

2013



Condividere i processi decisionali

Il coinvolgimento attivo dei pazienti
può migliorare l'efficacia e l'efficienza delle cure ?



Condividere i processi decisionali

*Il coinvolgimento attivo dei pazienti
può migliorare l'efficacia e l'efficienza
delle cure ?*

A CURA DEL CENTRO STUDI DELLA FIMMG

PREFAZIONE

Non è sempre facile individuare un tema di coinvolgente attualità per una associazione professionale, sul quale indirizzare l'indagine di analisi e di ricerca che caratterizza l'attività annuale del proprio Centro Studi. Non lo è, in particolare, se ci si vuole un poco discostare dai problemi e dagli ambiti che, in questi periodi, tengono alta l'attenzione della categoria: la riorganizzazione delle cure primarie, il rinnovo contrattuale, le sfide dell'informatica e della tecnologia, le conseguenze del disagio che la professione come l'intero Paese sta vivendo, ...

Siamo voluti ritornare, in questa occasione, ad interessarci di un aspetto fondante della nostra attività, che costituisce fulcro stesso del nostro lavoro: il rapporto con i nostri assistiti.

Si tratta di una relazione che si è evoluta con il tempo, che è sicuramente cambiata soprattutto in questi ultimi anni e che è destinata, nei prossimi periodi, ad inevitabili ulteriori trasformazioni.

I fattori e le dinamiche che su questi aspetti influiscono sono enormemente complessi, spesso relativi ai mutamenti universali ed antropologici della nostra società, in grado di condizionare gli stessi esiti delle attività di prevenzione, diagnosi e cura.

In questa occasione, abbiamo cercato di comprendere in particolare quanto influisce sugli esiti del processo assistenziale il conferimento di una più alta responsabilità al paziente nel momento in cui è chiamato, con maggior vigore, a collaborare su strategie, percorsi ed obiettivi. Pur trattandosi di questioni che da sempre sono al centro del patto di alleanza tra medico e paziente, esse trovano nelle logiche attuali del cambiamento, della riorganizzazione, della gestione ottimizzata delle risorse, elementi di rinnovata attenzione ed interesse.

Termini come *patient empowerment, engagement, involvement*, di cui la recente letteratura si sta arricchendo, rappresentano appunto i concetti di coinvolgimento, di corresponsabilizzazione e di aumento del potere contrattuale del paziente, che sono alla base di una relazione che nel tempo si è sicuramente modificata ed evoluta tra soggetto erogatore e fruitore della prestazione medica.

Quanto queste nuove istanze siano in grado di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle cure non è ancora chiaro; non sappiamo sinora neanche quanto la Medicina Generale affronti con consapevolezza questi cambiamenti, se sia in grado in qualche modo di governarli e se, comunque, ne percepisca l'entità e le possibili ripercussioni sugli esiti delle cure.

L'indagine che abbiamo condotto ha avuto appunto l'obiettivo di comprendere la sensibilità della professione verso questa inevitabile tendenza al coinvolgimento più attivo del paziente, di verificare se esistono delle strategie che possano comunque sostenerne la realizzazione, di riportare quanto gli stessi medici riferiscono, in questa prospettiva, come auspicabili vantaggi o temute conseguenze.

Per completare il panorama di studio su questo argomento, Doxa-Pharma, di concerto a questa iniziativa e condividendo i nostri stessi obiettivi, ha condotto un'indagine su un campione rappresentativo della popolazione del nostro Paese, riuscendo ad ottenere la visione, su questi aspetti, che proviene direttamente dai nostri assistiti.

Come in altre occasioni, il lavoro di preparazione, stesura del questionario, elaborazione e commento dei dati è stato possibile avvalendoci della insostituibile opera del Prof. Aldo Piperno, ordinario presso l'Università Federico II di Napoli, e del suo collaboratore Dott. Marco Centra.

Il Centro Studi Nazionale della FIMMG anche in questa circostanza ha trovato massimo supporto e disponibilità negli organi direttivi dell'associazione, nel suo Esecutivo, nel Segretario Generale, Giacomo Milillo e nel Presidente Nazionale, Stefano Zingoni.

Nessuna delle indagini che il Centro Studi ha condotto in questi anni sarebbe stata chiaramente possibile se non ci fosse stata la partecipazione affidabile e competente dei nostri iscritti, che sempre, ad ogni invito alla compilazione dei questionari, hanno dimostrato quanto può essere condivisa e collaborativa l'adesione ad una associazione professionale.

Paolo Misericordia

Responsabile Centro Studi Nazionale della FIMMG

INDICE

Introduzione	pag. 7
STATO DELL'ARTE: LETTERATURA PRINCIPALE	“ 9
<i>Shared decision making</i> nella letteratura medico-clinica	“ 11
<i>Shared decision making</i> nella letteratura non medico-clinica	“ 14
CARATTERISTICHE E METODOLOGIA DELLA RICERCA	“ 18
RISULTATI	“ 24
<i>I determinanti della salute: di chi è la responsabilità?</i>	“ 24
<i>La visione dei medici sul livello di informazione dei pazienti e sull'uso che ne fanno</i>	“ 34
<i>Valutazioni finali dei medici sulla strategia del “patient engagement”</i>	“ 54
L'INDAGINE SUI PAZIENTI	“ 59
SINTESI DEI RISULTATI	“ 65
ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI	“ 68
BIBLIOGRAFIA	“ 71
Allegato 1. IL QUESTIONARIO	“ 73
Allegato 2. LE TABELLE	“ 87

Introduzione

Il presente Rapporto descrive e commenta i risultati di un lavoro empirico realizzato dal Centro Studi della FIMMG nel 2013 intorno al tema generale dell'empowerment dei pazienti nei processi di cura sotto il profilo delle sue molteplici declinazioni concettuali ed operative.

Che il paziente debba e possa avere un ruolo non meramente passivo ma partecipativo nel rapporto col medico curante, è stata, ed è ancora oggi, una convinzione diffusa presso i *policy makers*, gli operatori, in primis i medici, e gli utenti, individualmente e attraverso le loro associazioni di rappresentanza. La convinzione è che se il paziente partecipa consapevolmente alla gestione della sua salute e delle decisioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche, che a proposito vengono prese, ne risulta un valore aggiunto sia sotto i profili dell'efficacia che dell'efficienza.

Tale convinzione, nei Paesi dotati di Sistemi Sanitari evoluti, ha assunto un rilevanza tale da essere supportata da vere e proprie strategie di implementazione secondo cui impostare il rapporto medico-paziente, con il supporto di organismi internazionali, autorità sanitarie e, in sostanza, di (quasi) tutti gli attori della sanità. Non si è trattato di una strategia statica ed immobile, ma di un modo generale ed esteso di concepire e condurre il rapporto medico-paziente, che ha subito nel corso del tempo evoluzioni, cambiamenti e sperimentazioni sostanziali. Se a parole, passare da una visione, per così dire, paternalistica del rapporto medico-paziente, in cui il primo, proprio in quanto esperto e agente del paziente ha un ruolo "dominante" e il secondo, proprio in quanto "inesperto", ha un ruolo "subalterno", ad una visione in cui il paziente è attivo, partecipa, discute e decide insieme al medico, potrebbe apparire semplice quanto appropriato,

operativamente, non è né scontato, né facile, né sempre opportuno, a volte incerto negli effetti quanto non addirittura negativo nelle conseguenze.

Come, in quale ambito assistenziale, attraverso quali strumenti mettere in pratica questa strategia (e studiarne gli effetti) è quindi il problema.

L'obiettivo dello studio di cui qui si presentano i risultati è stato quello di indagare il suddetto problema e dare contenuto alla visione che i Medici di Medicina Generale (MMG) hanno a proposito; quale consapevolezza ne hanno, quali profili apprezzano e in che misura, se praticano approcci e tecniche orientate alla compartecipazione decisionale con i pazienti, con quali pazienti in particolare, quali problemi sperimentano e quali effetti si producono.

Metodologicamente, lo studio è stato condotto, al pari di studi precedenti, secondo la tecnica del sondaggio statistico rivolto ad un campione di medici. Sondaggio reso possibile dalla disponibilità di un software di rilevazione, peraltro recentemente aggiornato, presso la FIMMG nazionale.

L'esigenza di scientificità del lavoro da svolgere ha richiesto un approfondimento sul tema tramite una vasta analisi letteratura, la messa a punto di stimatori statistici, la definizione di un questionario e di un sistema di elaborazione dei dati.

I successivi paragrafi si soffermeranno su questi aspetti e, a seguire, sull'illustrazione dei principali risultati scaturiti dallo studio. I risultati presentati saranno descritti tramite tabelle bivariate e multivariate. Un breve e semplice commento accompagnerà la presentazione dei risultati.

Si concluderà il Rapporto con alcune osservazioni conclusive, mentre il principale protocollo di indagine (questionario) viene riportato in appendice.

STATO DELL'ARTE: LETTERATURA PRINCIPALE

L'obiettivo primario dell'assistenza sanitaria è, o dovrebbe essere, quello di migliorare la qualità delle cure ricorrendo ad una pratica clinica basata sulle evidenze e sull'appropriatezza e su un impiego delle risorse allocate vincolato alle effettive necessità, senza sprechi e senza inefficienze. In questo contesto, la sfida principale è quella di dare risposte ai bisogni dei pazienti, ivi incluse la dignità, l'autonomia e l'informazione, in quanto caratteristiche associate alla compliance, al sollievo dei sintomi, ai buoni esiti delle cure, con soddisfazione degli stessi pazienti e dei loro medici curanti. Un'assistenza sanitaria che è coerente con i suddetti profili è quella che viene individuata e definita come *patient centered care* (IOM, 2001).

Ai fini di specificare il contesto entro cui poter condurre efficacemente una ricerca essenziale di letteratura, si è fatto riferimento ad una sorta di "contenitore concettuale", strumentalmente utile per individuare le trattazioni e le evidenze principali. Dopo numerose prove relative all'uso di contenitori efficienti, si è deciso di utilizzare il concetto generale di *shared decision making*. La ragione è semplice: mentre "partecipazione", "coinvolgimento", "empowerment" e simili sono concetti generali con i quali è possibile ricondurre un'infinità di letteratura in quanto concetti di "policy", di "strategia" e di "orientamento", la definizione di *shared decision making* assume connotazione più direttamente operativa. Con questo passaggio si esce dall'indeterminatezza e si fa esplicito riferimento al momento essenziale dell'incontro del paziente col medico: la decisione su cosa fare nel caso specifico, sia per una diagnosi che per una terapia e, in particolare, una decisione "condivisa", presa insieme ed insieme implementata. Pur nella giusta diversità dei ruoli, in un'assistenza fondata su questo tipo di condivisione, entrambi le parti si assumono le proprie responsabilità, convinte (o almeno così dovrebbe essere) che in tal modo

l'esito, ferme le imprevedibilità e le avversità della "natura", diventa la conseguenza di quello e di quanto entrambi gli attori hanno deciso. Va da sé che tale contesto richiama l'esigenza "comportamenti" consequenziali: se le decisioni sono condivise, nel senso che sono prese insieme, le parti si assumono la responsabilità di comportarsi coerentemente. Tanto per esemplificare: un paziente può preferire un corso di cura tra una molteplicità di opzioni che il medico rappresenta. Ognuna ha un esito prevedibile, un costo, una "sofferenza", una probabilità di successo. La scelta non può che implicare una conseguenza: salvo imprevedibilità, come sopra detto, l'arco degli esiti è predeterminato, le aspettative sono quelle "possibili" nelle premesse che entrambi gli attori hanno "accettato" e responsabilmente implementato.

Segue una rassegna limitata alla letteratura principale su questo tema specifico, con riferimento, in primo luogo, a quella di natura medico-clinica e poi alla letteratura che approccia il problema da un punto di vista organizzativo, sociale, attitudinale e, meno specificamente, medico.

Shared decision making nella letteratura medico-clinica

Tecnicamente, con *shared decision making* si indica: “un approccio secondo cui i medici e i pazienti condividono la migliore evidenza disponibile quando devono affrontare il compito di prendere decisioni e quando i pazienti sono supportati al fine di valutare le opzioni e realizzare consapevolmente le loro preferenze” (Elwyn, Laitner et al., 2010). Tale situazione è rilevante in molti scenari clinici dove due o più corsi appropriati di azione esistono e dove si presentano benefici e rischi diversi. In questi contesti cosiddetti “sensibili” si “annida, secondo Wennberg (2011) una quota considerevole di spesa sanitaria. Secondo Sepucha (2011) in tali ambiti dovrebbero avere un peso le preferenze dei pazienti, soprattutto per orientare la strategia di intervento.

Si genera di conseguenza una sorta di paradosso in quanto i medici sono gli attori che hanno expertise, competenza ed esperienza del fare diagnosi e definire i piani di trattamento, in contrasto con i pazienti che hanno una conoscenza tecnica limitata della loro condizione. E allora: perché dovrebbe risultare opportuno un approccio di *shared decision making* ? Una possibile risposta è che mentre i medici sanno come operare efficacemente dal punto di vista tecnico, non sempre le loro azioni coincidono con le attese, le preferenze e i valori dei pazienti. Mulley, Trimble et al. (2012) hanno etichettato questa situazione come *silent misdiagnosis*, non volendo indicare un errore tecnico, ma una decisione presa o di un percorso condotto senza aver la certezza che siano quelli che il paziente, tra le possibili opzioni, preferisce. Il termine “preferenza” non sta indicare una sorta di desiderio generico, una predilezione seppur legittima di un corso d’azione ritenuto, per così dire, più “piacevole”. Tecnicamente, il termine sta ad indicare una volontà di essere curato in un modo piuttosto che in un altro (ferma restando l’appropriatezza e l’efficacia delle alternative), di correre alcuni piuttosto

che altri rischi, di sopportare o meno alcuni piuttosto che altri disagi e via dicendo.

Un po' di letteratura relativa a situazioni cliniche concrete può aiutare ad esemplificare quanto sopra espresso in termini concettuali. Un intervento per ernia del disco può comportare per il paziente conseguenze avverse e spesso tale situazione si risolve nel tempo senza intervento chirurgico (Gigerenzer e Gray, 2011). La scelta tra chirurgia e gestione medica del caso può dipendere dalla valutazione dei rischi e dei benefici delle alternative da parte del paziente.

Un altro esempio può essere il trattamento di pazienti affetti dalla malattia di Parkinson. I pazienti possono dare priorità alla possibilità di comunicare efficacemente con amici e parenti, mentre il medico potrebbe dare priorità rispetto al successo della terapia in termini di riduzione del tremore. Secondo Reuben e Tinetti (2012), ottimizzare alcuni targets clinici può andare a discapito della qualità della vita e dello stato generale di benessere.

Esempi di tal genere sono presente in una consistente letteratura clinica, e programmi assistenziali fondati sull'approccio della *shared decision making* sono in corso presso innumerevoli istituzioni (NHS Direct, 2010).

Il ricorso a questo approccio non è ristretto, peraltro, alle decisioni diagnostiche e ai trattamenti, ma si estende al complesso della pratica clinica. Ad esempio, si sta arricchendo la letteratura sull'efficacia contraddittoria di molti test di screening. Ad esempio, la "*Breast Cancer initiative*" negli Stati Uniti assiste ogni anno circa 1000 donne che devono affrontare difficili scelte in materia di opzioni di trattamento (Feibelman, Yang et al., 2011) a seguito di contrastanti risultati diagnostici; in tali situazioni, muoversi in base ad una condivisione delle scelte dovrebbe essere considerato non solo opportuno ma decisamente necessario.

Una parte della letteratura clinica si occupa anche di individuare i metodi e le tecniche in base a cui implementare la condivisione dei processi decisionali. Si può riassumere questa letteratura in tre filoni. Un primo filone è quello che riguarda il training dei medici nello sviluppare le tecniche di comunicazione. C'è evidenza che una comunicazione appropriata migliora la consapevolezza dei pazienti e la loro soddisfazione (Coulter, Ellins et al., 2006). Il secondo approccio, invece, focalizza sulla formazione dei pazienti. I pazienti sono addestrati a sviluppare la loro capacità di dialogo con i medici tramite un addestramento che li mette in grado di elaborare schemi di domande da rivolgere al medico in occasione di eventi diagnostici. L'evidenza di questa studi è che i pazienti ricavano un beneficio in termini di riduzione dell'ansia, soddisfazione e consapevolezza (Sepucha, 2011). Il terzo approccio riguarda infine l'adozione di vere e proprie tecniche decisionali, nello specifico finalizzate a dare al paziente elementi concreti di analisi per prendere decisioni informate. Esiste negli Stati Uniti un Ente (Healthwise) che gestisce più di 130 strumenti di tecniche decisionali che sono diffuse tramite un sito internet (WebMD) (IMDF, 2012).

Quali sono i risultati ?

Un recente Report Cochrane fondato su una estesa e accurata revisione della letteratura conclude che la condivisione delle decisioni produce una migliore comunicazione tra medici e pazienti, maggiore entusiasmo dei pazienti, conoscenza, comprensione dei *trade-offs* tra opzioni cliniche e maggiore coinvolgimento delle parti (Stacey, Bennet et al., 2012).

Va detto, però, che anche in questi ambiti, la letteratura non sempre riporta risultati positivi, soprattutto nelle occasioni in cui le normali tecniche di

condivisione possono essere implementate con difficoltà (programmi relativi alla gestione del fine vita).

La letteratura clinica non disdegna di occuparsi anche delle questioni economiche.

A questo proposito, la raccomandazione è di distinguere tra riduzione del tasso di utilizzazione dei servizi ed effettiva riduzione dei costi. Anche se forme di condivisione possono ridurre l'utilizzazione, questo non si traduce automaticamente in una riduzione del costo. Secondo il già citato Report Cochrane, il ricorso alle tecniche di condivisione decisionale ha prodotto un 20% di minor utilizzo dei servizi relativamente ad alcuni interventi e situazioni cliniche (ad es. lo screening del PSA). In altri casi, si è verificato che l'utilizzazione è stata semplicemente rimandata oppure che la riduzione si è poi rivelata temporanea. In conclusione, per questo aspetto non sembra che esistano ricette valide sempre, ovunque e per tutta la casistica.

Shared decision making nella letteratura non medico-clinica

Una parte della letteratura approfondisce il significato dei concetti e dei termini (Sahlsten, J. et al, 2008; Entwistle, W.. e Watt,I, 2006). Si distingue tra:

- a) patient empowerment
- b) patient participation
- c) patient involvement
- d) patient engagement

Si è precedentemente accennato a questa terminologia per dire che i suddetti non sono concetti operativi, ma piuttosto concetti che informano sul modo di concepire il rapporto medico-paziente. Si può in ogni caso affermare che

mentre l'*empowerment* è un “meta-concetto”, anche il più antico, con il quale si voleva contrapporre al tradizionale approccio della cosiddetta “*medical dominance*” (Freidson,1970), l’approccio secondo cui al paziente deve esser dato un maggiore potere di determinazione nelle scelte e di autonomia, ancorché da specificare e declinare, il concetto di “partecipazione” allude con maggior precisione ad un ruolo attivo del paziente. Lo stesso si può dire del concetto di “coinvolgimento” che di per sé non è altro che una forma e/o un risultato della partecipazione. Il panorama cambia con l’introduzione del concetto di “engagement”, ovvero di “corresponsabilizzazione” delle e nelle scelte. In questo caso si vuole evocare qualcosa di effettiva differenza. Sia il medico che il paziente sono calati in un contesto di “asimmetria informativa” : il primo “ne sa” di più e il secondo di meno, il primo “ne ha” la competenza tecnica, il secondo no. Cosa allora vuole o vorrebbe dire “corresponsabilizzazione” ?

Come è possibile che il paziente sia corresponsabile insieme al medico in materia di scelte diagnostiche, terapeutiche e, in generale, di gestione della caso ?

La risposta che si trova in letteratura (almeno presso alcuni autori) è la seguente: corresponsabilizzare il paziente significa informazione, discussione, valutazione delle opzioni, laddove esistono e sono possibili, e, in fine, una decisione comune sulle azioni da intraprendere.

Corresponsabilizzazione vuol dire ancora di più. L’esito delle cure scelte, il buon esito, non è un risultato automatico delle prescrizioni mediche, ma il risultato complessivo di vari comportamenti da parte del paziente: compliance rispetto del regime delle cure, astensione da comportamenti nocivi (fumo, alcool e alimentazione). Anche se non è un concetto tecnico e scientifico, la corresponsabilizzazione evoca il comune detto: “chi è causa

del suo male, pianga se stesso”. In altri termini, se il buon esito delle cure fallisce, anche il paziente può essere “responsabile”, come può esserlo il medico che non ha messo in atto un approccio al paziente fondato su tecniche di informazione, coinvolgimento e corresponsabilizzazione.

Mentre la rassegna di letteratura sul tema della *shared decision making* è “semplice” in quanto il concetto è operativo, quella relativa ai suddetti termini è più complessa, proprio in quanto ogni autore utilizza concetti e termini che a suo parere meglio illustrano il suo obiettivo e la sua indagine. In altri termini, la ricerca di letteratura è viziata dal fatto che talvolta i termini suddetti sono utilizzati per dare un senso generale alla ricerca o allo studio, ma alludono, anche se diversi, a medesimi oggetti di analisi. Se ne fornisce, nonostante questi limiti, una breve rassegna.

Una parte degli studi è di natura descrittiva. Alcuni valutano se nei casi specifici si è verificata una forma di partecipazione e/o di condivisione, oppure quali sono le richieste che i pazienti hanno avanzato ai loro medici e, laddove sono state avanzate, se c’è stata soddisfazione da parte dei pazienti. Parecchi studi indagano se i pazienti sono effettivamente interessati ad un rapporto partecipante, di coinvolgimento e di condivisione delle scelte. Quando ai pazienti si chiede se il loro medico li ha coinvolti: di solito essi rispondono soffermandosi su aspetti quali il rispetto che i medici hanno dimostrato nei loro confronti e se hanno ascoltato quanto avevano da dire.

Altra letteratura descrive le modalità attraverso cui è stata data informazione e quali sono stati gli strumenti decisionali che, a loro modo di vedere, sono stati più utili ai fini di una partecipazione attiva alle scelte. Un sondaggio condotto dal NHS britannico ha trovato che il 47% dei pazienti ricoverati, il 30% degli ambulatoriali, il 32% dei pazienti in visita presso il *general*

practitioner, avrebbero voluto avere più input e scelta rispetto alle decisioni di cura. Il sondaggio identifica anche le aree di miglioramento. Queste riguardano l'informazione sugli effetti collaterali delle cure, gli strumenti per monitorare il proprio stato di salute e controlli medici in materia di esercizi fisici e diete. In generale, gli studi hanno trovato che i pazienti vogliono più informazione rispetto a quanto il NHS ha da offrire in termini di modalità di cura. Una serie di papers del King's Fund riguarda come i pazienti concepiscono e vedono la gestione delle loro condizioni croniche e quali servizi essi indicano come necessari (www.kingsfund.org, papers sul tema dell'*information strategy*, 2012)

Altro tema studiato riguarda le barriere che si frappongono rispetto ad un rapporto medico-paziente orientato in generale alla partecipazione. I medici si lamentano della mancanza di tempo; si interrogano se sia il caso di coinvolgere pazienti che non sono e si dimostrano di non essere interessati e soprattutto non vogliono condividere le scelte e tantomeno di co-determinarle. Eppure c'è una convinzione diffusa, basata su vari studi, in base a cui si ritiene necessario fornire ai medici un'appropriata preparazione in materia al pari di quella necessaria ai pazienti. Anche se i pazienti sono assai differenti gli uni dagli altri ed alcuni preferiscono affidarsi al medico, l'implementazione di un approccio partecipativo, di coinvolgimento e di coreponsabilizzazione viene indicato come un obiettivo prioritario dell'assistenza sanitaria del XXI secolo.

CARATTERISTICHE E METODOLOGIA DELLA RICERCA

Il tema principale studiato nell'indagine FIMMG è riconducibile ai profili descrittivi e problematici della *shared decision making*, ovvero della condivisione tra medici e paziente dei processi decisionali e delle scelte in materia di diagnosi e cura. Come verrà precisato nella parte metodologica, si è scelto di indagare sulla visione, sull'esperienza, sulle opinioni e attitudini e sulle valutazioni dei medici per arrivare a delineare lo stato dell'arte della materia, anche in relazione alle visioni, attitudini e comportamenti dei pazienti. Tale scelta è fondata, da un lato, sulla convinzione che debbano essere i medici a riferire direttamente in quanto attori e titolari della pratica clinica reale e, dall'altro, sull'ipotesi che i medici sono conoscitori e testimoni privilegiati del "sentiment" e del comportamento dei loro pazienti.

