



**CS.e RMEG**

centro studi e ricerche in medicina generale

*Sede legale e segreteria organizzativa*

c/o Dr. VITTORIO CAIMI - Via Agnesi, 7 - MONZA - Tel. (039) 324468/365766

## **Medicina generale: ricerca ed organizzazione del lavoro.**

**Atti del 1° Congresso Nazionale C.S.eR.ME.G.**

**Verona, 28-29 Novembre 1987.**

**A cura di Guido Danti.**

**Settembre 1988.**

pag.

**Indice**

5	<b>Introduzione</b>
9	<b>1. Parte prima. Le attività e le ricerche promosse dallo C.S.eR.ME.G. (coordinatore Gianluigi Passerini).</b>
11	1.1 Rapporto sulla fase pilota della sorveglianza post-marketing di reazioni avverse nella medicina di base (a cura di Lia Bandera · Busto Arsiziao, Milano).
16	1.2 I registri di età e sesso e per problemi in medicina generale: l'ipertensione arteriosa e la conoscenza dei valori pressori dei propri assistiti (a cura di Vittorio Caimi · Monza, Milano).
21	1.3 Il disagio psichico in medicina generale (a cura di Edoardo Parma · Monza, Milano).
26	1.4 Proposta di costituzione di una rete europea di medici di base per la raccolta di dati "sentinella" - progetto Eurosentinella (a cura di Gianluigi Passerini · Sondrio).
36	1.5 Tecnologie informatiche e telematiche per la medicina di base (a cura di Sergio Bernabè · Pianezza, Torino).
41	<b>2. Parte seconda. Le attività e le ricerche in medicina generale: comunicazioni al congresso (coordinatore Vittorio Caimi).</b>
43	2.1 Identificazione e monitoraggio dei pazienti con elevati consumi di alcol afferenti all'ambulatorio del medico di base (G.Frapporti, B.Anglano, G.Beghini, T.Bonaldi, G.Manara, P.Scarpolini, O.Ghidini · Bussolengo, Verona).
46	2.2 Ricerca in medicina di base: uso a lungo termine della digitale (C.Balzan, G.Adami, C.Andrich, E.Bertelle, D.Burigo, A.Buzzatti, E.Fuller, A.Mascanzoni, A.Simiele, L.Zollino · Belluno).
49	2.3 L'elettrocardiogramma in medicina di base (Gianluigi Passerini, Sondrio).
52	2.4 Il monitoraggio della gravidanza nell'ambulatorio del medico di base (Carlo Basso, Giorgio DaRin Betta, Paolo Soave · Arcugnano, Vicenza).
54	2.5 I contatti indiretti nella medicina di base (Edoardo Parma, Vittorio Caimi · Monza, Milano).
56	2.6 La visita di controllo dei pazienti del medico di base: la scheda promemoria - una proposta (Vittorio Caimi · Monza, Milano).

#### 4 -Atti del 1° Congresso Nazionale C.S.e R.Me.G.

pag.

- 58            2.7    Il medico di base ed il pap-test (Eduardo Parma, Vittorio Caimi  
· Monza, Milano).
- 61            2.8    Il medico di medicina generale ed il paziente iperteso (Aurelio  
Sessa · Varese).
- 64            2.9    Dieta ed obesità in medicina generale (Enrico Luchetti, Lidiuna  
Cecchi · Treia, Macerata).
- 67            2.10   Individuazione e controllo dei fattori di rischio cardiovascolare  
mediante l'uso di personal computer in medicina di base. Risultati preliminari  
(Silvano Biondani · Verona).
- 69            2.11   La campagna contro il fumo di tabacco: una esperienza di  
prevenzione in medicina di base con la tecnica dell'agopuntura (Giovanni  
Moretti · Pioltello, Milano).
- 74            2.12   Informazione scientifica ed informazione commerciale: il caso degli  
H2-Antagonisti (Luigi Guglielmo · Verona).
- 79            2.13   Infezioni urinarie nella donna ed antibioticoterapia in dose singola:  
una ricerca in medicina di base (G.Danti, S.Biondani, A.Bordin, S.Dalla Riva,  
A.Donini, S.Fratton, L.Guglielmo, G.Pettenella, G.P.Piazza, S.Rodella, A.Trigilio,  
L.Valotto, G.Zamboni · Verona).
- 85            2.14   Audit sulle prescrizioni di digitale: verifica delle indicazioni e  
sospensione della terapia nella pratica della medicina di base · (Claudio Zorzi,  
Renato Granuzzo · Ziano, Trento).
- 90            2.15   Controllo delle mammelle ed insegnamento della tecnica  
dell'autopalpazione da parte di medici di base. Risultati preliminari (Giovanni  
Rizzi, Giovanni Moretti, Alberto Caniatti · Pioltello, Milano).
- 94            2.16   Medico senza pazienti (Giuseppe Parisi · Trento).
- 97            2.17   Esperienza di un gruppo Balint a prospettiva sistemica (Filippo  
Bianchetti, Danilo Molla · Varese).
- 99            2.18   Nascita ed attività di un gruppo di formazione-aggiornamento-ricerca  
in medicina di base (E.Longo, C.Simionato, P.Soave · Vicenza).

