

La fragilità e la vulnerabilità in sanità

Sintesi dei risultati di un progetto di ricerca sul campo per identificare determinanti di fragilità e vulnerabilità sociale e suggerire approcci migliorativi in popolazioni a maggiore rischio.

Maria Teresa Greco¹, Anna Roberto¹,
Giovanni Apolone², Luigi Bisanti³,
Mauro Niero⁴, Vittorio Caimi⁵,
Paolo Longoni⁵

ABSTRACT

Fragility and vulnerability in health care

Results of a research project aimed at identifying determinants of fragility and vulnerability in order to provide indications to health care providers for improving the situation in populations at highest risk.

► **Aim.** *The aim of the study was to identify the determinants of inequality in the request for, or provision of, health care, in order to assist health care providers in the Lombardy Region.*

► **Methods.** *All the general practitioners of Milan's local health unit (ASL) were involved in the project. The study consisted of two phases: a "descriptive" phase to quantify the frequency of vulnerability and fragility, assessed with an 11-point numerical rating scale, and an "analytic" phase, in a selected sample of patients, to identify cases in which necessary screening and rehabilitation interventions were not carried out, defined as sentinel events.*

► **Results.** *The values of fragility and vulnerability indicated by the physicians for 10,798 patients recruited for the descriptive phase were, respectively, 3.7 and 3.1. For the analytical phase of the study, 794 patients were recruited, for a total of 261 sentinel events, of which the most frequent was failure to comply with rehabilitation after stroke.*

► **Conclusions.** *This study, due to the high level of participation, made it possible to obtain an estimate of the fragility and vulnerability of the population assisted by general practitioners in Milan and to study the prevalence of sentinel events on the lack of access to SSN services provided.*

► **Key words.** *Vulnerable population | sentinel event | health care access.*

1. Unità di Cure Palliative e Terapia del Dolore – Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri' – IRCCS, Milano
mariateresa.greco@marionegri.it
2. Laboratorio per il coinvolgimento dei Cittadini in Sanità – Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri' – IRCCS, Milano
3. Direzione Scientifica, IRCCS – ASMN, Reggio Emilia
4. ASL Città di Milano
5. Università degli studi di Verona
6. Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG), Milano

RIASSUNTO

► **Obiettivi.** Identificare i determinanti di disuguaglianza nella domanda/offerta di salute, in particolare quelli dovuti a fattori di natura sociale, al fine di offrire un contributo concettuale, metodologico ma soprattutto empirico ai fornitori dell'assistenza sanitaria della Regione Lombardia.

► **Metodi.** Sono stati coinvolti tutti i medici di medicina generale della ASL-Città di Milano. Lo studio prevedeva due fasi: una "descrittiva" per quantificare la frequenza di vulnerabilità e fragilità, e una seconda "analitica", in un campione più selezionato di pazienti per individuare la mancata esecuzione di interventi di screening e riabilitazione (eventi sentinella).

► **Risultati.** I valori di fragilità e vulnerabilità (da 0 a 10) indicati dai medici per i 10.798 pazienti reclutati per la fase descrittiva erano rispettivamente di 3,7 e 3,1. Per la fase analitica dello studio sono stati reclutati 794 pazienti per un totale di 261 eventi sentinella, di cui il più frequente è stato la mancata esecuzione di riabilitazione post-infarto.

► **Conclusioni.** Questo studio, grazie alla buona partecipazione dei medici coinvolti, ha permesso di ottenere una stima di fragilità e vulnerabilità nella popolazione di assistiti dai medici di medicina generale di Milano e di studiare la prevalenza di alcuni eventi sentinella sul mancato accesso ai servizi del SSN forniti dalla Città di Milano.

► **Parole chiave.** Fragilità | vulnerabilità | evento sentinella.

INTRODUZIONE

Diversi studi, sia internazionali che nazionali, hanno evidenziato l'esistenza di una certa variabilità nell'accesso ai servizi sanitari e che tale variabilità può essere dovuta non solo a elementi relativi alla offerta in sé, ma anche ad alcune caratteristiche della domanda, non necessariamente descrivibili con variabili di tipo clinico¹⁻³. Partendo da questo assunto e tenendo conto che l'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dalla Regione Lombardia è di buona qualità², si è cercato di studiare quali potessero essere i fattori sociali in grado di spiegare la variabilità nell'accesso ai servizi forniti dal SSN: da tale ipotesi è nato il progetto "Fragilità e Vulnerabilità in Sanità", che ha coinvolto la ASL città di Milano, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche, il Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa Sociale e il Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale.

