

RIVISTAQQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale - Periodico di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS-VRQ e SIMG Verona

Editor-in-Chief: Roberto Mora

Senior Editors: Mario Baruchello, Francesco Del Zotti (Science Editor)

Managing Editor: Giulio Rigon

Assistant Editors: Marco Grassi,, Giulio Nati, Paolo Schianchi, Alberto Vaona

Senior Assistant Editors: Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via, Ferdinando Petrazzuoli

Pasquale Falasca, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Michele Valente, Giorgio Visentin

International Committee: Julian Tudor Hart †, Paul Wallace

Web: rivistaqq.org info@rivistaqq.org

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>

Dirigione: Via dell'Artigliere, 16, Legnago (Verona)
Redazione: c/o ODM di Vicenza,
Via Paolo Lioy, 13, 36100 Vicenza
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12.12.95
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica

INDICE

EDITORIALE.....	2
I COVID TEAM AT HOME	4
MEDICINA GENERALE, CAMBIAMENTO, DOMANDE.....	13
EFFETTI COLLATERALI DELL'EPIDEMIA DA COVID 19 PASSAGGIO RAPIDO DALLA MEDICINA HIGH-TOUCH ALLA MEDICINA HIGH-TECH NELLE CURE PRIMARIE RURALI.....	16
PIATTAFORMA TELEMATICA PER IL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI SOSPETTI, DEI POSITIVI E DEI QUARANTENATI.....	19
VIDEO-CONSULTO DEL MMG IN EPOCA COVID-19.....	21
AUDIT DI STRUTTURA AMBULATORIALE PER LA RISPOSTA AL COVID-19 IN MEDICINA GENERALE.....	22

NUMERO SPECIALE COVID-19



E' POSSIBILE FERMARSI A PENSARE ANCHE QUANDO SIAMO NELL'EMERGENZA?

Mario Baruchello, Giò Batta Gottardi
Medici Medicina Generale Bassano (VI)

In un recente editoriale comparso sul BMJ, 2019;366:l4713 doi: 10.1136/bmj.l4713 (Published 24 July 2019), M. Roland poneva la questione circa la possibilità se uno smartphone con un'app dedicata potesse o meno sostituirsi alla consultazione classica in medicina di famiglia e se potesse essere quella di "Babylon" la risposta alla crisi delle cure primarie (che lui definisce "nata da una combinazione di crescente difficoltà nell'esperienza dell'accesso al proprio MMG, di riduzione del numero degli stessi MMG e di un carico di lavoro sempre in aumento, dovuto questo al crescente numero di anziani con polipatologie complesse").

Questo tema era già considerato suggestivo. La realtà ha riservato ben altri scenari, degni di un attualizzato "Day after". Della drammatica situazione attuale, che ci stordisce, inquieta, commuove, ci rende partecipi, ci fa indignare, ci fa tremare, noi, qui siamo chiamati, invece, ad astrarre un nucleo specifico, una piccola riflessione, se comparata con l'immane sforzo che ci spetta ogni giorno.

Dove trovare ancoraggio all'azione di cura nella medicina generale/di famiglia oggi?

Provenendo noi dall'ambito formativo specifico professionalizzante del medico di medicina generale siamo soliti riservare ai giovani colleghi sedute formative partecipate ed accorate, ispirate ad un obiettivo educativo centrale: la crescita di un professionista riflessivo (consapevole della necessità di orientare la propria formazione di vita all'acquisizione di competenze evolute trasversali, critiche, multidisciplinari, agili e pronte al cambiamento).

Il nucleo portante della metodologia della medicina generale, la palestra dell'esercizio pratico della riflessione è quella dell'incontro fra medico e paziente. Su di essa di solito convergono esperienze, riflessioni, esercitazioni pratiche, simulazioni, sedute induttive, e semplificazioni di analisi multidimensionali.

Uno dei riferimenti culturali più fortunati è stato un fondamentale scritto comparso su JAMA a cura di Emanuel ed Emanuel: The Physician-Patient-Relationship, JAMA, April 22/29, 1992, vol. 267, pag. 2226. In esso leggiamo: "L'essenza dell'agire medico consiste in una tramatura fatta di conoscenza, comprensione, insegnamento ed agire. All'interno di essa il medico che presta cura realizza un'integrazione fra la condizione clinica della persona ed i suoi valori relativi alla salute, e propone una scelta operativa, cercando di persuadere il

paziente degli obiettivi di merito di tale approccio ed a quali valori sia stata ispirata la scelta d'azione. Il medico che possiede un'attitudine di cura incorpora come ideale, in questo operare, il metodo deliberativo".

Nell'approccio deliberativo si ragiona, reciprocamente (medico e paziente), per giungere ad un consenso che porti al "bene comune". Disaccordi, obiettivi ed argomentazioni sono le basi su cui si costruisce il futuro risultato comune che idealmente contiene anche le "giustificazioni" delle scelte decise. Nell'incontro tra le due autonomie (quella tecnica del medico e quella del paziente) si incontrano due posizioni valoriali iniziali, di contenuto tecnico analitico deduttivo interpretativo quella del medico, di natura soggettiva bio-psicosociale quella della persona portatrice di bisogni. Queste posizioni legittime vanno dichiarate, in un contesto il più possibile caratterizzato da integrità e sincerità, e sottoposte a valutazione critica, per riorientarle verso una scelta responsabile, frutto, questo, di una riflessione morale comune.

Siamo consapevoli che nel mare tempestoso del vissuto di scelte difficili come le attuali, - *caratterizzate da necessità di guide nelle decisioni cliniche monche di fonti certe basate su prove, ove le necessità operative dei processi assistenziali sono fonte di angoscia-*, abbiamo bisogno di qualche conforto. Uno potrebbe essere quello che gli scenari di riferimento valoriali debbono rimanere

costanti e sono universali , nel convincimento che essi operano sempre e comunque, anche in "background" come oggi, pronti ad illuminarci consapevolmente ogni volta che possiamo "tirare il fiato", anche per pochi minuti, ed illuminare la fatica del tempo presente.

I COVID TEAM AT HOME: un progetto per dotare il territorio di un servizio medico specializzato in accessi domiciliari per pazienti a rischio di trasmissione di contagio da coronavirus

Paolo Misericordia, Giovanni Olimpì,
Noemi Raffaelli, Vincenzo Landro

Medico di Assistenza Primaria, AV4-ASUR Marche

Premessa

I protocolli che si stanno definendo in questo periodo e le indicazioni che sono state fornite alla popolazione prevedono, fino a quando questo è possibile, una permanenza domiciliare del paziente affetto da ILI (Influenza Like Illness).

L'isolamento domiciliare è previsto anche per coloro che risultano positivi alla ricerca di COVID-19 (asintomatici o con sintomatologia tale da non richiedere ricovero ospedaliero) o per i casi sospetti anche in attesa di effettuare il tampone diagnostico.

E' inevitabile però prevedere la visita di questi pazienti presso le loro abitazioni in caso di necessità, per monitorare l'evolvere delle condizioni cliniche e per evitare che, in un momento così delicato per lo stato psico-fisico del paziente, egli possa sentirsi escluso dalla disponibilità delle necessarie prestazioni sanitarie o addirittura sentirsi abbandonato da un intero sistema. Non sarebbe difficile immaginare altrimenti, che il paziente

veniva di fatto indotto ad attuare percorsi alternativi, invocare la visita domiciliare da altri medici, o accedere autonomamente allo studio del Medico di Famiglia (MdF) o al PS/Ospedale.

È evidente, d'altra parte, che uno degli obiettivi da perseguire è quello di preservare, in questi momenti, il contagio degli operatori sanitari, già enormemente esposti; come purtroppo sta accadendo in molte aree del nostro Paese, oltre a mettere a repentaglio la loro stessa vita, il loro contagio diventa ulteriore elemento di diffusione esponenziale della malattia e priva di assistenza sanitaria intere comunità già provate dalla presenza dell'epidemia.

Non è d'altronde verosimile che un MMG disponga sempre delle competenze, dei mezzi e del know-how per riuscire a utilizzare adeguatamente in autonomia le misure di protezione (DPI, ...) idonee a limitare il rischio di contagio in occasione di visite domiciliari. Lo svolgimento di queste attività prevede addirittura la presenza continua di un **doppio operatore** per massimizzare le attenzioni nel rispetto di procedure tanto delicate.

La carenza dei DPI e conseguentemente la necessità di ottimizzare l'utilizzo di quelli disponibili, può ragionevolmente prevedere, in questa fase, una «centralizzazione» delle attività che ne richiedono l'adozione.

È necessario, per non farsi cogliere impreparati dall'escalation dell'epidemia

su altre zone del territorio del Paese, disporre di squadre di sanitari pronte, equipaggiate ed addestrate per la valutazione a domicilio di soggetti affetti da ILL e per gestire i casi sospetti o affetti da COVID-19 in isolamento domiciliare.

Contesto e Difficoltà

Il progetto descritto ha riguardato il territorio della Provincia di Fermo (170.000 abitanti; 125 Medici di Famiglia), corrispondente all'Area Vasta 4 dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche.

