

Organizzazione, risorse e percepito dagli assistiti

* Ivano Cazzolato
Stefano Bibiani
Roberto Riberto
** Daniele Sercia
Bruno De March
Emanuele Placenti
Roberto Savi
Vladimiro Artuso

Otto medici di famiglia, tre organizzati in medicina di gruppo e cinque in associazione, hanno condotto uno studio osservazionale sulla popolazione assistita al fine di saggiare da un lato l'impianto organizzativo attuale degli studi e le eventuali attese, dall'altro il pensiero degli assistiti sulle caratteristiche del medico curante, le capacità relazionali di questi, gli argomenti sui quali gradirebbero maggiori spiegazioni. È stato altresì indagato l'interesse della popolazione circa una nuova organizzazione che veda i Mmg del territorio lavorare in un unico edificio. L'intento era capire fra l'altro quanto, secondo loro, l'Amministrazione Comunale si dovesse impegnare per realizzare tale progetto

Il territorio su cui è stata svolta l'indagine ha circa quattordicimila abitanti, è omogeneo, si trova a pochi chilometri dall'aeroporto Marco Polo di Venezia.

Il presente lavoro non è stato condotto con i criteri abitualmente richiesti per effettuare uno studio osservazionale, sia in termini metodologici che di analisi statistica. Ma a chi lo ha progettato ed eseguito sembrava importante riportarne i risultati, dato il consistente numero di questionari distribuiti e le risposte fornite dagli assistiti, sia in termini quantitativi sia qualitativi. Le risposte sono interessanti poiché sono fornite in un momento di grande trasformazione della medicina generale: sono utili per capire quali siano le attese della popolazione riguardo alla nostra professione. Pensiamo inoltre che il questionario utilizzato, se esteso a una popolazione più ampia, potrebbe fornire indicatori interessanti non solo sulla bontà o meno del lavorare in gruppo, tema ora di grande attualità, ma anche rispetto alle attese sulla professionalità, sulle competenze, sulle capacità di relazione che i pazienti si aspettano dai medici di famiglia.

Materiali e metodi

Ogni medico di famiglia ha elaborato una serie di domande. Dopo diversi incontri e confronti tra gli 8 Mmg par-

tecipitanti all'indagine, tra tutte le domande formulate ne sono state scelte di comune accordo quindici da sottoporre alla popolazione. I questionari da somministrare erano in totale 1.200, vale a dire 150 questionari che ogni medico doveva consegnare ai primi venti pazienti che lo avrebbero consultato per una visita, dal lunedì al venerdì, fino a esaurimento. Si è deciso di distribuire il questionario solo agli assistiti che si recavano dal medico per una visita e non a quelli che venivano in studio per la sola ripetizione delle ricette. I questionari, naturalmente anonimi, andavano compilati in studio e depositati in un contenitore all'interno dello studio stesso.

Risultati

Dei 1.200 questionari predisposti ne sono stati compilati e restituiti 1.161 (96,75%). Hanno risposto 492 uomini (42%) e 669 donne (58%). Analizzando per fasce d'età, ha risposto il 36% degli assistiti fino a 44 anni, il 44% di età 44-65 anni e il 20% oltre i 65 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio, 296 assistiti (25%) avevano la sola licenza elementare, 399 (34%) la licenza di scuola media inferiore, 406 (34%) risultavano avere un diploma di scuola secondaria, 67 (6%) erano laureati.

Delle domande riguardanti l'organizzazione, una molto precisa richiedeva se si preferisse l'accesso libero allo studio del medico di famiglia oppure su appuntamento: 777 (67%) sono stati quelli che hanno risposto di preferire l'accesso su appuntamento, 254 (22%)

optavano per l'accesso libero, 127 (11%) sono stati quelli per cui le due opzioni risultavano indifferenti e 3 sull'argomento non hanno dato alcuna risposta. A questo proposito occorre puntualizzare che degli otto medici partecipanti all'indagine quattro lavorano tutti i giorni su appuntamento, mentre gli altri quattro con accesso libero.

