

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



ANNO 2021
NUMERO 3

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Roberto **Mora**

Senior Editors

Mario **Baruchello**,

Francesco **Del Zotti** (**Science Editor**)

Managing Editor

Giulio **Rigon**

Senior Assistant Editors

Enzo **Brizio**, Vittorio **Caimi**, Alessandro

Dalla **Via**, Ferdinando **Petrazzuoli**,

Pasquale **Falasca**, Sandro **Giroto**,

Giobatta **Gottardi**, Michele **Valente**,

Giorgio **Visentin**, Gianluigi **Passerini**

International Committee

Julian **Tudor Hart** †, Paul **Wallace**,

Hans **Thulesius**

*Direzione: 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
Contatti: info@rivistaqq.org
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

INDICE RIVISTA QQ NUMERO 3 ANNO 2021

EDITORIALE. MEDICI DI FAMIGLIA, VOLONTARI VACCINATORI.
L'ASCOLTO PER FARE DIAGNOSI.....4

IL DOTT. FERDINANDO PETRAZZUOLI, MEDICO DI MEDICINA
GENERALE DI UN PICCOLO PAESE RURALE CON DOTTORATO DI
RICERCA (PHD) IN PRIMARY CARE IN SVEZIA.....7

LA NASCITA DELLA MEDICINA GENERALE-MEDICINA DI FAMIGLIA
ACCADEMICA IN FRANCIA.....15

ENDOMETRIOSI TRA I MMG VERONESI : ANALISI IN DUE PERIODI
(2010 E 2018) DELLA PREVALENZA, DELLA SOTTOSTIMA DIAGNOSTICA
E DELLE POSSIBILI CAUSE.....19

L'ESPERIENZA DI UNA NEO-CONVENZIONATA IN UNA MEDICINA DI
GRUPPO IN EPOCA COVID.....25

EDITORIALE

MEDICI DI FAMIGLIA, VOLONTARI VACCINATORI . L'ASCOLTO PER FARE DIAGNOSI

A cura di Mario Baruchello

"The story the patient tells us will reveal what's wrong if we have the courage to stop and listen," said Ainsworth, care team medical director for Iora Primary Care in Seattle. "Every patient has a story to tell. I fell in love with family medicine because I love hearing those stories. The older my patients become, the more fascinating their stories." ⁽¹⁾

Cosa spinge medici da poco *in pensione* ad offrirsi volontari come medici vaccinatori in compiti impegnativi per coraggio, responsabilità ed una lunghissima continuità ?

We go into medicine to make a difference," Lown dichiarò nel 2013, *"and we are in a unique position to do so. As he told the Boston Globe in 2001...you cannot be committed to health without being engaged in social struggle for health."* ⁽²⁾

Un fattore favorente per noi è stata sicuramente l'appartenenza da tempo alla C.R.I. con un deciso orientamento al servizio disinteressato. Ma le sorprese sono state tante perché siamo riusciti ad aggregare con successo un gruppo di colleghi, con uno di noi a coordinare la formazione di Croce Rossa fra contenuti scientifici da pesare/ mediare e norme applicative spesso urgenti e contraddittorie . Non possiamo tacere, comunque, che le condizioni logistiche hanno rivelato una grande difficoltà. Abbiamo lavorato in ambienti di emergenza che non avevano per nulla la dignità di una struttura sanitaria ed ancora oggi ci mettono in criticità operative quando oramai tutti dovrebbero capire che si è destinati a lavorarci per molti mesi ancora. Il problema non riguarda solo la ergonomia per gli operatori ma le nostre preoccupazioni per come i cittadini percepiscono questa situazione di precarietà che parte dall'accoglienza stradale, passa per il microclima interno alla struttura, ad una privacy inesistente, alla gestione delle urgenze, ai servizi igienici inadeguati . Per i quattro medici di famiglia volontari che hanno affiancato altri sei medici CRI, l'attività clinica è stata ed è particolarmente fonte di riflessioni professionali ,umane e etiche.

La vaccinazione, fondamentale strumento per sconfiggere la pandemia, è stata per molte persone l'occasione e la sorpresa di un primo incontro con un medico, magari dopo anni. Ma l'indagine anamnestica pre-vaccinale, sebbene schematica, ha rappresentato per noi un'occasione da non perdere per creare nelle persone maggiore consapevolezza delle problematiche di salute. Anche una raccolta di informazioni rapida può far fermare il medico e il vaccinando di fronte a terapie continuative non *riconiliate*⁽³⁾: patologie trascurate, magari trattate con ricette del dr. Google, meritevoli invece di

maggiore attenzione e controlli , principalmente recuperando il rapporto con il proprio medico di medicina generale.

Abbiamo ripensato che oltre 30 anni fa Hampton e colleghi⁽⁴⁾ avevano suggerito che l'anamnesi determinasse l'83% delle diagnosi nei pazienti ambulatoriali. Oggi il quadro di riferimento è profondamente mutato ma le storie dei pazienti continuano ad essere un patrimonio che guida ancora la relazione medico paziente. Al giorno d'oggi sembra anche che chiunque sia autorizzato a prendere un'anamnesi senza la necessità di una formazione specifica per comprendere le complessità delle segnalazioni dei pazienti⁽⁵⁾. Ma la vaccinazione covid, questa enorme operazione di sanità pubblica in emergenza, non è sicuramente il luogo e il momento dove tentare azzardi sull'onda di difficoltà a reperire personale addestrato. Ci siamo anche rimotivati a vivere con dedizione la professione del medico di famiglia, che ascolta con attenzione e interesse: il riscontro della soddisfazione del cittadino/ paziente è stato immediato . La medicina è universale e noi medici di varia estrazione e specialità, di differente età ed esperienza, divenuti anche vaccinatori, abbiamo subito creato una comunità di intesa culturale che ha portato a confrontarsi giovani freschi di studi e di entusiasmo con senior ricchi di esperienza, equilibrio e saggezza.

I nostri interlocutori erano e sono persone in gran parte sane ma tantissimi sono stati i dialoghi con malati complessi. La attitudine a valutare pazienti, e l'attenzione che deve essere sempre presente, ha contribuito a fare emergere patologie ignorate o, peggio, situazioni di cui non si vuole (ri)conoscere la presenza: questo grazie a colloqui anamnestici in cui gli aspetti verbali non gergali, posturali e paraverbali non sono mai stati trascurati, pur in situazioni ambientali non confortevoli. Sono così emerse sintomatologie sottovalutate perché attribuite allo stress quotidiano, o non indagate perché nate nei periodi di lockdown o magari e spesso trascurate. Ci siamo imposti di considerare le aspettative e le preoccupazioni con la mente libera di medici abituati a non avere conflitti d' interessi.

Così, durante un colloquio pre-vaccinazione, è successo che una serie di segni e sintomi misconosciuti abbia condotto al rilievo di parametri significativamente alterati, con decisione rapida di invio ad approfondimento (ad es: manifestazioni cutanee di Herpes zoster, dermatiti post vaccinali, aritmie significative). Ascoltare con attenzione è non solo «udire» il racconto della persona, ma dare concretezza a questo assunto fra mille elementi distorsivi. Si scorda spesso che solo la qualità delle visite mediche (e la raccolta anamnestica nè è una fase specifica e fondamentale) è quella che produce davvero salute: diagnosi più accurate, maggior facilità dei pazienti ad adattarsi alle scelte terapeutiche, magari meno accertamenti «difensivi» e certamente una condizione empatica foriera di futuri benefici. Non puntiamo certo ad una narrativa eroica rendendoci ben conto che l'approccio basato sull'accordo interno dei team vaccinali è la chiave del successo di operazioni così uniche nella storia medica italiana. Ma attenti alle occasioni perse: in particolare quella di identificare la mappa di possibili sostanziali cambiamenti organizzativi!