I profili sono nello specifico i seguenti :

- Da cosa dipende la salute, ovvero, quali ne sono le determinanti ? E chi dei due attori è "responsabile" (nei limiti in cui la salute può variare in funzione del comportamento dei medici e dei pazienti e non per cause oggettive, di natura, non governabili)? O meglio, riconoscono, sono consapevoli i medici e i pazienti che c'è uno spazio operativo e pratico in relazione al fatto che si può migliorare o danneggiare e, in alcuni casi, determinare lo stato di salute? Lo studio di questo profilo è stato concepito come uno studio "strumentale" per verificare se concezioni e orientamenti specifici attribuiscono almeno in parte le sorti dello stato di salute ai comportamenti dei medici e dei pazienti
- Qual è il tipo e il livello di conoscenza che, a detta dei medici, i pazienti hanno in materia di salute, cure e modalità delle cure ? Quali sono le fonti di conoscenza ? I pazienti vengono in visita informati, hanno

opinioni e aspettative che prospettano e discutono col medico ? Possiedono, in altri termini, quello che in letteratura è stato definito come “un piano di trattamento” o, quantomeno, uno schema anche elementare di quello diranno al medico ?

- In che misura i medici adottano pratiche di coinvolgimento dei pazienti ? Quali sono queste pratiche ? Sono puramente informative, oppure dialoganti, oppure di confronto e reale condivisione ? In che misura i medici credono nell'efficacia e nell'utilità di coinvolgere i pazienti e, in caso affermativo, per quali pazienti: tutti o solo alcuni ritenuti capaci e adatti a stabilire con loro un rapporto attivo ? Esistono ostacoli all'instaurazione di una modalità di cura condivisa e, se esistono, quali sono nello specifico e quanto impattano sulla pratica clinica ?
- Qual è la valutazione dei medici in ordine al coinvolgimento, nelle sue varie modalità, dei pazienti ? Ritengono tali modalità efficaci, praticabili, desiderate dai pazienti ? ed in particolare, può il setting della medicina generale essere quello ove tali modalità di cura hanno maggiori probabilità di successo ?

Le suddette domande sintetizzano i profili che sono stati studiati attraverso il questionario allegato (Allegato 1).

Dal punto di vista squisitamente metodologico, l'indagine condotta è classificabile come sondaggio ed è coerente con le tecniche standard che si utilizzano a proposito. Nello specifico, il questionario è stato somministrato ad un campione stratificato di medici per classi d'età, genere ed area geografica pari a 973 medici appartenenti all'universo degli iscritti alla FIMMG. L'articolazione del campione è stato reso coerente, attraverso tecniche di post-stratificazione, alla distribuzione dell'universo dei MMG secondo l'archivio ENPAM.

Le stime campionarie sono riconducibili all'universo dei medici in una "forchetta" intorno al 3% nel punto massimo di variazione (ad esempio, se alla domanda, il 50% risponde in un modo ed il 50% in un altro). L'arco di variazione diminuisce al diminuire del campo di variazione.

Un aspetto metodologico che si è rivelato assai importante in questa indagine (come peraltro in tutta la letteratura già commentata) riguarda la misurazione. Il problema è infatti come si può studiare e, misurare nei diversi modi di implementazione, il comportamento orientato allo *shared decision making* nelle sue varie declinazioni (partecipazione, coinvolgimento e corresponsabilizzazione).

Si è precedentemente notato che i concetti e termini in voga non sono concetti operativi e tanto meno concetti univoci. Se si chiede ad esempio a 2 o più medici: "*Coinvolgi i tuoi pazienti nelle scelte di diagnosi e cura*", non si può escludere il caso che entrambi o tutti rispondano affermativamente, ma che due, una parte o tutti, intendano per "coinvolgimento" qualcosa di diverso. La possibilità di tale "bias" tecnico di misurazione pone una sfida metodologica di grande portata che non può essere eliminata, ma solo "contenuta" specificando i profili e gli aspetti concettuali che al termine "coinvolgimento" viene dato dal ricercatore. Detto in altri termini, occorre che il ricercatore definisca preliminarmente con esattezza "cosa intende" per coinvolgimento, nella consapevolezza che i possibili contenuti e significati possano essere diversi e non univoci. Definiti questi, occorre poi che i profili operativi siano specificati attraverso domande e/o insiemi di domande con relative risposte. Nell'effettuare questa operazione è necessario che il ricercatore definisca a priori quali sono le risposte ("sì" o "no", in che misura, ecc.) che indicano la concezione o l'attitudine o l'informazione dei rispondenti. E, cioè, occorre prestabilire che, ad esempio, se i partecipanti rispondono "sì" a un certo numero di domande, i medesimi

sono classificabili come rispondenti che hanno un'opinione o un'informazione di un certo tipo piuttosto che un altro. Sono, ad esempio, favorevoli a quella specifica modalità di coinvolgimento, oppure è “vero” che quella modalità viene praticata. Così facendo si contiene il bias ovvero il pregiudizio sul significato delle risposte. Si potrebbe dire, per rendere più comprensibile il concetto, che tale procedura di misurazione standardizza le risposte e contribuisce a migliorare il grado di univocità delle medesime.

Questa procedura va a limitare una difficoltà che riguarda tutti i ricercatori che studiano queste e analoghe questioni. Con queste premesse viene di seguito riportata una breve rassegna della letteratura disponibile sulla valutazione e misurazione del coinvolgimento.

Elwyn, G. et al (2001) hanno studiato con sistematicità e approfondimento il problema passando in rassegna la principale letteratura in materia. Metodologicamente, lo studio è stato realizzato utilizzando parole chiave di ricerca in banche dati tipo Medline, CinAHI, Psychlit, Embase, Assia e altre. Gli articoli e i documenti sono stati estratti in base a due criteri :

a) la rilevazione degli elementi e delle modalità di coinvolgimento dei pazienti doveva essere stata realizzata dai ricercatori tramite “osservazione diretta” degli effettivi incontri medico /paziente, ad esempio registrazione voci, videotapes e simili;

b) la rilevazione doveva riguardare almeno uno dei seguenti aspetti che potevano essere considerati come indicatori del coinvolgimento:

- coinvolgimento implicito o esplicito del paziente nel processo decisionale
- opinioni, timori e aspettative dei pazienti in ordine ai trattamenti
- rappresentazione di alternative circa percorsi diagnostici e terapeutici

- fornitura di informazioni secondo schemi standard
- analisi del processo decisionale
- accettazione del processo decisionale e preferenze delle parti
- discussione e assunzione di decisioni
- organizzazione di follow up.

La realizzazione della ricerca secondo i suddetti criteri ha condotto gli autori a individuare i molti strumenti utilizzati e proposti in letteratura (vedi allegato 2 anche per bibliografia raccolta e studiata). Per ogni strumento lo schema dell'allegato riporta il nome dello strumento, il paese ove è stato messo a punto, il concetto fondamentale alla base del costrutto, i profili operativi che rappresentano il contenuto del concetto, il tipo di eventi (visite, interventi, ecc.) cui è stato applicato lo strumento di misurazione e il tipo di documentazione disponibile.

Ai fini del presente lavoro è importante segnalare che la maggior parte degli strumenti sono le scale di misurazione. Queste sono di solito composte di insiemi di domande e risposte volte a mappare il posizionamento dell'evento o del soggetto cui vengono somministrate. Il risultato del posizionamento viene riassunto in un "punteggio" (score) che da per l'appunto la misura specifica attribuita che varia tra un punteggio minimo e massimo (ad es. il QI, quoziente di intelligenza viene misurato attraverso vari tipi di scale e fornisce, rispetto a chi lo esegue, un punteggio). I punteggi hanno valori medi e oscillano nelle popolazioni tra minimi e massimi. Altra analogia ma più recente bibliografia essenziale relativa alla misurazione è contenuta in : Ryan P. e Vaughan D. 2013 ; Rinon A. et al., 2011; Scholl I. et al., 2012; Ahlen GC et al.; 2007.

Il questionario utilizzato nel presente lavoro è prevalentemente fondato su scale di misurazione costruite attraverso sintesi, adattamenti e prove degli strumenti presenti in letteratura.

RISULTATI

In questa parte del Rapporto si riportano i risultati principali della ricerca. L'esposizione sarà articolata facendo riferimento alle sezioni del questionario e ad un breve commento delle tabelle. Esposti e argomentati i risultati si procederà ad elaborare una visione di insieme al fine di verificare, anche in riferimento alla letteratura in materia, quanto hanno espresso i MMG.

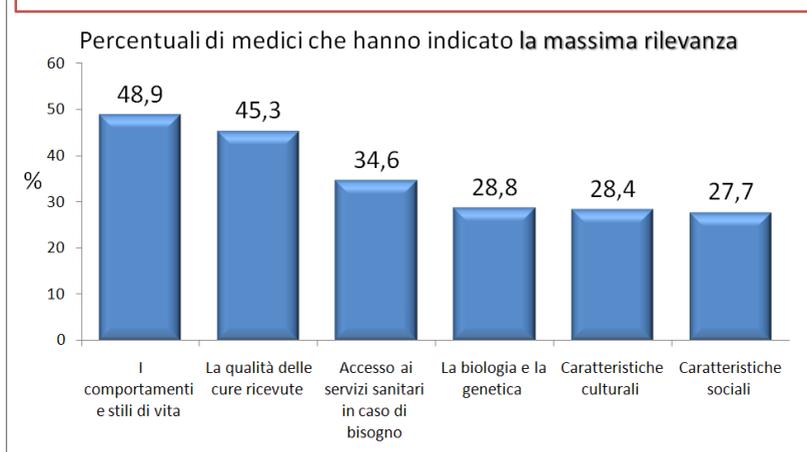
I determinanti della salute: di chi è la responsabilità ?

Lo stato di salute può essere attribuito ad un insieme di fattori, individualmente e in concomitanza. Di solito si fa riferimento ai seguenti :

- le caratteristiche sociale della popolazione (è notorio, ad esempio, che l'età è una forte determinante di salute)
- le caratteristiche culturali (ad esempio, l'istruzione, la conoscenza delle malattie ?
- gli stili di vita
- l'accesso ai servizi, ovvero, la possibilità di essere curati
- la qualità delle cure ricevute
- fattori genetici

I medici identificano la gerarchia dei determinanti in questa sequenza (costruita sulla percentuale di medici che sceglie i singoli determinanti): comportamenti e stili di vita (per il 48,9% dei medici) e qualità delle cure (45,3%), l'accesso ai servizi (34,6%) e intorno al 28% per i residui determinanti. Secondo i medici, cioè, adottare comportamenti e stili di vita che non danneggino la salute e poter accedere a buone cure, rappresentano la chiave per una buona salute (**Fig.1-Tab.1**). Medici giovani, operanti nel meridione sono quelli che in maggior percentuale confermano la suddetta

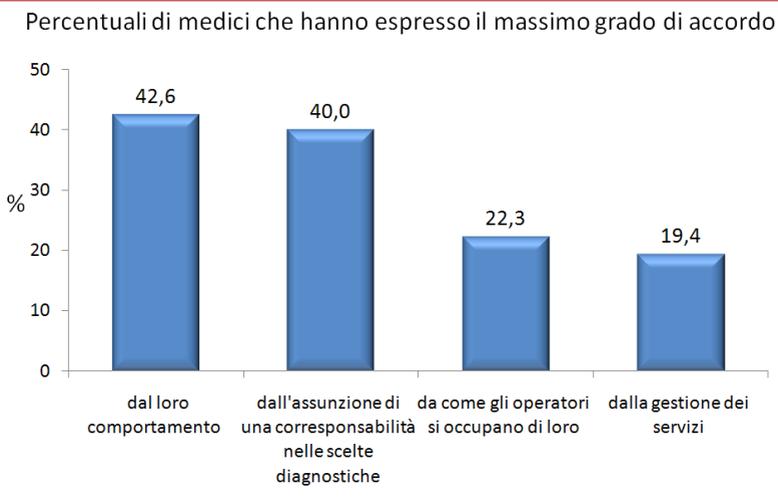
Fig.1 (Tab. 1): QUANTO SONO RILEVANTI, IN BASE ALLA TUA ESPERIENZA I SEGUENTI FATTORI SULLA SALUTE DEGLI INDIVIDUI ?



gerarchia di preferenze.

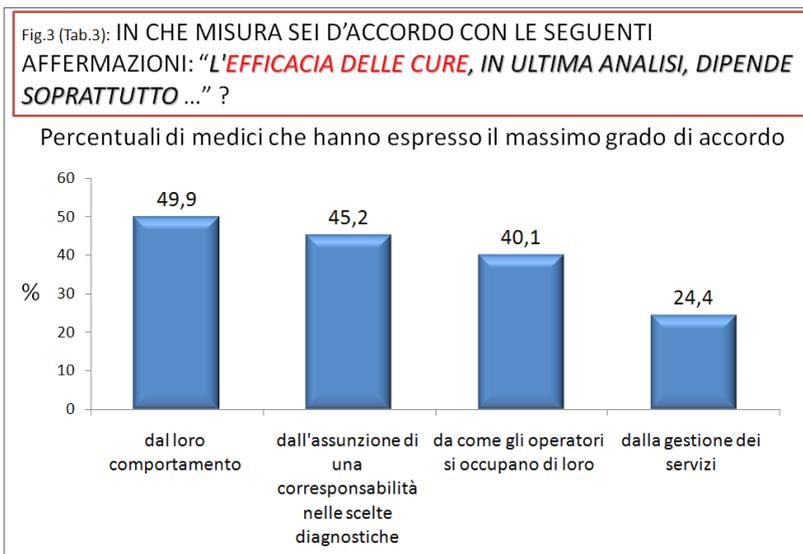
Si è poi voluto contrapporre le visioni che i medici hanno circa i determinanti e verificare nello specifico quanto essi attribuiscono la responsabilità ai comportamenti sanitari della popolazione rispetto al modo in cui essi si rapportano al medico e alla gestione della malattia (**Fig.2-Tab.2**).

Fig.2 (Tab.2): IN CHE MISURA SEI D'ACCORDO CON LE SEGUENTI
AFFERMAZIONI: **“SE LE PERSONE GODONO O MENO DI BUONA SALUTE,
DIPENDE SOPRATTUTTO ...” ?**



I medici si dividono in parti uguali: il 42,6% individua nei comportamenti la principale determinante e il 40,0% nella corresponsabilizzazione dei pazienti. Sono percentualmente di più a sostenere la prima opzione i medici giovani, uomini con un minor numero di pazienti in carico; al contrario sono le donne operanti nel sud e nelle isole ad individuare nella corresponsabilizzazione il maggior ruolo nel determinare la salute. Il punto importante è che i medici tendono in pari misura a vedere la questione in termini contrapposti. Questa tabella va letta insieme alla successiva (**Fig.3-Tab.3**).

Le opzioni sono le medesime, ma per ognuna si è chiesto al medico qual è il peso delle singole determinanti. Le due tabelle, quindi, informano sul profilo qualitativo (la scelta dell'opzione) e quello quantitativo (il peso che a loro modo di vedere le determinanti hanno sulla salute). Al fine di far emergere se i medici che hanno scelto le opzioni divergono circa il peso che



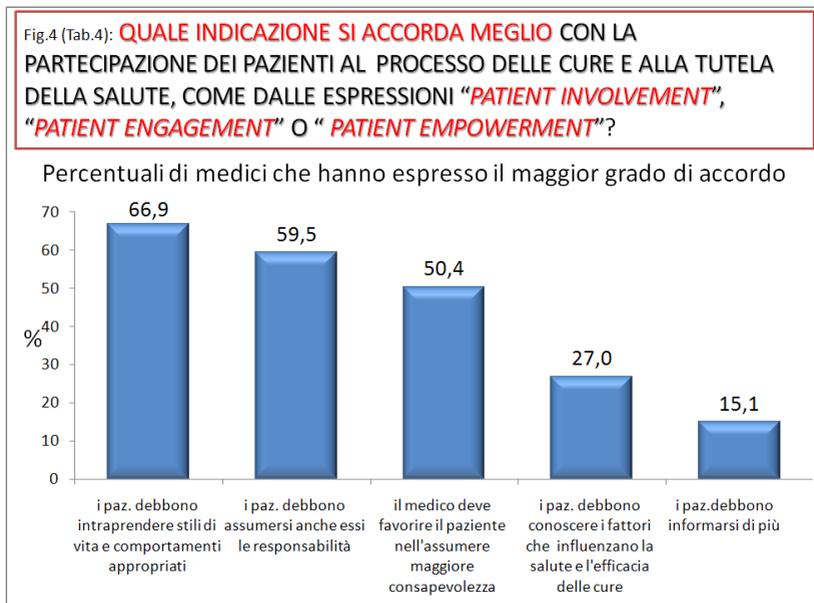
attribuiscono, le percentuali della tabella sono state calcolate solo per quel gruppo di medici che le ha scelte. Si è inteso, cioè, verificare se esistono valutazioni diverse anche all'interno del gruppo di medici che concordano sull'importanza delle opzioni.

Le percentuali della **Tab.3** dicono che :

- pur concordando che la salute dipende soprattutto dai comportamenti dei pazienti, a dare un maggior peso a questo determinante sono di più i giovani medici con minori carichi di pazienti;

- mentre sono le donne che operano in medicina di gruppo a riconoscere un maggior peso alla corresponsabilizzazione del paziente.

Si è poi esplorato il significato che i medici danno ai concetti che, secondo varie terminologie, riguardano il ruolo dei pazienti rispetto alla loro salute: coinvolgimento, corresponsabilizzazione e *empowerment* (Fig.4-Tab.4). Per il 66,9% dei medici (che hanno già scelto la seguente opzione), i suddetti termini significano che gli utenti debbono intraprendere stili di vita appropriati (sostengono questa visione in maggior percentuale i medici

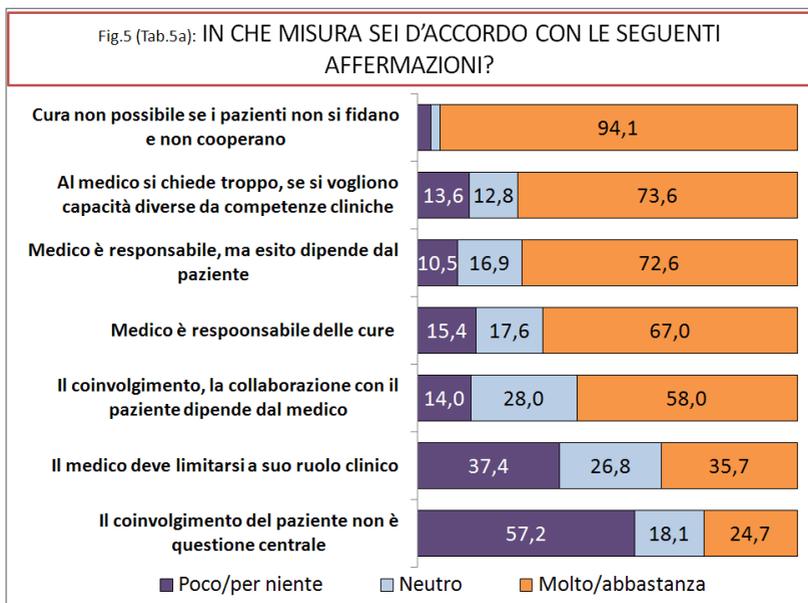


giovani, in medicina di gruppo, per pazienti con livelli medio alti di istruzione); per il 59,5% i vari termini che declinano il concetto di coinvolgimento si riassumono nella necessità che i pazienti si assumano le loro responsabilità (soprattutto i medici giovani); per il 50,4% il significato viene ricondotto alla collaborazione tra sistema sanitario e pazienti. Si può agevolmente constatare che i medici, nel loro insieme, conoscono

L'importanza dei singoli determinanti di salute pur avendo una diversa visione circa il peso che questi hanno sulla salute, ma non danno identità specifiche ai singoli determinanti.

Al fine di “forzare” il medico a far emergere con maggior specificità la sua visione, si è costruita una scala di misurazione ove le domande e le risposte date dai medici permettessero di verificare se c'erano indizi di maggiore specificità. La scala è stata elaborata per gradi successivi: si è dapprima visto come i medici rispondono alle singole domande della scala (**Fig.5-Tab.5a**); si sono poi sottoposte le domande ad un'analisi fattoriale per verificare se, trattate statisticamente “in simultanea” e non una alla volta come prima, nascondessero dei fattori comuni a cui insiemi di domande potessero essere ricondotte (l'ipotesi dell'analisi fattoriale è che se le risposte a diverse domande convergono, è presumibile che si tratti di uno stesso “oggetto” o “fenomeno” o “concetto” che può essere terminologicamente espresso in modo diverso). Se l'esito è positivo, risulta più conveniente abbandonare le singole domande (pur rimanendo utile l'analisi delle relative risposte) e fare riferimento ai fattori, ovvero, ai “macroconcetti” che sottendono alle singole domande (**Tab.5b**); nella **Tab.5c** si è quindi proceduto a incrociare i fattori con le variabili indipendenti, al pari delle altre tabelle.

Con la **Tab.5a (Fig.5)** i medici dichiarano in che misura sono d'accordo con i vari items (domande) della scala (si riportano le % più elevate, ovvero, le risposte su cui converge la maggioranza dei medici):



- il 67% dei medici ritiene di essere responsabile dell'efficacia delle cure
- il 57% dei medici ritiene che il coinvolgimento dei pazienti non è l'aspetto centrale delle cure
- il 94,1% dei medici ritiene che non è possibile curare i pazienti se questi non hanno fiducia nel medico e non cooperano
- il 72,6% dei medici ritiene che il medico è responsabile delle cure ma l'esito dipende dai pazienti

- il 58% dei medici dichiara che il rapporto di coinvolgimento dipende più dal medico che dal paziente
- non esiste accordo prevalente rispetto al fatto che il medico debba occuparsi solo delle cure
- il 73,6% dei medici ritiene che al medico si è soliti chiedere capacità e disponibilità che vanno oltre il sapere medico e le competenze cliniche.

Già guardando la dimensione di queste percentuali è possibile ricavare risposte. C'è assoluto accordo sul fatto che il fondamento del rapporto medico-paziente sia la fiducia e la cooperazione. Un livello alto ma meno elevato di accordo sta nell'opinione che l'esito delle cure dipende dal paziente, ma che allo stesso tempo al medico si chiede "qualcosa" che esula dalle sue competenze cliniche. Esiste poi un livello di accordo (intorno al 57,5%), elevato ma non come i precedenti, secondo cui "il coinvolgimento" non è l'aspetto fondante che nel rapporto medico-paziente, trattandosi di una questione che comunque dipende essenzialmente dal medico. L'insieme delle risposte fa intravedere che il modo di vedere dei medici si articola intorno a due fuochi o assi portanti: i medici che enfatizzano il ruolo del paziente e quelli che invece enfatizzano il ruolo del medico. Questa configurazione emerge nettamente dall'analisi fattoriale (**Fig.6-Tab.5b**). I medici che propendono per assegnare al ruolo del paziente una funzione attiva che non sia solo di fiducia ma di cooperazione, rispondono allo stesso modo ad insiemi di domande che vanno nella stessa direzione. I numeri della tabella indicano quanto la domanda pesa nell'identificare il significato del fattore.

Fig.6 (Tab. 5b): ANALISI FATTORIALE

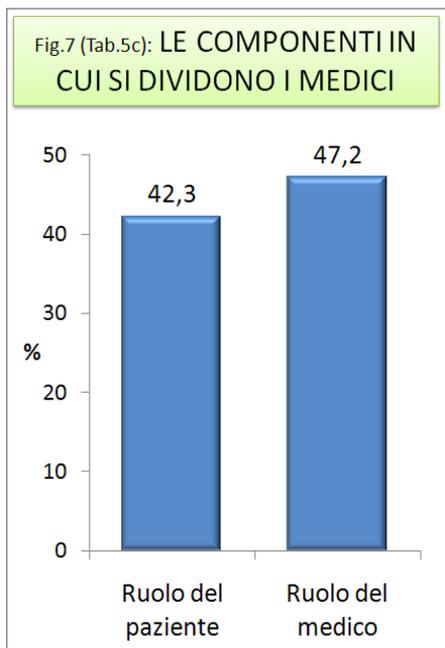
	Componenti	
	asse paziente	asse medico
è il medico ad essere responsabile per l'efficacia delle cure fornite	,064	,579
i pazienti hanno diritto a ricevere cure adeguate, mentre il ruolo svolto e il loro coinvolgimento non sono l'aspetto centrale della questione	-,025	,749
non è possibile curare i pazienti con efficacia, se questi non si fidano del medico e non cooperano	,712	-,086
il medico è responsabile per le cure fornite, ma alla fine, il loro esito dipende dal paziente	,703	,026
il rapporto di coinvolgimento, empatia, collaborazione con il paziente dipende , in genere, più dal medico che non dallo stesso paziente	,012	,549
il medico deve limitarsi ad esercitare il suo ruolo clinico con competenza ed accuratezza	,422	,487
ai medici si tende a chiedere troppo , anche capacità e disponibilità diverse dal sapere medico e dalle competenze cliniche	,659	,175

Nella **Fig.7-Tab.5c** si sono incrociati i fattori con le variabili indipendenti. Così facendo è possibile tracciare un profilo dei medici in ordine al loro posizionamento: enfaticizzazione del paziente o del medico? Come si vede, i medici si dividono in due componenti: una propende per il paziente (42,27%) e l'altra per il medico (47,2%).