Nonostante fosse ragguardevole, per i motivi sopra esposti, l'esigenza di organizzare al meglio l'assistenza territoriale per gestire e contrastare il contagio, la difficoltà del reperimento di risorse economiche ha reso complicata l'attuazione di progetti che richiedono comunque capacità di investimento. In particolare, a Fermo, l'Area Vasta (AV) non disponeva, a fine Febbraio, di risorse finanziarie adeguate a sostenere la costituzione di team per effettuare accessi domiciliari «organizzati e protetti» destinati alla valutazione clinica di pazienti con diagnosi o sospetta diagnosi di COVID-19.

In mancanza di disponibilità dei Medici di Famiglia (MdF) a far parte di tali team, i MMG dell'AV4, coordinati dalla Sezione FIMMG provinciale, hanno ricercato ed individuato un nucleo di giovani colleghi (frequentanti il CFSMG e/o inseriti nella graduatoria di sostituzione della CA), che

avevano interesse a svolgere questa attività.

Per quanto sopra detto e per l'urgenza di realizzare subito i team descritti, si sono dovute individuare, in tempi estremamente rapidi, modalità di finanziamento innovative ed integrate tra tutti i soggetti coinvolti.

L'iniziativa è stata pianificata e varata prima dell'uscita del DM n.14 del 9 Marzo 2020 che riportava l'istituzione delle Unità Speciali.

Le squadre sopra descritte, i COVID TEAM at HOME (CTH), sono attivi nell'AV4 dal 10 Marzo 2020.

Obiettivo

L'iniziativa presenta con i seguenti obiettivi:

1- disporre di **un team sanitario** sul territorio costituito da un **medico** e un **infermiere**, equipaggiato, addestrato e attrezzato per l'effettuazione di visite domiciliari a pazienti affetti da IAVR e ai casi sospetti o affetti da COVID-19 in isolamento domiciliare.

2- fornire ai pazienti affetti da IAVR con infezione da COVID-19 sospetta o già diagnosticata, la possibilità di essere visitati a domicilio, per gestire al meglio le loro esigenze clinico-assistenziali, rispettando i criteri di massima sicurezza per gli operatori sanitari, al fine di preservarli dal contagio, di evitare che diventino fonti di ulteriore disseminazione dell'infezione o che siano, sempre a

motivo di una esposizione non protetta al virus, costretti ad interrompere la loro attività assistenziale.

Composizione e Articolazione del Covid-Team at Home

Il CTH è composto da un medico e un infermiere.

I medici componenti il CTH sono individuati in un gruppo di medici selezionati e indicati dai MdF dell'AV4. L'attività del medico del CTH, pertanto, è da intendere "in sostituzione" del MdF in occasione dell'effettuazione della visita domiciliare del paziente nei primi 5 giorni della settimana, e come Continuità Assistenziale aggiuntiva nei giorni di Sabato e Domenica.

Il CTH è attivo nella fascia oraria 10.00-18.00, sette giorni su sette.

Dal 10 Marzo 2020 vengono attivate 2 unità operative di CTH, con basi operative baricentriche rispetto al territorio dell'AV. Da tali sedi i CTH possono spostarsi per effettuare visite a domicilio a pazienti con diagnosi o sospetta diagnosi di COVID-19.

In base al livello della richiesta di accessi domiciliari, il numero delle unità CTH attivate sul territorio potrà essere adeguato in un momento successivo.

Dai MMG dell'AV4 viene individuato un coordinatore, destinato a organizzare, gestire e coordinare l'intervento del CTH sette giorni su sette.

Oggetto dell'intervento del Covid-Team at Home

Il CTH interviene, effettuando visite domiciliari su richiesta del MdF o MCA, su pazienti:

- affetti da ILI, con significativo sospetto clinico per infezione da COVID-19, che necessitano di visita a domicilio
- che configurano "casi sospetti", in attesa di esecuzione di tampone diagnostico, e che necessitano di visita a domicilio
- affetti da COVID-19 in isolamento domiciliare, che necessitano di visita a domicilio

Criteri Clinico-Anamnestici per la richiesta di intervento del Covid-Team at Home

L'intervento del CTH può essere richiesto in base alla presenza di almeno uno dei seguenti criteri:

- Febbre elevata (> di 38°C) da più giorni con mancata tendenza alla regressione, associata a sintomatologia respiratoria (tosse importante, dispnea)
- Comorbilità e/o età avanzata con febbre alta e sintomatologia respiratoria (tosse, dispnea)
- Soggetto con precedente contatti con individuo affetto da infezione da COVID-19, sintomatico per sindrome respiratoria e febbre
- Soggetto proveniente da area a rischio con sintomatologia respiratoria e febbre,

dopo adeguato periodo di terapia sintomatica domiciliare.

In tutte quelle condizioni in cui il Medico sospetta fortemente che i sintomi possano essere riconducibili a infezione da COVID19.

Coordinatore del Covid-Team at Home

I MMG dell'AV4 in stretta relazione con la sezione provinciale della FIMMG, hanno individuato un medico coordinatore, dotato di notevole esperienza professionale e di elevata capacità di ascolto, con il compito di:

- recepire le segnalazioni da parte dei MdF e dei MCA di AV4 relativamente ai casi da visitare a domicilio

- condividere con il medico che richiede l'intervento del CTH l'effettiva necessità di procedere, dopo aver analizzato e verificato, insieme al medico richiedente, la presenza dei previsti criteri clinici e anamnestici

- assumere dal medico richiedente la formalizzazione per email dell'incarico ad attivare il percorso di visita (solo per i MdF)

- attivare le unità operative del CTH, assegnando la visita da effettuare

- comunicare al medico del CTH il n. telefonico del medico richiedente, affinché questi possa essere contattato per condividere le informazioni cliniche del caso coordinare la copertura dei turni tra i medici disponibili rendicontare le attività svolte, le visite effettuate, anche attraverso

la raccolta di questionari utili a profilare la tipologia dei casi sottoposti a visita domiciliare

Attivazione del Covid-Team at Home da parte del MdF o del MCA

Il MdF dell'AV4, o il MCA operante in una delle postazioni dell'AV4 il Sabato e la Domenica, avendo rilevato, in base a criteri clinici e anamnestici, la necessità di procedere a visita domiciliare di un paziente che ricade nelle tipologie sopra descritte, contatta telefonicamente il coordinatore del CTH. Il numero telefonico del coordinatore viene preliminarmente comunicato a tutti i MdF e alle postazioni di CA della AV4.

Il coordinatore del CTH verifica e analizza insieme al medico richiedente la presenza dei criteri clinici e anamnestici per poter procedere alla visita

In caso di conferma della presenza dei suddetti criteri, il medico coordinatore attiva la procedura per ottenere la formalizzazione della richiesta da parte del medico richiedente (via e-mail) (solo per i MdF) (Fig. 1)



Fig. 1 Schema di e-mail inviata dal Coordinatore al MdF che richiede la visita del CTH

Il MdF che richiede l'intervento risponde affermativamente all'email ricevuta, compilando un breve questionario (Fig. 2)

Fig. 2 Form del questionario sottoposto al MdF per formalizzare la richiesta della visita del CTH

Il medico coordinatore attiva la specifica unità CTH, assegnando la visita domiciliare da effettuare. Il medico coordinatore comunica al medico del CTH il nominativo e il n. tel. del medico richiedente, affinché possa essere contattato per condividere le info cliniche del caso

Al termine della visita il medico del CTH avrà cura di ricontattare il medico richiedente per informarlo sull'esito della sua valutazione (Fig. 3).

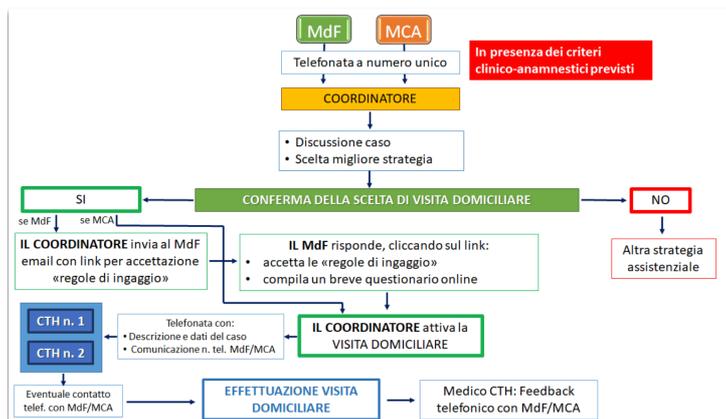


Fig. 3 Flow-chart del processo di attivazione del Covid-Team at Home

Dotazione del Covid-Team at Home

I componenti del CTH vengono dotati, da parte e a totale carico dell'AV, dei seguenti presidi:

-Ricettario regionale per il Medico del CTH

-DPI, Presidi medici per intervento domiciliare, compreso il pulsossimetro

- Automezzo di trasporto

- Presidi per sanificazione

Infermiere del Covid-Team at Home

Il personale infermieristico che compone il CTH è reso disponibile dall'AV4 che provvede anche all'organizzazione dei suoi turni o se personale fornito da Enti convenzionati, coordinato dagli Enti stessi.

Formazione del Covid-Team at Home

I componenti del CTH vengono preliminarmente formati e addestrati dal Dipartimento Prevenzione dell'AV4 e da un medico dell'U.O. Malattie Infettive, al corretto uso dei DPI e all'approccio medico di un paziente affetto da malattia altamente contagiosa.

