

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



ANNO 2022
NUMERO 1

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 Girotto, 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 1 ANNO 2022

EDITORIALE_____	4
PROFESSIONALIZATION AND ACADEMIZATION OF FAMILY MEDICINE IN THE NETHERLANDS_____	6
ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SLOVENIA_____	10
SOCIAL PRESCRIBING: OVVERO LA PRESCRIZIONE DI ATTIVITÀ SOCIALIZZANTI_____	14
IL PERIODO COVID HA INDOTTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO_____	18
NET-AMIODARONE : VALUTAZIONE DELLE INDICAZIONI E FOLLOW-UP DELLA TERAPIA CRONICA CON AMIODARONE TRA 23 MMG ITALIANI DI NETAUDIT_____	21
DOVE PORTA L'ESPANSIONE DELLE ATTIVITÀ DEI FARMACISTI_____	29
MEDICINA GENERALE: VISIONE QUARANTENNALE DI UN MMG_____	33
RESOCONTO DALL'INTERNO DELLA LUNGA MARCIA DELLA MG_____	34

A cura di Mario Baruchello

Con questo numero Rivista QQ fa un ulteriore salto di qualità. Continuano con altre due prestigiosi contributi, in esclusiva per la nostra rivista, in merito alle descrizioni dei processi d'accademizzazione nei paesi europei. Dopo i primi tre contributi, nel precedente numero della Rivista QQ di Ferdinando Petrazzuoli per la Svezia con il suo Dottorato di Ricerca a Lund e del Prof Christophe Berk della Università de Lille. In questo numero ospitiamo un intervento del prof. Jako Burgers della Università di Maastricht e un articolo a due voci della Prof. Davorina Petek e del Prof Igor Svab (Università di Ljubljana).

Gli olandesi fondarono la Primary Care ad accesso gratuito nel 1941 e già nel 1966 ebbero la prima cattedra a Utrecht con Jan van Es che scrisse anche il primo testo base nazionale per gli studi di medicina generale. La ricerca, la certificazione periodica, le linee guida (ed una retribuzione adeguata) divennero pilastri della medicina di famiglia.

Un paese nuovo come la Slovenia nata dalle ceneri della Jugoslavia trovò nel dott. Igor Saab il suo mentore che riuscì a portare negli anni 80/90, con la prima cattedra universitaria a Ljubljana, nell'area della medicina generale ben distinta dalla medicina di comunità e dall'igiene pubblica. La conferma viene anche dalla sua presidenza a Wonca Europa. La Slovenia ha un testo di studio specifico dal 2002 e partecipa a progetti nazionali/ internazionali di ricerca con finanziamenti del Governo.

Ferdinando Petrazzuoli con la sua vita di medico rurale isolato ci richiama la visione biopsicosociale della professione con un interessante contributo sul Social Prescribing a supporto dell'attività del medico nelle cure primarie del NHS. E' uno stimolo da prendere a modello ,specie nelle attività territoriali domiciliari ove il quadro italiano può essere definito desolante in assenza di idee, motivazioni, mezzi .Il medico di medicina generale purtroppo si deve confrontare con la disorganizzazione di una assistenza sociale che non va a cercare i fragili offrendo soluzioni ma resta nei propri uffici al caldo in attesa di una penosa richiesta di poveri, anziani, malati.

Cosimo De Mola ci riporta una breve testimonianza della crisi dei giovani medici all'inizio del Corso di Formazione Specifica. Non hanno potuto durante l'università conoscere nulla dell'area professionale in cui andranno a specializzarsi e sono lontani da un modello olistico che ogni medico dovrebbe avere.

Scorre al riguardo la biografia di Carlo Basso: la sua storia è la storia di una generazione di medici che ha vissuto in un contesto di trasformazioni significative per la medicina, anche a livello organizzativo con "una visione sociale della cura e

considerando la prevenzione un cardine della salute, sia collettiva che individuale “. Non è bastato ed emerge il rammarico delle tante occasioni perdute specie per quei colleghi che si erano spinti avanti a credere nella efficienza del SSN non trascurando mai il rapporto di fiducia con il singolo cittadino/ paziente.

Chi invece ha trovato le condizioni favorevoli alla fine di quella “lunga marcia” che porta ad una medicina generale orientata alla Comunità è Renato Tulino che vive nel paradiso dell’Argentario. In primis si assiste al cambio di considerazione per l’area professionale che acquista visibilità ed autorevolezza nei confronti sia delle Direzioni Sanitarie che con gli specialisti con i quali si può aprire un clima di collaborazione.

Net - amiodarone ci fa tornare all’attività di audit clinico per un farmaco molto usato in Italia per indicazioni estese e con lunga emivita. Si sono voluti indagare il monitoraggio, le gravi relazioni collaterali; si è riscontrata emersa una forte variabilità tra i medici della frequenza di uso, molto probabilmente secondaria alla variabilità prescritti degli specialisti. L’auspicio è per una collaborazione paritaria con i cardiologi che ne sono i principali prescrittori alla ricerca di una migliore appropriatezza in tutte le fasi dell’assistenza.

Infine il Direttore Franco Del Zotti apre una finestra ai mutati rapporti fra medici di famiglia e farmacisti specialmente nel corso di questa estenuante pandemia dovuta al Virus Sars Cov – 2. L’obiettivo dichiarato è di stabilire un tavolo di confronto fra professioni che erano una volta baluardo della prestazione intellettuale liberal : il mercato ha sconvolto tutto .Ma l’accento non è solo sulle prestazioni di diagnosi e cura trasferitesi in farmacia con grande velocità quanto a tre aspetti: il consenso informato a pratiche sanitarie (vaccinazioni, testing), l’utilizzo dei dati sensibili personali fuori da tutele legale del segreto professionale (privacy) ed infine la responsabilità professionale per atti clinici (per i medici non tutelata abbastanza dalla Leggi Gelli per quanto attiene alle valutazioni di colpa, errore, risarcimento).

Presentiamo a questo punto due contributi in lingua inglese; consigliamo se necessario un traduttore online come [DeepL](#) o [google translate](#) che hanno raggiunto livelli soddisfacenti per l'inglese tecnico.

PROFESSIONALIZATION AND ACADEMIZATION OF FAMILY MEDICINE IN THE NETHERLANDS

Jako Burgers is practicing general practitioner in the Netherlands and holds an academic chair 'Promoting Personalized Care in Clinical Practice Guidelines' at the Department of General Practice and Care and Public Health Research Institute of Maastricht University, supported by the Dutch College of General Practitioners (NHG).

The Dutch healthcare system is well known because of its strong primary care. Supportive regulation from government and efforts from well-organized professional societies have been fundamental to strengthen primary care. High quality research and education in general practice is conducted from eight departments of general practice linked to university medical centers. What is the history of this infrastructure and how can other countries learn from the Netherlands?

Start of professionalization

Before the second world war family doctors worked in small practices and were not organized beyond membership of the Dutch Medical Association. This changed in 1941 when the sick fund was introduced. Patients below a certain income level were registered at a general practice and could consult their doctor without out-of-pocket costs. Family doctors received capitation fee but prices were low whereas the number of visits increased. This led to foundation of the Dutch Association of General Practitioners in 1946, which can be considered as a trade union. They were successful in raising prices and improving resources and conditions in general practice.