Tale progetto aveva come obiettivo quello di identificare dei determinanti di disuguaglianza nella domanda/offerta di salute dovuti a fattori di natura sociale^{4,5}, al fine di offrire un contributo concettuale, metodologico ma soprattutto empirico (dati, informazioni e strumenti) ai fornitori dell'assistenza sanitaria della Regione Lombardia.

Partendo dai dati di letteratura è emerso che esistono diverse definizioni dei concetti di fragilità clinica e vulnerabilità sociale ma, se per la fragilità è ormai di comune uso la definizione di "sindrome clinica, caratterizzata da un insieme di segni e sintomi che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio, particolarmente suscettibile ad insulti come perdita di peso non voluta, esauribilità, bassa capacità di spesa energetica, rallentamento motorio e debolezza", per la vulnerabilità sociale si è scelto di adottare la definizione coniata da Wisner⁶ secondo cui essa è intesa come "condizione ambientale, caratterizzata da un insieme di fattori che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio nel suo contesto familiare e sociale, particolarmente suscettibile a scompensarsi a fronte di eventi anche minimi".

In particolare, è stata adottata una definizione più ampia di vulnerabilità, nel contesto della quale poi si sono identificate componenti biologiche (età), cliniche (malattie e stato funzionale), sociali (debolezza sociale). La definizione di Wisner concettualizza la vulnerabilità come l'insieme delle caratteristiche di una persona o di un gruppo associato alla situazione/contesto in cui si trovano a vivere, che influenza la loro capacità di adattarsi, resistere e anticipare l'impatto di eventuali eventi negativi. Questa condizione, definibile come una aumentata suscettibilità/fragilità che espone la per-

È un fatto che esistano variabili nell'accesso ai servizi sanitari che non sono di tipo clinico.

Una definizione più ampia di vulnerabilità include componenti biologiche, cliniche e sociali.

sona o il gruppo ad un aumentato rischio di eventi sfavorevoli di tipo clinico, economico e sanitario nel momento in cui vi siano cambiamenti sfavorevoli del contesto individuale o sociale, può avere un impatto sulla salute che a sua volta può incrementare il livello stesso di vulnerabilità (e fragilità).

La vulnerabilità non è quindi un sinonimo di fragilità (clinica), povertà (economica) o marginalità (sociale) ma è un fenotipo che ha determinanti "genotipici" multipli che si possono identificare e valorizzare solo con un modello di tipo complesso. L'obiettivo di identificare, classificare o misurare la fragilità clinica (una delle componenti della vulnerabilità complessiva) implica quindi una ampia ma valida definizione teorica (la vulnerabilità della popolazione), una successiva definizione più ristretta (ad esempio, la vulnerabilità dell'anziano) e infine una definizione operativa, declinabile nel contesto del territorio (la fragilità dell'anziano misurabile dal MMG). In conclusione, la vulnerabilità sarà esprimibile come un vettore finale che è la risultante di molti altri vettori primari, dotato di una direzione, verso e grandezza.

Con questi presupposti è stato dapprima condotto uno studio pilota che ha coinvolto un campione di 15 medici del Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale e successivamente è stato pianificato uno studio più ampio rivolto a tutti i medici della ASL-Città di Milano. Questo studio ha previsto due fasi: una prima fase "descrittiva" con l'obiettivo di quantificare la frequenza di vulnerabilità e fragilità in una ampia e rappresentativa casistica di assistiti, e una seconda fase "analitica", in un campione di pazienti più selezionato, per descrivere e quantificare alcuni indicatori sociali e di qualità dell'assistenza sanitaria.

Vulnerabilità = fenotipo con determinanti genotipici multipli.

MATERIALI E METODI

Lo studio, condotto da aprile a giugno 2011, è stato finanziato dalla Regione Lombardia e promosso dalla ASL-Città di Milano in collaborazione con il Centro Nazionale Prevenzione e Difesa Sociale (CNPDS), il Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSeRMEG) e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri' di Milano (IRFMN).