Durante la preparazione del questionario si è dibattuto se la percezione dei pazienti rispetto alla frequentazione dello studio fosse molto diversa dalla nostra. I medici sanno con certezza che negli ultimi anni il lavoro in studio è aumentato. Secondo i dati forniti in un corso di aggiornamento a Padova, proposto dalla Regione Veneto nel dicembre 2008, addirittura il lavoro del medico di famiglia è aumentato del 40% negli ultimi dieci anni. Indubbiamente la percezione dei pazienti non può essere la stessa del medico. È come chiedere al negoziante e ai suoi clienti la percezione rispetto alla frequentazione di un esercizio commerciale: è inevitabile che sia molto differente. Sorprende comunque la risposta: 506 (43%) è risultato essere il numero degli assistiti che ha ritenuto la propria frequentazione dello studio del Mmg "eccessiva", 286 (28%) sono invece quelli che hanno risposto di non ritenerla tale, 339 (29%) non hanno saputo qualificarla e 30 non hanno dato alcuna risposta (figura 1). Un altro gruppo di domande chiedeva un'opinione generale sulle qualità che un medico di famiglia dovrebbe avere e su quale fosse quella più importante da attribuire al proprio Mmg, sulla

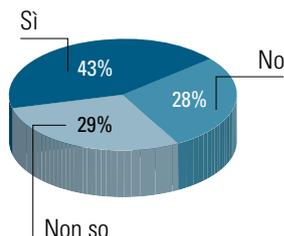
* Medicina di gruppo CA.RI.BI.

** Medici in Associazione Marcon (VE)

Figura 1

Frequenzazione dello studio del medico di famiglia

Ritiene eccessiva la frequentazione che ha dello studio del suo medico di famiglia?



percezione di aver compreso bene, una volta usciti dallo studio, la diagnosi e le prescrizioni terapeutiche. La qualità più importante che in generale un medico di famiglia dovrebbe avere per 545 (53%) assistiti che hanno compilato il nostro questionario è la competenza, per 112 (10%) è l'ascolto, per 253 (22%) è la disponibilità, per 104 (9%) è la comunicabilità, mentre 147 sono stati gli assistiti che a questa domanda non hanno dato alcuna risposta.

Alla domanda più specifica su qual era la qualità più importante che attribuissero al proprio medico, sostanzialmente le risposte erano quasi in sintonia con le attese degli stessi pazienti: 537 (53%) hanno risposto la competenza, 126 (11%) l'ascolto, 263 (22%) la disponibilità, 87 (7%) la comunicabilità, 148 assistiti non hanno fornito alcuna risposta.

Riguardo alla percezione di aver compreso diagnosi e terapia una volta usciti dallo studio, le risposte dei pazienti si sono così suddivise: 1.032 (88%) hanno risposto sì, 32 (3%) hanno risposto no, 87 (8%) hanno risposto poco, 10 non hanno dato alcuna risposta.

Un altro aspetto che intendevamo fare emergere, attraverso una serie di argomenti inseriti nella stessa domanda, era conoscere come si collocavano i pazienti rispetto ad alcuni temi che il medico di famiglia potrebbe approfondire. Ne sono stati forniti cinque: tempi delle liste d'attesa (10%), come prevenire le malattie (29%), utilità di sottoporsi a esami per la prevenzione delle malattie (41%) quando scatta il diritto

Figura 2

I primi cinque argomenti di interesse per gli assistiti



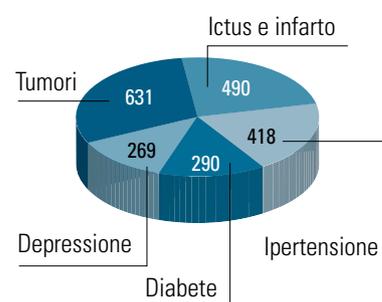
all'esenzione da ticket per malattia, (4%), quando e come si richiedono l'invalidità e l'accompagnatoria (2%). Le non risposte sono state 164 (figura 2). Un'altra domanda, collegata alla precedente, cercava di fare definire ai pazienti su quali malattie preferirebbero ottenere maggiori informazioni tra: tumori (631 - 54%), ictus e infarto (490 - 42%), ipertensione (418 - 35%), diabete (290 - 25%), depressione (269 - 23%). A questa domanda si potevano dare risposte multiple e scegliere al massimo tre patologie (figura 3).