Separately, family doctors increasingly felt the need to define their profession. Whereas medical specialist focus on diagnosis and treatment of diseases, family doctors are also interested in psychosocial context and favor an holistic approach. This was supported by research studies in general practice and pioneers work of Balint. The Dutch College of General Practitioners (NHG) was founded in 1956. A few years later a definition of family medicine was formulated, including core values as continuity, comprehensiveness and person-centeredness, which were broadly accepted among family doctors and still holds true.

Start of academization

The mission of NHG was and is (!) to promote research-based general practice. A working group started organizing research in general practice by collecting observational data from 100 practices on specific topics such as throat inflammation and miscarriage. Findings were presented in the scientific journal of NHG Huisarts en Wetenschap and in several PhD theses written by family doctors.

In 1966, Jan van Es became the first professor in family medicine at the University of Utrecht and was also author of the first textbook in family medicine. He served as an example and academic chairs were appointed at all academic medical centres in the 1970s. The academic departments of general practice started small, including behavior and social scientists focusing on communication and contextualization. The early days were hard as they needed to compete with medical specialists with authority and prestige. Research in general practice was often conducted voluntary without any additional funding.

Start of professional training

In 1973 specific training in family medicine at an academic department for one year became mandatory. Before, all medical doctors could start a general practice in the country. All trained general practitioners were registered. Relicense after 5 years also became mandatory, including continuing professional education. The NHG organized annual conferences on specific themes to improve professional skills. In the 1980s, peer groups of general practitioners started with audit and feedback using case studies and individual experiences from practice. In the late 1980s and early 1990s, the professional training was extended to three years in two steps. The training requirements were nationally endorsed. Academic departments were increasingly working together to fulfill the requirements.

National research studies

In early 1970s, continuing morbidity registration was set up from Nijmegen University. This resulted in a large database with epidemiological data about incidence and prevalence of diseases and conditions in primary care, including trends in time. More knowledge about self limiting diseases was gained supporting the watchful waiting approach of general practitioners. Another epidemiological study in Amsterdam reported reasons for encounter, which contributed to the design of the International Classification of Primary Care (ICPC).

In the 1980s, the first National Study on Diseases and Actions in General Practice by the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) was conducted. Data were conducted to answer questions on healthcare needs, access to care, quality of care, and organization of primary care services. The findings of this study contributed to the

emancipation of family medicine in the Netherlands in front of specialist and hospital care. Family doctors and their organization became more independent.

Evidence-based guidelines

The NHG started developing evidence-based guidelines in the late 1980s, with diabetes type 2 as first guideline. The guidelines were developed by general practitioners, medical specialists were only involved in the review process. Within two decades more than 100 guidelines were developed and published in the journal *Huisarts en Wetenschap*, along with a two page summary that could be collected in a folder for consultation in practice. Education materials and computer decision tools were produced to support the implementation.

The guideline program became a huge success. The number of members of NHG increased to 90% of all practicing family doctors. The guidelines were used in professional training, continuing professional education, peer groups, and later in the basic curriculum of medicine as well. All together, the guidelines were considered as a text book in family medicine with specific recommendations on diagnosis and treatment supported with evidence from literature. General practitioners were not lagging behind medical specialists but were in the lead now in professionalization and quality assurance policy.

National research agenda

The guidelines were also used to define research and knowledge gaps based on systematic literature reviews conducted to develop evidence-based recommendations. These could be used as input for designing research studies in general practice, closing the knowledge cycle as part of the evidence eco system. In 2016, the NHG took the initiative to set up a research agenda in collaboration with the academic departments of general practice using the knowledge gaps in guidelines. In addition, stakeholders, including specialist societies, patient organizations, and health funds, were asked to provide research questions for primary care. This resulted in a long list of items. After selection and prioritization in an invitational conference, a final set of 200 questions classified by ICPC chapter and theme were published as the National Research Agenda in General Practice (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2018.1532993>).

The research agenda resulted in a research program funded by the Ministry of Health and Welfare, contributing to strengthen primary care. The agenda has also encouraged collaboration in general practice research instead of competition by founding a national consortium of academic departments of general practice and NIVEL supported by NHG. In the COVID-19 pandemic, the consortium has been successful in raising funds for large observational studies in primary care.

Conclusion

General practitioners are in the lead in the Dutch healthcare system due to their professionalization and academization. Other countries can learn from the Netherlands by considering key factors for a strong primary care system. These include fundamental support from the national government, well-accepted national professional organizations, a payment system underlining core values in primary care, support from evidence-based guidelines integrated in training and education, and, last but not least, collaboration instead of competition between professionals, researchers and teachers.

Literature

1. Van Dulmen S, Kruse F, Burgers JS. Het zorgstelsel door de ogen van de huisarts. Een internationale studie [Primary health care through the eyes of the general practitioner; an international study]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2021;165:34-9.
2. Van Osselen E, Helsloot R, Van Zalinge E, Van der Werf G. Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Ter gelegenheid van 60 jaar Nederlands Huisartsen Genootschap [History of general practice. On the occasion of 60 years Dutch College of General practitioners]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016. ISBN 978 90 3681 550 5.
3. Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands. *J Ambul Care Manage* 2012;35:174-81.
4. Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow M, Ikegami N, Kwon S, Luxford K, Millett C, Wendt C. The World Health Report 2008 - Primary Health Care: how wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? *Healthcare Policy* 2012;7(3):38-58.
5. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England, and the Netherlands. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2011;27:1-19.
6. Westert GP, Burgers JS, Verkleij H. The Netherlands: regulated competition behind the dykes? *BMJ* 2009; 339: 839-42.
7. Van Es JC. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie [Half a century of family medicine. From craft to profession]. Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2006. ISBN 90 313 474 6.

ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SLOVENIA

Assoc. Prof. Davorina Petek, M.D., Ph.D. Department of Family Medicine, University of Ljubljana

Prof. Igor Švab, M.D., Ph.D, dean of Faculty of medicine, University of Ljubljana

When did the academization of primary care start in Slovenia?

Academic development of family medicine in Slovenia was a lengthy process. As part of former Yugoslavia, Slovenia introduced speciality training of general practice already in 1962. The specialisation was not obligatory, but it created enough motivated GPs who wanted to show themselves as competent professionals. Already in 1950s, the medical faculty of Ljubljana sent students to have an experience of primary care. This was very poorly organised and it was soon abandoned. In the early 1980s, a congress of Slovenian medical association ended with a call to the university to introduce general practice to students. As a result of this, two things have happened: a collegium for general practice was organised at the department of public health, consisting of three professors of public health and three general practitioners. Their task was to formally supervise a three weeks' rotation of students in selected practices. The second consequence was even more important: the Slovenian general practice society has decided to organise by themselves courses on teaching for family doctors. This resulted in a selected number of motivated physicians, who later served as our tutors and were a base on which later we established the department.

The next big opportunity came in early 1990's where there was a change of medical curricula from 5 to six years. We used this reform to convince the university that we should have a formal subject of family medicine in the last year. We did not get the department yet, because none of general practitioners in Slovenia had formal credentials to be a teacher. After this requirement was fulfilled by Igor Švab, the department was created, The fact, that it was separated from the Department of public health, turned out to be very important.

