



2014

I processi di integrazione professionale

**LE PERCEZIONI, LE VALUTAZIONI E LE ATTITUDINI
DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**





I processi di integrazione professionale

Le percezioni, le valutazioni e le attitudini
dei Medici di Medicina Generale

A CURA DEL CENTRO STUDI NAZIONALE DELLA FIMMG

2014

PREFAZIONE	7
INTRODUZIONE	11
STATO DELL'ARTE	13
BREVE RASSEGNA DELLA LETTERATURA	
CARATTERISTICHE E METODOLOGIA DELLA RICERCA	21
RISULTATI	25
CARATTERISTICHE STRUTTURALI DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	
MODALITÀ DI RELAZIONE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI E OSPEDALIERI	
ANALISI MULTIVARIATA : I CLUSTERS, INTEGRAZIONE E PROFILI DEI MEDICI	
ALCUNE CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI	51
APPENDICE	53
IL QUESTIONARIO	
LE TABELLE	
BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE	95

Prefazione

Siamo tutti consapevoli della crescente complessità che caratterizza i percorsi assistenziali nelle cure primarie; in parte dovuta alla disponibilità di prestazioni sempre più evolute di prevenzione, diagnosi e cura, in parte all'inevitabile ridimensionamento dell'accesso alle cure ospedaliera, alla maggiore attenzione e sensibilità dell'utenza, alla gestione degli aspetti normativi e burocratici, ma anche, inevitabilmente, ai tanti professionisti che nei processi assistenziali sono coinvolti.

Nonostante in questi ultimi anni il Medico di Medicina Generale abbia sempre maggiormente strutturato la propria attività in forme associative, è indubbio che il suo lavoro sia ancora spesso svolto "da soli", senza particolari relazioni professionali se non quelle mediate direttamente dal paziente.

I quadri normativi attuali, tenendo conto di tutti questi aspetti, disegnano nuovi scenari organizzativi in cui la collaborazione tra i professionisti e l'attività tra essi integrata, diventano aspetti centrali e caratterizzanti.

Queste prospettive, pur apparendo innovative ed interessanti, non possono risultare prive di dubbi e perplessità. Non è, in particolare, sempre facile comprendere, come lo stretto rapporto fiduciario, valore fondamentale nella relazione medico-paziente, possa resistere quando il medico lavora negli stessi spazi con altri colleghi, condividendo l'operatività con diversi professionisti e delegando agli stessi parti del processo di cura e di assistenza.

Abbiamo creduto interessante quindi, annunciandosi queste importanti riforme delle cure territoriali, esplorare, su tali questioni, le sensibilità e gli orientamenti della professione.

Un focus particolare dell'indagine è stato destinato a comprendere quale fossero i migliori strumenti comunicativi che il Medico di

Medicina Generale dovrebbe poter attivare per le relazioni con gli altri professionisti.

Dallo studio sono emersi dati interessanti che, senza aver la pretesa di condizionare le scelte, possono aiutare ad individuare le soluzioni migliori, certamente le più condivise.

Come nelle altre occasioni, un vigoroso ringraziamento va rivolto al Prof. Aldo Piperno, che, insieme al Dott. Marco Centra, da molti anni collabora con il nostro Centro Studi, e che, anche stavolta, ha contribuito in modo determinante alla realizzazione dell'indagine, alla elaborazione dei dati e alla stesura di questo rapporto.

Bisogna ricordare la disponibilità che il Segretario Nazionale, Giacomo Milillo, gli organi direttivi della Federazione, ed il suo Presidente, Stefano Zingoni, hanno, in questi anni, dimostrato verso le iniziative del Centro Studi, supportandone le scelte e rendendone proficuo l'impegno per gli obiettivi condivisi di politica associativa.

Indispensabile è stata però la collaborazione degli iscritti che partecipano con grande sensibilità e spirito collaborativo alle indagini che il Centro Studi propone: è del tutto inutile sottolineare come senza il loro sostegno non sarebbero possibili le ricerche che periodicamente, insieme, realizziamo.

Paolo Misericordia

Responsabile del Centro Studi Nazionale della FIMMG

Introduzione

Il tema dell'integrazione professionale è da anni al centro del dibattito politico-istituzionale e tecnico in Italia come in molti altri Paesi. Gli attori del dibattito sono molteplici: dagli organi istituzionali dei sistemi sanitari, ai cittadini tramite le loro associazioni e rappresentanze. Molto attivo in questo senso appare essere il mondo delle professioni, sia della dipendenza che di coloro che operano in collaborazione coi sistemi sanitari. E se ne comprende la ragione: qualsiasi siano le modalità di integrazione, queste vanno ad incidere sui ruoli professionali, sulle carriere, sulle remunerazioni e sull'esercizio della singole attività, fino a comportare conseguenze sulle cure dei pazienti sotto tutti profili: dalla qualità dell'assistenza e della sua efficienza, alla soddisfazione degli stessi pazienti.

Ad essere interessati sono ovviamente i *policy makers*: dovendo gestire i sistemi sanitari in questa fase di crisi e cambiamento, essi vedono nell'integrazione un veicolo per il miglioramento degli assetti, per ottimizzare l'uso delle risorse, per ottenere i migliori risultati di economicità. L'integrazione diviene, nell'immaginario politico e istituzionale, una delle chiavi di volta dei cambiamenti con livelli di attese sicuramente elevati.

In una prospettiva realistica ed *"empiricista"* - stare ai fatti per verificare se le attese erano e sono raggiungibili ed, eventualmente, quali ne sono gli effetti collaterali - l'implementazione va osservata, misurata e valutata, in quanto, per definizione, non è per niente automatico che il risultato effettivo corrisponda a quello atteso. Molto dipende dal modello organizzativo che si realizza, da come lo si implementa, dal substrato umano e comportamentale in cui viene calato e applicato. Non è inutile e scorretto prendere in considerazione, in via preliminare al momento in cui si definiscono, disegnano e implementano innovazioni di vasta portata (quali sono quelle che mirano all'integrazione professionale) il fattore "professionale e umano". Sono infatti i professionisti, come attori di fornitura di servizi

e come soggetti portatori di valori, idee, obiettivi, esperienze, convinzioni, attitudini ed interessi a rappresentare il principale veicolo di attuazione delle innovazioni istituzionali ed organizzative.

E' questa la ragione principale per cui la ricerca di cui qui si riportano i principali risultati, ha focalizzato lo studio dell' "integrazione professionale" sui Medici di Medicina Generale.

Questa prospettiva, peraltro, è quella relativamente meno investigata in Italia, diversamente da quanto si osserva dalla pur breve analisi di letteratura, compiuta per la realizzazione della ricerca della FIMMG: aggiungerla è stato uno (ma non il solo) obiettivo per accrescere il livello di conoscenza della materia e rendere disponibili risultati ed evidenze che possano arricchire il dibattito ed essere utili per i cambiamenti in corso nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Stato dell'arte: breve rassegna della letteratura

Il lavoro più completo realizzato in materia in Italia è quello compiuto dalla FIASO in collaborazione l'Università Bocconi intitolato "Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure". (Longo, F. et al, 2013). Già il titolo della ricerca evidenzia due profili importanti: "misurare e valutare" l'integrazione professionale e la "continuità delle cure", tenendo conto quindi dell'aspetto empirico e di una prospettiva che considera l'integrazione professionale in funzione della continuità delle cure.

Misurare l'integrazione professionale non è agevole (al pari di tutti i tentativi di misurare "oggetti" relazionali e aspetti complessi sotto il profilo dei contenuti), diversamente dal misurare, ad esempio, un kg di pane. Per misurare "oggetti" relazionali o simili questioni, occorre preliminarmente definirne i profili e i contenuti (cosa si intende per integrazione professionale?). Questo legame inscindibile tra definizione dell'oggetto e specificazione dei profili, implica che la misura dipende dalla "operazionalizzazione" dell'oggetto. L'integrazione professionale viene vista, nella ricerca FIASO-Bocconi, come un correlato della continuità delle cure. I due concetti non sono necessariamente correlati. Possono essere visti, operazionalizzati appunto, come "oggetti" indipendenti seppur interdipendenti. Sono i fatti che li legano: l'integrazione professionale è un presupposto e un veicolo per dare attuazione a modelli di continuità delle cure. Da questo punto di vista la ricerca della FIASO-Bocconi offre un importante contributo. Si riporta di seguito lo schema sinottico delle misure analizzate da questa indagine, in quanto offrono una buona base conoscitiva per comprendere la complessità del fenomeno oggetto della studio (TAB I).

L'approccio metodologico della ricerca è anch'esso complesso. Si tratta di una ricerca compiuta da diverse angolature di osservazione :

TAB I – Principali tecniche di misurazione della continuità delle cure in letteratura (da: Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure - Longo F. et al, 2013)

Oggetto di misurazione	Descrizione e tecniche di misurazione	Vantaggi	Criticità
Categoria: Misure longitudinali			
Durata della relazione con uno o più professionisti	Misure della durata cronologica di una determinata relazione con professionisti.	Semplici da misurare; ampia disponibilità di fonti (documentali o interviste).	Poco significative in termini di giudizio sulla qualità del contenuto della relazione.
Concentrazione di pazienti in cura da un particolare professionista	La proporzione delle visite di un paziente con uno specifico professionista in un lasso di tempo, o durante un episodio clinico; misure di dispersione della concentrazione delle visite tra tutti i professionisti visti; la probabilità che un paziente abbia visto meno professionisti di quelli in un gruppo casuale di pazienti.	Misure intuitive, semplici da usare, semplici da interpretare.	Richiedono informazioni dettagliate sul totale delle visite, non sempre disponibili.
Sequenzialità delle cure	La proporzione di visite sequenziali presso lo stesso/gli stessi professionisti.	Presenza di indicatori codificati (es: SECON index).	Richiedono dati dettagliati sulla sequenza temporale delle visite; esaminano solo la sequenza, non il contenuto delle visite.
Categoria: Misure di consistenza del piano manageriale			
Rispetto dei piani sulle visite di follow up	Corrispondenza del numero di visite in follow up con quelle previste nel percorso di cura in un determinato periodo; lunghezza dell'intervallo tra una visita e quella successiva.	Intuitive e semplici da misurare.	Poco significative per giudicare la consistenza del piano manageriale.
Rispetto di protocolli specifici per patologia	La percentuale di pazienti che completano un determinato protocollo di cura; la percentuale di cure precedentemente prescritte e continuate da un paziente in presenza di un nuovo professionista curante.	Misure associabili con outcome di salute per specifiche patologie.	Difficoltà di relazionare tali indicatori con misure della qualità delle cure.
Categoria: Misure di continuità informativa			
Completezza delle informazioni trasferite	Rapporto tra le informazioni in possesso di due o più interlocutori (il paziente stesso e uno o più professionisti) su dati clinici o stato di salute del paziente e le informazioni trasferite.	Tali misure possono essere usate per migliorare la qualità delle prassi organizzative.	È una componente necessaria ma non sufficiente per qualificare la continuità delle cure.
Trasferimento di conoscenza	Misure di rilevazione della qualità conoscitiva delle informazioni trasferite.	Indicano quale percentuale delle informazioni trasmesse sia stata effettivamente recepita.	Mancanza di indicatori consolidati.
Categoria: Misure relazionali			
Affiliazione	Misure della presenza di relazioni strutturate tra un paziente e uno o più professionisti.	Ampiamente usate in letteratura, semplici da misurare attraverso scale ottenute tramite questionari.	Poco significative e poco qualificanti di un'effettiva continuità delle cure.
Intensità della relazione	Indicatori multi-item (es. Primary care index) che rilevano l'intensità percepita delle relazioni; survey multi-item.	Ampiamente usate in letteratura, consentono confronti tra studi differenti.	Rischiano di escludere pazienti con problemi di accesso alle cure.

- Il modello organizzativo aziendale (di 14 aziende territorialmente distribuite nelle aree geografiche del Paese) in base a cui viene implementata la continuità delle cure
- Il tasso di integrazione professionale (sintetizzato in un punteggio globale costruito su diversi indicatori che varia da 0 a 5 ove lo 0 corrisponde all'assenza di integrazione e il 5 al massimo)
- La continuità delle cure come percepita dai pazienti.

Le misure sono ottenute tramite dati oggettivi delle aziende, interviste agli attori e focus groups.

Lo studio della continuità delle cure e dell'integrazione si limita alle pratiche implementate e seguite limitatamente a tre patologie: diabete in pazienti con danno d'organo, insufficienza respiratoria grave connessa a broncopolmonite, tumori in fase avanzata.

A proposito dell'integrazione professionale così vengono riportati i principali risultati: l'indice di integrazione è risultato pari a 3,24 per la cura del diabete, al 3,06 per le insufficienze respiratorie e 3,17 per i tumori. Si è rilevata una variabilità del valore degli indici rispetto alle varie figure professionali. Per i Medici di Famiglia tale indice non va oltre il 2,40 contro il 4,03 degli Specialisti, mentre il valore, sempre a vantaggio degli Specialisti, è di 2,39 contro 3,65 per le insufficienze respiratorie gravi e di 2,69 contro 3,68 per i tumori. La differenza è attribuibile soprattutto alla diversa frequenza degli scambi informativi, mentre è buona sia per gli Specialisti che per i Medici di Medicina Generale la condivisione dei percorsi terapeutici. I Medici di Famiglia tendono a confrontarsi soprattutto con i Medici Ospedalieri e gli Specialisti Territoriali, mentre questi ultimi preferiscono comunicare tra loro o al massimo con gli Infermieri, lasciando un ruolo un po' marginale ai Medici di Medicina Generale.

Due osservazioni: i risultati sono coerenti e dipendenti dalla scelta metodologica di puntare sulle patologie sopra citate. Queste sono, per

definizione, patologie ove il ruolo dello specialista e dell'ospedaliero è preponderante rispetto a quello del Medico di Medicina Generale (anche se molto attivo e volenteroso di partecipare ad una pratica integrata) e, quindi, i punteggi dell'integrazione sono, per così dire, quelli "naturalmente" attesi. La seconda considerazione riguarda il fatto che le unità campionarie sono le aziende che nell'insieme vengono considerate un campione, che, però, meglio si rappresenterebbe come campione ad hoc considerato che sembra non trattarsi di un campione stratificato multistadio casuale.

Ciononostante la ricerca FIASO-Bocconi è esemplare e da essa non si può prescindere per la moltitudine di informazioni che fornisce su un tema importante e di cui, sotto il profilo fattuale, poco si conosce.

E' utile a questo punto ricordare che lo scopo della ricerca FIMMG è diverso (misurazione dell'integrazione, valutazione corredate da opinioni a e atteggiamenti) sebbene il tema fosse il medesimo.

Si riportano ora alcuni dati di letteratura più specifici sugli aspetti dell'integrazione studiati nella ricerca FIMMG.

Secondo Bardsley et al. (2013) i modelli di integrazioni valutati non sembra che siano associati ad una riduzione dei ricoveri di emergenza.

Sulla base di questi risultati gli autori invitano a considerare che:

- tali innovazioni necessitano di tempo per dimostrare gli eventuali risultati;
- occorre prestare molta attenzione ai processi di implementazioni in quanto possono fare una grande differenza rispetto all'ottenimento dei risultati;
- per generalizzare i risultati da osservazioni singole occorre fare molta attenzione.

Risultati di ricerca analoghi sono stati trovati anche da Curry et al. (2013). Il *caveat* posto dagli studi di questi Autori non implica che

invece risultati coerenti con le aspettative siano stati riscontrati in altri studi. Lo stesso Bardsley, ad esempio, nello studio sopra citato, riporta che nel primo anno di applicazione del modello di integrazione il 64% dei pazienti aveva sperimentato di spendere meno tempo per le prenotazioni e per ottenere visite da parte dei *General Practitioners*.

Valentinjn et al (2013) pongono, a loro volta, molta attenzione sull'importanza di elaborare un modello ottimale di integrazione. Sulla base di un'esauritiva ricerca compiuta su vari archivi elettronici di dati e contatti con il personale delle strutture, medici in particolare, gli Autori mettono a punto un modello di integrazione con caratteristiche tali da rendere agevole l'ottenimento di risultati.

Un report dell'Institute of Public Care della Oxford Brookes University (2010) riporta i risultati di uno studio in profondità su quattro casi e conclude che:

- fare attenzione a come si applicano i modelli;
- puntare su soluzioni manageriali flessibili e innovative;
- prendere atto che l'efficienza non porta necessariamente all'integrazione, ma che l'integrazione può produrre maggiore efficienza e pratiche di successo

Uno studio del King's Fund condotto da Ham e Walsh (2013) descrive quali sono gli elementi che, sulla base delle indagini condotte e delle esperienze fatte, contribuiscono all'ottenimento di risultati:

- essere preparati da parte degli attori che partecipano al modello integrato a cedere "sovranità" professionale individuale;
- sviluppare una leadership condivisa;
- partire da servizi e pazienti che hanno maggiori probabilità di raggiungere targets di benefici dall'integrazione;
- costruire l'integrazione dal basso;
- riconoscere che non c'è un modello unico e universale di integrazione
- supportare e "empower" gli attori professionali dell'integrazione;

- condividere informazioni, ecc.

La lettura del Rapporto è molto interessante ed utile.

Nel 2012 analoghi studi sono stati condotti in Irlanda. Petch (2012) conclude che il lavoro integrato sembra offrire grandi potenzialità di successo in termini di miglioramento dell'accesso alle cure, riduzione dei tempi d'attesa e della duplicazione dei servizi, allentamento dei vincoli derivanti dai confini professionali (gli attori professionisti non si chiudono dentro gli specifici ruoli individuali).

Curry e Ham (2010) raccolgono evidenze empiriche relative a modelli integrati di alto profilo e a specifici gruppi di pazienti, sia in Inghilterra che negli Stati Uniti. Da questo studio comparato traggono conclusioni positive circa i benefici derivanti dall'integrazione. L'aspetto comparato è importante per sottolineare che il fattore rilevante è il modello e la sua integrazione a prescindere dal contesto. Nel caso specifico si trattava infatti di due Paesi con sistemi sanitari molto diversi.

Anche in Nuova Zelanda sono state condotte esperienze seguite da studi in materia. Timmis e Ham (2013) si soffermano sull'identificazione dei cosiddetti "drivers to change", ovvero i fattori e le modalità che attivano i cambiamenti organizzativi, sui valori dei leaders e degli attori coinvolti nell'implementazione dell'integrazione e sugli insegnamenti che ne derivano per far funzionare il modello al meglio. Questi "drivers" appaiono essere: la pressione esterna a far cambiare il sistema, i tempi adeguati per definire il modello su basi empiriche e il coinvolgimento degli attori.

Rosen et al. (2011) riportano i risultati di uno studio condotto su quattro Paesi. Il dato più interessante riguarda la durata dell'"integrazione strutturale" delle unità organizzative che non sembra essere fattore condizionante per raggiungere risultati di integrazione. Importanti si sono rivelati la visione condivisa e gli obiettivi comuni dei diversi attori dell'integrazione, i gruppi di lavoro, i professionisti e i *leaders*.

Goodwin et al. (2012) delineano le caratteristiche organizzative di esperienze di successo sulla base di una vasta analisi empirica internazionale: il coinvolgimento degli attori, il potere delle commissioni di implementazione, le pressioni finanziarie, le modalità adeguate di remunerazione, gli stili di cura centrati sul rapporto medico-paziente, lo sviluppo dell'assistenza primaria, il superamento delle barriere professionali, la comunicazione. In un altro studio Goodwin et al. (2011) avevano studiato come mettere in sintonia i modelli di integrazione con i tipi di pazienti e gruppi di popolazione.

