

# INDICE

<b>ABSTRACT</b> .....	<i>pag. 2</i>
<b>INTRODUZIONE</b> .....	<i>pag. 5</i>
<b>SCOPO DELLO STUDIO</b> .....	<i>pag. 8</i>
<b>MATERIALI E METODI</b>	
1. <i>I questionari</i> .....	<i>pag. 10</i>
2. <i>Le categorie dell'analisi</i> .....	<i>pag. 25</i>
<b>RISULTATI</b> .....	<i>pag. 27</i>
<b>DISCUSSIONE – LA MIA ESPERIENZA</b> .....	<i>pag. 67</i>
<b>CONCLUSIONI</b> .....	<i>pag. 88</i>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<i>pag. 94</i>

## **Abstract**

Questo lavoro di tesi ha lo scopo di riflettere sulle possibili modalità di gestione dell'ambulatorio del medico di Medicina Generale.

Ho effettuato una raccolta di dati mediante due diversi questionari che ho allestito, il primo rivolto a due MMG, il secondo ad un gruppo di dieci pazienti per ciascun medico, scelti in maniera casuale tra coloro che si sono recati in ambulatorio per una visita in un determinato giorno che avevo definito prioritariamente.

Prima di iniziare la somministrazione dei questionari ho individuato alcuni temi sui quali sviluppare la mia riflessione, da utilizzare come guida nell'interpretazione dei dati che avrei ricavato.

Successivamente ho analizzato le risposte dei MMG e dei pazienti e le ho incrociate tra di loro, per valutare i due punti di vista su questa serie di argomenti individuati a priori.

Un'analisi dei risultati ha mostrato che un tipo di organizzazione meglio strutturata genera un buon livello di soddisfazione sia dei medici che dei pazienti.

La scelta di impostare gli accessi su appuntamento permette uno svolgimento più efficiente del lavoro, mantenendo sempre una certa elasticità per poter visitare in giornata coloro che hanno problematiche "urgenti".

La presenza di personale di segreteria si conferma imprescindibile per il medico e per i pazienti, mentre non è ancora ben chiaro quale debba essere l'utilizzo del personale infermieristico. La gestione delle patologie viene svolta utilizzando le linee guida cliniche, che però non sempre vengono condivise all'interno dei gruppi dei MMG, e spesso le relazioni interne alle associazioni soffrono un po' la mancanza di momenti di confronto.

Il rapporto con gli specialisti sembra invece abbastanza improntato alla collaborazione, e questo viene recepito anche dai pazienti che lo giudicano positivamente. C'è però disaccordo tra medici e pazienti per quanto riguarda chi decide l'invio in visita specialistica.

Infine il tempo extraclinico: si conferma poco, come pochi sono i momenti che i professionisti riescono a dedicare allo studio, alla ricerca ed all'aggiornamento. Al termine dell'intervista, nonostante le criticità, i due MMG si dichiarano ancora interessati alla propria professione e soddisfatti dell'equilibrio tra impegno e soddisfazione.

D'altro canto, i pazienti mostrano una buona percezione del proprio stato di salute, segno di una corretta gestione dei loro bisogni da parte della Medicina Generale.

In conclusione, il lavoro che ho svolto mi ha condotto a riflettere approfonditamente sull'impostazione che vorrei dare alla mia professione in futuro.

Mi sembra preferibile lavorare in un solo ambulatorio, con segretaria ed infermiera, condiviso con altri colleghi della Medicina Generale ed, eventualmente, specialisti.

L'accesso dei pazienti su appuntamento, mantenendo gli spazi per l'urgenza, è quello che appare conciliare meglio le esigenze di tutti e che vorrei impostare nel mio studio.

La reperibilità telefonica sul cellulare sarà negli orari stabiliti dall'ACN, se possibile integrata da una buona funzione di filtro effettuata dalla segretaria dell'ambulatorio.

Infine mi sembra importante cercare di dedicare del tempo all'aggiornamento ed alla ricerca, magari accogliendo nell'ambulatorio i giovani colleghi del Corso di Formazione in Medicina Generale.

## Introduzione

La pratica della Medicina Generale, dalle sue origini ad oggi, ha sempre avuto tanti volti quanti sono quelli dei medici che la esercitano.

In un recente passato il MMG era abituato a lavorare da solo nel suo ambulatorio, passare le giornate a fare visite in studio e a domicilio, essere sempre reperibile anche a casa ecc.

Le attuali politiche di indirizzo in campo sanitario sembrano mirare ad un cambiamento radicale di questa figura, in favore di un'organizzazione in cui i MMG per poter lavorare si associano tra loro, mettono in comune risorse economiche e professionali, si appoggiano a giovani colleghi della Continuità Assistenziale perchè effettuino visite a domicilio e coprano gli orari in cui i titolari non sono presenti in studio.

Nello svolgere questo lavoro di tesi mi interessava capire che impatto abbia la modalità di organizzazione dell'ambulatorio sul lavoro quotidiano del medico e sulla salute e soddisfazione dei pazienti.

Ho scelto esplorare gli aspetti fondamentali di questo argomento articolando l'analisi in 13 categorie, per cercare di rendere più sistematica possibile la trattazione dei vari temi.

Per fare questo mi sono servita del resoconto dello Studio TuCoRi (*E tu, come lo hai risolto?*) del 2006, l'esperienza di una comunità di pratica "virtuale" di 37 Medici di Medicina Generale che per un anno intero si sono incontrati sul web per condividere esperienze e riflessioni sulla loro professione.

La parte iniziale di questo studio è stata infatti costituita dall'individuazione degli argomenti più critici su cui i MMG avevano interesse a discutere tra loro, e le categorie che sono emerse sono quelle che ho utilizzato per il mio lavoro perchè credo che rappresentino tutt'ora i punti più importanti della nostra pratica quotidiana.

Lo spunto iniziale per decidere di trattare questo argomento in sede di tesi l'ho raccolto durante il tempo trascorso come tirocinante presso gli ambulatori dei MMG tutor.

Durante questi due semestri di tirocinio infatti ho avuto la fortuna di frequentare due colleghi molto capaci e competenti, inseriti in contesti di vita e di lavoro abbastanza distanti tra loro e che affrontano alcuni aspetti dell'organizzazione della professione in maniera diversa.

Da un lato un medico che ha due ambulatori, di cui uno in cui lavora da solo, in una frazione rurale del Chianti; dall'altro un medico che, con altri sette colleghi, fa parte della Casa della Salute di Scandicci,

piccolo centro cittadino.

Il ruolo di tirocinante mi ha dato la possibilità di valutare differenti modi di gestire uno studio medico e di amministrarne il tempo e gli spazi da un osservatorio privilegiato: quello di chi è immerso in una realtà e vi collabora, ma non ha responsabilità dirette sul buon andamento delle visite e delle cure per i pazienti.

Questa esperienza è stata per me un grande stimolo ad approfondire quale possa essere la struttura organizzativa più adatta alle mie esigenze, che possa rispecchiare il modo di approcciare la professione che mi sto gradualmente costruendo.

Entrambi i colleghi che mi hanno accolta durante il mio percorso di formazione sono stati e sono punti di riferimento fondamentali, sia per quello che mi hanno mostrato che per le riflessioni che la loro esperienza ha stimolato.

## **Scopo dello studio**

Lo scopo che mi sono proposta nell'intraprendere questo lavoro di tesi è quello di analizzare le diverse forme organizzative che i MMG adottano nello svolgimento quotidiano della loro attività.

Osservando da vicino alcuni colleghi nel corso delle lunghe giornate di ambulatorio, ho avuto la percezione che diversi tipi di organizzazione diano luogo ad un differente livello di soddisfazione sia dal punto di vista dei pazienti, rispetto alla qualità e quantità del tempo di cura che è loro dedicato, sia da quello del medico, che viene più o meno gratificato a livello umano e professionale.

Ho cercato di mettere in discussione gli aspetti principali della professione, evidenziando i punti di forza e le eventuali criticità di ogni scelta organizzativa, per ragionare su di esse ed iniziare a delineare quale possa essere il mio futuro come medico di Medicina Generale.

Durante il periodo di tirocinio avevo anche osservato come spesso ci sia una differenza nella percezione del lavoro del medico di famiglia da parte del professionista piuttosto che del paziente: gli assistiti spesso non sono consapevoli degli sforzi che il curante profonde nel suo quotidiano per portare avanti tutti gli impegni nel modo migliore, e questo può rendere il medico affaticato e frustrato.

Dall'altra parte, non sono sempre chiare per tutti le modalità con cui il medico svolge il suo lavoro, i tempi ed i modi in cui riceve o si dedica alle ricette, i suoi orari di reperibilità e la presenza di un servizio di Continuità Assistenziale attivo nelle ore in cui il MMG non è reperibile che elude la necessità di recarsi al Pronto Soccorso.

Ho provato quindi a mettere a confronto i due punti di vista, quello del medico e quello del paziente, per cercare di capire su quali aspetti sia utile lavorare per migliorare la conoscenza reciproca ed aumentare la soddisfazione rispetto al rapporto di cura.

## Materiali e metodi

### 1. I questionari

Per raccogliere i dati necessari ad analizzare le diverse forme organizzative che i MMG scelgono di adottare ho allestito due questionari.

Il primo era rivolto ai due medici di Medicina Generale che mi hanno fatto da tutor durante il mio periodo come tirocinante del Corso di Formazione, mentre il secondo è stato somministrato a due campioni di pazienti di questi medici, ciascuno composto da 10 persone, scelti in maniera casuale tra coloro che si sono recati dal medico per una visita in un determinato giorno da me deciso a priori. Ho elaborato tali questionari prendendo spunto da quelli utilizzati dai ricercatori che hanno ideato lo studio QUALICOPC.

Lo studio multicentrico QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) è stato avviato nel 2010 con lo scopo di avere un quadro più chiaro possibile sul comportamento professionale dei medici di famiglia e sulle esperienze ed aspettative dei loro pazienti, per contribuire al dibattito europeo sulla ricerca del “*gold standard*” nella struttura dei servizi sanitari nazionali riguardo alle cure primarie.

La raccolta dei dati è stata effettuata in 31 Paesi europei (27 Paesi

dell'Unione Europea oltre a Islanda, Norvegia, Turchia e Svizzera), ed è terminata nel 2014. L'acquisizione delle informazioni è stata strutturata su tre livelli: il sistema sanitario, le *practice* dei medici di Medicina Generale ed il paziente.

Ho quindi potuto attingere sia dalle domande che i ricercatori avevano diretto ai medici di famiglia che ai pazienti.

Il questionario che ho sottoposto ai medici è costituito da 48 domande a risposta chiusa, che toccano diversi aspetti inerenti la loro pratica quotidiana: dal rapporto con i pazienti, con i colleghi e con gli specialisti, al tipo di organizzazione dell'ambulatorio e degli accessi, fino a domande sul loro livello di soddisfazione personale e professionale.

# QUESTIONARIO

- 1) Sesso: M  F
- 2) Anno di nascita: .....
- 3) Come descriverebbe il luogo dove attualmente esercita?
- Grande città
  - Periferia
    - Piccola città
    - Misto tra città e zona rurale
    - Zona rurale
- 4) Quanti sono i suoi assistiti? .....
- 5) In che misura ritiene che i suoi pazienti rispecchino il numero medio nazionale con riferimento alle seguenti categorie:
- |                                    | Al di sotto<br>della media | Media                    | Al di sopra<br>della media | Non so                   |
|------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| - Anziani (sopra i 70 anni)        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - Persone socialmente svantaggiate | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| - Minoranze etniche                | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
- 6) In che misura ritiene che il ricambio dei pazienti nel suo ambulatorio si possa paragonare a quello degli altri studi medici in Italia?
- | Al di sotto<br>della media | Media                    | Al di sopra<br>della media | Non so                   |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
- 7) Quante ore settimanali lavora come medico di medicina generale (escluse altre responsabilità, la reperibilità e le chiamate fuori orario)? ..... ore settimanali
- 8) Quante di queste ore impiega nella cura diretta dei pazienti (visite in ambulatorio, visite a casa, pareri telefonici)? ..... ore settimanali
- 9) Quanti contatti con i pazienti ha durante una normale giornata di lavoro?
- Di persona nel suo studio ..... al giorno
  - Al telefono ..... al giorno
  - Per e-mail ..... al giorno
- 10) Qual è la durata normale di una visita nel suo studio? ..... minuti

11) In una settimana lavorativa normale quanti pazienti vede?

- Visite a casa ..... la settimana
- In ospedale ..... la settimana
- In case di riposo per anziani ..... la settimana
- In altri luoghi o istituti ..... la settimana

12) Negli ultimi 3 mesi (escluse vacanze, ecc.), con quale frequenza e per quanto tempo è stato reperibile di sera, di notte, nel fine settimana:

- Di sera ..... volte; in totale ..... ore
- Di notte ..... volte; in totale .....ore
- Nel fine settimana ..... volte; in totale .....ore

13) Lavora da solo o in uno studio condiviso con uno o più medici generici o specialisti?

- Da solo
- Con ..... MMG in uno studio condiviso
- Con ..... specialisti in uno studio condiviso

14) Quali delle seguenti figure professionali sono presenti nel suo ambulatorio/centro medico?

- Receptionist/Segretaria di studio medico
- Infermiere del centro medico
- Infermiere di zona/a domicilio
- Infermiere con formazione aggiuntiva (master, dottorato)
- che svolge un ruolo più ampio rispetto a quello tradizionale
- Direttore del centro o dell'ambulatorio
- Ostetrica
- Fisioterapista
- Dentista
- Farmacista
- Assistente sociale

15) Utilizza le linee guida cliniche per la cura delle seguenti patologie?

- |                                 | Sì                       | No                       | Linee guida non disponibili |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| -Insufficienza cardiaca cronica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| -Asma                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| -BPCO                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |
| -Diabete                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    |

16) Negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad un programma di gestione della malattia per pazienti con le seguenti condizioni croniche?

	Sì	No
-Insufficienza cardiaca cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Nel caso di invio ad uno specialista, chi decide di solito dove il paziente viene indirizzato?

- Io
- Il paziente
- E' una decisione condivisa

18) Nel caso di invio ad uno specialista, in che misura prende in esame le seguenti considerazioni?

	Sempre	Talvolta	Mai
-Le preferenze del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-La distanza da coprire per il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Le sue precedenti esperienze con lo specialista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Il tempo di attesa per il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-I costi per il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) In che modo ha accesso alle attrezzature di laboratorio?

- All'interno del mio ambulatorio/centro
- Accesso facile fuori dal mio ambulatorio/centro
- Accesso insufficiente

20) In che modo ha accesso alle attrezzature radiografiche?

- All'interno del mio ambulatorio/centro
- Accesso facile fuori dal mio ambulatorio/centro
- Accesso insufficiente

21) Qual è la distanza stradale tra il suo ambulatorio e:

	Nello stesso edificio	Meno di 10 km	Più di 10 km
-Il più vicino ambulatorio medico generico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-La più vicina clinica specialistica/day hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Il più vicino ospedale o clinica universitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22) Indichi le attrezzature utilizzate da lei o dai suoi collaboratori:

Laboratorio

- Test di emoglobina
- Qualsiasi test del glucosio nel sangue
- Qualsiasi test del colesterolo
- Test emocromocitometrico

Indagini visive

- Oftalmoscopio
- Otoscopio
- Raggi X
- Ultrasuoni per addome/feto
- Microscopio

Funzioni

- Audiometro
- Cicloergometro
- Tonometro oculare
- Spirometro
- Elettrocardiografo
- Misuratore della pressione sanguigna
- Set di infusione (insulina)
- Borsa per emergenze/visite a domicilio

Altro

- Catetere urinario
- Set di chirurgia minore
- Set per suture
- Defibrillatore
- Siringhe monouso
- Guanti monouso
- Refrigeratore per medicinali
- Attrezzatura di rianimazione

23) In una giornata tipica di lavoro, quante ore è aperto al pubblico il suo ambulatorio/centro medico (escluso pause pranzo?) ..... ore al giorno

24) I suoi pazienti possono accedere al suo ambulatorio/centro:

- Dopo le 18:00 (almeno una volta al mese)      Sì       No
- Nel fine settimana (almeno una volta al mese)      Sì       No

25) Di sera e di notte durante la settimana, in che modo i suoi pazienti possono accedere ai servizi medici (non di emergenza)?

- Non pertinente (sono sempre disponibile per i miei pazienti)
- Sono sempre disponibile a turno con un gruppo di medici di base
- Io non sono disponibile ma lo sono altri medici di base (a turno)
- Altri medici (non di base) forniscono assistenza fuori orario
- Altro

26) Il sabato e la domenica in che modo i suoi pazienti possono accedere ai servizi medici (non di emergenza)?

- Non pertinente (sono sempre disponibile per i miei pazienti)
- Sono sempre disponibile a turno con un gruppo di medici di base
- Io non sono disponibile ma lo sono altri medici di base (a turno)
- Altri medici (non di base) forniscono assistenza fuori orario
- Altro

27) Che percentuale delle sue visite è su appuntamento? .....%

28) Lei offre un orario di ricevimento senza appuntamento?

Sì  No

29) Se nel suo ambulatorio arrivano dei nuovi pazienti, riceve le loro cartelle cliniche dal medico precedente?

- Sì, sempre o di solito
- Solo qualche volta
- Raramente o mai

30) Quali restrizioni applica nell'accettare nuovi pazienti? (può dare più di una risposta)

- Nessuna restrizione
- Non accetto nuovi pazienti al di sopra di un numero massimo
- Non accetto nuovi pazienti oltre una certa età
- Non accetto nuovi pazienti al di fuori della mia zona di lavoro
- Uso una lista di attesa
- L'accettazione dipende dalla storia clinica dei pazienti

31) Fornisce assistenza medica alle persone anche quando non viene pagato (ad es. se sono immigrati illegali)?

- Sì, (quasi) sempre
- Sì, ma solo in casi urgenti
- Sì, qualche volta
- No
- Nessuna di queste persone viene mai in ambulatorio

32) Le sue cartelle cliniche comprendono generalmente le seguenti informazioni:

- Situazione di vita
- Appartenenza etnica
- Storia familiare del paziente
- Altezza e peso del paziente
- Fumo
- Pressione sanguigna
- Motivo della visita
- Diagnosi
- Farmaci prescritti

33) In che modo tiene l'archivio medico dei pazienti?