In realtà, è stato osservato che i medici spesso sopportano microsistemi disfunzionali, pur di garantire un'assistenza senza interruzioni nel proprio ambiente. Realizzano ciò creando *soluzioni alternative* o *tappa-buchi*, per fornire ai pazienti ciò di cui hanno bisogno. Ma se i medici sono disposti a fare sacrifici personali per aggirare le carenze del sistema, è meno probabile che segnalino la mappa delle disfunzioni e di chi, responsabile, non adotta le misure necessarie per correggere i sistemi danneggiati. In buona sostanza,

in situazioni eccezionali, come quella della pandemia, serve sia il rigore e la fantasia dei medici, sia il loro coraggio nel richiamare chi ha potere ad esercitare le risposte puntuali ai diversi nodi dei problemi emergenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1- <https://www.aafp.org/news/education-professional-development/20210804nc-careers.html>
- 2- https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2103050?query=TOC&cid=NEJM%20eToc,%20July%2022,%202021%20B%20DM162200_NEJM_Subscriber&bid=560916299
- 3- www.salute.gov.it – Sicurezza dei pazienti - Raccomandazione n.17,Dic.2014
- 4- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1148666/>
- 5- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15296552/>
- 6- Ofri D. Il business dell'assistenza sanitaria dipende dallo sfruttamento di medici e infermieri. New York Times . 8 giugno 2019. <https://www.nytimes.com/2019/06/08/opinion/sunday/hospitals-doctors-nurses-burnout.html>
- 7- Bernard Lown, cardiologist, Nobel Peace Prize on behalf of the organization he cofounded, International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW).

IL DOTT. FERDINANDO PETRAZZUOLI, MEDICO DI MEDICINA GENERALE DI UN PICCOLO PAESE RURALE CAMPANO, CON DOTTORATO DI RICERCA (PHD) IN PRIMARY CARE IN SVEZIA:

“la mia storia come ricercatore presso l’Università di Lund in Svezia”.

Introduzione ed Intervista a cura del dr Francesco Del Zotti

Negli scorsi numeri del nostro bollettino abbiamo presentato una nuova rubrica: la storia del rapporto tra MMG e accademia della MG in Europa. In particolare nel numero di febbraio (<https://rivistaqq.org/febbraio-2021/>) è presente la testimonianza, in esclusiva per la nostra rivista, di quattro MMG e professori di primary care svedesi, che ci hanno raccontato sia come è nata decenni fa la loro MG universitaria e sia come si sviluppa negli ultimi tempi.

In questo numero è presente un’analoga testimonianza di un MMG e professore di primary care francese, a Lille, il prof Christophe Berkout.

L’intento di questa rubrica è quello di mostrare ai responsabili delle istituzioni politiche e accademiche italiane una delle vie maestre per l’auspicato rafforzamento della MG in Italia: le cattedre di MG, che sono presenti in gran parte delle nazioni europee, comprese quelle dell’est ove sono riusciti, in questo obiettivo, a superarci; nei paesi ex-comunisti 20 anni hanno fondato da zero la MG, che prima lì non esisteva; e hanno creato funzionali dipartimenti universitari di Medicina generale

In questa intervista introduciamo l’esperienza del dr Ferdinando Petrazzuoli: si tratta di un’esperienza più unica che rara. Interpreta due poli apparentemente opposti della MG: quello rurale e quello, europeo, di ricerca e accademizzazione della MG. Si tratta di una storia personale e professionale eroica che nello stesso tempo vuole testimoniare che, almeno per il futuro, ai giovani MMG che vogliano intraprendere la via accademica sia consentito ciò che non è eccezione ma regola in Europa. Una tradizione europea che ci ha regalato la testimonianza di vita del compianto amico del nostro bollettino, il guru della Mg britannica, dr Julian Tudor Hart: egli fu medico rurale del Galles e ricercatore di prima grandezza del MRC (analogo del CNR italiano) (a lui è dedicato il numero speciale della nostra rivista <https://rivistaqq.org/agosto-2018/>).

(FDZ) Caro Ferdinando, ci dici qualcosa del tuo background culturale?

Mi sono laureato nel 1983 presso l’Università “Federico II” di Napoli e lavoro come medico di famiglia in un piccolo villaggio rurale in Campania, un’ora di auto da Napoli. Fare il medico di medicina generale non è stata la mia scelta iniziale. Ho infatti un diploma di specializzazione in cardiologia ed uno in cardiocirurgia conseguiti presso la stessa università. Ho anche però un background familiare di medico di medicina generale rurale; infatti, mio padre era medico di famiglia nel mio stesso villaggio natale.

La mancanza di prospettive universitarie dovute ad un eccesso di medici e specializzandi (sembra strano a dirsi adesso, ma in quel tempo vi era la "pletora medica") mi spinse ad interessarmi anche della medicina generale. Nel 1989 mio padre si ammalò gravemente e per me si aprì la possibilità di prendere il suo posto essendo un associato. Non fu una decisione facile per me in quel momento ma non mi pentirò mai di averla presa.

[FDZ] Qual è stata la tua ispirazione per il dottorato di ricerca?

Sono sempre stato interessato alla ricerca. Quando ancora ero all'Università di Napoli, ho svolto molte ricerche nel campo cardiologico. Quando ho lasciato l'università mi mancava qualcosa. Ho iniziato a partecipare a Conferenze Internazionali di Medicina generale/Medicina di famiglia nel 2001: il mio primo congresso internazionale fu il WONCA Europe Conference a Tampere, Finlandia, e dal 2001 non ho mai perso un congresso WONCA. Dopo di questo, dal maggio 2002 ho iniziato a partecipare ai congressi dell' European General Practice Research Network (EGPRN) (2 congressi all'anno) e successivamente alle conferenze dell' EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association), stimolato dal suo rappresentante italiano, il mai dimenticato Claudio Carosino a quel tempo rappresentante italiano dell'EURIPA.

[FDZ] Da dove cominciare? (primi passi per un medico di famiglia interessato alla ricerca).

Molte università offrono corsi di dottorato, anche part time. Nel mio caso è stato uno dei miei colleghi internazionali, Il professor Hans Thulesius che avevo incontrato alle conferenze dello EGPRN nel lontano 2009, che mi ha invitato per la prima volta in uno studio che prevedeva l'adattamento alla lingua ed alla popolazione italiana di un test per la demenza da usare in primary care. Partendo da un unico studio abbiamo pensato ad un progetto completo di dottorato in Svezia. Questo progetto è stato poi presentato alla Università di Lund dal professor Thulesius e successivamente accettato. Il professor Hans Thulesius è diventato in seguito mio principale supervisore. Ci è voluto del tempo per queste prassi universitarie e ho ufficialmente iniziato il mio dottorato solo nel 2013 alla età di 55 anni suonati.

[FDZ] Quali sono gli ostacoli più importanti da prevedere durante un dottorato di ricerca per un MMG?

Purtroppo, soprattutto per noi italiani, il maggiore ostacolo è la totale mancanza di «Tempo Protetto» per fare ricerca. Oltre a questo, vi è la mancanza di sostegno finanziario per far fronte alle spese, soprattutto se stai facendo il dottorato in un altro paese (voli, vitto ed alloggio et cetera).

S spesso vi sono anche altri fattori: mancanza di una buona padronanza della lingua inglese, mancanza di supporto da parte dei colleghi per svolgere la ricerca, mancanza di prospettive di carriera.

[FDZ] Quali sono stati nel tuo caso i fattori facilitatori del tuo dottorato?

Essere membro attivo di società scientifiche Nazionali ed Internazionali è essenziale. Essere stimolati e pro attivamente supportati dai colleghi sia accademici che non, nazionali ed internazionali, è utilissimo e ti incoraggia.