In conclusione, questa breve analisi di letteratura offre un fondamento all'idea che attraverso l'integrazione professionale si possano conseguire risultati positivi sotto vari profili. Quello che si è ottenuto in altri Paesi è raggiungibile anche in Italia. I fattori che debbono caratterizzare i modelli di successo sono ormai terreno di consenso tra operatori e ricercatori. Molti dei fattori citati, pur essendo di natura gestionale, economica ed organizzativa, hanno un minimo comune multiplo: tutti si fondano su aspetti comportamentali. Ad esempio, la condivisione di valori degli attori non è un dato acquisito che si può introdurre "per decreto", ma un pre-requisito che va costruito sul campo attraverso confronti tra gli attori stessi, accordi e regole che possano poi diventare il terreno comune per l'implementazione. Lo studio della FIASO-Bocconi offre un'informativa di base sullo stato dell'arte in Italia, sebbene riguardi territori e situazioni specifiche. Quel che occorre ancora è un'attività sistematica di conoscenza ed analisi dei diversi "mondi professionali", proprio per predisporre quei punti di incontro e condivisione fondamentali per il buon esito di questi processi.

Caratteristiche e metodologia della ricerca

Il Centro Studi della FIMMG ha condotto questa indagine per comprendere quale fosse la percezione e la disponibilità dei Medici di Medicina Generale rispetto alle dinamiche dell'integrazione professionale, tema da considerare centrale nelle prossime evoluzioni delle cure primarie nel SSN.

I Medici di Medicina Generale, pur essendo un livello ed una componente dell'architettura del Sistema Sanitario, rimangono una categoria di liberi professionisti vincolati da un rapporto convenzionale, per specifiche attività assistenziali. Non sono quindi dipendenti del SSN come la gran parte delle altre figure professionali che in questo ambito operano, quasi sempre sottoposte a vincoli di tipo gerarchico ed organizzativo. Anche i Medici di Medicina Generale, oltre ad essere chiaramente chiamati al rispetto delle regole convenzionali, debbono operare osservando normative e direttive, tra l'altro sempre maggiormente "stringenti"; non sono, però, istituzionalmente inseriti in percorsi "istituzionalizzati" di integrazione professionale. Essi sono, peraltro capillarmente distribuiti sul territorio secondo un rapporto che li lega a quote di popolazione. E' questa che si rivolge in prima istanza al Medico di Medicina Generale che a sua volta, avendo il carico del paziente, deve informare, gestire ed orientare il medesimo verso gli altri livelli assistenziali.

Il problema dell'integrazione riguarda quindi il Medico di Medicina Generale sia in relazione al proprio livello di coordinamento con le altre operatività del sistema, sia nel momento in cui propone e affida il paziente a strutture sanitarie ed assistenziali che dovrebbero essere già a loro volta integrate per fornire ai pazienti le migliori performance sanitarie.

Sembrerebbe cioè, anche per i motivi sopra citati, che ospedali, ambulatori ospedalieri, ambulatori extraospedalieri e altri servizi che ricadono sotto il "potere" dispositivo del management aziendale, hanno,

per così dire, una “vita più facile” rispetto al Medico di Medicina Generale, in quanto possono naturalmente coordinarsi “abitando nella medesima casa”. Per queste e molte altre ragioni l’integrazione professionale tra MMG e altre strutture e servizi appartenenti ad altri livelli del sistema appare invece assai complessa.

Anche l’integrazione che riguarda il coordinamento e la collaborazione del Medico di Medicina Generale con i suoi pari, con gli specialisti, con gli infermieri che fanno riferimento ai prossimi nuovi assetti aggregativi (UCCP, Case della salute, AFT ...) o di altre unità organizzative aventi lo stesso obiettivo, comportano problemi e sfide. Qui si tratta di far convivere “mondi professionali”, attitudini e modelli comportamentali, pratiche e routine diverse.

Oggi qualsiasi professionista sanitario lavora secondo modelli culturalmente introiettati ed elaborati quando il tema dell’integrazione era solo oggetto di riflessioni e dibattiti. Per far diventare l’integrazione realtà, occorre ri-formare abitudini e modi di vedere, in coerenza con le novità dell’integrazione che si desidera promuovere. Occorre far dialogare e mettere in sintonia personalità e routine professionali diverse, che hanno origine in differenti itinerari di formazione e di comportamento.

Tale ricerca ha voluto affrontare questo tema generale tentando di rispondere a due “macro” domande che stanno alla base della problematica dell’integrazione professionale :

1. Quali sono le modalità di relazione oggi osservabili tra Medici di Medicina Generale, Specialisti, ambulatoriali ed ospedalieri? Nello specifico ci si è chiesti: quali strumenti di comunicazione usano, con quale frequenza, qual è il loro livello di efficacia, quanto tempo richiedono, che esiti danno, che problemi creano, quali opzioni esistono?

2. Quali sono i vantaggi dell'integrazione e i possibili/temuti effetti collaterali? Nello specifico ci si è chiesti: quali i vantaggi specifici (se ve ne sono) per il Medico di Medicina Generale, per gli altri professionisti e per i pazienti? E quali gli ostacoli? E che ne pensano i Medici di Medicina Generale dell'integrazione? Qual è il loro livello di propensione, accettabilità, fiducia, predisposizione e disponibilità?

Il questionario riportato in Appendice, mostra le domande una per una ed offre una prospettiva sulla vastità tematica affrontata dalla ricerca.

Metodologicamente, l'indagine è stata realizzata rivolgendosi per intervista online ad un campione casuale di medici stratificato per classe di età, genere ed area geografica. Il campione intervistato è stato pari a 1.028 Medici di Famiglia. I risultati sono riferibili, attraverso pesi e processi di post-stratificazione, all'universo dei Medici di Medicina Generale calcolato in 49.832 unità.

Risultati

In questa parte del rapporto si descrivono i risultati principali della ricerca. L'esposizione è articolata facendo riferimento alle sezioni del questionario e al breve commento delle tabelle.

Si commentano prima le tabelle relative alle correlazioni tra domande e variabili indipendenti, quelle caratteristiche che si ipotizzano poter differenziare i risultati riguardanti i sottogruppi - ad es. medici per classe d'età - da quelli riguardanti l'intero campione/universo. Esaurita questa fase si vanno a commentare i risultati delle analisi multivariate, ovvero, quelle analisi fondate sul trattamento di insiemi di domande con lo scopo di evidenziare l'esistenza di clusters. Esposti e argomentati i risultati si procede ad elaborare una visione di insieme al fine di verificare, anche in riferimento alla letteratura in materia, quanto hanno espresso i Medici di Medicina Generale.

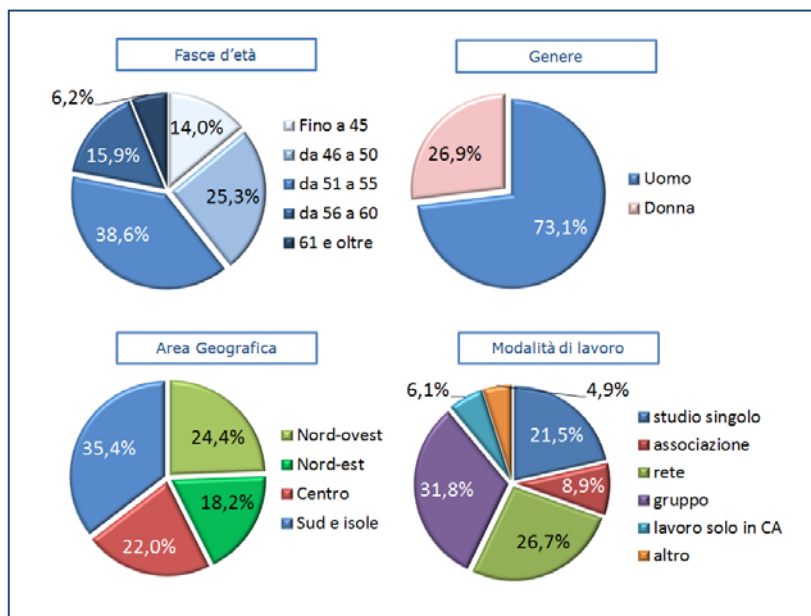
Caratteristiche strutturali dei Medici di Medicina Generale

Occorre premettere che tali caratteristiche non possono coincidere con quelle analoghe ricavabili dai dati amministrativi, in quanto si tratta di stime campionarie derivanti da un sondaggio (questo fenomeno si riscontra ogni qualvolta si effettuano queste elaborazioni in ogni settore e oggetto di indagine). Ciononostante, esse sono interessanti in quanto forniscono informazioni che non sono reperibili nei database e nei registri istituzionali.

Il 38,6% dei medici appartiene alla classe d'età tra i 51 e i 55 anni. Quasi l'80% dei Medici di Medicina Generale si colloca nelle età comprese tra i 46 e i 60 anni (tab. 1). I medici sono abbastanza equamente distribuiti per area geografica con un surplus di presenza nelle regioni meridionali. Circa i $\frac{3}{4}$ sono uomini. Il gruppo e la rete (31,8 e 26,7%) sono le modalità prevalenti in base a cui i Medici di

Medicina Generale esercitano la loro professione. Rimane una quota del 21% che esercita in studi singoli. E' presumibile che i Medici di Medicina Generale abbiano negli ultimi anni "trasmigrato" verso modelli professionali più complessi rispetto a quelli degli studi singoli per effetto, da un lato, di esigenze di efficienza e costo di mantenimento degli studi e, dall'altro, a seguito delle disposizioni regionali e locali che hanno incentivato tali trasformazioni. Il fenomeno, comunque, è comune a quanto accade in altre categorie professionali. Il 60,8% dei medici esercita in uno studio unico (anche se in gruppo) (Fig. 1).

Fig. 1 – Caratteristiche del campione sottoposto a pesatura post-stratificazione



Mettendo insieme questo con il precedente risultato emerge che, strutturalmente, i Medici di Medicina Generale sono organizzati. Il 51,7% dei medici opera in zone adeguatamente fornite di strutture e servizi di supporto; vi sono zone ove l'offerta sanitaria è elevata (per il 23% dei medici) e altre in cui viene invece giudicata insufficiente (per il 19,2%).

Sembrerebbe cioè che la distribuzione territoriale dei servizi esterni alla Medicina Generale non è omogenea e probabilmente, quindi, neanche equilibrata. Potrebbe trattarsi di aree metropolitane o di aree rurali ove la distribuzione dei servizi si è consolidata nel tempo secondo modalità non programmate, ma per sviluppo “spontaneo”. Il dato ha interesse in quanto in tali situazioni il livello di integrazione professionale ne potrebbe risultare ostacolato o favorito per caratteristiche del territorio.

Il 46% dei medici ha un numero di pazienti carico compreso tra gli 800 e i 1500; permane una quota del 31,8% di Medici di Medicina Generale massimalisti.

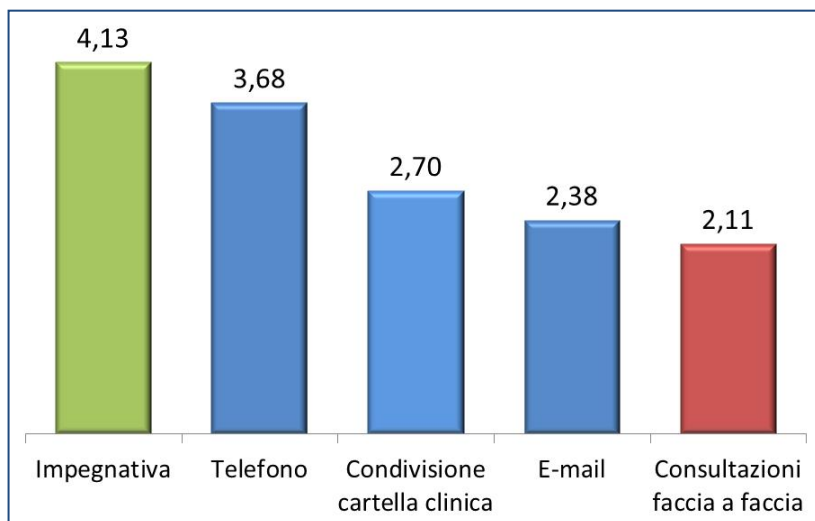
Nell'insieme, questi dati descrivono le caratteristiche strutturali della professione; dicono che ai fini di favorire la massima integrazione occorrerebbe intervenire con un'opera di aggiustamento su alcuni aspetti secondo cui la professione si configura e, dall'altro, che i Medici di Medicina Generale, seppur in larga parte operanti in studi unici, hanno ormai acquisito consapevolezza ed esperienza di lavoro “associato”, che è il presupposto per implementare modelli più complessi, quali quelli derivanti dall'integrazione anche con altre figure professionali.

Modalità di relazione tra Medici di Medicina Generale e gli Specialisti ambulatoriali e ospedalieri

Presupposto dell'integrazione tra Medici di Medicina Generale e altre figure professionali è l'esistenza di almeno una modalità di comunicazione. In una scala da 0 a 5 (tab. 2) la modalità a cui è stato attribuito un punteggio più elevato (4,13) ad indicare quella maggiormente utilizzata, è risultata essere quella “indiretta”, che passa attraverso la compilazione dell'impegnativa e dei documenti clinici

esibiti da parte del paziente. La comunicazione via telefono ha ricevuto un punteggio pari 3,68 e, a scendere, le altre modalità: posta elettronica (2,38), condivisione e visualizzazione della cartella clinica (2,70) e le consultazioni faccia a faccia tra Medici di Medicina Generale e Specialisti (Fig. 2).

Fig. 2 – Strumenti attraverso cui i MMG e gli Specialisti comunicano direttamente ai fini di definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico (scala 0-5).

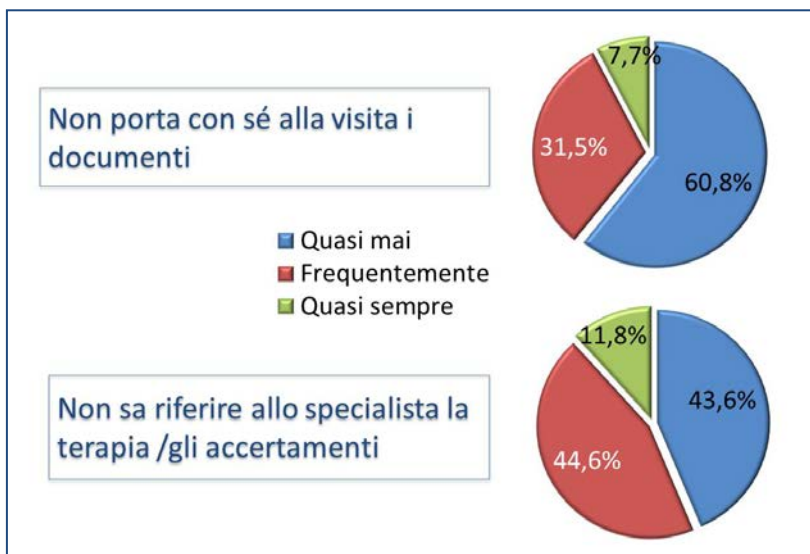


Medici giovani, donne, e medici che operano in più di uno studio, sembrano lievemente di più ricorrere a modalità di comunicazioni dirette (es. telefono).

La tab. 3 indica che il 60,8% dei medici afferma che quasi mai i pazienti non portano in visita i documenti relativi agli esiti degli accertamenti e, di contro, circa il 40% riferisce che il problema accade frequentemente o quasi sempre. Sarebbe, quindi, coerente col fatto che il suddetto punteggio di 4,13 sia stato dato dai medici nel segnalare i documenti come principale, seppur indiretta, via di comunicazione con gli

specialisti (Fig. 3). Non si esclude, però, che i Medici di Medicina Generale non abbiano comunicato per altre vie con gli Specialisti.

Fig. 3 – Frequenza con cui il paziente, in occasione di una visita presso uno Specialista, non porta con sé i documenti o non sa riferire terapia o accertamenti.

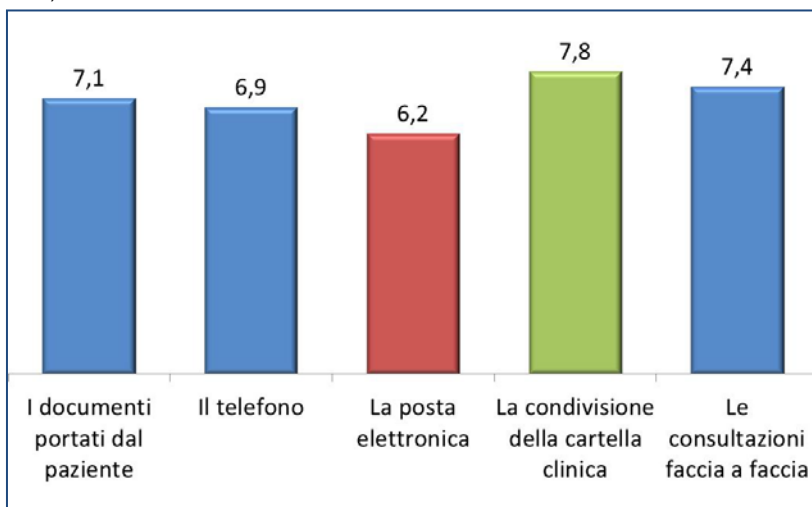


Il 56,4% dei medici afferma che i pazienti, invece, frequentemente o quasi sempre non sanno riferire allo specialista quanto il medico ha prescritto e i relativi esiti. Il 43,6% dei medici, invece, afferma che i pazienti sanno svolgere questa funzione. In sostanza i medici sembrano riferire in modo sostanzialmente paritario modalità comportamentali diverse degli assistiti: una che consente una corretta interazione con lo Specialista (comunicazione biunivoca efficiente), ma un'altra che penalizza fortemente l'efficacia del consulto.

Ai medici è stato chiesto di valutare l'efficacia degli strumenti di comunicazione (tab. 4). I punteggi più alti (in una scala da 1 a 10) sono stati assegnati alla condivisione e alla visualizzazione della cartella

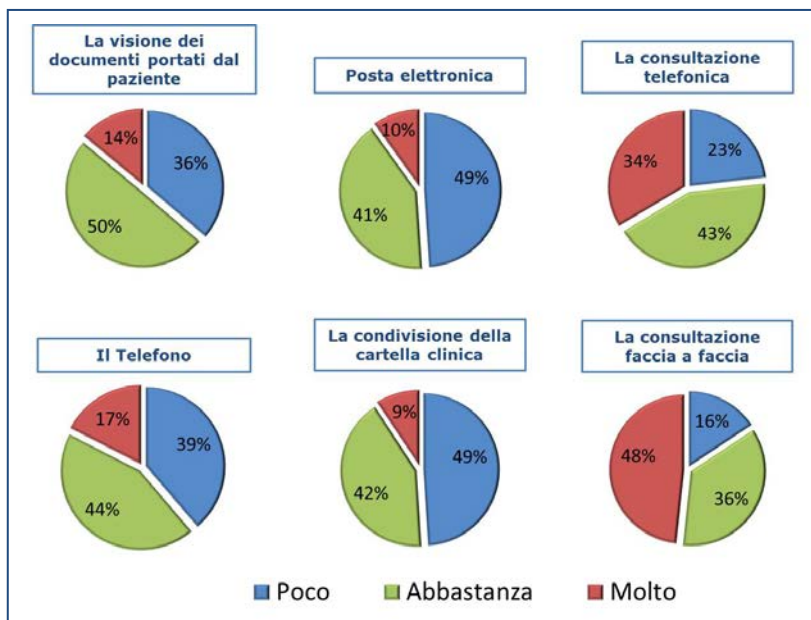
clinica (7,8) e alla consultazione faccia a faccia con lo specialista (7,4) e, a scendere, ai documenti portati dal pazienti (7,1), al telefono (6,9) e alla posta elettronica (6,2). I punteggi sono tutti nel range medio alto (da 6,2 a 7,4) e questo sta a significare che tutti sono ritenuti dal Medico di buona efficacia (Fig. 4).

Fig. 4 – Efficacia riferita degli strumenti di comunicazione tra MMG e Specialisti (scala 1-10)



La comunicazione prende tempo (tab. 5): molto/abbastanza (per il 63,7% dei medici) se si tratta di comunicare attraverso i documenti portati in visione dal paziente, di telefonare (82,6%), della posta elettronica e condivisione/ visualizzazione telematica dei documenti (51%), della teleconferenza (76,8%) e della comunicazione personale (84,3%) (Fig. 5). In termini di frequenza (quanti sono i medici che dichiarano lo strumento di comunicazione come uno che richiede molto/abbastanza tempo), vengono segnalate la comunicazione faccia a faccia e le telefonate il cui uso richiede maggior tempo. Il punto è che, nessun tipo di comunicazione è “time-free”.