Informazioni necessarie da fornire da parte del medico che richiede l'intervento del Covid-Team at Home

I. Presenza di patologie associate (soprattutto polmonari)

II. Durata della sintomatologia/ malattia attuale

III. Provvedimenti già attuati

IV. Risposta alla terapia instaurata

V. Conoscenza di elementi anamnestici di rilievo (viaggi, familiari positivi, contatti recenti con vicini o conoscenti fortemente a rischio per infezione da COVID-19)

VI. Eventuali allergie note

VII. Ogni altra informazione utile al Medico del CTH

Ripartizioni nella fornitura delle risorse e del finanziamento del progetto

Per riuscire a realizzare in tempi molto rapidi il progetto, alla luce delle difficoltà e delle situazioni di contesto, è stato necessario integrare, non solo la responsabilità delle singole attività richieste e la fornitura delle risorse, ma anche le disponibilità al finanziamento di tre soggetti: Area Vasta 4 – ASUR MARCHE, Sezione Provinciale della FIMMG di Fermo, Medici di Famiglia dell'AV4 (Tab. I).

Questo ha consentito di essere subito attivi, rispondendo in questo modo alla pressante domanda di organizzazione della gestione e del contenimento dell'epidemia che proveniva dai Medici di Medicina Generale (Medici di Famiglia e Medici di Continuità Assistenziale).

AREA VASTA 4 – ASUR MARCHE	SEZIONE PROVINCIALE FIMMG DI FERMO	MEDICI DI FAMIGLIA
Infermieri	Ideazione, sviluppo e coordinamento del progetto	Individuazione del nucleo dei medici del CTH
Formazione dei Medici ed Infermieri del CTH	RIMBORSO AI MEDICI ISCRITTI RELATIVAMENTE ALLE QUOTE «GETTONE CHIAMATA» PER LE VISITE DEL CTH (con tetto di 10 visite /mese per medico iscritto) E PER LA QUOTA VARIABILE DESTINATA AL RIMBORSO DELLA REPERIBILITÀ DEL MEDICO DEL CTH	Individuazione del Coordinatore del CTH
DPI (tute, occhiali, protezioni facciali, calzari, guanti)		RETRIBUZIONE CON GETTONE, DA PARTE DEL Mdf CHE RICHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL CTH, AL MEDICO CHE EFFETTUA LA VISITA
Automezzi per accessi domiciliari		
Sede delle postazioni dei CTH		
Dispositivi medici		
Ricettario SSN		
RETRIBUZIONE DEI MEDICI DEL CTH NEI GIORNI DI SABATO E DOMENICA		

Tabella I Tabella di sintesi delle ripartizioni per attività e finanziamento dei soggetti coinvolti

Risultati e Commenti

(Figure 4-5)

Il *Covid-Team at Home* dal 10 Marzo al 19 Marzo del 2020 ha effettuato 45 interventi, per le casistiche sotto riportate (Fig.4 e 5). Il coordinatore ha ricevuto nello stesso periodo 123 chiamate telefoniche: a fronte di tale numerosità, pertanto, solo una parziale quota ha esitato in un accesso domiciliare. Il ruolo del coordinatore si dimostra quindi essenziale quale importante "centro di ascolto" per i Colleghi alla ricerca di consigli ed orientamenti operativi. Inoltre il coordinatore riesce a ricondizionare l'obiettivo originale del medico che richiede l'intervento a domicilio del team, su altre più idonee strategie assistenziali, mantenendo elevata l'appropriatezza dell'utilizzo del servizio.

Il modo più corretto di interpretare l'iniziativa descritta impone inevitabilmente di considerare il contesto di straordinaria emergenza e l'estrema necessità di fornire all'assistenza medica sul territorio, in tempi immediati, risposte concrete ed efficaci.

La straordinarietà di tale contesto ha comportato una altrettanta straordinarietà dei meccanismi organizzativi e finanziari che hanno sostenuto la sua realizzazione.

C'è la consapevolezza che i tempi enormemente stretti in cui tutto è stato ideato e realizzato hanno certamente condizionato alcuni aspetti che sarebbero potuti essere affrontati con maggiore riflessione e ponderatezza.

La serenità e il sollievo con cui i MMG del territorio della Provincia di Fermo, in un momento di enorme sollecitazione e difficoltà come quello attuale, hanno accolto la disponibilità di questa risorsa, in attesa che venissero varate le Unità Speciali di Continuità Assistenziale previste da un successivo DM, rappresentano comunque l'indicatore più affidabile della qualità del risultato raggiunto.

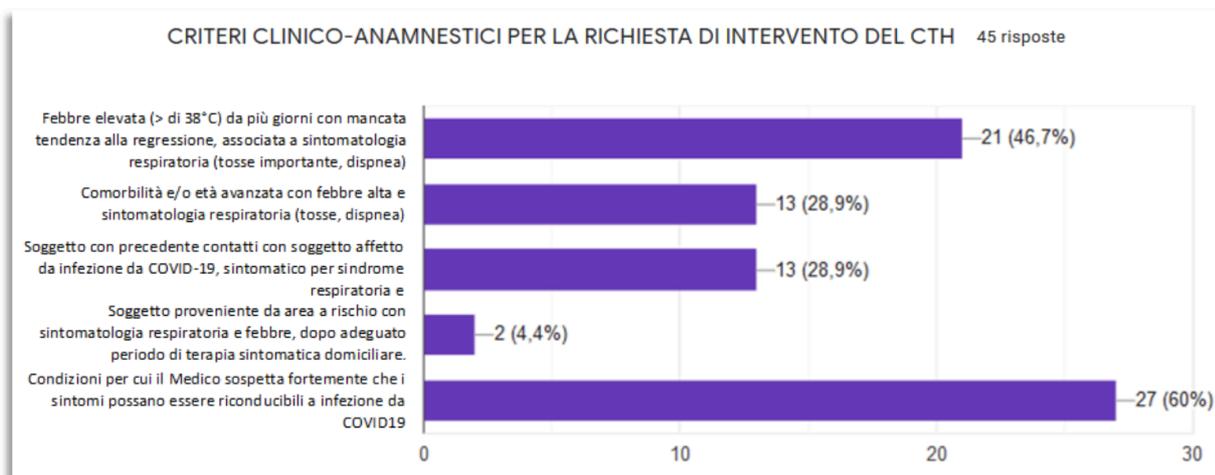


Figura 4 Percentuale di risposte ottenute dai Medici che hanno richiesto l'intervento del CTH, relativamente ai criteri clinico anamnestici dei casi oggetto della visita domiciliare

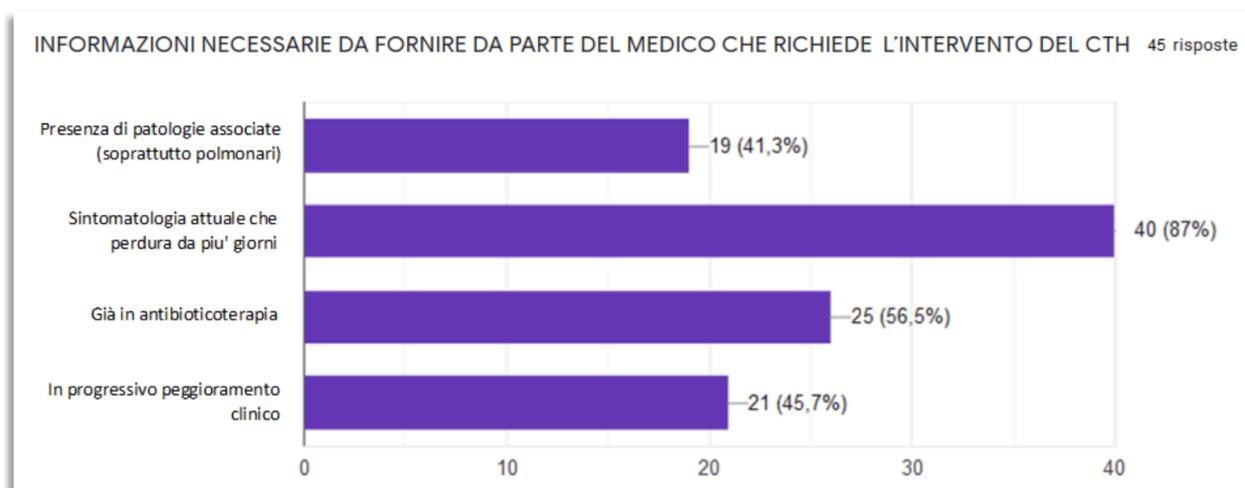


Figura 5 Percentuale di risposte ottenute dai Medici che hanno richiesto l'intervento del CTH, relativamente alle informazioni riferite ai pazienti oggetto dell'intervento.

MEDICINA GENERALE, CAMBIAMENTO, DOMANDE

Mario Baruchello,
Medico Medicina Generale Senior
Bassano (VI)

Scrive il 17.3.2020 Thomas H. Lee , MD, Editor del New England Journal of Medicine un articolo dal titolo : Creazione della nuova normalità: la risposta del medico a Covid-19 (1)

....Per i medici, tutto è cambiato nell'ultima settimana... moltissimo è il tempo per identificare quali pazienti hanno davvero bisogno di entrare in ambulatorio e chi può essere curato anche per telefono...." Non è così che dovrebbe essere sempre?" In altre parole, non dovremmo cercare di capire come prenderci cura dei pazienti senza farli entrare in ufficio se potessimo?"