Dall'analisi degli incroci emerge come dato prevalente che è da attribuire al modo in cui il medico pratica la professione, l'appartenenza ad una delle due componenti. I medici che praticano da soli o in associazione propendono in maggior percentuale rispetto a tutti i medici sulla centralità e la responsabilità del paziente. Viceversa, quelli che lavorano in gruppo propendono per la centralità del medico. In conclusione: c'è da prendere

atto che i medici hanno visioni diverse, pur nel contesto dei rispettivi ruoli del medico e del paziente: una metà vede il paziente come attore “primario” e questa visione è condizionata dal modo (e quindi dai vincoli, dalle

caratteristiche e dalle esperienze) in cui è organizzata la pratica professionale. Questo elemento è pieno di implicazioni di policy.



La visione dei medici sul livello di informazione dei pazienti e sull'uso che ne fanno

In linea di principio, un ruolo attivo del paziente e, nello specifico, il suo coinvolgimento implicano (o dovrebbero implicare) che il paziente sia dotato di conoscenze seppur generali sul proprio stato di salute, sulle malattie eventuali di cui è affetto, sui rischi che esse comportano e su come atteggiarsi e comportarsi a proposito. Il medico ha anch'esso un ruolo che è quello di fornire al paziente conoscenze quantomeno essenziali, discuterle con lui e guidarlo nell'assumere ulteriori elementi che possano indirizzare verso comportamenti appropriati.

Si è predisposta a questo riguardo una scala di misurazione in cui si testa quali profili caratterizzano il livello informativo dei pazienti: sia come osservazione diretta che il medico fa nel corso delle visite, sia come deduzione dal loro comportamento. Nella **Tab.6a** sono riportati questi dati relativamente alle singole domande che compongono la scala. Elencando in modo gerarchico i profili che, secondo la valutazione del medico, ricevono il maggior accordo, ovvero su cui si registra la maggior convergenza di valutazione, emerge che :

- il 79,5 % dei medici dice che i pazienti comprendono il significato delle diagnosi
- il 78,3 % dei medici dice che prima delle visite i pazienti raccolgono informazioni su internet
- il 67,8 % dice che i pazienti tendono a farsi la diagnosi e proporla al medico
- il 62,0 % dice che i pazienti non si fanno "scrupoli" a chiedere informazioni e a discuterle

- il 52,8 % dice che i pazienti sono in grado di discutere le opzioni di trattamento

Le risposte dei medici indicano che i pazienti sono informati anche in termini di diagnosi e dialogano sull'informazione; sono inoltre, per la metà dei medici, capaci di discutere le opzioni di trattamento. Secondo i medici, cioè, i pazienti non sono passivamente spettatori rispetto al medico, ma attori che non sembrano essere caratterizzati da quell'asimmetria informativa postulata in letteratura. Osservando la graduatoria si evince, però, che solo la metà dei medici (sugli altri profilo l'accordo è superiore) ritiene che i pazienti possano partecipare nella scelta delle opzioni di trattamento. Non si hanno dati per poter spiegare perché i medici fanno questa valutazione. Potrebbe trattarsi del fatto che i medici pensano che la decisione sul trattamento sia di competenza esclusiva del medico. Il punto è che l'altra metà dei medici si divide in due categorie: quelli che non ritengono affatto che i pazienti possano discutere le opzioni (20,8%) e quelli che sono neutri al riguardo (26,4%). In conclusione, sul profilo che più interessa -- il coinvolgimento sul *decision process making*, la valutazione dei medici è concorde sola per la metà di essi. Se si raccorda questo risultato ad uno precedente, quello secondo cui a influenzare l'atteggiamento del medico in materia è la modalità secondo cui pratica l'assistenza, ne viene fuori questa possibile conclusione. Se si intende implementare una policy di coinvolgimento (per i vari usi che se ne possono fare) occorre puntare sui modelli di organizzazione della pratica medica. Attraverso questi si promuove la disponibilità del medico e il conseguente atteggiarsi e comportarsi da parte dei pazienti.

Sottoponendo le domande della scala ad un'analisi fattoriale emerge che le valutazioni dei medici sono riassumibili e “nascondono” due tipi di pazienti (**Fig.9-Tab.6b**). I pazienti che sono informati, comprendono quanto è in gioco rispetto alla loro malattia, sanno valutare la qualità e sono in grado di partecipare alle decisioni con consapevolezza (primo fattore identificato

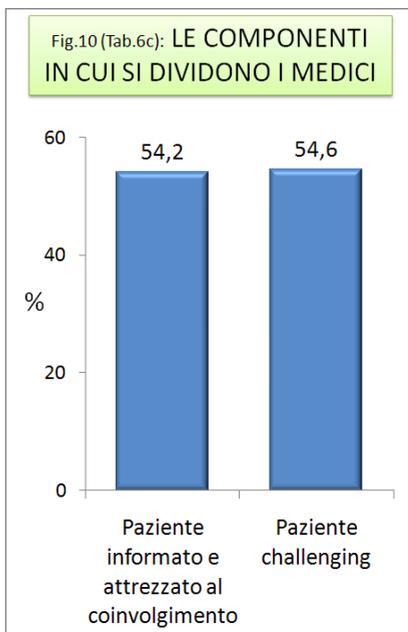
Fig.9 (Tab.6b): ANALISI FATTORIALE

I pazienti ...	Componenti	
	Paz. informato e attrezzato al coinvolgimento	Paziente challenging
comprendono il significato delle diagnosi fatte dai medici e sanno di che si tratta	,759	-,003
sono in grado di distinguere le alternative che possono esserci a proposito dei trattamenti	,795	,036
sanno valutare adeguatamente la qualità delle cure	,764	-,014
non si pongono problemi se e quando chiedono spiegazioni ai medici e vogliono discuterle	,528	,136
prima di venire in visita o parlare con il medico, in generale, vanno alla ricerca di informazioni mediche su Internet	,162	,714
tendono a farsi la diagnosi da soli e la propongono al medico	-,019	,906
hanno preso l'abitudine a proporre al medico quali sono le cure e trattamenti di cui necessitano	-,002	,851

dalle risposte che convergono tutte sull'identità del fattore medesimo denominato “paziente informato e attrezzato per il coinvolgimento”) e pazienti che sono semplicemente “challenging” di fronte al medico: usano, cioè, le informazioni per discutere, farsi diagnosi e proporla al medico. Questo non è definibile come quel tipo di coinvolgimento che si auspica, ma solo una modalità di rappresentazione che talvolta può complicare il rapporto medico-paziente.

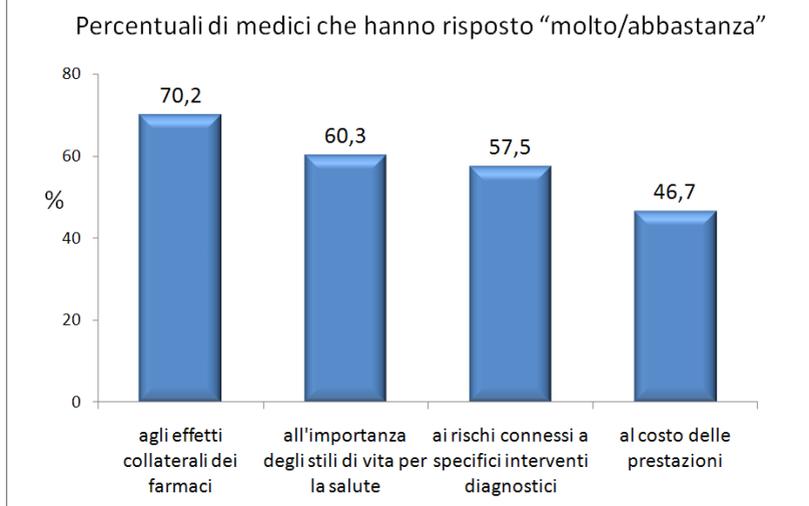
Nella **Tab.6c (Fig.10)** la tipologia dei pazienti viene incrociata con le variabili indipendenti per vedere quale è il profilo dei medici che esprime l'una o l'altra valutazione. I medici si dividono in parti sostanzialmente uguali (intorno al 54%): una metà valuta che i pazienti siano sostanzialmente capaci di essere coinvolti e l'altra metà che siano semplicemente in posizione di "sfida" rispetto al medico. Non esiste un profilo caratterizzato. Solo le donne medico sono maggiormente (60,6%) aderenti al primo profilo.

Il dato di sintesi è che la valutazione dei medici su questa materia non riceve un livello di accordo dominante ma rappresenta una sorta di "spaccatura" relativa a come i medici vedono la questione.



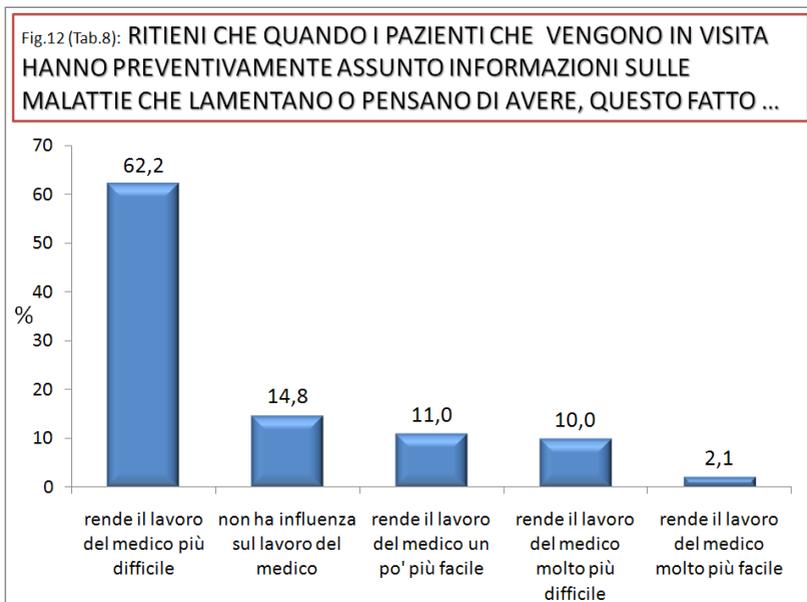
L'informazione che i pazienti hanno non è uniforme a parere dei medici (**Fig.11-Tab.7**). Il 70,2% dei medici afferma che i pazienti sono informati abbastanza e molto sugli effetti collaterali dei farmaci, mentre il 60% circa dei medici è del parere che i pazienti siano abbastanza e molto informati anche sull'importanza degli stili di vita e sui rischi connessi ad alcuni tipi di

Fig.11 (Tab.7): **IN CHE MISURA RITIENI CHE I PAZIENTI SIANO OGGI INFORMATI E SI PREOCCUPINO RISPETTO ...**



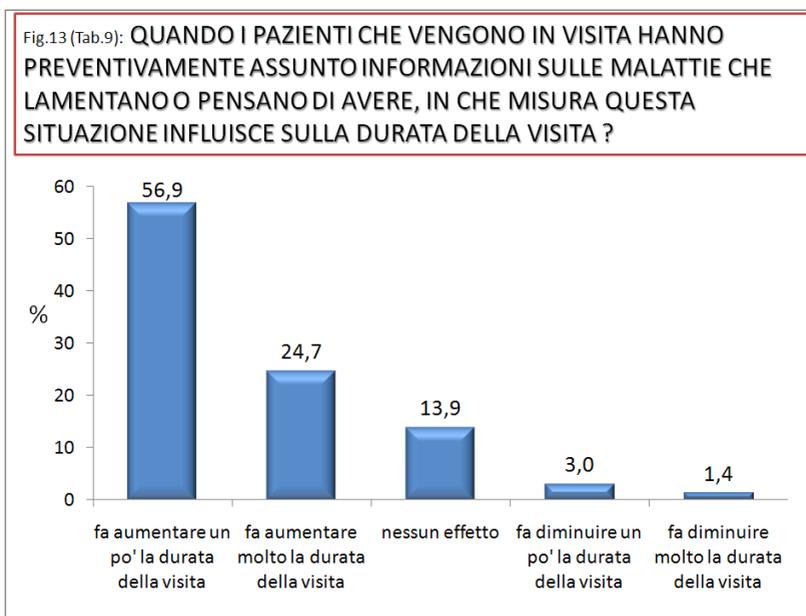
intervento. Poco meno della metà dei medici (46,7%) ritiene che i pazienti siano informati e si preoccupino del costo delle prestazioni. Si segnala che rispetto al costo dei farmaci, sono percentualmente di più i medici che ritengono il paziente informato: i giovani (54,4%), quelli che operano in uno studio singolo o associato (56,9%), quelli che hanno fino a 1000 scelte (51,7%) e quelli i cui pazienti posseggono un livello medio alto di istruzione (53,6%).

Se poi andiamo a vedere come impatta sul lavoro del medico la preventiva acquisizione, da parte dei pazienti, di informazioni relative alle malattie di cui soffrono (o pensano di soffrire), si può vedere quanto questo fenomeno condizioni il rapporto con lo stesso paziente (**Fig.12-Tab.8**): il 62% dei medici riferisce che il lavoro in questi casi è reso più difficile. Tale effetto



viene indicato in maggior percentuale dai medici giovani (68,4%), da quelli che operano in gruppo (66,9%), dai medici che hanno fino a 1000 scelte e da quelli i cui pazienti posseggono un livello medio alto di istruzione. Solo per il 10% dei medici il lavoro è “molto più difficile” e solo per il 2,1% è molto più facile. Dal momento che un cambio sostanziale del rapporto medico-paziente è ritenuto da una consistente percentuale di medici più complesso da gestire, occorrerebbe declinare alcuni aspetti di questa emergente difficoltà.

Un effetto assai importante riguarda la durata della visita in riferimento all'assunzione, da parte dei pazienti di informazioni preventive prima di andare dal medico (**Fig.13-Tab.9**). Il 56,9% dei medici afferma che tale circostanza fa aumentare un po' la durata della visita e il 24,7% indica che la fa aumentare molto. In sostanza, l'81,7% è concorde (senza significative differenze tra i medici) nell'affermare che esiste un problema: l'informazione preventiva dei pazienti incide sui tempi lavoro.



Con quale risultato?

Talvolta un beneficio e talvolta no per il 69,1% dei medici (di più nel sud e nelle isole); per il 30% questo aspetto costituisce addirittura un vero problema (di più al nord) (**Fig.14-Tab.10**).

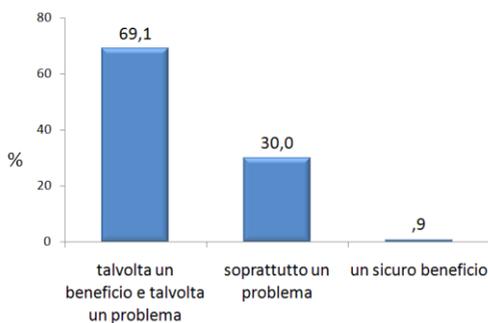
Sembrerebbe quindi che l'assunzione di informazione da parte dei pazienti impatti sotto il profilo operativo sul lavoro del medico.

Ne amplifica la durata, senza un apparente riscontro di efficacia.

Il punto è assai critico, in quanto, se così fosse (e lo è secondo la valutazione

dei medici), si tratterebbe di uso non appropriato dell'informazione. L'assunzione di informazione, infatti, dovrebbe essere il prerequisito per un coinvolgimento efficace ed efficiente del paziente, il cui risultato dovrebbe essere un vantaggio netto per le parti e per il sistema delle cure. Se non assolve questa funzione, finisce col rappresentare un problema di relazione improprio che complica invece di facilitare. Si apre qui una questione certamente importante. La disponibilità di tecnologie, di mezzi e strumenti informativi, da internet ai media, di per sé è un fenomeno sociale che caratterizza la nostra epoca. Servirsene per finalità appropriate anche nel campo della medicina, senza nulla togliere al diritto delle persone di informarsi dove, quando e su cosa si vuole, necessita un passo ulteriore: catturare il cambio di comportamento dei pazienti, e cioè degli utenti del SSN, la loro nuova capacità e competenza, la loro disponibilità ai fini del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del servizio attraverso opere e programmi di educazione sanitaria con il coinvolgimento dei medici.

Fig.14 (Tab.10): IN GENERALE, RITIENI CHE L'ASSUNZIONE DI INFORMAZIONI CLINICHE DA PARTE DEI PAZIENTI, OGGI POSSIBILE TRAMITE INTERNET E I MEDIA, RAPPRESENTI AI FINI DELL'EFFICACIA DEL PROCESSO ASSISTENZIALE ...

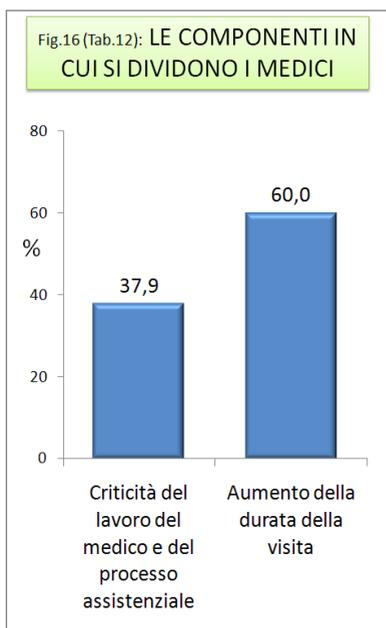


Se si sottopongono le domande appena commentate ad un'analisi fattoriale, emerge con chiarezza che le domande e le rispettive risposte individuano due fattori: un fattore è quello che riguarda la

Fig.15 (Tab.11): ANALISI FATTORIALE

L'assunzione di informazioni preventive sulle malattie da parte dei pazienti ...	Componenti	
	Criticità del lavoro del medico e del processo assistenziale	Aumento della durata della visita
... rende il lavoro del medico più difficile	,812	-,060
... rende la durata della visita più lunga	-,013	,998
... diminuisce l'efficacia del processo assistenziale	,816	,039

criticità del lavoro del medico a seguito di uso improprio dell'informazione;

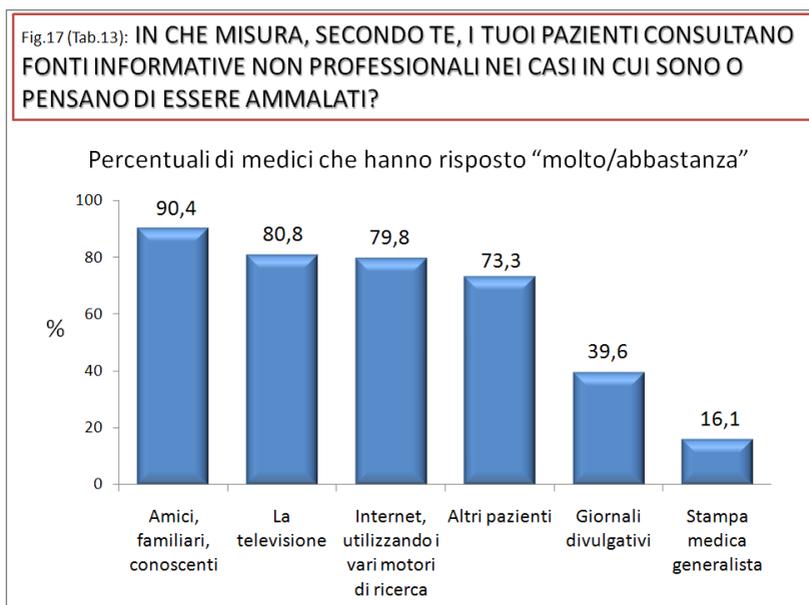


l'altro riguarda l'effetto specifico sull'aumento della durata della visita (Fig.15-Tab.11). Il 60,0% dei medici, senza distinzione significativa tra di loro, sostiene che l'effetto è l'aumento della durata della visita, mentre il restante 37,9% sostiene che l'effetto riguarda esclusivamente la produzione di criticità operative in generale (Fig.16-Tab.12). Il fatto che i medici siano concordi su queste valutazioni (non vi sono infatti differenze significative in base all'età, all'area, ecc.) appare come un dato

importante. C'è concordia di giudizio e come tale il dato, seppur ricavato dalla valutazione soggettiva del medico, ha una sua "oggettività".

Sembrerebbe che i medici vogliono dire: “Bene l’assunzione di informazioni, bene dialogare col medico, bene partecipare, ma se poi non c’è un risultato efficiente e di maggiore efficacia delle cure, il tutto finisce con l’essere un puro e semplice esercizio di assertività del medico verso il paziente. Questo assume informazione, le riporta al medico che deve rispondere alle domande, ma poi il risultato non cambia.

Si chiede poi al medico con quale frequenza i pazienti consultano fonti informative non professionali (Tab.13). Nella Fig.17 sono riportate le percentuali dei medici che ritengono sia “molto/abbastanza” la frequenza di consultazione delle suddette fonti.



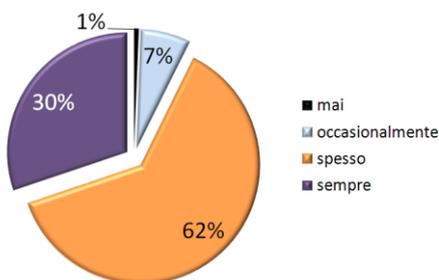
In sostanza, i pazienti acquisiscono informazioni all’interno delle reti familiari e amicali, dai media incluso internet, da altri pazienti e poco da fonti sanitarie generaliste. Si deduce da queste risposte quanto sia

importante il ruolo che oggi giocano media, internet e reti sociali nel “formare” attitudini e orientamenti dei pazienti che poi impattano sull’incontro dei pazienti col sistema delle cure e, soprattutto, con i MMG che sono la “porta” del sistema.

Il 62,5% dei medici afferma di coinvolgere effettivamente e spesso i pazienti nel processo decisionale, sia per le diagnosi che per le cure (**Fig.18-Tab.14**). Il 30,2% dei medici lo fa sempre. I medici appaiono quindi disponibili a coinvolgere i pazienti; molti lo fanno con regolarità.

Presumibilmente, essendo oggi cambiato antropologicamente il paziente -- se non altro perché è divenuto esso stesso un “target” di fornitura di informazione (si pensi alle pagine dedicate alla salute che appaiono sui giornali, alle numerose trasmissioni televisivi, ecc.) e un soggetto che assume informazione attraverso le reti sociali ed internet -- il medico non può fare a meno di ascoltarlo e dialogare con lui, anche se, come si è visto, questo tipo di approccio ha i suoi costi in termini di durata della visita.

Fig.18 (Tab.14): IN GENERALE, IN CHE MISURA, COINVOLGI I TUOI PAZIENTI, ASCOLTANDOLI, PRENDENDO IN CONSIDERAZIONE I LORO SUGGERIMENTI E DISCUTENDO CON LORO, NEL CORSO DEL PROCESSO DECISIONALE RELATIVO ALLA DIAGNOSI, AGLI INTERVENTI E ALLE CURE?



Si è esplorato in modo specifico in che cosa consiste il coinvolgimento dei pazienti che i medici dicono di praticare. Osservando la **Tab.15** si vede agevolmente che i medici dicono di utilizzare tutte le modalità di

coinvolgimento: basta sommare la percentuale di quelli che dicono abbastanza e molto per raggiungere percentuali vicine al 90%. Se, invece, ai fini di una più specifica lettura dei risultati, si prende la percentuale dei medici che affermano di praticare le varie modalità di coinvolgimento in misura elevata (molto), emergono risultati più differenziati. Hanno risposto molto alle seguenti modalità qui riportate in modo gerarchico :

- il medico aiuta i pazienti a capire i dati e le informazioni relativi alle loro malattie (56,8%)
- il medico spiega i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni (50,6%)
- il medico dice ai pazienti che esistono opzioni (34,9%)
- il medico soppesa e ragiona col paziente sulle opzioni (29,1%)
- il medico si comporta in modo tale da raggiungere un accordo col paziente (28,2%)
- il medico chiede esplicitamente ai pazienti se vogliono essere coinvolti (15,7%).

Sembra che il coinvolgimento sia praticato in primis come modalità di fornitura di informazione e in secondo luogo come modalità di analisi congiunta delle opzioni. La prima modalità è un tipo di coinvolgimento che va dal medico al paziente, la seconda è un tipo di modalità più avanzata che si avvicina molto alla condivisione delle decisioni.

Questa interpretazione si evidenzia molto bene tramite l'analisi fattoriale (**Fig.19-Tab.15b**). Il primo fattore è infatti identificato da tutte le domande che hanno in comune la fornitura di informazioni (in verde), mentre il secondo fattore è identificato dalle domande che stanno ad indicare un decisione.

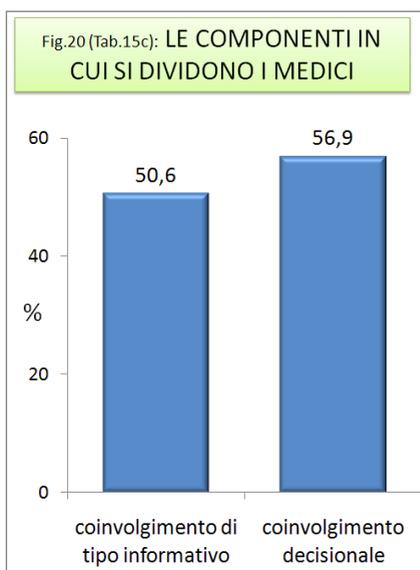
In che misura i medici appartengono all'uno o all'altro profilo di pratica, informativa o decisionale?