- Tengo nota di tutto tranne delle cose di minor importanza
- Tengo nota dei dati solo per i pazienti che vengono regolarmente
- Tengo nota dei dati a meno che non sia troppo occupato
- Tengo nota regolarmente di tutti i pazienti che mi contattano

34) Negli ultimi 2 anni ha utilizzato l'archivio medico per selezionare i pazienti per età, diagnosi o rischio?

- No
- Sì, per età
- Sì, per diagnosi o rischio sanitario
- Sì, in base ai medicinali che assumono
- Sì, per inviare promemoria per la prevenzione o per visite di controllo

35) Per quale dei seguenti scopi usa il computer nel suo ambulatorio?

- Per prendere appuntamenti
- Per emettere fatture
- Per fare ricette
- Per tenere nota delle visite
- Per lettere di invio a specialisti
- Per archiviare i risultati di test diagnostici
- Per ricercare informazioni mediche su Internet
- Per inviare ricette alla farmacia

36) Con quale frequenza incontra personalmente i seguenti professionisti (sia per lavoro che in occasioni sociali):

	Raramente o mai	Ogni 1-3 mesi	Più di una volta al mese
-Altri medici di base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Infermieri dell'ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Medici specialisti liberi professionisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Medici specialisti ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Farmacisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Infermieri a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ostetriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fisioterapisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Assistenti sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dietologi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) Con quale frequenza chiede pareri (ad es. telefonici) ai seguenti medici specialisti?

	Raramente o mai	Ogni 1-3 mesi	Più di una volta al mese
-Pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Internista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ginecologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Chirurgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Neurologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dermatologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Geriatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Psichiatra/specialista di Salute mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Radiologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38) Il suo infermiere o assistente di ambulatorio fornisce direttamente:

-Vaccinazioni	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-Informazione sanitaria	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-Controlli abituali per i pazienti cronici	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-Trattamenti di minor importanza	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

39) Quando invia i pazienti ad uno specialista, con quale frequenza scrive una lettera:

- Per tutti i pazienti che invio
- Per la maggioranza dei pazienti che invio
- Per una minoranza dei pazienti che invio
- Raramente o mai

40) Con quale frequenza gli specialisti la informano dopo aver terminato la cura o la diagnosi dei suoi pazienti?

- (Quasi) sempre
- Di solito
- Qualche volta
- Raramente o mai

41) Nel caso dei seguenti problemi di salute, con quale frequenza i suoi pazienti la contattano per una prima assistenza sanitaria? (Con riferimento solo al primo contatto, non alla diagnosi o ulteriori cure)

	(Quasi) sempre	Di solito	Qualche volta	Di rado/mai
-Bambino con grave tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bambino di 8 anni con problemi di udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ragazza di 18 anni per contraccezione orale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 24 anni con dolori di stomaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 45 anni con dolori al petto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 50 anni con nodulo al seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 60 anni con peggioramento della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 60 anni con poliuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 60 anni con sintomi acuti di paralisi/paresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 75 anni con dolore alle articolazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 75 anni con lievi problemi di memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 35 anni con una caviglia slogata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 28 anni con primo episodio di convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 45 anni con ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ragazzo di 13 anni maltrattato fisicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Una coppia con problemi di relazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donna di 50 anni con problemi psicosociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uomo di 32 anni con problemi sessuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Uomo di 52 anni con problemi di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) In quale misura è coinvolto nella cura e nel controllo dei suoi pazienti con le seguenti diagnosi?

	(Quasi) sempre	Di solito	Qualche volta	Di rado/ mai
-Bronchite cronica/BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Orzaiolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ulcera peptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ernia del disco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Insuff. Cardiaca congestizia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Polmonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ascesso peritonsillare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Malattia di Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Diabete tipo II non complicato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Depressione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Infarto miocardico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43) In quali circostanze lei o i suoi assistenti misurate la pressione sanguigna (può dare più di una risposta)?

- In caso di condizioni cliniche pertinenti
- Su richiesta
- Abitualmente nelle visite ad adulti allo studio (indipendentemente dal motivo della visita)
- Agli adulti invitati per questo scopo

44) In che misura partecipa all'informazione sanitaria sui seguenti argomenti (può dare più di una risposta):

	Non partecipo	Durante i normali contatti con i pz	Incontri di gruppo o in programmi speciali
-Fumo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemi nell'uso di alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Esercizio fisico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45) Lei o il personale del suo ambulatorio partecipate alle seguenti attività?

	Partecipo	Non partecipo
-Cura antenatale ordinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vaccinazione di bambini (all'interno di un programma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Controllo pediatrico su bambini al di sotto dei 4 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vaccinazione influenzale (all'interno di un programma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Cure palliative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46) Negli ultimi 12 mesi ha offerto incontri specifici o visite per i seguenti gruppi?

	Sì	No
-Diabetici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ipertesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Donne incinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47) Negli ultimi 12 mesi, in totale per quante settimane circa è stato assente dall'ambulatorio a causa di:

-Partecipazione a convegni o altre attività di formazione	..... settimane
-Attività di ricerca	..... settimane

-Ferie ..... settimane  
 -Malattia ..... settimane

48) In che misura è d'accordo con le seguenti affermazioni?

	Molto d'accordo	D'accordo	Non sono d'accordo	Per niente d'accordo
-Mi sembra che alcuni aspetti del mio lavoro non abbiano veramente un senso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Il mio lavoro mi interessa ancora come sempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Il mio lavoro è gravato da attività amministrative non necessarie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Nel mio attuale lavoro incontro uno stress eccessivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fare il medico di base è una professione molto rispettata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Nel mio lavoro c'è un buon equilibrio tra impegno e soddisfazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Il questionario per i pazienti è composto da 25 item, tra cui sono comprese domande sui dati anagrafici come sesso, età, professione, luogo di nascita e livello di conoscenza dell'italiano.

Agli assistiti è stato chiesto soprattutto che livello di conoscenza e che opinione avessero su alcune caratteristiche del servizio offerto dall'ambulatorio a cui afferiscono.

## Questionario per i pazienti

1. Come descriverebbe in generale il suo stato di salute?
- Molto buono  
 Buono  
 Discreto  
 Non buono
2. Ha una malattia di lunga durata o una condizione come pressione alta, diabete, depressione, asma o altro di lunga durata?
- Sì  No
3. Negli ultimi 6 mesi, quante volte è andato dal medico di famiglia o lo ha consultato (questo medico di famiglia oppure un altro)?
- Questa è la prima volta negli ultimi 6 mesi  
 Una volta prima di questa visita  
 da 2 a 4 volte prima di questa  
 5 volte o più prima di questa  
 Non so
4. Qual è il motivo principale della sua visita al medico di famiglia oggi?  
(Può dare più di una risposta)
- Sono malato o non mi sentivo bene  
 Per un controllo medico  
 Per una ricetta ripetibile  
 Per richiedere una visita specialistica  
 Per un certificato medico  
 Per una seconda opinione  
 Per altre ragioni
5. Negli ultimi 12 mesi un dottore di questo ambulatorio le ha parlato di come mantenersi in salute? (Per esempio riguardo a dieta, alcol o fumo)?
- Sì  
 No  
 Non so
6. Pensando allo studio medico dove è stato oggi, con quale delle seguenti affermazioni è d'accordo:
- |  | Sì                       | No                       | Non so                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. L'orario d'apertura è troppo limitato   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Se ho bisogno di una visita a casa, posso averla  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. L'ambulatorio è troppo lontano da dove abito o lavoro   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quando ho telefonato all'ambulatorio, ho dovuto aspettare troppo a lungo prima di riuscire parlare con qualcuno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sono al corrente di come poter avere assistenza serale, notturna e nel fine settimana                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le persone all'Accettazione sono state educate e disponibili  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Quanto tempo impiega generalmente per venire in questo studio medico da casa sua?
- Meno di 20 minuti  
 20-40 minuti  
 40-60 minuti  
 Più di un'ora  
 Non so

8. Ha preso un appuntamento per questa visita dal suo medico di famiglia?

- Sì  
 No → Andare alla domanda 11

9. E' stato facile avere l'appuntamento?

- Sì  
 No

10. Quanti giorni ha aspettato per questa visita?

- Ho preso l'appuntamento oggi  
 Ho preso l'appuntamento ieri  
 Ho atteso 2-7 giorni  
 Ho atteso più di una settimana  
 Non so

11. Quanto ha aspettato oggi da quando è arrivato all'ambulatorio fino al momento della visita?

- Meno di 15 minuti  
 15-30 minuti  
 30-45 minuti  
 45-60 minuti  
 Più di un'ora  
 Non so

12. Pensa che sia troppo difficile poter vedere un medico di famiglia in orario serale, notturno o nel fine settimana?

- Sì  No  Non so

13. Se non è soddisfatto della terapia prescritta crede che il dottore sarebbe disposto a parlarne con lei?

- Sì  
 No  
 Non so

14. Negli ultimi 12 mesi ha rimandato o non è andato ad una visita da questo dottore o da un altro medico di famiglia pur avendone bisogno?

- Sì  
 No → Andare alla domanda 16

15. Qual è il motivo principale per cui non è andato dal medico di famiglia? (Può dare più di una risposta)

- Non ero iscritto al Servizio Sanitario e non avevo un'assicurazione privata  
 Altre ragioni economiche  
 Non avevo la possibilità di andarci (fisicamente)  
 Ero troppo impegnato  
 Altri motivi

16. E' d'accordo con le seguenti affermazioni?

1. Se vado da un medico di famiglia diverso dal mio, lui/lei avrà le informazioni necessarie su di me.  
2. Quando il medico di famiglia mi indirizza da uno specialista, lo informa riguardo alla mia malattia  
3. Quando sono indirizzato da uno specialista, è il medico di famiglia a decidere da chi dovrei andare  
4. Dopo una terapia specialistica, il mio medico di famiglia viene informato dei risultati.  
5. E' difficile farsi richiedere dal dottore di base una visita specialistica

- |  | Sì                       | No                       | Non so                   | Non pertinente           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Negli ultimi 12 mesi quante volte è andato al Pronto Soccorso dell'Ospedale per un problema che riguardava lei personalmente?

- Mai → Andare alla domanda 19
- 1 volta
- 2 o 3 volte
- 4 o più volte

18. Perché è andato al Pronto Soccorso invece di andare dal medico di famiglia? (può dare più di una risposta)

- Avevo un problema che i medici di famiglia non curano
- Non c'era nessun medico di famiglia disponibile
- Per ragioni economiche
- Ho pensato che al Pronto Soccorso avrei aspettato di meno
- Il Pronto Soccorso offre un trattamento migliore
- Il Pronto Soccorso è più comodo da raggiungere
- Altri motivi

19. Negli ultimi 12 mesi, è stato visitato o ha ricevuto un trattamento da un infermiere nell'ambulatorio del suo medico di famiglia?

- Sì
- No
- Non so

20. Sesso:

- M  F

21. Indichi il suo anno di nascita

Anno di nascita: 19\_\_

22. Dove è nato/a?

- In Italia
- In un'altra nazione dell'Unione Europea
- In un'altra nazione

23. Come descriverebbe la sua attuale occupazione o il suo impiego? (Sono possibili più di una risposta)

- Dipendente (incluso il servizio civile)
- Lavoratore autonomo o ditta familiare
- Studente
- In cerca di lavoro (disoccupato)
- Inabile al lavoro per malattia o disabilità
- Pensionato
- Lavoro casalingo (inclusa la cura dei bambini, ecc.)

24. Qual è il suo titolo di studio?

- Nessuna qualifica/Scuola Materna o Scuola Elementare/ Scuola Secondaria inferiore (scuole medie)
- Scuola Secondaria Superiore (diploma)
- Istruzione post-diploma, universitaria o non universitaria

25. Come parla italiano?

- Con scioltezza/da madrelingua
- In modo sufficiente
- Male
- Per niente

La somministrazione dei questionari si è svolta nei mesi estivi (giugno e luglio 2017), e questo ha sicuramente avuto un peso su alcune risposte a proposito della frequenza delle visite dal medico, ai tempi di attesa per prendere gli appuntamenti e per essere ricevuti.

Una volta terminata la somministrazione dei questionari ho catalogato le risposte dei pazienti in base al medico da cui sono assistiti, e per ogni item del questionario ho costruito un grafico per mettere in evidenza la frequenza delle varie risposte tra i due gruppi di assistiti e metterle confronto tra loro.

A questo punto mi sono dedicata ad incrociare i dati emersi dai questionari per i MMG con quelli per i pazienti.

## **2. Le categorie dell'analisi**

Ho scelto di articolare l'analisi dei dati in 13 categorie, per cercare di rendere più sistematica possibile la trattazione dei vari temi.

Per fare questo mi sono avvalsa degli spunti presenti nel resoconto dello Studio TuCoRi (*E tu, come lo hai risolto?*) del 2006, pubblicato da "Il Sole 24 Ore" nel Dicembre 2008.

Questo testo riassume, racconta ed interpreta l'esperienza di una comunità di pratica "virtuale" di 37 Medici di Medicina Generale che per un anno intero si sono incontrati sul web per condividere

esperienze e riflessioni sulla loro professione.

Ho quindi analizzato gli argomenti che sono emersi dallo studio TuCoRi come i più interessanti e problematici per i colleghi, ed ho individuato le categorie in cui strutturare il mio lavoro.

I 13 temi scelti sono:

- 1) ORGANIZZAZIONE DEL QUOTIDIANO
- 2) IL TELEFONO
- 3) IL LAVORO DI SEGRETERIA
- 4) IL LAVORO INFERMIERISTICO
- 5) LA GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE
- 6) IL SISTEMA DI ACCESSIBILITA'
- 7) L'ORGANIZZAZIONE DELL'URGENZA
- 8) IL RAPPORTO CON I PAZIENTI IMPAZIENTI
- 9) GLI AMBULATORI DEDICATI
- 10) I RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI
- 11) LA CONDIVISIONE DELLE LINEE GUIDA
- 12) LA BUROCRAZIA
- 13) GESTIONE DEL TEMPO EXTRA CLINICO

Grazie a queste categorie ho condotto un'analisi sistematica degli aspetti che ritenevo di maggior interesse per i medici, utilizzando le informazioni ricavate dalle risposte degli assistiti come dati per valutare la correttezza delle mie osservazioni.

## Risultati

Per interpretare i dati raccolti ho iniziato la mia riflessione dai questionari rivolti ai due MMG, che ho analizzato domanda per domanda cercando ogni volta conferme delle opinioni dei medici nelle risposte dei pazienti alle domande inerenti gli stessi argomenti. Le prime due domande del questionario per i MMG riguardano dati anagrafici: Sesso (maschile per il medico di Impruneta, femminile per la dottoressa di Scandicci) ed età (69 anni il primo, 57 la seconda).

Alla domanda n° 3 (“Come descriverebbe il luogo dove attualmente esercita?”) entrambi i MMG hanno risposto “Misto tra città e zona rurale”.

Questo corrisponde alla realtà, tenendo presente che in un caso la zona di esercizio del medico ha caratteristiche prevalentemente rurali, pur essendo vicina alla città (Comune di Impruneta), mentre nell'altro la connotazione del centro abitato è tipicamente cittadina, come nella periferia di un capoluogo di provincia (Scandicci).

La domanda successiva (n° 4) riguarda il numero di assistiti in carico a ciascuno dei medici: 1300 per il collega di Impruneta, 1500 per la dottoressa di Scandicci.

L'item n° 5 rivolto ai MMG indaga la popolazione di pazienti di riferimento: "In che misura ritiene che i suoi pazienti rispecchino il numero medio nazionale con riferimento alle seguenti categorie: anziani (sopra i 70 anni), persone socialmente svantaggiate, minoranze etniche".

Il primo MMG valuta che la popolazione dei suoi assistiti sia più anziana della media, e questo dato viene confrontato con le risposte che i suoi pazienti hanno fornito alla domanda n° 21 del questionario a loro rivolto: "Indichi il suo anno di nascita". Il 60% degli intervistati appartiene alla fascia di età 45-64 anni, il 30% a quella 65-84 e solo il 10% è sotto i 24 anni. Secondo i dati ISTAT<sup>1</sup> la media nazionale per fasce di età della popolazione italiana è così distribuita: 23% sotto i 24 anni, 25,8% nella fascia 25-44, il 28,7% si colloca tra 45 e 64 anni, il 18,8% ha 65-84 anni e solo il 3,3% supera gli 85. Si vede quindi come i pazienti che hanno risposto al questionario, anche se non rappresentano un campione statisticamente significativo, risultano più anziani della media nazionale.

Il medico pensa inoltre che i suoi pazienti si collochino al di sotto della media per quanto riguarda il numero di persone socialmente svantaggiate.

---

<sup>1</sup> ISTAT, Popolazione per età, sesso e stato civile, 2016.

In effetti, sui 10 assistiti che hanno risposto al quesito n° 23 del questionario per i pazienti (“Come descriverebbe la sua attuale occupazione o il suo impiego?”), 4 sono lavoratori dipendenti, 1 lavoratore autonomo e 5 sono pensionati, mentre non c’è nessun disoccupato o inabile al lavoro per malattia o disabilità. Se il campione considerato corrispondesse alla reale configurazione della totalità degli assistiti, questi dati non sembrano smentire la risposta del MMG.

Per quanto riguarda le minoranze etniche, l’opinione del medico è che tra i suoi pazienti siano inferiori alla media, e questo dato può essere confrontato con quello della domanda n° 22 rivolta ai pazienti (“Dove è nato?”) a cui tutti gli intervistati hanno risposto “In Italia”.

I dati rilevati dall’ISTAT ci rivelano che gli stranieri residenti in Italia sono l’8,3% della popolazione<sup>2</sup>, e questo confermerebbe l’affermazione del dottore sul fatto che tra i suoi pazienti gli appartenenti a minoranze etniche siano al di sotto della media nazionale, assumendo il piccolo campione considerato come corrispondente alla globalità della popolazione in esame.

Il secondo MMG a cui ho sottoposto il questionario ritiene che gli utenti del suo ambulatorio rientrino nella media italiana per quanto riguarda gli anziani e le persone socialmente svantaggiate, e che

---

<sup>2</sup> ISTAT, Bilancio demografico nazionale, 2017.

siano al di sopra della media gli individui appartenenti a minoranze etniche.

