

CARATTERISTICHE DELL'UTENZA DEL MMG E DETERMINANTI DELL'ACCESSO

I dati dell'Indagine
Multiscopo Istat
'Salute 2005'

M. Marino, R. Gnani, R. Rusciani, T.
Spadea, A. Migliardi. G. Costa

SCaDU Epidemiologia ASL TO3 Piemonte



Le cure domiciliari tra utopia e quotidiano

un percorso evolutivo di professionisti e cittadini
verso una civiltà del prendersi cura

ROMA, 12-14 MAGGIO 2011

ATAHOTEL VILLA PAMPILI

Il ruolo del medico di famiglia

In questi ultimi anni, sempre di più, si è sviluppato in Italia un ruolo attivo del MMG in diversi processi di prevenzione e cura:

- processi di sorveglianza e screening (prevenzione delle patologie tumorali femminili)
- sviluppo della “medicina di opportunità” per la sorveglianza di patologie diffuse nella popolazione
- ‘Piano Nazionale di Prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute’ : intercettazione popolazione fragile, attivazione interventi sorveglianza

Questo ruolo nasce da:

- diffusione capillare del MMG su tutto il territorio nazionale
- rapporto necessario, personale e continuativo stabilito con i suoi assistiti

Quali sono le caratteristiche della popolazione che frequenta l'ambulatorio del medico MMG?

Qualche spunto dalla bibliografia

Accesso alla “*primary care*” è influenzato da :

- problemi di salute
- caratteristiche demografiche
- caratteristiche socio-economiche
- rete familiare ed amicale
- aspetti psicologici
- barriere di accesso

Interesse scientifico sui **frequent attender (FA)**, per l'elevato assorbimento del tempo lavoro del GP (MMG) e di risorse del SSN:

- I FA (circa 15% dei pazienti) sono responsabili di oltre il 50% del tempo lavoro del MMG (Vedsted, Christensen, 2005)

I Frequent attender

Diverse modalità di definizione dei FA, secondo l'intensità di frequenza dell'ambulatorio del MMG:

- dal 3% al 25% dei pazienti con numero più elevato di accessi
- numero di visite annue: da ≥ 5 a ≥ 12 (Vedsted, Christensen, 2005)

FA più rappresentati fra:

- i soli, le persone a basso reddito, i separati , i disoccupati
- chi soffre di patologie fisiche (cardio-respiratorie e fattori di rischio correlati) o di problemi psichiatrici (in particolare depressione, disturbo distimico, ansietà)
- chi pratica stili di vita meno sani (alcol, fumo, dieta inappropriata) (Gill, Sharpe, 1999)

Lo studio

Fonte

Indagine Multiscopo Istat “Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005”.

Obiettivi

- descrivere le caratteristiche della popolazione secondo le diverse modalità di utilizzo del medico
- individuare i determinanti l'accesso al MMG al netto delle condizioni di salute

Popolazione in studio

Persone di 15 anni ed oltre, per modalità di utilizzo del medico nelle ultime 4 settimane antecedenti l'intervista:

- una visita dal medico di famiglia
- più di una visita dal medico di famiglia (FA)
- almeno una visita dal medico specialista, senza aver utilizzato il MMG
- nessuna visita (MMG e specialista)

Caratteristiche indagate e metodi di analisi

Variabili utilizzate nella analisi:

- **caratteristiche socio-demografiche** (sesso, età, stato civile, tipologia familiare, livello di istruzione, condizione occupazionale)
- **condizioni di salute** (salute percepita, presenza di malattie croniche, disabilità)
- **stili di vita** (fumo, obesità ed attività fisica)
- **ricorso ai servizi sanitari** (ricoveri, farmaci, accertamenti diagnostici, riabilitazione ed assistenza territoriale).
- **ripartizione geografica** (Nord – Ovest, Nord – Est, Centro, Sud, Isole)

Analisi effettuate:

- **descrittive:** (prevalenze grezze, stratificate per sesso e ripartizione geografica, con riporto all'universo secondo indicazioni Istat)
- **modelli multivariati:** modelli logistici (due modelli: + 1 visita/mese, 1 visita mese, visita spec. **VS** nessuna visita; + 1 visita al mese **VS** 1 visita mese)

Risultati analisi descrittive

In Italia nel 2005, fra la popolazione di 15 anni ed oltre:

- 6 % più di una visita al mese (FA)
- 12 % una visita generica
- 10% almeno una visita specialistica (senza visita dal MMG)
- 72% nessuna visita