Per rispondere a questa domanda si è calcolato un punteggio che va da 0 a 100. Se, ad esempio, il medico prende un

punteggio di 5 come indice di appartenenza ad un profilo e un punteggio di 95 come indice di appartenenza all'altro profilo, vuol dire che egli appartiene a entrambi, ma l'appartenenza al primo profilo ha un'intensità così bassa che in pratica è nulla.

Fig.19 (Tab.15b): ANALISI FATTORIALE

Items della tipologia del coinvolgimento del paziente	Fattori	
	coinvolgimento di tipo informativo	coinvolgimento decisionale
Chiedo esplicitamente ai miei pazienti se vogliono essere coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico	,061	,750
Sono solito dire ai miei pazienti che esistono opzioni e alternative per trattare i loro problemi	,615	,396
Sono solito spiegare ai miei pazienti quali sono i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni e delle alternative	,871	,155
Sono solito aiutare i miei pazienti a capire i dati e le informazioni sulla loro malattie o condizioni sanitarie	,782	,163
Io e i miei pazienti siamo soliti soppesare, confrontare e ragionare insieme intorno alle opzioni di trattamento	,400	,709
Io e i miei pazienti ci comportiamo in modo tale da raggiungere un accordo sul da farsi	,266	,786



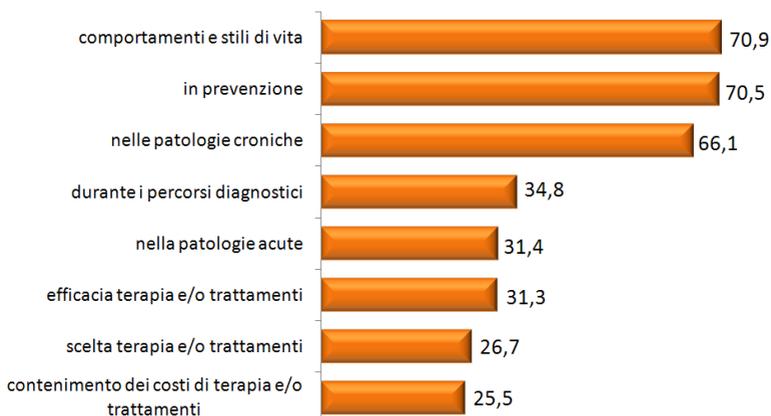
I dati della **Tab.15c (Fig.20)** riportano che l'intensità di appartenenza a entrambi i profili è pari a 50 e questo sta a significare che:

- a) i medici (viste anche le tabelle precedenti) non “sposano” in modo esclusivo una modalità di pratica ;
- b) che adottano un modello (informativo o decisionale) a seconda delle circostanze, in quanto l'intensità di adesione

presenta un valore assolutamente medio. Da questo punto di vista i medici sono tutti simili in quanto i valori numerici dei vari strati (classe di età, area, ecc.) non si discostano significativamente dai valori del totale dei medici.

Fig.21 (Tab.16): IN QUALE CONDIZIONE CREDI CHE IL **COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE SIA ELEMENTO FONDAMENTALE PER IL SUCCESSO DEI SEGUENTI INTERVENTI ?**

Percentuali di medici che hanno indicato il massimo livello di importanza



Data l'importanza dell'argomento -- non era sufficiente limitarsi a chiedere se i medici coinvolgevano i pazienti, ma importante era di capire di che cosa si trattava nello specifico -- si è volute approfondire anche un altro aspetto: per quale particolare aspetto il coinvolgimento del paziente è passaggio fondamentale ?

Il 70% dei medici trova utile coinvolgere i pazienti quando si tratta di prevenzione, stili di vita e malattie croniche (**Fig.21-Tab.16**).

Le percentuali scendono al 30% circa quando vengono prese in considerazione differenti situazioni. Il dato è suscettibile di varie interpretazioni. Una prima è “riduttiva”: il medico coinvolge il paziente (con fornitura di informazioni o per prendere decisioni) per i casi che non può governare direttamente ma nei quali è ritenuto molto utile il coinvolgimento del paziente, quando ad esempio è in gioco lo stile di vita e la gestione delle malattie croniche. Un coinvolgimento di diverso spessore viene ritenuto utile per il percorso diagnostico, per la scelta delle cure e per la valutazione degli aspetti economici.

Si potrebbe azzardare una valutazione del seguente tipo: il coinvolgimento che si estende alle questioni sulle scelte, si avvicina molto a quella che in letteratura viene definita *corresponsabilizzazione (engagement)*: strategia sicuramente più difficile e rischiosa da praticare, ma indubbiamente elemento di forte innovazione nella relazione medico-paziente.

Il 44,6% e il 25,9% dei medici afferma di condividere, spesso o molto spesso, coi pazienti la visualizzazione dei dati della cartella clinica (**Fig.22-Tab.17**). Con coerenza, il 44,5% e il 20,8% dei medici ritiene parzialmente

Fig.22 (Tab.17): TI CAPITA MAI DI **CONDIVIDERE CON IL PAZIENTE**, PER RINFORZARE LE STRATEGIE FINALIZZATE AD UN SUO COINVOLGIMENTO, **LA VISUALIZZAZIONE ED IL COMMENTO DI DATI ED INFORMAZIONI SANITARIE CHE LO RIGUARDANO, GIÀ RACCOLTI NELLA SUA SCHEDA SANITARIA?**

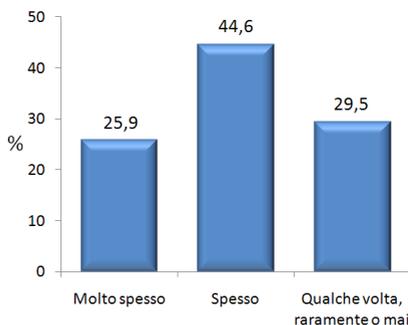
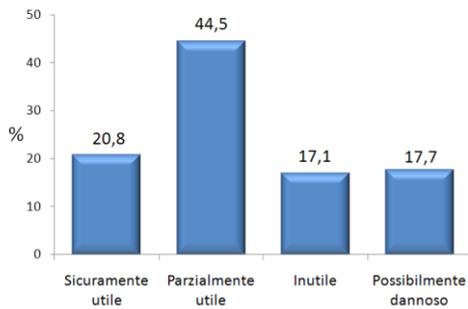


Fig.23 (Tab.18): RITERRESTI UTILE METTERE REGOLARMENTE A DISPOSIZIONE DEL PAZIENTE, LADDOVE I SISTEMI E LA TECNOLOGIA LO CONSENTONO O LO CONSENTISSERO IN PROSPETTIVA, LA POSSIBILITÀ DI ACCEDERE AUTONOMAMENTE A PARTE DELLA SUA SCHEDA SANITARIA?



o molto utile dare ai pazienti l'accesso per visualizzare in via autonoma (tramite collegamento online) i loro dati clinici (**Fig.23-Tab.18**).

Altre domande tendono ad esplorare specifici dettagli che gettano luce sul reale significato che i medici attribuiscono al coinvolgimento. Alcuni

fattori sottintendono a tali domande (**Fig.24-Tab.19b**):

- il primo fa riferimento (per il peso che esercita sulla sua individuazione le domande) alla centralità del medico: il medico è responsabile. Non sempre è necessario accordarsi col paziente e, talvolta, una partnership può produrre addirittura esiti inappropriati. C'è scetticismo nei medici che, in base alle loro risposte, si collocano in questo gruppo
- il secondo fattore apre alla centralità del paziente. Questi può essere coinvolto in quanto se ne può ricavare una maggiore compliance, ma allo stesso tempo deve corresponsabilizzarsi rispetto alle scelte. I medici che si riconoscono in questo gruppo offrono più aperture, ne vedono i vantaggi ma ritengono che a tale tipo di coinvolgimento non può mancare, come conseguenza logica e inevitabile, l'effettiva corresponsabilizzazione del paziente

- i medici che appartengono a un terzo gruppo (fattore) puntualizzano che il meccanismo del coinvolgimento (dato che richiede un maggior tempo di visita) può influire su altri profili assistenziali fino a produrre un'alterazione del rapporto di fiducia, potendo anche esasperare il condizionamento derivante dal potere di scelta/revoca del paziente. Come a dire: se il paziente vuole essere coinvolto, e il medico non può non esaudire le

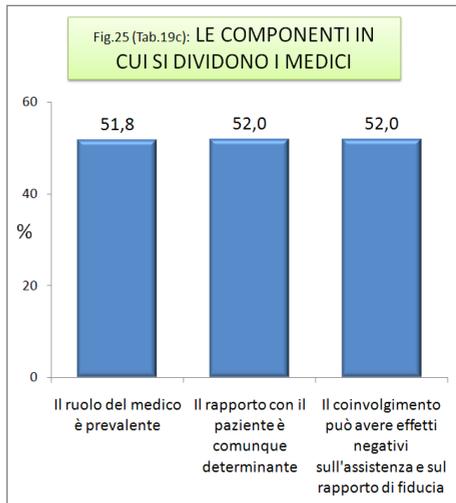


Fig.24 (Tab.19b): ANALISI FATTORIALE

In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni	Componenti		
	Il ruolo del medico è prevalente	Il rapporto con il paziente è determinante	Il coinvolgimento può avere effetti negativi sul rapporto di fiducia
Deve essere solo il medico a prendersi la responsabilità delle decisioni per il processo diagnostico e per le terapie	,802	-,043	,014
Quando il medico prescrive non è sempre necessario trovare un accordo con i pazienti	,813	-,048	,018
In cambio di un maggior coinvolgimento, i pazienti debbono prendersi maggiori responsabilità	,178	,569	,226
Una partnership tra medici e pazienti per condividere le responsabilità, può anche produrre minor livello di appropriatezza secondo i canoni e gli standard clinici	,504	,040	,385
Il maggior tempo necessario per coinvolgere i pazienti va a scapito di altri profili assistenziali	,447	-,061	,630
Se i medici ignorano i punti di vista dei pazienti, questi finiscono con l'ignorare le indicazioni del medico	-,200	,779	-,025
La compliance diminuisce se il paziente non si sente ascoltato dal medico	-,047	,795	-,128
Il rapporto con il paziente è troppo condizionato dal meccanismo scelta-revoca per poter essere gestito sempre con serenità e appropriatezza	-,095	,046	,831

sue richieste aumenta il rischio di trovarsi di fronte alla possibilità di essere revocato.

I medici si distribuiscono nei tre gruppi identificati dai fattori in misura del 50% circa (**Fig.25-Tab.19c**). L'appartenenza è quindi prevalente ma non esclusiva e senza particolari caratteristiche di profilo.

Molto interessante è poi il risultato di una successiva scala composta da domande che chiedono al medico quali sono gli ostacoli per implementare un modello di pratica fondato sul coinvolgimento e sulla corresponsabilizzazione. Nella **Fig.26 (Tab.20a)** sono riportate in ordine decrescente le percentuali di medici che individuano in specifici ostacoli un peso rilevante.

A parte una minoranza di medici che non crede a modelli decisioni fondati

Fig.26 (Tab.20a): IN CHE MISURA LE SEGUENTI SITUAZIONI POSSONO RAPPRESENTARE UN OSTACOLO PER L'EFFICIENZA E L'EFFICACIA DEL PROCESSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO?



sulla corresponsabilizzazione, gli altri medici si dichiarano disponibili. Sono

consapevoli però dei rischi e sulle inadeguatezze dei pazienti. Toccano in tal senso un punto critico. Non si può ignorare, infatti, che l'oggetto -- la pratica clinica -- sia caratterizzato da asimmetrie informative, che per quanto possano ridursi laddove il paziente acquisisce informazioni ed è disponibile ad un nuovo rapporto, non possono essere eliminate. I rischi esistono e permangono e, soprattutto, sono aggravati dal fatto che condurre il rapporto col paziente in modo diverso richiede prerequisiti e tempi non disponibili.

Fig.27 (Tab.20b): ANALISI FATTORIALE

Fattori ostacolanti efficienza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico	Fattori	
	Carichi di lavoro e orientamento medici e pazienti poco incline al cambiamento.	Basso livello informativo dei pazienti
I pazienti sono in generale male informati	-,046	,801
I pazienti non hanno conoscenze adeguate per essere coinvolti e corresponsabilizzati	,222	,732
Stante i carichi di lavoro esistenti, non c'è tempo sufficiente per coinvolgere i pazienti nel giusto modo e nella giusta misura	,683	,118
I pazienti non si prendono e non sono disposti a prendersi le loro responsabilità	,527	,576
Non esiste nei pazienti una giusta predisposizione culturale a nuovi modelli decisionali condivisi	,602	,491
I medici non credono a queste novità	,697	-,058
Possono esistere problemi di responsabilità in caso di decisioni che poi si rivelano erranee	,544	,276

L'insieme delle domande della scala danno luogo a due fattori (**Fig.27-Tab.20b**). Il primo si fonda sulla convinzione dei medici che i pazienti non hanno informazioni adeguate e appropriate e il secondo che carichi di lavoro, orientamento dei medici, mentalità prevalente dei pazienti e

oggettiva responsabilità dei medici rappresentano ostacoli al cambiamento di modello di pratica.

Tutti medici senza distinzione di profilo sono attribuibili a questi due fattori.

Valutazioni finali dei medici sulla strategia del “patient engagement”

Fornitura di informazioni ai pazienti e loro partecipazione rappresentano efficacemente ed esauriscono la strategia della *shared decision making* ?

Per il 79,2% dei medici la risposta è affermativa (rispondono abbastanza e molto alla domanda). Solo per il restante 20,8% occorre andare oltre i tradizionali meccanismi dell’informazione e della partecipazione (**Fig.28-Tab.21**). Sulla distinzione concettuale ed operativa i medici hanno idee chiare e lo si vede da come hanno risposto alla domanda successiva.

L’80,1% dei medici ritiene “molto e abbastanza”, infatti, che è “l’assunzione da parte dei pazienti di responsabilità dirette nei processi di diagnosi e cura” a fare la differenza tra approcci tradizionali e la “shared decision making”, a caratterizzare strutturalmente la nuova strategia (**Fig.29-Tab.22**).

Sono i giovani medici che operano in rete a sostenere in maggiore percentuale questa posizione.

A motivare l’introduzione di questa ulteriore domanda era, per l’appunto, la necessità di verificare se e fino a che punto i medici avessero percepito e inteso la differenza di strategia.

Fig.28 (Tab.21): SEI D’ACCORDO CHE LA CORRESPONSABILIZZAZIONE DEI PAZIENTI NON SI PUÒ ESAURIRE NEI TRADIZIONALI MECCANISMI DI INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE MA DEVE RIGUARDARE LA CONDIVISIONE DELLE DECISIONI MEDICHE (*shared decision making process*) ?

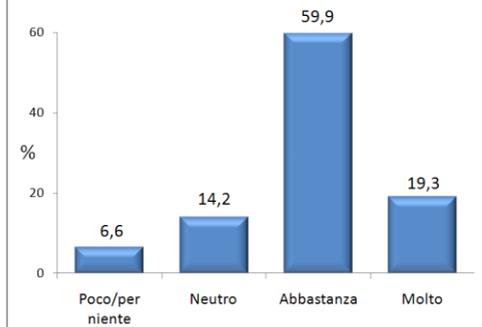
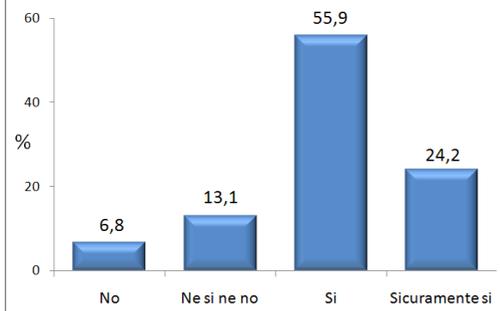


Fig.29 (Tab.22): IN CHE MISURA SEI D'ACCORDO SUL FATTO CHE L'ASSUNZIONE DA PARTE DEI PAZIENTI DI RESPONSABILITÀ NEI PROCESSI DI DIAGNOSI E CURA SIA UN ELEMENTO NUOVO E DISTINTIVO DI UNA NUOVA STRATEGIA?



E l'insieme delle risposte alle domande da certezza a quanto sopra affermato.

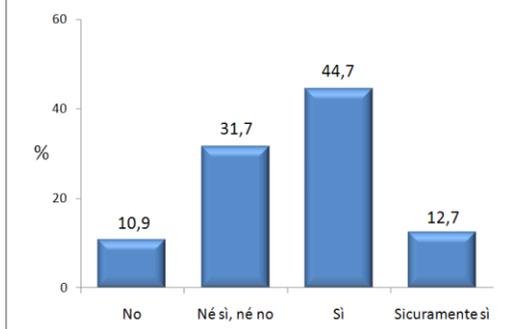
Il 57,4% dei medici ritiene che la nuova strategia possa dare i risultati attesi e non rappresenta, pertanto, una moda passeggera in termini di policy e di operatività **(Fig.30-**

Tab.23). C'è uno scarto di circa il 30% tra i medici che sono consapevoli della novità (80,1%) e quelli che ritengono legittimo attendersi risultati.

E' interessante notare che sotto questo profilo c'è un 31,7% di medici che è incerto;

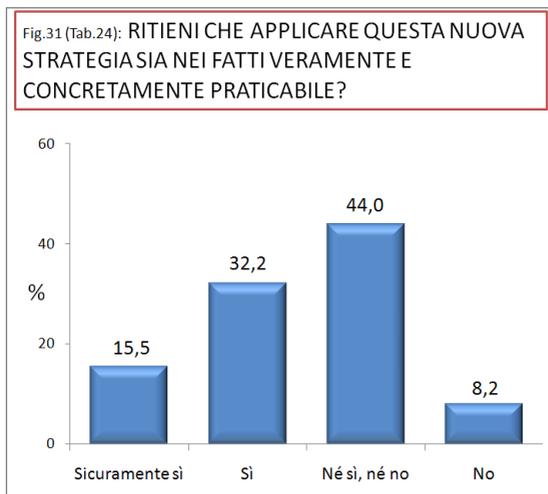
presumibilmente, una quota di quelli che hanno consapevolezza della nuova strategia, non si esprime con certezza quando si chiede se questa da risultati. Il 47,7% dei medici è sicuro poi che la nuova strategia è effettivamente

Fig.30 (Tab.23): PENSI CHE TALE NUOVA STRATEGIA POSSA AFFETTIVAMENTE DARE I RISULTATI ATTESI E NON FINISCA CON L'ESSERE UNA DELLE TANTE MODE O CONVINZIONI DIFFUSE CHE HANNO SEGNA TO LA VITA DELLA POLICY SANITARIA?



praticabile. I medici oltre i 60 anni sono quelli che in maggior percentuale hanno questa convinzione (**Fig.31-Tab.24**).

Per meglio mappare il rapporto tra consapevolezza e apprezzamento si è fatto ricorso ad una scala di misurazione utile per verificare i settori



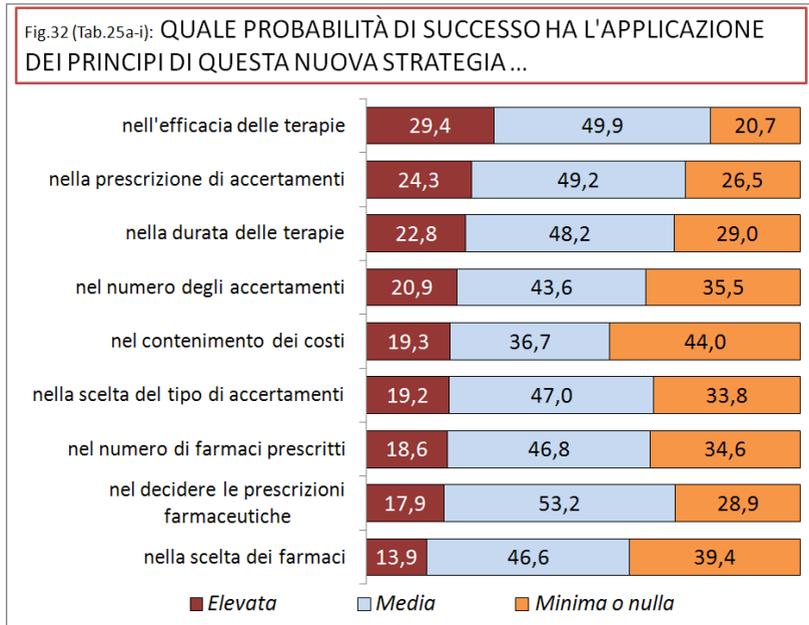
assistenziali e le aree prestazionali in cui la nuova strategia potrebbe essere applicata con maggiore efficacia (**Fig.32-Tabb.25a-i**).

La scala è composta di gruppi di tre domande per ogni area prestazionale.

Ogni gruppo contiene domande che in sostanza sollecitano il medico ad esprimere una previsione circa l'applicabilità della nuova strategia in termini di livello di probabilità (da elevata a nulla):

- **farmaci**: prevalente è il livello di probabilità media sulla corresponsabilizzazione relativa al momento della prescrizione (53,2% dei medici); il 46,6% rispetto alle scelta dei farmaci; e il 46,8% relativamente al numero di farmaci

- accertamenti: prevalente è il livello di probabilità media sulla corresponsabilizzazione relativa al momento della prescrizione (49,2% dei medici); il 47,0% rispetto alle scelta del tipo di accertamento; e il 43,6% relativamente al numero di accertamenti



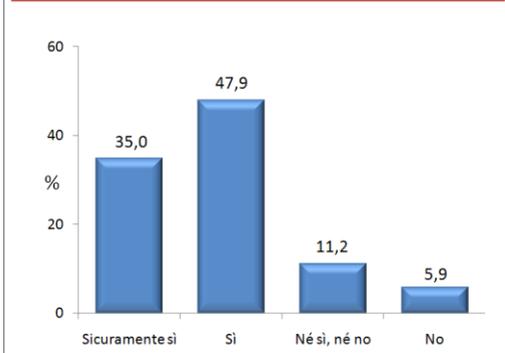
- contenimento dei costi: prevalente è il livello di probabilità minima o nulla sulla corresponsabilizzazione relativa al possibile impatto della strategia sul contenimento dei costi (44,0% dei medici)
- terapie : il 48,2% dei medici ritiene che vi sia una media probabilità che si verifichi un impatto sulla durata delle terapie; il 49,9% attribuisce il medesimo livello di probabilità all'effetto in termini di efficacia delle terapie.

In conclusione: una metà circa dei medici è dell'idea che la corresponsabilizzazione del paziente possa dare risultati attesi (positivi) e oltre l'80% conosce il fondamento della medesima rispetto ad altre precedenti strategie. Percentuali simili di medici ritengono che gli effetti possano verificarsi in tutte le aree prestazionali; solo a proposito del contenimento dei costi la percentuale scende mediamente del 6-8%. Esiste nei medici consapevolezza e disponibilità. Il problema è, sotto il profilo della policy, di orientare l'operatività e, quindi, organizzazione del lavoro e disponibilità di strumenti e di risorse per passare al nuovo. I medici ci dicono che i risultati possono arrivare.

L'82,9% dei medici è dell'opinione che il settore della medicina generale possa essere quello in cui i principi di corresponsabilizzazione dei pazienti possono essere maggiormente applicati e con maggiore efficacia (**Fig.33- Tab.26**).

Concludendo con una metafora: se si ritiene che il MMG è il primo presidio del sistema sanitario, in quanto per primo accoglie, osserva, cura, assiste ed orienta il paziente nel suo viaggio attraverso il sistema, potremmo dire metaforicamente che il viaggio è a due, paziente e medico, ognuno nel suo ruolo ma corresponsabilmente insieme.

Fig.33 (Tab.26): RITIENI CHE LA MEDICINA GENERALE POSSA ESSERE CONSIDERATA L'AMBITO ASSISTENZIALE, NEL PANORAMA SANITARIO NAZIONALE, DOVE I PRINCIPI DELLA CORRESPONSABILIZZAZIONE CON IL PAZIENTE POSSANO ESSERE MAGGIORMENTE E CON PIÙ EFFICACIA APPLICATI?

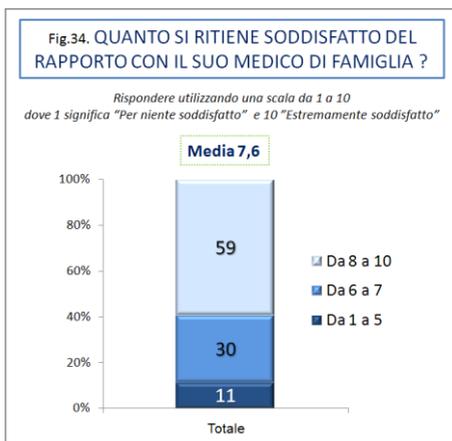


L'INDAGINE SUI PAZIENTI

DOXA-PHARMA, su indicazione del Centro Studi della FIMMG e condividendo gli obiettivi dell'indagine, ha condotto, su un campione rappresentativo della popolazione del territorio nazionale (400 pazienti che si sono recati almeno una volta nell'ultimo mese dal proprio medico di medicina generale), un'intervista tramite metodologia CAWI (*Computer Assisted Web Interview*).