Il protocollo è stato approvato dal Comitato Etico della ASL-Città di Milano.

Medici di medicina generale reclutati

A tutti i 1161 medici di medicina generale (MMG) della ASL Milano (7 Distretti) sono state inviate lettere di presentazione del progetto con l'invito a partecipare ad un corso di start-up. Al corso hanno partecipato 150 medici di cui 93 hanno accettato di aderire allo studio. Durante il corso sono state sviluppate tematiche inerenti la fragilità come espressione clinica del soggetto e la vulnerabilità come espressione del disagio sociale, e sono stati illustrati i form per la raccolta dati e il modulo di consenso informato da sottoporre ai pazienti selezionati a partecipare alla fase analitica dello studio. Inoltre sono stati distribuiti manifesti informativi sugli obiettivi dello studio da apporre nelle sale d'aspetto degli ambulatori dei medici partecipanti.

I responsabili per la medicina generale dei sette Distretti sanitari della ASL di Milano sono stati allertati per farsi carico della corretta consegna del materiale dello studio.

Aprile-giugno 2011, finanziamento della Regione Lombardia, 1161 medici reclutati.

Pazienti reclutati

Per la fase descrittiva dello studio non vi erano criteri di inclusione in quanto venivano arruolati i primi 4 pazienti che si presentavano in ambulatorio per qualsiasi motivo, clinico e/o burocratico, durante le prime 2 settimane dei mesi previsti per la raccolta dati.

I pazienti reclutati sono stati selezionati in base a genere, età e patologia di interesse. In particolare sono state studiate 4 aree di interesse:

- area prevenzione secondaria tumore della mammella (anticipazione diagnostica): donne, tra 50 e 69 anni di età (anni compiuti), non affette da tumore mammario attualmente in carico al MMG;
- area riabilitazione: pazienti in carico al MMG con diagnosi di infarto miocardico recente (ultimi 36 mesi);
- area monitoraggio: pazienti con diagnosi di diabete mellito, in trattamento farmacologico ipoglicemizzante;
- area prevenzione secondaria tumore del collo dell'utero (anticipazione diagnostica): donne, tra i 25 e 65 anni di età (anni compiuti), non affette da tumore del collo uterino attualmente in carico al MMG.

Per ogni area valutata, un ulteriore criterio di inclusione era la capacità del paziente di leggere, comprendere e fornire il consenso informato. Sono stati esclusi tutti i pazienti in carico al MMG da meno di un anno.

Variabili raccolte

Fase descrittiva

Per la fase descrittiva dello studio, ad ogni medico veniva richiesto di fornire una valutazione di fragilità e vulnerabilità utilizzando le seguenti definizioni:

- *fragilità*: sindrome clinica, caratterizzata da un insieme di segni e sintomi che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio, particolarmente suscettibile a scompensarsi a fronte di insulti anche minimi. La letteratura geriatrica la riconosce quando sono presenti: perdita di peso non voluta, esauribilità, bassa capacità di spesa energetica, rallentamento motorio e debolezza;
- *vulnerabilità*: condizione ambientale, caratterizzata da un insieme di fattori che rendono l'individuo, per quanto in equilibrio nel suo contesto familiare e sociale, particolarmente suscettibile a scompensarsi a fronte di eventi anche minimi. La letteratura socio-sanitaria identifica spesso la vulnerabilità sociale come un possibile determinante di problemi relativi ai determinanti sociali della salute.

Ogni medico doveva riportare su una scala numerica da 0 a 10 (0 = nessuna fragilità o vulnerabilità, 10 = massima fragilità o vulnerabilità) quali erano, a suo giudizio, i livelli di fragilità e vulnerabilità del paziente.