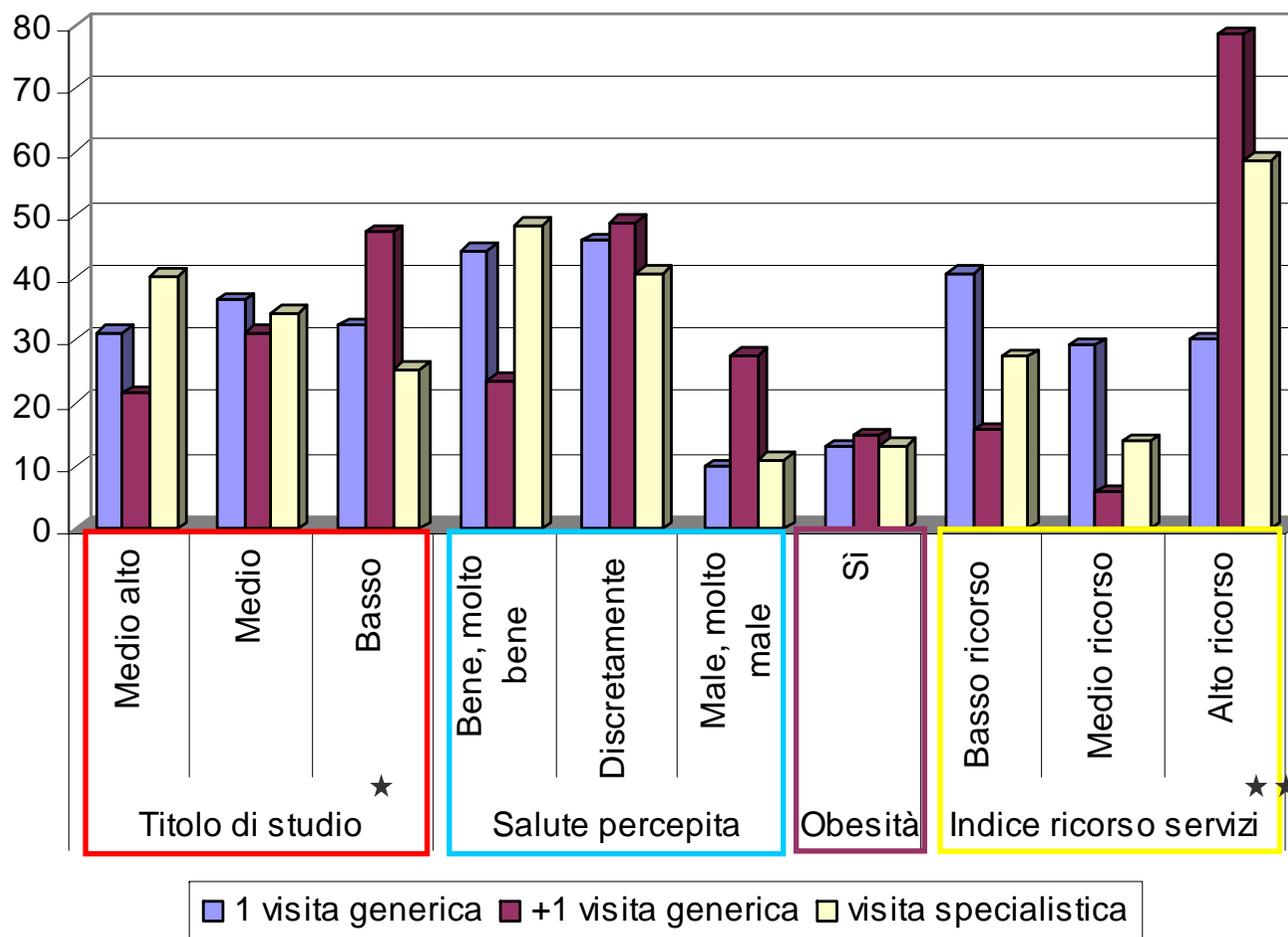
Caratteristiche demografiche

- le donne sono maggiormente rappresentate (oltre il 60% dei FA)
- la frequenza di visita presso il MMG cresce con il crescere dell'età (una visita al mese: dal 7% degli uomini ed il 9% delle donne tra i 20 e 24 anni a circa il 20% in entrambi i sessi per le persone di 75 anni ed oltre)