This happened in the year 1995. The program was built very carefully with a balance between theoretical modules and clinical work in the practices. We believe it is very important that family medicine program and Department are run by teachers of this field.

Several years later in the year 2003, a Department of Family medicine was established at the second Slovenian University in Maribor. This department had from the beginning available professors of family medicine who could take over the leadership. The first chair of it was prof. Janko Kersnik, while after his premature death prof. Zalika Klemenc Ketiš replaced him on this position.

In this long description we wanted to emphasize that the process of academization is long and gradual and includes many activities and supportive people.

Was it a smooth process or did you encounter hostility from Secondary Care or other institutions, trade unions, health care policy makers, et cetera?

We didn't face direct hostility, but there were some rather loud opponents who opposed the establishment of a new department in the faculty because family medicine was not considered to be an academic discipline by some senators. There were quite some clear doubts and understandable questions as to whether the new department would be able to meet the demands of academic excellence and research production. Establishing new departments at the faculties was the exception rather than the rule. But over the years, when the department produced enough scientific papers and PhDs, these criticisms were gone.

In the beginning it was important that a Minister of health was a general physician at that time and that some other clinical professors were supporting us. Therefore, we were also able to solve the problem of place and rooms for the new department. But we could not make it a lasting success without doing the "academic homework" and proving our academic worth.

Can you tell us more about the first decade of the process of Academization of General Practice/ Primary Health Care in Slovenia? Was there guidance from the Rector of the University or did each university have the autonomy to decide independently?

We had quite free hands in a curricular development and we introduced modern teaching methods of active learning in small groups and a lot of practical work. We modelled our first curriculum according to the curriculum in Maastricht, but we had to make a lot of adaptations, of course. We introduced role plays and standardised patients in teaching communication. In twenty years we published several textbooks of Family medicine, first one even before the establishment of the department. The next ones followed in the years 2002 and 2012. The textbook from 2012 was followed by an adapted version in Croatia, wrote together with Croatian colleagues and by an English version. As you see we follow the time period of 10 years for a next textbook and right now we are preparing the fourth edition which will be completely renewed and with a new concept of presentation of selected chapters. We also published several workbooks for students, mentors and assistants to enable comparable quality between teachers and teaching assistants.

The department was gradually involved in more and more teaching activities in undergraduate studies, such as Communication where we introduced an early contact with the patient. We collaborate in a subject about team work. In the last two years we are co-leaders of the subject Geriatrics. We also introduced several elective subjects which are highly popular among students, such as Rural medicine, Clinical communication, Motivational interview and Research in Family medicine.

The next very important task from the beginning was to initiate and support research in primary health care. In 2004 we established our own research group which belongs to the research program called Public health. The fact that our research group is very successful is proven by the data: it is the second most successful research group in the field of public health in Slovenia and holds H-index 52 at the moment.

In line with this we had to take care of the development of new researchers and teachers. For that we motivated young colleagues to finish a PhD study, within the area Public health. Several former PhD students continued to collaborate with the Department as teachers or as researchers on research projects. We offered a limited number of part time positions as teaching assistants or as researchers employed on projects.

Our research group was very active in different research projects. Over the past 17 years, researchers have studied broader areas such as family medicine education and theory, mental illness and addiction, health policy, domestic violence, communication, patient satisfaction, self-medication, multimorbidity, motivational techniques, prevention, quality of work, professionalism, vulnerable groups and lately also genetics in family medicine. The research group members led or participated in 14 domestic research projects funded by the Research Agency of the Republic of Slovenia. We were a partner in several large European research projects.

We also cooperated and led several structural projects for the development of family medicine in some European countries. Some of these projects were financed by the World bank. The department of Family medicine in Ljubljana is also in charge of running a training program in Family medicine.

How do you see the importance of position of the members of the Department of FM in medical faculties?

A very important indicator of the strength of the department is its position at the Faculty of medicine. We are equal to any other department and sometimes stronger than many clinical departments. This includes a number of places in the senate and in different faculty bodies and committees. Igor Svab was a member of the committee for curricular change 10 years ago and continued to taking on important faculty functions. The highest is a position of dean of the faculty that he holds since 2017. At the moment we have a member in Administrative board and a president of Quality Assurance Committee for Studies in Medicine. We have also received the Best teacher award by students.

What about the role of international connections: Cooperation with Wonca Europe (WE), networks and SIGs of WE

I would like to mention how important was early contact with WE and its networks. In early 1990s Slovenia became independent and we immediately applied for membership in international organisations. Being in regular contacts with international audience was extremely helpful and a major factor that has helped in achieving our goals. Because of that, our society financially supported young colleagues to include and work in these bodies. In the past our members had several important positions being chairpersons in most major networks: Janko Kersnik was a chair of EURACT, Mateja Bulc of Europrev,

Zalika Klemenc Ketiš of EQUIP and Davorina Petek of EGPRN. Igor Švab was for two terms a president of Wonca and Janko Kersnik was Wonca Honorary Secretary. By that we built a strong network of friends and collaborators all around Europe. We cooperated in the development of teaching agenda and research agenda/strategy for Europe. These major products serve as a good orientation in planning teaching and research activities.

What are the challenges of future academic development in Family medicine in Slovenia?

Unfortunately, the academic development was not so much reflected in our position in the healthcare system. It has been a decade since we proposed our government and professional bodies that we need an Institute for Family medicine. We are facing generally low interest in training of family medicine. Despite that the academic development is growing steadily. The number of teachers and teaching assistants has increased in the last year. We have strong position in the new curriculum, and active research activities. The research is orienting toward collaboration with other research groups and development of research network practices. We need to keep and increase international collaboration in all directions – teaching and research activities, and exchange programs. The burden of Covid epidemics is high as most of our members work also as clinicians and took over additional clinical responsibilities. But nevertheless academic development is necessary to help overcome health crisis, keep educational activities adapted to the changes in the last years and keep research activities to support the development of family medicine and to give scientific data for quality primary care. There is another important goal for the next generation: to take lead in healthcare policy.

SOCIAL PRESCRIBING: OVVERO LA PRESCRIZIONE DI ATTIVITÀ SOCIALIZZANTI

Ferdinando Petrazzuoli MD, PhD, Medico di famiglia in Italia

Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden, European General Practice Research Network, Educational Committee, European Rural and Isolated Practitioners Association Scientific Board chair

Nel gennaio 2019, il servizio sanitario nazionale (NHS) del Regno Unito ha rilasciato il suo "Piano a lungo termine di assistenza universale personalizzato", che presenta la Social Prescribing (SP) come componente chiave, "offrendo un approccio olistico alla salute e al benessere delle persone" (1).

Che cos'è il Social Prescribing?

La SP è stata descritta come un'attività progettata per "essere applicata a persone con una o più condizioni croniche, che hanno bisogno di sostegno per la loro salute mentale, che sono soli o isolati e/o che hanno bisogni sociali complessi che incidono sul loro benessere".