Consultando i questionari per i pazienti su questo punto (domanda n°21) vediamo che il 30% degli intervistati si colloca nella fascia di età inferiore a 24 anni (dati ISTAT sulla popolazione italiana 23,3%), il 30% in quella 25-44 (percentuale nazionale 25,8%), il 30% in quella 45-64 (per l'ISTAT 28,7%) e solo il 10% ha tra i 65 e gli 84 anni (18,8% secondo l'ISTAT). Questi dati potrebbero far pensare che i pazienti della dottoressa abbiano un'età media al di sotto di quella nazionale, anche se si riferiscono ad una percentuale troppo esigua della popolazione di assistiti per avere una reale significatività statistica.

Per quanto riguarda la percentuale di individui socialmente svantaggiati tra i pazienti della dottoressa, se analizziamo le risposte dei pazienti alla domanda sul proprio impiego (n° 23), 4 hanno risposto di essere lavoratori dipendenti, 2 studenti (ad ulteriore riprova della giovane età di questi pazienti), 1 disoccupato, 2 pensionati e 1 casalinga.

L'opinione del medico sugli assistiti appartenenti a minoranze etniche sembra venire confermata (sempre tenendo presente che il numero di questionari somministrati non è adatto per estrapolare dati statisticamente significativi) dalle risposte dei pazienti alla

domanda n° 22 (“Dove è nato?”): 4 di essi infatti provengono da una nazione al di fuori dell’Unione Europea, e gli altri 6 sono nati in Italia (come si è detto, l’ISTAT calcola che gli stranieri residenti in Toscana al 2016 siano il 10,58%).

Proseguendo nell’analisi dei questionari dei MMG, il quesito n° 6 riguarda il ricambio dei pazienti dei due studi medici: il MMG di Impruneta ritiene che il ricambio dei suoi pazienti sia inferiore alla media, data la sua età prossima al pensionamento, mentre il medico di Scandicci pensa che la situazione nel suo studio sia paragonabile a quello degli altri studi medici in Italia.

Le domande dalla n° 7 alla n° 12 sono volte ad indagare l’organizzazione del quotidiano dei due medici: quante ore settimanali lavorano come MMG, quante di queste ore impiegano nella cura diretta dei pazienti, quanti contatti hanno con loro durante una normale giornata lavorativa, quanto dura normalmente una visita nel loro studio, quanti pazienti vedono al di fuori dell’ambulatorio in una settimana lavorativa normale.

In risposta al quesito n° 7, il primo dei due colleghi dichiara di lavorare come MMG circa 25 ore settimanali, tutte quante dedicate alla cura diretta dei pazienti (domanda n° 8). Questo corrisponde a quanto avevo osservato durante il mio periodo di tirocinio, ovvero che il medico è presente nell’ambulatorio per metà della sua

giornata (circa cinque ore al giorno) per quattro giorni a settimana, mentre il quinto giorno lavora lo stesso numero di ore, distribuite però tra mattina e pomeriggio. Ogni giorno esegue almeno una visita domiciliare, di solito la mattina prima di iniziare l'ambulatorio oppure fermandosi lungo la strada durante gli spostamenti da uno studio all'altro. Quasi sempre riesce a portare a termine il suo lavoro di MMG in metà giornata, così può dedicare il resto del tempo ai suoi vari impegni sindacali e politici.

La collega di Scandicci invece calcola che il suo impegno consista in circa 45 ore a settimana, considerando che metà giornata fa ambulatorio e l'altra metà la dedica a visite domiciliari, preparazione ricette o altri impegni inerenti la cura dei pazienti. Anche in questo caso le risposte del medico corrispondono a quanto avevo osservato durante i mesi di tirocinio trascorsi nel centro medico in cui opera.

Per rispondere al quesito n° 9, i medici calcolano che il numero dei contatti che hanno con i pazienti di persona durante una normale giornata di lavoro sia di 33 nel primo caso, e di 25-30 nel secondo, mentre è uguale il numero medio di contatti telefonici quotidiani (15) e via e-mail (2).

Secondo i MMG, le loro visite hanno una durata media di 10 minuti nel primo caso, 15-20 nel secondo (item n° 10); per valutare in

modo più approfondito questo aspetto l'affermazione può essere confrontata con le risposte che i pazienti hanno dato alla domanda n° 11 del questionario che è stato loro somministrato: "Quanto ha aspettato oggi da quando è arrivato all'ambulatorio fino al momento della visita?".



Figura 1

Il 50% degli assistiti del medico di Impruneta risponde di aver atteso tra i 15 ed i 30 minuti, un altro 40% dichiara di aver aspettato meno di 15 minuti, solo il 10% ha avuto un'attesa compresa tra i 30 ed i 45 minuti.

I pazienti del MMG di Scandicci invece hanno atteso meno di 15 minuti nel 60% dei casi, tra i 15 ed i 30 nel 20% e tra 30 e 45 minuti nel restante 20%. Se il campione utilizzato corrispondesse alla reale configurazione della totalità degli assistiti, queste percentuali sembrerebbero confermare le risposte dei medici riguardo alla durata delle loro visite, che generano tempi di attesa molto brevi.

Proseguendo nella lettura analitica del questionario rivolto ai medici, la domanda n° 11 passa ad indagare la frequenza delle visite svolte dai MMG a domicilio, che mediamente sono 4 a settimana per il collega di Impruneta e 4 per quello di Scandicci, in ospedale (nessuna in entrambi i casi), in case di riposo per anziani (nessuna per la dottoressa di Scandicci, circa 5 a settimana per il MMG di Impruneta) o in altri luoghi o istituti (anche qui nessuna in entrambi i casi).

Il quesito n° 12 analizza la reperibilità dei medici di sera, di notte e nel fine settimana, chiedendo con quale frequenza e per quanto tempo sono stati reperibili in queste occasioni negli ultimi 3 mesi. Il MMG di Impruneta, che ha una lunga carriera di militanza politica e sindacale, riferisce di essere stato reperibile solo nel fine settimana una volta al mese per tre volte, per un totale di 6 ore, coprendo così a turno con i colleghi dell'ambulatorio le due ore del sabato mattina, come previsto dall' Accordo Collettivo Nazionale attualmente in vigore.

Molto diversa la risposta della dottoressa di Scandicci, che afferma di essere reperibile sempre per i suoi pazienti dal momento che il suo cellulare è sempre acceso, anche di notte e nei fine settimana.

Per approfondire l'indagine sull'aspetto degli orari di lavoro dei professionisti, si passa alle domande dalla 23 alla 26 del

questionario per i medici: infatti la domanda n° 23 chiede quante ore è aperto al pubblico l'ambulatorio/centro medico (escluse le pause pranzo). Ad Impruneta l'ambulatorio centrale è aperto 9,5 ore al giorno, mentre quello secondario sta aperto solo durante le ore in cui il MMG visita in quella sede; a Scandicci invece le ore di apertura sono 11. Inoltre entrambi gli ambulatori rimangono aperti dopo le 18:00 e nel fine settimana almeno una volta al mese (domanda n° 24).

I quesiti 25 e 26 riguardano il modo in cui i pazienti possono rivolgersi ai servizi medici non di emergenza di sera, di notte e nel fine settimana: per il primo medico ci sono altri medici (non di base) che forniscono assistenza fuori orario (cioè quelli di Continuità Assistenziale), mentre la seconda conferma la sua disponibilità per i pazienti in qualsiasi orario.

Per cercare di capire come viene interpretata questa organizzazione degli orari e della reperibilità da parte dei pazienti, sono state formulate alcune domande specifiche anche nel questionario per gli assistiti: l'item n° 6 è costituito da 6 affermazioni sullo studio medico a cui afferiscono, con cui i pazienti potevano dichiararsi d'accordo o meno, oppure di non sapere. Tre di queste riguardano l'argomento in esame:

1) "L'orario di apertura è troppo limitato"

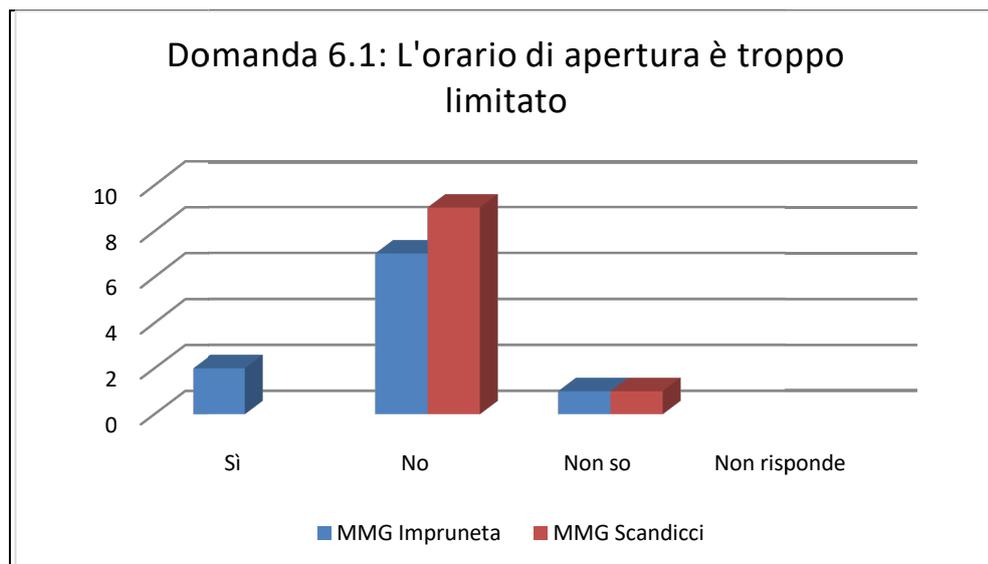


Figura 2

La maggior parte dei pazienti ritiene che la risposta sia no (7 per lo studio di Impruneta, 9 per quello di Scandicci), solo due pazienti, entrambi di Impruneta, rispondono di sì, altri due (uno per ciascun MMG) dichiarano di non sapere. Considerando il campione preso in esame come rappresentativo della totalità degli assistiti, sembra che in generale i pazienti siano abbastanza soddisfatti degli orari di apertura del centro di riferimento, soprattutto quelli di Scandicci, dove infatti l'orario è più esteso.

2) "Se ho bisogno di una visita a casa, posso averla"

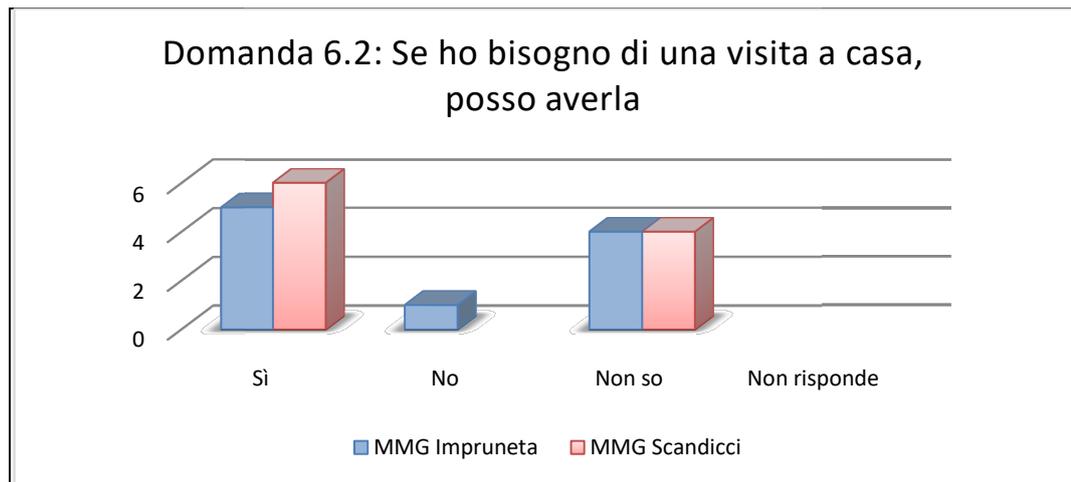


Figura 3

Il dato più significativo che emerge da queste risposte è che ben 8 pazienti (4 per ciascun medico) affermano di non saperlo. Gli altri rispondono di sì, tranne un paziente del MMG di Impruneta che risponde di no. Probabilmente i pazienti che rispondono di non sapere non hanno mai avuto bisogno di essere visitati a casa, per cui non sono a conoscenza delle modalità con cui il loro medico si organizza per le visite domiciliari (dato che entrambi i colleghi le effettuano quotidianamente). Questo può essere anche conseguenza del fatto che spesso le scelte organizzative dei MMG non vengono comunicate in modo efficace agli assistiti, soprattutto a chi non ha esigenze particolari.

5) “Sono al corrente di come poter avere assistenza serale, notturna e nel fine settimana”

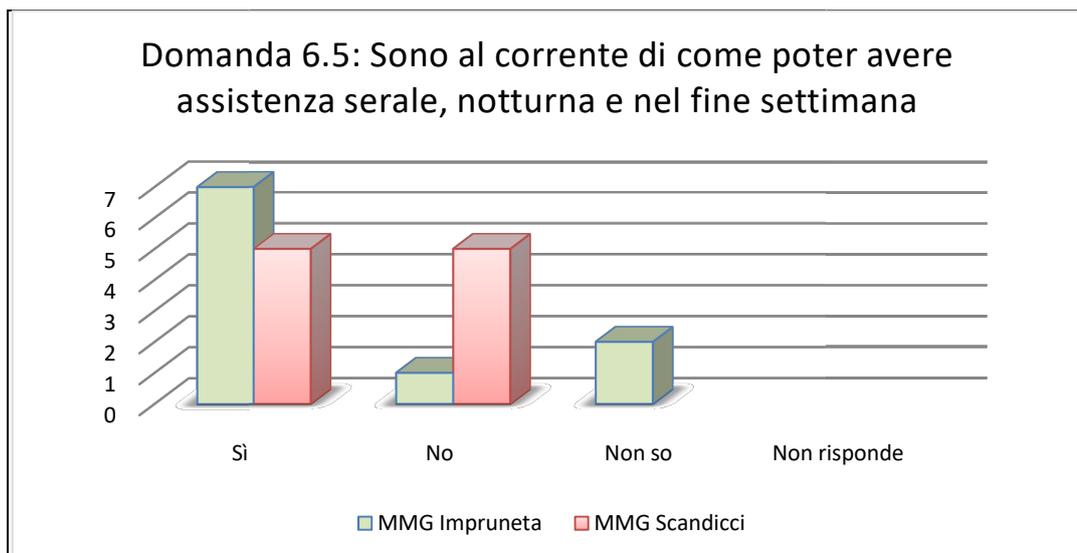


Figura 4

Anche in questo caso c'è un po' di incertezza da parte degli assistiti. Infatti 6 rispondono di no (5 pazienti di Scandicci, 1 di Impruneta) e 2 non sanno (entrambi afferenti allo studio medico di Impruneta), mentre a rispondere sì sono 7 pazienti del primo medico e 5 del secondo. Questo dato sembra ulteriormente confermare il fatto che c'è poca conoscenza e comunicazione tra medici e pazienti riguardo ad aspetti tecnici della professione.

Si continua ad esplorare l'argomento degli orari e delle reperibilità, con la domanda n° 12 del questionario per i pazienti che chiede: "Pensa che sia troppo difficile vedere un medico di famiglia in orario serale, notturno o nel fine settimana?".

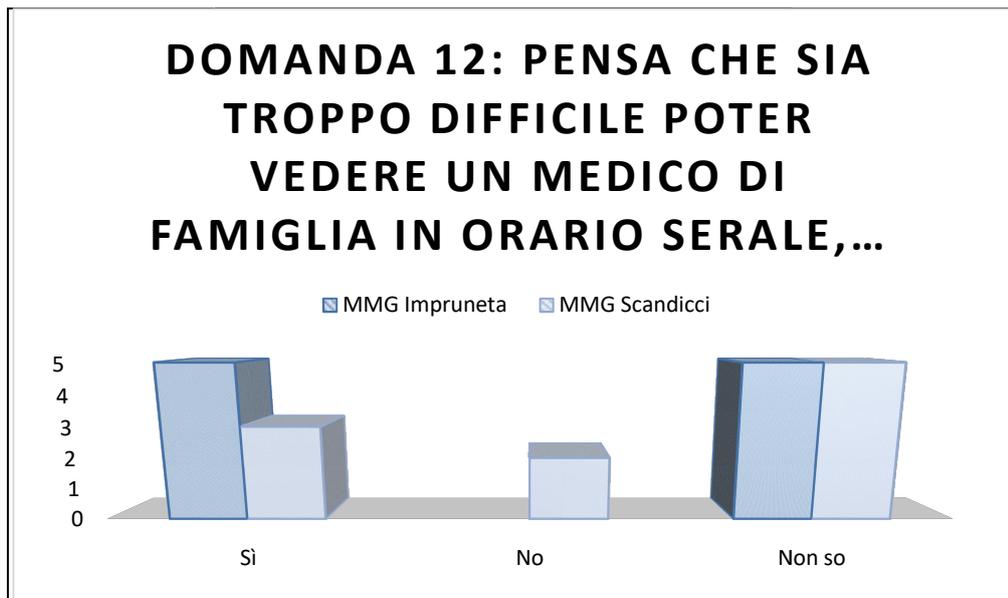


Figura 5

La maggior parte (10 su 20, distribuiti in ugual misura tra gli assistiti dei due MMG) risponde “Non so”, e altri 8 dicono di sì (5 pazienti del medico di Impruneta e 3 di quello di Scandicci), mentre solo 2 affermano di no (tutti afferenti al centro medico di Scandicci).

Questo quesito fa luce sul fatto che non ci sia sufficiente conoscenza delle normative che regolano la professione del medico di Medicina Generale da parte dei pazienti, e del ruolo del servizio di Continuità Assistenziale che dovrebbe servire proprio a questo scopo. Inoltre, considerando che il campione preso in esame sia rappresentativo della totalità degli assistiti, emerge come lo sforzo del medico di Scandicci, che rimane a disposizione 24 ore al giorno 7 giorni su 7, non sia percepito da gran parte dei pazienti, che la considerano poco rintracciabile la notte e nei fine settimana alla

stregua del medico che è reperibile solo le due ore del sabato mattina.

Il questionario per gli assistiti contiene altri due quesiti (17 e 18) che affrontano l'argomento degli orari di apertura dello studio medico e della reperibilità del MMG: la domanda n° 17 chiede quante volte negli ultimi 12 mesi il paziente si è recato al Pronto Soccorso per un problema che lo riguardava personalmente.