Fase analitica

Per la fase analitica dello studio il Servizio di Epidemiologia delle ASL di Milano ha fornito, per ciascun medico partecipante, una lista con i nominativi dei pazienti selezionati e della relativa area di interesse. Ogni medico contattava attivamente i pazienti e indicava l'eventuale presenza dell'evento sen-

1ª fase descrittiva dello studio: valutazione di fragilità e vulnerabilità.

tinella, definito come la mancata esecuzione di mammografia e di PAP test per le aree di prevenzione secondaria del tumore della mammella e del collo dell'utero; la mancata esecuzione del programma di riabilitazione fisico e/o psicologico del post-infarto nell'area riabilitazione e la mancata esecuzione dell'esame del fondo dell'occhio nei pazienti con diabete nell'area monitoraggio.

Inoltre il medico indicava la motivazione per cui il paziente non aveva eseguito l'esame o la riabilitazione, scegliendo tra una lista di risposte precodificate. All'interno della scheda per la raccolta dati, vi era anche una sezione con alcune domande su eventuali servizi informativi forniti ai pazienti sui programmi di prevenzione e riabilitazione e i relativi giudizi qualitativi.

Per ogni paziente reclutato venivano riportate variabili demografiche (etnia, religione, capacità linguistiche, eventuale attività lavorativa, abitudini voluttuarie, ecc.), variabili a carattere sociale (*life events* accorsi negli ultimi 12 mesi, *health status*, eventuali aiuti in denaro, contatti e consigli richiesti negli ultimi 12 mesi, ecc.) e variabili assistenziali (eventuale utilizzo di servizi del SSN, tempi e modi previsti per la prenotazione di eventuali esami diagnostici, ecc.). In particolare, per quest'ultimo tipo di variabili ai pazienti venivano richiesti giudizi qualitativi sui servizi del SSN utilizzati nel corso dell'ultimo anno.

Per ogni paziente si riportano variabili demografiche, sociali e assistenziali.

RISULTATI

Dati relativi a fragilità e vulnerabilità (fase descrittiva)

Dei 93 medici che hanno aderito allo studio, 90 hanno effettuato la raccolta dati e hanno riconsegnato le schede per la raccolta dati compilate. Il 52% dei medici era costituito da maschi e l'età media era di 54,6 anni (range 35-65).

Per la fase descrittiva dello studio sono stati raccolti i dati di 10.798 pazienti (età media 60,3 anni, 60% femmine) e i medici hanno indicato un valore medio di 3,1 per la vulnerabilità e di 3,7 per la fragilità. Da un'analisi sulla distribuzione di fragilità e vulnerabilità a seconda del sesso del paziente è stato evidenziato che nel caso della fragilità non vi era alcuna differenza (3,7 sia nei maschi che nelle femmine) e nel caso della vulnerabilità, alle pazienti femmine venivano attribuiti punteggi più alti dei maschi (3,2 vs 2,9).

Dati relativi ai pazienti reclutati (fase analitica)

Per la fase analitica dello studio sono stati reclutati 794 pazienti, le cui caratteristiche sono riportate in tabella I. La maggioranza erano di origine italiana (90%), con buona o ottima padronanza della lingua italiana (96%), di religione cristiana (92%), nella maggior parte dei casi con un'istruzione media superiore (37%). In oltre il 60% dei casi i pazienti vivevano in coppia e il medico dichiarava che erano in una condizione economica mediamente agiata (54%). Il 55% dei pazienti era pensionato. Le variabili sull'attività svolta dal paziente e sul tipo di lavoro svolto dal padre/marito o ultimo lavoro del paziente hanno registrato un'alta percentuale di valori mancanti.

794 pazienti reclutati: il 90% di origine italiana.

La valutazione del "capitale sociale" dei pazienti ha evidenziato che il 37% riportava almeno un *life event* significativo negli ultimi 12 mesi e il 23% al-

Tabella I. Caratteristiche dei pazienti (N=794).