101

### **3.        Parte terza. L'organizzazione del lavoro in medicina generale (coordinatore Guido Danti)**

- 103           3.1    L'organizzazione del lavoro del medico generale: risultati preliminari  
dell'indagine condotta dallo C.S.eR.ME.G. (a cura di Guido Danti · Buttapietra,  
Verona).
- 113           3.2    I lavori dei gruppi.

### **Introduzione.**

Si è svolto a Verona, nei giorni 28 e 29 novembre 1987, il Primo Congresso Nazionale dello C.S.eR.M.E.G. (Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale) con il patrocinio dell'ULSS 25 di Verona e dell'Ordine dei Medici della Provincia.

Il Centro Studi, realtà ampiamente affermata entro il panorama italiano delle associazioni scientifiche, raccoglie attorno a sé medici generici e gruppi di medici con lo scopo di far risaltare e promuovere le attività formative e di ricerca che vengono sviluppate nell'ambito della medicina generale.

Tuttavia la medicina generale in Italia è da sempre considerata "minore", se non anche "marginale", entro l'intricato tessuto delle attività mediche ritenute propriamente scientifiche (in grado cioè di produrre conoscenze). Attività scarsamente conosciuta, quindi, perché scarsamente produttiva (dal punto di vista scientifico) e che rischia di affogare tra le numerose critiche formulate in assenza di un preciso collocamento funzionale entro il servizio sanitario e sostenute dal prevalere del luogo comune della dequalificazione del medico della "mutua".

Tra questi problemi, a cui si aggiunge il non indifferente peso della ricerca di una propria identità culturale, si sta registrando una forte crescita, proprio tra gli "stessi addetti ai lavori" di un rinnovato impegno professionale e di modelli organizzativi originali.

Tra i nuovi soggetti il Centro Studi "sforna" in occasione del suo Primo Congresso Nazionale nuove ed suggestive esperienze che vanno ad aggiungersi alle altre, che di recente abbiamo avuto modo di conoscere, pubblicate sulla stampa scientifica destinata ai medici generali italiani ed in quaderni editi in proprio ed a tiratura limitata. Ci riferiamo alle esperienze sulla medicina di gruppo, sulla cartella medica orientata per problemi e sui sistemi informativi (argomento che costituirà il tema dominante del prossimo Congresso Nazionale del Centro Studi), sulla educazione sanitaria e, la segnaliamo con particolare orgoglio perché innovativa e subito apprezzata anche al di fuori dei confini dell'arte, l'esperienza sulla "comunicazione" e sul rapporto medico paziente (in corso di stampa).

Familiarizzati con i temi che il Centro Studi ha proposto in questi primi e relativamente pochi anni di attività, dettati principalmente dal desiderio di approfondire gli aspetti non propriamente clinici dell'attività del medico generale, questo Primo Congresso ha consentito di verificarne lo stato di avanzamento.

Nella prima parte del presente fascicolo vengono proposte le relazioni tenute al Congresso e che fanno il punto delle iniziative intraprese dal Centro Studi nel suo insieme. Tre di queste, presentate dai coordinatori delle attività sotto forma di rapporti preliminari, si riferiscono alla "Farmacovigilanza" ai "Registri per età e sesso e per problemi", con riferimento alla registrazione dei soggetti ipertesi, ed alla ricerca sulla "Epidemiologia del disagio psichico e psichiatrico nelle popolazioni assistite".

Le ultime due relazioni del Centro costituiscono, invece, proposte del tutto innovative che introducono a due nuovi campi di interesse. "La costituzione di una rete Europea di medici generali per la osservazione di eventi-sentinella" rappresenta

l'adesione del Centro Studi ad un progetto già in corso entro la Comunità Europea che, anche se non del tutto sconosciuto agli addetti ai lavori, costituisce un elemento particolarmente qualificante dell'articolazione dei rapporti dell'associazione con il mondo scientifico e la cultura europea.

L'altra relazione, che entra nel mondo delle "Tecnologie informatiche e telematiche", può essere letta più come un adeguamento del Centro all'interesse ormai diffuso per questi nuovi strumenti di lavoro interpretati, anche in questa occasione, come una possibilità da valutare con attenzione e sulla cui affidabilità intraprendere una esperienza, con la convinzione che solo la "prova" può consentire di esprimere giudizi pertinenti.