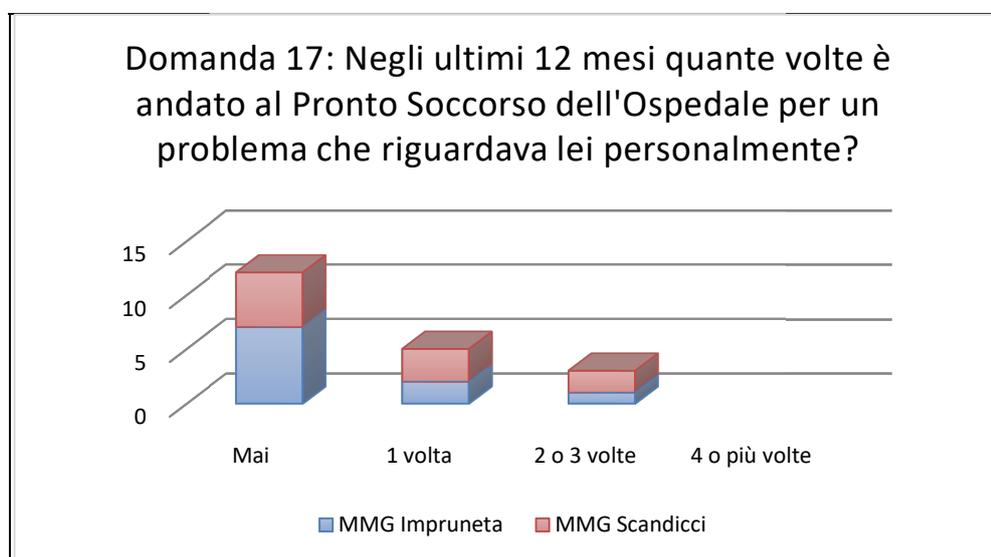


Figura 6

La maggioranza degli interrogati, cioè 12 (7 del primo e 5 del secondo gruppo) risponde "Mai", 5 affermano di esserci stati una volta (2 pazienti di Impruneta e 3 di Scandicci) e 3 rispondono di essersi recati in Pronto Soccorso 2 o 3 volte negli ultimi 12 mesi (uno del primo gruppo e due del secondo). Bisogna considerare però che a Scandicci, a 2 km di distanza dallo Studio medico a cui facciamo riferimento ed in piena città, c'è l'Ospedale di San

Giovanni di Dio, per cui l'accesso dei pazienti a questa struttura ospedaliera risulta molto più rapido e semplice rispetto a chi abita ad Impruneta o Tavarnuzze (distanti dall'Ospedale di riferimento, Santa Maria Annunziata, circa 10-12 km), che per raggiungerlo ha bisogno necessariamente dell'auto o dei mezzi pubblici.

Con il quesito n° 18 per i pazienti vengono approfonditi i motivi per cui chi è andato in Ospedale non si è rivolto al proprio MMG.

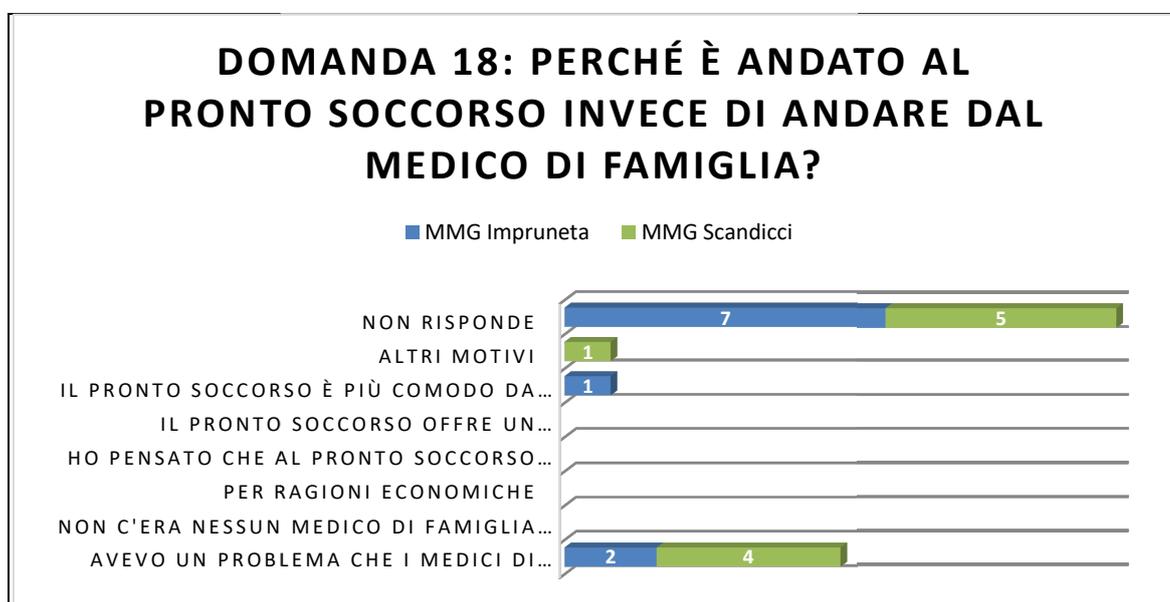


Figura 7

Sugli 8 pazienti che avevano precedentemente risposto di essersi recati in Pronto Soccorso, 6 hanno dichiarato di averlo fatto perché avevano un problema che i medici di famiglia non curano (2 del primo gruppo e 4 del secondo), 1 perché il PS è più comodo da raggiungere (un paziente del medico di Impruneta) e l'ultimo, paziente del medico di Scandicci, per altri motivi non specificati.

Queste risposte fanno pensare che il rapporto tra i due MMG ed i loro assistiti (o almeno il piccolo campione che abbiamo preso in esame) sia solido, dato che solo una minoranza si è recata in Ospedale nell'ultimo anno e in gran parte per problemi che non possono essere gestiti in ambulatorio (in gran parte si tratta di incidenti stradali o domestici).

Concluso l'argomento degli orari di lavoro, si prosegue la lettura analitica del questionario per i MMG. Il quesito n° 13 chiede: "Lavora da solo o in uno studio condiviso con uno o più medici generici o specialisti?". In entrambi i casi i medici condividono lo studio con altri MMG, il primo con 3 e la seconda con 7 colleghi, con cui sono associati con la formula della medicina di gruppo.

Per cercare di capire se le regole di questa formula organizzativa sono chiare agli assistiti, ho inserito nel questionario per i pazienti una domanda al riguardo, il punto 1 del quesito n° 16:

"Se vado da un medico di famiglia diverso dal mio, lui/lei avrà le informazioni necessarie su di me".

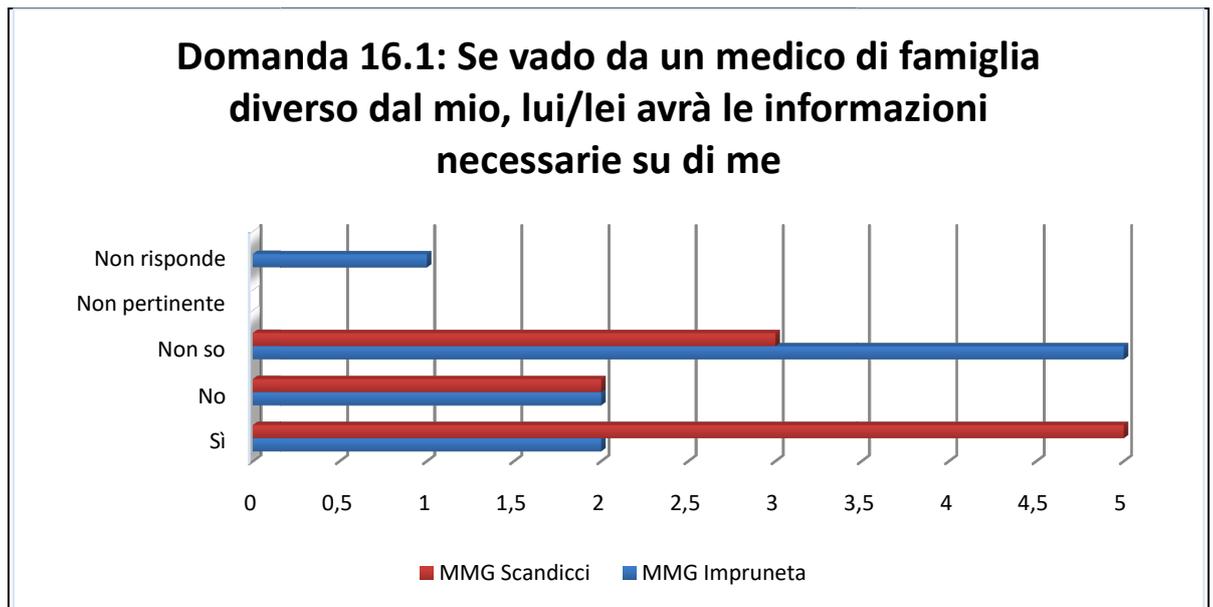


Figura 8

La maggioranza (8 su 20) risponde di non sapere, di cui 5 pazienti del MMG di Impruneta e 3 di quello di Scandicci; solo 7 rispondono di sì (2 del primo gruppo e 5 del secondo), mentre 4 ugualmente distribuiti affermano di no, e 1 solo (del primo gruppo) non risponde a questa domanda. Tali risposte sembrano confermare l'osservazione precedentemente espressa sulla scarsa conoscenza da parte dei pazienti degli aspetti più tecnici della professione del MMG, e possono suggerire l'idea che queste informazioni potrebbero essere maggiormente esplicitate dal professionista, dal personale di studio e da una cartellonistica ben chiara appesa negli ambulatori.

La domanda successiva (n° 14) presenta un elenco di figure professionali, chiedendo al MMG quali di queste siano presenti nel suo studio. Le risposte sono state identiche, ovvero sono presenti

nei due ambulatori una Receptionist/Segretaria di studio medico, l'Infermiere del centro medico e l'Infermiere di zona/a domicilio (in entrambi i casi si tratta degli infermieri del CCM). Attiene a questo tema anche il quesito n° 38 del questionario per i medici, che indaga quali prestazioni fornisca direttamente l'infermiere o assistente di ambulatorio: in entrambi i casi l'infermiere effettua vaccinazioni, informazione sanitaria, controlli abituali per i pazienti giovani e trattamenti di minor importanza.

Per approfondire questo aspetto, l'ho confrontato con due dei sei punti della domanda n° 6 del questionario per i pazienti, già in parte analizzata:

4)“Quando ho telefonato all'ambulatorio, ho dovuto aspettare troppo a lungo prima di riuscire a parlare con qualcuno”.

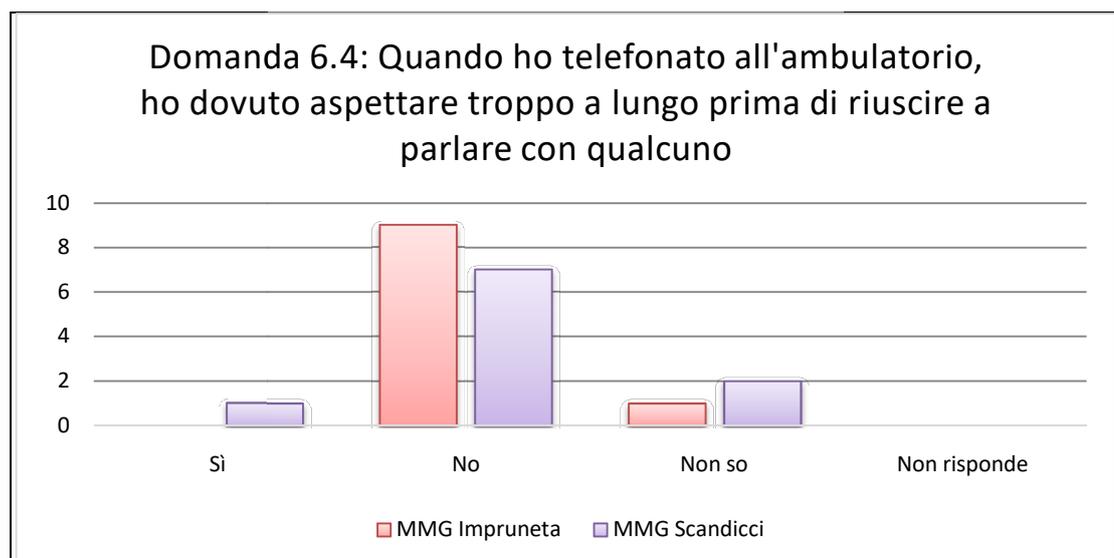


Figura 9

A questo quesito 16 persone hanno risposto di no (9 di Impruneta e 7 di Scandicci), 1 sola ha risposto di sì (a proposito dell'ambulatorio di Scandicci), e 3 rispondono "Non so" (1 del primo gruppo e 2 del secondo).

Tali risposte mettono in luce un buon funzionamento del servizio di segreteria dei due ambulatori, almeno nell'opinione del piccolo campione non statisticamente significativo che ho preso in considerazione.

6) "Le persone all'Accettazione sono state educate e disponibili".

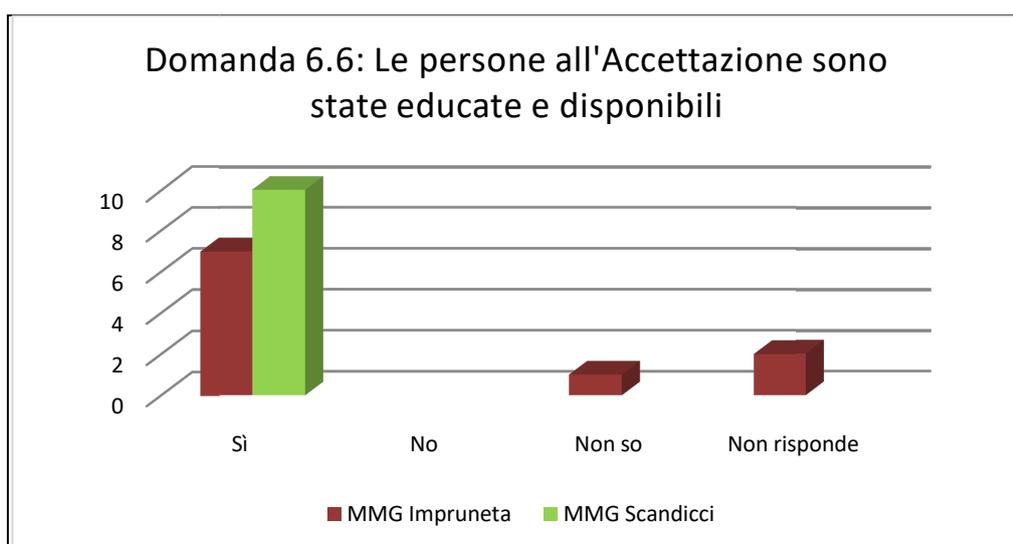


Figura 10

Tutti e 10 i pazienti di Scandicci hanno risposto di sì, mentre quelli di Impruneta rispondono di sì in 7, 1 "Non so" e 2 non rispondono (questi ultimi tre pazienti si sono recati all'ambulatorio periferico del medico, dove non c'è una segretaria né altro personale di studio).

A proposito della presenza di un Infermiere nello studio medico, nella domanda n° 19 agli assistiti è stato chiesto: “Negli ultimi 12 mesi è stato visitato o ha ricevuto un trattamento da un infermiere nell’ambulatorio del proprio medico di famiglia?”.

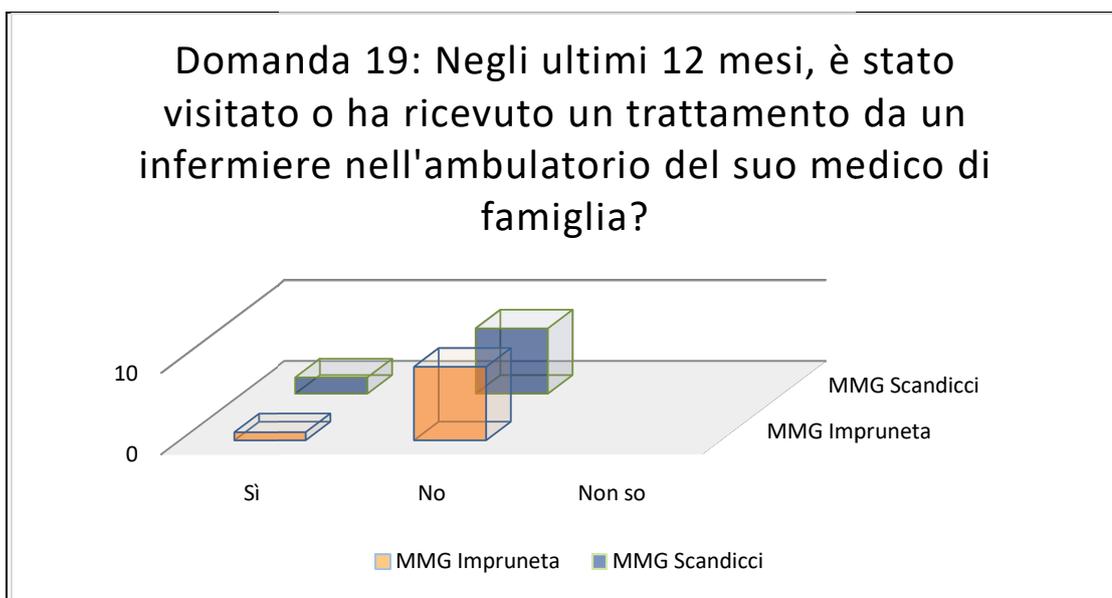


Figura 11

Solo 3 rispondono di sì, 1 per il primo gruppo di pazienti e 2 per il secondo.

Queste risposte possono essere la conseguenza del fatto che il campione di pazienti selezionati casualmente sono in maggioranza pazienti giovani (la maggior parte hanno meno di 64 anni), che non hanno avuto bisogno di trattamenti infermieristici. Potrebbero però anche suggerire che non è ancora divenuta fluida per i medici l’abitudine a delegare all’infermiere compiti che fino a poco tempo fa svolgevano da soli, e che i pazienti non hanno sufficiente

conoscenza della figura dell'infermiere per rivolgersi direttamente a lui senza passare prima dal medico.

Dopo aver esplorato l'argomento del personale presente in studio, il questionario per i MMG passa ad una serie di domande sulla gestione clinica dell'ambulatorio e del rapporto medico-paziente.

Domanda n° 15: "Utilizza le linee guida cliniche per la cura di Insufficienza cardiaca cronica, asma, BPCO e diabete?". Entrambi i MMG hanno risposto di sì su tutte le patologie elencate.