....Mi ci è voluta un'ora per parlare con sei pazienti importanti. (Uno dei vantaggi del distanziamento sociale è che posso raggiungere facilmente i miei pazienti per telefono; uno svantaggio è che non vogliono riattaccare, perché sembrano entusiasti di avere un contatto umano.) Probabilmente mi ci sarebbero volute 2 ore per le loro visite se fossero venuti tutti

Durante questa crisi stiamo acquisendo nuove competenze poiché ci prendiamo cura dei pazienti senza vederli in ambulatorio.

Queste abilità renderanno la cura migliore ? Sapremo essere ancor più medici della persona dopo la fine della pandemia?

Ma allora dove finisce la empatia?

Il nucleo attorno a cui ruota la professione medica in medicina generale è strutturato sulla relazione interpersonale e sulla capacità del medico di costruire un rapporto efficace con il paziente. Il core del patto fiduciario, del legame con la persona oggetto di cure è rappresentato a sua volta dalla comunicazione, intorno a cui si tesse, in reciprocità ,la rete elaborativa necessaria alla risoluzione del malessere, ovvero la cura. E' provato che una buona comunicazione, in una relazione di fiducia e di partecipazione attiva di entrambi si associa a maggiore compliance, riduzione dei conflitti e riduzione di burn-out per i medici. Nel modello patient centred vi è uno scambio bidirezionale medico-paziente ; il paziente non è identificato con la malattia, diventa parte attiva del processo diagnostico e terapeutico ed è lui considerato l'esperto in quanto vero conoscitore del proprio disagio.

Il Medico di Medicina Generale opera una precisa scelta deontologica e metodologica nella modalità erogativa delle proprie competenze professionali: all'interno del contratto di aiuto egli non interviene in qualità di psicologo, o psicoterapeuta, o psichiatra, pur avendone

talvolta le competenze curricolari. Sceglie un approccio più complesso e al contempo immediato, che potremmo definire "è strumento di diagnosi e cura", ma in primo luogo di ascolto della persona con disagio ,paura e spesso con disturbi mal definiti. Oggi in situazioni di emergenza inoltre i sintomi e i segni che si presentano in modo aspecifico, e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo ,vanno valutati con criteri epidemiologici legati al contesto specifico e potrebbero richiedere un intervento urgente;

Dove finiscono i neuroni specchio?

Man mano che aumentano le distanze interpersonali cambiano i sensi coinvolti : intimità (0 - 45 cm), personale (45 - 120 cm), sociale (120 - 360 cm) e pubblica (\geq 360 cm).

La soluzione ora con il Covid-19 non è più a portata di...mano.

Dice Daniel Sedehi, docente di Medicina Interna a Stanford : "Per i pazienti, il contatto fisico - l'imposizione delle mani - ha un beneficio terapeutico, per motivi psicosociali e fisici", e continua Sedehi. "La mia convinzione è che l'esame fisico consenta ai pazienti di alleviare parte del loro stress. Se non stanno parlando e vedendo il loro medico, sono quasi lasciati nel buio. Per la nostra cultura le persone si aspettano che il medico le esamini. Senza quello, le emozioni potrebbero scatenarsi ". (1)

Può consolare che in uno dei dipinti più classici della professione del medico ,The doctor, conservato alla National Gallery è lo sguardo intenso del curante che si sostituisce alla mano in un silenzio pieno di significati.

Come finisce la prossemica?

La comunicazione non verbale è una trasmissione di contenuti, una costruzione e condivisione di significati che avviene a prescindere dall'uso delle parole, sicuramente per lo più involontaria e quindi meno controllabile. La codifica dei segni non verbali dipende da fattori che sono riferibili a caratteristiche personali, situazioni del contesto e ai diversi significati dei segni stessi per come sono utilizzati nelle differenti culture. Nell'approccio comunicativo valutiamo involontariamente l'aspetto esteriore / fisico del nostro interlocutore , che è il primo dato che viene percepito: esso ci fornisce informazioni generali sul gruppo etnico di appartenenza, genere, età, stato di salute, disposizione d'animo, disponibilità alla relazione, sincerità, fiducia; elementi, questi, che difficilmente possono rivelarsi sbagliati o essere cambiati durante l'interazione.

Il contatto corporeo è la forma più primitiva di azione sociale: può esprimere l'esigenza innata di un contatto che dia comprensione , rassicurazione, presa in carico: ne sono esempio contatti reciproci come lo stringersi la mano nel salutarsi. Ma diventa ancora più professionale

laddove individua con la mano aree di dolore, di possibile patologia; la visita presuppone un contatto individuale, richiesto e autorizzato volta a volta, come appoggiare la mano sulla spalla ma soprattutto con la semeiotica fisica diretta (touch) mediata o meno da strumenti medici.

Come cambia la semantica nella comunicazione?

Nel corso di un colloquio medico-paziente vengono scambiate istruzioni che sono definite "metamessaggi" ed il loro scambio "metacomunicazione".
(2) Nel linguaggio parlato esse sono rappresentate dalle caratteristiche tonali della voce, dalla mimica e dai gesti: e adesso ?

Sitografia

(1)https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0076?cid=DM88773_&bid=171903756

(2)<https://dottprof.com/2011/09/toccati-dal-medico/>

(3) Tesi di laurea (2011 – 2014) di un medico in Formazione la Dr.ssa Caterina Caré - relatore il Dr. Cosimo Antonio Raho

EFFETTI COLLATERALI DELL'EPIDEMIA DA COVID 19: passaggio rapido dalla medicina high- touch alla medicina high-tech nelle cure primarie rurali

Dott Ferdinando Petrazzuoli, MD, PhD
Medico di Medicina generale

L' infezione da Coronavirus sta portando un inaspettato impulso alla eHealth e telemedicina anche nelle zone rurali. Le drammatica epidemia ha portato i medici di medicina generale ad adottare schemi comuni per proteggere loro stessi ed i loro pazienti: per tutti i casi non urgenti, la consultazione faccia a faccia con esame fisico è stata di molto ridotta. Se la situazione è stabile, nessun esame fisico, ma ovviamente in caso di instabilità, abbiamo bisogno di eseguire un esame fisico: la saggezza e l' esperienza è ciò che ci sta guidando. Una cosa è certa, questa non è una normale influenza, somiglia molto alla "peste" della letteratura manzoniana e pertanto dobbiamo tutelare i nostri pazienti e noi stessi. Sappiamo bene che la condizione nella maggior parte dei casi comporta sintomi moderati come un comune raffreddore, in alcuni casi provoca febbre alta e sintomi più gravi e in alcuni di essi polmonite bilaterale interstiziale con grave ipossiemia e necessità di ventilazione meccanica.

I medici di medicina generale si sono adattati ed organizzati per offrire la migliore assistenza possibile, sia per gestire i pazienti con Covid-19 che per le cure di routine, nonostante la crisi economica ed i continui tagli. Però adesso, senza la comprensione e il sostegno delle autorità pubbliche, non saranno in grado di arginare questa epidemia.

Spiraglio di saggezza?

Per anni la iperregolamentazione burocratica inclusa la legge sulla privacy, ha condizionato fortemente e negativamente l'attività di migliaia di onesti ed umili lavoratori delle cure primarie lasciando parimenti grosse falle e chiudendo un occhio, se non addirittura due, nei confronti di grossi enti pubblici e privati con dubbi scopi e priorità ed interessi, permettendo loro di spadroneggiare con le informazioni ed i dati sensibili dei nostri pazienti.

Adesso, in un barlume di saggezza, pare che sia tollerato ciò che stiamo facendo autonomamente: la maggior parte delle consultazioni e delle prescrizioni e certificazioni riusciamo a farle per telefono, WhatsApp, e-mail, Skype e la maggior parte dei pazienti sta rapidamente diventando molto "high-tech" anche in un ambiente rurale.

Nel caso sospetto di Covid 19, il medico di famiglia esegue un primo triage telefonico e, se il sospetto è elevato, indirizza il paziente verso la procedura Covid 19; altrimenti si consiglia al paziente di rimanere a casa in una sorta di quarantena non ufficiale e con continui follow up telefonico.

Attitudini ancora da cambiare

C'è purtroppo ancora chi continua ad anteporre priorità economiche a quelle sanitarie. Una buona parte dei nostri politici, burocrati e funzionari continuano a pensarla alla stessa vecchia maniera. Non hanno capito che le priorità sono cambiate: si chiamano in soccorso medici giovanissimi o ultraanziani a fare gli eroi (o i martiri) nelle zone calde, senza il necessario equipaggiamento con contratti rigorosamente a termine, senza alcuna tutela e soprattutto pagati con 4 soldi. I nostri soldati che hanno fatto le missioni all'estero almeno guadagnano qualcosa in più; ma per medici, infermieri ed altro personale sanitario, questo non vale.

Quello che è deprimente ed insopportabile è che dopo oltre un mese dallo scoppio dell'epidemia ancora molti lavoratori sanitari lavorano senza mascherine o di qualsiasi altro presidio DPI.

Possibili problemi

La gestione di casi gravi di Covid-19 cattura l'attenzione della nostra società, e questo è abbastanza normale. In questo contesto, vengono effettuate solo le consultazioni e cure che non possono essere fornite da remoto o che non possono essere rinviate.

Mettere in pausa l'assistenza sanitaria di base troppo a lungo però, potrebbe scatenare una bomba a orologeria!