Vale la pena di ricordare che il concetto di SP aveva funzionato sotto diversi nomi e formati in vari paesi molto prima che diventasse la pupilla dell'NHS e fosse stata introdotta a livello sistemico, all'interno di un quadro strutturato. I principi della prescrizione sociale erano stati sempre più applicati alle popolazioni anziane, al fine di fronteggiare la solitudine, con miglioramenti sia fisico che mentali (2).

Prescrizione sociale: principi chiave

Come sottolineato da alcuni autori [6], la prescrizione sociale, a volte indicata come "rinvio alla comunità", non sembra avere una definizione univoca. Nel Regno Unito (dove il termine ha avuto origine) viene proposta una definizione che potrebbe essere sintetizzata in: "Un'opzione per il medico di assistenza primaria di indirizzare i propri pazienti a cure non mediche."

In Inghilterra, che è pioniera mondiale nell'implementazione sistematica della prescrizione sociale nell'assistenza sanitaria, il piano a lungo termine del sistema sanitario nazionale, pubblicato di recente, include la prescrizione sociale come un'offerta di servizi e di forze lavoro progettata per supportare il medico delle cure primarie, offrendo un intervento non clinico attraverso uno speciale assistente sociale chiamato "Link Worker" appositamente formato allo scopo.

Il Link Worker effettua una conversazione faccia a faccia con il paziente, durante la quale viene co-progettata una soluzione personalizzata per consentire alle persone di accedere a iniziative e progetti locali forniti dal volontariato, dalla comunità o altri servizi sociali. (Figura 1)



Figura 1: Il ruolo del Social Prescribing Link Worker

Il paziente, quindi, sceglie schemi di SP che ritiene possano adattarsi e funzionare nel suo caso. Questi interventi possono essere educativi, culturali, occupazionali o ambientali (esempi includono: gruppi di amicizia, sostegno per l'accesso al lavoro, partecipazione a lezioni di attività fisica, diete alimentari, lezioni di arte (pittura, scultura), passeggiate di gruppo, musicoterapia e molti altri).

Modelli molto popolari di Social Prescribing includono:

- 'Arts on Prescription'
- 'Books on Prescription'
- 'Education on Prescription'
- 'Exercise on Prescription'
- 'Green Gyms' and other 'Healthy Living Initiatives'
- 'Information Prescriptions'
- 'Supported Referral'

La Social Prescribing si basa sul concetto fondamentale che i fattori sociali sono importanti determinanti della salute, la quale non può essere trattata con il solo approccio clinico. Questo approccio all'assistenza sanitaria ha un enorme potenziale, che va oltre la medicina, e può affiancare gli interventi clinici coinvolgendo le persone in nuove attività che migliorano il loro benessere e la loro salute.

La prescrizione sociale può essere utilizzata anche per sostenere i cambiamenti dello stile di vita, quale perdere peso e smettere di fumare; essa è inoltre indicata per le persone sole e isolate le quali hanno spesso bisogni insoddisfatti che possono esacerbare le condizioni di salute a lungo termine. In Inghilterra, come in molti altri paesi in tutta Europa, i servizi sanitari stanno affrontando una domanda senza precedenti. Nel Regno Unito, è stato riferito che circa il 30% dei pazienti visita il proprio medico di famiglia per motivi sociali (3).

Le persone spesso sperimentano comorbidità e problemi sociali allo stesso tempo e possono aver bisogno di cure da diversi attori contemporaneamente. Quindi è opportuno progettare sistemi integrati che offrono trattamento e prevenzione mediante tutta la gamma di cure. Affrontare le sfide poste dalle malattie croniche richiede anche un passaggio da servizi centralizzati (tipicamente ospedalocentrici) a servizi decentrati (aumento delle strutture di assistenza primaria nelle comunità).



**Figure 2,3,4: Green Gyms ed altre iniziative di “Healthy Living Initiatives”:
Music on Prescription; Arts on Prescription.**

Le evidenze scientifiche attuali si focalizzano sull'impatto del modello sulle cure primarie.

In Inghilterra, il modello di prescrizione sociale descritto dal Piano a lungo termine del NHS England e supportato da linee guida di buona pratica clinica (1) consiste in un serie di componenti chiave quali: un meccanismo di riferimento, la valutazione dei bisogni del paziente attraverso la conversazione faccia a faccia con il Link Worker, lo sviluppo di un piano personalizzato, l'identificazione delle prescrizioni sociali necessarie, l'accesso alle prescrizioni sociali, il follow up mediante contatti ripetuti con il Link Worker ed infine la valutazione dell'impatto e degli esiti sul paziente (4).

In questo modo, i bisogni del paziente vengono affrontati in modo olistico. Ovviamente per avere successo bisogna avere la collaborazione con le autorità governative locali, il cosiddetto terzo settore ovvero il volontariato ed i gruppi di comunità no profit.

In Inghilterra è il paese che ha investito di più nella prescrizione sociale rispetto a qualsiasi altro sistema sanitario nazionale (1).

Conclusioni

La prescrizione sociale fa parte di un movimento ampio che comporta un cambiamento dai tradizionali modelli top-down di assistenza erogata negli ospedali e ambulatori di medicina generale ad un approccio non medico, ponendo il paziente al centro della loro cura, promuovendo l'indipendenza e la responsabilità personale e contribuendo al bene comune». Quando si discute del cambiamento dello stile di vita e dei comportamenti di salute, la SP ha il potenziale per colmare il divario tra la conoscenza (consapevolezza dei rischi per la salute) ed il comportamento (adattamento a sostenere un nuovo stile di vita). Offre inoltre l'opportunità di estendere un'esperienza multidisciplinare prendersi cura del paziente.

Il corpo di prove disponibili consente di presentare la SP come strumento con un grande potenziale per ridurre il carico legato allo stile di vita, sebbene richieda ai potenziali implementatori di SP la revisione delle buone pratiche e l'identificazione di programmi efficaci.

Bibliografia

1. England N, Improvement N. Personalised care. Available at: england.nhs.uk/personalisedcare/ [Accessed 1 Apr 2019]. 2019.
2. Ronzi S, Orton L, Pope D, Valtorta NK, Bruce N. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic reviews*. 2018;7(1):1-22.
3. Torjesen I. Social prescribing could help alleviate pressure on GPs. *BMJ: British Medical Journal* (Online). 2016;352.
4. England N, Improvement N. Social prescribing link workers: Reference guide for primary care networks. Updated June 2020 London, NHS England; 2019.

IL PERIODO COVID HA INDOTTO UN CAMBIAMENTO POSITIVO

per la prima volta in Toscana è dirigente della Medicina Generale un MMG che continua a mantenere la propria attività con i pazienti e che dirige la MG di una estesa parte della Regione , pur dalla realtà periferica di un piccolo paese dell'Argentario

Renato Tulino - MMG Porto Santo Stefano (Argentario) e Responsabile Direttore Dipartimento Medicina Generale Toscana Sud-Est

Il Dipartimento della Medicina Generale in Toscana vede la sua ideazione con la Legge 40/2005. La sua nascita reale viene, però, decretata nel 2017 con la nomina da parte del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Sud-Est del primo Direttore del Dipartimento.