Fig. 5 – Tempo richiesto dall'utilizzo delle diverse modalità di comunicazione MMG-Specialista

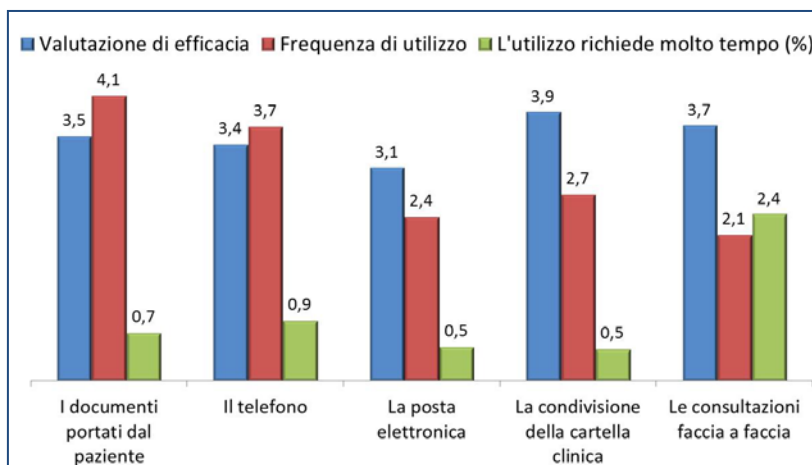


L'incrocio delle due precedenti domande (frequenza di utilizzo della modalità di comunicazione e la valutazione di efficacia) rivela un aspetto interessante (tab. 6): gli strumenti che, a detta dei medici, sono più efficaci, sono la condivisione / visualizzazione telematica dei documenti e la comunicazione faccia a faccia con lo specialista (punteggi di 3,9 e 3,7 in una scala fino a 5), ma questi non ricevono un analogo punteggio in termini di frequenza di utilizzo (2,7 e 2,1) (Fig. 6).

Si potrebbe ipotizzare che i medici non ricorrono a questi strumenti ritenuti più efficaci, perché essi richiedono più tempo. Questa ipotesi non trova però conferma nei dati, in quanto il livello di efficacia è per tutti gli strumenti superiore a 3 e le differenze tra loro sono nell'ordine di pochi decimali. Come a dire: tutti gli strumenti sono più o meno di pari efficacia, ma quelli più frequenti sono i documenti portati dai pazienti e il telefono. Ci si potrebbe domandare, quindi, perché non

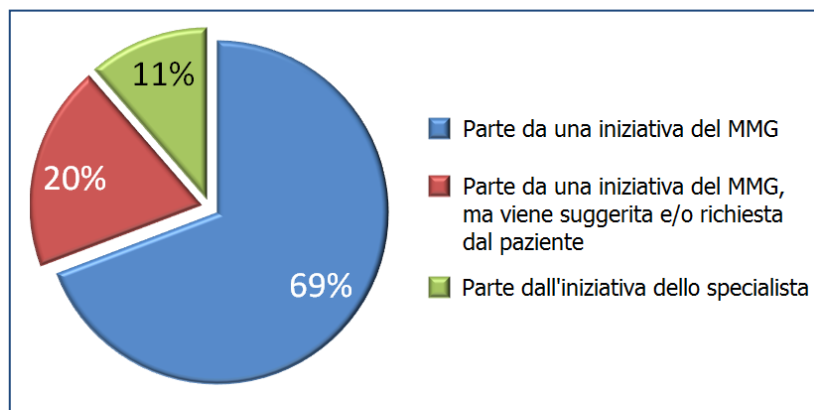
si registra un maggior ricorso a quelli ritenuti più efficaci. La risposta non sta nel tempo che richiede il ricorso allo strumento, che si è visto non essere la determinante principale. L'ipotesi più plausibile è che se l'innovazione e, cioè, la pratica medica integrata, sia in termini di rapporto personale che di modalità di comunicazione "avanzata" non si espande e non diventa componente integrante del lavoro medico (Medici di Medicina Generale e Specialisti), le modalità di comunicazione rimangono quelle tradizionali, sebbene siano in sviluppo quelle nuove.

Fig. 6 – Confronto tra frequenza di utilizzo, valutazione di efficacia e stima del tempo richiesto (risposta "molto") dei diversi strumenti di comunicazione (scala 0-5).



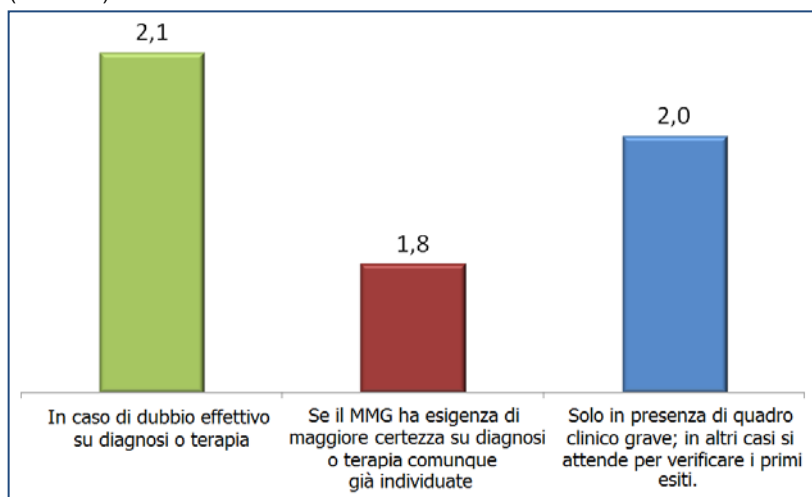
Rilevante è osservare da chi parte la comunicazione. Il 69,2% dei medici dichiara che è lo stesso Medico di Medicina Generale a prendere l'iniziativa (tab. 7). Il 19,4% afferma che parte dal Medico di Medicina Generale ma lo richiede il paziente, e solo l'11,4% afferma che l'iniziativa parte dallo Specialista. I dati lascerebbero supporre che la comunicazione con lo Specialista è, ad oggi, ancora dipendente dall'attivazione del Medico di Medicina Generale (Fig. 7).

Fig. 7 – Origine della richiesta della visita specialistica



Visti i dati non emerge un motivo preponderante che mette in moto il processo di comunicazione con lo Specialista (tab. 8). In una scala da 1 a 3, i motivi (dubbi del medico, conforto sulla diagnosi e la terapia, gravità del caso) si assestano tutti intorno a 2 e le differenze sono nell'ordine di qualche decimale (Fig. 8).

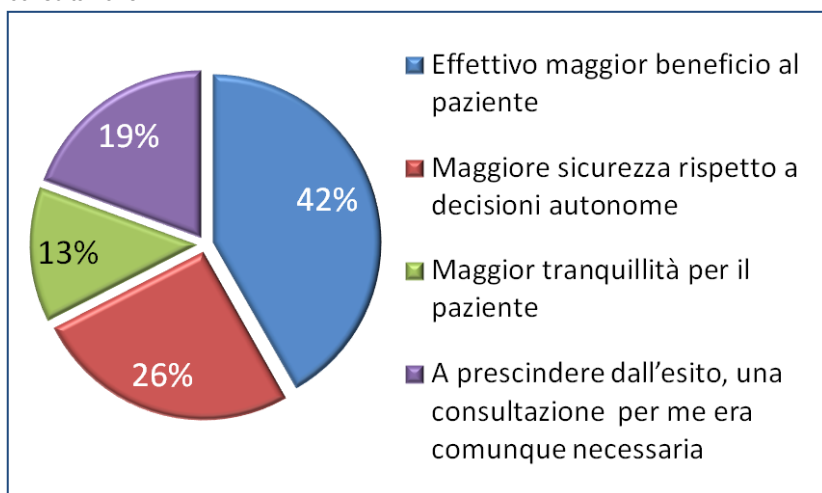
Fig. 8 – Motivazioni per avviare, da parte del MMG, un processo di consultazione (scala 1-3)



Questo potrebbe significare che l'attivazione di un processo di comunicazione con lo specialista non dipende oggi da particolari motivi. Se avviene (o no) è perché è (non è) un comportamento entrato nella pratica medica.

Ciononostante i medici in larga maggioranza (83,5%) riconoscono che la consultazione interprofessionale reca benefici ai pazienti (tab. 9).

Fig. 9 – Esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione

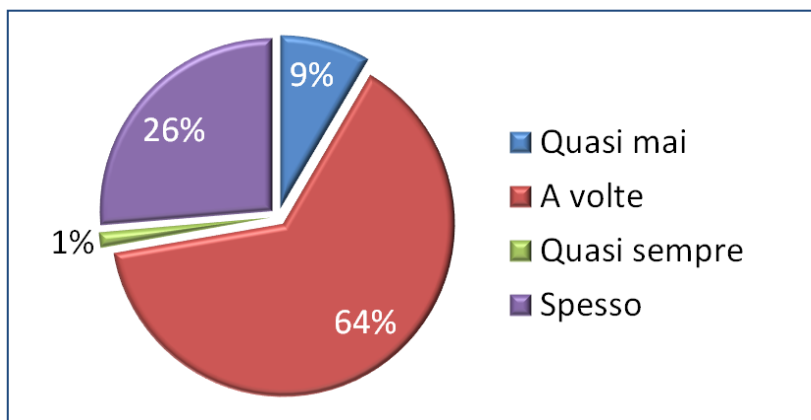


Il 51,5% ritiene, però, che è servita solo a dare maggior certezza alle scelte diagnostiche e terapeutiche fatte. Il 26,1% afferma che la consultazione ha dato maggior tranquillità al paziente, mentre il 38,9% ritiene che era comunque necessaria (Fig. 9). Il dato di sintesi è che i Medici di Medicina Generale riconoscono alla consultazione un valore e un beneficio per il paziente di tipo essenzialmente "rassicurante".

I Medici di Medicina Generale si ritrovano (63,8%) a volte a cambiare o adattare o modulare le indicazioni dello Specialista (tab. 10). Il 26,3% afferma che tale evento si verifica spesso. Insieme, a volte e spesso,

fanno il 90,1% dei medici (Fig. 10). E' questo un dato molto interessante e importante: il Medico di Medicina Generale ritiene di dover intervenire sulle indicazioni dello Specialista. Non si tratta, però, di un rapporto conflittuale: lo Specialista, infatti, non ha del paziente la medesima conoscenza e consuetudine che ha il Medico di Medicina Generale. Non è, quindi, incomprensibile che il Medico di Medicina Generale si trovi a dover adattare e modulare le indicazioni dello Specialista.

Fig. 10 – Frequenza di variazione / adattamento / modulazione delle indicazioni dello Specialista per il singolo paziente, da parte del MMG.



Si è chiesto poi ai medici di dire quali modalità di comunicazione dovrebbero essere maggiormente auspicabili, con voto da 1 a 10, per efficacia, praticabilità e ottimizzazione dei tempi e delle risorse (tab. 11) (TAB II).

TAB II - MODALITÀ DI CONSULTAZIONE AUSPICABILI, PER EFFICACIA, PRATICABILITÀ ED OTTIMIZZAZIONE DEI TEMPI E DELLE RISORSE (scala 1-10)

Accesso per via telematica ad una parte specifica della cartella ambulatoriale del paziente, per consultazione e	8
---	----------

refertazione	
Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista, portate dal paziente	7
Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista via email	6,8
Consulto telefonico	6,9
Consulto in teleconferenza	4,8
Consulto “faccia a faccia”	5,9

Il Medico assegna il maggior valore alla possibilità di accedere per via telematica alla cartella ambulatoriale del paziente. Si può supporre che, seppur abbia la sua importanza, la comunicazione personale o il sentirsi per telefono, l'accesso e, quindi, lo studio della cartella offre un livello di conoscenza oggettivo su cui si può eventualmente poi dialogare.

Al successivo quesito i medici si sono espressi su quali sono gli elementi che potrebbero caratterizzare un'effettiva ed efficace integrazione professionale tra Medici di Medicina Generale e Specialisti (tab. 12). La domanda è importante in quanto chiede al medico di specificare i contenuti di quella che lui ritiene debba essere l'integrazione. I seguenti sono gli elementi e per ognuno viene indicato il voto assegnato tra 1 e 10. L'ordine degli elementi è riportato in modo gerarchico secondo il voto nella TAB III.

TAB III - QUALI SONO GLI ELEMENTI ESSENZIALI CHE CARATTERIZZEREBBERO UN'EFFETTIVA ED EFFICACE INTEGRAZIONE PROFESSIONALE TRA MEDICI DI MEDICINA GENERALE E SPECIALISTI? (scala 1-10) **Voto**

Condividere parte della cartella clinica per via telematica con sistemi del tutto automatizzati	8
--	----------

Predefinire (attraverso iniziative di consensus tra le professioni) gli ambiti e gli aspetti che dovrebbero essere di rispettiva gestione	7,1
---	-----

Poter semplicemente scambiarsi documenti, dati e informazioni	7,0
---	-----

Frequentare corsi congiunti di formazione	7,0
---	-----

Fare riunioni periodiche tra medici generali e specialisti	6,8
--	-----

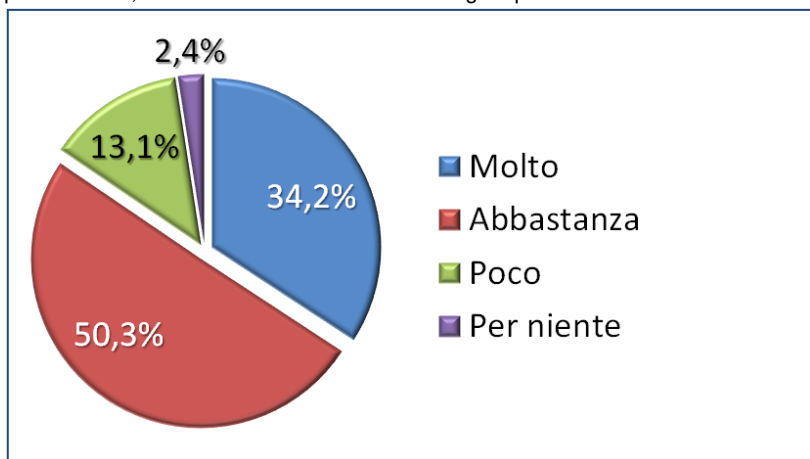
Visitare insieme il paziente, soprattutto i pazienti cronici e/o gravi : voto	6,3
---	-----

Lavorare nello stesso luogo o in un luogo immediatamente limitrofo	6,2
--	-----

L'elemento più rilevante (come anche apparso in precedenti domande) è la condivisione per via telematica della documentazione clinica. Tutti gli altri elementi sono importanti in quanto ricevono punteggi oltre la sufficienza (6) e debbono quindi rientrare nella costruzione del modello di integrazione. Se un elemento non fosse stato ritenuto importante avrebbe preso un punteggio basso.

Quale valore ha per il Medico di Medicina Generale l'integrazione professionale? Al quesito rispondono i dati della tabella 13. L'84,5% dei medici afferma che dalla "possibilità di lavorare fianco a fianco di altri Medici di Medicina Generale, degli Specialisti e di altre figure professionali, favorirebbe molto e abbastanza la sua crescita professionale". Solo il 2,4% dei medici non ha questa opinione (Fig. 11).

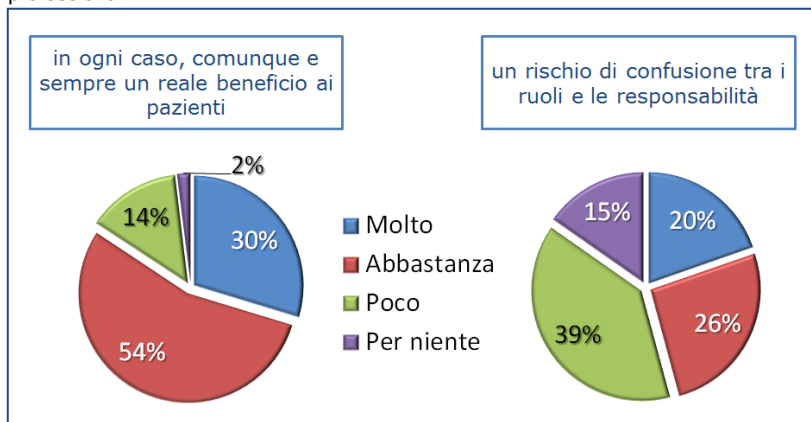
Fig. 11 – Prevalenza di risposta su quanto favorirebbe la propria crescita professionale, il lavorare fianco a fianco di altre figure professionali



L'84,3% dei medici conferma inoltre che dall'integrazione professionale così intesa, i pazienti ricaverebbero comunque un beneficio (tab. 14). I Medici di Medicina Generale evidenziano però, che potrebbero profilarsi rischi in termini di confusione delle responsabilità attribuibili agli stessi medici e alle altre figure professionali. Il 65% di loro ritiene che questi rischi sarebbero abbastanza e poco possibili; il resto ha visioni contrapposte. Il 19,7% ritiene il rischio elevato e il 15,3% lo ritiene nullo. In sintesi, i Medici di Medicina Generale vedono positivamente l'integrazione professionale, per i pazienti e per loro. Nella stragrande maggioranza sono neutri rispetto ai rischi in quanto così si potrebbero interpretare le posizioni intermedie di "abbastanza" e "poco" che si annullano. Esistono però gruppi residuali che si

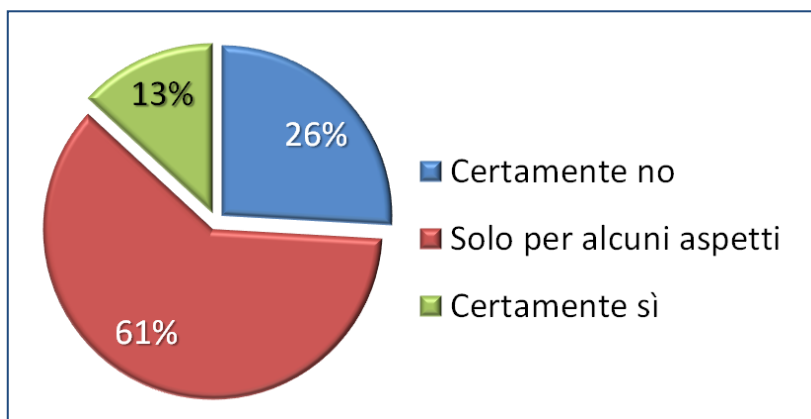
contrappongono, ma solo il 19,7% dei medici potrebbe “resistere” rispetto all’integrazione professionale (Fig. 12).

Fig. 12 – Possibili conseguenze del lavorare a fianco di altri Medici e di altre figure professionali



Si chiede poi, in modo diretto ed esplicito, al medico di valutare se il suo modello di lavoro attuale è riconducibile ad una modalità operativa centrata sull’integrazione professionale (tab. 15). Il 61% dei medici risponde affermativamente “solo per alcuni aspetti”.

Fig. 13 – Prevalenza di risposte alla domanda se la modalità di lavoro attuale fosse riconducibile a modelli operativi centrati sull’integrazione professionale



Come constatato in precedenza, emergono due ali estreme: un 25,9% dei medici esclude tale possibilità, mentre il 13,2% dichiara che la propria modalità operativa è sicuramente caratterizzata dall'integrazione professionale (Fig. 13).