Ciò che in questo Congresso ha ulteriormente attratto l'attenzione, è stata la riproposizione dell'atteggiamento di verifica e di perfezionamento di una pratica quotidiana che frequentemente viene lasciata alle speculazioni di altri, situati in posizioni "incongrue" quali le università ed i centri di potere, e negletta a volte proprio dagli stessi soggetti interessati. Che questo atteggiamento tragga origine, per il Centro Studi, da un modello di "fare medicina" che prevede la ideazione di nuove "angolature" da verificare e perfezionare "sul campo", era già cosa nota.

Ciò che non era ancora noto è che molti aderenti alla associazione hanno saputo condurre esperienze originali ed "in proprio" senza l'ausilio di esperti o di ricercatori di professione. Della qualità e della pertinenza di queste esperienze il lettore potrà conoscere nella seconda sezione di questo fascicolo nella quale sono state raccolte le comunicazioni scientifiche portate al Congresso.

Alcune di queste hanno una parte a se, nel senso che non soddisfano i requisiti dei lavori scientifici propriamente detti. Sono piuttosto contributi di carattere personale, scaturiti dalla riflessione su esperienze professionali, quali gruppi Balint ed altre di matrice psicoanalitica, e di esperienze formative.

Compare infine, in questo fascicolo, un resoconto preliminare della indagine condotta dal Centro Studi, con il metodo dell'intervista postale, sulle modalità organizzative adottate da un gruppo di 80 medici nella conduzione ed organizzazione della propria attività ambulatoriale.

Si tratta di una intervista che ha coinvolto medici particolarmente selezionati, dal punto di vista degli interessi professionali, la gran parte degli intervistati ha partecipato poi ai lavori del congresso, tanto che la rappresentazione della organizzazione ambulatoriale che ne è derivata sembra discostarsi di molto da quella che presuntivamente è la realtà italiana.

Con l'intervista, inoltre, sono state raccolte informazioni che riguardano gli interessi dei medici nei confronti della formazione e della ricerca con la prospettiva di delineare un quadro obiettivo dei "bisogni formativi attuali" di questo gruppo di medici.

Una prima sommaria immagine la si ricava dalla lettura di questa terza parte del fascicolo nella quale compare anche un resoconto dei lavori dei

gruppi, in cui è stata suddivisa l'assemblea congressuale, chiamati alla discussione delle informazioni raccolte con l'intervista postale.

Ovviamente, quanto prodotto da questo Primo Congresso Nazionale dello C.S.eR.M.E.G. e quanto poi è possibile "leggere tra le righe" di questa raccolta risulta parziale ed incompleto. Tanto basta comunque per affermare che, pur trattandosi di parzialità, ben vengano, che la medicina generale nel nostro paese ha ancora estremo bisogno di conoscenze e di ricerca scientifica.

Così come guardiamo con interesse al percorso intrapreso da una associazione professionale che, in piena autonomia e senza vincoli di carattere commerciale, ha saputo proporsi come collegamento tra i medici e come punto di riferimento del loro esteso bagaglio di conoscenze non formalizzate contribuendo a dimostrare che anche il lavoro dei medici generici italiani è "produzione di conoscenza" e che i loro ambulatori sono "laboratori di ricerca scientifica".

Un ringraziamento particolare va a coloro che hanno reso possibile lo svolgimento dei lavori congressuali e la raccolta di questi atti.

Ringraziamo per la loro collaborazione la Signora Maria Grazia De Renzo, direttrice del Centro Culturale G.Marani, per la pregevole professionalità e la squisita ospitalità; le Signorine Paola Poli e Paola Rossini per il prezioso lavoro di segreteria e per la raccolta degli atti congressuali; la Hi.T. srl di Verona ed in particolare al Signor Maurizio Cunico per la composizione del fascicolo.

Un ringraziamento speciale alla Signora Clara Cafaro Segretaria e membro a tutti gli effetti dello C.S.eR.M.E.G..

Ringraziamo infine il Dott. Donato Bragantini, Presidente dell'ULSS 25 di Verona, ed il Dott. Giuseppe Sandri, Presidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Verona, per il patrocinio accordato all'iniziativa.

Guido Danti

### **3. Parte terza.**

**L'organizzazione del lavoro in medicina generale.**

**(coordinatore Guido Danti)**

### 3.1 L'organizzazione del lavoro del medico generale: risultati preliminari dell'indagine condotta dallo C.S.eR.M.E.G.

A cura di Guido Danti - Buttapietra, Verona.

#### Premessa

Sono presentati i risultati tratti dalla elaborazione delle risposte che 80 medici di base hanno fornito ai questionari (200) inviati loro per posta assieme alla presentazione di questo primo congresso nazionale del Centro Studi. L'intento dell'inchiesta era conoscere le modalità dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale dei colleghi (all'opposto l'attività domiciliare non è stata oggetto di indagine), con l'unico scopo di fornire materia alla discussione congressuale.