In base alla suddetta legge regionale e successive modifiche, diversamente da quanto previsto per tutti gli altri Direttori dei Dipartimenti di altre discipline, Il Direttore della Medicina Generale nell'accettare l'incarico diventa incompatibile con l'attività di Medico di Medicina Generale. Il Direttore del Dipartimento della Medicina Generale è eletto da tutti i Coordinatori di AFT dell'Azienda che devono fornire una terzina di eletti; fra questi il Direttore Generale, dopo aver considerato i curriculum professionali, ne nomina uno.

Alla scadenza del mandato del primo Direttore di Dipartimento della Medicina Generale, su mia richiesta, i Coordinatori di AFT dell'Azienda Toscana Sud-Est, in un'assemblea in remoto e in piena pandemia, nel Settembre 2020, hanno proposto al Direttore Generale (DG) della stessa Azienda di valutare l'opportunità di concedere anche al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale la possibilità di poter svolgere "part-time" la propria professione. Il DG si è trovato subito d'accordo. E così è cominciato il percorso all'interno delle istituzioni regionali per avere una deroga alla Legge 40/2005.

Dopo iniziali dinieghi, nell'Aprile 2021 vi è stato il parere positivo del Comitato Regionale per la Medicina Generale: si è stabilita la possibilità che il Direttore del Dipartimento della Medicina Generale possa espletare, IN FASE SPERIMENTALE, anche la propria professione di MMG, per un numero minimo di 19 ore settimanali. Nella metà del mese di Aprile 2021, così, i 31 Coordinatori di AFT votano all'unanimità il mio nominativo; il DG ha accettato e mi ha nominato dal 1° Maggio 2021 Direttore del Dipartimento della Medicina Generale.

Il mio primo scopo è stato quello di creare subito una squadra composta da tutti i Coordinatori di AFT e in seno a loro creare il Comitato Esecutivo del Dipartimento, così come previsto dall'attuale regolamento attuativo del Dipartimento, e rappresentante tutte le zone/distretto, che nella TSE sono nove.

Da subito, avendo tutti condiviso il percorso del part-time, ci siamo divisi i compiti e abbiamo notevolmente aumentato la nostra presenza di MMG sui vari tavoli di lavoro

aziendali. Su nostra richiesta e per permetterci al massimo la presenza, dovendo tutti noi continuare la nostra professione, abbiamo chiesto e ottenuto che la maggior parte delle riunioni si potessero tenere in webinar, considerando fra l'altro che il territorio della Toscana Sud-Est è vastissimo e io stesso disto più di 100 km dalla Sede Direzionale a Siena e più di 200 da Arezzo, dove c'è la Direzione Generale. Questa è un'importante novità: una delle poche volte in cui viene concesso anche a chi abita in una periferia di poter partecipare a ruoli apicali.

Il risultato di queste prese di posizione, già in pochi mesi, ha evidenziato il cambio di considerazione con la quale la Medicina Generale ora è tenuta in considerazione da tutte le altre figure aziendali e direzionali. Al momento la Medicina Generale è riuscita a crearsi quella visibilità autorevolezza che merita anche con molti Colleghi sia di Assistenza Primaria che di Continuità Assistenziale con un lavoro di prossimità, dove il Coordinatore di AFT in rete con il Direttore del Dipartimento, riesce a stare al fianco del MMG anche più periferico creando una figura simile a quella di un "tutor facilitatore" sui più svariati percorsi assistenziali e terapeutici dell'Azienda. Lo scopo che perseguiamo è quello di "omogenizzare" quanto più possibile i suddetti percorsi anche in una situazione olograficamente molto differenziata e complessa come quella della Toscana Sud-Est. Il Dipartimento, così costituito, riesce ad avere un evidente peso nelle discussioni aziendali, tant'è che da metà di Agosto il Dipartimento è stato inserito in Cabina di Regia sulle vaccinazioni. Ciò ha comportato un impegno quotidiano, determinante in decisioni quali l'intervento di MMG vaccinatori all'interno degli hub aziendali o l'intervento della somministrazione della dose booster all'interno delle RSA, diversamente da quanto deciso in un primo momento dalla Regione Toscana.

La rete con i Coordinatori di AFT ha inoltre permesso di intervenire, come Dipartimento, in tutte quelle Zone/Distretto dove si manifestano criticità a scapito della Medicina Generale con interventi sia in loco sia a livello di Direzione Sanitaria in modo veloce e risolutivo: ad esempio sul problema delle zone carenti dovute alla ormai acclarata mancanza di medici su tutto il territorio nazionale. In questo settore si cerca di rendere il percorso verso la soluzione sempre condiviso, tra Azienda e MMG di quella rispettiva AFT.

La rete con i MMG, invece, ha riaperto il problema annoso della presa in carico da parte degli specialisti dei pazienti che visitano per la prima volta e che invitano a controlli successivi. Questa problematica, comune a molte altre realtà nazionali, su indicazione del Dipartimento della Medicina Generale, è stata presa, finalmente, in carico dalla Direzione Generale dell'Azienda e si è definitivamente compreso che la sua risoluzione può anche dare una positiva prospettiva alle liste di attesa.

Da subito ho cercato di ridare lustro assoluta priorità, anche in periodo pandemico, alla Formazione per la Medicina Generale riunendo gli attuali Animatori di Formazione e creando degli eventi obbligatori anche per il raggiungimento di obiettivi previsti dall'attuale ACN e anche dall'attuale AIR. Si è cercato, inoltre, di far riaprire i bandi regionali per la formazione di nuovi Animatori e siamo riusciti a coinvolgere come Dipartimento alcuni giovani Colleghi di tutte e tre le Province (Arezzo, Grosseto e Siena).

Per finire: un Direttore di Dipartimento che continua a mantenere la propria professione, pur non avendo immediato potere risolutivo su questioni annose, ha più incisività nelle decisioni sia nei confronti dell'Azienda che sui Colleghi che non vedono nel Dirigente -MMG una veste solo amministrativa/burocratica.

L'esperienza di questi pochi mesi mi ha fatto notare che la Medicina Generale può avere nel Dipartimento un'arma importante per far valere in modo incisivo anche le criticità quotidiane, il che nell'immediato è quello che più interessa la maggior parte dei Colleghi. Questo modo di agire è, senza dubbio, molto impegnativo, ma allo stesso tempo, almeno dalle impressioni di questi mesi, decisivo per cambiare alcune delle criticità quotidiane della nostra professione.

NET-AMIODARONE : VALUTAZIONE DELLE INDICAZIONI E FOLLOW-UP DELLA TERAPIA CRONICA CON AMIODARONE TRA 23 MMG ITALIANI DI NETAUDIT

Partecipanti: Antista Giuseppe, Augruso Angelo, Bertolusso Luciano, Capobussi Matteo, Cosaro Elisa, Dalla Benetta Elisa, Di Iorio Roberto, Di Maggio Edoardo, Donato Giuseppe, Fusco Luigi, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Luppi Davide, Moser Andrea, Pasculli Domenico, Pastacaldi Guido, Ranzani Luca, Sabbi Diego, Salvadori Angelica, Tangorra Francesco Antonio, Tedeschi Luca, Tulino Renato Fortunato, Ulanio Francesco

Ideazione e Coordinamento: Davide Luppi, Giulio Rigon, Francesco Del Zotti

Background

L'amiodarone è un farmaco antiaritmico approvato per il trattamento di tachiaritmie gravi non rispondenti ad altra terapia. In Italia ha indicazioni più larghe; e su questa "larghezza" si discute: negli USA, la FDA ad es, lo indica solo per le aritmie ventricolari gravi con associata e documentata disfunzione della funzione ventricolare (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/018972s042lbl.pdf).