Domanda n° 16: "Negli ultimi 12 mesi ha partecipato ad un programma di gestione della malattia per pazienti con le seguenti condizioni croniche (ICC, asma, BPCO, diabete)?".

Anche in questo caso le risposte di entrambi sono state affermative su tutte le patologie citate, dato che i due medici aderiscono al progetto del Chronic Care Model.

A proposito dei rapporti con i pazienti e dell'invio agli specialisti, il quesito n° 17 chiede: "Nel caso di invio ad uno specialista, chi decide di solito dove il paziente viene indirizzato?". In entrambi i casi, il medico risponde "Io".

Ho cercato di approfondire queste risposte attraverso il questionario per i pazienti, che al punto 3 della domanda n° 16 affronta l'opinione degli assistiti su questo aspetto: "Quando sono indirizzato da uno specialista, è il medico di famiglia a decidere da chi dovrei andare".

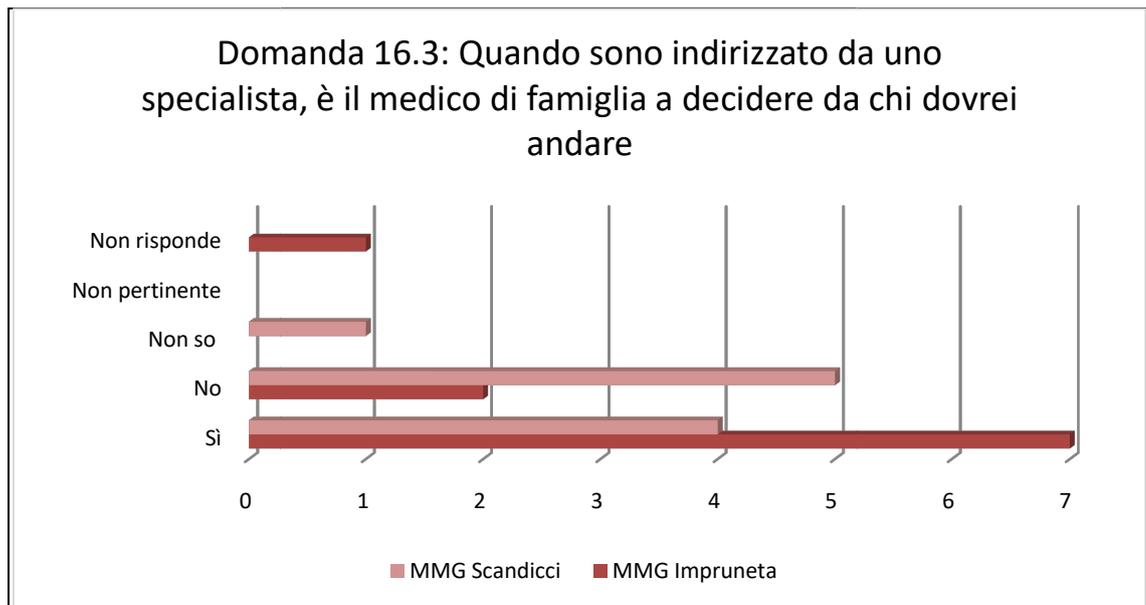


Figura 12

Poco più della metà dei pazienti è d'accordo con questa affermazione (11 su 20, 7 del primo e 4 del secondo gruppo), mentre 7 dicono di no (2 pazienti di Impruneta e 5 di Scandicci), 1 risponde non so e 1 non risponde.

Si nota in queste risposte una differenza delle opinioni dei pazienti rispetto a quella dei due medici, soprattutto per quanto riguarda il MMG di Scandicci. Probabilmente questa discrepanza tra i due gruppi di intervistati è conseguenza del diverso rapporto che i due colleghi tendono ad instaurare con i loro pazienti e del grado di autorevolezza che riescono ad esercitare, per motivi di genere, età, carattere e storia personale. Ho anche osservato, però, che le particolari situazioni topografiche dei comuni in cui operano, e la diversa età media della popolazione di assistiti, generano una differenza nella percezione del ruolo del MMG da parte dei pazienti:

nel caso del medico di Impruneta, che opera lontano dalla città e dall'Ospedale e con individui mediamente più anziani, egli è l'unico riferimento ed il coordinatore delle cure, e spesso viene consultato anche per problemi sociali oltre che sanitari. E' più difficile per la collega di Scandicci vedersi riconosciuto questo ruolo centrale nelle questioni di salute, anche perché i pazienti sono più giovani, in grado di spostarsi facilmente e vivono in una zona in cui sono presenti svariati centri medici privati che offrono prestazioni sanitarie delle più varie a prezzi modici, senza bisogno di fare riferimento al medico di famiglia.

L'argomento successivo che viene preso in esame dal questionario per i MMG è il rapporto con gli specialisti. Con la domanda n° 18 si indaga, nel caso di invio ad uno specialista, in che misura il medico prende in esame considerazioni quali le preferenze del paziente, la distanza da coprire, le sue precedenti esperienze con lo specialista, il tempo di attesa ed i costi per il paziente. Il primo MMG dichiara di valutare sempre le preferenze del paziente ed i costi a suo carico, e talvolta gli altri fattori elencati.

La dottoressa risponde di prendere in considerazione "Talvolta" tutti gli elementi citati.

Questo tema è affrontato anche dai quesiti n° 37, 39 e 40 del questionario per i medici; nella domanda n° 37 viene chiesto con

quale frequenza il medico chiede pareri ai colleghi specializzati in varie discipline (pediatra, internista, ginecologo.....). Il medico di Impruneta risponde di contattare ogni 1-3 mesi il chirurgo ed il radiologo, e gli altri colleghi raramente o mai. Il medico di Scandicci risponde in tutti i casi "Raramente o mai". Anche alla domanda n° 39, che chiede con quale frequenza scriva una lettera al collega in caso di invio del paziente ad uno specialista, la dottoressa risponde "Raramente o mai". Invece il primo medico interrogato afferma di scrivere una lettera per una minoranza dei pazienti che invia.

Viene poi chiesto (quesito n° 40) con quale frequenza gli specialisti informano il medico dopo aver terminato la cura o la diagnosi dei suoi pazienti: nel primo caso la risposta è "Di solito", nel secondo "(Quasi) sempre".

Ho confrontato queste risposte con quelle date dai pazienti alla domanda n° 16 (punti 2, 4 e 5) del questionario somministrato loro: 2)"Quando il medico di famiglia mi indirizza da uno specialista, lo informa riguardo alla mia malattia".

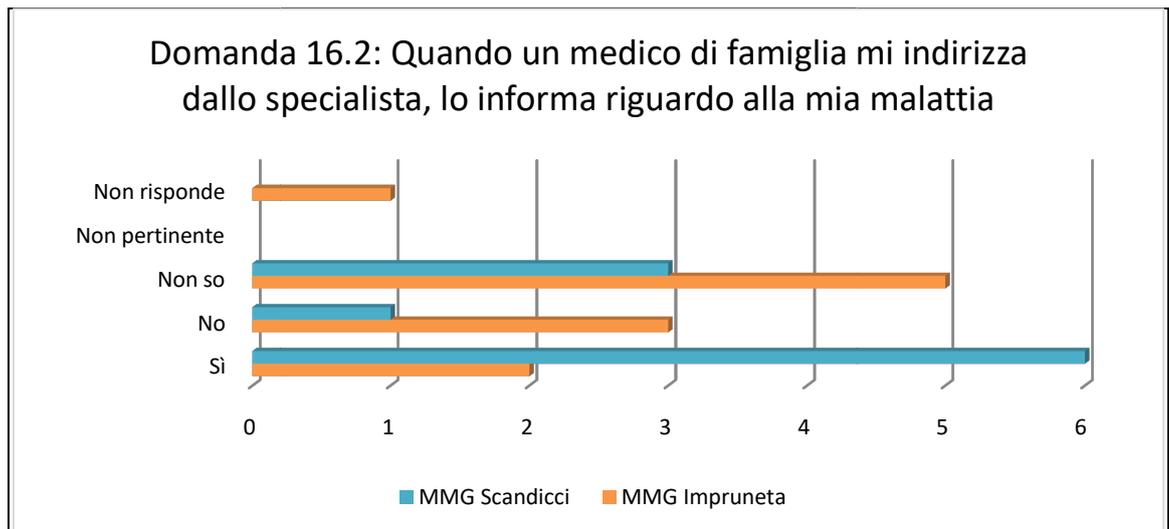


Figura 13

Tra i pazienti di Impruneta, 2 sono d'accordo, 3 no, 5 rispondono "Non so" e 1 non risponde. Quelli di Scandicci rispondono di sì in 6, 1 dice di no e 3 non so.

Di nuovo si nota una difficoltà dei pazienti di rispondere a domande di natura tecnica sull'assistenza che ricevono dal proprio MMG. Inoltre emerge che viene correttamente valutata dai pazienti del medico di Impruneta la frequenza con cui questo scrive agli specialisti per informarli della situazione dei malati che invia loro, mentre gli assistiti della collega di Scandicci si sentono accompagnati nei loro percorsi diagnostici più di quanto non avvenga in realtà.

4) "Dopo una terapia specialistica, il mio medico di famiglia viene informato dei risultati".

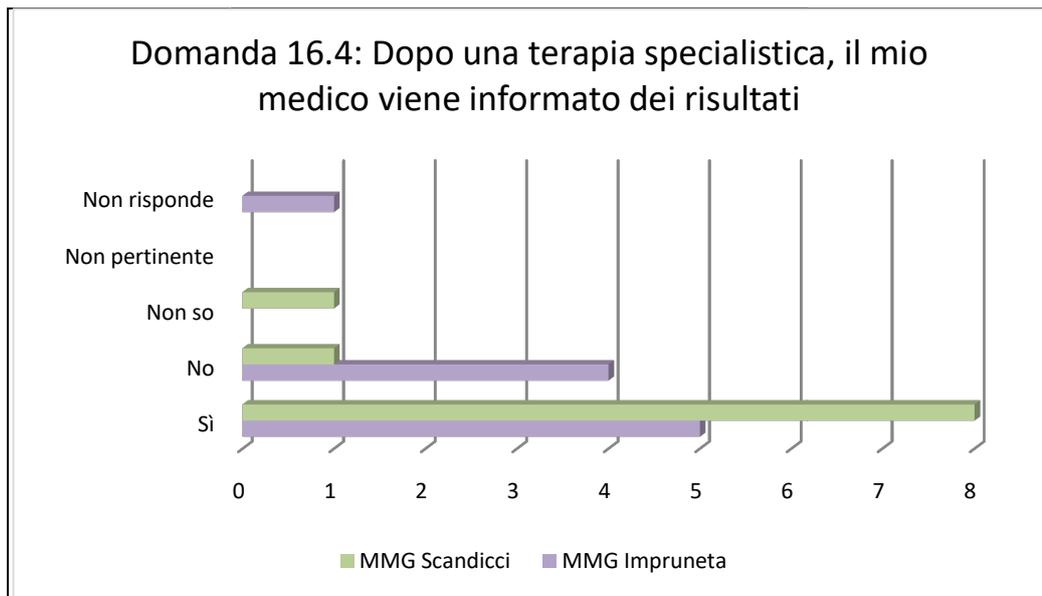


Figura 14

La maggioranza degli assistiti concorda con questa affermazione (13, di cui 5 del medico di Impruneta e 8 di quello di Scandicci), 5 sono in disaccordo (4 del primo gruppo e 1 del secondo), 1 risponde di non sapere e 1 non risponde.

In maniera simile alla domanda precedente, i pazienti del medico di Impruneta sono più scettici riguardo al rapporto del proprio curante con gli specialisti rispetto a quelli del medico di Scandicci.

5) "E' difficile farsi richiedere dal dottore di base una visita specialistica".

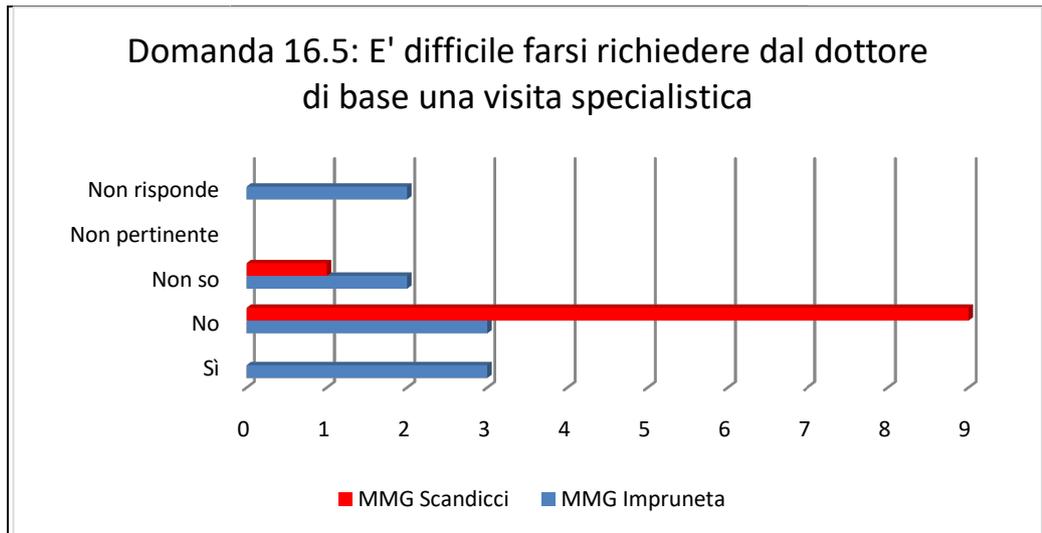


Figura 15

Su 10 pazienti della dottoressa di Scandicci 9 rispondono di no, e 1 dichiara di non sapere. Gli assistiti del MMG di Impruneta sono d'accordo in 3 casi, in disaccordo in altri 3, in 2 non sanno e 2 non rispondono.

Probabilmente queste risposte sono la conseguenza della diversa autorevolezza esercitata dai due medici, come espresso precedentemente, perché nella mia esperienza entrambi i colleghi sono sempre molto disponibili ad accogliere le richieste di visita specialistica che ritengono appropriate, e non esitano ad inviare ad un collega specialista pazienti per cui abbiano dubbi o sospetti che necessitano di un parere esperto.

Nelle domande successive il questionario per i medici si concentra sui mezzi a disposizione dei professionisti per svolgere il loro lavoro.

Le domande n° 19 e n° 20 indagano infatti in che modo il medico ha accesso alle attrezzature di laboratorio e radiografiche.

Entrambi i MMG rispondono di avere un accesso facile al di fuori del loro ambulatorio/centro.

Anche alla domanda n° 21, che riguarda la distanza stradale tra il loro ambulatorio ed il più vicino ambulatorio medico generico, la più vicina clinica specialistica/day hospital ed il più vicino ospedale o clinica universitaria, rispondono ugualmente "Meno di 10 km".

Il quesito n° 22 richiede di indicare, in una lista di attrezzature, quelle che il MMG o i suoi collaboratori hanno a disposizione ed utilizzano.

Tra le attrezzature di laboratorio, entrambi possiedono un test per la misurazione del glucosio nel sangue; tra quelle utilizzate per le indagini visive tutti e due lavorano con un otoscopio, ma solo il medico di Impruneta utilizza anche l'oftalmoscopio.

Sono a disposizione dei due studi uno spirometro, un elettrocardiografo, il misuratore della pressione sanguigna e la borsa da dottore per emergenze e visite a domicilio, come anche il catetere urinario, le siringhe ed i guanti monouso, il refrigeratore per i medicinali e l'attrezzatura di rianimazione.

Il primo medico intervistato ha accesso anche ai set per suture, mentre il secondo può utilizzare set di chirurgia minore e un defibrillatore.

Si apre quindi il tema dell'organizzazione degli accessi: la domanda n° 27 chiede che percentuale delle visite è su appuntamento, e la n° 28 se venga offerto un orario di ricevimento senza appuntamento.

Il medico di Impruneta risponde che riceve su appuntamento nel 60% dei casi, il medico di Scandicci offre solo ricevimento su appuntamento (100% delle visite).

Per approfondire questo tema, è stata inserita una serie di domande al riguardo nel questionario per i pazienti.

L'item n° 8 chiede: "Ha preso un appuntamento per questa visita al suo medico di famiglia?".

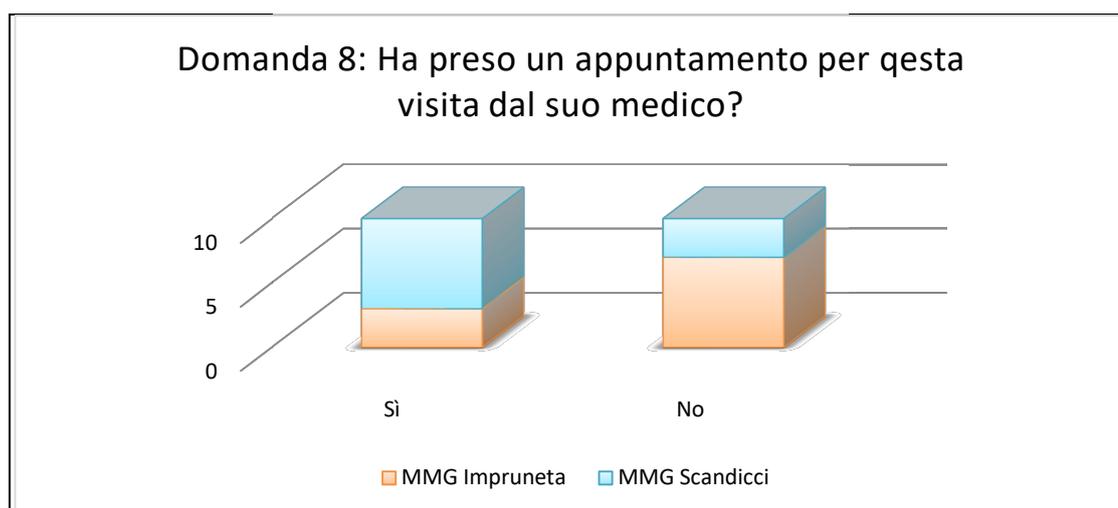


Figura 16

Il 70% dei pazienti del MMG di Impruneta risponde di no, ed il 30% di sì. Queste percentuali risultano invertite per gli assistiti del MMG di Scandicci, che rispondono di sì in 7 e di no in 3.

Si conferma quindi la modalità di organizzazione degli accessi che i medici hanno dichiarato e che corrisponde alle mie osservazioni personali. Su questo argomento i pazienti sembrano più informati, probabilmente perché è importante per loro sapere in che modo poter essere ricevuti.