Poichè i questionari elaborati sono stati compilati in buona parte da colleghi iscritti allo CSeRMEG (46) e da colleghi che da tempo coltivano interessi comuni con il centro studi, riteniamo di non sbagliare affermando che le informazioni ci sono pervenute da un gruppo di medici fortemente motivato e selezionato.

Quanto segue pertanto, andrà letto alla luce di queste avvertenze affinché non ci si attenda una "rappresentazione della medicina generale" nel suo complesso.

#### I medici di base.

Le tabelle I e II illustrano alcune delle caratteristiche dei medici indagati:

Non sorprendere l'assenza di medici giovani di età inferiore ai 30 anni. E' noto che oggi in Italia è assai difficile avere medici di base "giovani" a causa dell'elevato numero di neolaureati (27 anni l'età media alla laurea) e delle lunghe attese per l'inserimento professionale. I medici del campione di Piperno del 1979 (1) hanno iniziato la loro attività mediamente 1.8 anni dalla laurea; i nostri colleghi hanno dovuto attendere invece 2.8 anni.

La particolare composizione del nostro "campione" (come si è visto in tab. I), risulta anche dal confronto con i dati elaborati dalla Regione Emilia-Romagna nel 1983 (2). La popolazione dei medici di base convenzionati di età inferiore ai 40 anni costituiva il 48.6% del numero totale dei medici iscritti, a quell'epoca, negli elenchi della regione. I nostri dati sono stati forniti, nel 93,7%, da medici di età inferiore ai 40 anni (il nostro campione ha un'età media di 35 anni).

**TABELLA I - Classi di età e sesso dei medici che hanno risposto.**

classi di età in anni	maschi		femmine		totali	
	N.	%	N.	%	N.	%
<= 30	-	-	-	-	-	-
31 - 35	51	63.8	10	12.5	61	76.3
36 - 40	14	17.5	-	-	14	17.5
>=41	3	3.7	2	2.5	5	6.2
totali	68	85.0	12	15.0	80	100.0

**TABELLA II-Anzianità di laurea ed anni di attività**

anzianità in anni	di laurea		di attività	
	N.	%	N.	%
≤ 3	-	-	10	12.5
4-6	11	13.7	38	47.5
7-9	44	55.0	29	36.3
10-12	20	25.0	-	-
≥ 3	5	6.3	3	3.7

I questionari ci sono pervenuti in prevalenza da medici residenti nelle regioni del Nord: 34 dal Veneto, 20 dalla Lombardia, 8 dal Trentino, 6 dal Piemonte, 4 rispettivamente dal Friuli e dalle Marche ed 1 rispettivamente da Toscana, Emilia-Romagna, Umbria e Puglia (le Provincie di appartenenza sono 21).

Oltre la metà dei medici esercita in Comuni di dimensioni medio-piccole come illustrato in tabella III.

Sono relativamente pochi i medici che svolgono la loro attività in montagna (17.5%), così come solamente il 12.5% dichiara di avere una popolazione sparsa di assistiti.

**TABELLA III-Dimensione dei comuni di residenza dei medici**

N. abitanti	medici residenti	
	N.	%
≤ a 5.000 abit.	19	23.75
5.001 - 20.000	22	27.50
20.001 - 100.000	20	25.00
100.001 - 250.000	8	10.00
> a 250.000 abit.	11	13.75

Poliambulatori specialistici ed ospedali distano dagli ambulatori in media a 4.1 e 5.6 Km, rispettivamente. Nel 45% dei casi la distanza risulta essere di circa 3 Km, mentre soltanto nel 10% dei casi è maggiore di 10 Km.

Nel questionario non sono stati formulati quesiti riguardanti l'accessibilità dei servizi specialistici così come non è stato chiesto nulla dei "rapporti" del medico con gli altri servizi sanitari di primo livello.

Il numero medio di persone che il medico assiste è di 1.146, con un minimo di 41 assistiti ed un massimo di 1.800.

**TABELLA IV-N. di assistiti, N. medici e medici con seconda attività**

N. assistiti per gruppi	medici		seconda att.	
	N.	%	N.	%
≤ 500	6	7.5	3	3.8
501-1000	18	22.5	4	5.0
≥ 1000	56	70.0	6	7.5
totali	80	100.0	13	16.3

**TABELLA V-N. di assistiti e luoghi di attività dei medici**

N. assist. per gruppi	1 ambulat.		2 ambulat.		3 ambulat.	
	N.	%	N.	%	N.	%
<=500	6	7.5	-	-	-	-
501-1000	15	18.5	3	3.7	-	-
> 1000	35	43.8	18	22.5	3	3.7
<b>totali</b>	<b>56</b>	<b>70.0</b>	<b>21</b>	<b>26.2</b>	<b>3</b>	<b>3.7</b>

Il medico esercita altre attività nel 16.3% dei casi. I confronti con altri campioni sono possibili solamente con i dati elaborati dalla Regione Emilia-Romagna nel 1983 su tutti i medici di base iscritti negli elenchi regionali e da A. De Martino nel 1986 su un campione di 1.000 medici piemontesi (3). Nei due studi i medici dichiararono un secondo rapporto di lavoro nel 26.2% e nel 30.4% dei casi, rispettivamente.