La risposta rivela un dato interessante: la maggioranza dei medici riconosce che il modello di lavoro praticato è oggi diverso e per certi aspetti nuovo. Questa maggioranza coincide in effetti con la reale situazione odierna che può definirsi come una situazione di transizione (si sta passando lentamente a riconfigurare il lavoro della Medicina Generale) e a cosiddetta "macchia di leopardo". In alcuni territori il modello integrato è ormai una realtà (quel 13,2% di medici si identificano col nuovo modello), in altri per niente (quel 25,9% che escludono tale possibilità). Quali sono questi territori? Dall'incrocio tra l'area geografica e le risposte si osserva che le percentuali attribuite ai medici delle diverse aree geografiche oscillano tutte vicino alla percentuale totale del campione. Ad esempio, nel nord-ovest il 25,5% dei medici esclude di operare attualmente in modalità integrata. Tale percentuale è simile a quella delle altre aree geografiche: 22,7% del nord-est, 25,9% del centro e 27,8% del sud. Queste percentuali sono simili a quella totale del 25,9%. Ovvero, le differenze percentuali sono minime e non sono statisticamente significative; al massimo possono indicare linee di tendenza. In sintesi, dove il modello dell'integrazione professionale non viene confermato dai medici non è una specifica macro area geografica, ma verosimilmente un porzione di territorio ove il modello non è applicato (almeno come i medici lo percepiscono e sperimentano). E questo non esclude che, magari in un'altra porzione di territorio anche limitrofa, il modello sia applicato. E' l'eterogeneità a prevalere, anche se il quadro nazionale dominante è quello della transizione.

Quali sono le attese dei medici in termini di possibilità di integrazione con le diverse figure professionali (tab. 16)? Le valutazioni sono riportate, su una scala da 1 a 10, in ordine gerarchico, in TAB IV.

TAB IV - QUANTO TI ASPETTI CHE SI CONCRETIZZINO I RISULTATI EFFETTIVI E PIÙ EFFICACI RELATIVAMENTE AGLI ESITI ASSISTENZIALI, DA UN LAVORO VERAMENTE “INTEGRATO” CON CIASCUNA DELLE SEGUENTI FIGURE PROFESSIONALI? (SCALA 1-10)

Con i Medici di Assistenza Primaria	7,8
Con i Medici Specialisti	7,6
Con gli Infermieri Territoriali	7,4
Con i Medici di Continuità Assistenziale	6,7
Con i Fisioterapisti	6,5
Con gli Assistenti Sociali	6,1
Con altre figure	5,1

Non sembra che facciano significativa differenza le caratteristiche dei Medici. Il fatto è che i punteggi sono medio - alti e, comunque, sufficienti, il che lascia intendere che le attese dei medici rivelano una buona propensione verso la realizzazione del modello integrato.

Nella tabella 17 (TAB V) vengono riportati i possibili ostacoli all'integrazione con le diverse figure professionali.

TAB V - QUALI POSSANO ESSERE GLI OSTACOLI ALL'INTEGRAZIONE CON LE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI ? (SCALA 1-10)

Ostacoli all'integrazione tra Medici di Assistenza Primaria

Difficoltà a trovare sedi per costituire forme aggregative	7,4
Percezione di una scarsa compatibilità operativa	6,3
Rischio di perdere il paziente	5,0
Timore di confronto professionale	4,8

Ostacoli all'integrazione tra Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale

Carenza di comunicazione e di feedback sui reciproci interventi	7,8
Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le informazioni sanitarie del paziente	7,6
Mancata conoscenza diretta	6,6
Timore di confronto professionale	3,9

Ostacoli all'integrazione tra Medici di Assistenza Primaria e Infermieri Territoriali

Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, alcune indicazioni e set di informazioni sanitarie del paziente	6,7
Attuale sostanziale separazione delle operatività professionali	6,4
Mancata conoscenza diretta	5,7
Timore di "condividere"/"rinunciare a" parte del proprio ruolo professionale	4,3

Il dato di sintesi è questo:

- a) la mancanza di una sede per attuare il modello integrato esteso a tutti i Medici dell'Assistenza Primaria (anche se non è da trascurare

- il problema derivante dal timore del confronto e dal rischio di perdere il paziente);
- b) la carenza di comunicazione e l'assenza di strumenti telematici relativamente all'integrazione con i Medici di Continuità Assistenziale;
 - c) l'impossibilità a condividere in tempo reale informazioni con gli infermieri.

Si tratterebbe di difficoltà di natura logistica e organizzativa che, in linea di principio, possono essere affrontate e superate. Le difficoltà di natura relazionale / professionale (i timori) potrebbero anch'esse essere superate, se i Medici di Medicina Generale sperimentassero che l'integrazione professionale non incide sul loro stato di autonomia professionale individuale. Va detto inoltre che in ogni area e settore di lavoro, l'integrazione tra diverse figure professionali, comporta i medesimi problemi relazionali e di questi non potevano andarne esenti gli ambiti che stiamo esaminando.

L'integrazione professionale può comportare altri problemi in fase di avvio dell'implementazione?

La tabella 18 offre informazioni al riguardo. I medici, utilizzando una scala da 1 a 10, ritengono che :

- sia “presumibile che, aumentando il numero di consultazioni ed interventi di più professionisti, aumenti anche il numero delle prescrizioni ed i costi assistenziali” (voto: 6,6)
- si possa attenuare il livello di responsabilità che attiene a ciascuna figura professionale (voto: 5)
- i Medici di Famiglia possono perdere il ruolo di figure di riferimento (voto: 4,9)

- può venir meno il livello di fiducia personale che i pazienti hanno verso il proprio Medico di Famiglia (voto: 4,6).

Si tratta di problemi e rischi reali. C'è da notare però che i punteggi sono medi o sotto la media, il che starebbe a significare che il "livello di intensità" del problema non è valutato, né inesistente, né troppo grave, ma semplicemente "realistico". E' evidente che l'attuazione di un modello integrato possa comportare problemi che magari si superano col tempo di fronte alla constatazione che non si verificano danni ai principi e alla cultura professionale dei medici; soprattutto, quelli più anziani che più degli altri hanno "introiettato" principi e abitudini di lavoro diverse da quella di una integrazione programmata. Non si può non segnalare che i medici paventano un impatto sui costi che appare alquanto realistico, in quanto mettendo insieme più prospettive professionali ne può discendere anche un incremento di prestazioni (ogni figura professionale ha la sua visione diagnostica-terapeutica).

La tabella 19 riporta i risultati di una scala di misurazione multi-dimensionale riguardante l'adesione e la propensione verso il modello di integrazione professionale. Al medico è stato chiesto di dare un punteggio da 1 a 10 ad ogni item (sottodomanda) della scala, per indicare il suo livello di adesione alla domanda.

Questi sono i risultati :

- Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologia è tale che solo integrando il lavoro dei Medici di Medicina Generale con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti. (voto: 7,5)
- Sono convinto che solo integrando il lavoro delle diverse figure professionali si potranno ridurre le complicità, gli eventi avversi e contenere i costi finali. (voto: 7,4)

- Il modello della “solo practice” non può più reggere e sicuramente non reggerà nel prossimo futuro ed è e sarà indispensabile passare al modello multi professionale. (voto: 7,1)
- Se non si riesce a realizzare un modello completo di integrazione professionale, in considerazione delle crescenti complessità assistenziali, le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti saranno sempre inadeguate. (voto: 7)
- Lo sviluppo tecnologico dovuto alla multimedialità, al rapido evolversi degli strumenti di comunicazione, alle reti, a internet e all’interattività dei sistemi informativi renderà obsoleta la necessità che, sul territorio, i professionisti sanitari debbano operare nella stessa sede. (voto: 6,6)
- Dall’integrazione professionale ci si può aspettare solo una riduzione dei tempi necessari a formulare una diagnosi. (voto: 5,9)
- Per l’effettiva realizzazione della multi professionalità, Medici di Medicina Generale, Specialisti e altre figure professionali non possono fare a meno di lavorare in una stessa sede. (voto: 5,8)
- Non sono a conoscenza dell’esistenza di prove scientifiche derivanti da studi empirici o sperimentali che con l’integrazione professionale l’assistenza primaria diventi più efficace. (voto: 5,3)
- Con modalità di integrazione professionale aumentano le incertezze sulle responsabilità professionali e, quindi, medico-legali. (voto: 5)
- Per i medici di famiglia vi sono più rischi che benefici dal modello di integrazione professionale. (voto: 4)

Si può constatare agevolmente che le domande sono molto dirette e adeguate per differenziare l’adesione e, quindi, la propensione al modello dell’integrazione.

In sintesi, emerge che la convinzione che il modello della “solo practice” non reggerà nel futuro e che l’integrazione possa portare benefici sotto

vari profili (domande con punteggio da 7 in su) e, dall'altro, la convinzione che permarrebbero rischi e benefici limitati (domande con punteggi inferiori) identifica le "anime" dei sentimenti della categoria nel suo insieme. Anime in parte effettivamente contrapposte (come è emerso anche dalle risposte ad a precedenti domande), ma in parte disponibili ad una visione intermedia man mano che il processo di implementazione del nuovo modello va avanti. Come esiste una fase di transizione oggettiva nella realizzazione del nuovo modello, sembra esistere anche una fase di transizione valutativa e attitudinale.

Nel commento seguente che riguarderà le analisi multivariate si presenteranno ulteriori elementi di sintesi a conforto di questa interpretazione.

Analisi multivariata : i clusters, integrazione e profili dei medici

Che cosa sono i clusters? I clusters sono gruppi di medici che, in base al tipo di risposta data alle domande, rivelano l'appartenenza ad un gruppo omogeneo che si differenzia da altri gruppi che hanno risposto in maniera diversa. L'omogeneità del gruppo si basa, cioè, sulla "coerenza" delle risposte alle domande. Se, ad esempio, alcuni hanno risposto di essere favorevoli all'integrazione, l'attesa è che praticino modalità integrate di lavoro, riconoscano nell'integrazione un valore ed un beneficio e, dall'altro, minimizzino gli aspetti negativi. Se, invece, non sono favorevoli, l'attesa è che rispondano alle domande in modo opposto dai Medici che hanno dichiarato di essere favorevoli. La coerenza è statisticamente misurabile dalla correlazione tra le domande. Più elevata la coerenza e più netta è l'appartenenza al cluster.

Nella realtà, il livello di coerenza raggiunge raramente il valore massimo, in quanto, ad esempio, il medico può rispondere coerentemente a 3 domande (nel senso che le risposte seguono un iter logico assoluto), ma non alla quarta. Risponde alla quarta, ad esempio, come se il suo pensiero o la sua visione fosse simile a quella dei medici

che invece si collocano in un altro cluster. In tal caso i cluster vengono identificati ma non sono “puri” come si potrebbe attendere. E questo fenomeno non è anomalo in quanto le realtà dei fenomeni sociali non sono mai così nette e univoche. Sufficiente è che i clusters rivelino la loro esistenza e che abbiano un significato sostanziale.

Nelle tabelle seguenti si riportano le analisi multivariate che hanno rivelato i clusters di medici che hanno risposto al questionario dell'indagine, secondo il loro posizionamento verso l'integrazione e secondo il loro profilo.

Nella tabella 20 si elencano le variabili che sono state scelte per verificare l'esistenza di clusters:

- Strumenti di comunicazione con lo Specialista come prerequisito dell'integrazione
- Tempo richiesto per le comunicazioni (da poco a molto)
- Frequenza secondo cui il Medico di Medicina Generale cambia/adatta/modula le indicazioni dello specialista
- Strumenti di comunicazione auspicabili
- Coerenza tra modello secondo cui il medico esercita e il modello integrato
- Conseguenze dell'integrazione

La scelta di queste domande è motivata dall'ipotesi secondo cui i medici tendono a distinguersi in base agli strumenti praticati (o auspicati) di comunicazione, che dovrebbero essere coerenti con una realtà di tempi lavoro accettabili, un rapporto non “oneroso” con lo Specialista (nel senso che non debbono cambiare spesso le sue indicazioni) e la pratica di un modello effettivo di integrazione.

I dati della tabella rivelano che effettivamente i medici si distinguono in due clusters:

- a) il primo si caratterizza per ricorrere a modalità di comunicazione dirette (consultazione faccia a faccia) e che richiedono più tempo,

ma che non escludono la presenza di cosiddetti “effetti collaterali” (impatto sul livello di fiducia che il paziente ha verso il suo Medico di Medicina Generale, sulla individuazione della sua responsabilità e sul numero di prescrizioni);

- b) il secondo cluster si caratterizza per una modalità di comunicazione indiretta, il minor tempo richiesto, ma è simile al primo nel riconoscere l'esistenza di effetti collaterali.

In sostanza, la modalità di comunicazione fa differenza, ma non incide sulla valutazione che i medici fanno dell'integrazione. I medici che comunicano direttamente sono percentualmente di più nella classe d'età tra i 46 e i 50 anni, hanno un numero di scelte fino a 1200 pazienti (presumibilmente hanno più tempo disponibile) e operano nelle regioni dell'Italia centrale. Per converso i medici del secondo cluster hanno oltre i 56 anni, hanno più di 1200 e 1500 pazienti e operano nelle regioni settentrionali.

Si è poi sottoposta a *cluster analysis* il complesso delle domande con cui si è studiato il profilo attitudinale, valutativo e di opinione dell'integrazione. La tabella 22 riporta i risultati dell'analisi.

Emergono tre clusters di medici :

- a) I medici che sono favorevoli all'integrazione. Si evince la propensione positiva dal fatto che hanno risposto positivamente a queste domande:
 - o Se non si riesce a realizzare un modello completo di integrazione professionale, in considerazione delle crescenti complessità assistenziali, le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti saranno sempre inadeguate
 - o Sono convinto che solo integrando il lavoro delle diverse figure professionali si potranno ridurre le complicità, gli eventi avversi e contenere i costi finali
 - o Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologia è tale che solo integrando il lavoro dei Medici di Medicina Generale con gli

Specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti

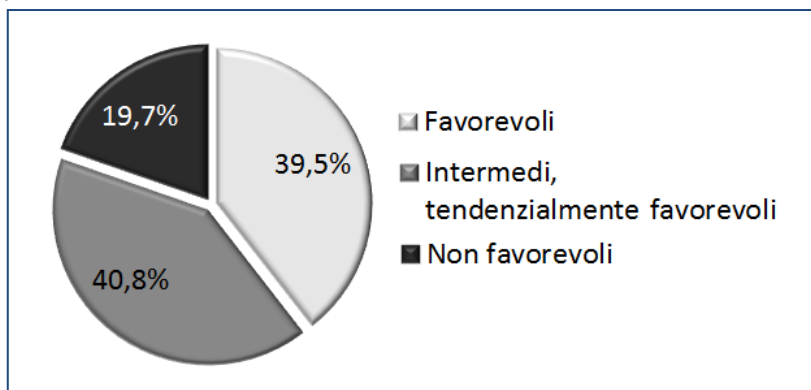
- o Il modello della “solo practice” non può più reggere e sicuramente non reggerà nel prossimo futuro ed è e sarà indispensabile passare al modello multi professionale
- b) I medici che non sono favorevoli all'integrazione che, invece, hanno risposto alle seguenti domande che indicavano rischi e incertezze dell'integrazione :
- o Non sono a conoscenza dell'esistenza di prove scientifiche derivanti da studi empirici o sperimentali che con l'integrazione professionale l'assistenza primaria diventi più efficace
 - o Per i Medici di Famiglia vi sono più rischi che benefici dal modello di integrazione professionale
 - o Con modalità di integrazione professionale aumentano le incertezze sulle responsabilità professionali e, quindi, medico-legali
- c) I medici che si collocano in posizione intermedia ma che hanno una visione positiva tendenziale. Le domande che identificano questo cluster, infatti, sono a metà strada di quelle che hanno identificato i precedenti clusters.

Il fatto che rispetto all'integrazione i medici si distinguessero in un gruppo di maggioranza che si atteggia positivamente verso l'integrazione ma non ne nasconde gli eventuali aspetti di rischio e incertezza, e due gruppi di minoranza (pro e contro), era già emerso nel commento della prima parte. L'analisi multivariata mostra che tali gruppi esistono “effettivamente” e si rivelano dalla coerenza interna secondo cui hanno risposto alle domande.

La tabella 23 aiuta a scorgere se i cluster hanno un profilo dominante in base alle caratteristiche dei medici (Fig. 14).

- I favorevoli sono il 39,5% dei medici (in cluster) e sono in percentuale più tra i giovani, le donne e lavorano in Continuità Assistenziale
- I non favorevoli sono il 19,7%, hanno oltre i 61 anni, operano in associazione ed hanno oltre 1200 pazienti
- Gli intermedi sono la maggioranza (40,8%): operano in studi singoli, hanno meno pazienti e hanno tra i 51 e i 57 anni

Fig. 14 – Clusters di medici per orientamento nei confronti dell'integrazione professionale



Il punto di sintesi è che, sommando i favorevoli e gli intermedi, si raggiunge l'80,3% della categoria!

Alcune conclusioni e considerazioni finali

Secondo l'Organizzazione Mondiale dei Collegi, delle Accademie e delle Associazioni Accademiche dei Medici di Famiglia (WONCA – 1991), il Medico delle cure primarie è *“colui che fornisce l'assistenza sanitaria globale ad ogni singolo individuo che la richiama, e organizza l'intervento di altre figure professionali quando lo ritenga necessario”*. Viene in questo modo evidenziata la centralità del medico nella gestione dei processi, implicando la capacità di coordinare le terapie con le altre figure professionali e con gli altri specialisti.

Quello dell'integrazione professionale costituisce pertanto un aspetto ontologicamente appartenente al ruolo di Medico di Medicina Generale. Chiaramente i diversi modelli organizzativi sono in grado di enfatizzare o, altrimenti, di ridurre, queste prerogative così strettamente connesse alla professione.

Nel nostro Paese, da molti anni, sono previsti, negli accordi collettivi nazionali, diversi istituti associativi per la Medicina Generale, proprio allo scopo di favorire e promuovere l'integrazione operativa tra i professionisti; sono anche incentivate le assunzioni di personale di studio ed infermieristico.

E' del tutto chiaro, d'altronde, che una organizzazione dell'assistenza territoriale che preveda una massiccia estensione dell'integrazione professionale e l'implementazione del lavoro in *team*, sia necessaria per affrontare le complessità che la gestione delle cronicità richiede. Esistono in tal senso le adeguate cornici normative e tali istanze dovranno presto essere ricomprese nei rinnovi contrattuali della professione.

I Medici di Medicina Generale - è quanto emerge da questa indagine - dimostrano, nei confronti di queste esigenze, consapevolezza e sostanziale disponibilità. Nelle valutazioni di sintesi (per *clusters*) il

40% dei medici si dimostra, su tali questioni, francamente favorevole, ma anche coloro che si collocano in gruppi “intermedi” (un altro 41%) appaiono esprimere opinioni tendenzialmente favorevoli.

E' del tutto logico che, per un'altra quota della categoria (il 19,7% del campione), prevalgano, su questi aspetti, preoccupazioni ed incertezze: è altrettanto comprensibile come appartengano a tale quota prevalentemente i medici di età più avanzata e quelli che lavorano in associazione, il livello cioè meno evoluto tra i diversi istituti associativi.

Paradossalmente, i medici che operano da soli, non esprimono in maggioranza pareri contrari, ma valutazioni “intermedie” di tipo tendenzialmente favorevole, stando probabilmente a significare che non hanno avuto sinora le opportunità logistiche per poter fruire degli istituti associativi, ma che dimostrano apprezzamento e, se non altro, curiosità, verso le potenzialità del lavoro integrato tra professionisti.

Poiché uno degli aspetti sostanziali dell'integrazione è costituito dalla “comunicazione”, bisogna considerare come alcune soluzioni tecnologiche vengono espressamente richieste, perché individuate come fondamentali per rispondere in modo efficace rispetto ad alcuni problemi assistenziali: poter condividere automaticamente, per via telematica, parte della cartella sanitaria con i colleghi ed i consulenti specialisti, appare essere l'opportunità sulla quale si verifica maggiore convergenza.

Questo aspetto assume un rilevante significato poiché fornisce una soluzione adeguata per la realizzazione e sviluppo di una vera integrazione professionale “funzionale”, ottenuta sfruttando anche le possibilità oggi offerte dalla tecnologia, che in larga misura permetterebbe di superare la costituzione di aggregazioni “fisiche”, evitando significativi investimenti strutturali, il cui costo è, in questa fase storica, difficilmente sostenibile.

