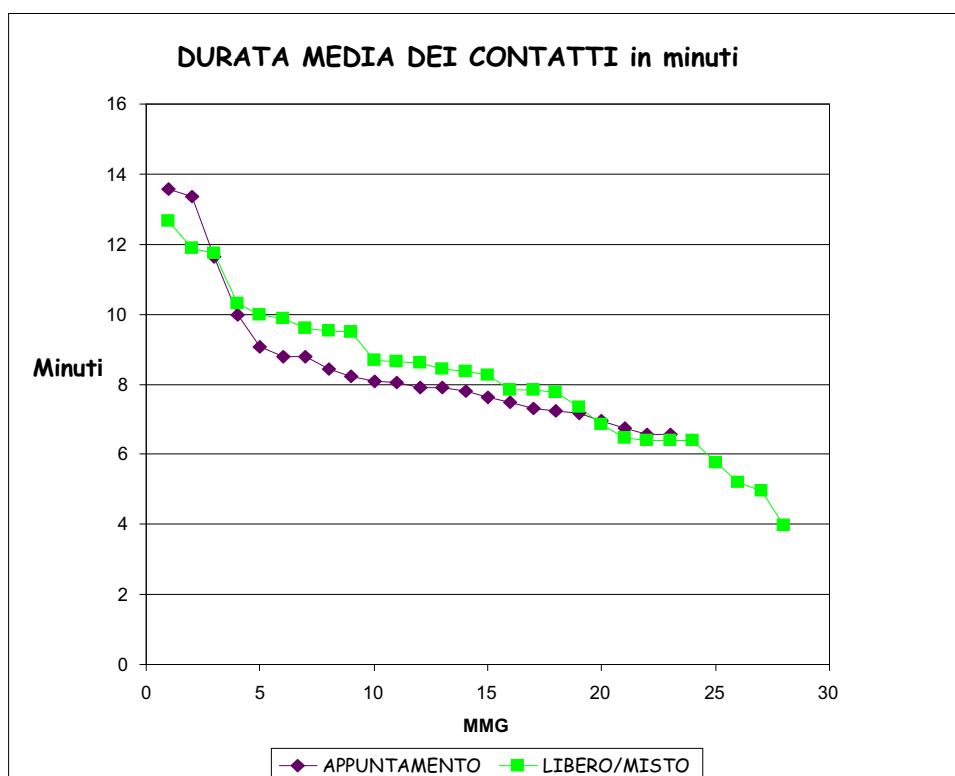


Figura 6: Durata media dei contatti ambulatoriali e telefonici

Altro dato rilevante riguarda la percentuale di FA giornalieri rispetto ai contatti totali del medico: il valore medio è pari al 31%. Anche in questo caso non emergono differenze tra le diverse tipologie di organizzazione dell'ambulatorio: sia su appuntamento che su accesso libero/misto si osserva una distribuzione di tali pazienti molto simile negli accessi giornalieri, pur con una notevole variabilità tra i diversi professionisti: la maggior parte dei medici ha una prevalenza di FA sugli accessi totali compresa tra il 10% e il 50%, ma vi sono anche professionisti con valori agli estremi (<10% e >50%) (Figura 7). Va sottolineato che il dato sui FA è reale e non stimato in quanto derivato dal numero di contatti registrato sulle

cartelle elettroniche nell'anno precedente lo studio.

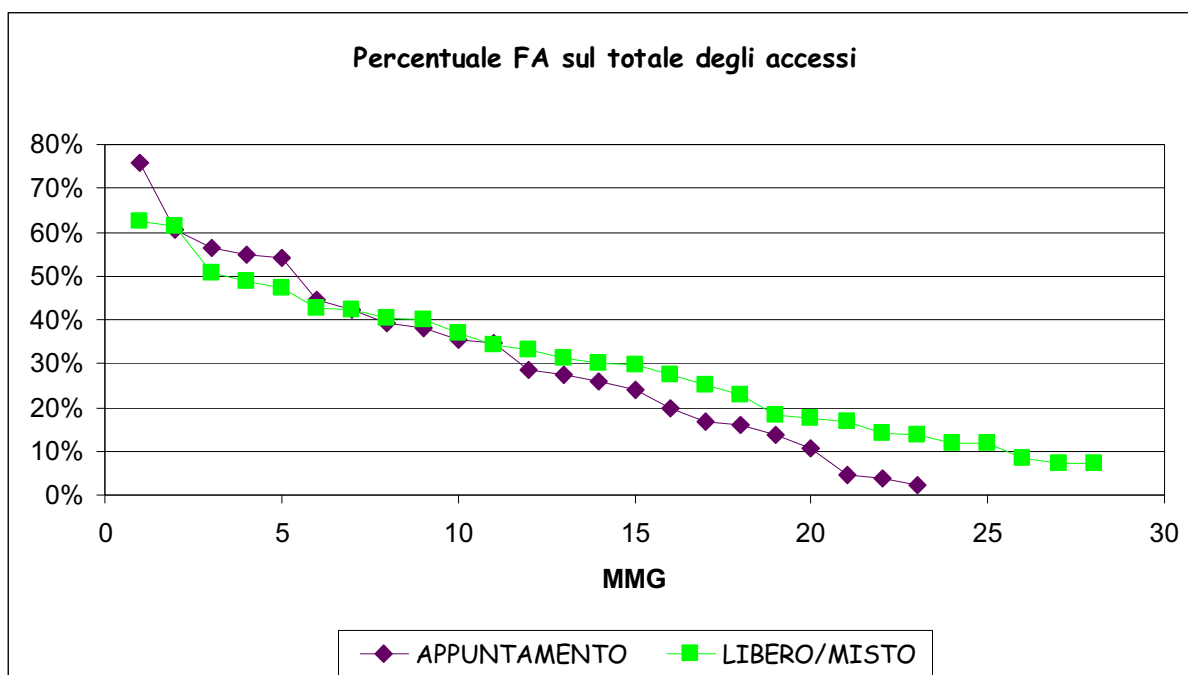


Figura 7: Prevalenza dei FA sul totale degli accessi

Campione dei pazienti intervistati

I pazienti che sono stati campionati nell'anno di studio sono 887, di cui 812 intervistati e 75 (pari all'8,5%) che hanno rifiutato di partecipare allo studio. Le successive valutazioni sono state effettuate utilizzando come denominatore il campione di 812 pazienti intervistati.

Il 61% dei partecipanti è di sesso femminile, mentre l'età media degli intervistati è 56 anni. Il 73% del campione è ultraquarantenne, con una distribuzione maggiore nella fascia d'età 41-65 (39%) verso gli ultrasessantacinquenni (34% degli intervistati). La figura 8 mostra i valori esatti distribuiti nelle tre fasce d'età.

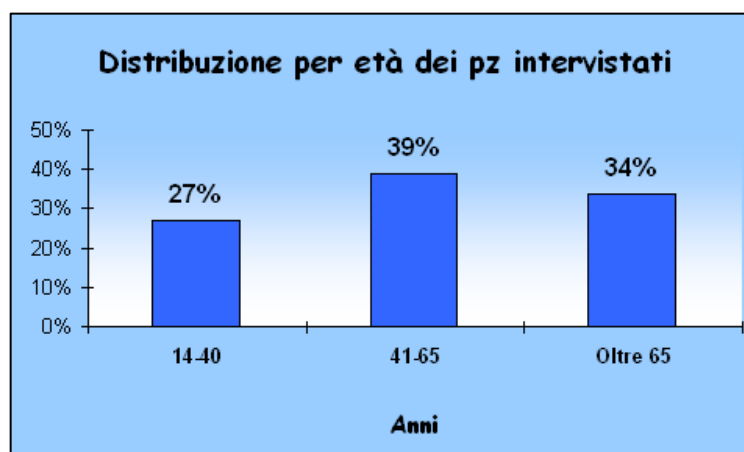


Figura 8: Distribuzione per età dei pazienti intervistati

Analizzando lo stato civile emerge che il 62% dei pazienti è coniugato e l'82% vive con familiari; la distribuzione dei livelli di istruzione è rappresentata nella figura 9, nella quale si osserva che il 29% degli intervistati ha la licenza elementare, il 27% la media inferiore e il 30% la media superiore. La quota di laureati cui è stato sottoposto il questionario è pari all'11%.

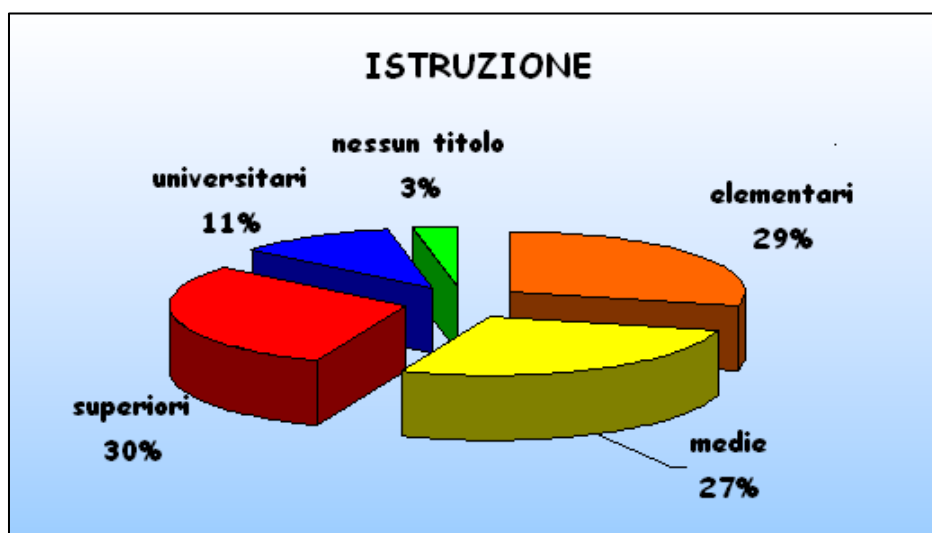


Figura 9: Livello di istruzione dei pazienti intervistati

Il 40% dei pazienti intervistati è pensionato, il 53% ha un lavoro e il 7% è disoccupato. Per quanto riguarda lo stato di salute, gli intervistati che riferiscono di avere fino a due patologie sono il 66%, mentre si definiscono pluripatologici (più di tre patologie) il 34% dei pazienti.

L'analisi del sottogruppo dei 129 FA, estrapolato dal campione degli intervistati in base al numero di accessi che hanno avuto l'anno precedente (>12), mette in evidenza caratteristiche socio-demografiche particolari: si tratta di pazienti che hanno un'età media di 65 anni, con un livello di istruzione elementare, sono pensionati, prevalentemente sposati o vedovi e presentano una pluripatologia nel 53% dei casi.

Percezione delle proprie condizioni di salute da parte dei pazienti

La scheda 2 del questionario, riguardante la percezione delle proprie condizioni di salute, mette in evidenza dati significativi: **il problema riportato dal paziente persiste da più di un mese in oltre la metà dei casi**, mentre solo il 7% si reca dal medico per un disturbo insorto nelle ultime 24 ore (figura 10). I problemi acuti occupano quindi solo una piccola parte dell'attività quotidiana del MMG.

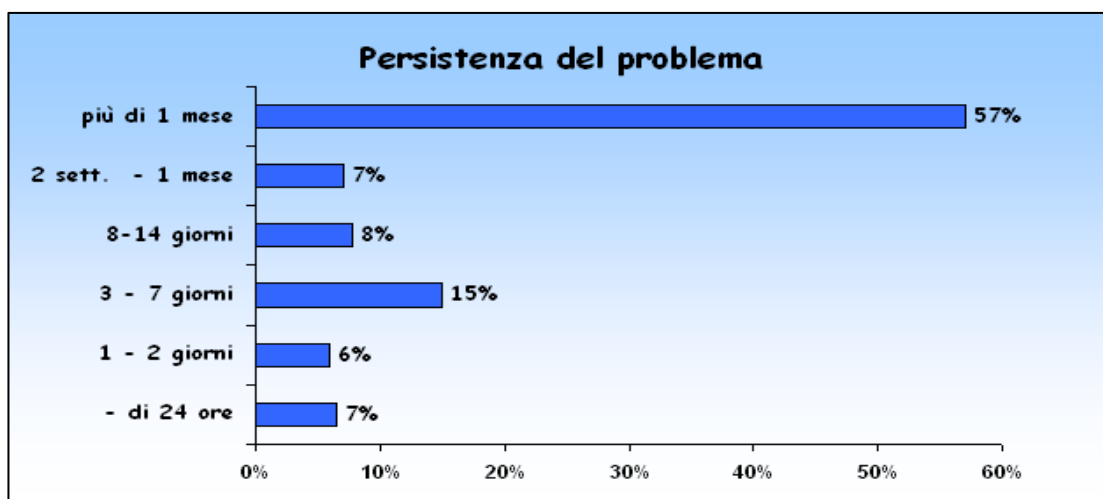


Figura 10: Durata nel tempo del problema presentato al medico

La maggior parte degli accessi si riferisce ad un problema già noto: il 73% dei pazienti infatti si presenta quel giorno per una ricaduta o semplicemente per un controllo/riprescrizione.