La percezione delle risorse che lo Stato stanziava a favore del comparto sanitario è stata indagata con due domande. A quella che chiedeva se si era a conoscenza che le risorse del Ssn non sono illimitate, hanno risposto sì 732 assistiti (62%), no 191 (16%), non so 233 (20%), 5 non hanno dato alcuna risposta. All'altra domanda che chiedeva se i pazienti fossero a conoscenza del fatto che il proprio medico curante è costretto a fare delle scelte per evitare sprechi, hanno risposto sì 803 (68%) assistiti, no 185 (17%), non so 162 (15%), 11 non hanno risposto.

Un'altra domanda era stata finalizzata a sondare l'interesse della popolazione affinché i medici di famiglia, i pediatri, gli infermieri, i fisioterapisti, gli specialisti ambulatoriali, gli assistenti sociali, svolgano la loro attività in un unico edificio. È sorprendente quanto questo bisogno sia sentito dalla popolazione: 12% di assistiti ha risposto di sentire "poco" questa esigenza, per il 36% è un'esigenza "abbastanza" sentita, per il 50% è "molto" sentita solo 21 assistiti non hanno dato alcuna risposta.

Figura 3

Patologie per cui si vorrebbe più informazione (numero risposte)



Si desiderava anche percepire quanto gli assistiti ritenessero importante coinvolgere l'amministrazione comunale intorno alla questione sanità. La domanda proposta chiedeva quanto la stessa amministrazione si sarebbe dovuta impegnare per realizzare la possibilità che a Marcon (VE) i medici lavorassero in un unico edificio: 116 (10%) sono stati quelli che hanno risposto "poco", 993 (84%) abbastanza, 29 (2%) per niente, 23 non hanno risposto affatto. Ai pazienti è stato poi chiesto se erano disponibili a discutere, durante una pubblica assemblea, la possibilità di realizzare in un unico edificio l'ambulatorio per tutti i medici. I pazienti hanno così risposto: poco 298 (25%), abbastanza 476 (40%), molto 366 (31%), 21 non hanno risposto.

Discussione

L'accesso ai nostri ambulatori, come ampiamente riportato anche in diversi studi, è maggiore da parte delle donne (58%), rispetto agli uomini (42%). La fascia di età che è più rappresentata è quella che va dai 44 ai 65 anni (44%). Il titolo di studio in possesso dei pazienti osservati che più frequentemente accedono all'ambulatorio è egualmente distribuito tra licenza media (34%) e diploma di scuola media superiore (34%), mentre la percentuale di laureati è ancora piuttosto bassa (6%). Rispetto all'organizzazione attuale, dove metà dei medici riceve su appuntamento e l'altra metà riceve per accesso libero, la preferenza dei pazienti (67%), va in favore dell'appuntamento. Un discorso a parte merita la doman-

da che poneva al centro la questione della percezione dell'afflusso agli studi di medicina generale. È suggestivo che ben il 43% risponda di ritenerlo eccessivo. Bisognerebbe approfondire se tale percentuale è data più dagli assistiti dei quattro medici che lavorano per accesso libero, rispetto agli altri, dai quali invece ci si aspetta una percezione differente.

È molto interessante che i pazienti interrogati sulle qualità di un Mmg richiedano un medico soprattutto competente (53%) e che la stessa percentuale (53%) la ritroviamo quando si va a chiedere qual è la principale caratteristica del proprio medico curante.

Un altro dato che troviamo confortante è che ben l'88% delle persone arruolate per lo studio ha ammesso di aver capito diagnosi e prescrizione, una volta usciti dall'ambulatorio. Ciò significa che i medici sono non solo competenti, ma anche in grado di comunicare con i loro assistiti in modo efficace (figura 4). Quando abbiamo posto una serie di argomenti sui quali i pazienti avrebbero dovuto segnalare i più interessanti per loro, l'intento era di rilevare quanto sia presente la paura di amma-

larsi: ben il 41% ha ritenuto molto importante l'utilità di sottoporsi a esami per la prevenzione delle malattie. È indiscutibile che, per esempio, mammografie o colonscopie eseguiti per tempo possono essere fondamentali ai fini di una diagnosi precoce di neoplasia. La sensazione è però che il paziente non abbia chiara la distinzione tra prevenzione primaria e prevenzione secondaria tanto che spesso, proprio a causa di tale confusione, si rischia di attivare accertamenti costosi e inutili. Su questo punto dovremo riflettere molto in futuro.