La domanda successiva per gli assistiti, la n° 9, solo per coloro che avevano risposto in modo affermativo alla precedente, chiede se sia stato facile avere l'appuntamento.

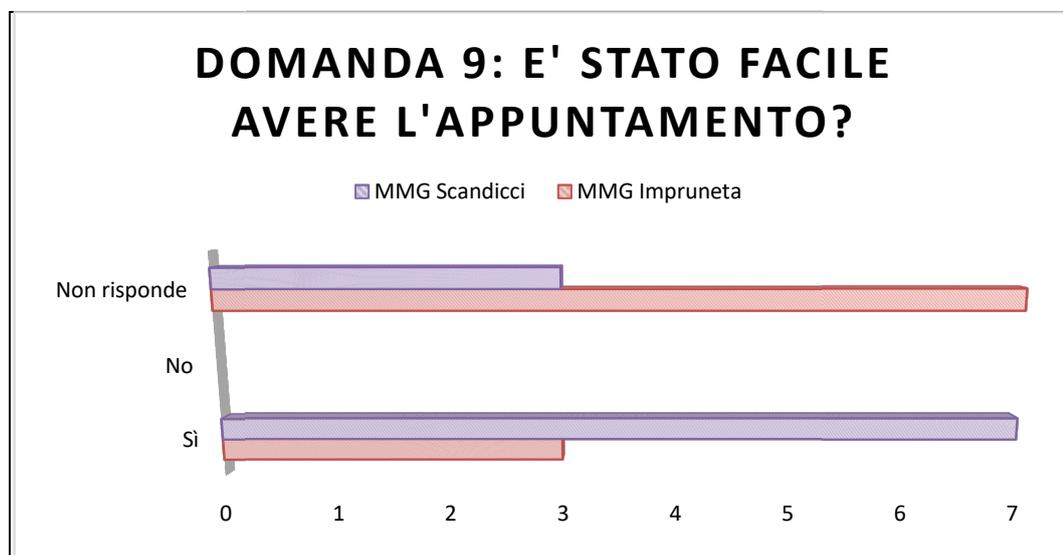


Figura 17

Tutti i pazienti dichiarano di sì, anche se le risposte sono influenzate dal fatto che la raccolta dei dati è avvenuta in un periodo estivo (giugno e luglio).

Le risposte vengono ulteriormente approfondite dal quesito n° 10 proposto agli assistiti: “Quanti giorni ha aspettato per questa visita?”.

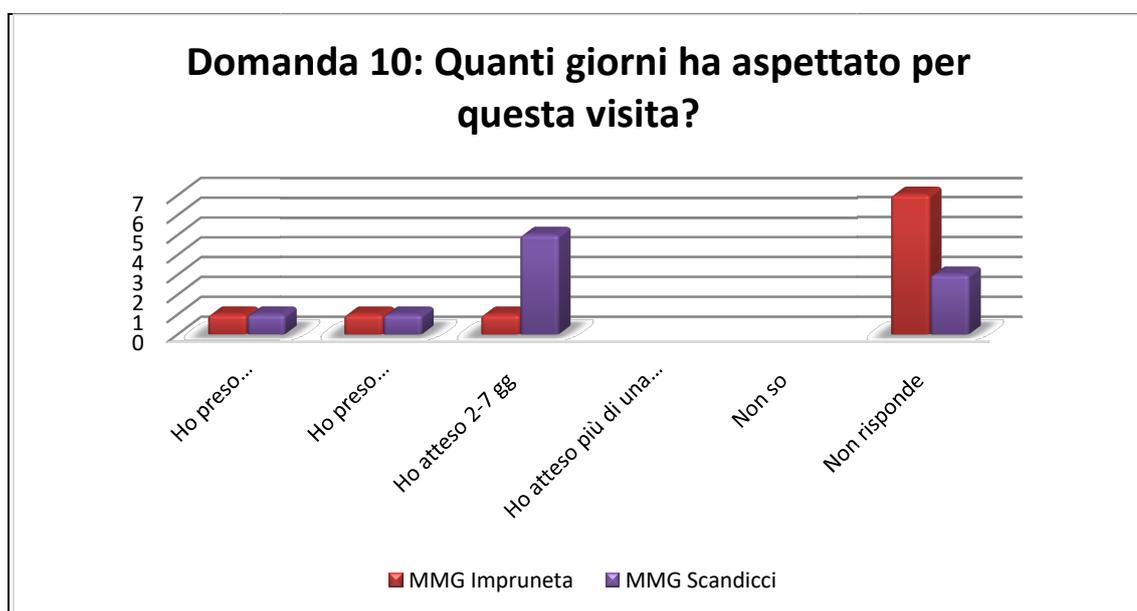


Figura 18

La maggioranza dei pazienti (6 su 10) ha atteso tra i 2 ed i 7 giorni; di questi, 5 sono assistiti del medico di Scandicci e solo 1 del medico di Impruneta. Altri 2 (uno per ogni MMG) dichiarano “Ho preso l’appuntamento ieri”, e 2 (sempre equamente divisi) “Ho preso l’appuntamento oggi”. Aggiungo per completezza che coloro che hanno risposto di aver atteso tra i 2 ed i 7 giorni avevano preso l’appuntamento il venerdì per il lunedì mattina, considerando quindi il sabato e la domenica nel conteggio dei giorni.

Si nota quindi che entrambi gli ambulatori funzionano in maniera regolare permettendo ai pazienti di essere visitati in tempi rapidi. Chi ha risposto di aver preso l’appuntamento il giorno stesso rientra nel gruppo dei malati con problemi “urgenti”, che telefonano

direttamente al medico per essere visitati i giornata negli spazi loro dedicati a fine ambulatorio.

Ritornando all'analisi dei questionari dei MMG, il tema seguente è quello dei nuovi pazienti, della gestione delle cartelle cliniche e dell'utilizzo del computer.

Viene chiesto (domanda n° 29) se, all'arrivo dei nuovi pazienti, il medico è solito ricevere le loro cartelle cliniche dal precedente curante: tutti e due scelgono la risposta "Solo qualche volta".

Si chiede poi, nei quesiti n° 30 e n° 31, quali restrizioni vengano applicate nell'accettare nuovi pazienti, e se i medici forniscano assistenza alle persone anche nel caso in cui non vengano pagati; entrambi rispondono di non applicare alcuna restrizione e di assistere le persone anche a titolo gratuito.

L'item n° 32 fa un elenco di informazioni sui pazienti (situazione di vita, appartenenza etnica, storia familiare, altezza e peso, fumo, pressione sanguigna, motivo della visita, diagnosi e farmaci prescritti), chiedendo se nelle cartelle informatizzate vengano annotate o meno. I due MMG rispondono di riportare tutte le notizie elencate, tranne quello di Impruneta che omette l'appartenenza etnica (anche perché, come abbiamo visto, l'affluenza di stranieri al suo ambulatorio è piuttosto bassa).

Nell'archivio medico dei pazienti (domanda n°33) la dottoressa di Scandicci tiene nota dei dati solo per i pazienti che vengono regolarmente, mentre il dottore di Impruneta annota tutto tranne le cose di minor importanza. Entrambi utilizzano l'archivio medico per selezionare i pazienti per età, diagnosi o rischio sanitario ed in base ai farmaci che assumono (item n° 34).

Il computer dell'ambulatorio (domanda n° 35) viene utilizzato dai due MMG per fare ricette, tenere nota delle visite, per lettere di invio a specialisti, per archiviare i risultati di test diagnostici e ricercare informazioni mediche su Internet. Solo il primo dei due medici lo usa anche per prendere appuntamenti ed emettere fatture.

Il punto n° 36 del questionario riguarda la frequenza con cui i due MMG incontrano personalmente alcuni professionisti , sia per lavoro che in occasioni sociali (altri medici di base, infermieri dell'ambulatorio, medici specialisti liberi professionisti o ospedalieri, farmacisti....). La risposta del medico di Impruneta è per tutti "Più di una volta al mese", tranne per i dietologi per i quali risponde "Ogni 1-3 mesi". Questa assidua frequentazione dei colleghi è conseguenza dell'impegno politico e sindacale già citato in precedenza.

Per il medico di Scandicci gli unici professionisti che incontra più di una volta al mese sono altri medici di base e gli infermieri

dell'ambulatorio, mentre incontra gli infermieri a domicilio ogni 1-3 mesi e raramente o mai le altre figure professionali elencate.

La domanda successiva (n° 41) chiede: “Nel caso dei seguenti problemi di salute, con quale frequenza i suoi pazienti la contattano per una prima assistenza sanitaria? (Con riferimento solo al primo contatto, non alla diagnosi o ulteriori cure)”. Sia il medico di Impruneta che quello di Scandicci rispondono di essere contattati quasi sempre o sempre nella maggioranza dei casi. Il primo medico dichiara che i pazienti ricorrono a lui “Di solito” per “Bambino con grave tosse”, “Bambino di 8 anni con problemi di udito”, “Uomo di 28 anni con primo episodio di convulsioni” e “Donna di 50 anni con problemi psicosociali”. Qualche volta si trova impegnato per “Una coppia con problemi di relazione”, “Uomo di 32 anni con problemi sessuali” e “Uomo di 52 anni con problemi di alcol”, mentre non si trova mai coinvolto in un caso come “Ragazzo di 13 anni maltrattato fisicamente”.

Il secondo MMG invece ritiene di venir contattato sempre o quasi in gran parte delle situazioni elencate, e “Di solito” in caso di “Uomo di 35 anni con una caviglia slogata”, “Uomo di 28 anni con primo episodio di convulsioni”, “Ragazzo di 13 anni maltrattato fisicamente” e “Uomo di 52 anni con problemi di alcol”.

Sullo stesso argomento l'item n°42, che analizza in che misura il medico è coinvolto nella cura e nel controllo dei suoi pazienti con una serie di diagnosi. Entrambi affermano che ciò avviene (quasi) sempre per tutte le patologie elencate: BPCO, orzaiolo, ulcera peptica, ernia del disco, insufficienza cardiaca congestizia, polmonite, ascesso peritonsillare, malattia di Parkinson, diabete tipo II non complicato, artrite reumatoide, depressione ed infarto miocardico. L'aspetto significativo di queste risposte in entrambi i casi è l'opinione del medico sulla fiducia riposta in lui da parte dei propri pazienti, che gli si rivolgono in prima battuta nella maggior parte delle situazioni, come è emerso dalle risposte degli assistiti alle domande n° 17 e n° 18 che chiedevano se e perché si fossero recati in Pronto Soccorso nell'ultimo anno.

Esaurito l'argomento precedente, si riprende il commento del questionario per i MMG che apre il tema dell'attività clinica quotidiana. Infatti nella domanda successiva (n° 43) viene chiesto: "In quali circostanze lei o i suoi assistenti misurate la pressione sanguigna (possibile più di una risposta)?". Entrambi i medici rispondono "In caso di condizioni cliniche pertinenti"; il primo aggiunge anche "Agli adulti invitati per questo scopo", mentre la seconda "Su richiesta".

Sulla stessa linea la domanda successiva: “In che misura partecipa all’informazione sanitaria sui seguenti argomenti (fumo, dieta, problemi nell’uso di alcol, esercizio fisico)?”. Dai due MMG giunge la medesima risposta: “Durante i normali contatti con i pazienti”.

Per esplorare meglio l’argomento, ho confrontato queste risposte con quelle del quesito n° 5 del questionario per gli assistiti, che chiedeva: “Negli ultimi 12 mesi un dottore di questo ambulatorio le ha parlato di come mantenersi in salute (per esempio riguardo a dieta, alcol o fumo)?”.

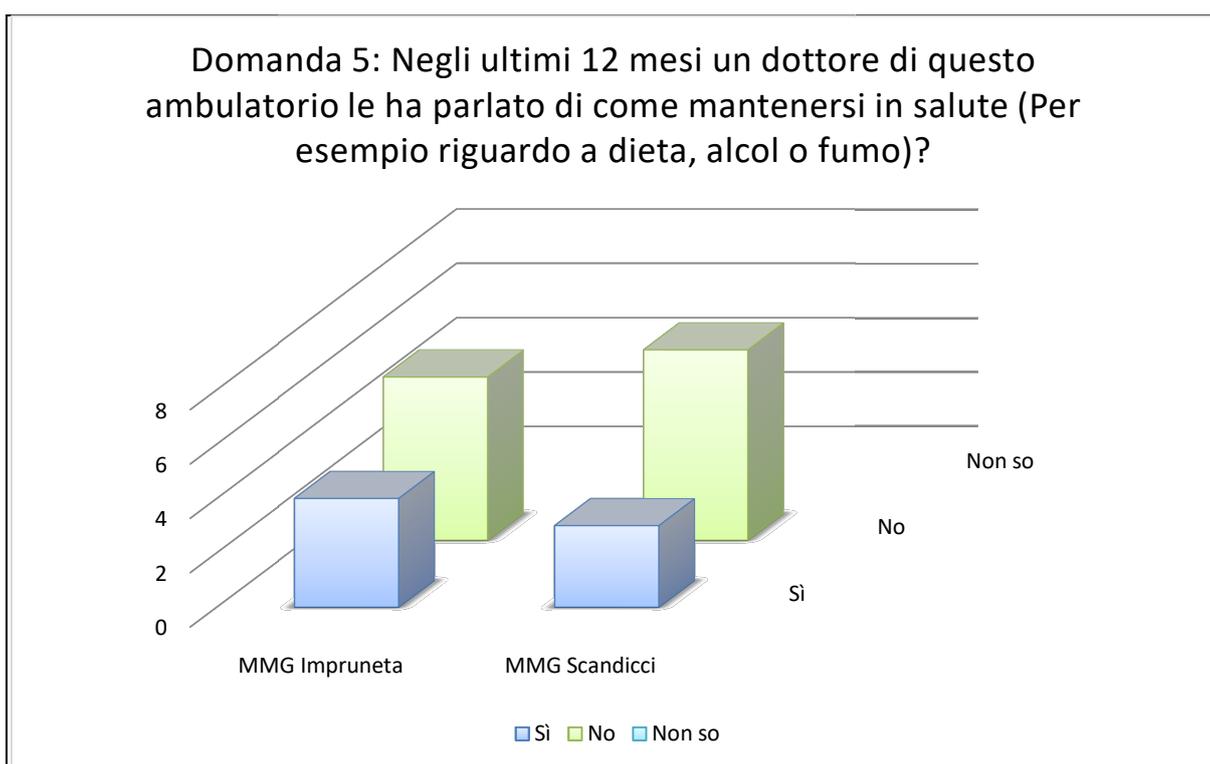


Figura 19

Su 20 pazienti interrogati, 7 hanno risposto di sì, di cui 4 afferenti all’ambulatorio di Impruneta e 3 a quello di Scandicci. Gli altri 13 che

hanno risposto di no sono distribuiti 6 nel primo gruppo e 7 nel secondo.

Naturalmente il campione di pazienti presi in esame è troppo limitato per poter essere rappresentativo e consentire di trarre delle conclusioni sull'argomento, comunque il 35% dei pazienti a cui è stato somministrato il questionario ha ricevuto un qualche intervento di educazione sanitaria dal suo medico di Medicina Generale.

Proseguendo la lettura del questionario rivolto ai medici si incontrano due domande (n° 45 e n° 46) sulle attività svolte in ambulatorio: in tutti e due gli studi vengono eseguite le vaccinazioni antinfluenzali (all'interno di un programma) e viene offerta assistenza per le cure palliative. Il medico di Scandicci effettua inoltre nel suo ambulatorio la vaccinazione dei bambini, sempre all'interno di un programma. Non vengono forniti da nessuno dei due MMG la cura antenatale ordinaria ed il controllo pediatrico al di sotto dei 4 anni.

Gli incontri specifici organizzati negli ultimi 12 mesi per alcune categorie di pazienti (item n° 46) riguardano nel primo caso diabetici, ipertesi ed anziani, nel secondo solo i diabetici. Nessuno dei due medici si occupa di organizzare incontri specifici per donne incinte. Queste risposte evidenziano il fatto che nel nostro Sistema Sanitario la gestione della gravidanza e dell'epoca perinatale, anche

nell'ambito della fisiologia, siano completamente affidate a ginecologi e pediatri e non riguardino la Medicina Generale, tranne in rari casi.

L'ultima parte del questionario è dedicata ad indagare il grado di soddisfazione e affaticamento dei medici rispetto alla loro vita lavorativa. Nella domanda n° 47 viene chiesto loro per quanto tempo si siano assentati nell'ultimo anno e per quali motivi: il medico di Impruneta si è allontanato dal lavoro per 3 settimane per convegni o altre attività di formazione, 1 settimana per attività di ricerca ed altre 3 settimane per le ferie. Il medico di Scandicci invece è stato assente 1 settimana per convegni/attività di formazione e 3 settimane per ferie.

Il tema dell'ultima domanda del questionario, la n° 48, traccia un bilancio tra il livello di soddisfazione professionale e di stress a carico dei MMG.

I due colleghi rispondono di incontrare uno stress eccessivo nel proprio lavoro, e concordano che esso sia gravato da attività amministrative non necessarie; la dottoressa di Scandicci pensa che alcuni aspetti della professione non abbiano veramente un senso, mentre il dottore di Impruneta dissente su questo punto.

Sono entrambi in accordo con le affermazioni "Il mio lavoro mi interessa ancora come sempre", "Fare il medico di base è una

professione molto rispettata” e “Nel mio lavoro c’è un buon equilibrio tra impegno e soddisfazione”.

In conclusione sembra che, nonostante le quotidiane difficoltà e fatiche a cui vanno incontro, i due medici intervistati siano soddisfatti e appassionati del lavoro che svolgono.