La seconda attività è rappresentata da: medicina dei servizi e medicina del lavoro in 7 casi, guardia medica in 3 casi, attività di consulenza medico-psicologica in 2 casi ed odontoiatria in 1 caso.

Nella tabella V sono riassunti i dati sin qui descritti: la tabella illustra la distribuzione dei medici in rapporto ai gruppi di assistiti ed alla seconda attività svolta.

Nella tabella VI sono riportati i medici che esercitano la loro attività in più ambulatori in rapporto al numero di persone assistite.

53 medici (il 66.3% dei casi) sono in possesso di diploma di specializzazione; di questi 5 (6.2%) posseggono 2 diplomi. Il campione dichiara una specializzazione nel 68.1 % dei casi.

#### Quanto lavora il medico di base?

La domanda introduce un argomento di estremo interesse e di viva attualità alla quale, nel nostro caso, va data una risposta ponderata alla luce di particolari avvertenze.

**TABELLA VI-Specializzazioni**

tipo di specializ.	N.	CS&RMEG'87		Piperno '79	Bosio '86(4)
		N.	%	%	%
mediche	28		48.3	42.2	32.6
igienistiche	21		36.2	16.3	15.5
ostetr-ginecol.	3		5.2	18.5	6.3
chirurgiche	2		3.4		5.8
pediatria	1		1.7	13.3	9.5
altre	3		5.2	9.5	30.3

**TABELLA VII-N. degli assistiti e ore ricevimento settimanale medio**

N. assistiti per gruppi	attività settimanale media del medico
≤ 500	9 ore
501-1000	14 ore
> 1000	20 ore
media generale	18 ore

Il questionario chiedeva al medico di dichiarare esclusivamente la "disponibilità oraria di apertura dell'ambulatorio". Non è stato indagato il tempo complessivo dedicato dal medico all'assistenza (domiciliare per esempio), all'organizzazione, allo studio etc.

I dati raccolti evidenziano una relazione, ovvia, tra numero di persone assistite dal medico ed ore di attività ambulatoriale. Le ore settimanali di ricevimento mediamente aumentano con il crescere del numero degli assistiti.

Tuttavia il numero di aperture quotidiane nell'ambulatorio non subisce alcuna variazione in rapporto al carico di assistiti del medico, mentre adottano le due aperture quotidiane i medici impegnati in più ambulatori.

In linea di massima, al di là delle contingenze e degli interessi personali, il medico preferisce concentrare la propria attività ambulatoriale in una parte della propria giornata lavorativa, e non gradisce molto lavorare in ambulatorio il sabato.

L'aspetto più rilevante, messo in luce dalla tabella VIII è, senza dubbio, la diversa disponibilità oraria dichiarata dai medici, peraltro la maggioranza, con più di 1.000 assistiti in carico.

Anche in questo caso va sottolineato il fatto che l'ambiguità con cui è stata formulata la domanda relativa alla presenza oraria del medico in ambulatorio ("ricevo in ambulatorio con il seguente orario settimanale...") fa supporre che le informazioni raccolte siano incomplete.

Alcuni medici, nelle loro risposte, hanno riportato verosimilmente solo gli "orari esposti al pubblico". Altri all'opposto, hanno tenuto conto delle "estensioni", che di solito si verificano, dichiarando orari di attività più ampi.

**TABELLA VIII-N. di assistiti per ore settimanali di ricevimento dei medici: (V.A.) e %.**

ore/settim.				totali	
	≤500	501-1000	>1000	V.A.	%
≤10	3.7	5.0	1.3	(8)	10.0
11-15	3.7	10.0	16.3	(24)	30.0
16-20	.	7.5	20.0	(22)	27.5
21-25	.	.	27.5	(22)	27.5
≥25	.	.	5.0	(4)	5.0
totali	7.4	22.5	70.1	(80)	100.0

**TABELLA IX-N. assistiti e N. di aperture quotidiane degli ambulatori**

N. assist. per gruppi	1 apertura		2 aperture		apertura di sabato	
	N.	%	N.	%	N.	%
≤ 500	4	5.0	2	2.5	1	1.3
501-1000	16	20.0	2	2.5	4	5.0
> 1000	30	37.5	26	32.5	11	13.7
totali	50	62.5	30	37.5	16	20.0

**TABELLA X-N. ambulatori e N. di aperture quotidiane: X.**

N. ambulat.	1 apert.	2 apert.
	%	%
1 ambulat.	51.3	18.7
>= 2 amb.	11.2	18.7
totali	62.5	37.5

Quale il motivo di queste differenze? Possono trovare giustificazione in forme organizzative irrazionali e dispendiose oppure discendendo da modi di lavorare diversi nei quali anche la complessità organizzativa sta a indicare (indirettamente) che il medico dedica più tempo agli assistiti?