Nel 27% dei casi in cui, al contrario, l'intervistato porta un problema di nuova insorgenza si rileva che il paziente, in genere, prima di rivolgersi al proprio MMG prova ad assumere farmaci che aveva già a disposizione (24% dei casi) o aveva cercato di risolvere comunque il problema in modo autonomo (65% dei casi), raramente rivolgendosi ad altri professionisti della salute (personale di pronto soccorso, altri medici o farmacisti) (Figura 11).

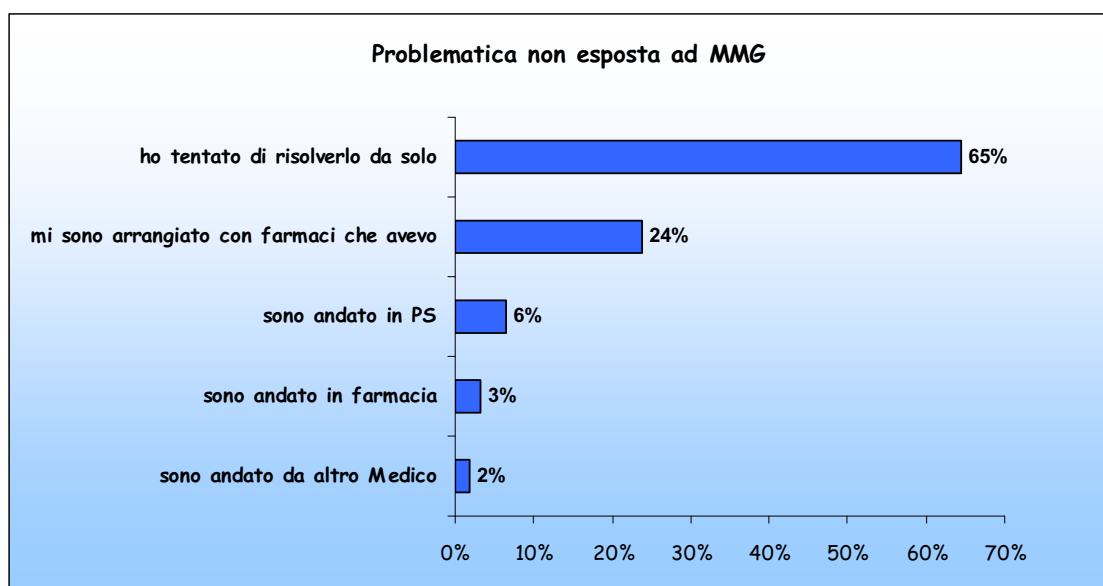


Figura 11: Tentativi di risoluzione autonoma dei problemi sanitari da parte dei pazienti

All'intervistato è infine stato chiesto di indicare all'interno della scala VAS

(presente nella scheda 2 del questionario) la percezione di rilevanza clinica e complessità-urgenza del problema portato al medico quel giorno: il valore medio osservato sul campione è di 45 (mm)/100.

Confrontando tale dato con la percezione del medico, relativa ai problemi portati dai pazienti intervistati, si evidenzia una generale concordanza tra le medie delle scale VAS espressa dai pazienti (45 mm) ed espressa dai medici (40 mm). Se però si confrontano la media delle VAS del singolo medico alla media delle VAS dei propri assistiti emerge un'estrema variabilità (figura 12).

La concordanza tra la percezione dei pazienti e quella dei rispettivi medici si mantiene in meno del 30% dei casi; nei restanti 2/3 dei casi si osservano due tendenze: un'elevata percezione di urgenza-complessità clinica del problema da parte del medico con una probabile sottovalutazione da parte dell'assistito o, al contrario, bassi valori di VAS da parte del medico con viceversa un'elevata percezione d'urgenza espressa dal paziente.

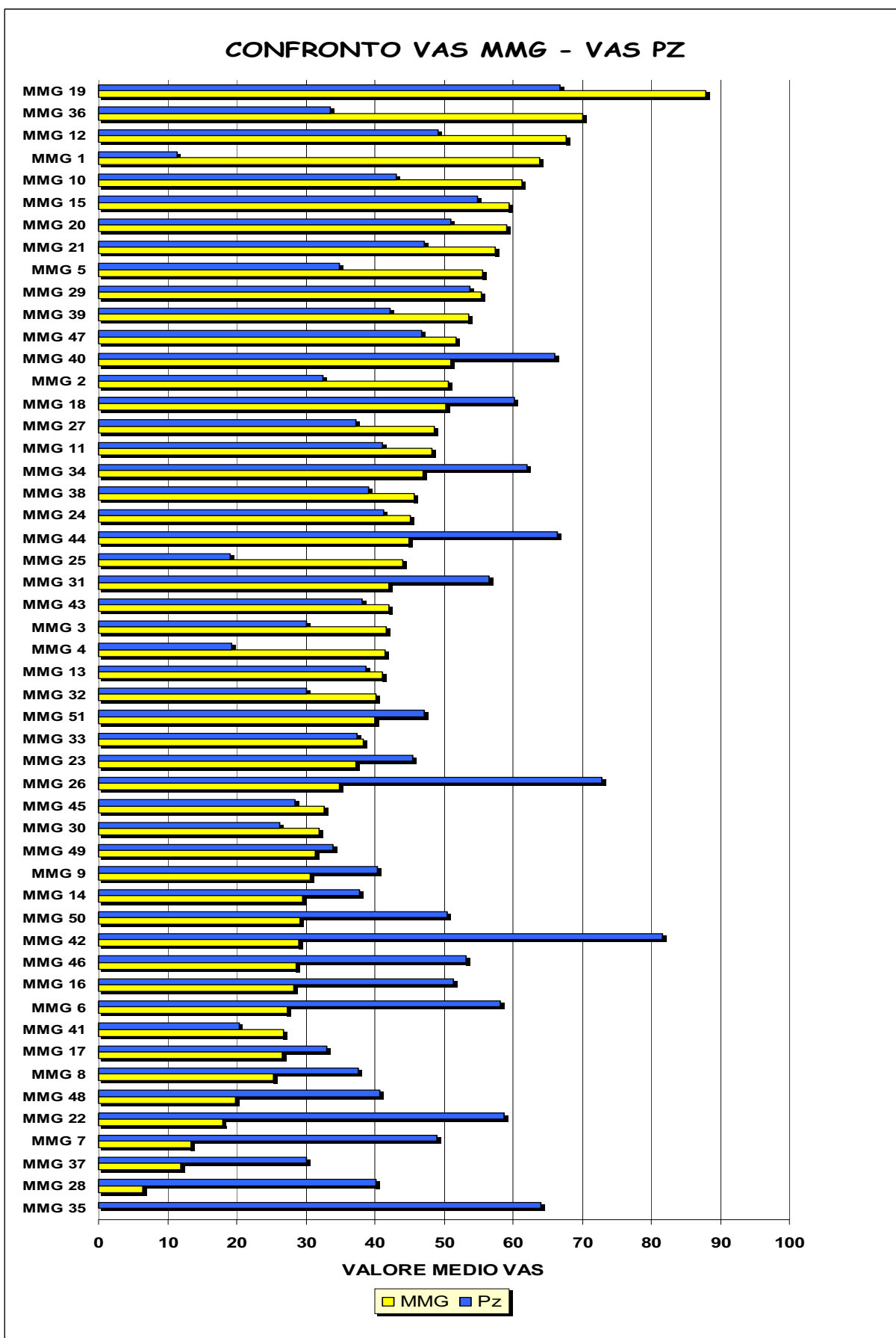


Figura 12: Confronto tra la percezione di urgenza dei MMG e dei pazienti intervistati sugli stessi problemi

Di fronte ad un'estrema variabilità da parte dei medici del campione riguardo alla percezione della rilevanza clinica e complessità-urgenza del problema portato dal paziente, i valori della VAS sono stati stratificati in quartili (0-25; 26-50; 51-75; 76-100) e correlati alle diverse tipologie di gestione degli accessi (figura 13). A più della metà dei problemi portati dai pazienti viene attribuita dai MMG una VAS bassa (0-25), indipendentemente dalla tipologia di gestione degli accessi, mentre solo un decimo delle problematiche viene valutato dai MMG come urgente e prioritario (VAS 76-100).

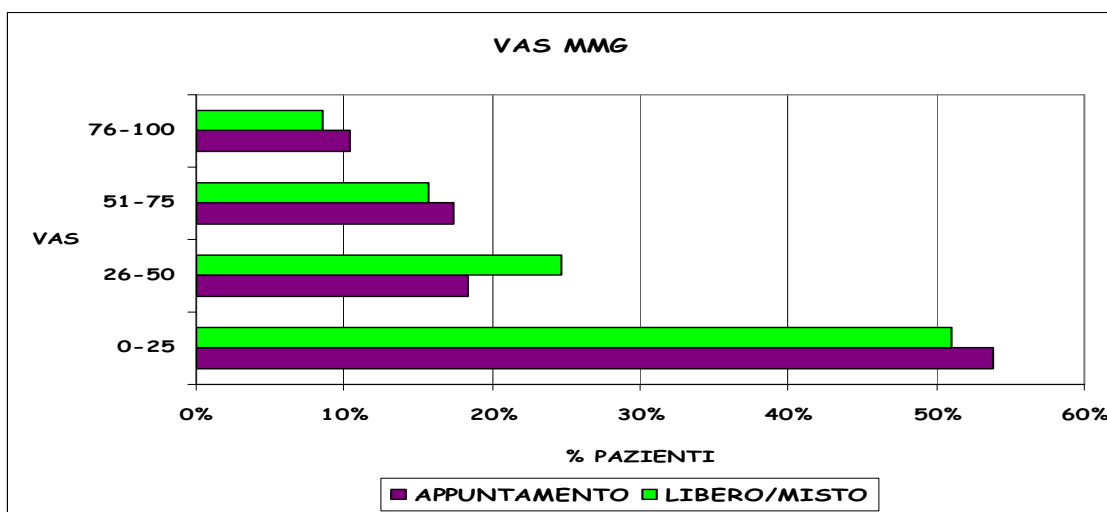


Figura 13: Percentuali di pazienti che si distribuiscono nei quartili della VAS espressa dal MMG

Analogia distribuzione si osserva per le VAS espresse dai pazienti (Figura 14), nelle quali però, circa il 25% si localizza nel quartile maggiore, che definisce la problematica come urgente/prioritaria (VAS 76- 100). Anche in questa analisi non si osservano differenze significative rispetto alla organizzazione degli accessi.

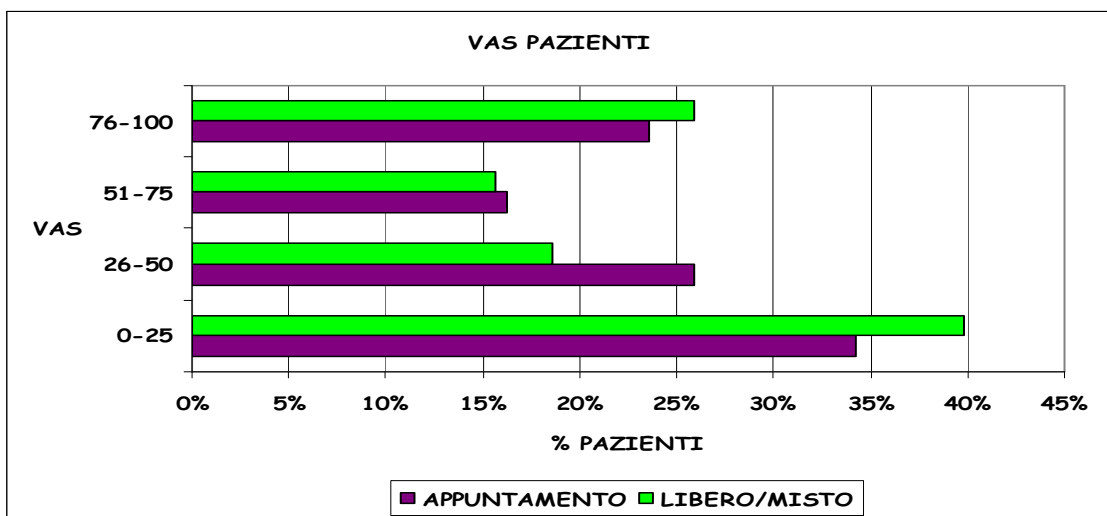


Figura 14: Percentuali di pazienti che si distribuiscono nei quartili della VAS espressa dagli intervistati

Tabella 7: Distribuzione delle patologie classificate con ICD IX nei quartili della VAS dei MMG

ICD IX	Totale	Vas 0-25	Vas 26-50	Vas 51-75	Vas 76-100
Malattie infettive e parassitarie	44	39%	5%	34%	23%
Tumori	50	24%	6%	16%	54%
Malattie endocrine, nutrizionali metaboliche e disturbi immunitari	83	27%	13%	18%	42%
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	24	21%	29%	8%	42%
Disturbi psichici	71	21%	13%	31%	35%
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	126	21%	13%	28%	38%
Malattie del sistema circolatorio	121	31%	12%	15%	41%
Malattie dell'apparato respiratorio	158	23%	10%	14%	53%
Malattie dell'apparato digerente	111	28%	21%	21%	31%
Malattie del sistema genitourinario	89	20%	12%	29%	38%
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio	6	17%	33%	17%	33%
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	81	36%	15%	27%	22%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	270	27%	18%	23%	33%
Malformazioni congenite	8	13%	25%	25%	38%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	279	33%	1%	30%	36%
Traumatismi	63	32%	16%	6%	46%
Classificazione supplementari dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	360	9%	15%	6%	70%
Totale	1944				

Correlando i quartili della VAS-urgenza, espressa dai MMG, con le classi di patologie dell'ICD-IX, pur essendovi una notevole variabilità distributiva intraclassa (tabella 7), per alcuni gruppi clinici, riferibili a condizioni più delicate e problematiche come tumori, malattie del sistema circolatorio, patologie del sangue e sintomi-segni mal definiti si osserva una tendenza a mantenere una frequenza elevata nel livello 4 (VAS 76 - 100) della percezione di urgenza. Il contrario avviene per le patologie del sistema cutaneo e dell'apparato digerente, dove la maggioranza dei MMG è concorde nel considerare le problematiche appartenenti a queste categorie come poco urgenti.