Caratteristiche dei pazienti del medico

Uomini

% pazienti per tipologia di utilizzo del MMG



■ 1 visita generica ■ +1 visita generica ■ visita specialistica

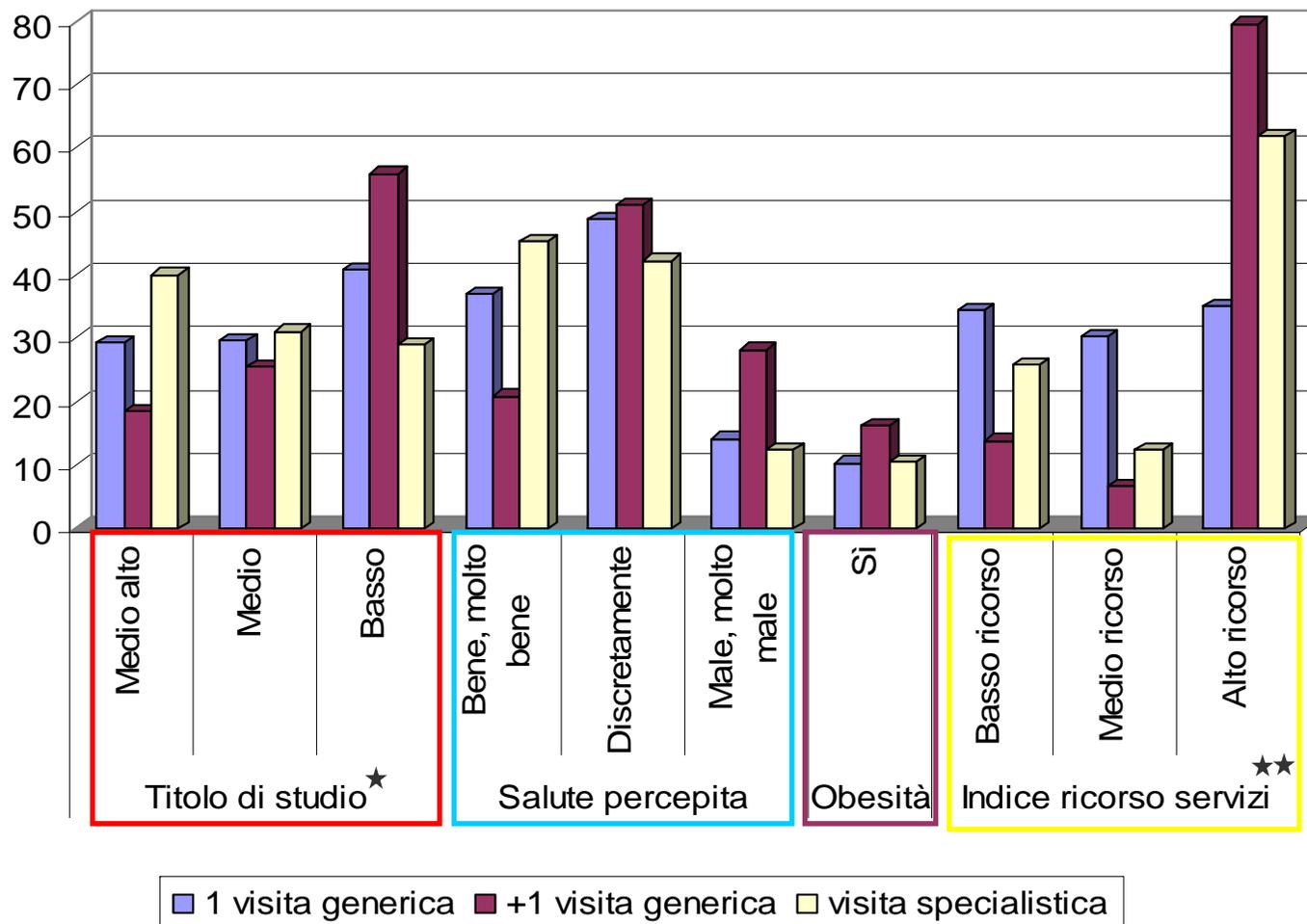
★ **Titolo di studio:** Medio alto = diploma superiore (4-5 anni) ed oltre; Medio = licenza media inf. e diploma scuola professionale (2-3 anni); Basso = Licenza elementare o nessun titolo

★★ **Indice ricorso ai servizi:** costruito dai tassi di utilizzo di ricoveri, farmaci, accertamenti diagnostici, riabilitazione ed assistenza territoriale

Caratteristiche dei pazienti del medico

Donne

% pazienti per tipologia di utilizzo del MMG



- ★ **Titolo di studio:** Medio alto = diploma superiore (4-5 anni) ed oltre; Medio = licenza media inf. e diploma scuola professionale (2-3 anni); Basso = Licenza elementare o nessun titolo
- ★★ **Indice ricorso ai servizi:** costruito dai tassi di utilizzo di ricoveri, farmaci, accertamenti diagnostici, riabilitazione ed assistenza territoriale