Rimpianto per decenni di tagli

Già oltre 10 anni i numeri mostravano che la nostra sanità era sotto finanziata e nonostante questo si continuava a tagliare nella incredulità, passività e conformismo della opinione pubblica. Chi di noi osava mostrare questi grafici non veniva preso sul serio: come diceva il grande Alessandro Manzoni: *"Il buon senso se ne stava nascosto, per paura del senso comune"*.

Sia ben chiaro: Nessun paese al mondo ha la capacità di accogliere così tanti pazienti in un'unità di terapia intensiva e di fornire loro una ventilazione meccanica allo stesso tempo.

Ma con un sistema sanitario meglio attrezzato le sofferenze e le morti potevano essere minori.

PIATTAFORMA TELEMATICA PER IL MONITORAGGIO DEI PAZIENTI SOSPETTI, DEI POSITIVI E DEI QUARANTENATI

Alberto Aronica, Emanuele Urbani
Medici Medica Generale, Milano
Cooperativa Medici Milano Centro - CMMCsc

Le Coop CMMC di Milano e GST di Legnano data l'emergenza hanno organizzato in pochi giorni, con uno sforzo collaborativo straordinario tra medici ed informatici, un importante servizio per ottimizzare il dialogo tra MMG e paziente a domicilio, in fase di sospetto, o in caso di positivi o di contatti primari da seguire a domicilio. Si tratta di un intervento telematico necessario, vista la grave difficoltà per i MMG di recarsi a domicilio, per la nota carenza di Presidi di Protezione per il MMG (DPI) con i conseguenti noti e gravi pericoli per lui e per gli stessi pazienti contattati

La procedura parte dall'iscrizione del MMG alla Piattaforma <https://www.visitamiapp.com/telemonitoraggio-coronavirus> , quindi invita il paziente ad adoperare questi servizi, e a usare il diario dei segni (Freq. cardiaca, freq. respiratoria, Pressione arteriosa, saturazione), e il diario dei sintomi che ogni paziente autorizzato dal MMG può inserire giornalmente

Viene definito uno *score di rischio* clinico in base a soglie concordate dai medici. In caso di evoluzione negativa, fanno scattare degli alert che arrivano in tempo reale sia al paziente (avvertendolo di contattare il proprio medico) sia al curante stesso.

La possibilità di invitare alla **video-visita** il paziente.

Tutto nasce dal supporto del centro servizi di "Rete Salute Lombardia" nato dalla rete d'impresa formata dalle coop CMMC e GST.

La piattaforma web, è consultabile da PC, smartphone e tablet, e fornisce al MMG un comodo cruscotto , ove in ogni momento il MG può consultare l'intero quadro costantemente aggiornato dei suoi pazienti domiciliari.

Il varo di questo servizio da una parte sta dando un grande conforto a pazienti e al proprio MMG: entrambi così possono continuare a mantenere un rapporto sia umano sia professionale; dall'altra parte ciò stabilisce un modello di interazione tra paziente il suo MMG e le nascenti Unità USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) unità di medici ASL che svolgono valutazione domiciliare dei pazienti COVID19 positivo; nonché degli interessanti **microteam organizzati dai MMG** in alcune paesi e città, in particolare a Fermo e Verona.

Invitiamo a visionare anche il sito del centro servizi delle due coop di Milano e il video di intervista a LA7 per il lancio del servizio <https://sites.google.com/coopcmmc.com/piccmmc>

VIDEO-CONSULTO DEL MMG IN EPOCA COVID-19

Italo Paolini

MMG Medico Medicina Generale, Arquata del
Tronto (Ascoli Piceno)

La difficoltà e rischio (per il MMG ma anche per il paziente) della visita domiciliare in questo periodo fa escogitare nuove modalità di contatto e follow-up da parte del MMG. Si tratta di un modello telematico interattivo, che potrebbe essere anche molto utile anche a Covid19 sconfitto.

Questo breve video illustra in pochi minuti questa importante possibilità:

<https://youtu.be/2dVURLDXju4>

AUDIT DI STRUTTURA AMBULATORIALE PER LA RISPOSTA AL COVID-19 IN MEDICINA GENERALE

Coordinatori:

Del Zotti Francesco¹, Blengio Gianstefano²,
Giulio Rigon¹, Claudio Sovran¹, Alice Serafini³

¹MMG membro di Netaudit; ²Medico
igienista-epidemiologo; ³MMG membro di
Netaudit e di Giotto

Medici di medicina Generale (MMG) italiani

Partecipanti:

Alesiani Maria Rosaria, Andreoli Claudio, Anderoli
Mimmo, Angeletti Agnoletti Samuele, Augruso
Angelo, Augurio Claudia, Bellamoli Sandro, Bertolusso
Luciano, Bossone Vito, Bracchitta Luigi Maria, Buono
Nicola, Caduto Rosa Maria Vincenzina, Carluccio
Miriam, Cianca Mario, Cottatellucci Tullio Stefano,
Covanti Massimo, Dalla Benetta Elisa, De Conto
Umberto, De Mola Cosimo, De Polo Paola, De Santis
Roberto, Del Zotti Francesco, Di Cesare Gabriele, Di
Donna Giuseppe, Di Febo Enrico, Donato Giuseppe,
Errico Cosimo, Farinaro Carmine, Ghirelli Graziano,
Gironda Giuseppe, Ianna Chiara, Ivis Stefano, La Marca
Anna, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Luppi Davide
Magliozzo Francesco, Mangione Paolo, Marafetti
Claudio, Marchioro Massimo, Mazzarino Anna, Mereu
Alessandro, Merlino Giovanni, Mistrorigo Silvio, Nardo
Salvatore, Nati Giulio, Negrini Augusto, Paoli
Valentina, Pasculli Domenico, Persia Alessandra, Perugini
Romolo, Pesolillo Gabriella, Peter Konstantin Kurotschka,
Rigon Giulio, Rubatto Elena, Sabbi Diego, Salvadori
Angelica, Smajato Gianfranco, Smaldone Antonio,
Tabarro Carmine, Tangorra Francesco, Tedeschi
Luca, Tondi Lidia, Tulino Renato, Ulanio Francesco,
Valletta Domenico, Zaulin Gian Paolo, Zenari Sonia

Introduzione

L'urgenza del problema COVID19 ha stimolato il gruppo italiano di MMG *Netaudit* (www.netaudit.org) verso il lancio di un Audit di *struttura ambulatoriale* al fine di indagare:

a) su quanto sia già pronto nel nostro ambulatorio al lancio dell'audit, in merito alla gestione dello spazio, degli accessi e degli strumenti utili (DPI e altri dispositivi).

b) e quanto sia realistico adeguare i presidi in breve tempo (dal 27 febbraio, lancio dell'Audit al tempo limite del 10 marzo), per fronteggiare l'emergenza Covid19.

Si è trattato di una sorta di pro-memoria che poteva essere compilato più volte anche ogni pochi giorni, in base alla possibilità di nuove implementazioni (ad es l'acquisto di *mascherine* o *dispenser*, con data prevista di arrivo entro il 15 marzo).

L'intento non è stato tanto quello di scoprire le abilità organizzative del singolo MMG, quanto quello di valutare sia il grado di limitatezza del contesto (ad es. l'approvvigionamento di DPI da parte delle istituzioni sanitarie), sia la complementare fattibilità entro pochi giorni di alcune pratiche manovre o di alcuni acquisti. Abbiamo, altresì, messo in relazione la disponibilità di DPI, strumenti utili e modifiche ambientali dell'ambulatorio rispetto al setting

organizzativo del MMG. Lo spettro è ampio: si va dal singolo MMG senza personale a medicine di gruppo con svariati MMG con diverse unità di personale.

Il Riquadro 1 mostra le domande del questionario-audit.

Modalità di reclutamento dei MMG

Data l'urgenza e la pochezza del tempo a disposizione non abbiamo potuto pianificare un reclutamento randomizzato. Ci siamo limitati ad uno studio pilota che ha riguardato gli iscritti e simpatizzanti di Netaudit.

Fattori in gioco

In funzione dell'analisi dei dati, dalla valutazione consensuale tra MMG di Netaudit appaiono risaltare tre fattori, di cui il primo di gran lunga il più importante:

- **La responsabilità esterna delle istituzioni pubbliche** che avrebbero dovuto, già negli anni scorsi, provvedere ad ampie scorte di Dpi, in vista di un evento pandemico (a cui tra l'altro siamo stati più volte vicini nell'ultimo decennio: si pensi ad es a SARS e MERS) e che avrebbero potuto acquistare o far produrre in loco molti Dpi appena avuta notizia dell'epidemia in Cina.

- Il Setting organizzativo del MG:

1) composizione: vi è uno spettro ampio che va dal MMG singolo senza personale a grandi medicine di gruppo con 4 o più MMG e diverso personale segretariale ed infermieristico.

2) modalità accesso: si va da quello totalmente "libero" a quello totalmente "su appuntamento".

- **L'auto-organizzazione del singolo MMG o della singola Medicina di Gruppo:** vi sono semplici strumenti, ad uso del singolo MMG, che servono sia nella pandemia sia nella prassi corrente, da tenere nella borsa. Ci riferiamo in particolare al *Termometro-contact-less* o al *Dispenser Contact-less* per igienizzanti.