[FDZ] Come conciliare i compiti richiesti dal dottorato alla quotidianità della vita professionale di medico di medicina generale?

Consigli da parte mia:

- Costruisci il tuo «Tempo Protetto» per effettuare ricerca. Ovviamente hai bisogno di molte sostituzioni nel tuo lavoro di medico di medicina generale.
- Non pensare di fare un dottorato nei ritagli di tempo. Hai bisogno di essere fresco con la tua mente.

Nel mio caso, nel corso dei 6 anni dedicati al dottorato oltre a frequenti sostituzioni, ho sacrificato la maggior parte dei sabati, delle domeniche e delle ferie.

[FDZ] Come superare le barriere?

- Come ho già detto, costruisci il tuo «Tempo Protetto» per effettuare ricerca.
- Parla con la tua famiglia e spiega perché conseguire un dottorato è importante per te.
- Ci vuole tanto impegno (commitment).
- Se fatto a tempo parziale: è improbabile che tu abbia un supporto economico, quindi tieni questo in conto.

[FDZ] Mi descrivi la università di Lund? Mi descrivi la relazione dei MMG accademici con gli altri colleghi del loro territorio? E come un medico pratico di quell'area si avvicina al dipartimento di MG?

L'università di Lund in realtà si divide tra la cittadina di Lund famosa per la sua antica e monumentale cattedrale luterana, oltre che ovviamente per la sua università e la città di Malmö, molto più grande, facilmente raggiungibile anche dall'estero essendo a meno di 20 minuti dall'aeroporto internazionale di Copenhagen (Kastrup, Danimarca). In treno tramite l'Öresund Brigde ci vuole meno di mezz'ora per raggiungere la stazione di Malmö Central (fantastico!). Tra Lund e Malmö, circa 40 Km, vi è invece un efficiente servizio di treni (Øresundståg) ed autobus.

La Facoltà di Medicina dell'Università di Lund, è classificata tra le prime 100 al mondo, ed in stretta collaborazione con le strutture della sanità pubblica, contribuisce all'aumento delle conoscenze rilevanti per la salute umana. Questo viene fatto attraverso l'istruzione e la ricerca di altissima qualità in collaborazione con la popolazione generale. La Facoltà comprende 2.800 studenti a tempo pieno iscritti a 8 corsi di laurea, oltre a 1200 studenti laureati e 1800 dipendenti.

Dipartimento di Scienze Cliniche, Malmö (<https://www.medicine.lu.se/faculty-medicine-lund-university/departments/department-clinical-sciences-malmo>). Il Dipartimento di Scienze Cliniche di Malmö è uno dei sei dipartimenti della facoltà di medicina dell'Università di Lund. E' concentrato fortemente sulla ricerca clinica ed epidemiologica e viene condotta anche un'ampia ricerca di laboratorio preclinica.

L'attività di ricerca coinvolge pazienti presso lo Skåne University Hospital nel centro di Malmö e in altri locali a Malmö e Lund. Grande parte della ricerca viene condotta a Malmö presso il Centro di ricerca clinica (CRC), un edificio moderno e pluripremiato per la ricerca, l'istruzione, la salute e l'assistenza medica ed è appunto l'edificio dove io ho lavorato quando ero in Svezia. Il Dipartimento di Scienze Cliniche di Malmö è diretto da uno dei miei supervisor il Professor Patrik Midlöv, medico di medicina generale part time.

Un gran numero di dottorandi svolge presso questo dipartimento i propri studi di ricerca. A livello di Bachelor e Master, il dipartimento ha anche un ruolo di primo piano nel programma di laurea in medicina e nel programma di Master internazionale in sanità pubblica. Attualmente vi sono 500 iscritti ad un dottorato di ricerca con circa 55 tesi finali all'anno. Costituisce la più grande unità dipartimentale dell'Università di Lund.

Il dipartimento collabora con la società civile attraverso reti e collaborazioni, spesso con un focus interdisciplinare e interprofessionale. Le autorità pubbliche, i consigli di contea/regioni, i comuni, l'industria farmaceutica e altri soggetti privati in Svezia ed a livello internazionale fanno parte della questa rete di collaborazione.

Aree di ricerca attuali del Dipartimento

La ricerca copre un gran numero di campi medici, in cui le malattie più comuni giocano un ruolo di primo piano. Esistono linee di ricerca in queste aree:

- medicina generale e ricerca sanitaria di base
- studi sulla popolazione/epidemiologia
- demenza e disturbi della memoria
- diabete
- malattia cardiovascolare
- geriatria
- chirurgia
- osteoporosi
- medicina sociale e salute globale

In merito alla collaborazione tra MMG svedesi e Dipartimenti universitari, ovviamente in Svezia non tutti i medici hanno un ruolo accademico. Comunque, sia quelli che hanno un ruolo accademico che gli altri lavorano fianco a fianco presso ambulatori che in realtà

sono una sorta di ospedali di comunità superorganizzati, simili ad un ospedale di una piccola cittadina italiana. Presso queste strutture lavorano a turno anche i medici impegnati nell' "Out of Hours" che possono essere anche gli stessi medici di medicina generale che lavorano anche di giorno.

Il lavoro generalista è molto flessibile. Ad esempio uno dei miei supervisor, ovvero il capo del dipartimento Patrik Midlöv, lavora clinicamente solo un giorno a settimana; il mio principale supervisore, il professore Hans Thulesius lavora solo tre giorni a settimana presso un' altra struttura; mentre gli altri MMG non accademici 5 giorni a settimana. Non vi è nessuno atteggiamento di superiorità o di inferiorità tra colleghi accademici e non, e le relazioni, a quel che ho visto, sono buoni se non ottime. Chi lavora prevalentemente come clinico guadagna di più; gli accademici hanno altre soddisfazioni professionali e vengono spesso rimborsati per le spese congressuali.

Le motivazioni che spingono un non accademico a diventare accademico sono più o meno le stesse mie ovvero il gusto della ricerca. Non è raro che, come me, colleghi a oltre 50 anni decidono di iniziare un dottorato di ricerca. Ovviamente devono seguire le procedure previste per questo tipo di attività. Si va sul sito dell' università e si vede quali sono i dottorati disponibili, per cui fare poi una "application" ed eventualmente competere con altri per questo dottorato. Non necessariamente l'università che ha un dottorato in un filone di ricerca che piace si trova sotto casa. Tornando ai rapporti umani, anche i rapporti tra colleghi di primary care e secondary care sono buoni così come quelli tra medici, infermieri ed operatori sociosanitari. Probabilmente è il numero adeguato dei sanitari non-mmG dell'equipe che permette di non scaricare compiti clinici e burocratici sugli altri e permette questo clima sereno di lavoro.

[FDZ] Mi descrivi il tuo dottorato?

Avevo 3 supervisor, oltre il principale, il professor Hans Thulesius medico di medicina generale a Växjö ma professore alla Lund University, anche Patrick Midlöv, medico di medicina generale, capo del dipartimento di Scienze Cliniche alla Lund e Sebastian Palmqvist giovane professore associato neurologo dell'ospedale di Lund.

Vi sono corsi obbligatori e facoltativi.

Quelli che sono obbligatori al momento del mio dottorato erano:

- Oral Communication
- Scientific communication
- Applied Statistics I
- Applied Statistics II
- Research Ethics
- Epidemiology for Clinical and Health Sciences

Ogni corso prevedeva circa una settimana di corso faccia a faccia ed uno studio a casa di circa due-tre mesi. Vi sono poi corsi facoltativi di tutti i tipi: corsi su come effettuare una efficace ricerca della letteratura e come usare Pubmed, Web of Sciences,

Mbase, Scopus. Corsi su come usare un Reference Management Software, ad esempio EndNote. Corsi su come usare programmi di statistica ad esempio SPSS. Ovviamente questi programmi sono gratis per chi è affiliato con la università, così come l'accesso alla fornitissima biblioteca virtuale della Lund University.