Allo scopo sono stati estratti e messi a confronto due gruppi di medici con un carico di 1.000 o più assistiti. Il primo, che denomineremo "gruppo A" composto da 21 medici, "riceve nel proprio ambulatorio" sino ad un massimo di 17 ore settimanali (con una media di circa 3 ore quotidiane per una settimana lavorativa di 5 giorni). Il secondo

**TABELLA XI-Medici con più di 1.000 assistiti suddivisi per gruppi in base al "carico di lavoro" dichiarato e modalità organizzative nella loro attività ambulatoriale. (parte prima - v.testo)**

modalità organizz.	A+B (56)		A (21)	B (20)	chi-quadro
	N.	%	%	%	
-N. medio assistiti	1375		(1309)	(1389)	-
-N.ambulatori più di 2 ambulatori	21	37.5	28.6	35.0	0.196
-fasce telefon. in orario amb.	39	69.6	66.7	65.0	-
-rinnovo ricette in orario amb.	30	53.6	66.7	35.0	-
-informatore in orario amb.	32	57.1	47.6	65.0	1.250

**TABELLA XI-(parte seconda - v.testo)**

modalità organizz.	A+B (56)		A (21)	B (20)	chi-quadro
	N.	%	%	%	
-apertura il sabato	11	19.6	14.3	30.0	1.476
-ricevimento su prenotazione	20	35.7	28.6	40.0	0.595
-ambulatori per problemi	17	30.4	23.8	35.0	0.620
-piccola tecnologia	39	69.6	66.7	75.0	-

gruppo, "gruppo B" è composto da 20 medici, "riceve" 23 ore o più alla settimana (in media 5 ore quotidiane).

La tabella XI illustra il risultato del confronto. I due gruppi a confronto e la totalità dei medici con più di 1.000 assistiti sono collocati in ciascuna colonna della tabella. In ciascuna riga della tabella trovano posto le caratteristiche organizzative dei medici, alcune delle quali possono essere considerate di ostacolo e motivare un eccessivo dispendio di tempo (nella prima parte) ed altre, all'opposto, possono assumere il significato di "indicatori indiretti" della qualità del lavoro del medico (seconda parte).

L'elaborazione statistica (chi-quadro) dei dati della tabella è del tutto arbitraria a causa del numero ridotto di casi a disposizione che non consente di testare con efficacia le differenze più piccole. Lo scopo per il quale è stato utilizzato il chi-quadro è di disporre di un indice "ottico" con il quale "pesare grossolanamente" le differenze nella lettura della tabella.

Nella tabella XI, la differenza più interessante tra i due gruppi a confronto, sembra essere l'apertura dell'ambulatorio nella giornata del sabato, quasi a sottolineare che i medici del "gruppo B" lavorano un giorno in più la settimana.

Tuttavia, gli stessi, sembrano "spendere" buona parte di questo giorno di lavoro nel dare ascolto agli informatori delle aziende farmaceutiche che, nel gruppo B sono ricevuti da un maggior numero di medici in orario di ambulatorio.

E' verosimile che la maggior estensione dell'orario di lavoro dei medici del "gruppo B", sia il prodotto di un insieme disparato di fattori. Alcuni, elencati nella tabella, come le prenotazioni delle visite, gli ambulatori per problemi e l'utilizzo della piccola tecnologia, provocano l'immaginazione. Realisticamente, tuttavia, poichè dal punto di vista organizzativo non sussistono differenze sostanziali tra i due gruppi di medici, la spiegazione del divario tra gli orari di lavoro va cercata altrove.

Innanzitutto va sottolineato ancora l'ambiguità della domanda del questionario che può aver generato risposte imprecise. Composizione della popolazione assistita dai medici e la frequenza del ricorso alle cure, l'atteggiamento del medico nei confronti dei propri assistiti e la raffigurazione individuale del proprio ruolo professionale, sicuramente si intersecano con gli elementi da noi indagati.

**TABELLA XII-Frequenza della medicina di gruppo e dell'impiego di personale ausiliario in medicina di base.**

tipo di collaborazione	N.	%	
medicina di gruppo	18	22.5	-in media inizia col 1984. Solo in 8 casi i gruppi sono composti da più di 2 medici.
personale di segreteria	14	17.5	-a dipendenza ed a prestazione in proporzioni uguali lavora 17 ore la settimana mediamente. attività prevalenti di accoglimento e di disbrigo dell'attività burocratica. anche attività infermieristica ed uso della tecnologia medica.
personale infermieristico	6	7.5	-prevalentemente a dipendenza(4:3). impiegato mediamente 20 ore la settim. per attività professionali, inoltre di segreteria e di assistenza sociale.
altri collaboratori	4	5.0	-solamente consulenti medici dei quali non si conosce l'attività.