APPENDICE

IL QUESTIONARIO

LE TABELLE

IL QUESTIONARIO

I processi di integrazione professionale

Caratteristiche socio-professionali del medico

1. Genere

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Femmina
- ☐ Maschio

2. Quanti anni hai?

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ fino a 40
- ☐ da 41 a 45
- ☐ da 46 a 50
- ☐ da 51 a 55
- ☐ da 56 a 60
- ☐ da 61 a 65
- ☐ oltre i 65

3. Regione dove svolgi la tua attività

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Piemonte
- ☐ Valle D'Aosta
- ☐ Liguria
- ☐ Lombardia
- ☐ Trentino Alto Adige
- ☐ Veneto
- ☐ Friuli Venezia Giulia
- ☐ Emilia Romagna
- ☐ Toscana
- ☐ Umbria
- ☐ Marche
- ☐ Lazio
- ☐ Abruzzo
- ☐ Molise
- ☐ Campania
- ☐ Puglia
- ☐ Basilicata

- ☐ Calabria
- ☐ Sicilia
- ☐ Sardegna

4. Puoi indicare la modalità principale secondo cui eserciti come medico di medicina generale?

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Studio singolo
- ☐ Associazione
- ☐ Rete
- ☐ Gruppo
- ☐ Lavoro solo in C.A.
- ☐ Altro

5. In quanti studi professionali operi e vedi i tuoi pazienti?

Rispondi solo se le seguenti condizioni sono rispettate: se precedente non rispondi "Lavoro solo in CA".

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Un solo studio
- ☐ In due studi
- ☐ In tre o più studi

6. Il tuo studio principale si trova in:

Rispondi solo se le seguenti condizioni sono rispettate: se a precedente rispondi

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ In un'area/zona ove è presente un numero elevato di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali
- ☐ In un'area/zona ove è presente un numero sufficiente e adeguato di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali
- ☐ In un'area/zona ove è presente un numero insufficiente di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali

7. Quanti pazienti hai in carico?

Rispondi solo se le seguenti condizioni sono rispettate: se a precedente rispondi

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ fino a 300

- o da 301 a 500
- o da 501 a 800
- o da 801 a 1200
- o da 1201 a 1500
- o oltre 1500

Modalità di relazione tra il medico di medicina generale e gli specialisti, ambulatoriali e ospedali

8. Attraverso quali strumenti tu personalmente o il medico specialista comunicate direttamente ai fini di definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico dei pazienti?

Metti in ordine gerarchico gli strumenti in base alla frequenza cui vi ricorri.

Numera ciascun campo in ordine di preferenza da 1 a 5

- ☐ Non comunico direttamente, ma attraverso l'impegnativa e i documenti portati dal paziente
- ☐ Attraverso il telefono
- ☐ Attraverso la posta elettronica
- ☐ Attraverso la condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita
- ☐ Attraverso consultazioni faccia a faccia

9. Stando alla tua esperienza, con quale frequenza ti capita che il paziente:

Scegli la risposta appropriata per ciascun item:

Non porti con sé alla visita i documenti relativi agli esiti degli accertamenti e/o delle analisi effettuate?

- o Quasi mai
- o Raramente
- o Abbastanza frequentemente
- o Spesso
- o Quasi sempre

Non sappia riferire allo specialista la terapia che tu gli hai prescritto e/o gli esiti degli accertamenti e/o analisi effettuate?

- o Quasi mai

- o Raramente
- o Abbastanza frequentemente
- o Spesso
- o Quasi sempre

10. Secondo te qual è il livello di efficacia delle seguenti modalità di comunicazione tra MMG e lo specialista?

Dai un voto da 1 a 10 a ciascuna modalità, ove 1 rappresenta nessuna efficacia e 10 il massimo dell'efficacia.

- I documenti portati dal paziente: voto ____
- Il telefono: voto ____
- La posta elettronica: voto ____
- La condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita: voto ____
- Le consultazioni faccia a faccia: voto ____

11. Quanto tempo ti comporta (o pensi che ti comporterebbe) l'uso delle seguenti modalità di comunicazione con i colleghi specialisti?

Scegli la risposta appropriata per ciascun item:

la visione dei documenti portati dal paziente

- o poco
- o abbastanza
- o molto
- o non saprei

il telefono

- o poco
- o abbastanza
- o molto
- o non saprei

la posta elettronica

- o poco
- o abbastanza
- o molto
- o non saprei

la condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita

- o poco
- o abbastanza

☐ molto

☐ non saprei

la consultazione in teleconferenza

☐ poco

☐ abbastanza

☐ molto

☐ non saprei

la consultazione faccia a faccia

☐ poco

☐ abbastanza

☐ molto

☐ non saprei

12. Facendo pari a 100 la percentuale dei casi in cui tu e lo specialista comunicate direttamente, qual è all'incirca la percentuale dei casi in cui la comunicazione: *

La somma deve essere uguale a 100

– Parte da una tua iniziativa: __%

– Parte da una tua iniziativa, ma viene suggerita e/o richiesta dal paziente: __%

– Parte dall'iniziativa dello specialista: __%

13. In base al tuo modus operandi, in quali circostanze avvii un processo di consultazione?

Metti in ordine gerarchico le varie circostanze.

Numera ciascun campo in ordine di preferenza da 1 a 3

– Ogni qual volta hai un dubbio effettivo sulla diagnosi e/o il percorso terapeutico: voto __

– Ogni qual volta vuoi avere conforto o maggiore certezza sulla diagnosi e/o la terapia, che hai però già individuato in base alla tua conoscenza del paziente e/o ai dati clinici che hai osservato: voto __

– Quasi solo quando ti trovi di fronte ad un paziente che ha una malattia o un quadro nosologico grave, mentre per gli altri casi sei solito attendere per verificare i primi esiti della diagnosi e/o terapia da te decisa: voto __

14. In base alla tua esperienza, quali sono stati gli esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione?

Dai solo 2 risposte, scegliendo tra i seguenti, solo i 2 esiti che si sono verificati con maggior frequenza.

Selezionare 2 risposte

- ☐ Diagnosi e terapia decise tra me e lo specialista hanno recato un maggior beneficio al paziente
- ☐ Il processo di consultazione ha solo fornito maggiore sicurezza rispetto a decisioni autonome
- ☐ La valutazione specialistica ha solo comportato maggior tranquillità per il paziente
- ☐ A prescindere dall'esito, una consultazione per me era comunque necessaria

15. Quanto spesso ti ritrovi a cambiare (o adattare/modulare) le indicazioni dello specialista per il singolo paziente?

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Quasi mai
- ☐ A volte
- ☐ Spesso
- ☐ Quasi sempre

16. Quali tra le seguenti modalità di consultazione dovrebbero secondo te essere maggiormente auspicabili, per efficacia, praticabilità ed ottimizzazione dei tempi e delle risorse?

Dai un voto a ciascun elemento, ove 1 significa che non è affatto essenziale per caratterizzare l'integrazione professionale e 10 che è essenziale al massimo.

- Accesso per via telematica ad una parte specifica della cartella: voto ____
- ambulatoriale del paziente, per consultazione e refertazione: voto ____
- Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista, portate dal paziente: voto ____
- Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista via email: voto ____
- Consulto telefonico: voto ____
- Consulto in teleconferenza: voto ____

- Consulto “faccia a faccia” : voto ____

17. Quali sono gli elementi essenziali che caratterizzerebbero un’effettiva ed efficace integrazione professionale tra medici di medicina generale e specialisti?

Dai un voto a ciascun elemento, ove 1 significa che non è affatto essenziale per caratterizzare l’integrazione professionale e 10 che è massimamente essenziale

- Poter semplicemente scambiarsi documenti, dati e informazioni: voto ____
- Condividere parte della cartella clinica per via telematica con sistemi del tutto automatizzati: voto ____
- Lavorare nello stesso luogo o in un luogo immediatamente limitrofo: voto ____
- Visitare insieme il paziente, soprattutto i pazienti cronici e/o gravi: voto ____
- Fare riunioni periodiche tra medici generali e specialisti: voto ____
- Frequentare corsi congiunti di formazione: voto ____
- Predefinire (attraverso iniziative di consensus tra le professioni) gli ambiti e gli aspetti che dovrebbero essere di rispettiva gestione: voto ____

Integrazione tra professioni: possibili vantaggi ed eventuali effetti collaterali

18. Pensi che avere la possibilità di lavorare fisicamente a fianco di altri medici, degli specialisti e di altre figure professionali favorirebbe la tua crescita professionale? *

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Per niente
- ☐ Poco
- ☐ Abbastanza
- ☐ Molto

19. Pensi che lavorare a fianco di altri medici, degli specialisti e di altre figure professionali comporterebbe:

Scegli la risposta appropriata per ciascun item:

in ogni caso, comunque e sempre, un reale beneficio ai pazienti

- ☐ Poco
- ☐ Abbastanza
- ☐ Molto

un rischio di confusione tra i ruoli e le responsabilità dei singoli se non vi fosse una forte organizzazione del lavoro multiprofessionale

- ☐ Poco
- ☐ Abbastanza
- ☐ Molto

20. Ritieni che il modo in cui tu oggi lavori sia riconducibile ad una modalità operativa centrata sull'integrazione professionale? *

Scegli solo una delle seguenti:

- ☐ Certamente no
- ☐ Solo per alcuni aspetti
- ☐ Certamente sì

21. Quanto ti aspetti, in una scala da 1 a 10, che si concretizzino i risultati effettivi e più efficaci relativamente agli esiti assistenziali, da un lavoro veramente "integrato" con ciascuna delle seguenti figure professionali?

- Con i medici di assistenza primaria: voto ____
- Con i medici di continuità assistenziale: voto ____
- Con i medici specialisti: voto ____
- Con gli infermieri territoriali: voto ____
- Con i fisioterapisti: voto ____
- Con gli assistenti sociali: voto ____
- Con altre figure: voto ____

22. Quali sono i principali ostacoli che oggi esistono per implementare a pieno l'integrazione professionale?

Dai un voto da 1 a 10 a ciascuno dei possibili ostacoli, ove 1 significa che non è affatto un ostacolo e 10 che è un ostacolo di grande importanza

Tra i medici di assistenza primaria:

- Timore di confronto professionale: voto ____

- Rischio di perdere il paziente: voto ____
- Difficoltà a trovare sedi per costituire forme aggregative: voto ____
- Percezione di una scarsa compatibilità lavorativa: voto ____

Tra i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale:

- Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le informazioni sanitarie del paziente: voto ____
- La carenza di comunicazione e di informazioni di feedback sui reciproci interventi: voto ____
- La mancata conoscenza diretta: voto ____
- Timore di confronto professionale: voto ____

Tra i medici di assistenza primaria e i medici specialisti:

- Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, le informazioni sanitarie del paziente: voto ____
- La mancata conoscenza diretta: voto ____
- La difficile praticabilità di una comunicazione telefonica diretta all'atto del consulto: voto ____
- Percezione di una reciproca e preliminare scarsa condivisione su scelte diagnostiche e terapeutiche: voto ____

Tra i medici di assistenza primaria ed infermieri territoriali *

- Impossibilità a condividere, con automatismi telematici, alcune indicazioni e set di informazioni sanitarie del paziente: voto ____
- Timore di “condividere”/”rinunciare a” parte del proprio ruolo professionale: voto ____
- Attuale sostanziale separazione delle operatività professionali (infermiere “riferito” al Distretto e non al MMG) : voto ____
- La mancata conoscenza diretta: voto ____

23. In che misura, secondo il tuo parere o la tua esperienza, può accadere che l'implementazione di modalità di lavoro integrato tra le professioni, soprattutto nella fase di avvio, possa comportare qualcuna delle seguenti conseguenze?

Dai un voto da 1 a 10, ove 1 significa che ciascuna eventuale conseguenza non rappresenta nessun rischio e 10 se il rischio è assai elevato

- Può venir meno il livello di fiducia personale che i pazienti hanno verso il proprio medico di famiglia: voto ____

- I medici di famiglia possono perdere il ruolo di figure di riferimento: voto ____
- Si attenua il livello di responsabilità che attiene a ciascuna figura professionale: voto ____
- È presumibile che, aumentando il numero di consultazioni ed interventi di più professionisti, aumenti anche il numero delle prescrizioni ed i costi assistenziali: voto ____

Attitudini e propensioni verso l'integrazione professionale

24. Alcune valutazioni

Dai un voto da 1 a 10 a ciascuna affermazione, ove 1 significa nessuna adesione e 10 il massimo dell'adesione

- Se non si riesce a realizzare un modello completo di integrazione professionale, in considerazione delle crescenti complessità assistenziali, le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti saranno sempre inadeguate: voto ____
- Non sono a conoscenza dell'esistenza di prove scientifiche derivanti da studi empirici o sperimentali che con l'integrazione professionale l'assistenza primaria diventi più efficace: voto ____
- Sono convinto che solo integrando il lavoro delle diverse figure professionali si potranno ridurre le complicate, gli eventi avversi e contenere i costi finali: voto ____
- Dall'integrazione professionale ci si può aspettare solo una riduzione dei tempi necessari a formulare una diagnosi: voto ____
- Per i medici di famiglia vi sono più rischi che benefici dal modello di integrazione professionale: voto ____
- Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologia è tale che solo integrando il lavoro degli MMG con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti: voto ____
- Con modalità di integrazione professionale aumentano le incertezze sulle responsabilità professionali e, quindi, medico-legali: voto ____

- Il modello della “solo practice” non può più reggere e sicuramente non reggerà nel prossimo futuro ed è e sarà indispensabile passare al modello multi professionale: voto ____
- Per l’effettiva realizzazione della multi professionalità, MMG, specialisti e altre figure professionali non possono fare a meno di lavorare in una stessa sede: voto ____
- Lo sviluppo tecnologico dovuto alla multimedialità, al rapido evolversi degli strumenti di comunicazione, alle reti, a internet e all’interattività dei sistemi informativi renderà obsoleta la necessità che, sul territorio, i professionisti sanitari debbano operare nella stessa sede: voto ____

LE TABELLE

Tab.1 : Dati strutturali dei medici e dello studio
Caratteristiche del medico e dello studio

		Numero	%
età	Fino a 45	6.987	14,0
	da 46 a 50	12.604	25,3
	da 51 a 55	19.246	38,6
	da 56 a 60	7.907	15,9
	61 e oltre	3.088	6,2
area	Nord-ovest	12.157	24,4
	Nord-est	9.073	18,2
	Centro	10.947	22,0
	Sud e isole	17.655	35,4
Genere	Uomo	36.430	73,1
	Donna	13.402	26,9
Modalità di esercizio	studio singolo	10.714	21,5
	associazione	4.443	8,9
	rete	13.324	26,7
	gruppo	15.866	31,8
	lavoro solo in CA	3.021	6,1
	altro	2.464	4,9
Numero studi	Un solo studio	30.309	60,8
	In due studi	12.410	24,9
	In tre o più studi	4.092	8,2
	Opera in CA	3.021	6,1
Localizzazione e dello studio principale	In un'area/zona ove è presente un numero sufficiente e adeguato di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali	25.768	51,7
	In un'area/zona ove è presente un numero elevato di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali	11.455	23,0
	In un'area/zona ove è presente un numero insufficiente di strutture sanitarie ospedaliere e/o ambulatoriali	9.588	19,2
	Opera in CA	3.021	6,1
Numero scelte	fino a 800	8.020	16,1
	da 801 a 1200	10.676	21,4
	da 1201 a 1500	12.258	24,6
	oltre 1500	15.856	31,8
	Opera in CA	3.021	6,1
Total		49.832	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

T ab. 2 - Attraverso quali strumenti tu personalmente o il medico specialista comunicate direttamente ai fini di definire la diagnosi e/o il percorso terapeutico dei pazienti? (valore medio in una scala da 1 a 5, ove è quello utilizzato con minor frequenza e 5 è quello utilizzato con maggior frequenza)

Caratteristiche del medico e dello studio	Non comunico direttamente, ma attraverso l'impegnativa e i documenti portati dal paziente	Attraverso il telefono	Attraverso la posta elettronica	Attraverso la consulenza/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita	Attraverso consultazioni faccia a faccia
Classi di età					
Fino a 45	4.13	3.84	2.25	2.81	1.96
da 46 a 50	4.15	3.63		2.74	1.88
da 51 a 55	4.04	3.68	2.36	2.59	2.33
da 56 a 60	4.28	3.67	2.25	2.73	2.07
61 e oltre	4.19	3.52	2.17	2.93	2.18
Genere					
Uomo	4.21	3.62	2.40	2.68	2.09
Donna	3.90	3.84	2.31	2.77	2.16
Area					
Nord-ovest	4.32	3.51	2.64	2.61	1.92
Nord-est	4.31	3.70	2.56	2.49	1.94
Centro	4.34	3.63	2.16	2.72	2.16
Sud e isole	3.77	3.81	2.24	2.87	2.31
studio singolo	4.12	3.71	2.47	2.80	1.69
Modalità di esercizio					
rete	4.11	3.55	2.13	2.77	2.43
gruppo	4.00	3.67	2.57	2.66	2.10
lavoro solo in CA	4.27	3.68	2.25	2.61	2.19
altro	3.90	3.82	2.44	2.50	2.33
Numero studi					
Un solo studio	4.21	3.68	2.10	3.23	1.79
In tre o più studi	4.17	3.58	2.34	2.78	2.14
Opera in CA	3.90	3.82	2.44	2.50	2.30
il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture					
adeguato	4.22	3.73	2.31	2.63	2.11
elevato	4.18	3.59	2.52	2.78	1.93
insufficiente	3.89	3.59	2.36	2.87	2.29
Opera in CA	3.90	3.82	2.44	2.50	2.33
fino a 800	3.98	3.69	2.25	3.10	1.97
da 801 a 1200	4.38	3.57	2.15	2.71	2.19
da 1201 a 1500	4.14	3.69	2.34	2.79	2.03
oltre 1500	4.06	3.71	2.61	2.47	2.15
Numero scelte					
Opera in CA	3.90	3.82	2.44	2.50	2.33
Totale	4.13	3.68	2.38	2.70	2.11

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli IMMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 3 - Stando alla tua esperienza, con quale frequenza ti capita che il paziente:

Caratteristiche del medico e dello studio	non porti con sé alla visita i documenti relativi agli esiti degli accertamenti e/o delle analisi effettuate?				non sappia riferire allo specialista la terapia che tu gli hai prescritto e/o gli esiti degli accertamenti e/o analisi effettuate?			
	Quasi mai	Frequentemente	Quasi sempre	Totale	Quasi mai	Frequentemente	Quasi sempre	Totale
Fino a 45	55,1	39,9	5,0	100,0	37,2	55,6	7,1	100,0
da 46 a 50	65,7	25,3	9,0	100,0	42,5	42,7	14,8	100,0
da 51 a 55	57,1	33,2	9,7	100,0	43,9	42,7	13,4	100,0
da 56 a 60	64,0	32,2	3,8	100,0	47,3	44,2	8,5	100,0
61 e oltre	69,3	24,5	6,2	100,0	51,7	39,9	8,4	100,0
Uomo	62,6	30,5	6,9	100,0	44,5	44,1	11,4	100,0
Donna	56,1	34,1	9,8	100,0	41,3	45,8	12,8	100,0
Nord-ovest	68,1	28,5	3,4	100,0	43,5	43,4	13,2	100,0
Nord-est	52,4	40,0	7,6	100,0	36,0	54,8	9,2	100,0
Centro	63,7	25,3	11,0	100,0	49,7	37,0	13,3	100,0
Sud e isole	58,5	32,9	8,7	100,0	44,0	44,9	11,1	100,0
studio singolo	69,6	23,4	7,1	100,0	45,7	39,5	14,7	100,0
ascolazione	54,5	40,9	4,6	100,0	55,5	33,8	10,8	100,0
rete	64,3	29,5	6,2	100,0	43,0	47,8	9,2	100,0
gruppo	59,0	35,1	5,9	100,0	41,9	50,1	8,0	100,0
Modalità di esercizio	41,7	34,5	23,7	100,0	26,6	39,7	33,8	100,0
lavoro solo in CA	50,8	33,0	16,2	100,0	49,0	39,4	11,5	100,0
altro	61,6	31,8	6,5	100,0	43,6	46,8	9,6	100,0
Un solo studio	61,6	31,6	6,8	100,0	45,8	42,9	11,2	100,0
In due studi	66,8	26,0	7,3	100,0	50,0	36,9	13,0	100,0
in tre o più studi	41,7	34,5	23,7	100,0	26,6	39,7	33,8	100,0
Opera in CA	61,9	32,1	6,0	100,0	44,7	45,4	9,9	100,0
il tuo studio principale	64,9	31,2	3,9	100,0	48,7	45,3	6,0	100,0
si trova in una zona	59,1	29,0	11,9	100,0	40,1	43,2	16,7	100,0
dove il numero di	41,7	34,5	23,7	100,0	26,6	39,7	33,8	100,0
strutture è:	59,1	30,0	10,9	100,0	37,9	47,5	14,7	100,0
Opera in CA	59,1	30,0	10,9	100,0	37,9	47,5	14,7	100,0
fino a 800	59,6	32,6	7,8	100,0	43,9	48,9	7,3	100,0
da 801 a 1200	64,9	29,7	5,4	100,0	44,4	45,3	10,4	100,0
da 1201 a 1500	63,1	32,2	4,8	100,0	49,1	40,6	10,3	100,0
oltre 1500	41,7	34,5	23,7	100,0	26,6	39,7	33,8	100,0
Opera in CA	60,8	31,5	7,7	100,0	43,6	44,6	11,8	100,0
Totale	60,8	31,5	7,7	100,0	43,6	44,6	11,8	100,0