L'affidabilità della VAS come criterio per definire la priorità/urgenza clinica dei pazienti che accedono ai MMG è oltremodo sostenuto dai dati riportati in tabella 9: al livello 4 di priorità (il più alto) si localizza solo il 9% dei pazienti, che raccolgono però il 44% delle diagnosi codificate tramite l'ICD IX, mentre al livello 1 (il più basso in priorità) si colloca 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 riconducibile a quadri polipatologici. In una visione **OLISTICA** del paziente e non solo diagnosi correlata.

Tabella 8: Percentuale di pazienti con patologie codificate con ICD IX distribuiti nei quartili della VAS

Livelli di priorità	Vas MMG	Totali Pazienti	% Pazienti	Patologie ICD IX	% Patologie ICD IX	Patologie per paziente
Livello 1	0 - 25	729	52%	469	24%	0,6
Livello 2	26 - 50	312	22%	243	13%	0,7
Livello 3	51 - 75	228	16%	382	20%	1,6
Livello 4	76 - 100	129	9%	850	44%	6,6
Totale		1398	100%	1944	100%	

Utilizzo delle diverse risorse sanitarie e grado di soddisfazione verso l'attività del proprio medico

Nella scheda 3 del questionario viene esplorato l'utilizzo del MMG come risorsa e il grado di soddisfazione del paziente intervistato.

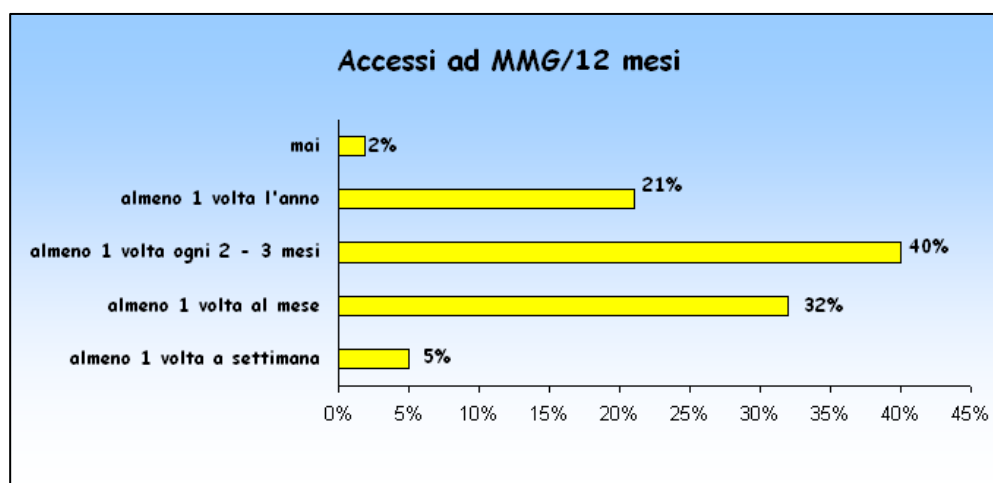


Figura 15: Accesso al MMG negli ultimi 12 mesi nei pazienti

Il 32% dei pazienti riferisce di essersi recato dal proprio MMG almeno una volta al mese nell'anno precedente l'intervista (FA = Frequent Attenders degli anglosassoni); un 5% afferma di essersi recato dal proprio MMG addirittura una volta a settimana o più (VFA = Very Frequent Attenders). Il restante 60% si distribuisce in altre categorie (figura 15).

L'uso del pronto soccorso come risorsa sanitaria sembra essere invece meno frequente: il 66% degli intervistati riferisce di non avervi mai avuto accesso nell'anno precedente l'intervista; è comunque presente una quota di pazienti che ne ha usufruito almeno una volta. Le percentuali sono riportate nella figura 16.

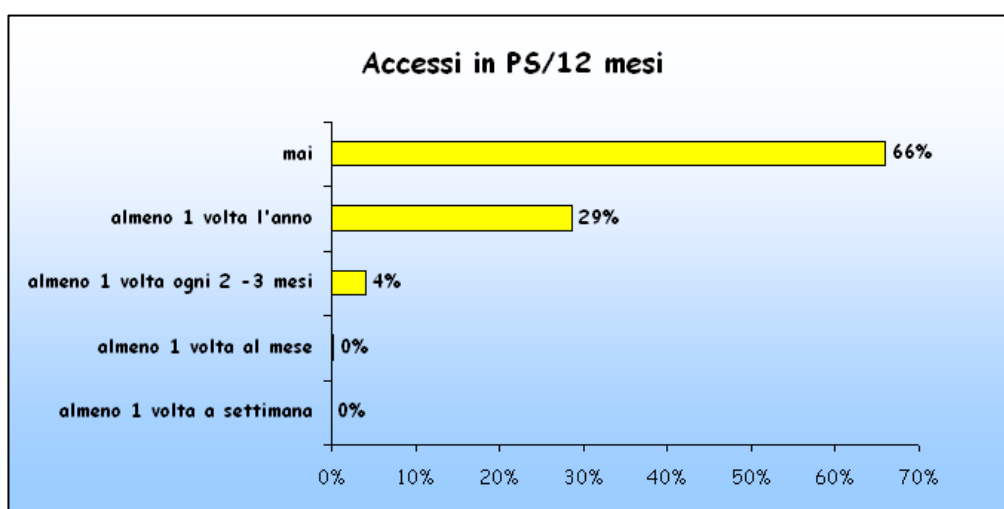


Figura 16: Accessi in Pronto soccorso negli ultimi 12 mesi dei pazienti intervistati

Infine è stata indagata la soddisfazione riguardo all'attività e all'organizzazione del proprio medico: il 95% dei pazienti si è definito complessivamente soddisfatto (figura 17).



Figura 17: Grado di soddisfazione dei pazienti sull'organizzazione del proprio medico

Valutando separatamente le varie tipologie di organizzazione dell'attività del MMG e il ricorso alle visite domiciliari, la soddisfazione dei pazienti si mantiene comunque alta: **gli accessi organizzati su appuntamento sembrano essere più**

graditi ai pazienti rispetto alla modalità per accessi liberi, ma la quota maggiore di preferenze è rivolta verso la tipologia ad accesso misto. Per le visite domiciliari è importante notare che il 32% dei pazienti riferisce di non avere mai avuto visite a domicilio; la soddisfazione per chi ha avuto tale prestazione è prossima al 100% (Figura 18).

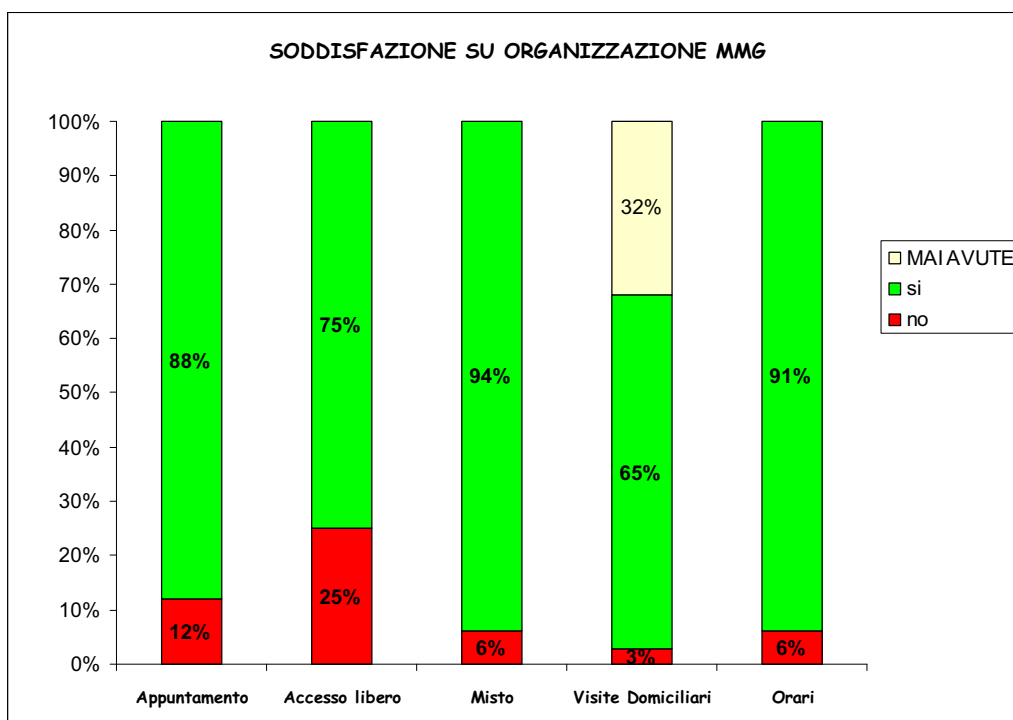


Figura 18: Grado di soddisfazione dei pazienti verso diversi aspetti dell'attività del MMG

La generale soddisfazione verso la medicina generale emerge anche dalla Scala VAS (in mm), tramite la quale i pazienti hanno dichiarato una fiducia media verso il proprio medico pari ad 88/100, senza differenze rilevanti tra i diversi MMG (fig. 19)

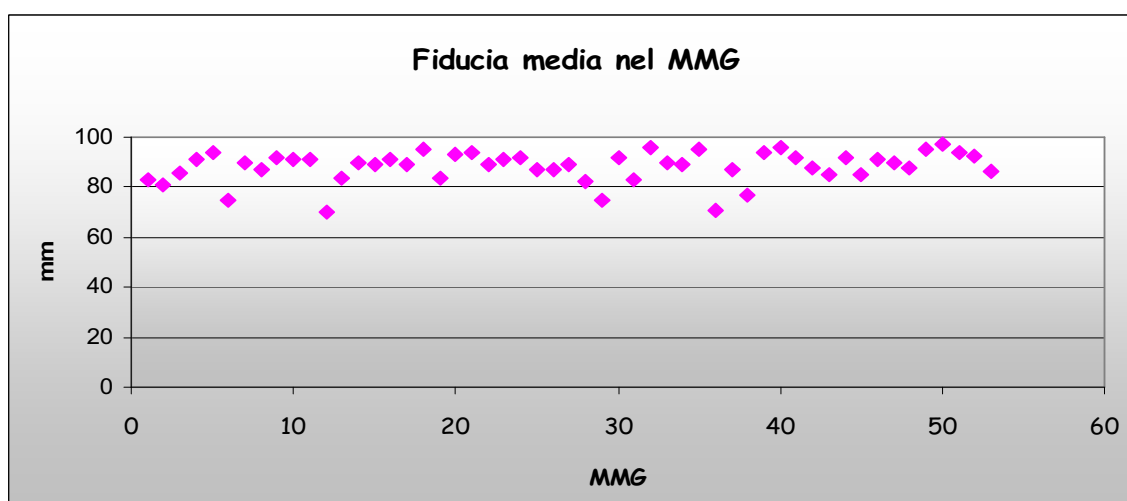


Figura 19: Medie della scala VAS sulla fiducia verso il proprio medico

Nella medesima scheda del questionario è stata valutata anche la **conoscenza delle diverse forme di medicina d'associazione** e l'utilizzo nella popolazione di pazienti intervistati. Emerge una sostanziale mancanza di informazione poiché la metà dei pazienti afferma di non conoscere questa modalità organizzativa e solo l'8% di averne usufruito (figura 20).