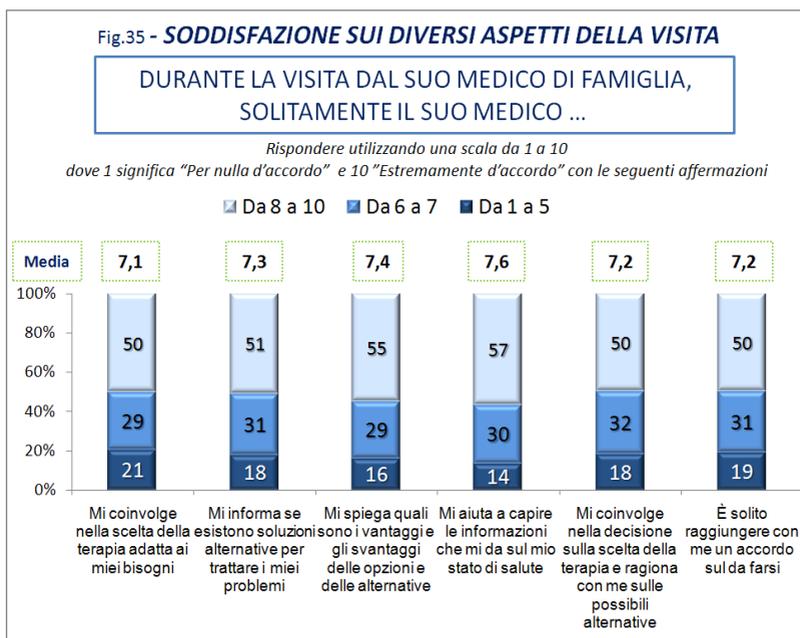
E' stato così prodotto un report sulla soddisfazione dei pazienti su una visita tipo dal proprio medico di famiglia.

Il report è decisamente ricco di informazioni ed articolato su più profili: in quest'ambito teniamo conto di quanto è emerso dall'indagine relativamente agli aspetti sul coinvolgimento del paziente e sulla condivisione delle decisioni e delle scelte.

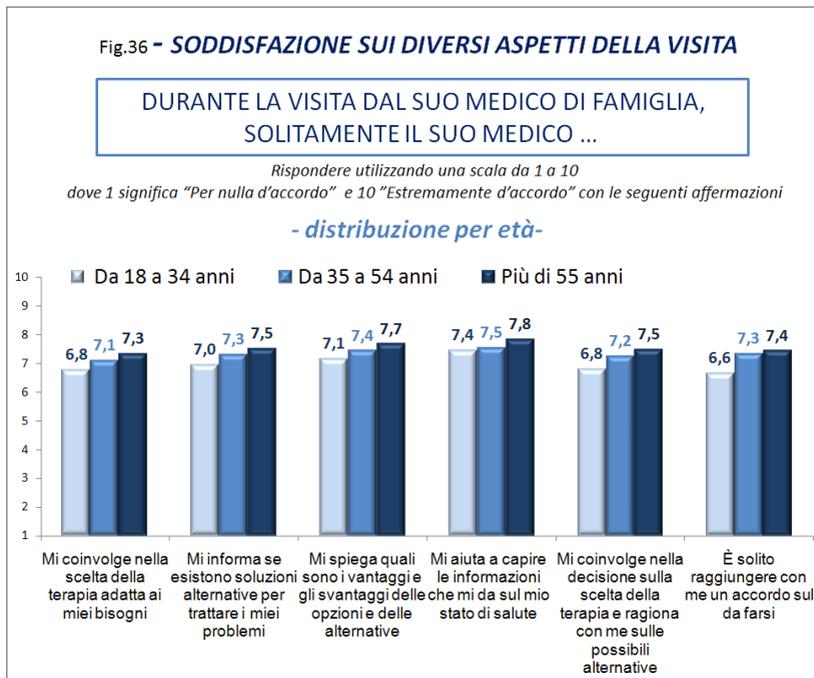


E' importante comunque segnalare, da subito (**Fig.34**), un elevato valore medio sulla soddisfazione del rapporto con il medico, risultato tra l'altro in linea con tutte le indagini precedentemente condotte su questo stesso argomento.

Analizzando i temi specifici del coinvolgimento (**Fig.35**), si apprezza come i pazienti giudicano elevato (oltre il 50% risponde con una valutazione dall'8 al 10 su una scala da 1 a 10, e oltre l'80% dal 6 al 10) il coinvolgimento in termini di delucidazione informativa e spiegazione per capire (*Mi informa se esistono soluzioni alternative ...*, *Mi spiega quali sono i vantaggi ...*, *Mi aiuta a capire ...*), ma anche di condivisione sulle scelte e sulle decisioni (*Mi coinvolge nella scelta della terapia e sulle alternative ...*, *E' solito raggiungere un accordo sul da farsi ...*), avendo il medico messo evidentemente in atto strategie evolute di “*sharing decision making*”.



Solo le fasce più giovani della popolazione appaiono un po' meno soddisfatte (Fig.36).



D'altronde, essere coinvolti nella consapevolezza dei percorsi ed essere partecipi sulle scelte degli stessi, viene giudicato dai pazienti importante ed elemento oramai che condiziona il giudizio complessivo del rapporto con il medico.

I pazienti poco soddisfatti del rapporto con il proprio medico (voti da 1 a 7, su scala da 1 a 10) riportano punteggi inferiori al 6 su tutti (tranne su "Mi aiuta a capire ...") gli item valutati, a differenza di coloro che riferiscono soddisfazione elevata (punteggio da 8 a 10) in cui la media della valutazione per gli stessi item risulta sempre superiore a 8 (Fig.37).

Fig.37- SODDISFAZIONE SUI DIVERSI ASPETTI DELLA VISITA

**DURANTE LA VISITA DAL SUO MEDICO DI FAMIGLIA,
SOLITAMENTE IL SUO MEDICO ...**

Rispondere utilizzando una scala da 1 a 10
dove 1 significa "Per nulla d'accordo" e 10 "Estremamente d'accordo" con le seguenti affermazioni

- distribuzione per livello di soddisfazione per il proprio MMG

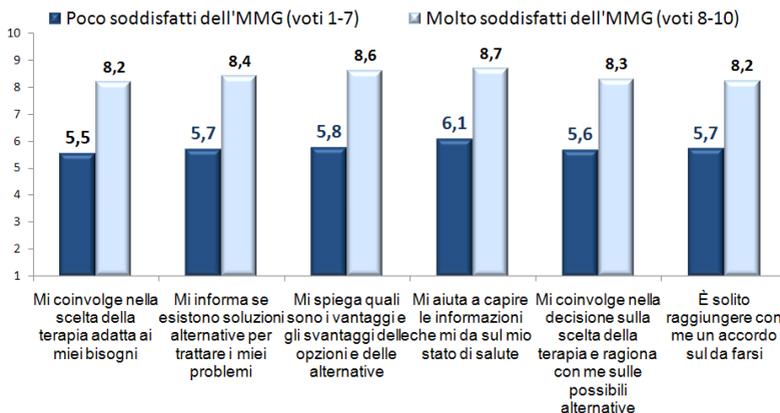
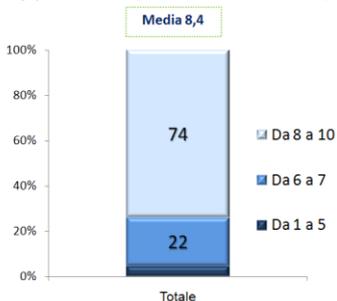


Fig.38 - QUANTO RITIENE IMPORTANTE CHE IL SUO MEDICO DI FAMIGLIA LA COINVOLGA DURANTE LA SCELTA DELLA TERAPIA ADATTA A LEI?

Rispondere utilizzando una scala da 1 a 10
dove 1 significa "Per niente importante" e 10 "Estremamente importante"

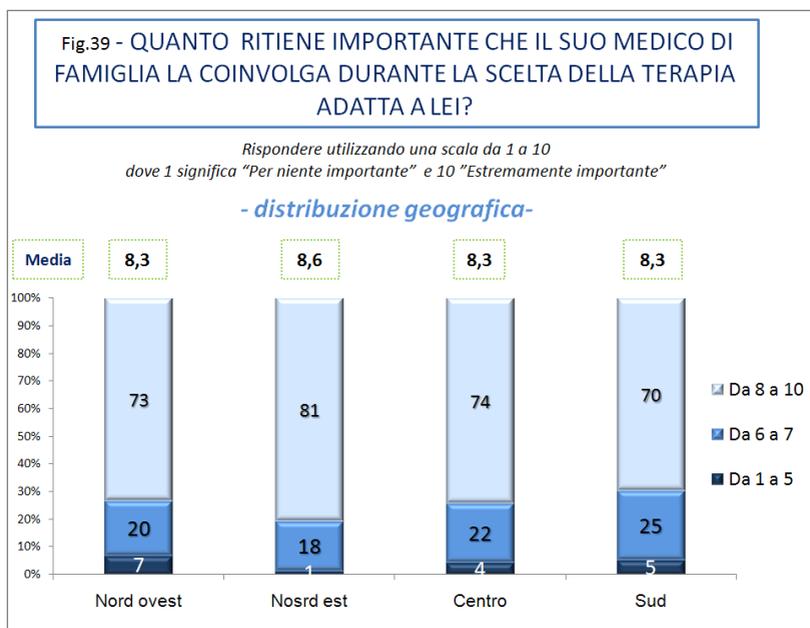


Andando in modo più analitico ad esplorare qualche profilo più specifico, si è chiesto quanto fosse importante il proprio coinvolgimento nella scelta della terapia più adatta (Fig.38).

Il livello di importanza riferito è risultato elevato

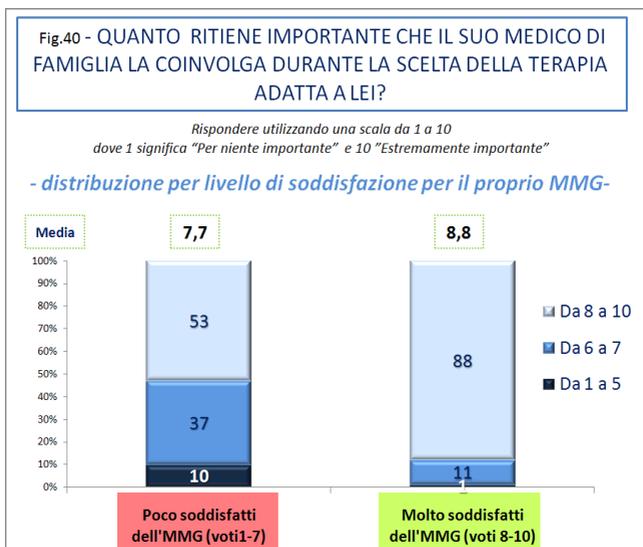
(media 8,4 sulla scala da 1 a 10), con una distribuzione sulla frequenza delle risposte collocata in massima parte (74%) tra 8 e 10, a confermare quanto i pazienti tengano ad essere coinvolti sulle scelte e sulle decisioni.

Lo stesso dato analizzato per distribuzione geografica (**Fig.39**), sembrerebbe far emergere un maggior desiderio di coinvolgimento sulle aree maggiormente industrializzate del paese dove, forse, è presente anche una maggior consapevolezza e, perché no, competenza degli stessi pazienti.



Ad integrare la precedente informazione secondo la quale i pazienti insoddisfatti del rapporto con il medico riferiscono uno scarso coinvolgimento da parte dello stesso, c'è l'aspetto secondo cui il poco

soddisfatti giudicano comunque meno rilevante lo stesso coinvolgimento; questo potrebbe significare che si tratta di pazienti in cui il “livello di attesa” nei confronti del proprio medico rimane comunque più basso, forse permanentemente condizionato da proprie situazioni esperienziali.



SINTESI DEI RISULTATI

Cercando di schematizzare la complessità dell'indagine e la multivarietà dei risultati:

- I medici riferiscono che la massima rilevanza sulla salute degli individui è attribuibile ai loro comportamenti e, a seguire, alla qualità delle cure ricevute, alla accessibilità alle stesse e ad aspetti più strettamente biologici e genetici.
- Pur essendo sostanzialmente tutti d'accordo sul fatto che il fondamento del rapporto medico-paziente sia la fiducia e la cooperazione, la visione dei medici si articola intorno a due fuochi portanti: coloro che enfatizzano, per il buon esito delle cure, il ruolo del paziente e quelli che invece centrano l'attenzione sul ruolo del medico.
- I medici che praticano da soli o in associazione propendono in maggior percentuale sulla centralità e la responsabilità del paziente. Viceversa, quelli che lavorano in gruppo propendono per la centralità del medico. Sembrerebbe cioè che il medico è in grado di rivestire un ruolo più "forte" sul governo della complessa relazione con il paziente quando è inserito in una organizzazione.
- Il 79,5 % dei medici dice che i pazienti comprendono il significato delle diagnosi; il 78,3 % che prima delle visite i pazienti raccolgono informazioni su internet; il 67,8 % che i pazienti tendono a farsi la diagnosi ed proporla al medico; il 62,0 % che i pazienti non si fanno "scrupoli" a chiedere informazioni e a discuterle; il 52,8 % che i pazienti sono in grado di discutere le opzioni di trattamento
- Il 70,2% dei medici afferma che i pazienti sono informati "abbastanza e molto" sugli effetti collaterali dei farmaci; il 60% circa è del parere che i

pazienti siano abbastanza e molto informati anche sull'importanza degli stili di vita e sui rischi connessi ad alcuni tipi di intervento. Sono di meno (46,7%) i medici che ritengono che i pazienti siano informati e si preoccupino del costo delle prestazioni.

- Il 62% dei medici riferisce che il lavoro, nel caso in cui il paziente arriva preventivamente “informato”, è più difficile.
- Il 56,9% dei medici afferma che tale circostanza fa aumentare un po' la durata della visita e il 24,7% indica che la fa aumentare molto. In sostanza, l'81,7% è nell'affermare che esiste un problema: l'informazione preventiva dei pazienti incide sui tempi lavoro.
- Per i medici i pazienti acquisiscono informazioni all'interno delle reti familiari e amicali, dai media incluso internet, da altri pazienti e poco da fonti sanitarie generaliste.
- Il 62,5% dei medici afferma di coinvolgere effettivamente e spesso i pazienti nel processo decisionale, sia per le diagnosi che per le cure. Il 30,2% dei medici lo fa sempre.
- Rispondono “molto” nelle seguenti percentuali i medici chiamati a rispondere su diversi item: aiuti i pazienti a capire i dati e le informazioni relativi alle loro malattie (56,8%); spieghi i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni (50,6%); dici ai pazienti che esistono opzioni (34,9%); soppesa e ragiona col paziente sulle opzioni (29,1%); ti comporti in modo tale da raggiungere un accordo col paziente (28,2%); chiedi esplicitamente ai pazienti se vogliono essere coinvolti (15,7%).
- Il 70% dei medici trova utile coinvolgere i pazienti quando si tratta di prevenzione, stili di vita e malattie croniche. Le percentuali scendono al 30% circa quando vengono prese in considerazione differenti situazioni.

- Una metà circa dei medici è dell'idea che la **corresponsabilizzazione** del paziente (condivisione delle scelte con decisa condivisione, pur nella differenza del ruolo, delle responsabilità) possa dare risultati attesi in tutte le aree prestazionali; solo a proposito del contenimento dei costi la percentuale scende mediamente del 6-8%.
- L'82,9% dei medici è dell'opinione che la medicina generale rappresenti il setting in cui i principi di corresponsabilizzazione dei pazienti possono essere maggiormente applicati e con maggiore efficacia
- I pazienti, da parte loro, giudicano che attualmente è già elevato (oltre il 50% risponde con una valutazione dall'8 al 10, e oltre l'80% dal 6 al 10 – su una scala da 1 a 10) il coinvolgimento in termini di delucidazione informativa e spiegazione per capire, ma anche di condivisione sulle scelte e sulle decisioni, avendo il medico messo evidentemente in atto strategie evolute di “*sharing decision making*”.
- Esplorando in modo più analitico qualche profilo più specifico, è risultata elevata (media 8,4 sulla scala da 1 a 10) per il paziente l'importanza del proprio coinvolgimento nella scelta della terapia più adatta con una distribuzione sulla frequenza delle risposte collocata in massima parte (74%) tra 8 e 10, a confermare quanto i pazienti tengano ad essere coinvolti sulle scelte e sulle decisioni.

ALCUNE CONSIDERAZIONI FINALI

La specificità del ruolo del medico di medicina generale ha da sempre trovato motivo di marcata caratterizzazione nelle istanze di affidamento che il paziente ha conferito al proprio medico e negli impegni fortemente partecipativi del medico nei confronti dello stesso paziente; per lungo tempo il tacito patto di alleanza tra le due figure è stato declinato sul solco di queste due direttrici. Nel tempo il rapporto, pur mantenendo al proprio interno queste originali peculiarità, si è evoluto: la persona assistita ha acquisito maggior ruolo e competenza, e la relazione con il medico, pur permanendo logicamente asimmetrica al momento della “scelta tecnica”, ha dovuto assorbire la presenza certamente più partecipe del paziente.

L’incremento del peso del paziente in quest’ambito relazionale comporta contestualmente (ed inevitabilmente ...) un aumento delle sue responsabilità.

Dall’analisi dei dati è possibile rilevare alcuni aspetti che emergono con maggiore evidenza.

I medici hanno espresso la chiara percezione che un paziente collaborante e coinvolto diventa elemento fondamentale ed indispensabile anche solo per rendere possibile l’approccio assistenziale; diventa chiaramente questione imprescindibile per il buon esito dei trattamenti, per ottenere comportamenti e stili di vita adeguati (considerati dai medici come i maggiori determinanti per la salute dell’individuo), per perseguire i migliori risultati soprattutto nelle strategie di prevenzione e nella corretta gestione delle patologie croniche.

Riuscire a gestire, favorire e governare il coinvolgimento del paziente, fino a condividere con lo stesso le scelte nelle tappe fondamentali del processo assistenziale, rimane prerogativa del medico e la capacità di realizzare

efficacemente questo percorso sembrerebbe essere funzione anche dell'ambito organizzativo dove il medico lavora. I medici che lavorano in gruppo attribuiscono infatti una maggiore centralità al ruolo del medico nella capacità di perseguire buoni risultati assistenziali attivando il coinvolgimento del paziente, a differenza dei colleghi che lavorano da soli o in semplice associazione. Sembrerebbe cioè che il medico è in grado di rivestire un ruolo maggiore sul governo della complessa relazione con il paziente quando è inserito in una organizzazione; si tratta di una osservazione importante con significative ripercussioni sulle politiche professionali.

I processi che il medico mette in atto per attuare un maggior coinvolgimento del paziente e per gestire il confronto con un assistito informato e competente sulla propria condizione di malattia, sono costituiti da strategie e modelli operativi onerosi in termini di tempi, disponibilità ed anche specifica preparazione.

La riorganizzazione dell'attività nello studio del medico di medicina generale, insieme alla disponibilità di nuovi strumenti e risorse, diventano in questo senso premesse indispensabili per raggiungere questi obiettivi e per rispondere con efficacia anche a queste sfide.

Quanto i medici di medicina generale siano naturalmente inclini ad attuare il coinvolgimento dei pazienti, emerge con evidenza dai dati dell'indagine, laddove il 92% del campione riferisce di *“prendere in considerazione i loro suggerimenti e discutere con loro, nel corso del processo decisionale relativo alla diagnosi, agli interventi e alle cure”*.

Una serenità nell'approcciare il rapporto con il paziente che viene messa a rischio dalla consapevolezza, da parte del medico, di dipendere completamente e troppo dai meccanismi di scelta e revoca dell'assistito: si

tratta infatti di un istituto corretto per preservare e garantire il rapporto fiduciario, ma laddove diventa motivo unico di fonte reddituale gli stessi medici riferiscono che possa essere gestito con qualche eccessiva ambiguità ed inappropriatezza.

La conferma che i MMG tendono a coinvolgere il paziente sia dal punto di vista informativo che nelle decisioni e nelle scelte, proviene dall'indagine condotta su un campione della popolazione generale. Sono i pazienti a riferire che i MMG sostanzialmente mettono già in atto strategie evolute per la ricerca della condivisione sui processi di diagnosi e cura; nella stessa indagine emerge con evidenza quanto i pazienti si aspettino questo tipo di attenzione e quanto venga considerata importante per la soddisfazione del rapporto con il proprio medico.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahlen GC et al.: Physician-patient questionnaire to assess physician-patient agreement at the consultation, *Family Practice* 24 (5): 498-503; 2007
2. Coulter A., Ellins J. et al.: Assessing the quality of information to support people in making decisions about their health and healthcare. Citeseer; 2006
3. Elwyn G., Laitner S. et al.: Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 341:c5146; 2010.
4. Elwyn G. et al.: Measuring the involvement of patients in shared decision making : a systematic review of instruments. In: *Patient Education and counseling*, vol. 43, pp. 5-22. Elsevier; 2001
5. Entwistle W., Watt I.: Patient involvement in treatment decision making: the case for a broader conceptual framework. In *Patient Education and counseling*, vol. 63, pp. 268-278. Elsevier; 2006
6. Feibelmann S., Yang T.S. et al.: What does it take to have sustained use of decision aids ? *Health Expectations*. 14, 85-95; 2011
7. Freidson E.: *Professional Dominance*, New York, Aldine; 1970.
8. Gigerenzer G., Gray J.: *Better doctors, better patients, better decisions : envisioning health care 2020*, MIT press; 2011
9. IMDF: Informed Medical decision foundation, www.informedmedicaldecisions.org; 2012a
10. IOM: *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*, Washington, National Academy Press; 2001
11. Kings Fund: www.kingsfund.org (papers sulle strategie informative); 2012
12. Mulley A., Trimble et al.: Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter, *BMJ*; 345: e6572; 2012

13. NHS Direct: Eight NHS trusts working with the NHS direct to pilot patient decisions aids. www.nhsdirect.nhs.uk; 2010
14. Reuben D., Tinetti E.: Goal oriented patient care- an alternative patient outcomes paradigm, NEJM. 366, 777-779; 2012
15. Rinon A. et al.: The MS choices survey : findings of a study assessing physician and patient. Patient Preferences Adherence. 5, 629-643; 2011
16. Ryan P., Vaughan D.: Confronting evidence : patient centered care and the case for shared decision making. Dublin: Royal College of Physicians of Ireland. 2013
17. Sahlsten M. et al.: An analysis of the concept of patient participation. Nursing Forum, 43, January – March; 2008
18. Scholl I. et al.: Development and psychometric properties of shared decision making questionnaire --physician version (SDM-Q-Doc). Patient education and counseling. 88, 284-290; 2012
19. Sepucha K.: Communicating with patients about their concerns, expectations and preferences, Washington, L.Olsen. 2011
20. Stacey D., Bennet CL et al.: Decisions aids to help people who are facing health treatment or screening decisions, <http://summaries.cochrane.org/CD001431/decision-aids-to-help-people-who-are-facing-health-treatment-or-screening-decisions> [Cochrane](http://www.cochrane.org). 2012
21. Wennberg D.: Opportunities to reduce unwarranted care differences. In: The Healthcare Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes. Workshop Series Summary Washington, DC: The National Academies Press. 2011

Allegato 1

IL QUESTIONARIO

A. Caratteristiche del medico e dei pazienti

1. Quanti anni hai ?

2. Genere :

Uomo

Donna

3. In quale Regione lavori come medico di famiglia:

Piemonte

Valle d'Aosta

Lombardia

Trentino- A.A

Veneto

Friuli V.G.