Audit Struttura Ambulatorio per Covid19

©www. Netaudit.org

(potete compilarlo più volte in base agli adeguamenti; l'ultimo invio: Non oltre il 10 Marzo 2020)

*Campo obbligatorio

5. MG singolo o in gruppo *

Contrassegna solo un ovale.

- Singolo MG senza personale di studio
- Singolo MG con personale di studio
- Medicina gruppo semplice senza personale di studio
- medicina gruppo semplice con personale di studio
- medicina gruppo più complessa (4 o più medici con personale di studio)
- Altro

6. SISTEMA Appuntamento *

Contrassegna solo un ovale.

- solo sistema libero
- Sistema misto, prevalentemente libero
- Sistema misto, prevalentemente su appuntamento
- sistema solo su appuntamento

7. Possesso Mascherine per MMG (e per person studio, per chi ha il personale) *

Contrassegna solo un ovale.

- Nessun possesso, perché non trovate o non ottenute dalla USL.
- Possesso, ma mascherine non del tutto a norma (non trovate o non ottenute dalla USL
- Possesso masch. a norma in quant sufficiente, con mascherine a norma, ottenute dalla us o comprate in tempo
- Possesso, masch. a norma in quantità insufficiente
- altro

8. Posizionamento mascherine (anche semplici) su pazienti con sintomi da parte del MG o del personale di studio *

Contrassegna solo un ovale.

- Non possibile perché non trovate né avute dalla USL
- Posizionamento solo a parte pazienti con sintomi (per insufficienza numero)
- posizionamento sistematico
- altro

9. Possesso Occhiali protettivi *

Contrassegna solo un ovale.

- Nessun possesso, perché non trovati o non ottenuti dalla USL
- Possesso, ottenuti dalla USL
- Possesso perché acquistati
- Possesso, ma in numero insufficiente
- altro

10. possesso termometro contact-less *

Contrassegna solo un ovale.

- Nessun possesso, perché non trovato o non ottenuto dalla USL
- Possesso, ottenuto da USL
- Possesso: acquistato
- altro

11. SALA ATTESA: gestita distanza minima pazienti (1,5 .2 mt) - (ad es separando alcune sedie vicine e con istruz ai paz. o con cambio gestione appuntamenti) *

Contrassegna solo un ovale.

- Non possibile implementarla per geometria della sala
- parziale implementazione
- buona implementazione

12. SPAZIO FILA almeno 1,5 metri, davanti a personale di studio *

Contrassegna solo un ovale.

- NON applicabile: assenza personale studio
- VETRO protettivo davanti alla postaz. personale
- distanziamento difficile, per geometria sala attesa e spazi-stanze
- distanziamento parzialmente implementato
- distanziamento possibile ed implementato

13. SPAZIO riservato per pazienti con febbre e sintomi respiratori (magari arrivati in studio nonostante gli s-consigli) *

Contrassegna solo un ovale.

- difficile da attuare data la geometria dello studio
- e' stato creato spazio ad hoc
- Altro

14. DISPENSER igienizzante contact-less *

Contrassegna solo un ovale.

- Non trovato perché esaurito
- Ottenuto dalla USL
- Acquistato e presente in studio
- altro

15. Ritieni utile questo Audit di Struttura ?

Risultati

Numero e provenienza MMG

67 MMG partecipanti di 17 regioni italiane

Setting organizzativo dei MMG

(Figura 1)

13 MMG sono senza dipendenti (8 singoli e 5 in medicina di gruppo); 4 MMG singoli hanno dipendenti; 20 MMG sono in Gruppo di 3 MMG con dipendenti; 27 MMG sono in gruppo di 4 o più MMG con dipendenti

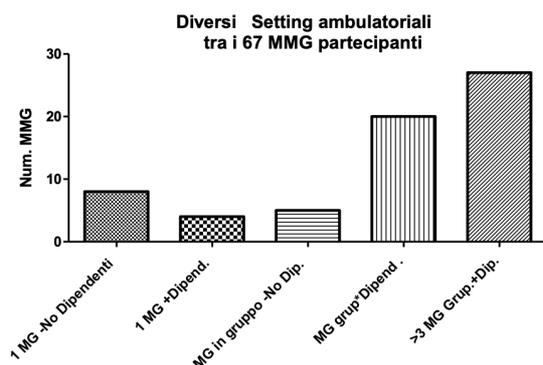
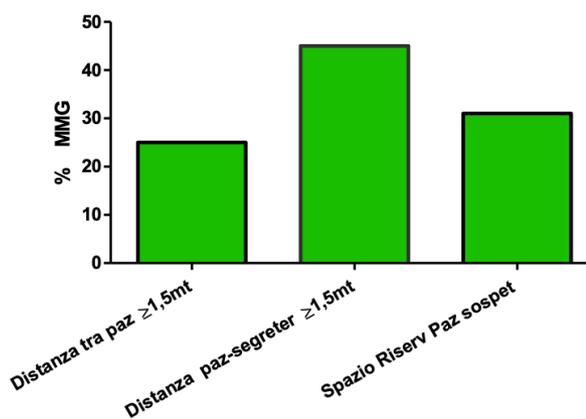


Figura 1 Setting Organizzativo MMG

Setting dell'Accesso

42 MMG hanno un sistema prevalentemente o esclusivamente di appuntamento.

proporzione(%) di buona implementazione Distanze tra pazienti in sala attesa



Partecipanti e Audit di II Fase

8 MMG su 67 hanno risposto all'invito di ri-compilare l'audit, dopo eventuali cambiamenti.

Data l'esiguità del numero non presentiamo dati statistici su questa variabile. Possiamo solo rilevare che la modifica principale si è avuta nel campo dell'acquisto di mascherine chirurgiche

ANALISI DESCRITTIVA DELLE VARIABILI CONSIDERATE

Variabili a chiara responsabilità esterna

Ci sono strumenti che è difficile che il MMG possa procurarsi in quantità sufficienti in previsione di una pandemia. Solo istituzioni sanitarie pubbliche possono attivare la distribuzione dai magazzini già pronti da mesi o anni per le scorte. Ci riferiamo in particolare:

- alle maschere professionali FFPP(2-3)

- alle maschere chirurgiche da posizione sui pazienti con sintomi suggestivi di Covid19 e agli occhiali o visiere.

Ebbene dalla **Figura 2** si evince che l'implementazione di questa responsabilità pubblica non vi è stata: i numeri assoluti e relative percentuali dei 67 MMG dotati di questi strumenti è molto bassa (intorno al 10% per occhiali o visiere per MMG e maschere chirurgiche da fare indossare ai pazienti; ed meno del 15% per le maschere professionali FFPP per MMG e personale).

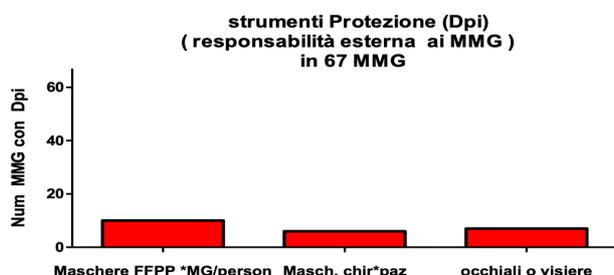


Figura 2 Strumenti (DPI) responsabilità esterna MMG

Variabili legate alla struttura dell'ambulatorio e al setting Ambulatoriale

Struttura sala d'aspetto e modifiche per Covid19 (Figura 3- 4)

E' una variabile che dipende sia dalla dimensione degli spazi sia dal setting organizzativo del MG.

In queste settimane convulse i MMG hanno dovuto adattare spazi e tempi delle visita ambulatoriali.

Figura 3 Distanze fra pazienti in sala d'attesa

L'hanno potuto fare in base ad iniziativa personale ma anche in base alla presenza-assenza di personale o articolazioni degli spazi e alla tipologia del sistema di appuntamento. Ci riferiamo quindi alle domande che vanno da 11 a 14 del questionario che mostrano che:

a1) il distanziamento tra i pazienti (ad es spostando o eliminando sedie) è stato realizzato dal 37% dei MMG;

a2) Il distanziamento addetto segreteria-primario paziente della fila è stato ottenuto nel 67% dei casi (segnaliamo che negli studi di 18 MMG è presente un vetro protettivo davanti alla segreteria);

a3) lo spazio ad hoc per pazienti sospetti, arrivati nonostante gli s-consigli, nel 46% dei MMG. In merito a quest'ultimo facciamo notare che questo adattamento è sempre meno importante

negli ultimi giorni, vista la generale regolamentazione degli accessi in ambulatorio e il rinvio sistematico di pazienti con sintomi a domicilio e vista la riduzione della frequenza di visite ambulatoriali.

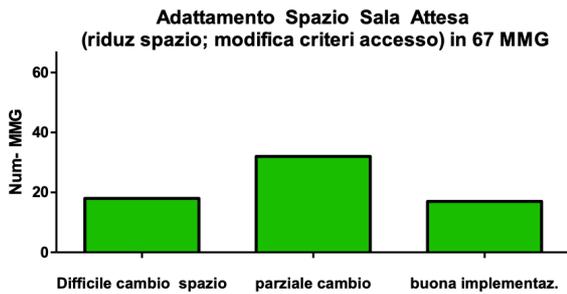


Figura 4 Adattamento Spazio sala d'attesa

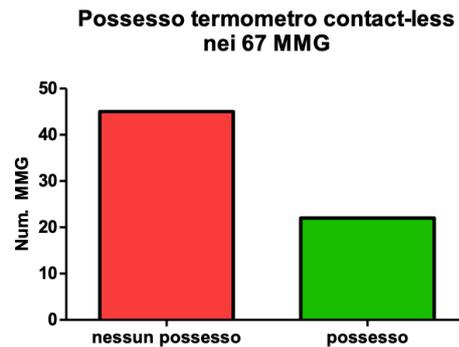


Figura 5 Possesso termometro contact-less

Due variabili di modificabilità da parte dei MMG :

1) Termometro Contact-less (**Figura 5**) : un terzo dei MMG lo posseggono (22/67).