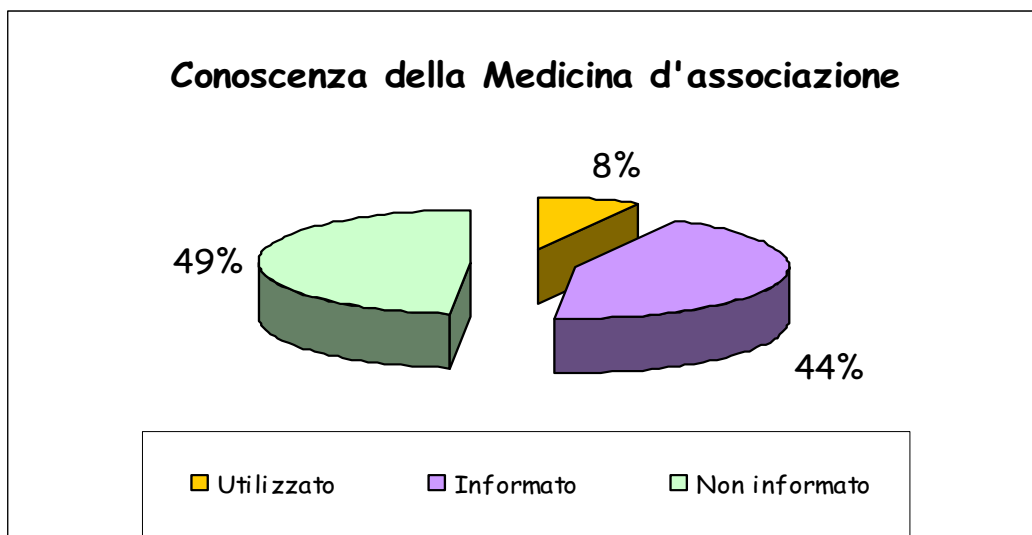


Figura 20: Conoscenza e utilizzo della Medicina d'associazione nei pazienti intervistati

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'attività del Medico di Medicina Generale è complessa e complicata. La necessità di affrontare con un approccio "olistico" e non "specialistico" i problemi che i pazienti portano ai medici, impone loro uno sforzo continuo, spesso non cosciente ma sempre presente, di proteggere innanzitutto l'equilibrio psico-fisico dei pazienti stessi attraverso il modello assistenziale Bio-Psico-Sociale, che non definisce la salute come mera assenza di malattia. Questo studio ha cercato di esplorare nel dettaglio l'attività di un campione di MMG della provincia di Modena fotografando la quotidiana offerta di supporto alle richieste di una media di oltre 60 persone/die. Si è cercato di esplorare con quali mezzi un MMG definisce la priorità dei bisogni assistenziali dei suoi assistiti e fornisce il meglio delle proprie capacità professionali. Lo studio aveva anche lo scopo di verificare se il "mito metropolitano" che gli accessi inappropriati ai PS fossero provocati dalla indisponibilità dei medici di famiglia, avesse una sua fondatezza.

*"Ad alimentare gli accessi impropri al Pronto soccorso - quelli poi classificati come codice bianco - sarebbe innanzitutto l'inadeguatezza dell'orario di visita del medico di famiglia"*²¹. Secondo l'indagine condotta presso l'Ambulatorio Codici Bianchi dell'Ospedale San Carlo di Milano, la prima motivazione per cui i pazienti si presentano con un problema "codice bianco" in Pronto soccorso (PS), senza interpellare il loro medico, è che la fascia oraria assistenziale offerta dai MMG è insoddisfacente rispetto alle esigenze degli assistiti.

E' vero che i Medici di Medicina Generale sono poco disponibili?

Nel campione degli 812 pazienti intervistati in questo studio modenese le cose sembrano prendere un'altra strada rispetto allo studio lombardo:

- Il 91% dei pazienti si dichiara soddisfatto verso l'orario di attività offerto dal medico.
- L'attività ambulatoriale dei MMG tende a prolungarsi, in media, oltre l'orario previsto dalla Carta dei servizi convenzionale, di almeno mezz'ora ogni giorno.
- L'offerta della medicina generale è poi arricchita dalle diverse forme di medicina d'associazione alle quali aderiscono un numero sempre maggiore di professionisti; questa tendenza è coerente con le direttive del Piano Sociale

e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia Romagna, dove al capitolo 3 della parte quarta si afferma che *“l’unità operativa fondamentale dell’assistenza territoriale deve diventare il Nucleo di Cure Primarie (NCP), ... che orienta lo sviluppo del servizio di continuità assistenziale in modo insieme flessibile e maggiormente integrato con l’assistenza quotidiana. L’accordo Integrativo Regionale offre la possibilità di disegnare il servizio in modo aderente alle esigenze della popolazione servita, integrando, ove opportuno, le estensioni di orario dei medici di medicina generale (ampia fascia di apertura degli ambulatori, fino a 12 ore) con l’opera prestata dai medici di continuità assistenziale. La medicina di gruppo in particolare, mediante l’utilizzazione comune di dotazioni strumentali, la valorizzazione del ruolo del personale infermieristico ecc., consente l’ampliamento delle prestazioni e delle possibilità di accesso ai servizi da parte degli assistiti e la continuità dell’assistenza”*.

Da una parte i pazienti dall’altra i dati relativi ai medici partecipanti allo studio sembrano quindi contraddire i risultati dell’indagine del San Carlo di Milano. Una ulteriore conferma arriva da uno studio parallelo (Tesi di laurea Ugolini - Dr.ssa Padula)²² condotto su circa 500 pazienti codici bianchi o verdi in PS, nel quale si osserva che la maggior parte dei pazienti sceglie di recarsi in PS senza cercare/coinvolgere il proprio MMG, alla ricerca di una prestazione “più veloce e completa”.

Come si svolge la giornata del MMG?

E’ noto da tempo che l’attività assistenziale dei MMG è in aumento esponenziale^{7,23} a causa soprattutto della gestione dei pazienti cronici e della de-ospedalizzazione delle patologie acute meno gravi. Il medico di famiglia viene contattato dai propri assistiti tramite diverse modalità: $\frac{3}{4}$ dei contatti sono ambulatoriali e in media un 5% dei contatti giornalieri si traduce in visite domiciliari. Tali contatti non sono sempre diretti: spesso il paziente porta problemi anche di familiari (contatti per procura) e questo costituisce comunque il 13% dell’attività quotidiana del MMG. La quota media di contatti giornalieri nel nostro studio è di 60, con un’età media di 58 anni e una prevalenza del sesso femminile. La maggior parte dei pazienti presenta una serie di sintomi mal definiti, che il medico deve interpretare “a tutto tondo” per dare una adeguata risposta alle esigenze del paziente. Ma il carico di lavoro

maggior del MMG è sicuramente rappresentato dalle parte amministrativo-gestionale, presente nel 70% delle richieste dei pazienti e in circa un terzo delle prestazioni effettuate dal medico. La prescrizione di farmaci rappresenta l'attività più frequente, seguita dai controlli clinici di routine e dalla misurazione della pressione arteriosa. Quest'ultimo dato è da correlare con il fatto che l'ipertensione rappresenta la patologia più frequente per cui i pazienti si rivolgono al proprio medico. E' assai rilevante la parte di lavoro che il medico di famiglia svolge utilizzando "sé stesso come farmaco", tramite l'ascolto, l'attesa, l'osservazione e il consigliare; questa attività del MMG sostiene quanto osservato sul ruolo di approccio Bio-Psico-Sociale alla persona, oltre che al problema clinico da essa presentato. Infine, dalla valutazione delle prestazioni mediche più frequenti, si osserva che su circa 3000 accessi valutati da questo studio il MMG chiede supporto a colleghi specialisti o richiede esami di approfondimento in un 15% circa dei casi; sullo stesso denominatore si contano in totale 10 invii diretti al Pronto Soccorso (3‰); in un 17% dei pazienti analizzati, infine, ha formulato una nuova diagnosi. Le richieste di esami o visite specialistiche da parte dei pazienti che accedono all'ambulatorio contano il 9% di tutti i motivi di accesso: dati questi numeri è difficile sostenere che il MMG deleghi gran parte della sua attività ad altri professionisti.

Organizzare il lavoro dei MMG porta ad un miglioramento della gestione degli accessi?

In considerazione dell'elevato numero di contatti giornalieri, un numero sempre maggior di MMG organizza il proprio lavoro tramite diverse tipologie di gestione degli accessi e la presenza di personale di studio.

Se l'organizzazione dell'attività medica per appuntamento dovrebbe permettere di dedicare un tempo maggior ai pazienti bisognosi e ridurre gli accessi dei FA (Frequentatori Abituali), venendo incontro alle varie esigenze di diverse tipologie di pazienti, i dati emersi da questo studio mostrano "che tra il dire e il fare...". Abbiamo infatti osservato che la durata media dei contatti ambulatoriali non differisce tra diverse tipologie di gestione, su appuntamento (nella maggior parte dei casi distanziati l'un l'altro di 15 minuti) o su accesso libero. Inoltre la prevalenza di pazienti FA, i quali rappresentano in media un terzo del carico di lavoro quotidiano del MMG, ha la medesima distribuzione senza distinzione di

modello organizzativo, pur con una notevole variabilità tra i diversi professionisti; un'altra differenza che ci si sarebbe aspettati tra i due modelli è un minor livello di urgenza - priorità negli accessi su appuntamento rispetto all'altra tipologia organizzativa, partendo dal presupposto che le "urgenze di solito non aspettano". In realtà sia la misura della percezione del medico che del paziente non differiscono su appuntamento o accesso libero, a sostegno che ben altri sono i determinanti della relazione medico-paziente. In base a questi dati possiamo concludere 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. Al contrario, la presenza di personale di studio favorisce una maggiore accessibilità dei pazienti all'ambulatorio, con un incremento del 20% dei contatti giornalieri. Segretaria e/o infermiera gestiscono una tipologia di lavoro diversa dal medico, concentrando la loro attività quasi esclusivamente su procedure amministrative, che comunque occuperebbero in media un quarto dell'attività quotidiana del medico. Questo aspetto organizzativo sembra fare la reale differenza gestionale.

La maggior parte dell'attività dei MMG non è assimilabile alla gestione dei codici bianchi in Pronto soccorso?

Questo interrogativo sorge spontaneo se si considera che il 70% delle richieste dei pazienti riguarda procedure prevalentemente amministrative e che il 27% dell'attività del medico è differibile a personale di studio.

Dalla rielaborazione delle interviste agli 812 pazienti campionati riporto di seguito alcune affermazioni che sosterranno questa tesi:

- "Raramente il MMG è di riferimento per le sue conoscenze, lo contatto frequentemente per prescrizioni di ricette e visite specialistiche"
- "Quando ho un'urgenza vado direttamente dallo specialista o all'ospedale"
- "E' la seconda volta che vengo, ma se ho qualcosa di urgente vado in Pronto soccorso"
- "Ripongo questa fiducia (ndr 70/100) perché ho poco bisogno, non ho mai avuto niente di grave"
- "Se hai qualcosa di urgente i MMG ti mandano in ospedale"

- “i MMG sono tutti uguali: sono bravi solo se hai l’influenza, mentre per cose più complicate ti mandano a fare gli esami”.

La suddivisione della scala VAS, utilizzata per indicare l’urgenza - complessità clinica del problema, in quartili ha permesso di stabilire 4 diversi livelli di priorità. La distribuzione dei pazienti al loro interno, in base alla VAS espressa dal medico, conferma che oltre la metà degli assistiti presenta una problematica di bassa urgenza (VAS 0 - 25), a sostegno dell’affermazione di cui sopra. E’ altrettanto vero, però, che la percentuale dei casi più urgenti (VAS 76-100) pur rappresentando solo il 9% dei pazienti, presenta una notevole complessità clinica: in questa fascia si raccolgono, infatti, quasi la metà delle patologie presenti negli assistiti del MMG. Per questo motivo non si possono assimilare le problematiche trattate dalla medicina generale ai codici bianchi definiti in Pronto soccorso, per lo più centrati sul problema contingente. Dai commenti liberi degli intervistati, sopra citati, si evince inoltre la tendenza a rivolgersi a specialisti o al Pronto soccorso qualora comparissero problemi urgenti: **tale atteggiamento è allora da riferirsi alla diversa percezione di urgenza tra medico ed assistito?**

Dal confronto delle VAS espresse da MMG e pazienti emerge un’effettiva difficoltà di comunicazione: per i 2/3 dei medici la percezione d’urgenza è fortemente discostante da quella dei propri assistiti. Da una parte vi sono professionisti con un atteggiamento attento e scrupoloso che tende a assicurare il proprio paziente (VAS elevata del MMG e nettamente inferiore del paziente), 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’importanza dell’empatia medico - paziente emerge anche dalla correlazione tra i livelli di priorità e le patologie in essi distribuite: nella fascia comprendente le problematiche cliniche ritenute più urgenti e prioritarie dal medico rientrano tumori, malattie del sistema circolatorio, patologie del sangue e sintomi-segni mal definiti. La chiave di lettura potrebbe trovarsi in una maggior partecipazione emotiva del medico quando sono presenti dolore o prognosi problematiche. Sorgono, quindi, altri due interrogativi: **questa differenza di percezione può influire negativamente sulla soddisfazione degli utenti verso l’attività del proprio medico? E quanto pesa la personalità del medico sul giudizio espresso dai suoi assistiti?**

Il 95% degli intervistati si definisce soddisfatto dell’operato del proprio medico e tale livello di gradimento si mantiene elevato per tutte le tipologie di gestione

degli accessi. Tra i commenti liberi però vi sono pareri discordanti, dai quali emergono lati positivi e negativi dei diversi modelli organizzativi dell'attività:

- “Era meglio quando c'era la segretaria per le ricette”
- “Quando c'è fila l'accesso libero è un problema”
- “Vorrei che si potesse prendere l'appuntamento sul momento, in modo da aspettare poco e risolvere subito il mio problema”
- “C'è molta attesa per prendere un appuntamento (1 settimana)”
- “Sarebbe meglio l'appuntamento vista la fila”
- “Troppo complicato avere l'appuntamento con il tramite della segretaria”
- “Vengo quando ho bisogno e dell'appuntamento me ne frego”
- “A volte aspetti 1 ora anche se hai l'appuntamento”
- “Sono d'accordo sull'organizzazione ambulatoriale su appuntamento perché ho comunque la possibilità di venire ricevuta se ho urgenza”
- “Sono venuta quando c'era appuntamento ma ha capito che avevo bisogno e mi ha visto lo stesso”
- “Ci sono dei miei amici che per andare dal medico devono prendere l'appuntamento e aspettare dei giorni, io vengo quando ho bisogno, al massimo aspetto un po'”
- “Tutti si lamentano in sala d'attesa della fila, ma poi tutti tornano”.