Liguria

Emilia-Romagna

Toscana

Umbria

Marche

Lazio

Abruzzo

Molise

Campania

Puglia

- Basilicata
- Calabria
- Sicilia
- Sardegna

4. Puoi indicare la modalità principale nella quale eserciti come medico di famiglia?

- studio singolo
- associazione semplice
- rete
- gruppo

5. Quanti pazienti hai in carico ?

6. Qual è all'incirca la percentuale dei tuoi pazienti secondo la classe di età cui appartengono ?

- adolescenti (tra 14 e 18 anni): ____%
- giovani (tra 19 e 24 anni): ____ %
- adulti (tra 25 e 64 anni): ____ %
- anziani (oltre 64 anni): ____ %

7. Qual è all'incirca la percentuale dei tuoi pazienti secondo **il loro livello di istruzione** ?

- Livello di base (fino alla scuola elementare all'incirca) ____%
- Livello medio (fino alla scuola media all'incirca) ____%
- Livello medio-alto (fino alla scuola superiore, liceo o simili) ____%
- Livello alto (fino all'università e oltre, all'incirca) ____%

B. I determinanti della salute e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, e l'attribuzione delle responsabilità

8. In generale, quanto pesano, in base alla tua esperienza assistenziale e alle convinzioni che ti sei fatto, i seguenti fattori sulla salute degli individui ? (*dai un voto da 1 = nessuna rilevanza, a 10 = massima rilevanza*)

- Caratteristiche sociali, quali il reddito, il tipo di lavoro, l'ambiente ove si vive, ecc. _____
- Caratteristiche culturali, quali titolo di studio, conoscenza delle malattie e delle modalità di prevenzione ._____
- I comportamenti, quali stili di vita, compliance relativa ai trattamenti, alle strategie di prevenzione, ecc.. _____
- La disponibilità effettiva di avere accesso ai servizi sanitari in caso di bisogno _____
- La qualità delle cure ricevute _____
- La biologia e la genetica (genere, familiarità, etnia ...) _____

9. In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni ?

*Se le persone godono o meno di **buona salute**, in ultima analisi, dipende soprattutto:*

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- dal loro comportamento: _____
- da come gli operatori, e in particolare i medici, gestiscono e si occupano di loro: _____
- dalla gestione, organizzazione e amministrazione dei servizi: _____

- dall'assunzione di una corresponsabilità nelle scelte diagnostiche e terapeutiche tra gestori, operatori, medici e pazienti, pur nel rispetto e nei vincoli dei ruoli di competenza di ciascuno: _____

10. In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni ?

L'efficacia delle cure, in ultima analisi, dipende soprattutto:

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- dal comportamento dei pazienti: _____
- da come gli operatori, e in particolare i medici, gestiscono e si occupano di loro: _____
- dalla gestione, organizzazione e amministrazione dei servizi: _____
- dall'assunzione di una corresponsabilità nelle scelte diagnostiche e terapeutiche tra gestori, operatori, medici e pazienti, pur nel rispetto e nei vincoli dei ruoli di competenza di ciascuno: _____

11. Che cosa indicano per te i vari termini oggi in uso per rappresentare la partecipazione dei pazienti al processo delle cure e alla tutela della salute, quali, ad esempio, "patient involvement" (coinvolgimento del paziente), "patient engagement" (corresponsabilizzazione del paziente) o "patient empowerment" (crescita del "potere contrattuale" dei pazienti) *(dai uno voto da 1 a 10, ove, per ognuna delle seguenti affermazioni, 1 vuol dire che l'affermazione non è per niente appropriata e 10 massimamente appropriata)*

- i pazienti debbono informarsi ed interessarsi di più e più attivamente delle cure chieste e ricevute: _____
- gli utenti debbono avere una qualche conoscenza dei fattori che influenzano la salute e l'efficacia delle cure : _____

- per stare in salute, gli utenti debbono intraprendere stili di vita e comportamenti appropriati: ____
- i pazienti debbono assumersi anche essi le responsabilità che loro competono relativamente alle cure: ____
- il medico e tutto il sistema deve attivarsi per favorire il paziente nell'assumere maggiori informazioni e acquisire una maggiore consapevolezza sul processo di diagnosi e cura: ____

12. In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni ?

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- Da ultimo, è il medico ad essere responsabile per l'efficacia delle cure fornite: ____
- I pazienti hanno diritto a ricevere cure adeguate, mentre il ruolo svolto e il loro coinvolgimento non sono l'aspetto centrale della questione: ____
- Non è possibile curare i pazienti con efficacia, se questi non si fidano del medico e non cooperano: ____
- Il medico è responsabile per le cure fornite, ma alla fine, il loro esito dipende dal paziente: ____
- Il rapporto di coinvolgimento, empatia, collaborazione con il paziente dipende, in genere, più dal medico che non dallo stesso paziente: ____
- Il medico deve limitarsi ad esercitare il suo ruolo clinico con competenza ed accuratezza: ____
- Ai medici si tende a chiedere troppo, anche capacità e disponibilità diverse dal sapere medico e dalle competenze cliniche: ____

C. Le conoscenze dell'utenza sulle tematiche mediche e sulla corretta gestione della salute che possono condizionare la qualità dell'assistenza

13. Stando alla tua esperienza e alle idee che ti sei progressivamente fatto, ritieni che, oggi, i pazienti, di più rispetto al passato:

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- comprendono il significato delle diagnosi fatte dai medici e sanno di che si tratta: ____
- sono in grado di distinguere le alternative che possono esserci a proposito dei trattamenti: ____
- sanno valutare adeguatamente la qualità delle cure: ____
- non si pongono problemi se e quando chiedono spiegazioni ai medici e vogliono discuterle: ____
- prima di venire in visita o parlare col medico, in generale, vanno alla ricerca di informazioni mediche su Internet: ____
- tendono a farsi la diagnosi da soli e la propongono al medico: ____
- hanno preso l'abitudine a proporre al medico quali sono le cure e trattamenti di cui necessitano: ____

14. In che misura ritieni che i pazienti siano oggi informati e si preoccupino rispetto:

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- all'importanza degli stili di vita per la salute: ____
- agli effetti collaterali dei farmaci: ____
- ai rischi connessi a specifici interventi diagnostici: ____
- al costo delle prestazioni: ____

15. Ritieni che quando i pazienti che vengono in visita hanno preventivamente assunto informazioni sulle malattie che lamentano o pensano di avere, questo fatto :
- rende il lavoro del medico molto più facile
 - rende il lavoro del medico un po' più facile
 - non ha influenza sul lavoro del medico
 - rende il lavoro del medico più difficile
 - rende il lavoro del medico molto più difficile
16. Quando i pazienti che vengono in visita hanno preventivamente assunto informazioni sulle malattie che lamentano o pensano di avere, in che misura questa situazione influisce sulla durata della visita :
- nessun effetto
 - fa aumentare molto la durata della visita
 - fa aumentare un po' la durata della visita
 - fa diminuire un po' la durata della visita
 - fa diminuire molto la durata della visita
17. In generale, ritieni che l'assunzione di informazioni cliniche da parte dei pazienti , oggi possibile tramite Internet e i media, rappresenti ai fini dell'efficacia del processo assistenziale:
- un sicuro beneficio
 - talvolta un beneficio e talvolta un problema
 - soprattutto un problema
18. In che misura, secondo te, i tuoi pazienti consultano fonti informative non *professionali* nei casi in cui sono o pensano di essere ammalati

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- Amici, familiari, conoscenti: _____
- La televisione: _____
- Internet, utilizzando i vari motori di ricerca, tipo Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari,ecc. : _____
- Giornali divulgativi: _____
- Stampa medica generalista: _____
- Altri pazienti: _____

D. Medici e coinvolgimento dei pazienti nel contesto dei processi decisionali: comportamenti, attitudini e raccomandazioni dei medici

19. In generale, in che misura, coinvolgi i tuoi pazienti , ascoltandoli, prendendo in considerazione i loro suggerimenti e discutendo con loro, nel corso del processo decisionale relativo alla diagnosi, agli interventi e alle cure ?

- Mai
- Occasionalmente
- Spesso
- Sempre

20. In che misura, le seguenti situazioni corrispondono a come tu ti comporti con i tuoi pazienti.

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- Chiedo esplicitamente ai miei pazienti se vogliono essere coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico: _____
- Sono solito dire ai miei pazienti che esistono opzioni e alternative per trattare i loro problemi: _____

- Sono solito spiegare ai miei pazienti quali sono i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni e delle alternative: ____
- Sono solito aiutare i miei pazienti a capire i dati e le informazioni sulla loro malattie o condizioni sanitarie: ____
- Io e i miei pazienti siamo soliti soppesare, confrontare e ragionare insieme intorno alle opzioni di trattamento: ____
- Io e i miei pazienti ci comportiamo in modo tale da raggiungere un accordo sul da farsi: ____

21. In quale condizione credi che il coinvolgimento del paziente sia elemento fondamentale per il successo degli interventi:

una scala da 1 a 10; 1= minima importanza; 10 = massima importanza

- Soprattutto nelle strategie di prevenzione: ____
- Soprattutto nella gestione delle patologie acute: ____
- Soprattutto nella gestione delle patologie croniche: ____
- Soprattutto durante i percorsi diagnostici: ____
- Soprattutto per quanto riguarda la scelta della terapia e/o dei trattamenti: ____
- Soprattutto per quanto riguarda l'efficacia della terapia e/o dei trattamenti: ____
- Soprattutto per quanto riguarda i comportamenti e gli stili di vita: ____
- Soprattutto per quanto riguarda il contenimento dei costi della terapia e/o dei trattamenti: ____

22. Ti capita mai di condividere con il paziente, per rinforzare le strategie finalizzate ad un suo coinvolgimento, la visualizzazione ed il commento di dati ed informazioni sanitarie che lo riguardano, già raccolti nella sua scheda sanitaria ?

- Molto spesso
- Spesso
- Qualche volta
- Raramente
- Mai

23 . Riterresti utile mettere regolarmente a disposizione del paziente, laddove i sistemi e la tecnologia lo consentono o lo consentissero in prospettiva, la possibilità di accedere autonomamente alla visualizzazione della sua scheda sanitaria?

- Sicuramente utile
- Parzialmente utile
- Inutile
- Possibilmente dannoso

24. In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- Deve essere solo il medico a prendersi la responsabilità delle decisioni relative al processo diagnostico e alle terapie: ____
- Quando il medico prescrive non è sempre necessario trovare un accordo con i pazienti: ____
- In cambio di un maggior coinvolgimento, i pazienti debbono prendersi maggiori responsabilità: ____
- Una partnership tra medici e pazienti, orientata alla condivisione di responsabilità nel processo diagnostico-terapeutico, può anche produrre minor livello di appropriatezza secondo i canoni e gli standard clinici: ____

- Il maggior tempo necessario per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti va a scapito di altri profili assistenziali: ____
- Se i medici ignorano i punti di vista dei pazienti, questi finiscono con l'ignorare le indicazioni del medico: ____
- La compliance diminuisce se il paziente non si sente ascoltato dal medico: ____
- Il rapporto con il paziente è troppo condizionato dal meccanismo scelta-revoa per poter essere gestito sempre con serenità e appropriatezza: ____

25. In che misura le seguenti situazioni possono rappresentare un ostacolo per l'efficienza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico?

molto; abbastanza; neutro; poco; per niente

- I pazienti sono in generale male informati: ____
- I pazienti non hanno conoscenze adeguate per essere coinvolti e corresponsabilizzati: ____
- Stante i carichi di lavoro esistenti, non v'è tempo sufficiente per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti nel giusto modo e nella giusta misura: ____
- I pazienti non si prendono e non sono disposti a prendersi le loro responsabilità: ____
- Non esiste nei pazienti una giusta predisposizione culturale a nuovi modelli decisionali condivisi: ____
- I medici non credono a queste novità: ____
- Possono esistere problemi di responsabilità professionale in caso di decisioni che poi si rivelano erranee: ____

E. Valutazioni finali sulla strategia del “patient engagement”

26. Sei d'accordo che la corresponsabilizzazione dei pazienti, secondo i fautori di questa nuova strategia, non si può esaurire nei tradizionali meccanismi di informazione e partecipazione dei pazienti, ma deve riguardare, pur nel rispetto delle sfere di competenza e dei ruoli, la condivisione delle decisioni mediche (shared decision making process) ?
- Molto
 - Abbastanza
 - Neutro
 - Poco
 - Per niente
27. In che misura sei d'accordo sul fatto che l'assunzione da parte dei pazienti di responsabilità dirette nei processi di diagnosi e cura, pur nei limiti delle diverse sfere di competenza dei medici e dei pazienti, sia un elemento nuovo e distintivo di una nuova strategia ? :
- Molto
 - Abbastanza
 - Neutro
 - Poco
 - Per niente
28. Pensi che tale nuova strategia possa affettivamente dare i risultati attesi e non finisca con l'essere una delle tante mode o convinzioni diffuse che hanno segnato la vita della policy sanitaria ? :
- Sicuramente sì
 - Sì

- Né sì, né no
- No
- Sicuramente no

29. Ritieni che applicare questa nuova strategia sia nei fatti veramente e concretamente praticabile ?

- Sicuramente sì
- Sì
- Né sì, né no
- No
- Sicuramente no

30. Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati ? :

probabilità elevata; probabilità media; probabilità minima; probabilità nulla

- La prescrizioni farmaceutiche: ____
- La scelta dei farmaci: ____
- Il numero di farmaci prescritti: ____
- La prescrizione di accertamenti: ____
- La scelta del tipo di accertamenti: ____
- Il numero degli accertamenti: ____
- Il contenimento dei costi: ____
- La durata delle terapie: ____
- L'efficacia delle terapie: ____

31. Ritieni che la Medicina Generale possa essere considerata l'ambito assistenziale, nel panorama sanitario nazionale, dove i principi della

corresponsabilizzazione con il paziente possano essere maggiormente e con più efficacia applicati ?

- Sicuramente sì
- Sì
- Né sì, né no
- No
- Sicuramente no

Allegato 2.

LE TABELLE

Tab 1 Quanto sono rilevanti, in base alla tua esperienza i seguenti fattori sulla salute degli individui? (% di medici che hanno indicato la massima)							
Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Caratteristiche sociali	Caratteristiche culturali	I comportamenti e stili di vita	Accesso ai servizi sanitari in caso di bisogno	La qualità delle cure ricevute	La biologia e la genetica
Classe di età	Fino a 49 anni	33,9	30,1	56,0	37,3	52,5	30,7
	Da 50 a 59 anni	25,9	28,8	46,5	32,9	42,4	27,7
	60 anni e oltre	21,6	23,5	42,6	35,5	41,2	28,8
Genere	Uomo	28,1	29,0	50,4	34,9	44,8	30,9
	Donna	26,8	26,6	44,7	33,8	46,9	23,1
Area	Nord	20,5	22,2	41,2	26,8	42,0	23,5
	Centro	28,0	28,9	55,2	38,7	49,7	35,8
	Sud e isole	36,3	35,4	54,2	41,5	46,8	30,8
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	23,0	22,3	43,7	31,2	37,3	26,1
	Rete	31,2	29,1	51,7	35,8	47,7	28,1
	Gruppo	28,1	31,9	50,1	36,0	48,7	31,0
Scelte	Fino a 1000	35,2	33,4	52,0	37,4	46,6	24,3
	Da 1001 a 1500	25,4	26,3	48,3	33,4	45,9	34,1
	1501 e oltre	24,1	27,2	46,4	34,3	42,3	21,2
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	26,4	26,1	49,0	33,4	45,3	27,2
	Sì	31,0	33,8	48,5	37,5	45,4	32,5
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	28,4	28,9	48,9	33,7	42,6	31,2
	Medio-alto	26,9	27,7	48,8	35,9	48,8	25,7
Totale		27,7	28,4	48,9	34,6	45,3	28,8
Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.							

Tab 2 In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni? (% di medici che hanno espresso il massimo grado di accordo)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Se le persone godono o meno di buona salute dipende soprattutto: dal loro comportamento	Se le persone godono o meno di buona salute dipende soprattutto: da come gli operatori si occupano di loro	Se le persone godono o meno di buona salute dipende soprattutto: dalla gestione dei servizi	Se le persone godono o meno di buona salute dipende soprattutto: dall'assunzione di una corresponsabilità nelle scelte diagnostiche
Classe di età	Fino a 49 anni	48,0	22,0	15,1	41,1
	Da 50 a 59 anni	39,2	22,2	20,4	39,7
	60 anni e oltre	43,1	23,7	24,7	39,0
Genere	Uomo	46,1	24,1	17,9	38,3
	Donna	33,1	17,6	23,6	44,8
Area	Nord	44,1	21,6	17,3	39,6
	Centro	36,9	18,0	17,4	35,2
	Sud e isole	44,2	26,0	23,2	43,5
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	40,3	14,4	15,8	38,2
	Rete	40,7	29,6	27,2	38,9
	Gruppo	45,5	21,9	15,6	42,1
Scelte	Fino a 1000	49,5	17,7	18,1	39,2
	Da 1001 a 1500	40,2	26,4	23,2	41,3
	1501 e oltre	39,6	18,3	11,7	38,0
medici con pazienti in prevalenza anziani	No	43,7	23,4	19,1	41,4
	Sì	39,8	19,7	20,3	36,6
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	41,5	20,0	19,5	39,6
	Medio-alto	43,9	25,3	19,4	40,5
Totale		42,6	22,3	19,4	40,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 3 In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni? (% di medici che hanno espresso il massimo grado di accordo)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		L'efficacia delle cure, in ultima analisi, dipende soprattutto: dal loro comportamento	L'efficacia delle cure, in ultima analisi, dipende soprattutto: da come gli operatori si occupano di loro	L'efficacia delle cure, in ultima analisi, dipende soprattutto: dalla gestione dei servizi	L'efficacia delle cure, in ultima analisi, dipende soprattutto: dall'assunzione di una corresponsabilità nelle scelte diagnostiche
Classe di età	Fino a 49 anni	55,9	38,5	19,6	48,5
	Da 50 a 59 anni	47,3	41,3	27,1	44,1
	60 anni e oltre	47,0	39,0	25,2	41,9
Genere	Uomo	51,0	41,9	23,3	43,0
	Donna	47,1	35,1	27,6	51,2
Area	Nord	52,1	37,1	21,4	48,3
	Centro	46,3	35,4	24,3	36,8
	Sud e isole	49,5	46,4	28,2	46,6
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	49,7	34,6	19,0	40,6
	Rete	45,5	40,3	26,3	41,6
	Gruppo	53,6	43,5	26,6	51,1
Scelte	Fino a 1000	58,6	41,9	28,3	42,5
	Da 1001 a 1500	45,2	41,6	24,8	46,2
	1501 e oltre	50,7	34,0	18,7	46,1
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	51,4	40,7	24,0	46,9
	Sì	46,5	38,5	25,5	41,1
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	49,0	35,5	26,4	44,2
	Medio-alto	51,1	45,9	22,0	46,4
Totale		49,9	40,1	24,4	45,2

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 4 Esprimi il grado di appropriatezza della definizione dei vari termini oggi in uso per indicare la partecipazione dei pazienti al processo delle cure e alla tutela della salute, quali, ad esempio, "patient involvement" (coinvolgimento del paziente), "patient engagement" (corresponsabilizzazione del paziente) o "patient empowerment" (crescita del "potere contrattuale" dei pazienti)? (% di medici che hanno espresso il massimo grado di appropriatezza)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		I pazienti debbono informarsi ed interessarsi di più e più attivamente delle cure chieste e ricevute	gli utenti debbono avere una qualche conoscenza dei fattori che influenzano la salute e l'efficacia delle cure	per stare in salute, gli utenti debbono intraprendere stili di vita e comportamenti appropriati	i pazienti debbono assumersi anche essi le responsabilità che loro competono relativamente alle cure	Il medico e tutto il sistema deve attivarsi per favorire il paziente nell'assumere maggiori informazioni e acquisire una maggiore consapevolezza sul processo di diagnosi e cura
Classe di età	Fino a 49 anni	16,1	35,9	71,6	63,9	57,0
	Da 50 a 59 anni	14,1	22,9	65,2	57,5	47,1
	60 anni e oltre	16,4	22,9	63,2	57,3	48,2
Genere	Uomo	15,8	25,4	66,7	57,3	49,1
	Donna	13,2	31,4	67,6	65,3	53,8
Area	Nord	11,2	20,7	64,5	58,0	43,3
	Centro	13,1	26,1	66,8	59,4	52,1
	Sud e isole	21,0	35,1	69,8	61,3	58,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	16,4	32,2	59,3	56,5	47,9
	Rete	15,8	26,5	67,5	59,8	47,0
	Gruppo	13,7	23,9	71,5	61,2	54,8
Scelte	Fino a 1000	15,5	28,0	67,9	61,1	52,4
	Da 1001 a 1500	15,6	28,8	66,0	56,7	49,2
	1501 e oltre	13,3	21,1	67,9	64,4	50,9
medici con pazienti in prevalenza anziani	No	15,0	28,5	68,4	59,3	50,5
	Sì	15,4	23,4	63,3	59,9	50,2
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	16,1	25,5	63,3	57,6	45,4
	Medio-alto	13,8	28,8	71,5	61,9	56,8
Totale		15,1	27,0	66,9	59,5	50,4

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 5a : In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni?		
Items	Risposte	%
è il medico ad essere responsabile per l'efficacia delle cure fornite	Poco/per niente	15,4
	Neutro	17,6
	Molto/abbastanza	67,0
	Totale	100,0
i pazienti hanno diritto a ricevere cure adeguate, mentre il ruolo svolto e il loro coinvolgimento non sono l'aspetto centrale della questione	Poco/per niente	57,2
	Neutro	18,1
	Molto/abbastanza	24,7
	Totale	100,0
non è possibile curare i pazienti con efficacia, se questi non si fidano del medico e non cooperano	Poco/per niente	3,4
	Neutro	2,5
	Molto/abbastanza	94,1
	Totale	100,0
il medico è responsabile per le cure fornite, ma alla fine, il loro esito dipende dal paziente	Poco/per niente	10,5
	Neutro	16,9
	Molto/abbastanza	72,6
	Totale	100,0
il rapporto di coinvolgimento, empatia, collaborazione con il paziente dipende, in genere, più dal medico che non dallo stesso paziente	Poco/per niente	14,0
	Neutro	28,0
	Molto/abbastanza	58,0
	Totale	100,0
il medico deve limitarsi ad esercitare il suo ruolo clinico con competenza ed accuratezza	Poco/per niente	37,4
	Neutro	26,8
	Molto/abbastanza	35,7
	Totale	100,0
ai medici si tende a chiedere troppo, anche capacità e disponibilità diverse dal sapere medico e dalle competenze cliniche	Poco/per niente	13,6
	Neutro	12,8
	Molto/abbastanza	73,6
	Totale	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 5b Analisi fattoriale

	Component	
	asse paziente	asse medico
è il medico ad essere responsabile per l'efficacia delle cure fornite	,064	,579
i pazienti hanno diritto a ricevere cure adeguate, mentre il ruolo svolto e il loro coinvolgimento non sono l'aspetto centrale della questione	-,025	,749
non è possibile curare i pazienti con efficacia, se questi non si fidano del medico e non cooperano	,712	-,086
il medico è responsabile per le cure fornite, ma alla fine, il loro esito dipende dal paziente	,703	,026
il rapporto di coinvolgimento, empatia, collaborazione con il paziente dipende, in genere, più dal medico che non dallo stesso paziente	,012	,549
il medico deve limitarsi ad esercitare il suo ruolo clinico con competenza ed accuratezza	,422	,487
ai medici si tende a chiedere troppo, anche capacità e disponibilità diverse dal sapere medico e dalle competenze cliniche	,659	,175

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab. 5c : Rapporto tra fattori e caratteristiche dei medici			
Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Centralità del rapporto sul ruolo del paziente	Centralità del rapporto sul ruolo del medico
Classe di età	Fino a 49 anni	37,57	47,36
	Da 50 a 59 anni	44,50	47,28
	60 anni e oltre	43,64	46,84
Genere	Uomo	41,39	46,16
	Donna	44,86	50,41
Area	Nord	43,58	48,60
	Centro	38,39	46,12
	Sud e isole	43,07	46,26
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	46,54	43,42
	Rete	40,19	44,72
	Gruppo	41,26	51,89
Scelte	Fino a 1000	42,37	48,63
	Da 1001 a 1500	40,54	45,57
	1501 e oltre	46,51	49,44
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	43,55	46,80
	Sì	38,81	48,43
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	41,75	48,44
	Medio-alto	42,99	45,79
Totale		42,27	47,24

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 6a Stando alla tua esperienza e alle idee che ti sei progressivamente fatto, ritieni che, oggi, i pazienti, di più rispetto al passato:

Items	Risposte	%
comprendono il significato delle diagnosi fatte dai medici e sanno di che si tratta	Poco/per niente	6,6
	Neutro	13,9
	Molto/abbastanza	79,5
	Totale	100,0
sono in grado di distinguere le alternative che possono esserci a proposito dei trattamenti	Poco/per niente	20,8
	Neutro	26,4
	Molto/abbastanza	52,8
	Totale	100,0
sanno valutare adeguatamente la qualità delle cure	Poco/per niente	28,2
	Neutro	30,7
	Molto/abbastanza	41,1
	Totale	100,0
non si pongono problemi se e quando chiedono spiegazioni ai medici e vogliono discuterle	Poco/per niente	13,7
	Neutro	24,3
	Molto/abbastanza	62,0
	Totale	100,0
prima di venire in visita o parlare col medico, in generale, vanno alla ricerca di informazioni mediche su Internet	Poco/per niente	8,3
	Neutro	13,4
	Molto/abbastanza	78,3
	Totale	100,0
tendono a farsi la diagnosi da soli e la propongono al medico	Poco/per niente	13,3
	Neutro	18,9
	Molto/abbastanza	67,8
	Totale	100,0
hanno preso l'abitudine a proporre al medico quali sono le cure e trattamenti di cui necessitano	Poco/per niente	20,5
	Neutro	21,3
	Molto/abbastanza	58,3
	Totale	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 6b Analisi fattoriale items domanda precedente