(modificabilità interna da parte del singolo MMG, indipendentemente dal setting organizzativo).

2) Dispenser di igienizzante Contact-less: 18/67 (27%) MMG lo posseggono

(modificabilità interna da parte del singolo MMG e soprattutto della Medicina di gruppo)

ANALISI INFERENZIALE

Abbiamo eseguito una valutazione delle associazioni significative, pur con la doverosa avvertenza di un campione non randomizzato e una numerosità non elevata. I dettagli son descritti nel riquadro da pagina 29-32. Il testo continua a pagina 33.

Associazioni significative

La valutazione statistica mostra:

- associazioni significative tra più complessa organizzazione (medici con personale) o sistema di appuntamento e presenza almeno parziale di mascherine (**Figure 6-7**)

- associazione significativa tra più complessa organizzazione (medici con personale) e gestione spazio della sala di aspetto.

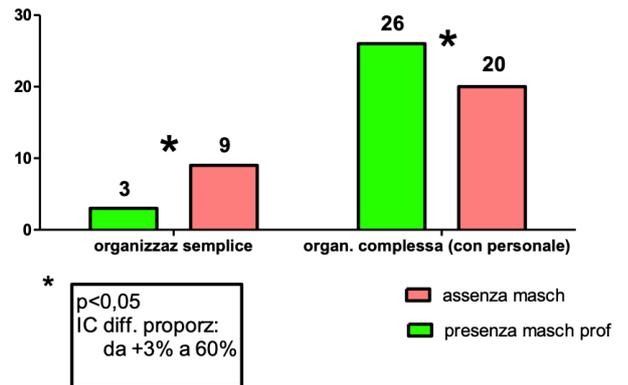


Figura 7 Livello di Setting organizzativo e presenza di mascherine chirurgiche

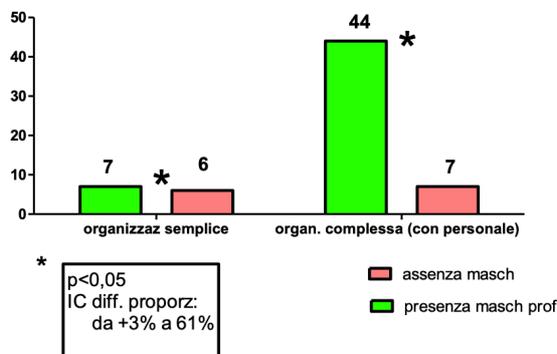


Figura 6 Livello di Setting organizzativo e presenza di mascherine FFP

L' esempio (la tabella immediatamente sotto) indica, come spiegheremo, la necessità di ricodificare e accorpare le voci

tab mgsingolo o in gruppo possesso mascherine per mmg e personale

	Possesso Mascherine per MMG (e per person				
MG singolo o in	studio, per chi ha il personale)				
gruppo	Nessun ..	Possess..	Possess..	Possess..	Total
Medicina gruppo sem..	4	0	1	0	5
Singolo MG con pers..	0	0	3	1	4
Singolo MG senza pe..	2	2	3	1	8
medicina gruppo piu..	6	2	12	7	27
medicina gruppo sem..	1	4	8	7	20
Total	13	8	27	16	64

Dall'esame della tabella contenente le frequenze delle variabili così come codificate si rileva che dette frequenze compaiono in numero insufficiente a consentire una corretta rappresentazione in una tabella RxC ai fini di possibili inferenze statistiche (troppe celle con contenuto zero). Alcune delle stesse debbono quindi essere opportunamente accorpate. Si è quindi scelto di procedere ad accorpamenti che, pur sulla base di un giudizio soggettivo, dessero origine a variabili che garantissero un buon gettito di frequenze pur rimanendo sufficientemente discriminate tra loro.

La scelta più corretta ci è sembrata quella di procedere ad una ricodifica delle v. trasformandole in v. dicotomiche. Ciò al fine di ottenere tabelle 2x2 con frequenze di numero adeguato e, soprattutto, di procedere ad analisi statistiche su variabili di risposta binarie mediante test su proporzioni.

Criteri di ricodifica.

Variabile org_level

= 0 = 'org_bassa' se "Singolo MG senza personale di studio" o "Medicina gruppo semplice senza personale di studio".

Si è ritenuto di considerare bassa la complessità organizzativa dello studio medico in assenza di personale amministrativo/infermieristico di studio, anche nel caso di medicina di gruppo. Ciò in quanto si è ritenuta più rilevante la presenza di detto personale ai fini di una maggior possibilità di seguire gli aspetti organizzativi e di gestione delle dotazioni, considerati nel presente studio, rispetto alla sola presenza di personale medico, anche in associazione.

= 1 = 'org_medioalta' se "Singolo MG con personale di studio" o "medicina gruppo semplice con personale di studio" o "medicina gruppo piu complessa (4 o piu medici con personale di studio)"

Variabile appuntamento

= 0 = 'prev_libero' se " solo sistema libero " o "Sistema misto, prev. libero "

= 1 = 'prev_appunt' se "Sistema misto, prevalentemente su appuntamento" o " sistema solo su appuntamento "

Variabile mask_score

= 0 se " "Nessun possesso , perche non trovate o non ottenute dalla USL"

= 1 se "Possesso, masch. a norma in quantita Insufficiente" o "Possesso, ma mascherine non del tutto a norma (non trovate o non ottenute dalla ULS" o "Possesso masch. a norma in quant. sufficiente , con mascherine a norma, ottenute dalla uls o comprate in tempo"

Variabile mask_pos

= 0 = No se "Non possibile perche non trovate nè avute dalla ULS"

= 1 = Si se "Posizionamento solo a parte pazienti con sintomi (per insufficienza numero)" o "posizionamento sistematico"

Variabile occhiali

= 0 = No se "Nessun possesso , perche non trovati o non ottenuti dalla USL"

= 1 = Si se "Possesso, ma in numero insufficiente" o "Possesso perche acquistati" o "Possesso, ottenuti dalla ULS"

Variabile termometro_CL

= 0 = No se "Nessun possesso , perche non trovati o non ottenuti dalla USL"

= 1 = Si se "Possesso, acquistato" o "Possesso, ottenuto da ULS"

Variabile sala_attesa_ok

= 0 = No se "Non possibile implementarla per geometria della sala"

= 1 = Si se "parziale implementazione" o "buona implementazione"

Variabile spazio_fila

= 0 = No se "distanziamento difficile, per geometria sala attesa e spazi-stanze"

= 1 = Si se "distanziamento parzialmente implementato" o "VETRO protettivo davanti alla postaz. personale" o "distanziamento possibile ed implementato"

Variabile spazio_pazienti

= 0 = No se "difficile da attuare data la geometria dello studio"

= 1 = Si se "e' stato creato spazio ad hoc"

Variabile dispenser_CL

= 0 = No se "Non trovato perche esaurito"

= 1 = Si se "Acquistato e presente in studio" o "Ottenuto dalla USL"

Con le variabili così ricodificate si è proceduto ad eseguire le seguenti analisi statistiche, utilizzando come variabili indipendenti- rispettivamente- la complessità organizzativa dello studio (variabile org_level) e le modalità di gestione dell'accesso pazienti (variabile appuntamento) e come variabili di risposta le altre sopra indicate:

- Tabella 2x2 con test chi quadrato (pearson e likelihood ratio)
- Test su proporzioni

Per quanto riguarda la complessità organizzativa dello studio si è rilevato che un livello organizzativo 'medio/alto' dell'ambulatorio appare associato in modo statisticamente significativo al possesso, almeno parziale, di mascherine, alla presenza di sala attesa con distanza minima, alla presenza di spazio adeguato per pazienti febbrili e—in modo più debole- con il posizionamento delle mascherine ai pazienti.

Nessuna associazione invece per 'possesso occhiali protettivi', 'possesso termometro contactless', 'spazio fila almeno 1,5 metri' e 'dispenser igienizzante contactless'

Per quanto riguarda la modalità di gestione dell'accesso pazienti (gestione prevalente con appuntamento o meno...) si rileva la presenza di un'unica associazione statisticamente significativa e precisamente quella con il possesso, almeno parziale, di mascherine

A seguito le tabelle riportanti i risultati dei test che hanno evidenziato esiti statisticamente significativi.