Caratteristiche	%	Caratteristiche	%
Etnia		Condizione economica	
Italiana	89,7	Agiata	9,4
Sud Nord Centro Europa	0,5	Mediamente agiata	53,8
Est Europa	0,5	Poco agiata	24,4
Nord Africa/Medio Oriente	1,0	Disagiata	4,3
Sub-Sahariana	0,4	Missing	8,1
Indo Asiatica	2,0	Lavora	
Cinese/Est Asiatica	1,9	Sì	47,5
Sud Americana	3,0	No	51,8
Altro	0,4	Missing	0,7
Missing	0,6	Attività svolta se non lavora	
Padronanza lingua		Casalinga	17,8
Parla e capisce bene	95,5	Studente	0,7
Capisce ma ripetendo	2,0	Pensionato	55,0
Parla e capisce appena	1,4	Disoccupato	3,9
Missing	1,1	Missing	22,6
Religione		Lavoro del marito/padre o ultimo lavoro del paziente	
Cristiana	91,9	Casalinga	6,3
Islamica	1,3	Dipendente	28,9
Buddista/Confucio-Scintoista	0,6	Disoccupato	2,2
Altro	4,3	Pensionato	23,6
Missing	1,9	Missing	39,0
Scolarità		Life Event	
Nessuna/elementare	15,9	0 eventi negli ultimi 12 mesi	40,3
Media inferiore	21,2	1 evento negli ultimi 12 mesi	37,0
Media superiore	36,4	>1 evento negli ultimi 12 mesi	22,7
Universitaria	25,2	Capitale Sociale	
Missing	1,3	Come giudica la sua salute?	
Convivenza		Eccellente	3,3
Solo/a	20,5	Molto buona	14,5
Solo/a con minore	13,2	Buona	45,7
In coppia senza figli	30,5	Passabile	27,3
In coppia con figli	30,0	Scadente	7,6
Missing	5,8	Missing	1,6
Abitudini voluttuarie		Ha qualcuno su cui contare in caso di bisogno	
Fumo	24,2	Sì	87,9
Alcol	9,3	No	6,1
Droghe	0,4	Missing	6,0
Problemi con la giustizia		Aiuti (denaro, contatti, consigli) negli ultimi 12 mesi	
Sì	2,1	0 aiuti	18,5
No	92,7	1-2 aiuti	44,0
Missing	5,2	3 aiuti	26,3
		>3 aiuti	11,2

meno 2. Il 6% dichiarava di non poter contare su nessuno in caso di bisogno e l'11% di aver ricevuto almeno 3 "aiuti" da altri. Riguardo il giudizio del paziente sulla sua condizione di salute il 46% la giudicava buona mentre in circa il 34% dei casi riferiva una condizione passabile o scadente.

La tabella II riporta qualche dettaglio sulla tipologia dei *life events* e sul capitale sociale: l'evento più frequentemente riportato era lo stress a causa del lavoro (24%).

Riguardo gli aiuti ricevuti, mediamente ogni paziente riceveva 2 aiuti (DS 1,5) tra denaro, consigli e contatti con un intervallo da 0 a 12 aiuti.

Nella tabella III sono riportati i giudizi sulla qualità dei servizi forniti dal SSN dai 261 pazienti che negli ultimi 12 mesi ne avevano utilizzato almeno 1. Nella maggior parte dei casi (50,2%) i pazienti indicano che, in base alle loro esperienze degli ultimi 12 mesi, hanno ricevuto un servizio buono o molto buono (24,2%).

Tabella II. *Life events* e capitale sociale (N.=794).

Variabili	N.	%
<i>Life events</i>		
Situazioni di stress a causa del lavoro	194	24,4
Stress prolungato per problemi familiari	179	22,5
Morte o malattia di un parente stretto	148	18,6
Danni fisici o gravi malattie	97	12,2
Perdita finanziaria	49	6,2
Gravi conflitti familiari	36	4,5
Separazione	13	1,6
Morte del coniuge	11	1,4
Violenza	2	0,2
<i>Capitale sociale</i>		
Aiuti in consigli negli ultimi 12 mesi	580	73,0
Aiuti in contatti negli ultimi 12 mesi	468	58,9
Aiuti in denaro negli ultimi 12 mesi	301	37,9

Tabella III. Qualità del SSN (No=261).

Come giudica la qualità dei servizi forniti dal SSN in base alle sue esperienze degli ultimi 12 mesi?