Vi erano anche corsi su come disegnare un Poster, sulla metodologia degli studi qualitativi e finanche come scrivere un progetto di ricerca che abbia chance di ricevere fondi Europei tipo Horizon 2020 o Erasmus Plus.

[FDZ] Qual è stato il tuo progetto finale di Dottorato?

Il mio progetto di ricerca da titolo *Dementia management in European Primary Care* prevedeva una tesi compilativa basata su 4 lavori pubblicati su una rivista indicizzata (presente in Pubmed) e con impact factor, come primo autore ed una "kappa story" che univa i 4 articoli in un unico filone di discorso. ([https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/dementia-management-in-european-primary-care\(1a496290-ec9c-4742-886f-00548f9c79fb\).html](https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/dementia-management-in-european-primary-care(1a496290-ec9c-4742-886f-00548f9c79fb).html)) Il dottorato full time prevedeva un massimo di 4 anni, ed un massimo di 8 su base part time come era il mio caso, anche se poi ne ho impiegati 6.

A metà strada, nel mio caso dopo i primi 3 anni, bisogna fare una Half Time Review con un controrelatore (opponent) che viene da un'altra università, nel mio caso il Professor Anders Wimo, del Karolinska Institute di Stoccolma. L' Half Time Review sarebbe una specie di prova della discussione della tesi finale, ma fatta a metà strada. Alla difesa finale della tesi, l'opponent (controrelatore) è stato il professor Steve Iliffe del University College di Londra (341 lavori in PubMed, moltissimi sulla demenza). Membri della commissione giudicatrice, erano altri professori del dipartimento e di nuovo l'opponent dell'Half Time Review ovvero il Professor Anders Wimo del Karoliska Institute di Stoccolma.

Considerazioni finali sulla Svezia e la Lund University

La Svezia è un paese in cui le cose funzionano davvero e non solo sulla carta. Quello che colpisce è il rispetto delle persone, in particolare degli studenti, l'ottimismo e l'assenza completa di atteggiamenti cinici o di sufficienza, purtroppo merce rara da trovare oggi nel nostro ambiente in Italia.

L'Università di Lund è un ambiente aperto, internazionale, con studenti da ogni parte del mondo, oltre che europei, anche cinesi, iraniani e dal continente africano. Ci sono moltissimi campus e, come già detto, è ai primi posti nelle classifiche internazionali riguardanti lo studio e la ricerca.

Gli edifici sono differenti a seconda del campus e della facoltà che si frequenta: si possono trovare delle costruzioni totalmente moderne e nuove, perché costruite recentemente e delle altre che sono caratterizzate da una muratura classica e monumentale. Attualmente la mia affiliazione è di *postdoctoral fellow at Family Medicine and Community Medicine, Department of Clinical Sciences, Lund University*, posizione che mi permette di sfruttare le facilities della università (biblioteca, accesso alla mia stanza e computer presso il CRC condivisa con altri ricercatori) ma che mi viene garantita solo se

continuo a pubblicare con la loro affiliazione. Per posizioni superiori (professore associato) dovrei andare in pensione ed espatriare.



Figura 1: La sede principale della Università di Lund (Svezia)

Figura 2: Ingresso del CRC (Clinic Research Center) a Malmö.

La locandina su di una colonna dell'atrio annuncia la discussione finale della mia tesi)



Figura 3: Aula magna dell' CRC di Malmö. (Discussione durante la difesa della tesi. Dottor Ferdinando Petrazzuoli a sinistra e professor Steve Iliffe sulla destra)

LA NASCITA DELLA MEDICINA GENERALE / MEDICINA DI FAMIGLIA ACCADEMICA IN FRANCIA

Prof Christophe Berkhout – General Practitioner , Université de Lille, Dept of general practice/ family medicine

Cronologia

30/12/1958: creazione dei centri ospedalieri-universitari (CHU) e di emergenza della medicina accademica ospedale-centrica. Esclusione della medicina extra-ospedaliera.

1973: Nascita della Società francese di medicina generale (SFMG)

1983: Nascita del Collegio Nazionale dei Medici Generalisti Insegnanti (CNGE)

21/10/1984: Nascita del movimento sindacale dei medici generalisti (MAG)

1991: Nomina dei primi docenti (lecturers) e successivamente dei professori associati di medicina generale

1997: Obbligo di un tirocinio di 6 mesi in medicina generale per i “diplomandi” in medicina generale

2001: Ripresa della rivista “Exercer” che diventerà la rivista di medicina generale di lingua francese.

2003: Secondo tirocinio di 6 mesi in Medicina Generale con supervisione indiretta (SASPAS) per i “diplomandi” in medicina generale

2004: Creazione di un “Diploma di Esercizio Specializzato (DES)” di medicina generale di eguale valore alle altre specialità mediche

2005: presenza di un dipartimento di medicina generale in tutte le scuole di medicina

2006: integrazione della specialità medicina generale nel Consiglio nazionale delle università e creazione dei 16 primi posti di ricercatori junior di medicina generale

08/02/2008: Creazione delle prime cariche accademiche di medicina generale

2009: Integrazione accademica dei primi docenti e professori ordinari di medicina generale

2011: Tirocinio di 3 mesi in medicina generale obbligatorio per tutti gli studenti in medicina di livello master

Gennaio 2016: Creazione della sotto-sezione 53-01 “Medicina Generale” al Consiglio Nazionale delle Università preposto alla nomina e alla promozione gl’insegnanti di medicina generale.

Dalla definizione di medicina non specializzata al riconoscimento di una specialità con competenze, ricerca e insegnamento propri.

30/12/1958: creazione dei centri ospedalieri-universitari (CHU) e di emergenza della medicina accademica ospedale-centrica. Esclusione della medicina extra-ospedaliera.

La storia della medicina generale francese è incominciata male. Il 30 dicembre 1958, la riforma iniziata dal Professore Robert Debré trova la sua traduzione con un decreto-legge emesso dal Presidente De Gaulle che crea i centri ospedalieri-universitari (CHU). Il CHU viene sottoposto alla tutela simultanea del Ministero delle Sanità e di quello dell'Insegnamento Superiore (Ministero dell'Università). Tutti gli insegnanti e studenti di medicina hanno una doppia appartenenza: accademica (professori, docenti, ricercatori) ed ospedaliera (insegnanti: capi de servizio, assistenti, capi di clinica, e studenti: residenti (interni) ed esterni). I medici nei CHU sono dipendenti che assicurano cura, ricerca e insegnamento. Acquistano anche un importante potere politico come consiglieri ministeriali o ministri, orientando gli investimenti pubblici e assicurativi nell'ospedale.

Sui CHU vengono concentrati i fondi per la ricerca di base e quella clinica, le scuole di medicina che dispensano l'insegnamento teorico, e i servizi ospedalieri dove vengono effettuati i tirocinii. Per potere assicurare tutti i tirocinii, sono anche coinvolti gli ospedali non universitari, ma i residenti interni di questi ospedali non hanno il titolo accademico. Come risultato nei CHU si viene a creare una concentrazione di malattie rare permettendo un importante progresso nella ricerca e le conoscenze cliniche in queste malattie, ed avendo come conseguenza principale la moltiplicazione delle specialità mediche. Questo approccio però fa uscire dalla sfera accademica medica le scienze umane e le cure primarie. I pazienti nella loro globalità spariscono nascosti dietro le loro malattie e gli studenti non incontrano altro che 1/1000 della patologia corrente sul territorio.