**TAB XIII-Modalità dell'organizzazione ambulatoriale indagate.**

	N.	%	
-telefono in ambulatorio	56	70.0	-rischia di essere uno degli strumenti meno usati dal medico.
-segreteria telefonica	74	92.5	-custodita prevalentemente a casa dove la metà dei medici dispone dell'aiuto dei familiari per ricevere le chiamate telefon.
-fasce per le consultazioni telef.	20	25.0	-adottate prevalentemente nelle prime ore del mattino (n.14) in concomitanza con l'arrivo delle richieste per le visite domiciliari.
-prenotazione visite ambulatoriali	23	28.5	-sono indicati esclusivamente i medici che adottano di regola questo sistema: 16 ricevono in parte e 7 esclusivamente su prenotazione. la prenotazione è effettuata sempre dal personale quando è presente.
-ripetizione ricette (fuori orario di ambulatorio)	16	20.0	-chi di regola prenota le visite, adotta questo sistema nel 70% dei casi. Il personale, quando disponibile, collabora solo nel 68% dei casi.
-ambulatorio per problemi	19	23.7	-di recente introduzione, mutuato dalla ricerca, 14 sono per gli ipertesi e 9 per i diabetici.

**L'organizzazione del medico di base.**

Innanzitutto, il medico di base lavora ancora da solo. Il numero ancora molto piccolo di medici che lavorano in gruppo o si avvalgono della collaborazione di personale ausiliario (17.5% e 27.5% rispettivamente) va attribuito indubbiamente ad ostacoli che può essere difficoltoso superare.

La tabella XII illustra la frequenza con cui i medici hanno adottato il sistema della collaborazione.

La tabella XIII riassume le modalità con le quali il medico di base garantisce agli assistiti la propria reperibilità e l'accesso all'ambulatorio.

Nella tabella XIV è posto a confronto il bagaglio di "piccola tecnologia" dei medici del nostro campione con quello dei 1000 medici piemontesi oggetto di uno studio curato dalla Regione Piemonte nel 1987 (3).

I medici dichiararono di utilizzare anche: urotube (7), test per lo streptococco (7), attrezzatura per lavaggi auricolari (7), test di gravidanza (5), set per la RCP

**TABELLA XIV-La piccola tecnologia**

	CSerMEG		DeMartino
	N	%	%
otoscopio	73	91.3	60.0
sticks urinari	73	91.3	78.1
strisce per glicemie	72	90.0	-
set chirurgico	52	65.0	82.2
oftalmoscopio	47	58.7	39.5
glucometro	33	41.2	-
elettrocardiografo	28	35.0	16.2
cateteri uretrali	23	28.7	-
apparecchio per VES	21	26.2	-
sterilizzatrice	10	12.5	-

**TABELLA XV-Gli strumenti informativi e l'informatica.**

	N.	%	
cartella clinica	73	91.3	si tratta della CMOP in 40 casi, del modello tradizionale adattato in 26 casi, di un mod.regionale in due casi ed in 1 caso del mod.PIMMG.; 4 medici utilizzano una cartella computerizzata (2 il pr.Janssen).
registri per problemi	42	52.5	strumenti di ricerca (34 sono di età e sesso ed ipert.art.) trovano impiego nella gestione dell'ambulatorio per problemi.
personal computer	18	22.5	ancora poco diffuso, trova impiego nella gestione degli archivi della ricerca (4) e dei registri (5).

(5), test per sangue occulto (4), anu-rettoscopi (4) e microscopio (3).

Sono 48 (il 60 % del totale) i medici attrezzati con più della metà del corredo elencato nel questionario, mentre 32 (il 40 %) propone attrezzature ulteriori.

L'ultimo aspetto dell'attività del medico, indagato con il questionario, riguarda le modalità di trattamento delle informazioni (tab.XV).

#### La formazione del medico di base.

Alle riviste citate nella tabella XVI vanno aggiunti altri titoli segnalati dai medici. Sono : Quaderni di

Sanità Pubblica (4), Salute e Territorio (4), giornale SIMG (4), Epidemiologia e Prevenzione (4), New Engl.J. Medicine (3) e Prospettive Sociali e Sanitarie (2).

In totale, i medici che sottoscrivono abbonamenti sono 71 (l'88.7 % del campione).

Nella tabella XVII sono illustrate le modalità e le frequenze con le quali il medico ricorre alla collaborazione di altri colleghi per la sua formazione. Il totale dei medici interessati è di 71 (88.7% del campione).

49 (61.2 % del campione) sono i medici impegnati in progetti di ricerca che, per la gran parte, è condotta sotto la guida di centri e/o associazioni professionali, che fungono nello stesso tempo da promotori e da garanti.