Se ben il 23% degli intervistati gradisce maggiori informazioni sulla depressione, questo ci dà uno spaccato del *male di vivere* oggi, così come lo definiva Cesare Pavese: forse non abbiamo fornito sufficienti risposte in merito. Ci mancano risorse e il carico burocratico assorbe gran parte del nostro lavoro a scapito di aree a volte appena accennate e non certo approfondite.

È comunque interessante che i pazienti siano a conoscenza del fatto che le risorse del Sistema sanitario nazionale non sono infinite e che il medico di famiglia è costretto a intervenire per limitare gli sprechi. A ciò però sembra non corrispondere la realtà del quotidiano dove, mediamente, tutti richiedono di tutto e di più: esami strumentali per patologie banali, come risonanze magnetiche, TAC, esami del sangue da ripetere a breve distanza per valutare se il colesterolo "è sceso", piuttosto che mettersi a dieta. Sembra esservi uno scollamento tra quello che è il pensiero quando riferito alla collettività e quello, invece soggettivo, più egocentrico che avvantaggia i personalismi al bene collettivo (figura 5).

dei liberi professionisti convenzionati, ma trattati il più dalle volte come fossero dei dipendenti, senza le agevolazioni proprie della dipendenza. Agli assistiti/pazienti piace l'idea di trovare tutti i medici in un unico edificio. Come realizzare questo obiettivo è un dilemma. Per la maggior parte degli assistiti anche l'amministrazione comunale dovrebbe essere coinvolta nell'organizzare un nuovo modo di concepire il lavoro sanitario sul territorio e molti sono disponibili a discutere in una pubblica assemblea di quest'argomento (figura 6).

La prossima sfida sarà quella di far percepire ai politici che la salute è un bene di tutti e che una migliore organizzazione significa anche un contenimento delle spese, una maggiore visibilità e la possibilità di creare un vero gruppo di lavoro che sappia andare, con la propria creatività, ben oltre la miopia politica che ragiona più in termini di localismi e opportunità regolamentate dal voto piuttosto che nel vero interesse della collettività.

Non occorre essere degli economisti per capire quanto una vera concorrenza si basi per esempio sulla possibilità di creare una farmacia comunale più vicina a quella principale, piuttosto che relegarla in una frazione per accontentare un campanilismo che sa di scelte logore perché anacronistiche.

Come spesso accade, la cittadinanza è più avanti della sua classe dirigente. Anche nel nostro territorio, a quanto pare, i nostri pazienti, ci vedono già a lavorare tutti insieme, mentre noi, grazie alla solitudine istituzionale in cui siamo abbandonati da anni, dobbiamo ancora affrontare e cercare di convincere gli amministratori locali della bontà del nostro progetto.

Figura 4

Qualità più importante attribuita al proprio medico di famiglia

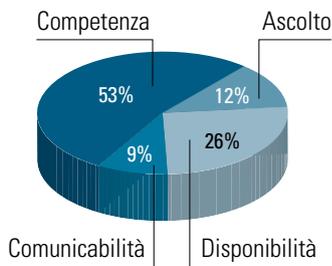
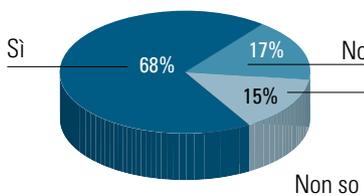


Figura 5

Consapevolezza che il Mmg deve evitare gli sprechi



Nuove prospettive

Le nuove prospettive per la medicina del territorio sembrano acquisite più dai pazienti che dagli stessi medici di famiglia, in balia di sollecitazioni provenienti dai politici e dalle Asl per trovare soluzioni comuni. In sostanza, ai Mmg è richiesta una creatività organizzativa, ma non sono dati loro né modelli di riferimento, né risorse, semmai gli sono dati vincoli, dimenticando spesso che, comunque, sono

Figura 6

Quanto è utile costituire poliambulatori di cure primarie