La situazione peggiora ancora nel 1986 quando la Ministra Michèle Bazac riforma il tirocinio interno rendendolo obbligatorio per tutte le specialità mediche, salvo che per la medicina generale. L'accesso al tirocinio interno si fa per concorso alla fine dei 6 anni di studio: tutti quelli che sono promossi al concorso diventeranno specialisti, e quelli che sono bocciati diventeranno medici generalisti. La medicina generale diventa una "medicina del fallimento negli studi medici", una medicina per difetto che viene definita come una medicina non specializzata.

1973: Nascita della Società francese di medicina generale (SFMG): la risposta al bisogno di una "ricerca scientifica" specifica nelle cure primarie.

Il decreto-legge del 58 aveva fatto uscire dal campo della ricerca le cure primarie, allora un gruppo di sette medici generalisti (Lionel Bécour, Jean de Coulboeuf, Serge Ghozi, Jean Goedert, Philippe Jacot, Jacques Pezé et Oscar Rosowsky) creò, il 6 febbraio 1973, la prima società scientifica di medicina generale, la SFMG. Il suo obiettivo principale era lo sviluppo della ricerca in medicina generale, prodotta dagli stessi medici generalisti. Questa ricerca aveva un doppio fine: migliorare la qualità della cure primarie creando un corpus di conoscenze fattuali e definire a partire da questo corpus la medicina generale come specialità della cure primarie. Nel 1973, la SFMG riuniva un nucleo di 336 aderenti.

1983: Nascita del Collegio nazionale dei generalisti insegnati (CNGE): la risposta al bisogno di una educazione specifica per i medici delle cure primarie.

Alla fine dei loro studi, i medici di medicina generale avevano accumulato frammenti di conoscenze di genere ultra-specialistico. Non avevano le competenze per la diagnosi e la cura delle malattie croniche emergenti e per le malattie a prognosi benigna curabili fuori dell'ospedale. Non avevano neppure le competenze di educazione e promozione dei pazienti ai comportamenti salutari, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie potenzialmente gravi. Per finire, era stato perso l'approccio globale e umanistico del paziente.

Pubblicazioni sulla istruzione accademica alla medicina preventiva nelle cure primarie esistevano in inglese, ma i medici generalisti francesi non conoscevano bene l'inglese, inoltre essendo fuori dell'università e dalle biblioteche universitarie, non avevano l'accesso agli articoli scientifici di medicina generale. La scoperta di un corpus di conoscenze nelle cure primarie e della pedagogia della medicina generale e di famiglia venne dal Canada, e più precisamente dal Québec, facilitato dalla diffusione di conoscenze e competenze in lingua francese.

Grazie alla collaborazione con i medici di famiglia accademici canadesi fu creato, nel 1983, il Collegio nazionale dei generalisti insegnanti (CNGE) da tre medici generalisti francesi (Jehan de Butler, François Bécret e Albert Hercek). Nel 1986 venne creata la scuola di Riom (Ecole de Riom). Tutti i mesi, questa scuola ha effettuato corsi di due giorni (sabato e domenica) volti alla conoscenza e all'insegnamento della medicina generale. Un pò più tardi, e in concorrenza con la SFMG, venne anche la formazione alla ricerca nelle cure primarie. In tutto, sono stati proposti 38 moduli di formazione diversi. In 14 anni, 2438 insegnanti di medicina generale furono così educati da 40 formatori, loro stessi medici generalisti, e da 4 formatori ospedale-universitari.

Il primo compito della scuola di Riom fu di formare dei tutors per il tirocinio in medicina generale. Questi tutors venivano proposti alle scuole di medicina per permettere ai residenti di medicina generale di eseguire dei tirocinii.

In un secondo tempo, verso l'inizio degli anni 90, gli insegnanti di medicina generale hanno anche cominciato ad insegnare all'università agli specializzandi di medicina generale, con delle prerogative diverse a seconda delle università: a volte accolti con entusiasmo, a volte in posizione di inferiorità rispetto agli insegnanti universitari titolari delle discipline specialistiche. E' stato il primo approccio accademico di medici delle cure primarie, che veniva però riconosciuto per le competenze pedagogiche ma non quelle scientifiche.

1984: Nascita del movimento sindacale dei medici generalisti (MAG): la risposta al bisogno di riconoscimento ufficiale della specificità delle cure primarie nei confronti di quelle specialistiche.

L'esercizio della medicina in Francia viene retribuito principalmente secondo due modalità: salariata (lavoro dipendente) e libero-professionale (detta "liberale"). La salariata (dipendente) viene effettuata nei confronti del personale degli ospedali pubblici e di certi ambulatori municipali e assicurativi. Negli ospedali privati, la retribuzione è generalmente di tipo libero-professionale, come pure nelle cliniche, negli ambulatori privati e negli studi medici associati o con singolo medico (quest'ultima rappresentava la modalità di lavoro più frequente nella medicina generale all'epoca).

La retribuzione libero-professionale viene attuata in concomitanza con l'atto medico; il tariffario degli atti è negoziato tra i rappresentanti delle assicurazioni obbligatorie e quelli dei "medici libero-professionisti", raggruppati in diversi sindacati. I sindacati all'inizio degli anni 80 erano pluridisciplinari, quindi non rappresentavano solo la medicina generale. I medici specialisti, sostenuti dai medici che lavoravano in ospedale o alla università, non volevano sentire parlare di gate-keeping e di cure primarie, considerando che la medicina era unica. Inoltre, questi sindacati non facevano nulla per migliorare le retribuzioni dei medici generalisti. Nel 1984 venne creato perciò il MAG che diventerà poi MG-France, sindacato mono-disciplinare di medicina generale che aveva tre obiettivi:

- 1) fare riconoscere la specificità delle cure primarie e promuovere il gate-keeping;
- 2) adattare le tariffe degli atti di medicina generale all'evoluzione delle malattie ed all'emergenza delle malattie croniche;
- 3) introdurre una retribuzione forfettaria per il mantenimento e l'aggiornamento della cartella clinica e il coordinamento degli intervenenti.

Alla fine degli anni 80, la "macchina da guerra" della medicina generale era dunque organizzata per promuovere al meglio, (si fa' per dire), la medicina generale e di famiglia su 3 fronti: 1) quello della ricerca: per fare riconoscere la specificità della disciplina con delle competenze e un tesoro di dati scientifici propri, 2) quello della pedagogia: per fare riconoscere che solo quelli che hanno le conoscenze disciplinari e l'esperienza delle cure primarie la possono insegnare e 3) quello sociale: con il riconoscimento istituzionale e politico con una retribuzione congrua del lavoro di medico generalista.

Comunque, sindacati, società scientifiche ed associazioni di sviluppo professionale continuavano a rimanere divisi, e per una decina di anni, malgrado diversi tentativi, non riuscivano a intendersi per formare un fronte comune. Fu solo nel 2009 che il professore di medicina generale Pierre-Louis Druais, allora presidente del CNGE, riuscì a federare tutti al seno del Collegio della Medicina Generale, che diventò l'unico interlocutore istituzionale della disciplina.

FINE PRIMA PARTE

Nel prossimo numero della rivista QQ tratteremo la seconda parte: il resoconto del pieno riconoscimento accademico della medicina generale.