Livello organizzativo medio/alto vs Livello organizzativo basso (Variabile org_level) e:

Score possesso mascherine FFPP per MMG e personale

Tabella 2x2	Pearson chi2(1) = 6.7302	Pr = 0.009	
	likelihood-ratio chi2(1) = 5.8625	Pr = 0.015	
Test proporzioni	diff = .5384615 - .8627451 = -.3242836		
	95% Conf. Interval: -.6112618 -.0373053		
	z = -2.5943	Ho: diff = 0	
	Ha: diff < 0	Ha: diff != 0	Ha: diff > 0
	Pr(Z < z) = 0.0047	Pr(Z > z) = 0.0095	Pr(Z > z) = 0.9953

Posizionamento mascherine (anche semplici) su pazienti con sintomi

Tabella 2x2	Pearson chi2(1) = 3.7826	Pr = 0.052
	likelihood-ratio chi2(1) = 3.9243	Pr = 0.048

Test proporzioni $\text{diff} = 0.25 - .5652174 = -.3152174$
 95% Conf. Interval: $-.5990221 \quad -.0314127$
 $z = -1.9449$ $H_0: \text{diff} = 0$
 $H_a: \text{diff} < 0$ $H_a: \text{diff} \neq 0$ $H_a: \text{diff} > 0$
 $\text{Pr}(Z < z) = 0.0259$ $\text{Pr}(|Z| > |z|) = 0.0518$ $\text{Pr}(Z > z) = 0.9741$

Sala attesa gestita con distanza minima pazienti

Tabella 2x2 Pearson $\chi^2(1) = 5.3390$ $\text{Pr} = 0.021$
 likelihood-ratio $\chi^2(1) = 4.9217$ $\text{Pr} = 0.027$

Test proporzioni $\text{diff} = .4615385 - .7843137 = -.3227753$
 95% Conf. Interval: $-.616338 \quad -.0292125$
 $z = -2.3106$ $H_0: \text{diff} = 0$
 $H_a: \text{diff} < 0$ $H_a: \text{diff} \neq 0$ $H_a: \text{diff} > 0$
 $\text{Pr}(Z < z) = 0.0104$ $\text{Pr}(|Z| > |z|) = 0.0209$ $\text{Pr}(Z > z) = 0.9896$

Spazio riservato per pazienti con febbre e sintomi respiratori

Tabella 2x2 Pearson $\chi^2(1) = 6.5972$ $\text{Pr} = 0.010$
 likelihood-ratio $\chi^2(1) = 7.7379$ $\text{Pr} = 0.005$

Test proporzioni $\text{diff} = .0833333 - .5 = -.4166667$
 95% Conf. Interval: $-.639661 \quad -.1936723$
 $z = -2.5685$ $H_0: \text{diff} = 0$
 $H_a: \text{diff} < 0$ $H_a: \text{diff} \neq 0$ $H_a: \text{diff} > 0$
 $\text{Pr}(Z < z) = 0.0051$ $\text{Pr}(|Z| > |z|) = 0.0102$ $\text{Pr}(Z > z) = 0.9949$

Gestione accesso pazienti prevalentemente su appuntamento vs. prevalentemente libero (variabile appuntamento)e:

Score possesso mascherine professionali

Tabella 2x2 Pearson $\chi^2(1) = 7.0081$ $\text{Pr} = 0.008$
 likelihood-ratio $\chi^2(1) = 6.8405$ $\text{Pr} = 0.009$

Test proporzioni $\text{diff} = .625 - .9 = -.275$
 95% Conf. Interval: $-.489843 \quad -.060157$
 $z = -2.6473$ $H_0: \text{diff} = 0$
 $H_a: \text{diff} < 0$ $H_a: \text{diff} \neq 0$ $H_a: \text{diff} > 0$
 $\text{Pr}(Z < z) = 0.0041$ $\text{Pr}(|Z| > |z|) = 0.0081$ $\text{Pr}(Z > z) = 0.9959$

Associazioni non significative

Non vi è invece associazione significativa tra maggiore complessità organizzativa o sistema di appuntamento verso variabili possesso di termometro contact-less, o dispenser contact-less igienizzante per le mani.

Le precedenti due variabili contengono un certo grado di modificabilità interna alla Professione.

Termometro contact-less

Posseduto da 18/67 MMG : 27%

Si tratta di parte della dotazione moderna di strumenti del singolo MMG, dal costo non elevato e dall'apprendimento elementare. In effetti il Termometro Contact Less, prezioso in questo periodo, sarà utile anche al di fuori del periodo pandemico. Si tratta di integrare e aggiornare con esso ulteriormente il contenuto della borsa del medico (vedi precedenti studi sulla Borsa del MMG (1;2)

Dispenser di igienizzante contact-less

Analogo discorso si potrebbe condurre per i Dispenser contact-less, che solo 18/67 MMG posseggono. Dall'analisi non sono diffusi e spesso non presenti anche nelle Medicine di gruppo più complesse. Il Netaudit ci stimolerà ad acquisirli, a partire dalle medicine di gruppo

Commenti e conclusioni

I risultati di questo Audit, sebbene con i già citati limiti, sembrano comunque fornire alcune indicazioni:

Indicazioni per i MMG

Dalla analisi descrittiva ed inferenziale emerge la maggiore possibilità che hanno le forme più organizzate di Medicina Generale di dotarsi di alcuni DPI (mascherine professionali e chirurgiche da posizionare ai pazienti con sintomi). Abbiamo scelto, per l'analisi, un assunto un po' controintuitivo: sono più organizzati i MMG con personale, rispetto a MMG in gruppo senza personale. Per spiegare con un esempio pratico: chi potrebbe gestire il posizionamento delle mascherine a pazienti giunti in sala d'aspetto o la gestione degli spazi e degli accessi se non il personale di studio?

Resta insufficiente il possesso di termometri contact-less. Questa variabile non può non dipendere da un indirizzo che come MMG del gruppo Netaudit coltiveremo sempre più: ogni singolo MMG si impegnerà a gestire al meglio la "borsa del medico", includendo soprattutto strumenti di basso volume, di costo non elevato e di apprendimento agevole: e queste sono tutte caratteristiche del termometro Contact-less.

A sua volta la insufficiente presenza di dispenser per igienizzanti contact-less dovrà diventare, anche nel Post-Covid, uno standard, a partire dalle Medicine di Gruppo.

Vi è un'ultima annotazione da citare: pochi MMG (8/67) hanno aderito all'invito di implementare una II fase dell'Audit con la ricompilazione. Probabilmente ha influito la grande difficoltà in cui i MMG si sono trovati, che ha tolto spazio a questo ulteriore compito.

Vi è anche la possibilità che i MMG debbano ancora abituarsi all'idea di documentare il tornare sui propri passi, ed effettuare il *double check*. Questo resta un messaggio alla Prassi del nostro gruppo "Netaudit", di cui faremo tesoro nel post-Covid.

Indicazioni per il sistema Sanitario pubblico: il destino della MG

Le autorità pubbliche hanno ricevuto alcune drammatiche lezioni. La riscontrata bassa presenza di mascherine FFPP, maschere chirurgiche, occhialini (sia per i MMG ed il personale, nonché per i pazienti) è dovuta alla seria carenza delle autorità pubbliche nel preparare, con largo anticipo, la classe medica ad una pandemia (la responsabilità esterna dell'introduzione).

E da ciò sono discese le tante tragedie delle morti di medici, ed in particolare di MMG

Ma la carenza della gestione politica della MG non sta solo nell'assenza di scorte di DPI. Essa ha storia molto più lunga. La debolezza del MMG rispetto ai DPI si radica in un'altra serie di macroscopiche nudità. Ad esempio:

- non aver dotato i MMG di personale. Come si spiega il fatto che si permettano medicine di gruppo senza fornire loro il personale?

- non aver dotato i MMG di strumenti per la disinfezione (nessun contributo per l'autoclave, ad es.), per la diagnosi, per il monitoraggio anche a distanza. Oggi, dopo le tanti morti dei MMG, è assai difficile seguire, senza presidi e senza strumenti di telemedicina, i casi di Covid o i pazienti sospetti o a domicilio;

- aver appesantito i MMG di una inutile burocrazia, che tanti hanno scaricato su di noi. Si pensi al certificato di malattia anche per un giorno. Ci chiediamo: quanti MMG sono diventati "positivi" solo perché costretti da leggi severe a vedere il paziente con semplici febbri sin dal primo giorno di malattia, mentre in tutta Europa è lecita l'auto-certificazione per assenze brevi?

Tutto ciò presuppone sia maggiori investimenti sia, soprattutto, maggiore attenzione alla MG, attenzione che in questi anni è mancata. La pandemia ha solo messo in maggiore luce un fenomeno

sconcertante della sanità italiana: la MG, centrale in ogni Sistema sanitario di qualità, è rimasta sola e nuda. E quando si è nudi diventa facile per una nuova frustata , il Covid19 in questo caso, infliggere gravi ferite.

Nel Post-Covid, la MG tutta, con i suoi assistiti, deve decidere se gettare onorevolmente la spugna e intraprendere nuove innovative strade assistenziali o esigere, e ottenere in breve tempo, quella solidità che ora le manca.

SITOGRAFIA

- Aulino M, Del Zotti F, Questionario sulla borsa medica tra i Medici di Famiglia della provincia di Verona. QQ 2000; vol. 9 n. 2 (<https://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-IT-019-8-2004.pdf>)

- Nella borsa del medico di medicina generale – Bollettino Agenzia del Farmaco BIF XV N.4 2008 (http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/bif4_08_borsa_mmg.pdf)

- Baruchello Mario. Qualità e rischio clinico: a proposito di chirurgia minore dello studio di medicina generale in Italia - Aula multimediale Carosino di Netaudit- (<https://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-35-2-2012.pdf>)