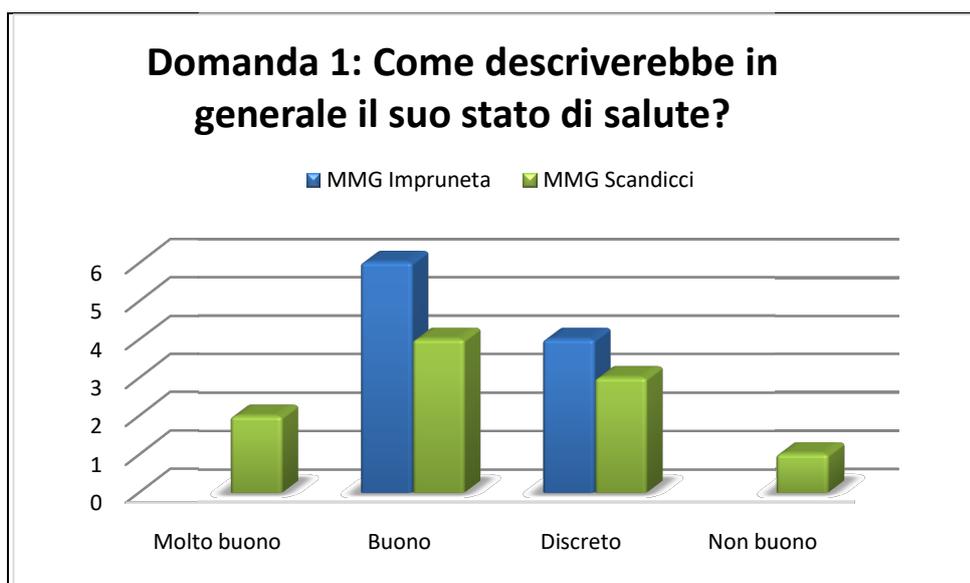


Figura 20

Ritengo opportuno aggiungere una considerazione sulla percezione dei pazienti rispetto al proprio stato di salute, che ho indagato con la domanda n° 1 del questionario rivolto agli assistiti: 19 individui sui 20 intervistati lo descriverebbero come “Molto buono”, “Buono” o “Discreto”, e soltanto 1 di loro lo giudica “Non buono”.

Pur sapendo che il numero di interviste raccolte non consente di estrapolare dati statisticamente significativi, tali risultati mi sembrano un segnale di un buon livello di soddisfazione dei pazienti riguardo alle cure loro fornite, anche perché alla domanda successiva (n° 2),

che chiede se hanno una malattia di lunga durata, quasi la metà risponde di sì (9 su 20). Di conseguenza vediamo che anche gli individui affetti da una malattia cronica si sentono tutto sommato in salute, e possiamo pensare che una parte del merito di questo vada alla buona gestione della loro cronicità da parte della Medicina Generale.

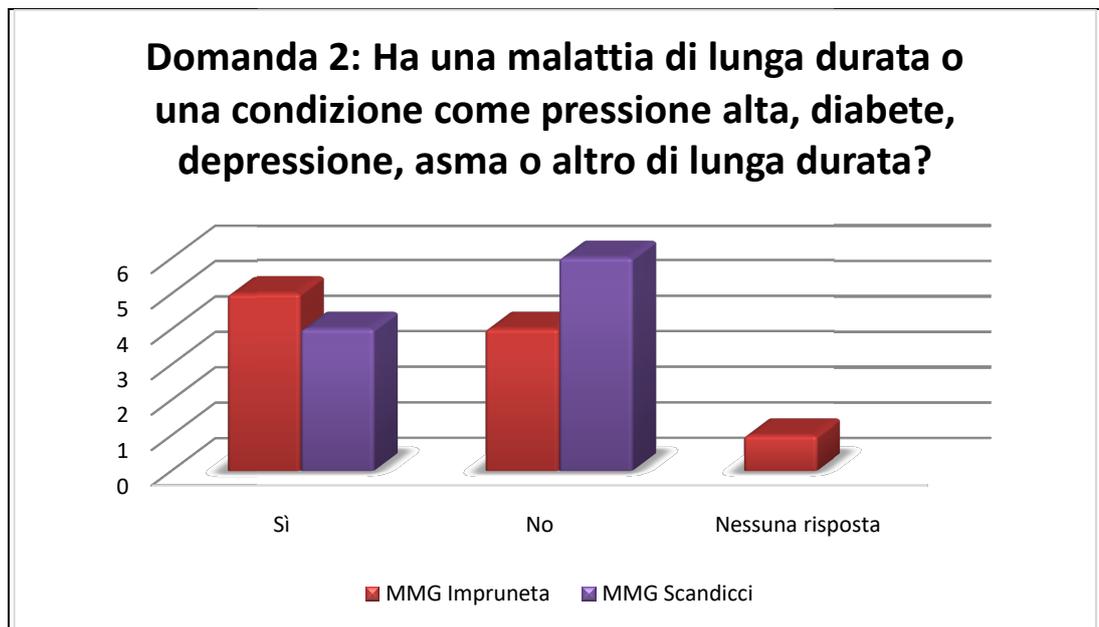


Figura 21

## **Discussione**

### **La mia esperienza**

Prima di iniziare l'analisi dei questionari di medici e pazienti, ho cercato di tracciare un ritratto del contesto in cui lavorano i due MMG che sono stati oggetto della mia indagine e della situazione organizzativa dei loro ambulatori, seguendo il filo conduttore delle categorie individuate ed elencate precedentemente. Al termine di ogni descrizione ho inserito un breve commento personale sulla mia opinione in merito, che ho messo a confronto con quanto emerso dall'analisi critica dei dati raccolti con i questionari.

#### **1.ORGANIZZAZIONE DEL QUOTIDIANO:**

Il comune di Impruneta, in cui opera il primo dei miei tutor, si trova nel territorio del Chianti in un contesto in cui molte famiglie abitano fuori dal paese, o in piccole frazioni che circondano il capoluogo. Per questo il collega ha cercato di facilitare l'accesso alle cure a tutti i suoi assistiti organizzando due ambulatori, uno ad Impruneta e l'altro nella frazione di Tavarnuzze.

Avendo due studi, le sue giornate sono scandite dagli spostamenti: quattro volte a settimana dedica metà giornata alle visite ambulatoriali, e nell'altra metà si divide tra visite domiciliari e vari

impegni extraclinici. In questa metà giornata è presente per circa due ore in ciascuno dei due studi in cui esercita, e a metà mattinata o pomeriggio si sposta da un luogo all'altro distanti circa un quarto d'ora di auto. Il lunedì fa ambulatorio tutto il giorno, la mattina in uno studio ed il pomeriggio nell'altro.

Nell'ambulatorio principale, quello di Tavarnuzze, che condivide con 3 colleghi, una segretaria lavora mattina e pomeriggio alla preparazione delle ricette per terapie croniche, alla prenotazione degli appuntamenti e soprattutto a rispondere al telefono.

Ogni giorno è presente in studio un'infermiera che si occupa di vaccinazioni, medicazioni, iniezioni ed altre mansioni simili; in più ci sono gli ambulatori della Sanità d'iniziativa gestiti dalle infermiere distrettuali, che si svolgono quattro volte a settimana.

Lo studio di Impruneta è singolo, privo di personale di segreteria e di infermiera ed è organizzato ad accesso libero.

E' poco attrezzato per soddisfare le varie richieste dei pazienti, che a volte devono essere rimandati a visita nella sede principale.

Avendo due studi, il medico ha anche due computer, per cui deve continuamente aggiornare i dati delle visite che svolge dall'uno all'altro, e spesso alcune annotazioni delle cartelle cliniche vanno perdute.

Quasi ogni giorno effettua qualche visita domiciliare, anche perché

ha una popolazione di assistiti mediamente abbastanza anziani e che si muovono con difficoltà, vista anche la particolare situazione topografica che ho già illustrato. Spesso riesce a ritagliarsi il tempo per le visite nell'intervallo tra i due ambulatori, fermandosi lungo la strada durante gli spostamenti in auto.

Alla Casa della Salute per l'altro medico la situazione è più "centralizzata": un solo ambulatorio, molto organizzato, per cui anche i pazienti che abitano nelle zone più periferiche della città afferiscono a questo.

Lo studio è in condivisione con altri sette MMG, ci sono due segretarie che si alternano per essere presenti sia la mattina che il pomeriggio, ed un'infermiera per l'ambulatorio infermieristico aperto tutti i giorni.

Inoltre le infermiere del Distretto sono presenti ogni mattina e due pomeriggi a settimana per gli ambulatori dedicati alla Sanità d'iniziativa.

Le segretarie rispondono al telefono, si occupano degli appuntamenti e della gestione della sala d'attesa, ricevono le richieste dei pazienti per le ricette ripetitive e le consegnano una volta compilate dai MMG, e svolgono una serie di compiti burocratici.

La dottoressa riceve sempre per metà giornata, la mattina o il pomeriggio, e dedica il resto del tempo a visite o altre attività.

*Pensando ad una soluzione adatta alle mie esigenze future, prevedo di avere un unico ambulatorio, soprattutto perchè questo permette di attrezzarlo nel migliore dei modi, senza bisogno di aggiornare e trasportare i dati da un computer all'altro ma conservando tutte le cartelle cliniche nello stesso posto.*

*Ho osservato anche qualche differenza nella frequenza delle visite domiciliari: piuttosto alta nel contesto rurale, più bassa nell'ambito del poliambulatorio cittadino.*

*Dal mio punto di vista questo è un punto di forza di un'organizzazione ambulatoriale meno centralizzata, ma ben radicata nel territorio ed immersa nella vita quotidiana delle persone che si affidano a noi per le cure, perchè è caratteristica unica e peculiare del medico di famiglia conoscere il sistema che circonda i suoi pazienti, i loro familiari, i care-giver. E' così in grado di dare indicazioni di carattere preventivo e di modifica degli stili di vita, oltre che di fare valutazioni non solo di ordine sanitario ma anche psicosociale.*

## 2.IL TELEFONO:

La modalità con cui viene contattato dai pazienti è un risvolto della professione con cui il MMG deve assolutamente fare i conti.

Il medico di Impruneta risponde personalmente sia al telefono dell'ambulatorio che al cellulare, e viene chiamato per visite domiciliari, consigli e richiesta di ricette.

In alcuni periodi il telefono squilla continuamente, con il risultato di interrompere costantemente le visite e le conversazioni e di innervosire visibilmente sia il dottore che il paziente che gli sta davanti in quel momento.

La presenza di dipendenti addetti a ricevere le telefonate per le ricette e per prendere gli appuntamenti alla Casa della Salute permette di considerare il cellulare il mezzo per contattare il medico quando si ha un problema di ordine sanitario, senza che la linea sia costantemente occupata da chiamate per altre esigenze.

Inoltre il personale di segreteria funge da filtro per chi cerca la dottoressa sul telefono dell'ambulatorio: vengono passate solo le chiamate per chiedere consigli medici o visite domiciliari. Nonostante questo, il cellulare della dottoressa (che è acceso sette giorni su sette giorno e notte) suona abbastanza frequentemente.

*Per me una routine quotidiana che consista nel dover rispondere a decine di chiamate per i farmaci delle terapie croniche, o per richieste di tipo burocratico o tecnico, è decisamente poco pratica. Credo che sarebbe meglio mettere un regolamento, soprattutto per quanto riguarda le chiamate durante le ore di ambulatorio, per salvaguardare il diritto di chi va a consultare il medico di avere la sua attenzione per i dieci minuti della visita, senza subire interruzioni continue che distolgono l'attenzione e fanno perdere la concentrazione ad entrambi.*

*D'altra parte, stabilire delle fasce orarie troppo rigide per le chiamate dirette provoca un ingorgo di telefonate concentrate in quelle ore, durante le quali il medico non può fare altro che rispondere ai pazienti.*

*Forse la situazione ottimale sarebbe quella di istruire la segretaria a svolgere una funzione di filtro delle chiamate durante le ore di ambulatorio, e cercare di "educare" i pazienti a chiamare sul cellulare soltanto per reali necessità.*

### 3.IL LAVORO DI SEGRETERIA:

Lo studio periferico del medico che opera in campagna è privo di segretaria, quindi l'accesso è libero e senza appuntamenti.

Le ricette per terapie croniche sono a totale carico del medico, e

molti pazienti fanno la fila solo per avere le ricette dei farmaci che assumono continuativamente; tutto questo fa sì che in alcuni periodi si abbiano tempi di attesa molto lunghi per una consultazione.

Nella Casa della Salute la quasi totalità delle visite viene effettuata su appuntamento, e all'ingresso della struttura si trova la postazione delle segretarie a cui gli utenti fanno riferimento appena arrivano.

Grazie alla presenza di questo personale, che risponde alle chiamate, ritira le richieste per le ricette e consegna quelle pronte, si occupa di tutti i piccoli problemi quotidiani della gestione dell'ambulatorio, i medici che lavorano nel centro possono dedicare la maggior parte del loro tempo alle visite ed ai colloqui ed i pazienti possono ritirare le richieste per i farmaci senza fare lunghe code.

*Per me la presenza di una segretaria è parte integrante di un ambulatorio funzionale, a causa della mole delle richieste dei pazienti e delle pratiche di natura non strettamente clinica da evadere.*

#### 4.IL LAVORO INFERMIERISTICO:

Nell'ambulatorio di Impruneta non è prevista la presenza di un'infermiera, per cui sono appannaggio del medico anche le

campagne di vaccinazione, le iniezioni per i pazienti che fanno terapie intramuscolo, le piccole medicazioni, la misurazione della pressione arteriosa ed altri compiti di natura infermieristica.

Situazione opposta si verifica invece a Scandicci, dove è stato allestito un vero e proprio ambulatorio infermieristico ben attrezzato in cui l'infermiera riceve i pazienti, anche in orari diversi da quelli del medico, per vaccinazioni, controlli della pressione, medicazioni, iniezioni ed altre mansioni simili.

*La mia opinione è che sia un grande aiuto per un medico la presenza di una figura che si occupi di attività infermieristiche, perchè gli permette di impegnarsi essenzialmente nei compiti specifici della sua professione. Inoltre è un sostegno fondamentale per quanto concerne l'attività di prevenzione e di cura dei pazienti affetti da patologie croniche.*

## 5.LA GESTIONE DELLE RELAZIONI INTERNE:

Le due medicine di gruppo in cui sono inseriti i colleghi oggetto delle mie osservazioni sono costituite in un caso da otto medici di medicina generale (quella di Scandicci), nell'altro da quattro (quella di Impruneta).

Nella prima situazione la dottoressa è inserita in un gruppo che lavora in condizioni di sostanziale parità, dove le responsabilità sono equamente divise tra tutti ed ognuno fa la sua parte, anche grazie al fatto che ci sono le segretarie e le infermiere che si occupano di molte cose nella gestione della struttura e del gruppo stesso.

Nel secondo caso il medico che mi ha fatto da tutor è il coordinatore del gruppo di colleghi, ed è anche il riferimento di tutti loro sia per anzianità ed esperienza che per attitudine da leader. E' quindi più alto che per gli altri il carico di lavoro che gli spetta, dato che molte delle attività e delle responsabilità dell'associazione toccano a lui.

*L'eventualità di far parte di un gruppo di medici che operano nella stessa struttura deve essere presa in considerazione con attenzione: permette infatti di condividere spese, responsabilità ed aspetti amministrativi e tecnici.*

*Lavorare in gruppo può consentire di avere una situazione più strutturata ed un ambulatorio attrezzato, in cui siano magari presenti apparecchiature e strumenti di laboratorio che per un medico da solo non sarebbero gestibili.*

*E' anche più facile la condivisione di problematiche cliniche o tecniche, lo scambio culturale e la creazione di rapporti*

*interpersonali che garantiscano sostegno reciproco in un professione interessante e complessa.*

*Il rovescio della medaglia può essere però la difficoltà nel gestire la convivenza con colleghi dal carattere e dal modo di lavorare diverso dal nostro, dato che non sempre è possibile scegliere con chi dividere gli spazi.*

*Un aspetto interessante della questione può essere la valutazione di quanto si voglia “investire” nella medicina di gruppo: se si tratta solo di un’associazione volta ad avere vantaggi economici e pratici dividendo le spese, oppure di una vera e propria condivisione di scopi, elementi culturali e principi etici.*

*Anche l’integrazione dei dati delle cartelle cliniche fra i medici dello stesso studio è importantissima, per consentire ai pazienti che hanno un problema negli orari in cui il proprio curante non è in ambulatorio di essere visitati dal collega presente in quel momento in studio senza dover ricorrere ai servizi di emergenza.*

*Questa possibilità rende migliore la presa in carico per gli utenti e consente ai medici di aiutarsi l’un l’altro nella gestione quotidiana, senza perdere niente del rapporto di fiducia con i propri assistiti.*

## 6.IL SISTEMA DI ACCESSIBILITA':

Questo argomento mi sembra uno dei più scottanti per permettere

una buona qualità di vita e di lavoro al medico ed una assistenza appropriata ai pazienti.

Il collega che lavora in campagna ha organizzato il proprio tempo dedicando l'ambulatorio di Impruneta (senza segretaria) alle visite ad accesso libero, e quello di Tavarnuzze a quelle con appuntamento, anche se queste ultime sono una percentuale leggermente maggiore. In questo modo se un paziente ha un'urgenza ha la possibilità di essere visto in giornata senza dover prenotare la visita, recandosi allo studio "secondario".

Nel centro medico di Scandicci tutte le visite vengono effettuate su appuntamento, senza un orario per il ricevimento libero, anche se viene lasciato uno spazio all'inizio o alla fine delle visite dedicato ai pazienti con problemi urgenti che non hanno potuto prendere l'appuntamento in anticipo.

*Personalmente ho sempre preferito un sistema di visite programmate, perchè credo che dare ai pazienti un orario in cui possano essere visti (e rispettarlo il più possibile!) permetta di non scoraggiare i più giovani, con impegni lavorativi e familiari pressanti, dal ricorrere al medico per i loro problemi, prima che si aggravino. Spesso con ambulatori ad accesso libero si creano lunghe attese, e*

*si finisce per vedere continuamente gli stessi pazienti anziani e/o cronici che non hanno troppe difficoltà a dedicare del tempo a fare la coda in sala d'aspetto, rischiando di perdere d'occhio qualche problema acuto o che poteva meritare una valutazione accurata.*

*Inoltre mantenere un certo tipo di strutturazione del lavoro tramite la prenotazione delle visite permette di capire meglio le richieste che i pazienti ci portano e distinguere quelle mediche da quelle che non lo sono, cercando di mantenere il distacco dalla vita quotidiana dei nostri assistiti e dalle emozioni che ci suscita che ci è necessario per mettere meglio a fuoco i problemi di salute.*

*D'altra parte il ricevimento libero e senza filtri rende l'ambulatorio un posto accessibile in cui i pazienti si sentono liberi di recarsi in qualunque momento, anche solo per fare una domanda, certi di essere ricevuti se hanno la pazienza di aspettare il loro turno. Ho avuto l'impressione che in situazioni organizzate in questo modo si instauri una maggior confidenza con il proprio curante, perchè è possibile rivolgersi a lui senza intermediari e senza dover necessariamente prenotare un colloquio.*

*Per questo le soluzioni di compromesso adottate dai MMG che ho frequentato mi sembrano entrambe adeguate a conciliare le esigenze di tutti.*

## 7.L'ORGANIZZAZIONE DELL'URGENZA:

Nella mia esperienza, in entrambi gli ambulatori che ho frequentato, quando gli assistiti si trovano alle prese con problemi urgenti contattano direttamente il medico per telefono, e in tutti e due i casi vengono invitati a raggiungere subito l'ambulatorio per una visita (se si possono muovere), indipendentemente dagli altri appuntamenti. Nel caso in cui il paziente non possa uscire di casa, se ciò avviene durante l'orario di ambulatorio viene sollecitato a chiamare il 118, altrimenti il dottore, se può, va a visitarlo a casa più velocemente possibile.