ENDOMETRIOSI TRA I MMG VERONESI : ANALISI IN DUE PERIODI (2010 E 2018) DELLA PREVALENZA, DELLA SOTTOSTIMA DIAGNOSTICA E DELLE POSSIBILI CAUSE

Elena Gaspari Informatica (1) , Flavio Aganetto -Informatico (1) , Mara Cabriolu MMG- (1) , Elisa Cosaro MMG(1) , Maria Sofia Donatoni MMG (1), Giulio Rigon -MMG (1,2), Francesco Del Zotti -Medicina Generale Verona, direttore di Netaudit (1,2)

1) Centro Studi Fimmg

2) Netaudit (www.netaudit.org)

Da una recente review del NEJM⁽¹⁾ leggiamo che l'endometriosi è un "disturbo ginecologico che è considerato comune nelle donne in premenopausa, con una prevalenza stimata del 6-10%. Questa prevalenza sale al 70% nelle donne con dolore pelvico duraturo. E' meno frequente sotto i 40 anni, con un picco di incidenza intorno ai 30 anni. L'articolo inoltre ci ricorda che l'intervallo mediano tra i primi sintomi e la diagnosi varia dai 4 ai 10 anni. Si tratta di un dato importante. Anche se siamo di fronte ad un disturbo che non compromette la quantità di vita (salvo casi con malattia estesa da infiltrare e perforare organi cavi adiacenti circa 12% dei cas diagnosticati, Fedele 2012), l'endometriosi può compromettere la qualità di vita delle donne e della loro rete sociale e lavorativa e quindi sarebbe importante una diagnosi meno ritardata soprattutto nelle pazienti con dolore pelvico rilevante e ciclico da tempo.

Obiettivi e metodo

Sulle basi della nota sotto-stima diagnostica, abbiamo voluto quindi valutare la prevalenza del codice icd9 Endometriosi delle donne in età fertile dai 15 ai 50 anni, tra MG della provincia di Verona. Abbiamo valutato la cosa in due momenti diversi: la prima valutazione è avvenuta nel 2010 (dati non pubblicati) e ha riguardato il database delle cartelle di 369 MMg della provincia di Verona; la seconda valutazione è invece legata all'analisi del database di 213 MMg sempre di MMG della provincia di Verona.

Risultati (Figura 1 e Tabella 1)

Dati di prevalenza sino al 2010: delle 154261 donne dai 15 ai 50 anni in carico ai 396 MMG, risultano avere il codice 617 ICD9 per Endometriosi 1012 donne, pari a meno dell'1% (**0,66%**).

Dati di prevalenza sino a tutto il 2018. Le pazienti che nel 2018 avevano tra i 15 e i 50 anni erano 109.963 di 213 MMG: tra queste abbiamo riscontrato 1.426 donne con codice di Endometriosi (**1,30%**).

Differenza tra i due periodi

Tra i due periodi vi è stata una solo lieve aumento di prevalenza, significativo dal punto di vista statistico ($p < 0,001$ con Intervallo di confidenza della differenza delle proporzioni vicino allo zero), ma non rilevante dal punto di vista pratico, visto il valore migliore è 1.36% che la letteratura prevede una prevalenza da 6 a 10 volte superiore.

Possibili motivi della sottostima e proposte migliorative

Osservando questi dati qualcuno potrebbe chiedersi se questa sottostima diagnostica sia specifica, o piuttosto generalizzata a tutte le patologie, tra i MMG veronesi.

Ebbene nel 2010 mettemmo in relazione la sottostima nell'endometriosi, rispetto alle prevalenze attese e misurate per le patologie più frequenti in MG. Dalla Tabella 1 potete notare che il comportamento di riconoscimento diagnostico dei MMG per queste patologie è più che soddisfacente, se si confronta la frequenza rilevata rispetto a quella attesa da statistiche ufficiali ISTAT. Sorge una conseguente domanda: perché MMG pur in genere attenti nel diagnosticare e classificare malattie frequenti, hanno nei loro PC una prevalenza di endometriosi intorno all'1%, di parecchio inferiore all'atteso (6-10%)? Qui abbozziamo delle risposte-ipotesi, che possono essere materia di ulteriori ricerche e audit.

I) Emerge per prima cosa la necessità di una maggiore integrazione informativa e formativa tra livello specialistico ginecologico e MMG, un problema che probabilmente non è limitato solo allo specifico problema "endometriosi".

II) La diagnosi a volte è difficile per la non infrequente variabilità e bizzarria del quadro clinico (si veda SCHEDA-BOX 1), e per la frequente attribuzione di sintomi dismenorroidici e disparunici a quadri depressivi, certamente compresenti, che ne sono la conseguenza. Questo punto richiama ancora la necessità di formazione sul problema

III) La diagnosi spesso si appoggia su "disturbi comuni", ai confini con l'aspecifico: il dolore addominale, la dismenorrea, la dispareunia superficiale e profonda, la lombosciatalgia catameniale. Ed in ciò non aiuta la classificazione ICD9 che ad es non specifica il grado di intensità del dolore pelvico o della dismenorrea. Qui serve sia la proposta di sistemi di Classificazione più funzionali alla MG, sia quella di affiancare il MMG con sistemi computerizzati di score e aiuto alla diagnosi, da potenziare nelle cartelle computerizzate: ad es con la loro contestualizzazione alla introduzione del Codice 617.

Ovviamente resta necessario che il MMG ponga attenzione alla presentazione ripetuta dello stesso sintomo da parte della donna e alla modalità affettiva della sua presentazione.

Questa attenzione ci auguriamo sarà probabilmente resa più agevole dalla recente inversione della proporzione dei sessi tra i MMG: le giovani donne MMG ormai in molte realtà sono la maggioranza dei MMG neo-convenzionati.

**FIG 1 - Endometriosis Prevalence
women 15-50 age in Verona
(‰ 2 periods) :**

I:2009(396 Gps); II: 2018 (213 Gps)

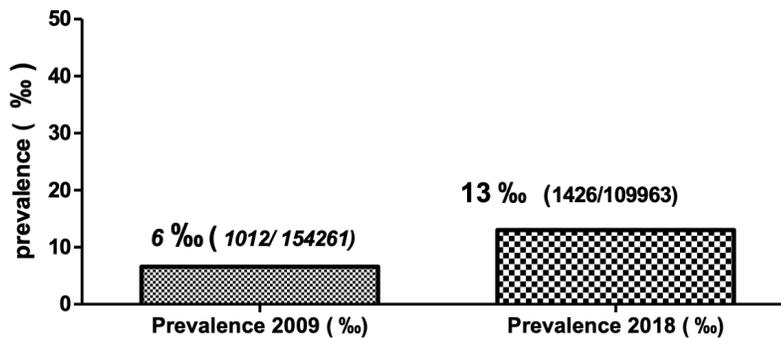


Figura 1

Tab 1 : Prevalenza Mediana e media delle malattie croniche
nel database di 396 MMG Veronesi (2010)
in paragone ai dati attesi ISTAT

Patologia		ISTAT		Mediana		Media	
		%	Δ	%	Δ	%	Δ
P01	Diabete	4,2%	▼	5,1%	▼	4,9%	
P02	BPCO	3,7%	▲	0,5%	▲	0,7%	
P03	Depressione	5,0%	▲	1,7%	▲	3,2%	
P04	Ipertensione	15,2%	▲	16,0%	▲	16,0%	
P05	Asma	3,5%	▲	2,2%	▲	2,7%	

Tabella 1

SCHEDA ENDOMETRIOSI

(dal sito John Hopkins e da e-medicine: vedi sitografia)

L'endometriosi è definita come la presenza di mucosa endometriale normale (ghiandole e stroma) impiantata in modo anomalo in luoghi diversi dalla cavità uterina (vedi l'immagine qui sotto). Se ne distinguono una forma uterina, con sviluppo di adenomiomi, ed una forma pelvica, con coinvolgimento degli altri organi. Il tratto intestinale, fra questi, è la sede più comune, in particolar modo a livello di retto-sigma (70-93%).