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 4 - Secondo te qual è il livello di efficacia delle seguenti modalità di comunicazione tra MMG e lo specialista? (punteggio medio in una scala da 1 a 10)

Caratteristiche del medico e dello studio	I documenti portati dal paziente	Il telefono	La posta elettronica	La condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita	Le consultazioni faccia a faccia
Classi di età					
Fino a 45	7,0	7,4	6,4	8,2	8,0
da 46 a 50	7,3	7,0	6,4	8,2	7,4
da 51 a 55	6,8	6,8	6,2	7,5	7,3
da 56 a 60	7,3	6,6	5,9	7,5	7,2
61 e oltre	7,2	6,3	5,4	7,3	6,9
Uomo	7,0	6,7	6,2	7,7	7,3
Donna	7,4	7,3	6,0	7,9	7,5
Nord-ovest	7,2	7,1	6,5	7,9	7,3
Centro	7,3	6,6	6,4	8,0	7,4
Sud e isole	6,8	6,9	5,9	7,5	7,6
studio singolo	7,2	7,1	6,4	8,1	7,3
associazione	7,1	6,7	5,8	7,2	6,7
rete	7,4	6,7	6,3	7,7	7,4
gruppo	7,0	7,0	6,2	7,7	7,8
lavoro solo in CA	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
altro	7,0	6,3	5,4	8,0	6,4
Un solo studio	7,3	7,0	6,4	7,8	7,6
In tre o più studi	6,7	6,9	5,8	7,7	7,0
Numero studi	7,0	6,3	6,0	7,7	6,9
Il tuo studio principale	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
si trova in una zona elevata	7,3	7,0	6,2	7,9	7,5
insufficiente	6,8	6,6	6,1	7,4	7,0
dove il numero di strutture è:	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
Opera in CA fino a 800	7,0	7,3	6,5	8,1	7,9
da 801 a 1200	6,9	6,7	6,0	7,8	7,2
da 1201 a 1500	7,3	6,7	5,9	8,0	7,3
oltre 1500	7,3	6,9	6,5	7,5	7,2
Opera in CA	6,1	6,4	5,5	7,6	7,7
Totale	7,1	6,9	6,2	7,8	7,4

Fonte: FIMMG. Indagine sull'integrazione professionale degli MMG. Centro Studi, 2014.

Tab. 5 - Quanto tempo ti comporta (o pensi che ti comporterebbe) l'uso delle seguenti modalità di comunicazione con i colleghi specialisti?:

Caratteristiche del medico e dello studio	la visione dei documenti portati dal paziente		il telefono		la posta elettronica		la condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita		la consultazione in teleconferenza		la consultazione faccia a faccia		Totale							
	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto								
Classi di età	Fino a 45	34,6	48,4	16,9	45,1	38,9	16,0	49,9	40,1	9,9	85,1	30,0	5,0	18,2	40,8	41,0	11,2	27,1	61,7	100,0
	da 46 a 50	30,3	52,8	16,9	43,7	38,6	17,8	45,7	45,7	8,6	52,4	42,0	5,6	27,8	47,6	24,6	17,1	34,7	48,2	100,0
	da 51 a 55	37,9	49,1	13,0	36,0	46,9	17,1	51,3	37,6	11,1	46,5	44,1	9,5	26,1	39,5	34,4	15,8	36,3	47,9	100,0
	da 56 a 60	41,8	48,4	9,7	32,3	48,2	19,6	46,2	44,1	9,7	39,7	44,6	15,7	14,6	46,3	39,2	16,5	43,1	40,3	100,0
	61 e oltre	40,4	49,0	11,5	38,6	45,5	15,8	52,4	39,7	7,8	38,3	46,7	15,0	12,1	45,2	34,3	16,4	39,9	43,6	100,0
Genere	Uomo	36,3	50,4	13,3	39,6	43,0	17,3	49,8	40,0	10,2	51,6	39,5	8,9	22,1	43,7	34,2	16,7	34,9	48,4	100,0
	Donna	36,3	48,1	15,6	36,4	45,8	17,8	46,6	44,4	9,0	41,8	48,2	10,0	26,6	41,6	31,8	12,8	39,1	48,1	100,0
Area	Nord-ovest	31,1	59,1	10,8	27,0	52,1	20,9	33,5	51,7	14,7	48,4	40,8	10,8	18,8	42,8	38,4	9,1	36,7	54,2	100,0
	Nord-est	31,6	41,1	27,3	31,0	40,3	28,6	38,2	44,4	17,5	55,6	29,6	14,7	12,3	46,4	33,3	13,4	37,8	46,8	100,0
	Centro	34,9	50,5	8,6	41,6	43,2	15,2	53,7	43,0	3,3	42,8	50,5	6,9	27,3	40,7	31,1	17,3	31,5	51,2	100,0
	Sud e isole	43,3	44,2	12,5	49,2	40,2	10,6	62,5	30,9	5,6	49,9	43,2	6,9	12,3	44,7	32,0	20,5	37,5	42,0	100,0
	studio singolo	37,0	47,7	15,3	50,8	41,4	7,8	47,1	47,1	5,8	48,7	43,7	7,6	34,7	34,3	31,1	19,0	29,3	51,8	100,0
Modalità di esercizio	associazione	31,6	50,0	18,4	39,6	45,9	14,4	60,0	29,4	10,6	48,3	50,9	5,8	26,5	40,6	33,0	19,1	37,6	43,3	100,0
	rete	35,2	53,3	13,6	31,6	48,4	20,0	48,0	43,0	9,0	40,9	43,3	9,9	120,9	45,8	33,3	13,6	40,4	46,0	100,0
Modalità di esercizio	gruppo	37,5	53,1	9,4	32,3	43,0	24,8	49,2	37,6	13,2	54,3	35,2	10,5	17,5	41,8	40,7	14,6	32,8	52,6	100,0
	lavoro solo in CA	41,5	39,1	19,4	34,2	54,1	11,7	48,5	39,9	11,7	56,4	29,3	14,3	13,1	61,7	20,2	13,7	44,8	41,5	100,0
Numero studi	altro	33,6	41,7	24,7	17,1	18,0	10,3	42,5	49,9	7,7	69,3	35,6	4,1	23,5	58,0	18,5	17,0	49,4	33,6	100,0
	Un solo studio	37,1	49,9	14,0	40,2	44,3	15,6	51,4	40,2	8,4	49,7	41,0	9,3	24,8	42,9	32,4	16,4	35,7	47,9	100,0
	In due studi	32,5	53,2	14,2	37,4	38,4	24,2	43,6	43,2	13,1	45,0	46,6	8,4	16,1	43,1	40,8	13,3	34,0	52,7	100,0
	In tre o più studi	38,0	53,9	8,1	36,0	48,6	15,3	47,0	43,1	9,9	50,6	42,6	6,9	35,7	33,1	31,2	18,6	38,2	43,2	100,0
	Opera in CA	41,5	39,1	19,4	34,2	54,1	11,7	48,5	39,9	11,7	56,4	29,3	14,3	13,1	61,7	20,2	13,7	44,8	41,5	100,0
Numero scelte	Il tuo studio principale si è adeguato	36,4	51,8	11,9	37,4	45,8	16,8	46,5	43,3	10,2	47,9	41,4	10,8	21,3	42,6	36,0	14,9	31,7	53,4	100,0
	insufficiente	30,5	50,6	19,0	35,7	37,9	26,4	46,0	40,0	14,0	52,1	40,4	7,5	21,6	40,4	38,0	10,8	42,6	46,6	100,0
	trova in una zona dove il numero di strutture è:	41,6	46,7	11,6	47,5	42,3	10,3	59,0	37,3	3,7	46,1	48,4	5,5	32,1	42,3	25,6	24,5	36,9	39,7	100,0
	Opera in CA	41,5	39,1	19,4	34,2	54,1	11,7	48,5	39,9	11,7	56,4	29,3	14,3	13,1	61,7	20,2	13,7	44,8	41,5	100,0
	fino a 800	40,1	43,1	16,8	49,5	38,4	12,1	45,0	44,8	10,2	49,1	46,5	4,3	32,6	32,0	35,3	17,0	27,7	55,3	100,0
Numero scelte	da 801 a 1200	42,3	51,2	6,5	33,6	51,4	15,0	55,3	35,7	8,9	42,5	46,8	10,8	24,6	41,0	34,4	23,5	38,5	39,0	100,0
	da 1201 a 1500	32,9	52,7	14,3	41,0	35,5	23,5	46,7	41,9	5,6	16,7	47,9	5,6	16,7	47,9	35,4	11,1	34,1	54,7	100,0
	oltre 1500	32,0	51,9	16,2	36,0	45,8	18,2	48,4	42,7	6,8	49,2	38,2	12,6	23,8	42,9	33,2	13,6	38,1	48,3	100,0
Totale	Opera in CA	41,5	39,1	19,4	34,2	54,1	11,7	48,5	39,9	11,7	56,4	29,3	14,3	13,1	61,7	20,2	13,7	44,8	41,5	100,0
Totale		36,3	49,8	13,9	38,8	43,8	17,4	49,0	41,2	9,9	49,0	41,8	9,2	23,2	43,2	33,6	15,7	36,0	48,3	100,0

Tab. 6 - Confronto tra la frequenza di utilizzo e la valutazione di efficacia e la stima del tempo occorrente (molto) degli strumenti di comunicazione (punteggio medio, scala 1-5)					
Indicatori	I documenti portati dal paziente	Il telefono	La posta elettronica	La condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita	Le consultazioni faccia a faccia
Valutazione di efficacia	3,5	3,4	3,1	3,9	3,7
Frequenza di utilizzo	4,1	3,7	2,4	2,7	2,1
L'utilizzo richiede molto tempo (%)	0,7	0,9	0,5	0,5	2,4

Tab. 7 - Facendo pari a 100 la percentuale dei casi in cui tu e lo specialista comunicate direttamente, qual è all'incirca la percentuale dei casi in cui la comunicazione:

Caratteristiche del medico e dello studio	Parte da una tua iniziativa	Parte da una tua iniziativa, ma viene suggerita e/o richiesta dal paziente	Parte dall'iniziativa dello specialista	Totale
Fino a 45	69,2	18,9	11,9	100,0
da 46 a 50	69,3	20,1	10,6	100,0
da 51 a 55	69,3	19,7	11,0	100,0
da 56 a 60	70,1	18,0	11,9	100,0
61 e oltre	66,4	19,7	13,9	100,0
Uomo	68,3	20,2	11,5	100,0
Donna	71,6	17,2	11,1	100,0
Nord-ovest	68,2	19,3	12,5	100,0
Nord-est	66,9	18,6	14,5	100,0
Centro	65,7	22,2	12,2	100,0
Sud e isole	73,3	18,2	8,9	100,0
studio singolo	67,4	21,4	11,2	100,0
associazione	72,6	16,9	10,4	100,0
rete	70,8	17,4	11,8	100,0
gruppo	67,7	21,0	11,3	100,0
lavoro solo in CA	77,3	16,1	6,5	100,0
altro	62,7	19,3	18,0	100,0
Un solo studio	68,6	20,2	11,3	100,0
In due studi	71,6	16,3	12,2	100,0
In tre o più studi	61,0	25,7	13,3	100,0
Opera in CA adeguato	77,3	16,1	6,5	100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	67,7	20,6	11,7	100,0
elevato	68,9	19,1	12,1	100,0
insufficiente	71,2	17,6	11,1	100,0
Opera in CA	77,3	16,1	6,5	100,0
fino a 800	67,6	21,3	11,1	100,0
da 801 a 1200	68,0	21,9	10,1	100,0
da 1201 a 1500	68,2	18,6	13,2	100,0
oltre 1500	70,1	18,0	11,9	100,0
Opera in CA	77,3	16,1	6,5	100,0
Totale	69,2	19,4	11,4	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 8 - In base al tuo modus operandi, in quali circostanze avvii un processo di consultazione? (ordine di preferenza, punteggio medio scala 1-3)

Caratteristiche del medico e dello studio		Ogni qual volta hai un dubbio effettivo sulla diagnosi e/o il percorso terapeutico	Ogni qual volta vuoi avere conforto o maggiore certezza sulla diagnosi e/o la terapia, che hai però già individuato in base alla tua conoscenza del paziente e/o ai dati clinici che hai osservato	Quasi solo quando ti trovi di fronte ad un paziente che ha una malattia o un quadro nosologico grave, mentre per gli altri casi sei solito attendere per verificare i primi esiti della diagnosi e/o terapia da te decisa
Classi di età	Fino a 45	2,1	1,8	2,1
	da 46 a 50	2,2	1,9	2,0
	da 51 a 55	2,1	1,9	2,1
	da 56 a 60	2,3	1,8	1,9
	61 e oltre	2,2	1,8	2,0
Genere	Uomo	2,1	1,8	2,0
	Donna	2,2	1,9	2,0
Area	Nord-ovest	2,1	1,8	2,1
	Nord-est	2,2	1,8	2,0
	Centro	2,0	1,8	2,2
	Sud e isole	2,2	1,9	1,9
Modalità di esercizio	studio singolo	2,2	1,9	1,9
	associazione	2,3	1,7	2,0
	rete	2,1	1,9	2,0
	gruppo	2,1	1,8	2,1
	lavoro solo in CA	2,4	1,7	1,8
	altro	2,1	1,5	2,4
Numero studi	Un solo studio	2,1	1,8	2,1
	In due studi	2,2	1,9	1,9
	In tre o più studi	2,3	1,8	1,9
	Opera in CA	2,4	1,7	1,8
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	adeguato	2,1	1,8	2,1
	elevato	2,1	1,8	2,1
	insufficiente	2,2	1,9	1,9
	Opera in CA	2,4	1,7	1,8
Numero scelte	fino a 800	2,2	1,9	1,9
	da 801 a 1200	2,1	1,8	2,2
	da 1201 a 1500	2,1	1,8	2,1
	oltre 1500	2,2	1,9	2,0
	Opera in CA	2,4	1,7	1,8
Totale		2,1	1,8	2,0

Fonte: FIMMG, indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 9 - In base alla tua esperienza, quali sono stati gli esiti che più frequentemente si sono verificati a seguito del processo di consultazione?:

Caratteristiche del medico e dello studio	Diagnosi e terapia decise tra me e lo specialista hanno recato un maggior beneficio al paziente	Il processo di consultazione ha solo fornito maggiore sicurezza rispetto a decisioni autonome	La valutazione specialistica ha solo comportato maggior tranquillità per il paziente	A prescindere dall'esito, una consultazione per me era comunque necessaria
Classi di età				
Fino a 45	81,5	65,9	21,9	30,7
da 46 a 50	83,2	53,8	26,1	36,9
da 51 a 55	85,9	47,6	24,3	42,2
da 56 a 60	83,3	44,3	30,3	42,0
61 e oltre	75,2	53,0	35,2	36,5
Genere				
Uomo	82,4	49,6	28,2	39,7
Donna	86,6	56,7	20,2	36,5
Area				
Nord-ovest	80,0	55,9	30,9	33,3
Nord-est	88,5	45,8	19,5	46,1
Centro	83,3	54,2	23,0	39,6
Sud e isole	83,6	49,8	28,1	38,5
Modalità di esercizio				
studio singolo	81,1	56,0	30,5	32,4
rete	93,6	49,8	31,1	25,4
gruppo	82,6	47,5	24,9	44,0
lavoro solo in CA	82,6	45,9	26,8	44,7
altro	76,9	60,3	16,9	46,0
Numero studi				
Un solo studio	90,2	82,3	10,4	17,1
In due studi	86,5	51,5	25,5	36,6
In tre o più studi	78,4	48,8	30,6	42,2
Il tuo studio principale				
adeguato	82,2	53,8	23,6	40,3
Operai in CA	76,9	60,3	16,9	46,0
si trova in una zona elevata	83,0	53,6	25,8	37,6
dove il numero di strutture è:				
insufficiente	88,6	48,6	22,5	40,3
Operai in CA	81,0	46,8	34,0	38,2
fino a 800	76,9	60,3	16,9	46,0
da 801 a 1200	78,4	59,5	31,4	30,8
da 1201 a 1500	83,8	49,5	25,3	41,4
oltre 1500	87,0	51,6	22,7	38,7
Operai in CA	84,6	47,2	28,3	39,9
Totale	76,9	60,3	16,9	46,0
	83,5	51,5	26,1	38,9

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 10 - Quanto spesso ti ritrovi a cambiare (o adattare/modulare) le indicazioni dello specialista per il singolo paziente?