*Ho verificato che in generale si tratta di un buon sistema, ma che per farlo funzionare nel modo corretto è necessario educare i pazienti al concetto di urgenza per non rischiare di venire assediati da richieste inappropriate di visite domiciliari in tempi rapidi. Inoltre risulta di fondamentale importanza riservare degli orari della giornata da dedicare alle visite non programmate, per evitare che vadano ad intaccare gli appuntamenti prestabiliti.*

## 8.IL RAPPORTO CON I PAZIENTI IMPAZIENTI:

Capita spesso che, anche quando l'organizzazione delle visite è stata ben pianificata e tutto sembra filare liscio, arrivino pazienti che

pretendono di essere visitati subito, senza avere l'appuntamento e senza una vera motivazione di urgenza.

Può sembrare un piccolo strappo alla regola senza significato, ma in realtà quello che accade nelle singole occasioni crea una consuetudine. Cedere ad una richiesta inappropriata di visita urgente non preannunciata, magari facendo saltare la fila, fa sì che quel paziente penserà di essere autorizzato a seguire sempre una via preferenziale per raggiungere il medico, e di non aver nessun bisogno di rispettare la prassi di fissare un appuntamento.

I colleghi che ho potuto osservare all'opera avevano un atteggiamento simile su questo argomento, di ferma gentilezza nel promettere ai pazienti "impazienti" che sarebbero stati certamente visitati, una volta terminate le visite programmate.

L'effetto di tale dichiarazione è spesso sufficiente a convincere il paziente indisciplinato a tornare in un altro momento dopo aver preso un appuntamento, oppure negli orari di ricevimento libero.

*Mi è sembrato un buon compromesso tra il desiderio di accontentare le richieste degli assistiti, anche quando non esattamente appropriate, e il rispetto della propria consuetudine organizzativa su cui si fonda il lavoro quotidiano.*

## 9.GLI AMBULATORI DEDICATI:

Nel 2010 in Toscana è stato avviato il progetto del Chronic Care Model, che prevedeva di inquadrare i pazienti in base ad i loro problemi di salute, e richiamarli in modo proattivo per visite ed accertamenti. Questo è stato un passo molto importante sul percorso da una medicina “di attesa” ad una “di iniziativa”, nella gestione delle principali patologie croniche quali BPCO, diabete mellito tipo II, scompenso cardiaco, esiti di ictus.

Come tutti i cambiamenti che vanno a modificare abitudini e convinzioni radicate ed acquisite da molto tempo, ha dovuto subire un’iniziale opposizione ed una serie di critiche. Queste ultime erano spesso basate sulla paura da parte dei MMG di perdere parte del loro rapporto fiduciario con i pazienti, e di venire espropriati del ruolo di riferimento nei problemi di salute degli assistiti.

Oggi in tutta la Regione un’alta percentuale dei MMG partecipa alla Sanità d’iniziativa (quasi i 2/3).

Il passo successivo, la cosiddetta “Nuova sanità d’iniziativa” che è stata approvata con la Delibera n° 906 del 07/08/2017, ed è attualmente in fase di progettazione, è il tentativo di classificare i pazienti non più partendo dalle singole patologie, ma stratificandoli in base alla loro classe di rischio cardiovascolare, e differenziare in tal modo gli interventi da applicare in base agli specifici bisogni e

non solo in base alla malattia. Uno degli scopi di questo cambiamento è quello di prendere in carico i pazienti nella loro globalità, evitando di richiamare gli stessi malati in visita per più patologie diverse, data la frequente compresenza di diverse condizioni morbose nello stesso individuo.

*Al di là delle modalità con cui verranno sviluppati i nuovi ambulatori, credo che per il MMG sia un aiuto ed un vantaggio importante la collaborazione delle infermiere dedicate alla Sanità d'iniziativa, che nulla tolgono al rapporto medico-paziente ed al ruolo del medico nella gestione delle cure ma permettono tenere sotto controllo le patologie croniche e di anticipare la diagnosi ed il trattamento di possibili complicanze.*

#### 10.1 RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI:

Il punto centrale di questa relazione, per come l'ho vissuta nel mio anno di tirocinio, è stato sempre il tentativo da parte del MMG di rivendicare il proprio ruolo di coordinatore dei percorsi di cura dei pazienti.

Nessuno degli studi medici di cui ho avuto esperienza accoglieva MMG e specialisti nella stessa struttura, per cui i contatti con gli altri professionisti si sono sempre sviluppati tramite telefonate o mail,

oppure attraverso le relazioni che gli assistiti portavano in visione di ritorno da una visita specialistica.

Ho avuto la sensazione che lavorare in un piccolo centro rurale, con una maggiore distanza sia dall'ospedale che da altre strutture sanitarie, pubbliche o private, renda il medico di MG la figura centrale nella gestione delle cure del paziente e quindi permetta più facilmente di non perdere le fila dei percorsi di salute.

Questa presa in carico totale e indiscussa è più difficile da realizzare nel contesto cittadino, in cui le persone più giovani e con maggiori competenze tecnologiche si rivolgono spesso autonomamente a specialisti vari, che ricevono in libera professione a poca distanza da casa.

Tale atteggiamento scatena facilmente il conflitto nel momento in cui si torna dal proprio medico a chiedere la prescrizione di farmaci o accertamenti suggeriti da altri.

*Credo sia necessario da parte dei giovani MMG imparare a gestire questo genere di situazioni, che si presentano frequentemente, soprattutto nel momento in cui la figura del medico curante rischia di perdere autorevolezza agli occhi dei pazienti.*

*La migliore strada da seguire mi sembra quella di cercare di*

*salvaguardare ed incrementare questa autorevolezza, perchè su questa possiamo fare leva per convincere i nostri assistiti a concordare con noi l'eventuale consultazione di altre figure professionali: il medico di famiglia non è un semplice trascrittore di prescrizioni altrui, ma un professionista con una propria solida base culturale ed un modus operandi caratteristico ed unico, che lo rende la figura più adatta ad accompagnare il paziente in un percorso di diagnosi e cura e a tenere il filo delle indagini e delle terapie che prescrive.*

#### 11.LA CONDIVISIONE DELLE LINEE GUIDA:

*Nel corso del mio periodo di tirocinio presso gli ambulatori dei tutor non ho avuto particolare esperienza di condivisione di Linee Guida nelle associazioni di MMG.*

*Credo però che sia un argomento molto stimolante e che possa rivelarsi un arricchimento per la professione. Soprattutto può essere un buon rimedio per quello che mi sembra uno dei limiti principali della Medicina Generale, cioè il lavorare da soli.*

*Infatti credo che non si debba lasciarsi sfuggire la possibilità di confrontarsi tra pari su argomenti clinici, in una professione in cui la mole delle conoscenze necessarie è enorme e spesso difficile da gestire in maniera organica, ed in cui le Linee Guida internazionali*

*non sono di facile applicazione. Una condivisione di modalità di cura nei contesti della Medicina Generale, fatta fra pari e mirata alla costruzione di Percorsi Assistenziali il più possibile attenti all'individualità dei pazienti sarebbe la strada che vorrei percorrere, e che mi auguro di mettere a comune nella medicina di gruppo di cui spero di far parte nel mio futuro.*

## 12.LA BUROCRAZIA:

Alla Casa della Salute buona parte del lavoro che riguarda gli aspetti burocratici della professione viene delegato al personale di segreteria, che si occupa anche della manutenzione delle apparecchiature elettroniche dal cui buon funzionamento dipende in gran parte la possibilità di lavorare serenamente e senza intoppi.

In uno studio singolo ogni compito burocratico ricade sulle spalle del MMG, che si ritrova a fare anche da tecnico di computer e stampanti, per cui spesso le visite vengono rallentate da problemi di linea o piccoli guasti che richiedono manutenzione.

*Per me la scelta preferibile è quella di delegare questi aspetti, peraltro molto importanti per il buon andamento dell'ambulatorio, a personale addestrato per questo.*

*In questi anni è aumentata nettamente la quantità di pratiche burocratiche da sbrigare, inoltre la crescente informatizzazione della professione rende necessario un apparato elettronico ed informatico sempre più sofisticato e ben funzionante, che se si guasta impedisce il normale svolgimento delle visite e la prescrizione di farmaci ed accertamenti, oppure l'attività certificativa.*

### 13.GESTIONE DEL TEMPO EXTRACLINICO:

Su questo aspetto ho avuto esempi molto diversi dai medici che ho frequentato.

Infatti uno dei miei tutor ha una grande passione per la politica ed un ruolo all'interno del più importante sindacato dei MMG, per cui buona parte del suo tempo extraclinico è impegnato nell'attività politica e sindacale.

Per la dottoressa di Scandicci invece gran parte del tempo lasciato libero dall'ambulatorio è dedicato alla famiglia.

*Probabilmente in questa differenza di gestione dei momenti di vita al di fuori del lavoro rientrano anche dinamiche di genere ancora radicate nella nostra cultura: una donna che lavora si deve occupare al contempo del buon andamento della casa e dell'accudimento dei*

*figli in misura sicuramente maggiore di quanto non faccia un uomo, per quanto disponibile e collaborativo.*

*Purtroppo tra ambulatori, visite domiciliari, riunioni di AFT e vita familiare/privata non resta molto tempo da dedicare all'aggiornamento, lo studio o l'arricchimento culturale, che per un medico che lavora lontano dall'Ospedale sono fondamentali.*

*Questa situazione alla lunga può generare sensazioni di inadeguatezza rispetto ad una professione che progredisce continuamente e continuamente cambia, mentre il MMG, spesso molto assorbito dal suo lavoro in solitario, rischia di portare avanti per anni metodi e convinzioni ormai superate.*

*Una possibile soluzione, anche se certamente parziale, secondo me è quella di ospitare nel proprio ambulatorio giovani colleghi che frequentano il Corso di Formazione in Medicina Generale. Questi infatti sono freschi di studi e aggiornati sulle nuove nozioni, ma mancano di esperienza e competenza nella pratica clinica, per cui il periodo di tirocinio può diventare un momento di scambio culturale e di arricchimento reciproco che rimane compreso all'interno degli orari di lavoro, ma lo rende più stimolante.*

## Conclusioni

Il lavoro di analisi che ho svolto prendendo come oggetto di studio gli ambulatori dei miei tutor mi ha appassionato molto alla tematica dell'organizzazione della professione, permettendomi di esplorare un ambito che non avevo mai considerato con attenzione e di scoprire da quante angolazioni diverse si possa guardare il lavoro del MMG.

Lo scopo da cui sono partita era quello di approfondire riflessioni nate durante il Corso di Formazione in Medicina Generale riguardo alle scelte professionali più adatte per il mio futuro.

Alla luce dei risultati ottenuti dai questionari e delle mie osservazioni si è andato delineando sempre di più il tipo di organizzazione che vorrei adottare per il mio studio.

L'esigenza che ho avvertito come fondamentale per instaurare dei rapporti di cura efficaci e mantenere una buona qualità della vita è quella di "educare" i pazienti fin dal primo momento, e di essere chiari nell'esplicitare le Regole alla base della relazione che si stabilirà tra il medico e gli assistiti. Vorrei quindi svolgere la mia attività in un unico ambulatorio, per avere la possibilità di attrezzarlo nel migliore dei modi per sopperire alle necessità cliniche quotidiane, ma anche di esporre una serie di cartelli che fungano da

“Carta dei Servizi” che gli assistiti possano consultare per ogni dubbio. Penso anche che sarebbe utile comporre degli “opuscoli” da distribuire a tutti i nuovi pazienti al momento della prima visita, in cui siano riassunte le modalità organizzative dell’ambulatorio ed i servizi offerti, compresa la possibilità di contattare il servizio di Continuità Assistenziale negli orari e nei giorni in cui non sono reperibile.

Le Regole principali riguarderanno:

- ✓ ORARI DI APERTURA DELL’AMBULATORIO E DELLE VISITE
- ✓ PRESTAZIONI FORNITE
- ✓ TELEFONO: NUMERO DELL’AMBULATORIO, IN CHE ORARI SI PUO’ CHIAMARE. NUMERO DI CELLULARE DA UTILIZZARE SOLO PER LE URGENZE
- ✓ RICETTE PER LE TERAPIE CRONICHE: MODALITA’ PER RICHIEDERLE E TEMPI DI RICONSEGNA
- ✓ URGENZE: MODALITA’ DI RICHIESTA DI VISITE URGENTI

Adotterò il sistema di accesso su appuntamento, che giudico migliore soprattutto perché permette ai pazienti di sapere in che orario saranno ricevuti senza sprecare tempo in lunghe attese in una sala d’aspetto affollata. Considero però importante lasciare sempre liberi dei momenti prestabiliti da riservare alle urgenze, per visitare in tempo utile chi ha delle esigenze non programmabili

senza intaccare eccessivamente il regolare svolgimento delle visite su appuntamento.

Sarà fondamentale la presenza di una segretaria, che si occupi di dare informazioni ai pazienti, della preparazione delle ricette ripetitive, di rispondere al telefono e della prenotazione degli appuntamenti.

Vorrei essere affiancata da un infermiere, che durante le ore di ambulatorio svolga mansioni ben precise come la misurazione della pressione arteriosa, le iniezioni, le medicazioni, le vaccinazioni, l'educazione sugli stili di vita e la compilazione della parte di cartella clinica che riguarda BMI, circonferenza vita, abitudine al fumo. Credo che riuscire ad instaurare un valido rapporto di collaborazione con infermiere e segretaria sia di grande aiuto per i medici e per i pazienti stessi, e penso che sia importante in quest'ottica cercare di trovare dei momenti per discutere insieme le eventuali problematiche che possono insorgere, le novità dal punto di vista clinico e normativo, i possibili cambiamenti da introdurre nel modo di lavorare per migliorare ciò che ci sembra non funzionare in maniera ottimale .

L'utilizzo corretto del telefono è di grande importanza per me: per questo farò in modo che la segretaria sia istruita per poter fare da filtro alle chiamate, passandomi soltanto quelle realmente urgenti. Il

cellulare sarà acceso dalle 8:00 alle 20:00 durante i giorni lavorativi, e le due ore del sabato mattina come stabilito nell'Accordo Collettivo Nazionale. Durante le ore di ambulatorio sarà compito della segretaria rispondere alle chiamate sul cellulare, in modo da evitare il più possibile interruzioni delle visite. In ogni caso il numero del cellulare sarà dedicato alle chiamate per problematiche urgenti, e questo concetto sarà ben specificato nella Carta dei Servizi e dovrà essere ribadito a tutti pazienti che lo utilizzano per esigenze di altro tipo.

Un altro aspetto che trovo degno di grande attenzione è la scelta del tipo di associazione di cui fare parte: vorrei lavorare in una Medicina di Gruppo, dove mettere in comune con i colleghi problematiche non solo di natura burocratica ed economica ma anche clinica. Ritengo molto importante e stimolante avere dei momenti di confronto, a cadenza fissa, in cui ognuno possa presentare ai colleghi le situazioni che gli hanno generato maggiori difficoltà di gestione, per discuterle insieme. In questo modo ciascuno può contribuire con le sue competenze all'arricchimento collettivo, anche nell'ottica di una maggior necessità per il MMG di acquisire nuove capacità vista la carenza generale di risorse dei Sistemi Sanitari per sostenere i servizi specialistici sul territorio e le dimissioni sempre più precoci dei pazienti dopo i periodi di ricovero ospedaliero.

Inoltre, alla luce di queste considerazioni, credo che sia necessario organizzare nell'ambito dell'AFT delle occasioni di incontro con gli specialisti con cui la Medicina Generale si trova a confrontarsi più spesso, sia come necessità di scambio culturale ma soprattutto come momenti di conoscenza reciproca che sono la base per creare delle relazioni professionali fluide e collaborative da ambo le parti.

Ritrovarsi insieme a discutere le problematiche che interessano tutti può aiutare a mettere in luce i diversi modi di affrontarle che sono propri di ciascuna disciplina, e magari a superarle.

Infine, il tempo extraclinico: uno degli scopi dell'organizzazione che ho delineato è quello di difenderlo il più possibile, sia per dedicare alla mia famiglia le attenzioni che merita, sia per cercare di aggiungere sempre qualcosa al mio bagaglio culturale, scientifico ed emotivo tramite la partecipazione a progetti di ricerca. La Medicina Generale, infatti, non è soltanto un ambito in cui applicare conoscenze prodotte altrove, ma è anzi un ambiente ideale per lo sviluppo di una ricerca "patient centered", con la sua vasta popolazione di studio, non selezionata come nel caso dei trial e non isolata dal proprio contesto sociale. Inoltre è un metodo efficace per affrontare i problemi che affliggono i pazienti nella loro complessità e che spesso non giungono all'attenzione degli specialisti e non vengono quindi studiati.

Accoglierò anche nel mio ambulatorio i tirocinanti del Corso di Formazione in Medicina Generale, che sono un arricchimento notevole sia per gli stimoli e le competenze che portano, sia per la possibilità di confronto quotidiano che nessuna altra figura professionale offre.

## Bibliografia

ISTAT, Popolazione per sesso, età e stato civile, 2016.  
Available from [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).

ISTAT, Bilancio demografico nazionale, 2017. Available from  
[www.istat.it](http://www.istat.it).

Milano M., Gherardi S., Bruni A., et al., E tu, come ti sei organizzato? *Il Sole 24 ORE*, 2008.

Roti L., Gostinicchi S., Bellini I., Sanità di iniziativa in Toscana, 2017.  
Available from [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info).

Seghieri C., et al., QualicoPC. Uno studio multicentrico per valutare la qualità, i costi e l'equità nelle cure primarie. *CARE* / 2013.