Sembra chiaro che la differenza la fa la relazione medico-paziente.

La medicina d'associazione è una risorsa conosciuta ed usata?

I dati sono contrastanti: dall'elaborazione delle risposte degli 812 intervistati emerge che tale offerta della Medicina Generale è conosciuta solo dalla metà degli assistiti e che meno di un decimo ne ha usufruito. Questo dato deve sicuramente far riflettere soprattutto perché uno dei cinque modelli organizzativi per l'h24²⁴ (assistenza giorno e notte sul territorio) è rappresentato dalla Assistenza territoriale integrata. Con questo termine si intende lo sviluppo della collaborazione multiprofessionale (MMG, Pediatri di libera scelta in associazione, anche in sedi diverse, ma collegati in rete) per scambi di opinioni, pareri clinici, condivisione di spazi, attrezzature e personale di supporto, per un utilizzo ottimale, a garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività ambulatoriale e

domiciliare. Per questo motivo è sicuramente fondamentale una maggiore informazione verso queste forme di associazione, in modo tale che il cittadino ne possa usufruire, evitando di recarsi al Pronto soccorso per problemi non urgenti. Durante l'intervista, molti dei soggetti si manifestavano comunque interessati a questa risorsa, pur con pareri ancora una volta contrastanti:

- “Non l’ho mai usata, però è un bene perché in ogni momento qualcuno c’è”
- “Se uno ha un’urgenza, sa dove rivolgersi”
- “E’ comoda perché evita il PS se non ne hai bisogno”
- “Non la conosco, ma io vengo dal mio medico, non ci vado dagli altri!”
- “Non l’ho mai usata, ma se non trovo la mia dottoressa vado in PS”
- “Preferisco andare dalla mia dottoressa perché sa tutta la mia storia”
- “Mi piace sentire il MIO dottore”
- “Non uso neanche i servizi dei medici di base nel weekend!”
- “Non la conosco, ma ho presente il cartello appeso in ambulatorio”.

Gli utenti hanno fiducia nel proprio MMG?

Anche il grado di fiducia dimostra soddisfazione verso i medici di famiglia, con una media della VAS-fiducia pari ad 88/100. Questa evidenza va, in realtà, solo a confermare l’elevato gradimento dei MMG, che sono costantemente in testa, tra i vari operatori sanitari, alle classifiche di gradimento di svariate interviste²⁰.

Spesso il grado di fiducia tende ad essere più elevato, e tanto più se il paziente percepisce l’approccio del medico più alla persona che non al sintomo.

Inserisco le affermazioni dei pazienti a tale riguardo:

- “E’ un esempio di cortesia, competenza, professionalità al quale va la mia più sincera gratitudine...” (VAS 100)
- “E’ quello che dovrebbe essere un MMG: competente sicuro e si interessa del benessere del paziente e delle sua famiglia anche dal punto di vista psicologico, oltre che patologico” (VAS 100)
- “Non ha avuto altro che cortesia e premura per me” (VAS 100)
- “Mi ha aiutato come una di famiglia; guai a chi me la tocca!” (VAS 99)
- “E’ molto sensibile, ispira fiducia e si prende cura delle persone” (VAS 97)
- “Quando vengo vorrei che s’interessasse di più” (VAS 91)
- “Vorrei più dialogo” (VAS 55).

STUDI A CONFRONTO

Uno studio parallelo, che si è svolto tra settembre 2008 e maggio 2009, dal titolo “Analisi delle motivazioni e della percezione di urgenza dei cittadini che accedono ai Servizi di Pronto Soccorso della provincia di Modena e vengono codificati come “accessi non urgenti”” (Tesi di laurea Ugolini Giulia - Dr.ssa Padula)²² ci fornisce dati significativi per un confronto tra i pazienti che accedono o al PS con codici a bassa priorità o al loro MMG. Tale studio si è svolto intervistando 498 pazienti che hanno avuto un accesso al Pronto soccorso come codici bianchi e verdi; le domande, poste al campione dei pazienti, sono simmetriche a quelle presenti nelle schede - questionari degli intervistati nelle sale d’attesa dei MMG.

Primo aspetto da sottolineare sono le diverse caratteristiche del campione esaminato: nella letteratura straniera si parla di “Frequent Attenders”, cioè gli utilizzatori abituali dei servizi sanitari, facendo coincidere il paziente tipico dell’ambito territoriale con quello ospedaliero¹⁹; quanto emerge, invece, dai due studi effettuati non concorda: infatti il paziente medio che si reca in PS con problemi non urgenti e quindi potenzialmente di pertinenza del MMG, è diverso dal paziente medio che va dal MMG. Il cittadino che si reca in PS non ha differenza di sesso (nella Medicina Generale sono soprattutto femmine), con un’età media di 46 anni per i codici bianchi (CB) e 47 anni per i codici verdi (CV) (vs 58 anni nell’ambulatorio del medico), il 12-14% ha più di 2 patologie croniche in anamnesi (invece che il 34%) e minore è la quota di pensionati (40% dal MMG vs 23% tra i CB e 29% tra i CV).

A differenza dei problemi presentati al MMG, che possono essere definiti cronici (insorti da almeno 1 mese), le problematiche riferite in PS sono nella maggior parte dei casi insorte entro la settimana precedente.

Anche il confronto tra le VAS riguardo all’urgenza percepita dai pazienti mostra delle differenze: di fronte ad una medie delle VAS pari a 45 nei pazienti che accedono al proprio MMG, abbiamo una percezione d’urgenza maggiore nella sala d’attesa del PS. La differenza tra i due setting però, non è così evidente, come ci si potrebbe aspettare: tra i codici bianchi la VAS media è pari a 56 e di soli tre punti in più per i codici verdi.

La diversa percezione dell’urgenza tra i due campioni può essere la spiegazione dell’uso inappropriato del pronto soccorso?

A sostenere questo dubbio sono le risposte ai questionari: il motivo per cui i pazienti affermano di non aver contattato il proprio medico per il medesimo problema sono da riferirsi, infatti, alla disponibilità di maggiori mezzi diagnostico-terapeutici a disposizione del personale di PS e la convinzione che tali risorse consentano di risolvere il problema in un tempo minore; la percentuale di pazienti che affermano “Ho pensato non ci fosse tempo da perdere” è bassa. Quindi si può giungere alla conclusione che la diversa percezione dell’urgenza non è lo spartiacque che indirizza gli assistiti verso il Pronto soccorso piuttosto che dal proprio medico.

Riguardo alla frequenza di utilizzo delle risorse sanitarie, nella sala d’attesa del medico si definiscono FA il 32% degli intervistati, mentre in PS tale popolazione ammonta al 22% tra codici bianchi e al 34% tra codici verdi. Si può osservare, quindi, che i pazienti che usufruiscono del PS per problematiche non urgenti, circa in un terzo dei casi accedono con elevata frequenza anche dal proprio medico. Al contrario, il 60% degli intervistati nell’ambito della medicina territoriale affermano di non essersi mai recato in PS nell’anno precedente l’intervista. Da questi dati si delineano due tipologie di cittadini: chi per problemi di salute utilizza sia la medicina territoriale che l’ospedaliera in maniera frequente, probabilmente intasando gli accessi a tali risorse, e chi si reca prevalentemente dal proprio medico, senza apparentemente abusare del PS.

La fiducia degli intervistati per il proprio MMG è comunque diversa nei due setting studiati: la media di 88/100 nell’ambito dell’ambulatorio del MMG scende a 78/100 nei pazienti in PS con codice bianco e a 81/100 nei pazienti con codice verde. Come a dire che forse chi va in PS non ha solo fretta, ma potrebbe avere anche qualche problema di relazione con il suo MMG.

CONCLUSIONI

L'analisi delle 52 giornate di osservazione negli ambulatori medici e delle interviste al campione degli 812 pazienti offre alcuni spunti di riflessione:

- Il carico di lavoro del MMG è in continuo aumento, ma le diverse tipologie di gestione degli accessi non sembrano elementi in grado di influenzarne la gestione. 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.
- La diversa percezione di urgenza potrebbe dipendere da un problema di comunicazione tra medico e assistito? Dai commenti liberi degli intervistati si rileva quanto l'aspetto empatico del medico impatti sulla percezione del proprio stato di salute. Da una parte, una maggiore comunicazione ed attenzione dei medici verso le problematiche dei pazienti potrebbe ridurre la percezione di urgenza del cittadino, dall'altra un'adeguata educazione sanitaria che incentivi l'uso del medico di famiglia non solo per problemi persistenti da più di un mese potrebbe favorire un uso appropriato delle risorse sanitarie.
- La medicina d'associazione deve essere maggiormente pubblicizzata: la diffusione di questa informazione non può essere affidata solo ai cartelloni pubblicitari appesi nelle sale d'attesa degli ambulatori o alle Carte dei servizi pubblicate su siti internet, perché, così, viene esclusa una quota di cittadinanza, soprattutto gli anziani, che non hanno abitudini e disponibilità immediata ad usufruire di queste risorse.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine, Division of Health Manpower and Resources Development. Report of a study: a manpower policy for primary health care. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978 (IOM publication 73-02.)
2. World Health Organisation. Alma-Ata 1978: primary health care. Geneva: World Health Organisation, 1978.
3. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) -January 2004.
4. Starfield B. Primary care. J Ambul Care Manage. 1993 Oct;16(4):27-37. Review.
5. Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. J R Coll Gen Pract. 1986 September; 36(290): 398-402.
6. McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. BMJ. 1998 Jun 13;316(7147):1807-9.
7. Caimi e Tombesi, "Medicina Generale", UTET 2003, pag 50.
8. G. Bert, Medicina Narrativa. Il Pensiero Scientifico Ed. 2007.
9. G. Bonadonna et al. Dall'altra parte - BUR Biblioteca Univ. Rizzoli - 2006.
10. Baker DW, Stevens CD, Brook RH, Determinants of Emergency Department Use by Ambulatory Patients at an Urban Public Hospital. Annals of Emergency Medicine March 1995, 25:311-316.
11. Bower P, Roland M, Hole AR et al. What patients want from primary care consultations: a discrete choice experiment to identify patients' priorities. Annals of Family Medicine 2008; 6(2):107-115.
12. B. Scaife et al. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice. Family Practice 2000; 17:298-304.
13. Heywood PL et al. An assessment of the attributes of frequent attenders in general practice. Family Practice 1998; 15:198-204.
14. J. Koziol-McLain et al. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. Journal of emergency nursing 2000; 26: 554-562.
15. Alice Theasom et al. Functional somatic symptoms in accident and emergency - An exploratory study. Accident and Emergency Nursing 2006; 14:171-177.

16. P. Little et al. Psychosocial, lifestyle and health status variables in predicting high attendane among adults. *British J General Practice* 2001; 51:987-994.
17. Walsh M. The health belief model and use of accident and emergency services by general public. *Journal of Advanced Nursing* 1995.22, 694-699.
18. Banks M et Al. Factor influencing the demand of primari care in women aged 20-64 years: a preliminary report. *Int J Epidemiol* 1975; 4:189-195.
19. Molly Byrne et al. Frequent attender to an Emergency Departement: a study of Primary Health Care use, Medical profile and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003; 41:309-318.
20. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari (Anno 2005); ISTAT 2 marzo 2007.
21. *Giornale del Medico*, Anno XXV, n.3, 9 febbraio 2009
22. Analisi delle motivazioni e della percezione di urgenza dei cittadini che accedono ai Servizi di Pronto Soccorso della provincia di Modena e vengono codificati come "accessi non urgenti" Tesi di Laurea di Giulia Ugolini - Relatore Dott.ssa M.S. Padula. - UniMoRe luglio 2009 - in corso di stampa.
23. Samani F., Canciani L. Il carico del lavoro in medicina generale, *Rivista SIMG* 2002.
24. Bartoloni et al. Prove tecniche di assistenza h24, *Il Sole 24ore Sanità*, Anno XII, n.13. 7-13 aprile 2009.