Caratteristiche del medico e dello studio		Quasi mai	A volte	Quasi sempre	Spesso	Totale
Classi di età	Fino a 45	17,1	65,0	3,1	14,8	100,0
	da 46 a 50	11,3	60,0	0,0	28,6	100,0
	da 51 a 55	4,9	66,6	1,8	26,7	100,0
	da 56 a 60	6,2	61,6	1,0	31,2	100,0
	61 e oltre	5,6	64,6	1,5	28,2	100,0
Genere	Uomo	5,6	62,5	1,2	30,7	100,0
	Donna	16,3	67,5	1,8	14,4	100,0
Area	Nord-ovest	5,3	66,0	0,2	28,5	100,0
	Nord-est	8,3	71,6	2,6	17,5	100,0
	Centro	12,9	52,3	0,8	34,0	100,0
	Sud e isole	8,0	65,4	2,0	24,6	100,0
	studio singolo	10,5	65,1	0,0	24,4	100,0
Modalità di esercizio	associazione	8,7	68,4	0,0	22,8	100,0
	rete	4,3	65,9	1,4	28,4	100,0
	gruppo	4,1	65,4	0,5	30,0	100,0
	lavoro solo in CA	32,1	40,8	8,6	18,5	100,0
	altro	20,7	56,8	6,7	15,8	100,0
Numero studi	Un solo studio	5,9	67,1	1,3	25,7	100,0
	In due studi	7,2	65,3	0,3	27,2	100,0
	In tre o più studi	13,8	51,9	0,4	34,0	100,0
	Opera in CA	32,1	40,8	8,6	18,5	100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	adeguato	7,3	65,4	0,2	27,1	100,0
	elevato	7,6	64,9	0,5	26,9	100,0
	insufficiente	5,1	65,6	3,5	25,8	100,0
	Opera in CA	32,1	40,8	8,6	18,5	100,0
Numero scelte	fino a 800	9,1	70,4	2,1	18,3	100,0
	da 801 a 1200	9,2	63,6	0,1	27,2	100,0
	da 1201 a 1500	6,4	66,7	0,3	26,6	100,0
	oltre 1500	4,7	62,8	1,4	31,0	100,0
	Opera in CA	32,1	40,8	8,6	18,5	100,0
	Totale	8,5	63,8	1,4	26,3	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab.11 - Quali tra le seguenti modalità di consultazione dovrebbero secondo te essere maggiormente auspicabili, per efficacia, praticabilità ed ottimizzazione dei tempi e delle risorse? (punteggio medio, scala 1-10)

Caratteristiche del medico e dello studio	Accesso per via telematica ad una parte specifica della cartella ambulatoriale	Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista, portate dal paziente	Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista via e-mail	Consulto telefonico	Consulto in teleconferenza	Consulto faccia a faccia*
Classi di età						
Fino a 45	8,8	6,9	6,5	7,1	5,4	5,7
da 46 a 50	8,0	6,9	7,2	6,8	5,4	5,7
da 51 a 55	8,0	6,9	6,7	7,0	4,6	6,0
da 56 a 60	7,6	7,2	6,6	6,5	4,2	6,2
61 e oltre	7,4	6,9	6,4	6,5	4,0	5,9
Uomo	8,1	6,9	6,7	6,7	4,7	5,9
Donna	7,8	7,2	6,9	7,2	5,0	5,8
Nord-ovest	8,1	7,1	6,9	6,8	4,7	5,8
Nord-est	8,0	6,7	6,3	6,7	4,1	5,0
Centro	8,1	7,3	7,0	6,6	5,1	6,2
Sud-Est	7,9	6,7	6,8	7,2	5,1	6,3
Solo studio	7,8	7,0	6,8	6,7	5,4	5,7
rete	7,4	6,8	6,3	6,6	4,0	6,1
associazione	7,9	6,9	7,0	6,7	4,9	6,0
gruppo	8,3	6,9	6,6	6,9	4,3	5,7
lavoro solo in CA	8,4	6,8	7,5	7,1	5,1	6,8
altro	7,9	7,7	6,6	8,1	6,2	6,5
Modalità di esercizio						
Un solo studio	8,2	7,0	6,9	6,9	4,9	6,0
In due studi	7,7	6,8	6,3	6,7	4,3	5,3
In tre o più studi	7,5	7,3	7,0	6,7	5,2	6,4
Opera in CA	8,4	6,8	7,5	7,1	5,1	6,8
Il tuo studio principale adeguato	8,0	7,0	6,6	6,9	4,6	6,1
elevato	8,1	6,9	6,7	6,9	4,6	5,2
insufficiente	7,7	6,8	6,9	6,7	5,5	6,1
dove il numero di strutture è:	8,4	6,8	7,5	7,1	5,1	6,8
Opera in CA	8,4	7,1	7,4	7,2	5,4	5,9
fino a 800						
da 801 a 1200	8,0	7,0	6,7	7,0	5,2	6,2
da 1201 a 1500	7,8	7,0	6,7	6,6	4,6	5,8
oltre 1500	7,9	6,8	6,5	6,9	4,4	5,5
Opera in CA	8,4	6,8	7,5	7,1	5,1	6,8
Totale	8,0	7,0	6,8	6,9	4,8	5,9

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 12 - Quali sono gli elementi essenziali che caratterizzerebbero un'attività ed efficace integrazione professionale tra medici di medicina generale e specialisti? (punteggio medio, scala 1-10)

Caratteristiche del medico e dello studio	Poter scambiarsi documenti, dati e informazioni	Condividere parte della cartella clinica per via telematica con sistemi del tutto automatizzati	Lavorare nello stesso luogo o in un luogo immediatamente limitrofo	Visitare insieme il paziente, soprattutto i pazienti cronici e/o gravi	Fare riunioni periodiche tra medici generali e specialisti	Frequentare corsi congiunti di formazione	Predefinire (attraverso iniziative di consensus tra le professioni) gli ambiti e gli aspetti che dovrebbero essere di rispettiva gestione
Classi di età							
Fino a 45	7,7	8,9	5,7	6,3	7,0	7,2	7,2
da 46 a 50	7,2	8,1	6,2	6,1	7,0	6,9	7,1
da 51 a 55	6,9	7,9	6,2	6,4	6,8	7,1	7,2
da 56 a 60	6,6	7,6	6,2	6,3	6,6	6,9	7,0
61 e oltre	6,8	7,5	6,3	6,4	6,4	6,4	6,8
Genere							
Uomo	7,0	8,0	6,3	6,3	6,7	6,9	7,1
Donna	7,1	8,1	5,6	6,3	7,2	7,2	7,3
Nord-ovest	7,0	8,2	5,9	6,3	6,8	7,0	7,2
Nord-est	7,0	7,7	5,4	5,4	6,5	7,3	7,0
Centro	7,2	8,1	6,3	6,3	6,8	6,5	6,8
Sud e isole	6,9	8,0	6,6	6,7	7,0	7,1	7,3
studio singolo	7,2	8,0	6,3	6,5	7,0	7,1	7,2
associazioni	7,0	7,5	6,4	6,2	7,1	7,0	7,1
rete	7,1	7,9	6,0	6,1	6,8	7,2	7,2
gruppo	6,8	8,1	6,2	6,3	6,8	6,8	6,9
lavoro solo in	7,4	8,7	6,4	7,0	6,8	6,5	7,9
altro	7,0	8,7	5,7	6,0	7,7	6,6	7,1
Un solo studio	7,0	8,1	6,3	6,4	7,0	7,1	7,2
In due studi	7,0	7,7	5,8	5,9	6,5	6,9	6,7
In tre o più studi	6,8	8,0	5,6	6,0	6,9	6,5	7,4
Opera in CA adeguato	7,1	8,7	6,4	7,0	6,8	6,5	7,9
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:							
elevato	6,9	8,1	5,6	5,6	6,1	6,7	6,8
insufficiente	7,0	7,9	6,0	6,5	7,2	7,2	7,2
Opera in CA	7,4	8,7	6,4	7,0	6,8	6,5	7,9
fino a 800	7,5	8,5	6,4	7,1	7,3	7,3	7,3
da 801 a 120	7,2	8,0	6,4	6,4	7,0	7,4	7,6
da 1201 a 1500	6,8	7,6	6,3	6,0	6,7	6,9	7,0
oltre 1500	6,8	8,0	5,7	5,9	6,5	6,7	6,8
Opera in CA	7,4	8,7	6,4	7,0	6,8	6,5	7,9
Totale	7,0	8,0	6,2	6,3	6,8	7,0	7,1

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 13 - Pensi che avere la possibilità di lavorare fisicamente a fianco di altri medici, degli specialisti e di altre figure professionali favorirebbe la tua crescita professionale?

Caratteristiche del medico e dello studio		Molto	Abbastanza	Poco	Per niente	Totale
Classi di età	Fino a 45	40,9	38,3	18,5	2,2	100,0
	da 46 a 50	39,4	45,7	12,0	2,9	100,0
	da 51 a 55	29,6	56,5	11,4	2,5	100,0
	da 56 a 60	33,1	51,5	13,3	2,2	100,0
	61 e oltre	29,1	54,1	15,5	1,3	100,0
Genere	Uomo	31,3	50,8	14,9	3,0	100,0
	Donna	42,1	48,9	8,1	1,0	100,0
Area	Nord-ovest	38,7	47,5	13,0	0,9	100,0
	Nord-est	35,5	52,3	10,2	2,1	100,0
	Centro	35,7	49,2	12,4	2,7	100,0
	Sud e isole	29,6	51,8	15,1	3,6	100,0
Modalità di esercizio	studio singolo	23,2	61,1	13,0	2,8	100,0
	associazione	44,7	46,7	8,5	0,0	100,0
	rete	26,5	52,9	17,6	3,1	100,0
	gruppo	40,1	49,9	9,4	0,6	100,0
	lavoro solo in CA	49,7	37,6	7,3	5,4	100,0
	altro	48,5	13,6	27,8	10,1	100,0
Numero studi	Un solo studio	35,5	49,0	14,3	1,3	100,0
	In due studi	28,5	55,2	12,9	3,4	100,0
	In tre o più studi	30,6	54,2	9,1	6,1	100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	Opera in CA	49,7	37,6	7,3	5,4	100,0
	adeguato	35,2	50,3	11,9	2,7	100,0
	elevato	34,8	43,6	20,0	1,7	100,0
	insufficiente	26,1	62,3	9,8	1,8	100,0
Numero scelte	Opera in CA	49,7	37,6	7,3	5,4	100,0
	fino a 800	43,3	42,0	14,7	0,0	100,0
	da 801 a 1200	27,0	54,1	17,1	1,8	100,0
	da 1201 a 1500	34,2	51,8	10,0	4,0	100,0
	oltre 1500	31,5	53,1	13,0	2,3	100,0
	Opera in CA	49,7	37,6	7,3	5,4	100,0
Totale		34,2	50,3	13,1	2,4	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 14 - Pensi che lavorare a fianco di altri medici, degli specialisti e di altre figure professionali comporterebbe:

Caratteristiche del medico e dello studio	In ogni caso, comunque e sempre un reale beneficio ai pazienti					un rischio di confusione tra i ruoli e le responsabilità dei singoli se non vi fosse una forte organizzazione del lavoro multiprofessionale					Totale
	Molto	Abbastanza	Poco	Per niente		Molto	Abbastanza	Poco	Per niente		
Fino a 45	34,1	42,6	21,1	2,2		22,4	24,0	41,1	12,4		100,0
da 46 a 50	36,5	52,8	8,9	1,8		17,5	19,6	43,9	19,0		100,0
da 51 a 55	23,5	59,2	15,2	2,0		20,9	29,8	34,1	15,1		100,0
da 56 a 60	31,2	56,6	10,4	1,8		18,5	28,1	39,9	13,5		100,0
61 e oltre	26,4	55,5	17,0	1,0		17,8	28,7	41,0	12,5		100,0
Genere											
Uomo	27,8	54,7	15,1	2,3		21,7	27,8	38,0	12,5		100,0
Donna	34,7	54,4	10,2	0,7		14,3	21,4	41,3	23,0		100,0
Area											
Nord-est	25,6	60,6	13,5	0,3		20,6	25,7	43,3	10,4		100,0
Nord-est	28,0	57,5	12,3	2,2		20,3	27,9	30,9	20,9		100,0
Centro	34,5	51,0	13,6	0,9		16,4	25,2	41,5	16,9		100,0
Sud e isole	30,4	51,3	15,0	3,4		20,8	25,0	38,4	14,8		100,0
Modalità di esercizio											
studio singolo	23,0	58,8	16,0	2,2		13,9	29,5	43,9	12,7		100,0
associazione	34,5	52,2	13,3	0,0		12,6	34,1	30,2	23,2		100,0
rete	20,2	61,4	14,3	4,0		28,4	25,8	37,6	8,1		100,0
gruppo	34,7	53,8	11,4	0,0		17,2	26,3	40,7	15,9		100,0
lavoro solo in CA	34,0	49,6	11,1	5,4		19,9	16,1	39,3	24,6		100,0
altro	63,4	15,2	21,4	0,0		26,5	9,4	28,2	35,9		100,0
Numero studi											
Un solo studio	28,5	56,6	13,9	1,0		22,5	24,7	39,9	12,9		100,0
In due studi	31,2	50,0	14,9	3,9		16,2	29,8	35,2	18,8		100,0
In tre o più studi	30,4	57,7	11,9	0,0		9,5	32,3	42,9	15,3		100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:											
adeguato	34,0	49,6	11,1	5,4		19,9	16,1	39,3	24,6		100,0
elevato	29,9	55,8	12,2	2,1		18,3	26,3	38,4	17,0		100,0
insufficiente	31,8	48,1	19,7	0,3		23,5	24,6	41,7	10,2		100,0
numero di strutture è:											
Opera in CA	25,3	60,8	11,8	2,1		18,7	30,4	36,9	14,0		100,0
Opera in CA	34,0	49,6	11,1	5,4		19,9	16,1	39,3	24,6		100,0
fino a 800	34,3	50,0	14,2	1,6		19,4	29,0	39,9	11,8		100,0
da 801 a 1200	21,4	62,0	14,4	2,2		16,9	21,1	38,7	13,3		100,0
da 1201 a 1500	30,8	56,1	11,7	1,4		17,7	28,6	40,2	13,5		100,0
oltre 1500	31,2	51,8	15,4	1,6		16,5	27,9	37,5	18,0		100,0
Opera in CA	34,0	49,6	11,1	5,4		19,9	16,1	39,3	24,6		100,0
Totale	29,7	54,6	13,8	1,9		19,7	26,1	38,9	15,3		100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG. Centro Studi, 2014.

Tab. 15 - Ritieni che il modo in cui tu oggi lavori sia riconducibile ad una modalità operativa centrata sull'integrazione professionale?

Caratteristiche del medico e dello studio		Certamente no	Solo per alcuni aspetti	Certamente sì	Totale
Classi di età	Fino a 45	36,3	55,0	8,7	100,0
	da 46 a 50	23,4	60,4	16,2	100,0
	da 51 a 55	23,9	63,5	12,7	100,0
	da 56 a 60	25,5	60,9	13,6	100,0
	61 e oltre	26,2	61,1	12,8	100,0
Genere	Uomo	24,2	63,8	12,0	100,0
	Donna	30,5	53,1	16,4	100,0
Area	Nord-ovest	25,5	62,3	12,2	100,0
	Nord-est	22,7	64,4	12,9	100,0
	Centro	25,9	58,6	15,5	100,0
	Sud e isole	27,8	59,7	12,5	100,0
	studio singolo	34,9	53,9	11,2	100,0
Modalità di esercizio	associazione	27,8	58,2	13,9	100,0
	rete	24,1	67,0	9,0	100,0
	gruppo	17,3	65,6	17,1	100,0
	lavoro solo in CA	45,7	48,6	5,7	100,0
	altro	23,8	49,5	26,7	100,0
Numero studi	Un solo studio	24,3	62,2	13,5	100,0
	In due studi	26,0	58,0	16,1	100,0
	In tre o più studi	22,8	69,7	7,6	100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	Opera in CA	45,7	48,6	5,7	100,0
	adeguato	24,1	64,4	11,5	100,0
	elevato	23,9	59,6	16,5	100,0
Numero scelte	insufficiente	26,8	57,1	16,1	100,0
	Opera in CA	45,7	48,6	5,7	100,0
	fino a 800	30,3	57,6	12,1	100,0
	da 801 a 1200	26,1	63,4	10,5	100,0
	da 1201 a 1500	25,3	63,3	11,5	100,0
	oltre 1500	20,2	61,6	18,2	100,0
	Opera in CA	45,7	48,6	5,7	100,0
Totale		25,9	61,0	13,2	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 16 - Quanto ti aspetti che si concretizzino i risultati effettivi e più efficaci relativamente agli esiti assistenziali, da un lavoro veramente "integrato" con ciascuna delle seguenti figure professionali? (punteggio medio, scala 1-10)

Caratteristiche del medico e dello studio	Con i medici di assistenza primaria	Con i medici di continuità assistenziale	Con i medici specialisti	Con gli infermieri territoriali	Con i fisioterapisti	Con gli assistenti sociali	Con altre figure
Fino a 45	8,2	7,1	7,8	7,6	6,5	6,4	5,4
da 46 a 50	7,9	7,1	8,1	7,7	6,8	6,7	5,4
da 51 a 55	7,7	6,6	7,4	7,3	6,4	6,0	5,1
da 56 a 60	7,4	6,5	7,5	7,1	6,1	5,6	4,6
da 61 e oltre	7,3	6,2	7,2	6,9	5,9	5,3	4,4
Uomo	7,6	6,6	7,5	7,3	6,3	6,0	5,2
Donna	8,1	7,1	7,9	7,6	6,9	6,5	4,9
North-west	7,6	6,6	7,3	7,3	6,2	5,6	4,8
Centro	7,8	6,9	7,7	8,0	6,6	6,7	5,2
Sud e isole	7,7	6,9	7,6	7,1	6,4	6,2	5,2
studio singolo	7,6	6,5	7,6	7,2	6,5	6,0	4,9
rete	7,4	6,6	7,7	7,4	6,5	6,0	4,6
associazione	7,5	6,3	7,5	7,2	6,3	5,9	4,9
gruppo	8,0	6,9	7,6	7,6	6,5	6,2	5,1
lavoro solo in CA	8,8	8,6	8,0	7,7	6,7	6,9	6,5
altro	7,8	6,8	8,1	7,1	6,3	7,2	6,1
Un solo studio	7,7	6,7	7,6	7,4	6,4	6,0	5,0
In due studi	7,7	6,4	7,5	7,3	6,4	6,1	4,7
In tre o più studi	7,2	6,4	7,7	7,2	6,8	6,6	6,0
Opera in CA	8,8	8,6	8,0	7,7	6,7	6,9	6,5
il tuo studio principale adeguato	7,9	6,7	7,6	7,5	6,4	6,1	5,1
elevato	7,6	6,6	7,7	7,3	6,5	6,1	4,7
insufficiente	7,3	6,4	7,5	7,1	6,7	6,0	5,0
dove il numero di strutture è:	8,8	8,6	8,0	7,7	6,7	6,9	6,5
Opera in CA	7,8	6,7	7,5	7,7	6,3	6,3	4,8
fino a 800	7,9	6,8	7,8	7,6	7,0	6,4	5,7
da 801 a 1200	7,5	6,7	7,7	7,2	7,0	6,1	5,0
da 1201 a 1500	7,8	6,4	7,4	7,1	6,0	5,8	4,7
oltre 1500	8,8	8,6	8,0	7,7	6,7	6,9	6,5
Opera in CA	7,8	6,7	7,6	7,4	6,5	6,1	5,1
Totale	7,8	6,7	7,6	7,4	6,5	6,1	5,1

Fonte: FIMMG. Indagine sull'integrazione professionale degli MMG. Centro Studi, 2014.