	Totale (%)	Mammografia (%)	Riabilitazione post-infarto (%)	PAP test (%)	Fundus oculi (%)
Eccellente	6,3	12,8	6,4	6,3	7,1
Molto buona	24,2	14,9	30,0	18,7	19,6
Buona	50,2	40,4	49,1	43,7	58,9
Passabile	13,8	19,1	9,1	20,8	10,7
Scadente	4,2	8,5	4,5	6,3	1,8

Dati relativi agli eventi sentinella

La tabella IV riporta i dati relativi agli eventi sentinella. In totale, su 794 pazienti intervistati, sono stati rilevati 261 eventi sentinella, di cui il più frequente è stato la mancata esecuzione della riabilitazione post-infarto (56,1%). Quando veniva chiesto ai pazienti per quale motivo non avevano eseguito uno dei programmi/screening per i quali erano stati selezionati, la risposta "non avevo tempo" risultava essere la più frequente, sia nel caso di mancata esecuzione della mammografia che del PAP test (rispettivamente 29,8% e 29,2%), mentre la più frequente motivazione addotta per giustificare sia la mancata esecuzione della riabilitazione post-infarto che dell'esame del *fundus oculi* per la prevenzione delle complicanze del diabete era "nessuno me lo ha proposto" (rispettivamente 75,4% e 42,9%).

Un'ulteriore analisi eseguita nella popolazione con mancata esecuzione di mammografia ha indicato che la somma delle risposte "problemi di lavoro", "non avevo tempo" e "orario incompatibile con impegni" costituivano il 49% del totale delle risposte date, evidenziando la difficoltà per le donne in età lavorativa a rispettare i programmi di screening.

Per ogni paziente veniva compilato anche un box contenente alcune domande relative alla quantità e qualità delle informazioni ricevute dal SSN sui programmi di screening, sulla riabilitazione post-infarto e sulla prevenzione delle complicanze del diabete, a seconda della patologia/problema tracciante per la quale il/la paziente era stato selezionato/a.

Dall'analisi di questi dati, lo screening per il tumore mammario è l'intervento di cui maggiormente le pazienti riferiscono di aver avuto informazioni (81,8%), mentre per la riabilitazione post-infarto solo il 36,7% dei pazienti ha informazioni. Un altro dato importante è che in oltre la metà dei casi sia per i programmi di screening che per la riabilitazione post-infarto, i pazienti non hanno potuto parlare con operatori esperti per decidere se aderire, mentre nel caso della prevenzione delle complicanze del diabete solo il 29,8% dei pazienti non ha potuto farlo.

Sembra esserci una difficoltà per le donne in età lavorativa a rispettare i programmi di screening.

Tabella IV. Eventi sentinella (N.=794).

Eventi sentinella	N.	%
Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni		
No	47	22,7
Sì	160	77,3
Riabilitazione post-IMA eseguita		
No	110	56,1
Sì	86	43,9
PAP test eseguito negli ultimi 3 anni		
No	48	25,5
Sì	140	74,5
"Fundus oculi" eseguito negli ultimi 2 anni		
No	56	28,0
Sì	144	72,0

Quando veniva chiesto ai pazienti con evento sentinella come giudicavano i servizi forniti dal SSN, il 27% sia delle donne con mancata esecuzione di mammografia che di quelle con mancata esecuzione di PAP li indicava come passabili o scadenti.

Il 90% dei pazienti con evento sentinella aveva utilizzato un servizio del SSN nei precedenti 12 mesi, con una certa variabilità all'interno delle popolazioni (dal 78,7% per la mancata esecuzione di mammografia al 94,5% per la mancata esecuzione di riabilitazione post-infarto).

DISCUSSIONE

Da questo studio sono emersi risultati interessanti sia in termini sociologici che clinici. Il dato sulla fragilità e vulnerabilità ha rilevato che il *rate* indicato dai medici era basso (3,1 e 3,7 rispettivamente per fragilità e vulnerabilità) evidenziando il probabile *bias* individuato nella valutazione esclusivamente dei pazienti che si presentavano in ambulatorio. Dalla letteratura è emerso che la prevalenza della fragilità oscilla, seppur misurata con diversi strumenti, tra il 7% e il 40% con una variabilità correlata con l'età e altre variabili socio-demografiche⁷. Per quanto riguarda la letteratura sulla vulnerabilità, vi sono meno dati a disposizione e diverse scale di misurazione: per esempio utilizzando una scala a 39 livelli il valore medio di vulnerabilità era di 9,97⁸ mentre la prevalenza risultava del 45,2%⁹.