I determinanti l'accesso al MMG nella popolazione italiana

Controllando per età e condizioni di salute (indice di cronicità) l'accesso al MMG sembra correlato a:

Donne

- Essere monogenitore (OR 1,23)
(vs coppia con figli) (IC 1,09 – 1,40)
- Basso titolo di studio (OR 1,21)
(IC 1,08 – 1,36)

Uomini

- Scarse risorse economiche (OR 1,22)
(IC 1,11 – 1,35)
- Basso titolo di studio (OR 1,16)
(IC 1,02 – 1,33)
- Essere disoccupato (OR 1,22)
(IC 1,07 – 1,38)

I determinanti l'accesso dei 'frequent attender'

Per aree geografiche

Donne	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Centro vs Nord-Ovest	1,25	1,10	1,42
Isole vs Nord-Ovest	1,95	1,69	2,27
Nord- Est vs Nord-Ovest	0,95	0,83	1,08
Sud vs Nord-Ovest	1,83	1,62	2,05

Uomini	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Centro vs Nord-Ovest	1,32	1,13	1,55
Isole vs Nord-Ovest	1,96	1,63	2,36
Nord- Est vs Nord-Ovest	0,91	0,77	1,07
Sud vs Nord-Ovest	1,88	1,62	2,19

Nelle regioni del sud e nelle isole i MMG sono maggiormente esposti al rischio di avere fra l'utenza dei FA

I determinanti l'accesso dei 'frequent attender'

Per indice di cronicità

Donne	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Molto alto	1,61	1,38	1,89
Alto	1,45	1,25	1,68
Medio	1,23	1,06	1,43
Basso	1,21	1,03	1,41
Nessuna cronicità	1	-	-

Il soffrire di una o più malattie croniche è fortemente correlato al rischio di appartenere alla categoria dei FA

Uomini	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Molto alto vs nullo	1,63	1,35	1,97
Alto vs nullo	1,44	1,20	1,72
Medio vs nullo	1,38	1,15	1,64
Basso vs nullo	1,13	0,93	1,36
Nessuna cronicità	1	-	-

I determinanti l'accesso dei 'frequent attender'

Per caratteristiche sociali: titolo di studio

Donne	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Basso vs medio alto	1,28	1,12	1,47
Medio vs medio alto	1,11	0,98	1,26

Uomini	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Basso vs medio alto	1,21	1,05	1,41
Medio vs medio alto	1,15	1,002	1,31

L'averne un basso titolo di studio espone ad un più alto rischio di appartenere alla categoria dei FA

I determinanti l'accesso dei 'frequent attender'

Per stili di vita: inattività fisica ed obesità

Donne - obesità	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Obeso vs normo peso	1,17	1,04	1,31

Uomini inattività fisica	+1 visita generica al mese		
	OR	IC inf	IC sup
Inattivo vs attivo	1,13	1,02	1,26

Stili di vita a rischio per la salute espongono ad un più elevato rischio di appartenere alla categoria dei FA

Conclusioni e limiti dello studio

- I dati sembrano confermare, anche per l'Italia, le indicazioni di letteratura secondo le quali l'esposizione al rischio di una maggior frequenza del MMG è correlata a situazioni di deprivazione socio-economica, a parità di morbosità
- Sembra esistere nel nostro paese un gradiente geografico nelle diverse modalità di utilizzo del Medico (abitanti delle Isole e del Sud Italia hanno un maggiore frequenza di ricorso al MMG rispetto ai residenti al Nord)
- Limiti caratteristici degli studi trasversali, che non permettono di approfondire aspetti diacronici della relazione fra le variabili considerate nei modelli e non permettono di osservare il fenomeno dei FA nel corso del tempo

Possibili sviluppi

- Sono auspicabili ulteriori approfondimenti nell'ottica di fornire ai MMG strumenti utili all'identificazione dei FA ed all'adozione di misure mirate al miglioramento della qualità di vita dei pazienti e al contenimento della frequenza delle consultazioni (P. Vedsted et alii, 2002)
- Non ci sono studi che producano solide evidenze dell'efficacia degli interventi sui FA per migliorare la qualità di vita e ridurre la morbilità, a parte alcuni ridotti effetti su un sottogruppo di FA che soffrono di forme di depressione: esiste un miglioramento della sintomatologia, che non incide sulla frequenza del medico (F.T.M. Smits et alii, 2008).