Tab. 17 - Quali sono i principali ostacoli che oggi esistono per implementare a pieno l'integrazione professionale? (punteggio medio, scala 1-10)

Caratteristiche del medico e dello studio	Tra i medici di assistenza primaria:				Tra i medici di assistenza primaria e i medici di continuità assistenziale:				Tra i medici di assistenza primaria ed infermieri territoriali:			
	Timore di confronto professionale	Rischio di perdere il paziente	Difficoltà a trovare sedi per costare forme aggregative	Precauzione di una scarsa compatibilità lavorativa	Impossibilità a condividere, con automatismi, informazioni sanitarie del paziente	La carenza di informazioni e di informazioni di feedback sui reciproci interventi	La mancata conoscenza diretta	Timore di confronto professionale	Impossibilità a condividere, con automatismi, alcune indicazioni e set di informazioni sanitarie del paziente	Timore di "condividere" informazioni e set di informazioni professionali	Attuale sostanziale separazione della propria attività professionale	La mancata conoscenza diretta
Fino a 45	5,6	6,4	7,3	7,3	8,0	8,3	6,8	4,7	7,1	5,1	6,9	6,2
da 46 a 50	4,3	4,5	7,3	5,9	7,8	7,8	6,0	3,5	6,1	4,0	5,4	4,8
da 51 a 55	5,0	5,1	7,5	6,5	7,6	7,7	6,8	4,2	7,2	4,4	6,8	6,2
da 56 a 60	4,4	4,6	7,4	5,8	7,4	7,6	6,6	3,3	6,3	3,9	6,7	5,5
51 e oltre	4,3	4,2	7,0	5,6	7,0	7,2	6,5	3,4	6,4	3,9	6,3	5,6
Uomo	4,8	4,9	7,4	6,2	7,6	7,7	6,7	3,8	6,8	4,3	6,4	5,9
Donna	4,7	5,1	7,3	6,5	7,7	8,0	6,1	4,2	6,6	4,2	6,5	5,2
Nord-ovest	5,2	5,0	7,7	6,4	7,5	7,7	6,7	4,0	7,0	4,3	6,2	5,7
Centro	4,7	4,4	7,2	6,2	7,2	7,3	6,5	3,7	6,3	4,4	6,1	5,3
Sud	4,2	4,6	7,5	6,0	7,7	8,0	6,4	3,5	6,7	4,0	6,6	5,5
Sud e isole	4,9	5,5	7,2	6,5	7,9	7,9	6,6	4,3	6,8	4,4	6,6	6,0
studio singolo	4,7	4,9	7,7	6,4	8,0	8,0	6,5	3,9	7,1	4,3	6,3	5,5
rete	4,5	5,1	7,1	6,9	7,1	7,3	6,0	4,0	6,5	3,5	5,9	5,1
associazione	4,5	4,6	7,9	6,5	7,6	7,9	6,6	3,6	7,0	4,1	6,0	5,8
gruppo	4,6	4,9	7,2	5,8	7,5	7,7	6,6	3,6	6,9	4,3	6,9	6,1
lavoro solo in CA	6,5	7,6	6,5	7,4	8,2	8,1	6,7	6,5	6,4	6,0	7,3	5,3
altro	5,5	4,7	5,6	6,0	7,2	6,9	7,1	4,7	5,3	4,6	6,1	5,4
Un solo studio	4,7	4,7	7,7	6,2	7,7	7,9	6,8	3,8	6,9	4,2	6,3	5,9
In due studi	4,4	4,9	7,0	6,2	7,3	7,4	6,0	3,6	6,5	4,2	6,3	5,2
In tre o più studi	5,4	5,4	6,8	6,5	7,4	7,6	6,6	4,2	6,3	4,6	6,9	6,2
Opera in CA	4,7	5,0	7,3	6,3	7,6	7,7	6,7	3,9	6,9	4,4	6,4	5,7
il tuo studio principale	6,5	7,6	6,5	7,4	8,2	8,1	6,7	6,5	6,4	6,0	7,3	5,3
si trova in una zona	4,4	3,9	7,5	6,2	7,6	7,9	6,4	3,2	6,7	3,8	6,1	6,0
dove il numero di	4,9	5,3	7,5	6,2	7,6	7,7	6,3	4,1	6,5	4,1	6,4	5,6
strutture è:	6,5	7,6	6,5	7,4	8,2	8,1	6,7	6,5	6,4	6,0	7,3	5,3
Opera in CA	5,3	6,6	7,4	6,3	7,8	8,2	6,5	4,7	6,7	4,3	6,5	5,7
fino a 800	5,3	6,6	7,4	6,3	7,8	8,2	6,5	4,7	6,7	4,3	6,5	5,7
da 801 a 1200	4,9	5,2	7,7	6,4	7,9	8,0	6,9	4,0	6,6	4,0	6,7	6,0
da 1201 a 1500	4,2	4,1	7,3	6,2	7,4	7,6	6,5	3,4	6,6	3,9	5,8	5,6
oltre 1500	4,6	4,2	7,3	6,1	7,4	7,5	6,4	3,5	6,8	4,4	6,4	5,7
Opera in CA	6,5	7,6	6,5	7,4	8,2	8,1	6,7	6,5	6,4	6,0	7,3	5,3
Totale	4,8	5,0	7,4	6,3	7,6	7,8	6,6	3,9	6,7	4,3	6,4	5,7

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 18 - In che misura, secondo il tuo parere o la tua esperienza, può accadere che l'implementazione di modalità di lavoro integrato tra le professioni, soprattutto nella fase di avvio, possa comportare qualcuna delle seguenti conseguenze? (punteggio medio, scala 1-10)

Caratteristiche del medico e dello studio		Può venir meno il livello di fiducia personale che i pazienti hanno verso il proprio medico di famiglia	I medici di famiglia possono perdere il ruolo di figure di riferimento	Si attenua il livello di responsabilità che attiene a ciascuna figura professionale	È presumibile che, aumentando il numero di consultazioni ed interventi di più professionisti, aumenti anche il numero delle prescrizioni ed i costi assistenziali
Classi di età	Fino a 45	4,8	5,0	5,4	6,4
	da 46 a 50	4,3	4,5	5,0	6,0
	da 51 a 55	4,6	5,1	5,0	6,9
	da 56 a 60	4,6	5,0	4,8	6,6
	61 e oltre	4,4	4,9	4,8	6,8
Genere	Uomo	4,7	5,1	5,3	6,7
	Donna	4,1	4,4	4,3	6,2
Area	Nord-ovest	4,6	5,0	5,1	7,0
	Nord-est	4,1	4,5	4,3	6,3
	Centro	4,1	4,7	5,0	6,3
	Sud e isole	5,1	5,2	5,3	6,6
Modalità di esercizio	studio singolo	4,7	5,2	5,1	6,8
	associazione	4,4	4,7	4,7	6,5
	rete	5,0	5,2	5,5	6,9
	gruppo	4,1	4,7	4,7	6,5
	lavoro solo in CA	4,3	4,2	5,7	6,1
	altro	4,8	4,5	3,4	5,7
Numero studi	Un solo studio	4,6	5,0	5,1	6,8
	In due studi	4,5	4,8	4,7	6,3
	In tre o più studi	4,4	5,1	4,9	5,7
	Opera in CA	4,3	4,2	5,7	6,1
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	adeguato	4,6	5,1	5,0	6,6
	elevato	4,3	4,8	4,6	6,6
	insufficiente	4,8	4,9	5,1	6,7
	Opera in CA	4,3	4,2	5,7	6,1
Numero scelte	fino a 800	4,7	5,0	4,9	6,5
	da 801 a 1200	4,4	4,7	5,0	6,7
	da 1201 a 1500	4,3	4,8	4,8	6,6
	oltre 1500	4,8	5,2	5,0	6,7
	Opera in CA	4,3	4,2	5,7	6,1
Totale		4,6	4,9	5,0	6,6

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 19 - Grado di adesione con le seguenti affermazioni: (punteggio medio, scala 1-10)

Se non si riesce a realizzare un modello completo di integrazione professionale, in considerazione delle crescenti complessità assistenziali, le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti saranno sempre inadeguate	Non sono a conoscenza dell'esistenza di prove scientifiche derivanti da studi empirici o sperimentali che con l'integrazione professionale l'assistenza primaria diventi più efficace	Sono convinto che integrando il lavoro delle diverse figure professionali si potranno ridurre le complicanze, i tempi necessari a formulare una diagnosi e contenere i costi finali	Dall'integrazione, l'integrazione professionale ci si può aspettare solo una riduzione dei tempi necessari a formulare una diagnosi e contenere i costi finali	Per i medici di famiglia vi sono più rischi che benefici dal modello di integrazione professionale	Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologica è tale che solo integrando il lavoro degli MMG con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti	Con modalità di integrazione che aumentano le incertezze sulle responsabilità professionali e quindi, medico-legali	Il modello della "solo pratica" non può più reggere e sicuramente nel prossimo futuro ed è indispensabile passare al modello multi professionale	Per l'effettiva realizzazione della multi professionalità, MMG, specialisti e altre figure professionali non possono fare a meno di lavorare in una stessa sede	Lo sviluppo tecnologico dovuto alla multimedialità, al rapido evolversi degli strumenti di comunicazione, alla rete internet e all'interattività dei sistemi informativi rende obsoleta la necessità che, sul territorio, i professionisti sanitari debbano operare nella stessa sede	
Classi di età	Fino a 45 da 46 a 50 da 51 a 55 da 56 a 60 61 e oltre	4,3 5,6 5,1 5,3 5,4	7,9 7,5 7,2 7,3 7,0	5,6 5,6 6,2 5,7 6,0	3,4 4,0 4,0 3,8 4,3	7,8 7,8 7,5 7,4 7,5	4,4 5,0 5,1 5,2 5,2	7,2 7,2 7,2 6,9 7,0	5,1 5,7 6,2 6,1 6,5	7,4 6,6 6,3 6,1 6,5
Genere	Donna Uomo	5,1 5,4	7,7 7,3	5,8 6,0	3,4 4,3	7,6 7,3	4,7 5,0	7,2 6,7	5,3 5,4	6,8 6,7
Area	Nord-ovest Nord-est Centro Sud e sud-est Isole	6,7 7,5 6,3 6,8 6,8	6,7 7,4 6,9 7,4 7,4	5,5 5,3 6,2 6,3 6,0	3,9 3,6 4,4 4,3	7,4 7,6 7,4 7,3	4,9 5,3 4,6 5,0	7,0 7,3 7,2 6,9 6,7	5,8 5,8 5,8 5,9 5,9	6,6 6,4 6,2 6,4 7,1
Modalità di esercizio	Studio singolo In coppia In gruppo Lavoro solo in CA altro	6,6 6,6 6,6 8,0 7,7	7,4 7,4 7,4 8,3 7,4	6,0 6,1 6,1 6,5 5,8	4,3 4,5 4,5 3,7 4,2	7,3 7,3 7,3 8,2 6,9	6,7 6,4 5,4 7,6 5,2	6,7 6,7 6,7 6,1 6,1	6,4 6,4 6,4 6,3 6,3	7,1 6,7 6,3 6,3 7,3
Numero studi	In tre o più studi Opera in CA Opera in CA principale si trova in una zona dove il numero di strutture opera in CA fino a 500 da 801 a 1200 da 1201 a 1500 oltre 1500	6,8 7,4 5,0 4,2 5,4 5,6 4,2 5,5	7,2 7,7 7,7 7,3 7,3 7,3 7,7	5,9 6,3 6,5 6,2 6,5 6,5 5,9	3,9 3,9 3,9 4,5 4,5 4,5 3,9	7,3 7,5 7,5 7,3 7,3 7,3 7,8	5,2 4,3 4,3 5,0 5,0 5,0 4,2	7,0 7,5 7,5 6,9 7,2 7,2 7,2 7,2	5,7 6,0 5,2 5,2 5,3 5,3 5,2 6,0	6,4 5,8 7,2 6,2 7,3 6,4 6,4 6,4
Numero scelte	Opera in CA fino a 500 da 801 a 1200 da 1201 a 1500 oltre 1500	6,7 6,8 6,8 8,0	7,1 7,3 7,3 7,4	5,8 5,8 5,8 6,5	4,3 4,3 4,3 3,4	7,4 7,4 7,4 7,5	5,2 4,2 4,2 4,2	7,1 7,6 7,6 7,6	5,9 5,9 5,9 5,8	6,4 6,5 6,4 6,4
Totale		7,0	7,4	5,9	4,0	7,5	5,0	7,1	5,8	6,6

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi 2014.

Tab. 20 - Identificazione di cluster di medici secondo il posizionamento rispetto ai profili di comunicazione (Analisi fattoriale: loadings)		Dimensione	
Profilo di comunicazione		1) Comunicano direttamente	2) Comunicano solo tramite documentazione
Strumenti di comunicazione utilizzati (domanda 8)	Non comunicato direttamente, ma attraverso l'impegnativa e i documenti portati dal paziente	-0.23	0.40
	Attraverso il telefono	0.00	-0.18
	Attraverso la posta elettronica	-0.15	-0.09
	Attraverso la condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita	0.16	-0.10
Tempo stimato degli strumenti di comunicazione (domanda 11)	Attraverso consultazioni faccia a faccia	0.25	-0.13
	la visione dei documenti portati dal paziente	-0.05	-0.05
	il telefono	-0.43	0.28
	la posta elettronica	-0.27	0.40
Propensione a modificare le indicazioni dello specialista (domanda 15)	la condivisione/visualizzazione della cartella clinica o dei dati clinici dell'ultima visita	0.05	0.20
	la consultazione in teleconferenza	-0.32	0.39
	la consultazione faccia a faccia	-0.39	0.23
Strumenti di comunicazione auspicabili (domanda 16)	Accesso per via telematica ad una parte specifica della cartella ambulatoriale	0.00	0.03
	Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista (portato dal paziente)	-0.03	-0.35
	Relazioni scritte da parte sia del medico che richiede il consulto che dello specialista (via email)	0.21	0.03
	Consulto telefonico	0.29	-0.39
	Consulto in teleconferenza	0.50	-0.24
Aderenza effettiva al modello dell'integrazione (domanda 20)	Consulto "faccia a faccia"	0.44	-0.46
		0.58	-0.18
Conseguenze possibili del ricorso all'integrazione (domanda 27)	Può venir meno il livello di fiducia personale che i pazienti hanno verso il proprio medico di famiglia	0.05	-0.07
	I medici di famiglia possono perdere il ruolo di figure di riferimento	0.59	0.59
	Si attenua il livello di responsabilità che attiene a ciascuna figura professionale	0.53	0.66
	È presumibile che, aumentando il numero di consultazioni ed interventi di più professionisti, aumenti anche il numero delle prescrizioni ed i costi assistenziali	0.49	0.51
Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli IMC, Centro Studi, 2014.		0.41	0.55

Tab. 21A - Gruppi di medici secondo le modalità di comunicazione

Caratteristiche del medico		Profili emergenti di gruppi di medici			
		1) Gruppo di medici che comunicano direttamente		2) Gruppo di medici che comunicano solo tramite	
Caratteristiche dei medici		Punteggio medio	%	Punteggio medio	%
Classi di età	Fino a 45	0,06	56,6	-0,10	43,4
	da 46 a 50	-0,05	66,0	-0,28	34,0
	da 51 a 55	0,09	52,5	0,07	47,5
	da 56 a 60	-0,16	43,3	0,28	56,7
	61 e oltre	-0,11	44,8	0,24	55,2
Numero scelte	fino a 800	0,29	68,5	-0,31	31,5
	da 801 a 1200	0,15	64,7	-0,08	35,3
	da 1201 a 1500	-0,23	43,5	0,09	56,5
	oltre 1500	-0,12	46,2	0,23	53,8
Area	Opera in CA	0,24	69,9	-0,40	30,1
	Nord-ovest	-0,19	41,3	0,30	58,7
	Nord-est	-0,64	41,8	0,11	58,2
	Centro	0,01	59,9	-0,16	40,1
	Sud e isole	0,45	66,8	-0,15	33,2
Totale		0,00	54,5	0,00	45,5

Tab. 21B - Area di svolgimento della pratica professionale dei medici secondo il numero delle scelte

Area	Numero di scelte					Totale
	fino a 800	da 801 a 1200	da 1201 a 1500	oltre 1500	Opera in CA	
Nord-ovest	15,3	18,4	20,8	41,2	4,3	100,0
Nord-est	9,1	18,6	31,0	35,8	5,5	100,0
Centro	11,7	30,5	24,5	27,6	5,7	100,0
Sud e isole	22,9	19,3	24,0	26,0	7,8	100,0
Totale	16,1	21,4	24,6	31,8	6,1	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 22 - Clusters di medici secondo il loro orientamento verso l'integrazione professionali

Domande di attitudini e propensione verso l'integrazione professionale	Cluster		
	Favorevoli	Intermedi, tendenzialmente favorevoli	Non favorevoli
			Totale
Se non si riesce a realizzare un modello completo di integrazione professionale, in considerazione delle crescenti complessità assistenziali, le prestazioni sanitarie fornite ai pazienti saranno sempre inadeguate	8,2	7,0	4,6
Non sono a conoscenza dell'esistenza di prove scientifiche derivanti da studi empirici o sperimentali che con l'integrazione professionale l'assistenza primaria diventi più efficace	3,2	6,6	
Sono convinto che solo integrando il lavoro delle diverse figure professionali si potranno ridurre le complicitanze, gli eventi avversi e contenere i costi finali	8,9	7,6	4,0
Dall'integrazione professionale ci si può aspettare solo una riduzione dei tempi necessari a formulare una diagnosi	5,6	7,1	4,1
Per i medici di famiglia vi sono più rischi che benefici dal modello di integrazione professionale	1,9	5,2	
Oggi il ritmo dell'innovazione clinica e tecnologia è tale che solo integrando il lavoro degli MMG con gli specialisti e le altre figure professionali si può sperare di raggiungere migliori risultati nella cura dei pazienti	8,8	7,6	4,6
Con modalità di integrazione professionale aumentano le incertezze sulle responsabilità professionali e, quindi, medico-legali	3,0	6,3	
Il modello della "solo practice" non può più reggere e sicuramente non reggerà nel prossimo futuro ed è e sarà indispensabile passare al modello multi professionale	8,4	7,2	4,2
Per l'effettiva realizzazione della multi professionalità, MMG, specialisti e altre figure professionali non possono fare a meno di lavorare in una stessa sede	5,9	6,7	3,7
Lo sviluppo tecnologico dovuto alla multimedialità, al rapido evolversi degli strumenti di comunicazione, alle reti a internet e all'interattività dei sistemi informativi renderà obsoleta la necessità che, sul territorio, i professionisti sanitari debbano operare nella stessa sede	6,6	6,6	

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Tab. 23 - Cluster di medici secondo le loro caretistiche e quelle degli studi

Caratteristiche del medico e dello studio		Cluster			Totale
		Favorevoli	Intermedi, tendenzialmente favorevoli	Non favorevoli	
Classi di età	Fino a 45	62,5	22,3	15,3	100,0
	da 46 a 50	38,1	41,6	20,3	100,0
	da 51 a 55	31,4	48,7	19,9	100,0
	da 56 a 60	42,8	38,3	18,9	100,0
	61 e oltre	35,2	37,4	27,4	100,0
Genere	Uomo	36,7	43,8	19,5	100,0
	Donna	47,1	32,8	20,0	100,0
Area	Nord-ovest	42,2	36,4	21,4	100,0
	Nord-est	46,4	38,6	15,0	100,0
	Centro	42,6	38,9	18,5	100,0
	Sud e isole	32,1	46,3	21,6	100,0
	studio singolo	29,2	52,6	18,2	100,0
Modalità di esercizio	associazione	37,3	35,7	27,1	100,0
	rete	33,9	36,9	29,2	100,0
	gruppo	43,8	43,9	12,3	100,0
	lavoro solo in CA	67,4	27,3	5,4	100,0
	altro	56,6	17,3	26,1	100,0
Numero studi	Un solo studio	35,7	43,9	20,4	100,0
	In due studi	41,8	36,3	21,9	100,0
	In tre o più studi	39,8	42,3	17,9	100,0
	Opera in CA	67,4	27,3	5,4	100,0
Il tuo studio principale si trova in una zona dove il numero di strutture è:	adeguato	37,3	42,8	19,9	100,0
	elevato	42,0	36,9	21,1	100,0
	insufficiente	33,7	44,6	21,7	100,0
Numero scelte	Opera in CA	67,4	27,3	5,4	100,0
	fino a 800	40,0	44,9	15,2	100,0
	da 801 a 1200	34,6	48,8	16,6	100,0
	da 1201 a 1500	33,8	42,9	23,2	100,0
	oltre 1500	41,6	34,4	24,0	100,0
	Opera in CA	67,4	27,3	5,4	100,0
Totale		39,5	40,8	19,7	100,0

Fonte: FIMMG, Indagine sull'integrazione professionale degli MMG, Centro Studi, 2014.

Bibliografia essenziale

Bardsley, M. et al. (2013); Evaluating integrated and community based services. London: Nuffield Trust

Bocconi Università, Cergas e Fiaso (2013); Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure, Aboutpharma

Curry, N. e Ham, C. (2010); Clinical and services integration: the route to improved outcome, London: The King's Fund

Curry, N. et al. (2013); "Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation", in International Journal of integrated care, vol. 13, pp. 2-15

Goodwin, N. e Smith, J. (2012); The evidence base for integrated care, London: the King's Fund and the Nuffield Trust.

Goodwin, N. et al. (2011); Integrated care for patients and population: improving outcomes by working together. London: The King's Fund and the Nuffield Trust.

Ham, C. e Walsh, N. (2013); Making integrated care happen at scale and pace. London: The King's Fund

Institute of public care (2010); From the ground up :a report on integrated care design and delivery, London: Department of health.

Petch, A. (2012); Integration of health and social care, London :Institute of research and innovation in social services.

Rosen, R. et al. (2011); *Integration in action: four international case studies*, London: The Nuffield Trust.

Timmis, N. e Ham, C. (2013), *The quest for integrated health and social care : a case study in Canterbury New Zeland*, London: The King's Fund.

Valentijn, P. et al (2013); "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care", in *International journal of integrated care*, vol. 13, pp. 25-36.

WONCA (1991); *World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners and Family Physicians*.