Items	Component	
	Paziente informato e attrezzato al coinvolgimento	Paziente challenging
comprendono il significato delle diagnosi fatte dai medici e sanno di che si tratta	,759	-,003
sono in grado di distinguere le alternative che possono esserci a proposito dei trattamenti	,795	,036
sanno valutare adeguatamente la qualità delle cure	,764	-,014
non si pongono problemi se e quando chiedono spiegazioni ai medici e vogliono discuterle	,528	,136
prima di venire in visita o parlare col medico, in generale, vanno alla ricerca di informazioni mediche su Internet	,162	,714
tendono a farsi la diagnosi da soli e la propongono al medico	-,019	,906
hanno preso l'abitudine a proporre al medico quali sono le cure e trattamenti di cui necessitano	-,002	,851

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 6c Stando alla tua esperienza e alle idee che ti sei progressivamente fatto, ritieni che, oggi, i pazienti, di più rispetto al passato (punteggio fattoriale 0-100)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Paziente informato e attrezzato al coinvolgimento	Paziente challenging
Classe di età	Fino a 49 anni	55,5	57,2
	Da 50 a 59 anni	53,9	53,3
	60 anni e oltre	52,9	54,3
Genere	Uomo	52,0	54,2
	Donna	60,6	55,7
Area	Nord	52,1	52,6
	Centro	56,8	55,9
	Sud e isole	55,2	56,1
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	56,4	56,7
	Rete	56,7	53,0
	Gruppo	51,2	54,5
Scelte	Fino a 1000	53,7	59,6
	Da 1001 a 1500	54,0	53,4
	1501 e oltre	55,4	50,1
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	55,0	54,4
	Sì	52,1	55,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	53,8	51,6
	Medio-alto	54,7	58,3
Totale		54,2	54,6

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 7 In che misura ritieni che i pazienti siano oggi informati e si preoccupino rispetto a:													
Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		all'importanza degli stili di vita per la salute			agli effetti collaterali dei farmaci			ai rischi connessi a specifici interventi diagnostici			al costo delle prestazioni		
		Poco/per niente	Neutro	Molto/abbastanza	Poco/per niente	Neutro	Molto/abbastanza	Poco/per niente	Neutro	Molto/abbastanza	Poco/per niente	Neutro	Molto/abbastanza
Classe di età	Fino a 49 anni	27,5	14,7	57,8	21,5	8,1	70,4	27,6	17,6	54,8	40,2	5,4	54,4
	Da 50 a 59 anni	20,8	17,3	61,8	14,6	16,3	69,1	22,8	18,6	58,5	48,4	8,7	42,9
	60 anni e oltre	27,1	12,8	60,1	14,2	12,7	73,2	27,6	13,2	59,2	48,9	6,6	44,5
Genere	Uomo	23,0	17,0	59,9	16,9	15,2	67,9	24,3	18,6	57,1	46,4	7,1	46,5
	Donna	26,2	12,4	61,4	16,2	7,6	76,2	27,2	14,3	58,5	44,6	8,1	47,3
Area	Nord	22,0	15,0	63,0	15,2	12,2	72,7	25,9	17,6	56,5	51,8	7,9	40,3
	Centro	22,3	20,9	56,9	13,7	18,0	68,4	22,4	21,9	55,7	42,6	9,0	48,4
	Sud e isole	27,1	13,7	59,2	20,4	11,4	68,2	25,7	14,5	59,7	40,9	5,6	53,5
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	26,4	15,7	58,0	17,8	13,3	68,9	24,9	16,5	58,6	39,6	3,5	56,9
	Rete	23,3	14,1	62,7	17,7	12,5	69,8	24,3	21,3	54,4	43,7	12,1	44,1
	Gruppo	22,8	17,2	60,0	15,1	13,6	71,3	25,8	15,1	59,1	51,9	6,1	42,0
Scelte	Fino a 1000	24,5	25,2	50,3	22,1	12,1	65,8	29,8	16,0	54,2	43,4	4,9	51,7
	Da 1001 a 1500	23,6	11,9	64,5	14,4	13,1	72,6	23,1	18,0	58,9	45,2	8,7	46,2
	1501 e oltre	23,9	13,6	62,6	15,6	14,7	69,7	23,8	18,0	58,2	51,0	7,2	41,8
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	23,1	15,0	61,9	15,7	12,4	71,9	24,2	17,7	58,1	44,3	7,6	48,1
	Sì	25,8	17,6	56,6	19,0	15,1	65,9	27,1	16,9	56,0	49,8	6,8	43,3
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	27,7	16,0	56,3	19,4	11,0	69,5	28,4	15,0	56,7	52,2	6,4	41,4
	Medio-alto	19,0	15,5	65,5	13,2	15,9	71,0	20,8	20,7	58,5	37,8	8,6	53,6
Total		23,9	15,8	60,3	16,7	13,2	70,2	25,1	17,5	57,5	45,9	7,3	46,7

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina"

Tab 8 Ritieni che quando i pazienti che vengono in visita hanno preventivamente assunto informazioni sulle malattie che lamentano o pensano di avere, questo fatto

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		rende il lavoro del medico molto più facile	rende il lavoro del medico un po' più facile	non ha influenza sul lavoro del medico	rende il lavoro del medico più difficile	rende il lavoro del medico molto più difficile	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	1,4	11,5	10,3	68,4	8,4	100,0
	Da 50 a 59 anni	2,4	10,9	15,3	61,0	10,3	100,0
	60 anni e oltre	2,4	10,4	21,8	53,5	12,0	100,0
Genere	Uomo	1,9	11,6	15,7	61,5	9,3	100,0
	Donna	2,6	9,4	12,3	63,9	11,7	100,0
Area	Nord	2,2	9,5	15,7	61,2	11,4	100,0
	Centro	,0	12,4	12,9	64,7	10,0	100,0
	Sud e isole	3,2	12,0	14,8	61,8	8,2	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	2,9	9,7	14,7	61,8	11,0	100,0
	Rete	2,0	14,1	17,7	56,6	9,7	100,0
	Gruppo	1,6	9,5	12,5	66,9	9,5	100,0
Scelte	Fino a 1000	3,4	7,7	8,0	70,2	10,6	100,0
	Da 1001 a 1500	1,4	12,6	16,3	59,9	9,8	100,0
	1501 e oltre	2,0	11,3	19,4	57,6	9,7	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	1,7	11,3	15,1	63,4	8,4	100,0
	Si	3,0	10,4	13,8	59,1	13,7	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	2,8	12,8	17,2	57,3	9,8	100,0
	Medio-alto	1,2	8,7	11,6	68,3	10,1	100,0
Total		2,1	11,0	14,8	62,2	10,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 9 Quando i pazienti che vengono in visita hanno preventivamente assunto informazioni sulle malattie che lamentano o pensano di avere, in che misura questa situazione influisce sulla durata della visita:

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		nessun effetto	fa aumentare molto la durata della visita	fa aumentare un po' la durata della visita	fa diminuire un po' la durata della visita	fa diminuire molto la durata della visita	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	13,8	20,8	58,6	5,3	1,5	100,0
	Da 50 a 59 anni	14,4	26,2	56,2	2,1	1,2	100,0
	60 anni e oltre	12,5	27,8	56,0	1,7	1,9	100,0
Genere	Uomo	16,4	24,7	54,1	3,8	1,1	100,0
	Donna	7,2	25,0	64,7	1,0	2,2	100,0
Area	Nord	9,8	27,4	58,8	2,0	2,0	100,0
	Centro	21,6	20,1	54,6	3,0	,7	100,0
	Sud e isole	14,1	24,4	56,1	4,3	1,1	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	17,6	26,1	49,5	5,1	1,8	100,0
	Rete	12,3	24,2	59,6	1,5	2,5	100,0
	Gruppo	12,7	24,3	59,8	2,9	,3	100,0
Scelte	Fino a 1000	12,1	31,9	50,6	4,6	,8	100,0
	Da 1001 a 1500	13,3	22,0	59,7	3,2	1,8	100,0
	1501 e oltre	17,6	22,5	58,1	,7	1,1	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	13,5	24,2	58,1	3,1	1,1	100,0
	Sì	14,8	26,0	54,2	2,8	2,2	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	12,7	24,9	57,5	3,2	1,8	100,0
	Medio-alto	15,5	24,6	56,3	2,9	,9	100,0
Total		13,9	24,7	56,9	3,0	1,4	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 10 In generale, ritieni che l'assunzione di informazioni cliniche da parte dei pazienti, oggi possibile tramite Internet e i media, rappresenti ai fini dell'efficacia del processo assistenziale:

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		un sicuro beneficio	talvolta un beneficio e talvolta un problema	soprattutto un problema	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	,0	72,5	27,5	100,0
	Da 50 a 59 anni	,9	68,2	30,9	100,0
	60 anni e oltre	2,7	65,1	32,2	100,0
Genere	Uomo	1,2	69,5	29,3	100,0
	Donna	,0	67,9	32,1	100,0
Area	Nord	,9	62,1	37,0	100,0
	Centro	,1	73,1	26,8	100,0
	Sud e isole	1,4	74,9	23,7	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	1,2	67,7	31,1	100,0
	Rete	1,2	68,8	30,0	100,0
	Gruppo	,5	70,1	29,4	100,0
Scelte	Fino a 1000	,4	67,8	31,8	100,0
	Da 1001 a 1500	1,0	69,8	29,1	100,0
	1501 e oltre	1,2	68,7	30,1	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	,8	69,6	29,7	100,0
	Sì	1,3	67,8	30,9	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	1,3	69,1	29,6	100,0
	Medio-alto	,4	68,9	30,6	100,0
Total		,9	69,1	30,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 11 Analisi fattoriale domande precedenti (15, 16 e 17)

	Component	
	Criticità del lavoro del medico e del processo assistenziale	Aumento della durata della visita
L'assunzione di informazioni preventive sulle malattie da parte dei pazienti rende il lavoro del medico più difficile	,812	-,060
L'assunzione di informazioni preventive sulle malattie da parte dei pazienti rende la durata della visita più lunga	-,013	,998
L'assunzione di informazioni cliniche da parte dei pazienti diminuisce l'efficacia del processo assistenziale	,816	,039

Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 12 Impatto dell'assunzione di informazioni preventive sulle malattie da parte dei pazienti (punteggio fattoriale 0-100)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Criticità del lavoro del medico e del processo assistenziale	Aumento della durata della visita
Classe di età	Fino a 49 anni	40,1	62,6
	Da 50 a 59 anni	36,9	58,9
	60 anni e oltre	36,6	58,5
Genere	Uomo	37,1	59,3
	Donna	40,4	61,6
Area	Nord	39,2	59,3
	Centro	36,0	61,8
	Sud e isole	37,6	59,8
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	37,9	57,7
	Rete	36,4	61,0
	Gruppo	39,1	60,6
Scelte	Fino a 1000	39,6	54,7
	Da 1001 a 1500	37,8	62,1
	1501 e oltre	36,1	61,4
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	37,6	60,6
	Sì	38,8	58,6
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	36,1	60,1
	Medio-alto	40,2	59,9
Totale		37,9	60,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 13 In che misura, secondo te, i tuoi pazienti consultano fonti informative non professionali nei casi in cui sono o pensano di essere ammalati?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Amici, familiari, conoscenti				La televisione				Internet, utilizzando i vari motori di ricerca, tipo Internet Explorer, Mozilla Firefox, Safari,ecc..				Giornali divulgativi				Stampa medica generalista				Altri pazienti			
		Molto abbast za	Neutr o	Poco per nient e	totale	Molto abbast za	Neutr o	Poco per nient e	totale	Molto abbast za	Neutr o	Poco per nient e	totale	Molto abbast za	Neutr o	Poco per nient e	totale	Molto abbast za	Neutr o	Poco per nient e	totale				
Classe di età	Fino a 49 anni	93,0	4,8	2,2	100	79,7	11,2	9,1	100	82,6	10,9	6,5	100	43,1	25,9	31,0	100	16,4	25,6	58,0	100	71,4	20,4	8,2	100
	Da 50 a 59 anni	89,7	8,1	2,1	100	81,6	13,2	5,2	100	79,6	11,9	8,5	100	38,8	27,5	33,7	100	16,5	20,8	62,6	100	74,3	14,2	11,6	100
	60 anni e oltre	87,5	6,1	6,4	100	80,6	10,9	8,5	100	75,0	9,9	15,1	100	35,5	24,5	40,0	100	13,6	14,6	71,8	100	73,8	14,7	11,5	100
Genere	Uomo	89,2	7,8	3,1	100	81,2	11,7	7,0	100	77,0	13,2	9,8	100	36,8	30,5	32,7	100	14,4	23,2	62,4	100	72,8	17,4	9,8	100
	Donna	93,9	4,0	2,1	100	79,8	13,6	6,7	100	87,4	6,1	6,5	100	47,3	15,8	36,9	100	20,6	16,2	63,1	100	74,6	12,9	12,5	100
Area	Nord	89,6	7,3	3,1	100	76,0	16,3	7,8	100	80,2	10,4	9,4	100	42,3	25,9	31,8	100	19,0	18,9	62,1	100	70,3	18,3	11,4	100
	Centro	93,6	3,8	2,6	100	90,3	5,7	4,0	100	82,0	11,3	6,7	100	47,2	24,2	28,6	100	19,7	22,1	58,1	100	75,7	15,4	8,9	100
	Sud e isole	89,5	7,9	2,6	100	80,9	11,4	7,7	100	78,0	12,4	9,7	100	31,8	28,8	39,4	100	10,2	23,8	65,9	100	75,4	14,1	10,4	100
Modalità esercizio	Studio singolo o ass.	91,0	7,5	1,5	100	79,1	13,7	7,2	100	82,1	10,8	7,2	100	36,2	31,3	32,6	100	14,5	24,5	61,0	100	71,4	15,4	13,2	100
	Rete	88,6	6,8	4,6	100	79,2	11,4	9,4	100	79,2	9,8	10,9	100	39,9	24,0	36,1	100	15,7	20,2	64,2	100	72,4	17,3	10,3	100
	Gruppo	91,5	6,2	2,3	100	83,3	11,9	4,8	100	78,8	12,8	8,5	100	41,8	25,5	32,8	100	17,4	20,2	62,4	100	75,3	15,8	8,8	100
Scelte	Fino a 1000	88,9	9,0	2,1	100	81,1	12,1	6,9	100	84,2	10,2	5,6	100	35,0	32,2	32,8	100	8,6	28,9	62,5	100	72,4	16,9	10,6	100
	Da 1001 a 1500	89,9	6,1	3,9	100	80,8	11,3	7,9	100	79,3	10,7	10,0	100	42,8	22,4	34,7	100	18,2	18,7	63,1	100	75,0	14,7	10,3	100
	1501 e oltre	93,5	5,4	1,0	100	80,8	14,6	4,6	100	75,5	14,1	10,5	100	37,6	29,6	32,8	100	20,2	18,3	61,5	100	70,1	10,9	10,9	100
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	90,4	6,6	3,1	100	78,6	13,7	7,8	100	80,8	11,2	8,1	100	40,8	26,4	32,8	100	17,5	22,6	59,9	100	71,8	15,7	12,5	100
	Sì	90,6	7,2	2,2	100	86,4	8,7	4,9	100	77,5	11,6	10,9	100	36,8	27,0	36,2	100	12,6	18,2	69,2	100	77,0	17,2	5,8	100
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	89,5	7,4	3,1	100	83,3	9,6	7,1	100	73,3	14,5	12,2	100	38,1	25,9	36,0	100	17,1	16,4	66,5	100	77,4	12,6	10,0	100
	Medio-alto	91,6	5,9	2,5	100	77,7	15,6	6,7	100	88,2	7,2	4,6	100	41,6	27,4	31,0	100	14,8	27,7	57,6	100	68,1	20,8	11,1	100
totalee		90,4	6,8	2,8	100	80,8	12,2	6,9	100	79,8	11,3	8,9	100	39,6	26,5	33,8	100	16,1	21,3	62,6	100	73,3	16,2	10,5	100

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i proc

Tab 14 In generale, in che misura, coinvolgi i tuoi pazienti, ascoltandoli, prendendo in considerazione i loro suggerimenti e discutendo con loro, nel corso del processo decisionale relativo alla diagnosi, agli interventi e alle cure?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		mai	occasionalmente	spesso	sempre	Total
Classe di età	Fino a 49 anni	,0	4,2	67,0	28,8	100,0
	Da 50 a 59 anni	,9	7,4	61,3	30,3	100,0
	60 anni e oltre	,5	9,4	57,6	32,6	100,0
Genere	Uomo	,6	7,6	62,8	29,0	100,0
	Donna	,5	4,3	61,8	33,4	100,0
Area	Nord	,2	6,6	66,5	26,6	100,0
	Centro	,0	4,3	64,1	31,6	100,0
	Sud e isole	1,4	8,3	56,7	33,6	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	,3	9,3	60,1	30,3	100,0
	Rete	,8	6,0	72,0	21,1	100,0
	Gruppo	,6	5,6	56,6	37,3	100,0
Scelte	Fino a 1000	,0	9,3	57,5	33,2	100,0
	Da 1001 a 1500	,7	4,8	66,2	28,3	100,0
	1501 e oltre	,9	8,2	59,9	31,0	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	,5	7,8	59,8	31,9	100,0
	Sì	,6	4,2	69,1	26,1	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	1,0	7,0	62,8	29,3	100,0
	Medio-alto	,0	6,4	62,2	31,3	100,0
Totale		,6	6,7	62,5	30,2	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 15 In che misura, le seguenti situazioni corrispondono a come tu ti comporti con i tuoi pazienti:

		%
Chiedo esplicitamente ai miei pazienti se vogliono essere coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico	Molto	15,7
	Abbastanza	43,6
	Neutro	20,2
	Poco	16,0
	Per niente	4,4
	Total	100,0
Sono solito dire ai miei pazienti che esistono opzioni e alternative per trattare i loro problemi	Molto	34,9
	Abbastanza	52,5
	Neutro	7,8
	Poco	4,2
	Per niente	,6
	Total	100,0
Sono solito spiegare ai miei pazienti quali sono i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni e delle alternative	Molto	50,6
	Abbastanza	43,4
	Neutro	5,0
	Poco	1,0
	Per niente	,1
	Total	100,0
Sono solito aiutare i miei pazienti a capire i dati e le informazioni sulla loro malattie o condizioni sanitarie	Molto	56,8
	Abbastanza	40,1
	Neutro	2,4
	Poco	,6
	Per niente	,1
	Total	100,0
Io e i miei pazienti siamo soliti soppesare, confrontare e ragionare insieme intorno alle opzioni di trattamento	Molto	29,1
	Abbastanza	50,1
	Neutro	16,1
	Poco	4,2
	Per niente	,5
	Total	100,0
Io e i miei pazienti ci comportiamo in modo tale da raggiungere un accordo sul da farsi	Molto	28,2
	Abbastanza	52,9
	Neutro	14,3
	Poco	3,9
	Per niente	,8
	Total	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 15b In che misura, le seguenti situazioni corrispondono a come tu ti comporti con i tuoi pazienti:

Matrice dei fattori		
Items della tipologia del coinvolgimento del paziente	Fattori	
	coinvolgimento di tipo informativo	coinvolgimento decisionale
Chiedo esplicitamente ai miei pazienti se vogliono essere coinvolti nel processo diagnostico-terapeutico]	,061	,750
Sono solito dire ai miei pazienti che esistono opzioni e alternative per trattare i loro problemi]	,615	,396
Sono solito spiegare ai miei pazienti quali sono i vantaggi e gli svantaggi delle opzioni e delle alternative]	,871	,155
Sono solito aiutare i miei pazienti a capire i dati e le informazioni sulla loro malattie o condizioni sanitarie]	,782	,163
Io e i miei pazienti siamo soliti soppesare, confrontare e ragionare insieme intorno alle opzioni di trattamento]	,400	,709
Io e i miei pazienti ci comportiamo in modo tale da raggiungere un accordo sul da farsi]	,266	,786

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 15c Profilo del coinvolgimento dei pazienti da parte del medico (punteggio fattoriale 0-100)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		coinvolgimento di tipo informativo	coinvolgimento decisionale
Classe di età	Fino a 49 anni	51,3	59,6
	Da 50 a 59 anni	50,2	57,1
	60 anni e oltre	50,6	50,1
Genere	Uomo	50,1	56,1
	Donna	52,1	58,9
Area	Nord	44,7	54,4
	Centro	50,2	55,5
	Sud e isole	57,5	60,7
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	47,2	57,0
	Rete	53,4	56,5
	Gruppo	50,8	57,1
Scelte	Fino a 1000	55,5	54,7
	Da 1001 a 1500	49,5	56,3
	1501 e oltre	47,5	61,3
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	49,8	57,8
	Sì	52,7	54,5
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	47,4	54,0
	Medio-alto	54,5	60,6
Totale		50,6	56,9

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 16 In quale condizione credi che il coinvolgimento del paziente sia elemento fondamentale per il successo dei seguenti interventi: (% di medici che hanno indicato il massimo livello di importanza)									
Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Soprattutto nelle strategie di prevenzione	Soprattutto nella gestione delle patologie acute	Soprattutto nella gestione delle patologie croniche	Soprattutto durante i percorsi diagnostici	Soprattutto per quanto riguarda la scelta della terapia e/o dei trattamenti	Soprattutto per quanto riguarda l'efficacia della terapia e/o dei trattamenti	Soprattutto per quanto riguarda i comportamenti e gli stili di vita	Soprattutto per quanto riguarda il contenimento dei costi della terapia e/o dei trattamenti
Classe di età	Fino a 49 anni	72,0	40,7	68,6	33,2	28,8	35,0	77,0	24,4
	Da 50 a 59 anni	71,3	27,2	67,5	36,1	26,1	29,0	69,0	26,6
	60 anni e oltre	64,6	27,2	56,2	33,5	24,7	31,3	65,3	24,3
Genere	Uomo	70,6	29,2	65,6	34,6	27,4	30,8	68,7	25,4
	Donna	70,2	37,3	67,4	35,2	24,9	32,4	77,0	25,9
Area	Nord	69,1	28,7	63,3	30,0	25,9	26,8	69,6	26,6
	Centro	73,6	27,7	68,3	38,7	24,7	27,7	73,1	16,1
	Sud e isole	70,3	37,0	68,0	38,2	28,9	38,8	71,2	30,1
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	63,2	33,5	59,3	35,4	27,8	32,7	67,4	26,6
	Rete	71,1	28,6	66,3	32,8	22,9	29,5	72,5	29,2
	Gruppo	74,9	32,3	70,4	36,0	29,0	31,7	72,0	22,0
Scelte	Fino a 1000	70,3	37,9	71,2	39,1	30,6	39,5	75,0	27,1
	Da 1001 a 1500	71,4	30,8	63,0	33,4	23,1	26,1	70,1	26,6
	1501 e oltre	68,4	24,7	67,2	32,6	30,6	33,8	67,9	21,1
Medici con pazienti in prevalenza	No	70,0	30,4	64,2	34,8	26,5	30,2	70,0	22,2
	Sì	71,6	33,9	70,7	34,8	27,2	33,9	73,2	33,6
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	68,4	28,2	66,5	35,5	26,8	30,2	71,2	27,7
	Medio-alto	73,2	35,6	65,5	33,9	26,6	32,6	70,6	22,8
Totale		70,5	31,4	66,1	34,8	26,7	31,3	70,9	25,5
Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.									