In Italia la scheda tecnica prevede oltre alle aritmie ventricolari gravi, il flutter e la fibrillazione atriale, le aritmie nodali; la prevenzione delle aritmie ventricolari in pazienti ad alto rischio a seguito di infarto del miocardio o in pazienti con segni clinici di insufficienza cardiaca congestizia e/o LVEF minore del 40%

L'emivita di questo farmaco, se assunto per lunghi periodi, arriva a superare i 110 giorni, con conseguente accumulo nel tessuto adiposo e perfusione in numerosi organi (fegato, pancreas, cuore, polmoni, midollo osseo) dove può potenzialmente causare gravi reazioni collaterali (si veda box-appendice su effetti avversi). Le più frequenti sono rappresentate dai disturbi della funzionalità tiroidea e dalla meno nota, ma molto grave, fibrosi polmonare.

La tossicità polmonare è quella con un numero maggiore di eventi fatali, in genere associati a polmoniti interstiziali degenerate in fibrosi polmonare ed insufficienza respiratoria. Può insorgere rapidamente o a distanza di mesi o anni. Il rischio di effetti collaterali di tipo respiratorio aumenta con il crescere della dose cumulativa, ma è presente anche nel caso di un basso dosaggio per breve periodo, specialmente in soggetti anziani ed in quelli con malattia polmonare preesistente. La prognosi è generalmente buona se il farmaco viene subito sospeso. Date le non poche conseguenze delicate del farmaco sarebbe importante che il MMG d'accordo con i suoi specialisti di riferimento controllino bene sia l'indicazione sia la reale necessità di continuare la terapia.

Necessità di valutare le indicazioni e di uno stretto monitoraggio

La scheda tecnica italiana (vedi appendice 2) dell'amiodarone consiglia di sottoporre il paziente ad una accurata valutazione clinica prima di iniziare il trattamento, prevedendo un esame della funzionalità tiroidea, funzione epatica, una radiografia del torace e un ECG. Nei punti sottostanti vi presentiamo una sintesi dei principali punti delle Linee Guida:

- Una volta iniziata la terapia, viene raccomandato un controllo della funzionalità tiroidea (almeno il e TSH) ed epatica a cadenza semestrale.
- Se compaiono dei sintomi o questi peggiorano è necessario effettuare una radiografia del torace, un ECG e controllare la funzionalità polmonare.
- Rx Torace: Le ultime linee guida per i clinici che trattano pazienti con amiodarone suggeriscono di effettuare una radiografia del torace all'inizio del trattamento e una volta all'anno come follow-up nei pazienti in trattamento cronico.
- Una Linea guida dei medici di famiglia americani suggerisce Rx torace e spirometria con diffusione prima dell'inizio; poi durante la terapia, come follow-up, ma solo nel caso di insorgenza di Tosse e Dispnea.

Obiettivi del Netaudit

Valutare il motivo principale per cui i nostri pazienti sono in terapia continuativa con amiodarone. Valutare la frequenza del follow-up delle principali variabili legate alle Linee-guida e scheda tecnica.

Periodo di Analisi

Analisi: sono state prese in considerazione le prescrizioni Amiodarone in cronico (almeno 1 prescrizione per quadrimestre, in almeno 2 quadrimestri (anche non consecutivi)) dei 12 mesi precedenti al lancio dell'idea di questo Netaudit (maggio '21): quindi è stato analizzato il periodo di 12 mesi che va dal 30 aprile 2020 a tutto il 30 aprile 2021.

Modalità dell'inclusione nel Netaudit e Randomizzazione

L'audit ha valutato tutti i casi anonimizzati, legati ai criteri di inclusione, paziente per paziente.

Per essere fedeli alle regole di Netaudit (www.netaudit.org: "Audit e ricerche in MG in meno di 2 ore"), i MMG che hanno sino a 10 casi hanno analizzato tutti i casi. I MMG che hanno più di 10 casi hanno potuto scegliere di inserirli tutti o selezionarne solo 10, seguendo la procedura di randomizzazione abituale in Netaudit. Al di là dell'eventuale randomizzazione, per ogni MMG è stato raccolto sia il totale dei pazienti in amiodarone sia il totale di tutti gli assistiti in carico. Le fasi del lavoro sono state le seguenti:

- Sono stati Identificati (con procedura estrattiva SQL unica per tutti i MMG partecipanti) tutti i pazienti che nei 12 mesi considerati sono stati in terapia cronica con Amiodarone (Per terapia cronica si è intesa: almeno 1 prescrizione per quadrimestre per due quadrimestri (anche non consecutivi))
- per i pazienti in terapia cronica selezionati, sono state analizzate le indicazioni per cui è stato somministrato
- quindi analizzate alcune importanti variabili di follow-up; e valutate il rapporto tra quelle stette (aritmie ventricolari gravi) e le altre;
- si è altresì valutata la durata di terapia

Criteri di Esclusione

Sono stati esclusi i pazienti anziani terminali; pazienti con chiara demenza o gravi disturbi psichici.

Risultati: Variabili Assistite e Variabili da Estrarre

- Numero MMG partecipanti: 23 MMG che lavorano in realtà regionali sparse per tutta Italia
- Numero totale pazienti assistiti: 33408; Statistica Descrittiva: Media 1452 pazienti per MMG; Deviaz standard 144; il Coefficiente di variazione è basso: 9,9%; Minimo: 1102; massimo: 1610
- Numero totale pazienti con Amiodarone in cronico nel periodo considerato (*Figura1*) (30 aprile 20-230 aprile 21): 156; Statistica descrittiva: Media 6,7 per MMG; dev. standard: 4,7; Ampio Coeffic, di variazione: 70%; Minimo: 1; Massimo: 17
- Numero totale pazienti in amiodarone analizzati dal Netaudit: 140/156 (alcuni MMG con più di 10 casi hanno randomizzato)
- Sesso dei 140 pazienti analizzati: Maschi: 78(55,8%); Femmine : 62(44,2%)
- Età in anni compiuti pazienti analizzati: Mediana:79anni; Minima: 53; Massima : 95; quartile inferiore: 73,5; quartile superiore: 84 anni.