**TABELLA XVI-Le letture dei medici**

	N.	%
The Medical Letter	44	55.0
Ricerca e Pratica	44	55.0
Medico e Bambino	17	21.2
Informazioni sui farmaci	13	16.2
British Medical Journal	13	16.2
Lancet	13	16.2
Corriere Medico	6	7.5
Medico e Paziente	6	7.5
J.Royal Coll.Gen.Pract.	5	6.2
Testate specialistiche	5	6.2
Altre	8	10.0

**TABELLA XVII-Le forme collaborative della formazione**

	N.	%
piccoli gruppi informali	19	23.7
C.S. e R.M.E.G.	18	22.5
associazioni professionali	12	15.0
ordine, ULSS e Regione	8	10.0
SIMG	6	7.5
industria farmaceutica	5	6.2
SNAMI	4	5.0

**TABELLA XVIII-I progetti di ricerca**

	N.	%	
PRO-SPAA	15	18.7	ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI DI MILANO.
I.S.A.	15	18.7	
Dieta Iposodica nell'I.A.	5	6.2	
Formulario Terapeutico	4	5.0	
FANS	3	3.7	
Registri di Problemi	14	17.5	C.S. e R.M.E.G.
Farmacovigilanza	6	7.5	
ALTRE GUIDATE:	10	12.5	Forme collaborative proposte e condotte da associazioni professionali, università e ospedali (patolmammaria, disturbi dell'alvo, psicofarmaci, rischio cardiovascolare, dislipidemie) condotte autonomamente dai singoli medici e/o in piccoli gruppi informali (vedi relaz. al Congresso).
ALTRE AUTOGESTITE:	17	21.2	

**TABELLA XIX-Le realizzazioni e le aspettative dei medici di base.**

campo	casi	nuovi	totali	
medicina di gruppo	18	17	35	-Il desiderio è di formare nuovi gruppi e/o di adeguare il numero dei di quelli già operanti.
personale ausiliario	20	12	32	-Questa condizione appare sempre più subordinata al realizzarsi del lavoro di di gruppo.
prenotazioni	23	13	36	
piccola tecnologia	58	5	53	-I medici dispongono già di una dotazio- ne strumentale molto ampia; non si registra (come per la medicina di gruppo) lo stimolo derivante dalla nuova convenzione.
ambulatori p.problemi	19	10	29	-La "gestione" del flusso dei pazienti va di pari passo con nuovi interessi per la ricerca ed il miglioramento delle prestazioni.
cartella clinica-CMOP	40	8	48	-Studiata per facilitare al medico il trattamento delle informazioni, sembra destinata a "scontrarsi" con consuetudini immutabili e non trova spazio per nuove "prove".
informatica	18	12	30	-Il medico ritiene che sia giunto il momento di cimentarsi con il p.c.
ricerca	49	11	60	-Le aspettative si riferiscono a nuovi progetti (5), a collaborazioni con le CSERMEG (2) all'utilizzo di registri (3).

(segue)

## Conclusioni.

E' lusinghiero constatare che i progetti e le innovazioni, di cui il Centro Studi è uno dei più attivi promotori, sono entrate a far parte del bagaglio culturale e professionale del medico di base.

Il ruolo esercitato dal Centro Studi è ancora più evidente se si esaminano le "aspettative" dichiarate da 45 medici nei loro questionari.

Le aspettative ed i progetti futuri dei medici indagati sono illustrati in tabella XIX: in colonna sono stati affiancati i "casi" tratti dalla sintesi dei questionari e le aspettative dichiarate ("nuovi") per ogni campo di applicazione. I due dati sono stati sommati per consentire una "ideale" misura della evoluzione futura dell'organizzazione del medico di base.

La conclusione più logica, a questo punto, è seguire la discussione che si è svolta nei gruppi di lavoro in cui è stata suddivisa l'assemblea congressuale.

Ai gruppi sono stati sottoposti i seguenti quesiti con lo scopo, unicamente, di fornire una traccia per lo sviluppo del confronto:

1. Quali potrebbero essere le modalità organizzative che qualificano la "prestazione professionale" del medico di base ed i fattori che ne impediscono l'attuazione.

2. L'integrazione della medicina di base con gli altri servizi: araba fenice? perché?

3. L'organizzazione della nostra attività corrisponde alle aspettative dei pazienti?

## Bibliografia

1.A.Piperno, A.Renieri. Il medico generico nella medicina di base. Franco Angeli, Milano, 1982.

2.Regione Emilia-Romagna: dipartimento sicurezza sociale studi e documentazioni. Il medico di base in Emilia-Romagna. 1985.

3.A.De Martino. Formazione del medico di base nella fase attuale di trasformazione del ruolo. ISIS News, 1987 (maggio-giugno):5-6;5.

4.A.C.Bosio. Nei panni del medico. Franco Angeli, Milano, 1986.