ALLEGATI

Allegato 1 - Strumenti per il Medico di Medicina Generale – Matrice per la raccolta dati dell'attività giornaliera

Scheda Riassuntiva giornaliera: Sinossi dei contatti del giorno Del dott (codice)										
#	Pa z.	Età	sesso	Tipo di Contatto *	Problema	Codifica problema		Decisione e interventi	Priorità (punteggio VAS)**	Durata del contatto (minuti)
						WONCA ICPC	ICD-IX			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										

* T (telefonico) A (ambulatoriale) D (domiciliare) ** per ogni contatto registrato il MMG esprimerà una valutazione VAS sulla priorità dell'accesso

Allegato 2 - Il sistema di classificazione internazionale dei sintomi e delle malattie in Medicina Generale (ICPC-2) proposto da WONCA

ICPC-2R – Italiano Classificazione Internazionale delle Cure Primarie – 2 Edizione CICP Wonca International Classification Committee WICC	Sangue, Organi emopoietici e Sistema Immunitario B	Occhio F	Muscoloscheletrico L
Procedure	PROCEDURE	PROCEDURE	PROCEDURE
-30 Esame clinico completo	B02 Linfoghiandola/e ingrossata/e dolorosa/	F01 Occhio dolente	L01 Sintomo o disturbo del collo
-31 Esame clinico parziale	B04 Sintomo o disturbo legato al sangue	F02 Occhio rosso	L02 Sintomo o disturbo del dorso
-32 Test di sensibilità	B26 Paura di AIDS/HIV	F03 Secrezione congiuntivale	L03 Sintomo o disturbo regione lombo sacrale
-33 Esame microbiologico/immunologico	B27 Paura di neopl. maligna sangue o org. linf.	F04 Macchie visive fisse o fluttuanti	L04 Sintomo o disturbo del torace
-34 Esame ematologico	B28 Paura di altra malattia del sangue o org. linf.	F05 Altro disturbo visivo	L05 Sintomo o disturbo di fianco/ascella
-35 Esame urine	B29 Limitazione funzionale/disabilità (B)	F13 Sensazione oculare anormale	L06 Sintomo o disturbo di mandibola
-36 Esame su feci	B29 Altro sint. o disturbo del sangue o org. linf.	F14 Movimenti anormali dell'occhio	L07 Sintomo o disturbo di spalla
-37 Esame citologico/istologico	B70 Linfadenite acuta	F15 Aspetto anormale dell'occhio	L08 Sintomo o disturbo di braccio
-38 Altri esami di laboratorio NAC	B71 Linfadenite cronica o non specifica	F16 Sintomo o disturbo della palpebra	L10 Sintomo o disturbo di gomito
-39 Test funzionale	B72 Morbo di Hodgkin/linfoma	F17 Sintomo o disturbo dovuto ad occhiali	L11 Sintomo o disturbo di polso
-40 Esame endoscopico	B73 Leucemia	F18 Sintomo o disturbo dovuto a lenti a contatto	L12 Sintomo o disturbo di mano/dito
-41 Esame per immagini	B74 Altra neoplasia maligna ematologica	F27 Paura di malattia all'occhio	L13 Sintomo o disturbo di anca
-42 Tracciato elettrico	B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf.	F28 Limit. funzionale/disabilità oculare (F)	L14 Sintomo o disturbo di gamba/coscia
-43 Altre procedure diagnostiche	B76 Rottura traumatica della milza	F29 Altro sintomo o disturbo all'occhio	L15 Sintomo o disturbo di ginocchio
-44 Immunizzazione /profilassi	B77 Altra les. Traum. sangue/org. linf./milza	F70 Conjuntivite infettiva	L16 Sintomo o disturbo di caviglia
-45 Ed. sanitaria/osservazione/consigli/dieta	B78 Anemia emolitica ereditaria	F71 Conjuntivite allergica	L17 Sintomo o disturbo di piede/dito di piede
-46 Consulto con erogatore di cure primarie	B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf.	F72 Blefarite/orzaiolo/calazio	L18 Dolore muscolare
-47 Consulto con specialista	B80 Anemia da carenza di ferro	F73 Altra infezione/inflamazione all'occhio	L19 Sintomo o disturbo ad una articolazione NAC
-48 Chiarimenti/discussione su motivi incontro	B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico	F74 Neoplasia di occhio/annessi	L26 Paura di avere neopl. maligna osteoarticolare
-49 Altre procedure preventive	B82 Altra anemia/non specificata	F76 Corpo estraneo nell'occhio	L27 Paura di avere altra malattia musc.schel.
-50 Prescrizione-somm. di farm./iniezione	B83 Porpora/difetto di coagulazione	F79 Altra lesione traumatica dell'occhio	L28 Limit.funzionale/disabilità muscolosc. (L)
-51 Incisione/drenaggio/aspiraz./rimoz. fluidi	B84 Anomalia di globuli bianchi inspiegata	F80 Stenosi del canale lacrimale nel bambino	L29 Altro sintomo o disturbo osteoarticolare
-52 Esciss./rimoz. tessuto/sbrigliamento/ cauterizzazione/biopsia	B86 Splenomegalia	F81 Altra anomalia congenita dell'occhio	L70 Infezione del sistema osteoarticolare
-53 Intub./dilat./caterizz./interv.strumentale	B89 Altra malattia del sangue/org. linf./milza	F82 Distacco di retina	L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica
-54 Sutura/issazione/riparaz./gesso/protesi		F83 Retinopatia	L72 Frattura di radio/ulna
-55 Infiltrazione/trattamento locale		F84 Degenerazione maculare	L73 Frattura di tibia/perone
-56 Tamponamento/compressione/bendaggio		F85 Ulcera corneale	L74 Frattura di mano/piede
-57 Riabilitazione/terapia fisica		F86 Tracoma	L75 Frattura di femore
-58 Ascolto/consigli terapeutici/psicoterapia		F91 Difetto di rifrazione	L76 Altra frattura
-59 Altre proc. terap./chirurgia minore NAC		F92 Cataratta	L77 Distorsione/stiramento di caviglia
-60 Risultato di esami/procedure diagnostiche		F93 Glaucoma	L78 Distorsione/stiramento di ginocchio
-61 Risultato di esami/procedure diagnostiche registrate da altri operatori		F98 Cecità	L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC
-62 Procedure amministrative		F99 Altra malattia di occhio/annessi	L80 Lussazione/sublussazione
-63 Incontro di follow-up non specificato			L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC
-64 Incontro/problema iniziato dal medico			L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica
-65 Incontro/problema iniziato altri operatori			L83 Sindrome cervicale
-66 Invio ad altro operatore non medico			L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione
-67 Invio ad altro medico (spec./ospedale)			L85 Deformità acquisita della colonna
-68 Altri invii NAC			L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione
-69 Altri motivi di incontro NAC			L87 Borsite/tendinite/sinovite NAC
			L88 Artrite reumatoide siero positiva
			L89 Coxartrosi
			L90 Gonartrosi
			L91 Altra artrosi
			L92 Sindrome della spalla
			L93 Gonito del tenuta
			L94 Osteocondrosi
			L95 Osteoporosi
			L96 Lesione acuta interna del ginocchio
			L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc.
			L98 Deformità acquisita degli arti
			L99 Altra malattia muscoloscheletrica
Generale/Non Specificato A	Digestivo D	Orecchio H	Neurologico N
A01 Dolore generale o in siti multipli	D01 Dolore addominale generale/crampi	H01 Dolore d'orecchio/otalgia	N01 Mal di testa
A02 Brividi	D02 Dolore addominale epigastrico	H02 Disturbo dell'udito	N03 Dolore al viso
A03 Febbre	D03 Bruciore di stomaco/pirosi	H03 Acufene/tinnito/ronzio all'orecchio	N04 Gambe senza riposo
A04 Astenia/stanchezza generale	D04 Dolore rettale/ anale	H04 Perdita dall'orecchio	N05 Formicolio alle dita/piedi/arti
A05 Sensazione di essere malato	D05 Fastidio perianale	H05 Sanguinamento dall'orecchio	N06 Altra alterazione della sensibilità
A06 Lipotimia/sincope	D06 Altro dolore addominale localizzato	H13 Sensazione di orecchio chiuso	N07 Convulsioni/crisi comiziale
A07 Coma	D07 Dispepsia/indigestione	H15 Preoccupazione aspetto proprio orecchio	N08 Movimenti involontari anormali
A08 Gonfiore	D08 Flatulenza/meteorismo/eruttazione	H27 Paura di avere malattia dell'orecchio	N16 Disturbo dell'odorato e gusto
A09 Problema di sudorazione	D09 Nausea	H28 Limitazione/disabilità uditiva (H)	N17 Vertigine/capogiro
A10 Sanguinamento/emorragia NAC	D10 Vomito	H29 Altro sintomo o disturbo all'orecchio	N18 Paralisi/debolezza
A11 Dolore toracico NAC	D11 Diarrea	H70 Otite esterna	N19 Disordine della parola
A13 Preoccupazione/paura per un trattamento	D12 Stipsi	H71 Otite media acuta/miringite	N26 Paura di avere neopl. maligna sist.nervoso
A16 Bambino irritable	D13 Itterizia	H72 Otite media sierosa	N27 Paura di altra malattia neurologica
A18 Preoccupazione per il proprio aspetto	D14 Ematemesi/vomito ematico	H73 Salpingite d'Eustachio	N28 Limit. funzionale/disabilità neurologica (N)
A20 Richiesta di eutanasia/discussione	D15 Melena	H74 Otite media cronica	N29 Altro sintomo o disturbo neurologico
A21 Fattore di rischio per neoplasia maligna	D16 Sanguinamento rettale	H75 Neoplasia dell'orecchio	N70 Poliomielite
A23 Fattore di rischio NAC	D17 Incontinenza rettale	H76 Corpo estraneo nell'orecchio	N71 Meningite/encefalite
A23 Paura della morte, di morire	D18 Modificazione di feci/movimenti intestinali	H77 Perforazione del timpano	N72 Tetano
A26 Paura di neoplasia maligna NAC	D19 Sintomo/disturbo riferito a denti o gengive	H78 Lesione traumatica superficiale orecchio	N73 Altra infezione neurologica
A27 Paura di altra malattia NAC	D20 Sintomo o disturbo bocca/lingua/labbra	H79 Altra lesione traumatica dell'orecchio	N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso
A28 Limitazione funzionale/disabilità NAC	D21 Problema di deglutizione	H80 Anomalia congenita dell'orecchio	N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso
A29 Altro sintomo o disturbo generale	D22 Epatomegalia	H81 Eccesso di cerume	N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso
A70 Tubercolosi	D23 Massa addominale NAC	H82 Sindrome vertiginosa	N79 Conruzione cerebrale
A71 Morbillo	D25 Distensione addominale	H83 Otosclerosi	N80 Altra lesione traumatica della testa
A72 Varicella	D26 Paura di neoplasia maligna app. digerente	H84 Presbiacusia	N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso
A73 Malaria	D27 Paura di altra malattia apparato digerente	H85 Trauma acustico	N82 Anomalia neurologica congenita
A74 Rosolia	D28 Limitazione funzionale/disabilità (D)	H86 Sordità	N86 Sclerosi multipla
A78 Mononucleosi infettiva	D29 Altro sintomo/disturbo apparato digerente	H89 Altra malattia di orecchio/mastoide	N87 Parkinsonismo
A76 Altri esantemi virali	D70 Infezione gastrointestinale	K01 Dolore cardiaco	N88 Epilessia
A77 Altra malattia virale/NAC	D71 Parotite epidemica	K02 Oppressione/costrizione cardiaca	N89 Emicrania
A78 Altra malattia infettiva/NAC	D72 Epatite virale	K03 Dolore cardiovascolare NAC	N90 Cefalea a grappolo
A79 Neoplasia maligna NAC	D73 Gastroenterite di presunta origine infettiva	K04 Palpitazioni/percezione di battiti cardiaci	N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell
A80 Trauma/lesione traumatica NAC	D74 Neoplasia maligna dello stomaco	K05 Altri battiti cardiaci irregolari	N92 Nevralgia trigeminale
A81 Politraumatismo/lesioni multiple	D75 Neoplasia maligna del colon/retto	K06 Vene prominenti	N93 Sindrome del tunnel carpale
A82 Postumo di trauma	D76 Neoplasia maligna del pancreas	K07 Caviglie gonfie/edema	N94 Neurite periferica/neuropatia
A84 Intossicazione da farmaco	D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC	K22 Fattore di rischio malattia cardiovascolare	N95 Cefalea muscolo tensiva
A85 Effetto collaterale di farmaco	D78 Neoplasia benigna/di inc. natura app. dig.	K24 Paura di malattia cardiaca	N99 Altra malattia neurologica
A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale	D79 Corpo estraneo nell'apparato digerente	K25 Paura di ipertensione arteriosa	
A87 Complicanze da trattamento	D80 Altra lesione traumatica organi digerenti	K26 Paura di altra malattia cardiovascolare	
A88 Effetto collaterale da fattore fisico	D81 Anomalia congenita apparato digerente	K27 Paura di altra malattia cardiovascolare	
A89 Danno da materiale protesico	D82 Malattia di denti o gengive	K28 Limitaz. funzionale/disabilità cardiovasc. (K)	
A90 Anomalie congenite multiple/NAC	D83 Malattia della bocca/lingua/labbra	K29 Altro sintomo o disturbo cardiovascolare	
A91 Risultati anormali di indagini NAC	D84 Malattia dell'esofago	K70 Infezione del sistema circolatorio	
A92 Allergia/ reazione allergica NAC	D85 Ulcera duodenale	K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca	
A93 Neonato prematuro	D86 Altra ulcera peptica	K72 Neoplasia cardiovascolare	
A94 Altra morbosità perinatale	D87 Disordine gastrico funzionale	K73 Anomalia cardiovascolare congenita	
A95 Mortalità perinatale	D88 Appendicite	K74 Cardiopatia ischemica con angina	
A96 Morte	D89 Ernia inguinale	K75 Infarto miocardico acuto	
A97 Nessuna malattia	D90 Ernia jatale	K76 Cardiopatia ischemica senza angina	
A98 Mantenimento salute/medicina preventiva	D91 Altra ernia addominale	K77 Scoppio cardiaco	
A99 Malattia o condizione o sede non definita	D92 Malattia diverticolare	K78 Fibrillazione atriale/Flutter	
	D93 Sindrome del colon irritable	K79 Tachicardia parossistica	
	D94 Enterite cronica/colite ulcerosa	K80 Aritmia cardiaca NAC	
	D95 Ragade anale/assesso perianale	K81 Soffio cardiaco/arterioso NAC	
	D96 Vermi/parassiti intestinali	K82 Cuore polmonare	
	D97 Malattia del fegato NAC	K83 Valvulopatia NAC	
	D98 Colecistite/colelitiasi	K84 Altra malattia cardiaca	
	D99 Altra malattia del sistema digerente	K85 Pressione arteriosa elevata	
		K86 Iperensione arteriosa non complicata	
		K87 Iperensione arteriosa complicata	
		K88 Ipotensione posturale	
		K89 Ischemia cerebrale transitoria	
		K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke	
		K91 Malattia cerebrovascolare	
		K92 Arteriosclerosi/mal.vascolare periferica	
		K93 Embolia polmonare	
		K94 Flebite/tromboflebite	
		K95 Varici venose arti inferiori	
		K96 Emorroidi	
		K99 Altra malattia cardiovascolare	