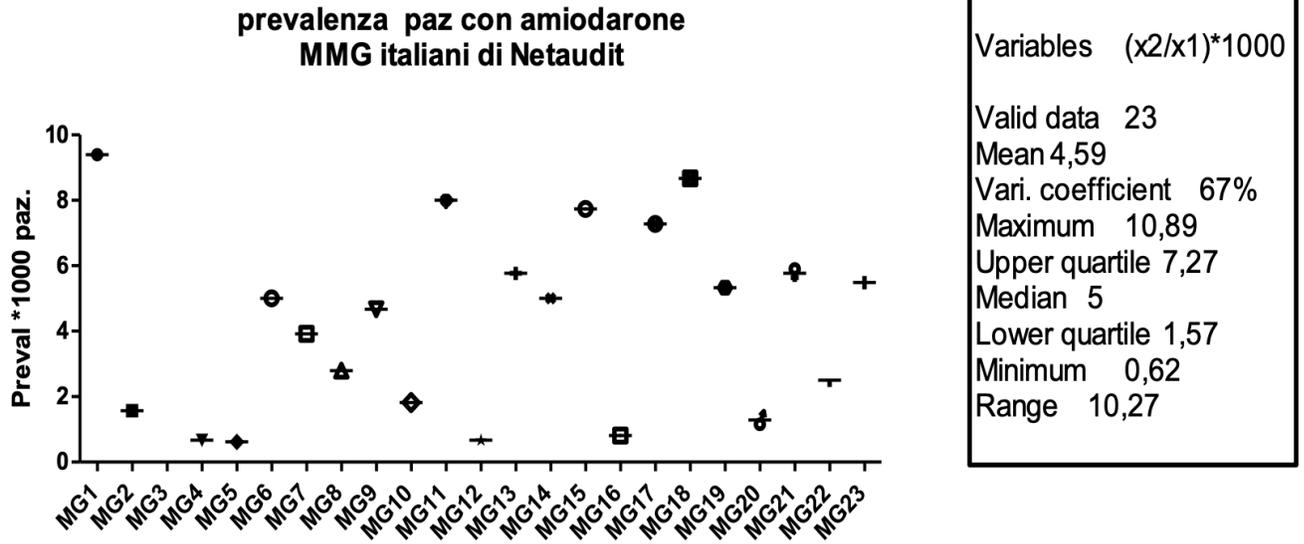


Figura 1

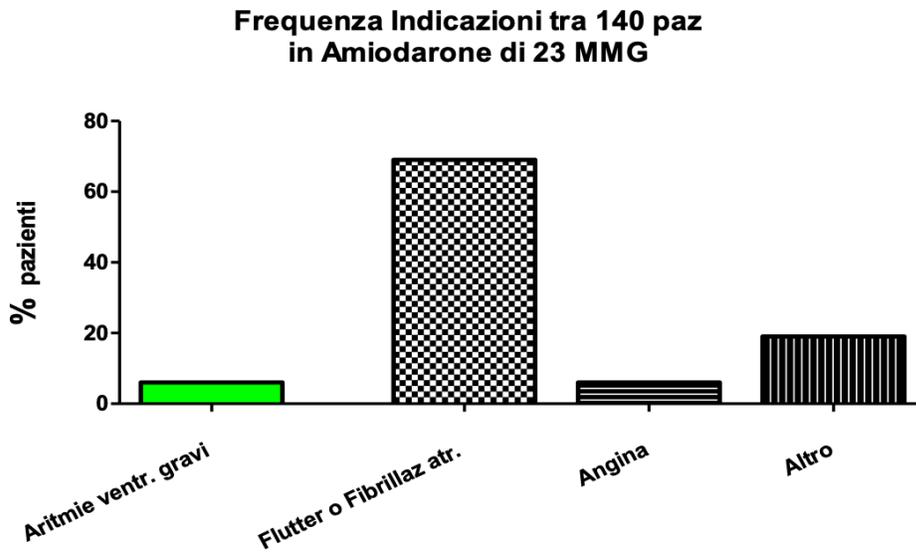


Figura 2

Durata terapia Amiodarone in 140 pazienti di 23 MMG italiani

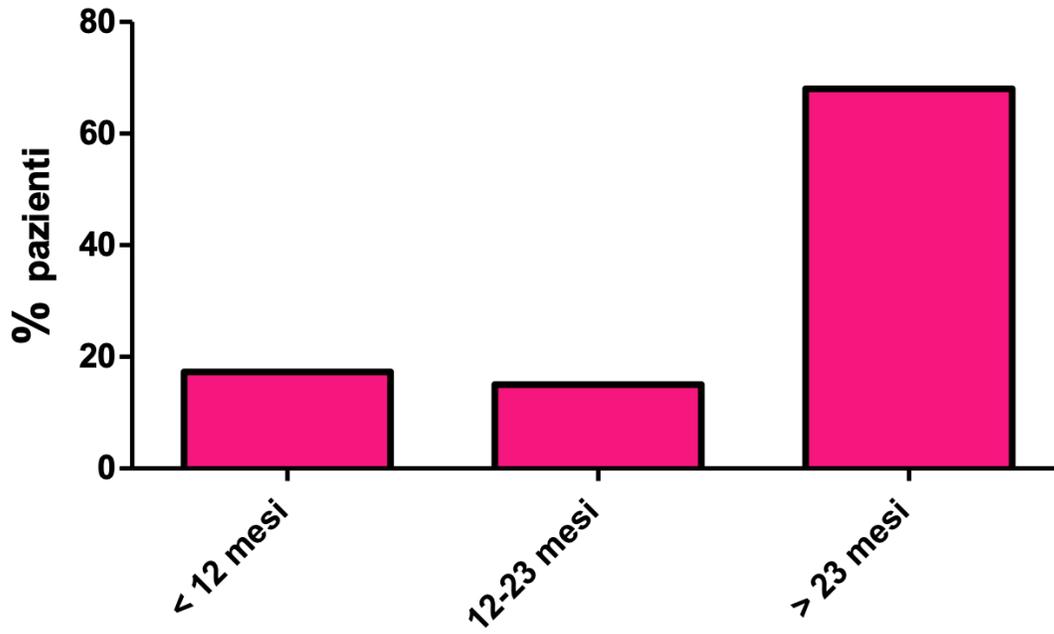


Figura 3

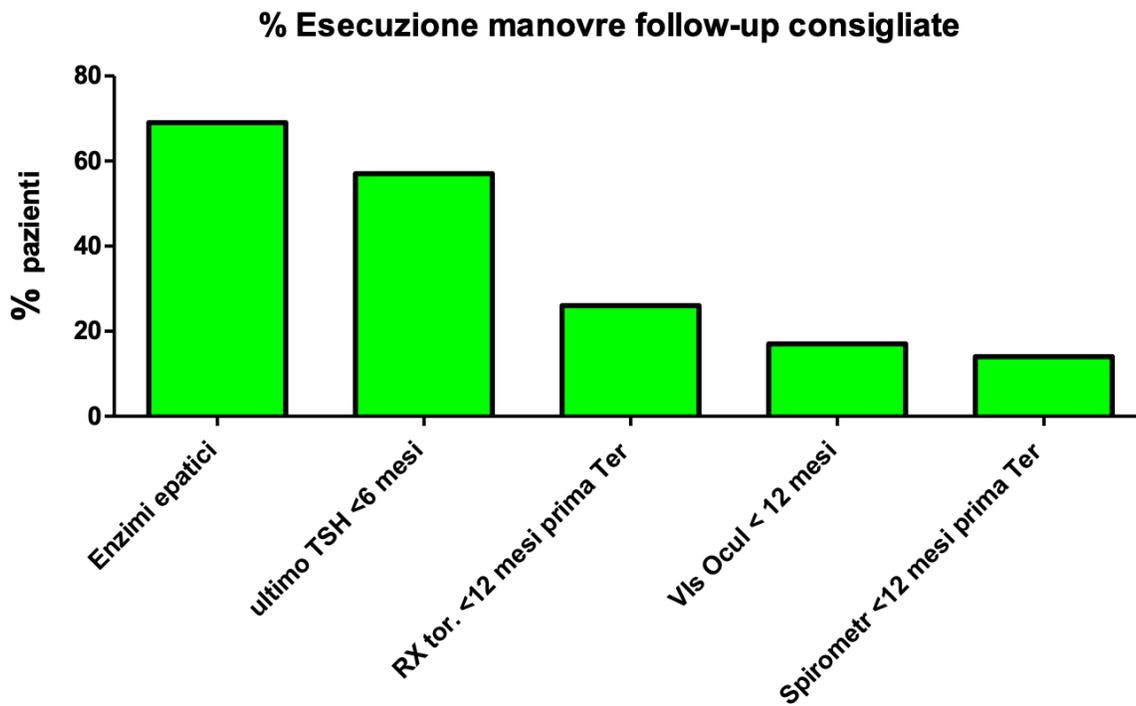


Figura 4

- Patologia principale motivo della terapia con Amiodarone (*Figura2*): aritmie ventricolari gravi: 9 (6,4%); Flutter o fibrillazione atriale: 96 (68,6%); Cardiopatia ischemica: 8 (5,7%); Altre aritmie atriali o ventricolari: 23 (16,4%); altri motivi: 4 (2,8%)
- Dispnea o tosse In Cartella nei 12 mesi in esame (dal 30 aprile '20 al 30 aprile 21): No, segnalata assenza : 52(37%); non segnalata presenza-assenza: 49(35%); Si' presenza in cartella: 39 (28%):
- Patologia tiroidea precedente Inizio teapia con. Amiodarone: Si: 23 (16,4%) ; No: (83,6%)
- Insorgenza di Disturbo tiroideo durante la terapia in paz. che non l' hanno precedentemente: Ipotiroidismo: 25 (13%; dei 25 : 18 solo su base tsh e 7 su base sia tsh che clinica); Iperitiroidismo : 5 (3,5%)
- Durata terapia con amiodarone (*Figura3*): meno di un anno: 24 (17,3%); da 12 a 23 mesi: 21(15,1%); da due anni o più di 2 anni: 94(67,6%)

Manovre di Follow-up (*Figura4*)

- Rx Torace prima Inizio terapia: meno di un anno prima dell'inizio: 36 (25,7%); più di 1 anno prima inizio: 31 (22,1%); Non evidenza di Rx torace prima: 62(52,1%)
- Spirometria prima della Terapia: Si': 19(13,5%); Non presenza in cartella :11(86,5%)
- Ultimo Tsh: Meno di 6 mesi 80 (57%) ; dai 6 ai 12 mesi: 34 (24,2%) ;oltre i 13 mesi mesi: 8 (12%); Non risulta richiesta 10 (7%)
- Ultima visita oculistica controllo: meno di 12 mesi: 24 (17%) ; da 12 mesi a 23 mesi: 27(19,3%); da 24 o più di 24 mesi: 18 (12,9%) ; Non risulta in cartella: 71 (50,7%)
- Ultime Transaminasi richieste: meno di 6 mesi: 97 (69,3%); dai 6 ai 12 mesi: 30 (21,4%); oltre i 12 mesi :11 (7.8%); Non risulta richiesta : 2 (1,43%)

Conclusioni

L'amiodarone è un farmaco prescritto in gran parte dai cardiologi e poi continuato e ri-prescritto dai MMG. La scheda tecnica italiana fornisce 4 diverse indicazioni (vedi Scheda Aifa): le gravi aritmie ventricolari; poi, (riferendosi all'uso più frequente in Italia) flutter-fibrillazione atriale specificando se "resistenti alle altre terapie specifiche"; quindi la sindrome W-P-W, che è molto rara; infine indica la profilassi dell'angina pectoris. Abbiamo consultato le schede tecniche francese, inglese e spagnola: ebbene, nessuna delle tre indica la "profilassi dell'angina pectoris"; e quella spagnola e inglese ribadiscono che il farmaco è di seconda scelta ,indicato solo quando gli altri anti-aritmici sono inefficaci o controindicati¹.