Sintomi di Presentazione

5 sintomi, dalla clinica John Hopkin: basta la presenza di uno dei successivi segni/sintomi per consigliare di andare dal ginecologo. (NB: un terzo delle pazienti resta asintomatico)

1. Cicli dolorosi. La maggior parte delle donna ha dolori e crampi durante le mestruazioni (dismenorrea), ma le donne con l'endometriosi hanno spesso un dolore debilitante.
2. Dolore pelvico cronico. A volte le donne hanno un dolore pelvico cronico e grave anche quando non hanno il ciclo. Questo può essere dovuto alla malattia prolungata e alla cicatrizzazione.
3. Rapporto sessuale doloroso. Questo sintomo comune, noto anche come dispareunia, è dovuto all'endometriosi sotto l'utero. Durante la penetrazione nel corso dei rapporti, che spesso vengono evitati, le donne potrebbero lamentare un dolore intenso e localizzato all'inizio (dispareunia superficiale) o nella prosecuzione, sordo e oppressivo, spesso descritto come lacerante.
4. Cisti ovariche o comunque dello scavo pelvico. Queste cisti, note come endometriomi, sono un altro segno distintivo dell'endometriosi. Possono diventare grandi e dolorose e spesso devono essere rimosse.
5. Infertilità. L'infertilità è definita come non concepire entro un anno nonostante i rapporti sessuali regolari, per almeno un anno, senza contraccezione. Circa il 10% delle donne che vivono con l'infertilità hanno l'endometriosi. Questa è la principale causa di infertilità perché può causare tessuto cicatriziale, nonché danni e infiammazioni alle tube di Falloppio, che sono necessarie per concepire naturalmente.

Presentazioni più rare

I sintomi ciclici potrebbero coinvolgere: a) la vescica (ematuria, disuria e sintomi simil-cistite); b) l'intestino (ematochezia e defecazione dolorosa). Ancora più raramente: l'ombelico; la parete addominale o il perineo; emottisi (coinvolgimento polmonare); crisi catameniali (lesioni endometriose nel cervello, ematriti soprattutto alle ginocchia e nelle piccole articolazioni della mano).

Test Diagnostici

L'**esame obiettivo ginecologico**, associato alla presentazione clinica, può far sospettare la patologia. L'esplorazione vaginale può mostrare dolore alla mobilizzazione uterina e alla pressione sul fornice posteriore, con l'esame retto-vaginale è possibile individuare nodularità del legamento utero-sacrale. Il test principale è la **laparoscopia**, con una sensibilità del 97% ma con specificità del 77% (quindi con una quota non trascurabile di falsi positivi). L'**eco pelvica o transvaginale** può essere il test di I livello, soprattutto se eseguita durante il flusso mestruale (evidenza di soffusioni corpuscolate circostanti le lesioni e di dolore allo scavo del Douglas durante l'esame). La **TAC o la RM addome** sono solo utili nel caso di malattia avanzata con presenza di cisti endometriali o di importanti deformazioni anatomiche. Purtroppo attualmente nessuna metodica di imaging è risolutiva nell'individuazione delle lesioni situate in sedi particolari quali il nervo sciatico (causa della sciatalgia catameniale) e il peritoneo perché frequentemente al di sotto del potere di risoluzione della RM. In questi casi l'approccio è laparoscopico. Il **Ca125** non ha valore clinico, visto l'insufficiente livello di sensibilità o specificità, anche se in queste pazienti risulta spesso elevato.

Terapia

Non vi è alcuna cura definitiva per l'endometriosi. *Le terapie mediche ormonali e la terapia chirurgica possono comunque alleviare i sintomi e migliorare la qualità di vita, soprattutto quando agiscono sul dolore.* Comunque le terapie riducono il dolore cronico non in tutte le pazienti: si tratta di una percentuale che al massimo arriva al 70% delle donne con dolore pelvico cronico. In ogni caso le terapie attualmente suggerite consistono nei casi più lievi nella somministrazione di TEP onde limitare la quantità del sanguinamento mestruale, e in quelli più gravi nella "messa a riposo completa" dell'apparato riproduttivo con una menopausa indotta (leuprorelina o triptorelina) frequentemente malaccetta dalle donne più giovani (anche, ma non solo, perché disponibile solo in forma iniettiva), che comporta tutte le complicanze di una menopausa precoce specie se protratta per oltre 5 anni e che comunque non sempre permette il ripristino della fertilità quando e se desiderato. *Va ribadito che la terapia medica dell'endometriosi non ha alcun effetto sulla fertilità.*

Per un approfondimento, vedete le fonti EBM ai siti:

<https://u.osu.edu/endometriosisinfo/evidence-based-management/>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S107438040560360X>

Traduzione con l'aiuto di www.DeepL.com/Translator (versione gratuita)

Sitografia

- <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/period-pain-could-it-be-endometriosis>
- <https://emedicine.medscape.com/article/271899-overview>
- <https://u.osu.edu/endometriosisinfo/evidence-based-management/>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S107438040560360X>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0368231512002190?via%3Dihub>
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443615.2018.1460584?journalCode=ijog20>

Bibliografia

- Agarwal S et al - Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action Am J Obstet Gynecol - 2019 Apr;220(4):354.e1-354.e12.
- Krina T. Zondervan et al , N Engl J Med 2020; 382:1244-1256 (REVIEW)
- DOI: 10.1056/NEJMra1810764
- Shamen Gunawardena et al: New Diagnosis of Endometriosis is Less Common in Women over Age Forty Presenting with Pelvic Pain, JMIG, Volume 28, ISSUE 4, P891-898.e1, April 01, 2021
- Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, et al. Williams Gynecology - McGraw-Hill Companies 2008
- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, et al. Danforth's Obstetrics and Gynecology - 10° edizione - Lippincott Williams & Wilkins, 2008
- Vercellini P, Somigliana E, Viganò P. Endometriosis: current and future medical therapies. Best Pract Res Clin Obstetr Gynecol 2008, 22: 275-306
- Vercellini P , Frontino G, Di Giorgi O. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. Fertil Steril 2003, 80: 560-3
- American College of Obstetrics and Gynecologists. Noncontraceptive use of hormonal contraceptives. Obstet Gynecol 2010, 115: 206-18
- Ruhland B, Agic A, Krampe J, et al. Innovations in conservative endometriosis treatment: an updated review. Minerva Ginecol 2011, 63: 247-59

L'ESPERIENZA DI UNA NEO-CONVENZIONATA IN UNA MEDICINA DI GRUPPO IN EPOCA COVID

Maria Sofia Donatoni - MMG Cavaion V.se, Verona

Questo articolo è un resoconto della mia esperienza come medica di famiglia neo-convenzionata in un momento storico particolare. Dopo la laurea e aver frequentato la Scuola di Medicina Generale, ho deciso a fine 2019 di aprire l'ambulatorio nel paese di Cavaion Veronese nell'estremo ovest della provincia di Verona.

Nelle mie aspettative sul futuro lavorativo c'è sempre stato il desiderio di lavorare in un gruppo con altri medici, desiderio che ho avuto la fortuna di poter realizzare. Ho infatti il privilegio di essere inserita in una medicina di gruppo che è stata una delle prime a formarsi della provincia di Verona e che nel 2020 si è allargata arrivando a 6 medici di famiglia supportati da 2 segretarie e 2 infermiere.

La Struttura

Aggiugno 2020 in piena epidemia da SarsCov2 la nostra medicina di gruppo si è trasferita nell'attuale struttura: un polo sociosanitario che è stato voluto, ideato e progettato dall'attuale consiglio comunale.