Uno dei limiti di questo studio è stato proprio quello di non avere rilevato la valutazione di fragilità e vulnerabilità per i pazienti con gli eventi sentinella e non poter così studiare un'eventuale associazione tra alcune variabili socio-demografiche e il grado di fragilità e vulnerabilità indicato dal medico.

Un altro importante dato è emerso con la valutazione della prevalenza degli eventi sentinella e delle relative motivazioni di mancata esecuzione dei programmi di screening/riabilitazione. Infatti in oltre il 20% delle donne con mancata esecuzione della mammografia o del PAP test, la motivazione adottata era la mancanza di tempo. Probabilmente le incombenze familiari e lavorative, o alcuni fattori associati alla sensibilizzazione verso programmi di screening, possono spiegare tale fenomeno.

Riguardo la mancata esecuzione di riabilitazione post-infarto ed esame del *fundus oculi* per il monitoraggio delle complicanze del diabete, nella maggior parte dei casi i pazienti riferivano di non aver ricevuto nessuna informazione sull'esistenza di questi programmi. Probabilmente la discussa efficacia della riabilitazione post-infarto porta ad una scarsa attenzione all'informazione verso il paziente infartuato da parte del medico curante. Sarebbero da indagare le motivazioni che portano alla mancanza di informazione sulla prevenzione delle complicanze del diabete.

I MMG che hanno partecipato allo studio (l'8% dei medici di famiglia della ASL di Milano) hanno avuto scarse difficoltà nel comprendere il significato dello studio e nel portarlo a termine. Questo primo dato, che è già un buon risultato per una ricerca condotta nell'ambito delle cure primarie, è dovuto a vari fattori: il primo sta nella profonda conoscenza che il medico di base ha della sua popolazione di assistiti, una conoscenza non solo degli aspetti clinici ma anche di quelli psicologici e sociali. Di ognuno dei pazienti

Un probabile bias sta nella valutazione esclusiva dei pazienti di ambulatorio.

I MMG partecipanti hanno avuto scarse difficoltà nel comprendere il significato dello studio e portarlo a termine.

che entrano nel suo ambulatorio ogni giorno, il medico conosce le principali patologie, ma anche le problematiche lavorative e familiari, le storie di ognuno che compongono il quadro bio-psico-sociale. Un secondo fattore è la fiducia che i pazienti dimostrano al proprio medico nel momento in cui si impegnano a rispondere ai questionari, anche alle domande forse più intime o imbarazzanti. È questa l'espressione più emblematica di quel "consenso informato" che in medicina generale è elemento sotteso e implicito e che fa della relazione medico-paziente uno degli elementi fondanti della professione medica.

C'è stata, da parte dei partecipanti, una ottima capacità di reclutamento e di coinvolgimento degli assistiti, prescelti in maniera casuale dal sistema informatico della ASL, ma soprattutto una buona capacità di condurre le interviste che travalicavano, per alcuni aspetti, le consuete domande cui il paziente è di solito abituato a rispondere. Così è stato possibile fare emergere una descrizione ancora più precisa delle caratteristiche socio-demografiche dei pazienti reclutati, così come delle motivazioni profonde che li hanno portati a sottoporsi agli accertamenti e alle prassi mediche che erano oggetto dello studio. In questo senso la sincerità di ogni partecipante, accompagnata dalla autorevolezza "naturale" del proprio medico, ha costituito probabilmente il *quid* differenziale che rappresenta il valore aggiunto di molti studi condotti nell'ambito delle cure primarie. Alla fine ogni medico potrà utilizzare i risultati dello studio non solo come semplice materiale statistico, ma come lente di ingrandimento sulle proprie convinzioni in termini di assistenza globale agli assistiti, come verifica reale delle proprie capacità di persuasione, come oggetto di discussione tra pari in merito ai meccanismi che regolano l'accesso a determinate prestazioni, alla loro effettiva correttezza in termini di risultati attesi, alle problematiche sottese ai motivi di rifiuto esplicitati dai pazienti.