Psicologico P		S04 Gonfiore/protuberanza cutanea localizzata	U80 Lesione traumatica delle vie urinarie	Y06 Sintomo o disturbo alla prostata	
P01 Sensazione di nervosismo/ansietà/tensione	S05 Gonfiore/protuberanza generalizzata	U85 Anomalia congenita delle vie urinarie	Y07 Impotenza sessuale NAC	Y07 Altro sintomo o disturbo sessuale nell'uomo	
P02 Reazione da stress acuto	S06 Eruzione localizzata	U88 Glomerulonefrite/sindrome nefrosica	Y10 Sterilità/ipofertilità nell'uomo	Y13 Sterilizzazione nell'uomo	
P03 Sensazione di depressione	S07 Eruzione generalizzata	U90 Albuminuria ortostatica/proteinuria	Y14 Altra parafunzione familiare nell'uomo	Y16 Sintomo o disturbo della mammella uomo	
P04 Sentimento/comport. irritabile/colerico	S08 Cambiamento di colore della pelle	U95 Esame urine anormale NAC	Y24 Paura di disfunzione sessuale nell'uomo	Y25 Paura di mal. sessualmente trasmessa uomo	
P05 Senilità, sentimento/comportamento senile	S09 Infezione alle dita di mani/piedi	U98 Altra malattia urinaria	Y26 Paura di neoplasia maligna genitale uomo	Y27 Paura di altra malattia genitale nell'uomo	
P06 Disturbo del sonno	S10 Foruncolo/carbuncolo	Gravidanza, Parto, Program-mazione familiare W			
P07 Diminuzione del desiderio sessuale	S11 Infezione cutanea post traumatica	W01 Sospetto di gravidanza	W02 Paura di gravidanza	W03 Sanginamento in gravidanza	
P08 Diminuzione dell'appagamento sessuale	S12 Puntura di insetto	W05 Nausea/vomito in gravidanza	W10 Contraccezione post coitale	W11 Contraccezione orale	
P09 Preoccupazione per preferenze sessuali	S13 Morsio animale/umano	W12 Contraccezione intrauterina	W13 Sterilizzazione (nella donna)	W14 Altra contraccezione (nella donna)	
P10 Balbuzie/tic	S14 Bruciatura/ustione	W15 Sterilità/ipofertilità (nella donna)	W17 Sanginamento nel puerperio	W18 Altro sintomo o disturbo del puerperio	
P11 Problemi di alimentazione nel bambino	S15 Corpo estraneo in cute	W19 Sint. o dist. al seno/lattazione gravidanza	W21 Preocc. per l'aspetto fisico in gravidanza	W22 Paura di complicazioni della gravidanza	
P12 Enuresi	S16 Contusione/ecchimosi	W28 Limitazione funzionale/disabilità da gravid.	W29 Altro sintomo o disturbo da gravidanza	W30 Infezione puerperale/sopoi	
P13 Encopresi/problemi di controllo intestinale	S17 Abrasione/graffio/vescica	W70 Altra infezione complic. gravid./puerperio	W72 Neoplasia maligna legata alla gravidanza	W73 Neoplasia benigna/incerta gravidanza	
P15 Abuso alcolico cronico	S18 Lacerazione/taglio	W75 Lesione traum. complicante la gravidanza	W76 Anomalia congenita complic. la gravidanza	W78 Gravidanza	
P16 Abuso alcolico acuto	S19 Altra lesione traumatica della pelle	W79 Gravidanza non desiderata	W80 Gravidanza ectopica	W81 Tossemia gravidica	
P17 Abuso di tabacco	S20 Callo/callosità	W82 Aborto spontaneo	W83 Abortion provocato	W84 Gravidanza ad alto rischio	
P18 Abuso di farmaco	S21 Sintomo o disturbo della struttura cutanea	W85 Diabete gestazionale	W90 Travaglio/parto non complicato, feto vivo	W91 Travaglio/parto non complicato, feto morto	
P19 Abuso di droga	S22 Sintomo o disturbo di unghia	W92 Travaglio/parto complicato, feto vivo	W93 Travaglio/parto complicato, feto morto	W94 Mastite puerperale	
P20 Disturbo della memoria	S23 Perdita di capelli/calvizia	W95 Altro disturbo seno gravidanza/puerperio	W96 Altra complicanza del puerperio	W99 Altra malattia legata a gravidanza/parto	
P22 S/D del comportamento nel bambino	S24 Altro sintomo / dist. capelli/ cuoio capelluto	Y98 Altra malattia genitale uomo (Y)	Problemi Sociali Z		
P23 S/D del comportamento nell'adolescente	S26 Paura di neoplasia maligna della pelle	Y99 Altra malattia genitale uomo (incl. mammella)	Z01 Povertà/problema economico	Z02 Problema approvvigionamento cibo/acqua	
P24 Problema specifico dell'apprendimento	S27 Paura di altra malattia della pelle	Z03 Problema di abitazione o vicinato	Z04 Problema socio-culturale	Z05 Problema di lavoro	
P25 Problema della fase della vita nell'adulto	S28 Limit. funzionale/disabilità cutanea (S)	Z06 Problema di disoccupazione	Z07 Problema di educazione	Z08 Problema di assistenza sociale	
P27 Paura di disturbo mentale	S29 Herpes zoster	Z09 Problema legale	Z10 Problema relativo al Sistema Sanitario	Z11 Problema di aderenza/esistenza di malattia	
P28 Limit. funzionale/disabilità psicologica (P)	S30 Herpes simplex	Z12 Problema di relazione con partner	Z13 Problema di comportamento del partner	Z14 Problema di malattia del partner	
P29 Altro sintomo o disturbo psicologico	S31 Dermatosi/altre acarisasi	Z15 Problema da perdita o morte del partner	Z16 Problema di rapporto con un bambino	Z18 Problema da malattia di un bambino	
P70 Demezza	S32 Nevo	Z19 Problema da perdita o morte di un bambino	Z20 Problema di relazione con altri familiari	Z21 Problema di comportamento di un altro parente/membro familiare	
P71 Altra psicosi organica	S33 Altra anomalia congenita della pelle	Z22 Problema di relazione con un amico	Z23 Perdita/morte altro parente/membro familiare	Z24 Problema di relazione con un amico	
P72 Schizofrenia	S34 Impetigine	Z25 Aggressione/evento traumatico	Z27 Paura di un problema sociale	Z28 Limit. Funz./disabilità problema sociale (Z)	
P73 Psicosi affettiva	S35 Cisti/fistola pilonidale	Z29 Problema sociale NAC	Abbreviazioni		
P74 Disturbo anisomato/atato anisomato	S36 Dermite seborroica	Aliment. Alimentazione			
P75 Disturbo psicosomatico	S37 Dermite atopica/eczema	anom. Anomalia			
P76 Depressione	S38 Dermatite da contatto/allergia	bronch. Bronchiale			
P77 Suicidio/tentativo di suicidio	S39 Eritema da paronimo	Catesterizz Catesterizzazione			
P78 Neurastenia/surmenage	S40 Pityriasi rosea	comunic. Comunicanza			
P79 Fobia/disordine ossessivo-compulsivo	S41 Psoriasi	congenit. Congenito			
P80 Disturbo della personalità	S42 Malattia delle ghiandole sudoripare	Dist. Disturbo			
P81 Disturbo iperemotivo	S43 Cisti sebacea	Ed. Educazione			
P82 Sindrome da stress post traumatico	S44 Unghia incarnata	Eccisa Rm farm. Farmaco			
P83 Ritardo mentale	S45 Mollusco contagioso	Funz. Funzionale			
P86 Anorexia nervosa/bulimia	S46 Acne	genit. Genitale			
P88 Altra psicosi NAC	S47 Ulcera cutanea cronica	Gravid. Gravidanza			
P89 Altra disturbi psicologici	S48 Criticaria	Incl. Incluso			
Respiratorio R		S49 Altra malattia della pelle	Intub. Dila. Intubazione Dilatazione		
R01 Dolore attribuito al sistema respiratorio	Endocrino/Metabolico e Nutrizionale T		les. Lesione		
R02 Respiro corto/dispnea	T01 Sete eccessiva	T70 Infezione del sistema endocrino	limat. Malattia		
R03 Respiro sibilante	T02 Appetito eccessivo	T71 Neoplasia maligna della tiroide	metab. Metabolico		
R04 Altro problema respiratorio	T03 Perdita dell'appetito	T72 Neoplasia benigna della tiroide	mot. Motivi		
R05 Tosse	T04 Problema di aliment. bambino/lattante	T73 Neoplasia endocrina di altra/incerta natura	muscolos. Muscoloscheletrico		
R06 Sangue dal naso/epistassi	T05 Problema di alimentazione dell'adulto	T74 Dotto tireoglossa/cisti	NAC Non Altrimenti Classificato		
R07 Starnuti/congestione nasale	T07 Aumento di peso	T75 Anomalia congenita endocrino/metab.	neopl. Neoplasia		
R08 Altro sintomo o disturbo al naso	T08 Perdita di peso	T76 Gonzo	non Non specificato		
R09 Sintomo o disturbo dei seni paranasali	T09 Ritardo di crescita	T77 Sovrappeso	nutriz. Nutrizionale		
R21 Sintomo o disturbo della gola	T10 Disidratazione	T78 Iperitroidismo/tireotossicosi	org. linf. Organo(i) linfatico(i)		
R23 Sintomo o disturbo della voce	T11 Disidratazione	T79 Ipotroidismo/mixedema	probl. Problema		
R24 Emottisi	T12 Paura di neoplasia del sistema endocrino	T80 Obesità	Proc.Tera. Procedure/terapeutiche		
R25 Espettorato/sputo anormale	T13 Paura di altra malattia endocrino-metabolica	T81 Obesità	Sess. Sessuale		
R26 Paura di neopl. maligna sist.respiratorio	T14 Limitazione funzionale/disabilità endocrina	T82 Obesità	sint. dist. Sintomo o disturbo		
R27 Paura di altra malattia sist. respiratorio	T15 Altro sintomo o disturbo endocrino/metabolico/nutrizionale	T83 Sovrappeso	Sistem. Sistema		
R28 Limit. funzionale/disabilità respiratoria (R)	T16 Altro sintomo o disturbo endocrino/metabolico/nutrizionale	T84 Iperitroidismo/mixedema	Sommun. Somministrazione Farmaci		
R29 Altro sintomo disturbo sistema respiratorio.	T17 Infezione del sistema endocrino	T85 Iperitroidismo/mixedema	Traum. Traumatico/o		
R71 Tosse canina	T18 Infezione del sistema endocrino	T86 Ipotroidismo/mixedema	valut. Valutazione		
R72 Faringite streptococcica	T19 Infezione del sistema endocrino	T87 Ipotroidismo	Traduzione a cura di		
R73 Foruncolo/acceso del naso	T20 Infezione del sistema endocrino	T88 Diabete insulino dipendente	Buono Nicola , Caserta		
R74 Infezione acuta vie respiratorie superiori	T21 Infezione del sistema endocrino	T89 Diabete non-insulino dipendente	Cavicchi Angelo, Ferrara		
R75 Sinusite acuta/cronica	T22 Infezione del sistema endocrino	T90 Diabete non-insulino dipendente	Casadei Fabio, Ferrara		
R76 Tonsillite acuta	T23 Infezione del sistema endocrino	T91 Carenza vitaminica/nutrizionale	Petrazzulli Ferdinando, Caserta		
R77 Laringite/tracheite acuta	T24 Infezione del sistema endocrino	T92 Gotta	Capone Alessandro, Henley (UK)		
R78 Bronchite acuta/bronchiolite	T25 Infezione del sistema endocrino	T93 Dialipidemia	Soler Jean karl, Malta		
R79 Bronchite cronica	T26 Infezione del sistema endocrino	T94 Altro dist. endocrino/metabolico/nutriz.	membro WICC		
R80 Influenza	T27 Infezione del sistema endocrino	Urologico U			
R81 Polmonite	T28 Infezione del sistema endocrino	U01 Disuria/minzione dolorosa	Y01 Dolore del pene		
R82 Pleurite/versamento pleurico	T29 Infezione del sistema endocrino	U02 Minzione frequente/imperiosa	Y02 Dolore del testicolo/scroto		
R83 Altra infezione respiratoria	T30 Infezione del sistema endocrino	U04 Incontinenza urinaria	Y03 Perdite uretrali nell'uomo		
R84 Neoplasia maligna bronchiale/polmonare	T31 Infezione del sistema endocrino	U05 Altro problema della minzione	Y04 Altro sintomo o disturbo del pene		
R85 Altra neoplasia maligna sist. respiratorio	T32 Infezione del sistema endocrino	U06 Ematuria	Y05 Altro sintomo o disturbo al testicolo/scroto		
R86 Neoplasia benigna sistema respiratorio	T33 Infezione del sistema endocrino	U07 Altro sintomo o disturbo d'urina			
R87 Corpo estraneo in naso/laringe/bronco	T34 Infezione del sistema endocrino	U08 Ritenzione urinaria			
R88 Altra lesione traum. sistema respiratorio	T35 Infezione del sistema endocrino	U13 Altro sintomo o disturbo della vescica			
R89 Anomalia congenita sistema respiratorio	T36 Infezione del sistema endocrino	U14 Sintomo o disturbo del rene			
R90 Ipertrofia di tonsille/adenoidi	T37 Infezione del sistema endocrino	U26 Paura neoplasia maligna sistema urinario			
R92 Neopl. natura incerta sistema respiratorio	T38 Infezione del sistema endocrino	U27 Paura di altra malattia del sistema urinario			
R95 Broncopneumopatia cronica ostruttiva	T39 Infezione del sistema endocrino	U28 Limit. funzionale/disabilità urinaria (U)			
R96 Asma	T40 Infezione del sistema endocrino	U29 Altro sintomo / disturbo sistema urinario			
R97 Rinite allergica	T41 Infezione del sistema endocrino	U70 Pielonefrite/pielite			
R98 Sindrome da iperventilazione	T42 Infezione del sistema endocrino	U71 Cistite/altra infezione urinaria			
R99 Altra malattia respiratoria	T43 Infezione del sistema endocrino	U72 Uretrite			
PROCEDURE		Urologico U			
SINTOMI/DISTURBI		U01 Disuria/minzione dolorosa			
INFEZIONI		U02 Minzione frequente/imperiosa			
NEOPLASIE		U04 Incontinenza urinaria			
TRAUMATISMI		U05 Altro problema della minzione			
ANOMALIE CONGENITE		U06 Ematuria			
ALTRE DIAGNOSI		U07 Altro sintomo o disturbo d'urina			
Cutaneo S		U08 Ritenzione urinaria			
S01 Dolore/persensibilità cutanea	U13 Altro sintomo o disturbo della vescica	U14 Sintomo o disturbo del rene			
S02 Prurito	U15 Altro sintomo o disturbo del rene	U26 Paura neoplasia maligna sistema urinario			
S03 Verruche	U27 Paura di altra malattia del sistema urinario	U28 Limit. funzionale/disabilità urinaria (U)			
	U29 Altro sintomo / disturbo sistema urinario	U70 Pielonefrite/pielite			
	U71 Cistite/altra infezione urinaria	U72 Uretrite			
	U75 Neoplasia maligna del rene	U76 Neoplasia maligna della vescica			
	U77 Altra neoplasia maligna sistema urinario	U78 Neoplasia benigna del tratto urinario			
	U79 Neoplasia indeterminata del tratto urinario				

Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 1

Scheda 1: Caratteristiche generali del paziente					
Cognome e Nome (o codice identificativo).....					
Comune di residenza:.....					
Nazionalità: <input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> altro:..... Da quanti anni in Italia:					
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			Età in anni....		
Stato civile*:			Titolo di studio**:		
Occupazione:			<input type="checkbox"/> Occupato <i>(specificare):</i> <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato		
Con chi vive			<input type="checkbox"/> Con i famigliari <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con una badante <input type="checkbox"/> In casa protetta <input type="checkbox"/> Altro (specificare):		
*celibe/nubile, coniugato/a, separato/a-divorziato/a , vedovo/a					
** licenza elementare, media, superiore, università - nessun titolo					
Soffre di qualche malattia cronica?					
	Malattia	Cod ICPC		Malattia	Cod ICPC
<input type="checkbox"/>	Artrosi, Artrite	L89-91	<input type="checkbox"/>	Ulcera gastrica o duodenale	D85-86-87
<input type="checkbox"/>	Pressione alta	K85-86-87	<input type="checkbox"/>	Calcolosi renale	U95
<input type="checkbox"/>	Malattie allergiche	A92	<input type="checkbox"/>	Infarto cardiaco	K75
<input type="checkbox"/>	Mal di testa (cefalea o emicrania ricorrente)	N01-89	<input type="checkbox"/>	Malattia cerebrovascolare	K89-90-91
<input type="checkbox"/>	Depressione ed ansietà cronica	P76-74	<input type="checkbox"/>	Psoriasi/acne/eczema atopico	S91-96-87
<input type="checkbox"/>	Osteoporosi	L95	<input type="checkbox"/>	Tumore	A79
<input type="checkbox"/>	Diabete	T89-90	<input type="checkbox"/>	Malattie del sistema nervoso (epilessia/vertigini)	N88-17
<input type="checkbox"/>	Bronchite cronica-BPCO	R79-R95	<input type="checkbox"/>	Angina	K74
<input type="checkbox"/>	Asma bronchiale	R96	<input type="checkbox"/>	Demenze/deficit di memoria	P70
<input type="checkbox"/>	Malattia tiroide (ipertiroidismo e ipotiroidismo)	T85-86	<input type="checkbox"/>	Cirrosi epatica/ colelitiasi	D97-98
<input type="checkbox"/>	Malattie di cuore (FA/tachicardia parossistica/aritmie/valvulopatie)	K78-79-80-83	<input type="checkbox"/>	Parkinsonismo/tremori	N87-08
<input type="checkbox"/>	Cataratta	F92	<input type="checkbox"/>	Scompenso cardiaco	K77
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare) _____				

Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 2

Scheda 2 - La percezione delle proprie condizioni di salute	
Oggi è giunto dal medico:	<input type="checkbox"/> da solo <input type="checkbox"/> accompagnato (da amici, famigliari, volontari, etc)
Cosa pensa di avere?	
Da quanto tempo persiste il suo problema?	<input type="checkbox"/> meno di 24 ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 3-7 giorni <input type="checkbox"/> 8-14 giorni <input type="checkbox"/> 2 settimane-1mese <input type="checkbox"/> più di 1 mese
Ci sono state pressioni da parte di qualche familiare o amico che l' hanno convinta a rivolgersi al suo medico oggi? _____ _____	
Segni con una crocetta, la GRAVITA' /Urgenza del problema che l'ha condotta in Ambulatorio oggi <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); color: green; font-weight: bold;">Nessuna Urgenza</div> <div style="flex-grow: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: -10px; top: 50%; transform: translateY(-50%); border-left: 1px solid black; width: 5px; height: 20px;"></div> <div style="position: absolute; right: -10px; top: 50%; transform: translateY(-50%); border-right: 1px solid black; width: 5px; height: 20px;"></div> </div> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg); color: red; font-weight: bold;">Massima Urgenza</div> </div>	
Aveva già esposto questo problema al suo medico?	
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no, ma ho tentato di risolverlo da solo <input type="checkbox"/> mi sono arrangiato con farmaci che avevo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sono andato in farmacia <input type="checkbox"/> sono andato da un altro medico <input type="checkbox"/> sono andato in Pronto Soccorso 	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> si, sono qui per un controllo/ricaduta <input type="checkbox"/> si, ma senza un risultato soddisfacente <input type="checkbox"/> si, ma poi ho tentato di risolverlo a modo mio <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mi sono arrangiato con farmaci che avevo <input type="checkbox"/> sono andato in farmacia <input type="checkbox"/> sono andato da un altro medico <input type="checkbox"/> sono andato in Pronto Soccorso

Allegato 3 - Strumenti per il Paziente - Scheda 3

Scheda 3 - Grado di soddisfazione del paziente riguardo al proprio Medico di Famiglia					
	Almeno una volta la settimana	Almeno una volta al mese	Almeno una volta ogni 2-3 mesi	Almeno una volta l'anno	Mai
1. Quante volte in media è ricorso alle cure del suo Medico nell'ultimo anno?					
2. Quante volte si è recato in PS nell'ultimo anno?					
	per niente	Poco	molto	moltissimo	
3. E' soddisfatto della organizzazione dello ambulatorio del suo Medico per quanto riguarda					
❖ le visite su appuntamento?					
❖ le visite ad accesso libero?					
❖ le visite ad accesso misto?					
❖ gli orari di apertura?					
❖ le visite domiciliari?					
❖ la Medicina di Associazione?*					
4. Ha trovato in passato delle difficoltà alla risoluzione di problemi urgenti?					
5. Pensa che il suo Medico sia in grado di aiutarla e guidarla nella soluzione dei suoi problemi di salute?					
6. Si sente soddisfatto della relazione col suo medico?					
7. Se dovesse descrivere ad un suo amico/ conoscente la figura del suo medico con 3 aggettivi, quali userebbe?					
<i>*nel caso il MMG faccia parte di una Associazione esplorare se il paziente è informato della possibilità di accedere ad altro MMG associato e come.</i>					

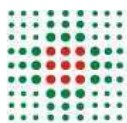
Quanta fiducia ripone nel suo Medico? (metta una croce lungo la scala a fianco)

Nessuna Fiducia

Massima Fiducia

Commenti liberi

Allegato 4 - Foglio INFORMATIVO per il Paziente



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

DIREZIONE SANITARIA

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Egr. Sig., Gentile Sig.ra,

l'Azienda Usl di Modena sta realizzando uno studio, finanziato anche dalla Regione Emilia Romagna, che cercherà di indagare come i cittadini percepiscono i percorsi sanitari della provincia di Modena in relazione alle proprie necessità di cura ed il loro grado di soddisfazione. Gli esiti di questo studio saranno poi utilizzati per migliorare l'assistenza sanitaria provinciale.

A tal fine, sottoponiamo alla sua attenzione un questionario che raccoglie alcune informazioni riguardanti nello specifico:

- dati personali e sensibili;
- il motivo dell'accesso presso l'ambulatorio del medico / le strutture dell'Azienda Sanitaria;
- la sua percezione del suo stato di salute e la sua opinione rispetto all'assistenza sanitaria che le viene prestata.

Modalità del trattamento

I dati saranno elaborati dalla Direzione Sanitaria e conservati con modalità elettronica e cartacea ai fini dello studio in oggetto.

Potranno formare oggetto di pubblicazione (tesi di laurea, pubblicazione su riviste a carattere scientifico, ecc.) nel rispetto del più assoluto **anonimato**.

Diritti dell'interessato (art. 7 del d.lgs. n. 196/2003)

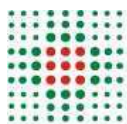
In relazione al trattamento dei dati personali Lei ha il diritto di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/2003 e, più in particolare di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione e il blocco dei dati e di opporsi, in ogni momento, al trattamento dei dati medesimi.

Titolare e responsabile del trattamento dei dati personali

Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Usl di Modena con sede in Modena v.S.Giovanni del Cantone, 23; responsabile del trattamento è il Dott. Guido Federzoni, Responsabile del Programma Fragilità.

Lei potrà in ogni momento prendere visione dell'elaborato finale, facendone richiesta senza formalità al numero 059/435381. E-mail g.federzoni@ausl.mo.it

Allegato 5 - Foglio di CONSENSO per il Paziente



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, nato/a a
....., il..... e residente a, via
....., n.....,

letta e compresa l'informativa che precede, **autorizza** l'Azienda Usl di Modena
ad utilizzare i propri dati personali (e sensibili) per gli scopi sopra esplicitati.

Data

Firma

RINGRAZIAMENTI

Il primo pensiero lo rivolgo alla Dott.ssa Maria Stella Padula che mi ha trasmesso il suo entusiasmo e la sua passione verso la medicina generale e che ha permesso la realizzazione di questo studio.

Ad Oreste un enorme ringraziamento per tutto il tempo che mi ha dedicato, la sua disponibilità e la sua competenza sono stati assolutamente fondamentali nel completare questo progetto.

Questo studio non sarebbe comunque stato possibile senza le idee e la bella collaborazione con Giulia: è stata un'esperienza molto significativa e utile per la crescita nel nostro percorso di studi, ma l'amicizia che è nata penso sia il ricordo più bello di tutti i nostri viaggi per le strade della provincia.

Per il supporto fondamentale che mi ha fornito nei giorni della stesura della tesi, oltre che per il grande lavoro svolto, ringrazio di cuore Imma.

Un sincero ringraziamento anche a Silvia per tutto il tempo che ha dedicato a questo progetto.

Una ricordo particolare al Dr. Ghassan Daya che, per la prematura scomparsa, non ha potuto partecipare allo studio, nonostante abbia fortemente sostenuto questo progetto.

Infine voglio ricordare Claudia e Marcello, che hanno reso questi 6 anni piacevoli, divertenti e spensierati e Cristina, per la bella amicizia che abbiamo costruito e che ha reso meno pesante i lunghi periodi di studio.