È una struttura al piano terra suddivisa in tre blocchi principali ciascuna con propria saletta d'attesa e ingresso:

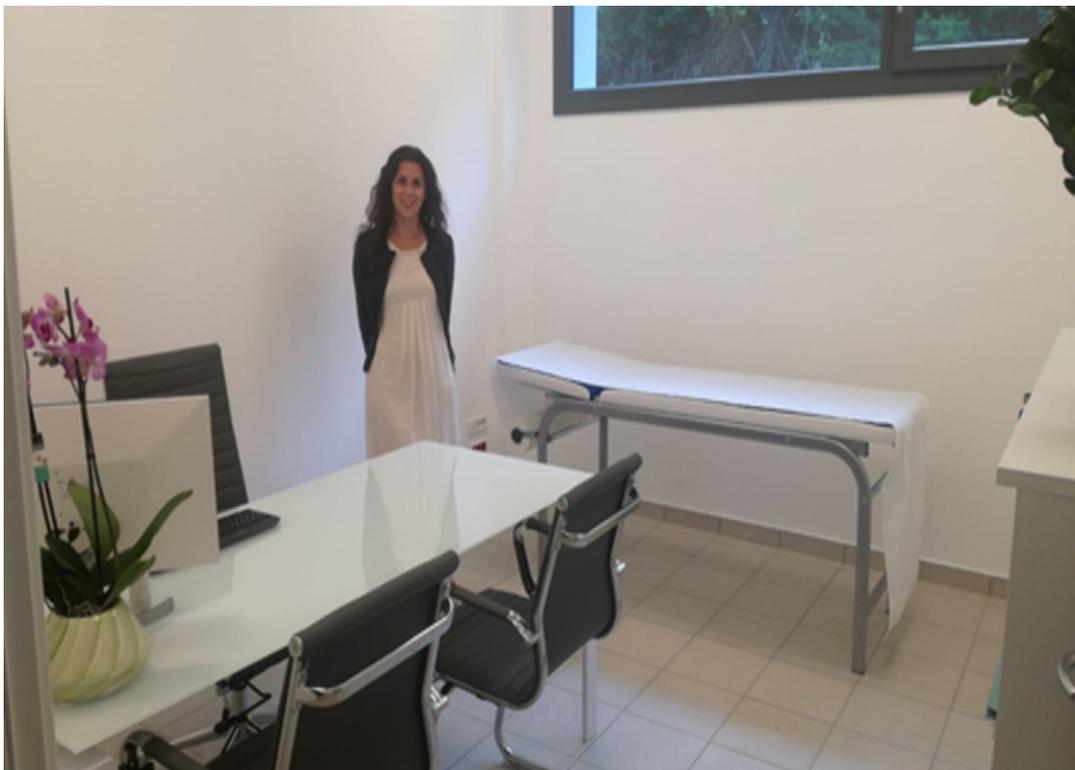
- area degli studi medici di medicina generale comprensivi di ambulatorio infermieristico e box segreteria
- area dello studio del pediatra di libera scelta
- area degli specialisti

Grazie alle caratteristiche dell'edificio è stato possibile per noi medici di famiglia garantire l'accesso separato dei pazienti affetti da Sars-cov-2 o sospetti dagli altri assistiti.





La sala d'attesa dell'area studi medici di medicina generale



Un ambulatorio della medicina di gruppo

I Numeri

Il nostro bacino di utenza come medicina territoriale copre oltre a Cavaion V.se anche i paesi limitrofi dalla val d'Adige alle pendici del Monte Baldo. Complessivamente assistiamo 9000 cittadini, considerando anche i pazienti più piccoli curati dalla pediatra arriviamo a oltre 10000 utenti.

L'Organizzazione

Nel nostro gruppo le scelte sono condivise, gli scambi di informazioni sono quotidiani. In particolare:

Abbiamo eletto un referente fisso con incarico annuale che raccoglie le preferenze o le idee di ciascun medico per garantire un lavoro di squadra. Il referente in accordo con il gruppo ha stilato un regolamento interno sottoscritto da ciascun medico.

Doendo gestire dei numeri elevati di affluenza alla struttura abbiamo regolato gli accessi in modo che fossero equilibrati. Infatti le visite ambulatoriali sono tutte su appuntamento, comprese le visite per prestazioni infermieristiche.

Tuttavia è stato valutato opportuno tenere delle fasce orarie per visite mediche ambulatoriali non differibili giornaliere che non richiedono appuntamento. Le richieste telefoniche vengono recepite da segretarie o infermiere.

Gli appuntamenti vengono presi telefonicamente da una infermiera al mattino che ha il compito di eseguire il triage; nel caso di il paziente comunicasse sintomi compatibili con covid, l'infermiera prende nota del nominativo del paziente che viene ricontattato in giornata dal medico per stabilire l'iter di accesso alla struttura più appropriato. Le segretarie praticano attività di sportello e raccolgono tramite telefonata le richieste dei pazienti. In media il nostro personale riceve dalle 200-300 telefonate al giorno. Nei periodi di maggior criticità legati alle ondate di casi covid, dove i pazienti quarantenati avevano come prioritario canale di comunicazione il telefono, il filtro del personale di studio è stato fondamentale. In primis per la maggior rapidità nella risposta al paziente dando agli utenti un riscontro immediato di presa in carico e anche perché questo ha permesso a noi medici di poter svolgere serenamente le nostre attività ambulatoriali e domiciliari senza interruzioni.

Durante il COVID

Per me neo-convenzionata è stato un grande conforto poter iniziare la professione in una Medicina di Gruppo, proprio nel periodo Covid.

Nel 2020 abbiamo osservato anche a un diverso modo di relazionarsi dei pazienti. Ad una prima fase in cui i nostri pazienti erano spaventati e cercavano in noi rassicurazione su un virus sconosciuto, è seguita una seconda fase di maggior sofferenza verso le restrizioni o limitazioni nella vita sociale. Spesso ci siamo ritrovati a gestire situazioni di tensione nella relazione medico paziente.

La gestione condivisa dei casi più aggressivi è stata la chiave di svolta per affrontare il lavoro con maggior serenità. Ritornando all'importanza dell'organizzazione in una medicina di gruppo, vorrei riportare l'esempio di come abbiamo sempre affrontato con spirito propositivo le "nuove" attività che ci sono state richieste: tamponi, tracciamento

dei contatti, vaccinazioni influenzali e covid. Abbiamo ritenuto prioritario come gruppo di medici di una comunità la vicinanza alle persone fornendo servizi di qualità soprattutto in un momento delicato come l'attuale.

Nei nostri studi a rotazione giornaliera ogni medico affiancato dall'infermiera ha eseguito circa 250-300 vaccinazioni influenzali nel periodo ottobre e novembre 2020, poi a novembre in piena di seconda ondata covid abbiamo eseguito 150 tamponi covid fino a marzo 2021.

Come medici veronesi nel 2020 abbiamo vissuto l'esperienza delle visite a domicilio dei pazienti covid come microteam. Dopo una adeguata formazione sulle procedure di utilizzo dei dispositivi individuali di protezione, vestizione e svestizione, con l'automobile che fornita e poi sanificata dalla cooperativa, un team composto da medico di famiglia e infermiere usciva presso il domicilio per visitare i pazienti covid.

Un'esperienza coraggiosa che ha permesso di vivere con spirito di squadra l'emergenza covid, e pian piano da attività fuori dall'ordinario è diventata quasi routinaria mano a mano che prendevamo confidenza con i dpi.

Visite domiciliari ai pazienti COVID

Da aprile sempre uscendo in coppia (medico con medico o medico infermiere) abbiamo eseguito la vaccinazione anti covid per i pazienti fragili ultraottantenni a domicilio (all'incirca 18 per medico). Le vaccinazioni per le altre categorie di età sono poi proseguite nel nostro studio.





Medici e personale del Centro Servizi di Cavaion V.se

Per concludere, ribadisco: **L'UNIONE E L'ORGANIZZAZIONE FANNO LA FORZA** e il nostro ambulatorio può essere un esempio.