Tab 17 Ti capita mai di condividere con il paziente, per rinforzare le strategie finalizzate ad un suo coinvolgimento, la visualizzazione ed il commento di dati ed informazioni sanitarie che lo riguardano, già raccolti nella sua scheda sanitaria?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Molto spesso	spesso	qualche volta, raramente o mai	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	24,9	43,8	31,3	100,0
	Da 50 a 59 anni	25,4	46,0	28,7	100,0
	60 anni e oltre	29,7	41,8	28,5	100,0
Genere	Uomo	25,8	43,8	30,4	100,0
	Donna	26,1	46,8	27,1	100,0
Area	Nord	21,9	46,7	31,4	100,0
	Centro	21,4	40,2	38,4	100,0
	Sud e isole	33,4	44,8	21,7	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	26,1	44,1	29,7	100,0
	Rete	25,4	45,3	29,4	100,0
	Gruppo	26,1	44,5	29,4	100,0
Scelte	Fino a 1000	26,5	45,8	27,6	100,0
	Da 1001 a 1500	24,8	46,0	29,2	100,0
	1501 e oltre	27,8	39,7	32,5	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	26,0	46,4	27,6	100,0
	Sì	25,6	40,3	34,1	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	26,5	45,9	27,6	100,0
	Medio-alto	25,1	43,1	31,9	100,0
Totale		25,9	44,6	29,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 18 Riterresti utile mettere regolarmente a disposizione del paziente, laddove i sistemi e la tecnologia lo consentono o lo consentissero in prospettiva, la possibilità di accedere autonomamente alla visualizzazione della sua scheda sanitaria?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Sicuramente utile	Parzialmente utile	inutile	possibilmente dannoso	Total
Classe di età	Fino a 49 anni	18,8	44,7	18,3	18,2	100,0
	Da 50 a 59 anni	21,3	44,5	15,9	18,4	100,0
	60 anni e oltre	23,2	44,0	18,6	14,2	100,0
Genere	Uomo	20,7	46,4	17,0	15,9	100,0
	Donna	21,1	39,3	17,2	22,4	100,0
Area	Nord	17,7	41,1	16,5	24,7	100,0
	Centro	19,3	44,1	24,3	12,3	100,0
	Sud e isole	25,5	48,7	13,4	12,5	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	17,5	49,8	16,4	16,3	100,0
	Rete	22,5	39,6	18,3	19,7	100,0
	Gruppo	21,6	44,8	16,6	17,0	100,0
Scelte	Fino a 1000	13,9	48,8	18,4	18,9	100,0
	Da 1001 a 1500	23,4	44,8	16,1	15,6	100,0
	1501 e oltre	23,0	38,1	17,6	21,3	100,0
Medici con pazienti in prevalanza anziani	No	22,3	43,8	16,4	17,5	100,0
	Sì	17,3	46,0	18,7	18,0	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	20,8	41,7	18,6	18,9	100,0
	Medio-alto	20,9	48,0	15,1	16,1	100,0
Totale		20,8	44,5	17,1	17,7	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 19a In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni?		
		%
Deve essere solo il medico a prendersi la responsabilità delle decisioni relative al processo diagnostico e alle terapie	Poco/per niente	37,0
	Neutro	15,9
	Molto/abbastanza	47,1
	Total	100,0
Quando il medico prescrive non è sempre necessario trovare un accordo con i pazienti	Poco/per niente	49,5
	Neutro	15,2
	Molto/abbastanza	35,3
	Total	6,3
In cambio di un maggior coinvolgimento, i pazienti debbono prendersi maggiori responsabilità	Poco/per niente	12,5
	Neutro	81,2
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	26,8
Una partnership tra medici e pazienti, orientata alla condivisione di responsabilità nel processo diagnostico-terapeutico, può anche produrre minor livello di appropriatezza secondo i canoni e gli standard clinici	Poco/per niente	30,2
	Neutro	43,0
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	38,0
Il maggior tempo necessario per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti va a scapito di altri profili assistenziali	Poco/per niente	27,2
	Neutro	34,7
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	8,1
Se i medici ignorano i punti di vista dei pazienti, questi finiscono con l'ignorare le indicazioni del medico	Poco/per niente	15,7
	Neutro	76,2
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	1,5
La compliance diminuisce se il paziente non si sente ascoltato dal medico	Poco/per niente	3,2
	Neutro	95,3
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	28,9
Il rapporto con il paziente è troppo condizionato dal meccanismo scelta-revoca per poter essere gestito sempre con serenità e appropriatezza	Poco/per niente	17,5
	Neutro	53,6
	Molto/abbastanza	100,0
	Total	1,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 19b analisi fattoriale sulla corresponsabilità tra medici e pazienti nel processo assistenziale

Rotated Component Matrix

In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni	Component		
	Il ruolo del medico è prevalente	Il rapporto con il paziente è comunque determinante	Il coinvolgimento può avere effetti negativi sull'assistenza e sul rapporto di fiducia
Deve essere solo il medico a prendersi la responsabilità delle decisioni relative al processo diagnostico e alle terapie	,802	-,043	,014
Quando il medico prescrive non è sempre necessario trovare un accordo con i pazienti	,813	-,048	,018
In cambio di un maggior coinvolgimento, i pazienti debbono prendersi maggiori responsabilità	,178	,569	,226
Una partnership tra medici e pazienti, per la condivisione di responsabilità nel processo diagnostico-terapeutico, può produrre minore livello di appropriatezza secondo i canoni e gli standard clinici	,504	,040	,385
Il maggior tempo necessario per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti va a scapito di altri profili assistenziali	,447	-,061	,630
Se i medici ignorano i punti di vista dei pazienti, questi finiscono con l'ignorare le indicazioni del medico	-,200	,779	-,025
La compliance diminuisce se il paziente non si sente ascoltato dal medico	-,047	,795	-,128
Il rapporto con il paziente è troppo condizionato dal meccanismo scelta-revoca per poter essere gestito sempre con serenità e appropriatezza	-,095	,046	,831

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 19c Profilo del coinvolgimento dei pazienti da parte del medico (punteggio fattoriale 0-100)

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Il ruolo del medico è prevalente	Il rapporto con il paziente è comunque determinante	Il coinvolgimento può avere effetti negativi sull'assistenza e sul rapporto di fiducia
Classe di età	Fino a 49 anni	51,5	52,2	52,2
	Da 50 a 59 anni	51,3	52,1	52,1
	60 anni e oltre	54,0	51,3	51,3
Genere	Uomo	53,1	51,7	51,7
	Donna	48,5	52,8	52,8
Area	Nord	48,0	54,3	54,3
	Centro	49,2	49,5	49,5
	Sud e isole	58,0	50,9	50,9
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	53,7	52,8	52,8
	Rete	53,6	55,1	55,1
	Gruppo	48,4	49,2	49,2
Scelte	Fino a 1000	47,9	54,5	54,5
	Da 1001 a 1500	55,6	50,8	50,8
	1501 e oltre	47,3	52,2	52,2
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	50,2	50,6	50,6
	Sì	55,9	55,8	55,8
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	48,3	51,1	51,1
	Medio-alto	55,7	53,0	53,0
Totale		51,8	52,0	52,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 20a In che misura le seguenti situazioni possono rappresentare un ostacolo per l'efficienza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico?

		%
I pazienti sono in generale male informati	Poco/per niente	5,0
	Neutro	17,2
	Molto/abbastanza	77,8
	Total	100,0
I pazienti non hanno conoscenze adeguate per essere coinvolti e corresponsabilizzati	Poco/per niente	17,8
	Neutro	29,7
	Molto/abbastanza	52,5
	Total	100,0
Stante i carichi di lavoro esistenti, non v'è tempo sufficiente per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti nel giusto modo e nella giusta misura	Poco/per niente	19,9
	Neutro	19,7
	Molto/abbastanza	60,4
	Total	100,0
I pazienti non si prendono e non sono disposti a prendersi le loro responsabilità	Poco/per niente	19,1
	Neutro	27,8
	Molto/abbastanza	53,1
	Total	100,0
Non esiste nei pazienti una giusta predisposizione culturale a nuovi modelli decisionali condivisi	Poco/per niente	19,3
	Neutro	27,3
	Molto/abbastanza	53,4
	Total	100,0
I medici non credono a queste novità	Poco/per niente	35,2
	Neutro	35,6
	Molto/abbastanza	29,2
	Total	100,0
Possono esistere problemi di responsabilità professionale in caso di decisioni che poi si rivelano erronee	Poco/per niente	12,4
	Neutro	24,3
	Molto/abbastanza	63,3
	Total	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab. 20b. : Analisi fattoriale

Fattori ostacolanti efficienza ed efficacia del processo diagnostico terapeutico	Fattori	
	Carichi di lavoro e orientamento medici e pazienti poco incline al cambiamento.	Basso livello informativo dei pazienti
I pazienti sono in generale male informati	-,046	,801
I pazienti non hanno conoscenze adeguate per essere coinvolti e corresponsabilizzati	,222	,732
Stante i carichi di lavoro esistenti, non ve tempo sufficiente per coinvolgere e corresponsabilizzare i pazienti nel giusto modo e nella giusta misura	,683	,118
I pazienti non si prendono e non sono disposti a prendersi le loro responsabilità	,527	,576
Non esiste nei pazienti una giusta predisposizione culturale a nuovi modelli decisionali condivisi	,602	,491
I medici non credono a queste novità	,697	-,058
Possono esistere problemi di responsabilità professionale in caso di decisioni che poi si rivelano erronee	,544	,276

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 21 Se sei d'accordo che la corresponsabilizzazione dei pazienti non si può esaurire nei tradizionali meccanismi di informazione e partecipazione ma deve riguardare la condivisione delle decisioni mediche (shared decision making process)?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Poco/per niente	Neutro	Abbastanza	Molto	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	2,1	13,6	65,7	18,6	100,0
	Da 50 a 59 anni	8,2	14,6	59,3	17,9	100,0
	60 anni e oltre	10,4	13,7	50,5	25,5	100,0
Genere	Uomo	6,5	15,2	59,8	18,6	100,0
	Donna	7,0	11,4	60,3	21,3	100,0
Area	Nord	7,6	14,1	57,8	20,5	100,0
	Centro	7,2	16,7	60,9	15,2	100,0
	Sud e isole	5,1	12,7	61,9	20,4	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	7,9	12,1	62,2	17,8	100,0
	Rete	6,1	16,6	63,2	14,0	100,0
	Gruppo	6,2	13,5	55,8	24,5	100,0
Scelte	Fino a 1000	5,6	13,1	63,2	18,1	100,0
	Da 1001 a 1500	7,2	12,1	61,1	19,6	100,0
	1501 e oltre	6,4	20,7	52,7	20,2	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	6,9	14,9	57,7	20,5	100,0
	Sì	6,0	12,3	65,3	16,5	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	7,4	13,1	62,1	17,4	100,0
	Medio-alto	5,7	15,5	57,1	21,7	100,0
Totale		6,6	14,2	59,9	19,3	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 22 In che misura sei d'accordo sul fatto che l'assunzione da parte dei pazienti di responsabilità nei processi di diagnosi e cura sia un elemento nuovo e distintivo di una nuova strategia?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		No	Ne si ne no	Si	Sicuramente si	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	1,6	11,5	64,1	22,7	100,0
	Da 50 a 59 anni	8,3	13,6	53,3	24,7	100,0
	60 anni e oltre	12,2	14,6	47,9	25,4	100,0
Genere	Uomo	7,4	12,4	57,3	22,9	100,0
	Donna	5,2	15,1	51,8	27,8	100,0
Area	Nord	7,3	14,2	54,6	23,9	100,0
	Centro	7,4	13,0	57,4	22,3	100,0
	Sud e isole	5,9	11,8	56,5	25,8	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	9,4	12,6	57,2	20,8	100,0
	Rete	5,3	13,1	62,8	18,8	100,0
	Gruppo	6,4	13,4	49,5	30,7	100,0
Scelte	Fino a 1000	6,5	10,4	56,2	26,9	100,0
	Da 1001 a 1500	6,5	12,9	57,7	22,9	100,0
	1501 e oltre	7,9	17,2	50,9	24,0	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	6,8	14,2	54,6	24,3	100,0
	Sì	6,9	10,4	58,8	23,9	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	7,2	12,7	55,3	24,8	100,0
	Medio-alto	6,4	13,6	56,6	23,5	100,0
Totale		6,8	13,1	55,9	24,2	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 23 Pensi che tale nuova strategia possa affettivamente dare i risultati attesi e non finisca con l'essere una delle tante mode o convinzioni diffuse che hanno segnato la vita della policy sanitaria?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		No	Ne si ne no	Si	Sicuramente si	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	8,0	34,7	46,9	10,4	100,0
	Da 50 a 59 anni	11,8	31,9	43,0	13,3	100,0
	60 anni e oltre	13,5	24,9	46,0	15,5	100,0
Genere	Uomo	9,2	31,4	46,3	13,1	100,0
	Donna	15,4	32,7	40,4	11,6	100,0
Area	Nord	10,8	36,5	43,6	9,1	100,0
	Centro	9,4	35,1	44,8	10,7	100,0
	Sud e isole	11,8	24,0	45,9	18,3	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	9,8	35,1	44,5	10,6	100,0
	Rete	12,4	34,9	45,3	7,3	100,0
	Gruppo	10,4	27,0	44,2	18,4	100,0
Scelte	Fino a 1000	10,2	36,7	41,4	11,8	100,0
	Da 1001 a 1500	11,8	30,2	44,4	13,5	100,0
	1501 e oltre	9,5	29,1	49,5	11,9	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	11,5	31,9	44,8	11,9	100,0
	Sì	9,5	31,4	44,4	14,7	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	12,1	34,3	41,2	12,4	100,0
	Medio-alto	9,3	28,4	49,1	13,1	100,0
Totale		10,9	31,7	44,7	12,7	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 24 Ritieni che applicare questa nuova strategia sia nei fatti veramente e concretamente praticabile?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		sicuramente si	si	ne si, ne no	no	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	12,1	34,8	46,1	7,1	100,0
	Da 50 a 59 anni	16,1	33,3	41,7	8,9	100,0
	60 anni e oltre	20,4	23,3	48,1	8,2	100,0
Genere	Uomo	14,6	29,8	46,5	9,0	100,0
	Donna	18,0	38,6	37,4	6,0	100,0
Area	Nord	16,3	37,1	40,0	6,6	100,0
	Centro	19,8	34,7	38,8	6,7	100,0
	Sud e isole	12,0	24,8	52,1	11,1	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	14,8	38,3	37,4	9,5	100,0
	Rete	20,1	26,0	49,0	4,9	100,0
	Gruppo	12,4	33,1	44,5	10,0	100,0
Scelte	Fino a 1000	15,3	34,1	42,7	7,8	100,0
	Da 1001 a 1500	13,9	34,0	43,6	8,5	100,0
	1501 e oltre	19,8	25,4	46,8	7,9	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	15,4	33,8	43,0	7,8	100,0
	Sì	16,0	28,3	46,6	9,2	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	17,1	37,0	39,4	6,5	100,0
	Medio-alto	13,5	26,1	50,0	10,4	100,0
Totale		15,5	32,2	44,0	8,2	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25a Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nel decidere le prescrizioni farmaceutiche

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	15,5	59,6	25,0	100,0
	Da 50 a 59 anni	17,9	50,7	31,5	100,0
	60 anni e oltre	23,1	48,9	28,0	100,0
Genere	Uomo	17,7	53,8	28,5	100,0
	Donna	18,4	51,6	30,1	100,0
Area	Nord	17,1	53,7	29,2	100,0
	Centro	16,6	53,9	29,5	100,0
	Sud e isole	19,7	52,1	28,2	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	15,5	57,8	26,7	100,0
	Rete	18,7	45,2	36,1	100,0
	Gruppo	18,9	56,5	24,6	100,0
Scelte	Fino a 1000	14,3	58,4	27,3	100,0
	Da 1001 a 1500	20,2	48,7	31,0	100,0
	1501 e oltre	16,7	57,7	25,6	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	17,8	54,3	27,8	100,0
	Sì	18,1	50,4	31,5	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	18,8	52,2	29,0	100,0
	Medio-alto	16,8	54,5	28,7	100,0
Totale		17,9	53,2	28,9	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25b Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nella scelta dei farmaci

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	18,0	50,6	31,4	100,0
	Da 50 a 59 anni	11,7	44,9	43,4	100,0
	60 anni e oltre	13,5	44,4	42,1	100,0
Genere	Uomo	14,5	47,7	37,8	100,0
	Donna	12,4	43,7	43,9	100,0
Area	Nord	12,7	47,3	40,1	100,0
	Centro	10,1	51,8	38,0	100,0
	Sud e isole	17,9	42,7	39,5	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	11,8	49,8	38,4	100,0
	Rete	17,0	40,4	42,6	100,0
	Gruppo	12,9	49,4	37,6	100,0
Scelte	Fino a 1000	15,4	46,8	37,7	100,0
	Da 1001 a 1500	13,3	43,3	43,4	100,0
	1501 e oltre	13,7	54,6	31,7	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	12,2	49,4	38,4	100,0
	Sì	18,3	39,9	41,8	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	15,1	45,2	39,6	100,0
	Medio-alto	12,4	48,5	39,1	100,0
Totale		13,9	46,6	39,4	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25 c Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nel numero di farmaci prescritti

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	14,1	53,4	32,5	100,0
	Da 50 a 59 anni	19,5	44,7	35,8	100,0
	60 anni e oltre	24,7	40,5	34,8	100,0
Genere	Uomo	19,3	46,9	33,8	100,0
	Donna	16,9	46,3	36,8	100,0
Area	Nord	20,6	47,1	32,3	100,0
	Centro	16,3	45,5	38,2	100,0
	Sud e isole	17,6	47,2	35,2	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	12,9	55,6	31,5	100,0
	Rete	16,4	46,1	37,4	100,0
	Gruppo	24,1	41,5	34,4	100,0
Scelte	Fino a 1000	19,1	52,4	28,5	100,0
	Da 1001 a 1500	16,8	41,9	41,3	100,0
	1501 e oltre	22,6	51,9	25,6	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	17,3	48,1	34,6	100,0
	Sì	21,8	43,7	34,5	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	19,0	46,3	34,8	100,0
	Medio-alto	18,2	47,4	34,4	100,0
Totale		18,6	46,8	34,6	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25 d Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nella prescrizione di accertamenti

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	23,2	53,7	23,1	100,0
	Da 50 a 59 anni	24,4	47,4	28,2	100,0
	60 anni e oltre	25,8	46,2	28,0	100,0
Genere	Uomo	24,6	50,0	25,4	100,0
	Donna	23,2	47,1	29,7	100,0
Area	Nord	27,2	47,5	25,2	100,0
	Centro	17,7	52,3	30,0	100,0
	Sud e isole	24,7	49,3	26,0	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	20,6	53,8	25,6	100,0
	Rete	21,6	46,0	32,4	100,0
	Gruppo	28,8	48,7	22,5	100,0
Scelte	Fino a 1000	21,3	53,1	25,6	100,0
	Da 1001 a 1500	26,1	47,3	26,5	100,0
	1501 e oltre	23,3	48,8	27,8	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	22,8	49,9	27,3	100,0
	Sì	27,8	47,5	24,7	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	22,5	48,2	29,3	100,0
	Medio-alto	26,5	50,5	23,0	100,0
Totale		24,3	49,2	26,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25e Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nella scelta del tipo di accertamenti

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	17,0	52,3	30,7	100,0
	Da 50 a 59 anni	20,4	45,5	34,1	100,0
	60 anni e oltre	19,3	41,5	39,1	100,0
Genere	Uomo	20,0	45,8	34,2	100,0
	Donna	17,0	50,3	32,7	100,0
Area	Nord	23,8	39,4	36,8	100,0
	Centro	12,7	52,3	35,1	100,0
	Sud e isole	17,6	53,0	29,4	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	17,7	48,8	33,5	100,0
	Rete	14,8	47,2	38,0	100,0
	Gruppo	23,6	45,7	30,7	100,0
Scelte	Fino a 1000	18,9	48,0	33,0	100,0
	Da 1001 a 1500	19,7	46,2	34,0	100,0
	1501 e oltre	18,0	47,8	34,2	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	17,7	46,9	35,5	100,0
	Sì	22,8	47,4	29,8	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	18,9	45,1	36,0	100,0
	Medio-alto	19,4	49,5	31,0	100,0
Totale		19,2	47,0	33,8	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25f Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nel numero degli accertamenti

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	21,5	45,3	33,2	100,0
	Da 50 a 59 anni	20,2	42,7	37,1	100,0
	60 anni e oltre	22,0	43,5	34,5	100,0
Genere	Uomo	21,8	42,7	35,5	100,0
	Donna	18,5	46,1	35,5	100,0
Area	Nord	24,3	44,7	31,0	100,0
	Centro	10,3	50,3	39,5	100,0
	Sud e isole	23,2	38,3	38,5	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	17,7	45,8	36,6	100,0
	Rete	20,1	40,9	39,0	100,0
	Gruppo	23,6	44,4	32,0	100,0
Scelte	Fino a 1000	20,9	38,9	40,3	100,0
	Da 1001 a 1500	21,5	45,8	32,7	100,0
	1501 e oltre	19,3	44,3	36,5	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	18,5	45,6	35,9	100,0
	Sì	26,5	39,0	34,5	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	19,2	44,9	35,9	100,0
	Medio-alto	23,0	42,1	34,9	100,0
Totale		20,9	43,6	35,5	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25g Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nel contenimento dei costi

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	18,2	41,4	40,3	100,0
	Da 50 a 59 anni	19,1	33,6	47,2	100,0
	60 anni e oltre	21,9	37,7	40,4	100,0
Genere	Uomo	20,4	36,0	43,7	100,0
	Donna	16,3	38,6	45,0	100,0
Area	Nord	18,4	39,4	42,2	100,0
	Centro	10,6	37,3	52,2	100,0
	Sud e isole	25,7	33,1	41,2	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	15,6	37,6	46,8	100,0
	Rete	20,7	35,5	43,8	100,0
	Gruppo	20,6	37,1	42,4	100,0
Scelte	Fino a 1000	15,9	34,8	49,3	100,0
	Da 1001 a 1500	22,4	36,4	41,2	100,0
	1501 e oltre	15,7	39,9	44,4	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	17,2	38,6	44,2	100,0
	Sì	24,2	32,1	43,7	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	19,2	36,9	43,9	100,0
	Medio-alto	19,4	36,5	44,1	100,0
Totale		19,3	36,7	44,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25h Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nella durata delle terapie

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	21,9	52,5	25,6	100,0
	Da 50 a 59 anni	23,1	46,6	30,3	100,0
	60 anni e oltre	23,7	44,9	31,4	100,0
Genere	Uomo	23,3	47,6	29,1	100,0
	Donna	21,4	49,7	28,9	100,0
Area	Nord	21,1	49,5	29,4	100,0
	Centro	16,2	50,6	33,3	100,0
	Sud e isole	29,0	45,0	25,9	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	20,0	49,3	30,7	100,0
	Rete	20,1	49,7	30,2	100,0
	Gruppo	26,8	46,2	26,9	100,0
Scelte	Fino a 1000	21,5	50,6	27,9	100,0
	Da 1001 a 1500	25,0	45,4	29,6	100,0
	1501 e oltre	19,1	51,9	29,0	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	19,5	49,9	30,5	100,0
	Sì	30,7	43,9	25,4	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	24,0	47,2	28,7	100,0
	Medio-alto	21,3	49,4	29,4	100,0
Totale		22,8	48,2	29,0	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 25i Quale probabilità di successo ha l'applicazione dei principi di questa nuova strategia nei diversi momenti della pratica medica di seguito elencati? Nell'efficacia delle terapie

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		Livello di probabilità			
		probabilità elevata	media	Minima o nulla	Totale
Classe di età	Fino a 49 anni	31,0	56,0	13,0	100,0
	Da 50 a 59 anni	28,2	48,8	23,0	100,0
	60 anni e oltre	30,6	41,5	27,9	100,0
Genere	Uomo	27,9	51,1	21,0	100,0
	Donna	33,6	46,6	19,8	100,0
Area	Nord	30,1	48,5	21,4	100,0
	Centro	16,7	53,7	29,6	100,0
	Sud e isole	36,4	49,3	14,3	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	22,5	56,5	21,0	100,0
	Rete	36,7	43,0	20,2	100,0
	Gruppo	28,2	51,0	20,8	100,0
Scelte	Fino a 1000	25,8	54,3	19,9	100,0
	Da 1001 a 1500	32,2	46,2	21,5	100,0
	1501 e oltre	27,0	53,4	19,5	100,0
Medici con pazienti in prevalenza anziani	No	28,3	51,2	20,4	100,0
	Sì	32,0	46,7	21,2	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	30,6	47,8	21,5	100,0
	Medio-alto	27,9	52,6	19,6	100,0
Totale		29,4	49,9	20,7	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.

Tab 26 Ritieni che la Medicina Generale possa essere considerata l'ambito assistenziale, nel panorama sanitario nazionale, dove i principi della corresponsabilizzazione con il paziente possano essere maggiormente e con più efficacia applicati?

Caratteristiche socioprofessionali del medico e dei pazienti		sicuramente si	si	ne si, ne no	no	Total
Classe di età	Fino a 49 anni	29,1	60,3	7,7	2,9	100,0
	Da 50 a 59 anni	36,4	43,7	13,3	6,6	100,0
	60 anni e oltre	42,0	37,4	11,3	9,3	100,0
Genere	Uomo	35,7	46,7	12,2	5,4	100,0
	Donna	32,9	51,2	8,7	7,2	100,0
Area	Nord	29,4	51,8	13,4	5,3	100,0
	Centro	37,9	42,3	10,0	9,7	100,0
	Sud e isole	39,8	46,7	9,3	4,2	100,0
Modalità esercizio	Studio singolo o associato	29,1	51,7	9,3	10,0	100,0
	Rete	33,0	46,1	16,9	4,1	100,0
	Gruppo	40,5	46,9	8,1	4,6	100,0
Scelte	Fino a 1000	31,7	48,9	12,9	6,5	100,0
	Da 1001 a 1500	37,0	46,3	10,2	6,5	100,0
	1501 e oltre	34,1	50,6	11,8	3,6	100,0
Medici con pazienti in prevalanza anziani	No	33,5	48,7	10,7	7,1	100,0
	Si	38,6	46,1	12,5	2,8	100,0
Livello medio di istruzione dei pazienti	Medio-basso	34,0	46,2	13,3	6,5	100,0
	Medio-alto	36,3	50,1	8,6	5,0	100,0
Totale		35,0	47,9	11,2	5,9	100,0

Fonte: FIMMG, Centro Studi Nazionale, Indagine "Condividere i processi decisionali in medicina generale", 2013.