Lo studio suggerisce inoltre le premesse metodologiche per costruire e affinare uno strumento di valutazione concreto utilizzabile nel contesto delle cure primarie. Utilizzare in maniera sistematica, per ognuno degli assistiti che accedono agli ambulatori di medicina generale, la registrazione del valore di vulnerabilità (con accezione sociologica) e di fragilità (con accezione clinica) e la sua periodica rivalutazione, potrebbe costituire una prassi efficace per valutare meglio sia il singolo paziente nel corso del tempo, sia le diverse popolazioni di assistiti, in un'ottica epidemiologica. Uno strumento da sviluppare integrandolo nei data base dei medici di medicina generale, allo scopo di descrivere con maggiore precisione e in maniera dinamica le alterazioni bio-psico-sociali dei pazienti. **R&P**

La fiducia dei pazienti verso il medico curante e l'autorevolezza del medico: premesse per la buona riuscita dello studio.

Uno studio che può dare avvio alla costruzione di uno strumento concreto di valutazione in ambito di cure primarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Steinbrook R. Disparities in health care. From politics to policy. *N Engl J Med* 2004; 350: 15.
2. Costa G, Spadea T, Cardano M. Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28 (Suppl): 1-162.
3. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AR, et al. for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008; 358: 23.
4. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 2002; 7: 186-8.
5. Guilford Mc, Morgan M (eds). Access to health care. London: Routledge, 2003.

6. Wisner B, Piers B, Cannon T, Davis I. At risk: natural hazards, people's vulnerability, and disasters. 2nd ed. London: Routledge, 2004.
7. Bilotta C, Casè A, Nicolini P, Mauri S, Castelli M, Vergani C. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. *Aging Ment Health* 2010; 14: 1024-36.
8. Shega JW, Andrew M, Hemmerich J, et al. The relationship of pain and cognitive impairment with social vulnerability: an analysis of the Canadian Study of Health and Aging. *Pain Med* 2012; 13: 190-7.
9. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhe A, et al. Mental health, vulnerability and general practice: a study of non-profit health centers in Grenoble. *Sante Publique* 2011; 23 (Suppl 6): S97-111.

Partecipanti allo studio

Laura Angioni, Francesco Apicella, Raffaella Aprea, Tiziana Arvieri, Vanna Avoledo, Maurizio Bardi, Gizela Beccari, Valeria Bellini, Claudia Bertoglio, Giuseppe Bettelli, Linda Bianchi De Grazia, Giuseppina Borrini, Vincenzo Bova, Olga Bove, Ludovica Caputo, Franco Carnesalli, Ivano Cavaleri, Alberto Cefalo, Ada Celsi, Sandra Cescon, Marilyn Chemotti, Eleonora Cianci, Renata Ciminaghi, Claudio Corso, Laila Cortese, Tullio Cottatellucci, Alberto Cozzi, Antonella Cressotti, Adriano Crimella, Angela Crippa, Angela Croce, Concetta De Palo, Fausto De Roberto, Antonio Demurtas, Bruno Donadini, Pietro Ferralis, Pieraugusto Ferrario, Lucia Fiorentino, Elisabetta Fogari, Luigina Franchi, Massimo Franzinelli, Laura Frosali, Maria Grazia Fusi, Domenico Gangemi, Cristina Garbin,

Flora Giantomaso, Stefano Giavarini, Davide Gola, Carlo Gozzoli, Giuseppe Grandinetti, Giulio Guerrini, Laura Introvini, Marija Kusanovic, Anna Maria Lazzari, Ernesto Levi Radaelli, Vincenzo Lombardo, Florangela Lopriore, Corrado Magnocavallo, Chiara Marchisio, Valerio Marsala, Pierluigi Mezzadra, Monica Milianti, Francesca Molteni, Claudio Montalto, Fabrizio Montalto, Mario Montani, Stefano Nobili, Maria Beatrice Pagani, Cataldo Paletta, Roberto Palmieri, Giorgio Papetti, Ancella Paralovo, Giorgio Pasquinucci, Pierantonio Pavan, Paolo Personeni, Maria Beatrice Pezzoni, Claudio Pirovano, Giuseppe Porpora, Patrizia Rodriguez, Valentina Rossi, Mario Schivo, Tiziana Semplici, Andrea Sideri, Monica Sutti, Viviana Vanin, Pierangelo Varisco, Domenico Venanzio, Alessandro Vergani, Giovanni Villa, Sandro Zambotti.