Rispetto a quanto sopra scritto, i primi dati che risaltano sono la variabilità importante (coefficiente di variazione del 70%) del numero di pazienti in terapia cronica: abbiamo rapportato il numero dei pazienti in amiodarone al numero degli assistiti e abbiamo

¹Ringraziamo per il contributo la Dott.ssa Maria Font, Servizio Farmaceutico Azienda Ulss9 Verona

notato una forte variabilità tra i MMG (vedi Figura 1 e coefficiente di variazione del 70%), indipendente dalla loro zona geografica. Molto probabilmente questa eterogeneità richiama una forte variabilità prescrittiva tra i cardiologi.

Emergono poi un frequente uso cronico, oltre i 2 anni, nel 68% dei pazienti e l'uso prevalente nelle patologie di seconda indicazione (in particolare flutter e fibrillazione atriali sono il 69% dei pazienti). In merito al follow-up, buone sono le percentuali riferite agli esami di laboratorio (TSH; transaminasi). Il disturbo tiroideo, sia precedente che successivo alla terapia, ha frequenza limitata; è ben gestito dai MMG (vedi la buona % richiesta di TSH).

Più bassa e migliorabile nel setting della MG è invece la richiesta di visita oculistica. In merito ai dati insufficienti di Rx torace e spirometria prima dell'inizio del trattamento, riteniamo che probabilmente sia gli specialisti sia i MMG possano godere di maggiore formazione e sensibilizzazione al problema della complicità "fibrosi", rara, ma grave e nello stesso tempo migliorabile con la riduzione del dosaggio e della durata. Questo punto merita di essere rivisto in un re-netaudit a 6-12 mesi. È interessante comunque notare una certa attenzione dei MMG nel registrare in cartella il dato clinico della presenza o assenza di tosse e dispnea (dato presente nel 65% dei casi studiati).

Per concludere, dalla letteratura emergono le necessità: a) di vagliare bene le strette indicazioni al momento della prima prescrizione; b) e di chiedersi e chiedere periodicamente al cardiologo di riferimento se si possa poi passare a terapia più maneggevole; c) di valutare gli esami e visite di follow-up per questo farmaco con non elevato rapporto efficacia/tossicità; d) infine di considerare la possibilità di una grave complicità evitabile: la fibrosi polmonare.

Forse la chiave di volta per la gestione del farmaco sta in un rapporto più paritario e più strutturato tra singolo MMG e specialista in cardiologia. Gruppi di MMG, ad iniziare da quello di Netaudit, possono così incoraggiare il miglioramento della relazione tra gli stessi specialisti, che non poche volte (come in questo caso) mostrano indirettamente una variabilità comportamentale tra di loro su cui meditare.

Bibliografia

- Goldschlager N et al, A practical guide for clinicians who treat patients with amiodarone,
- Newsfrom the Heart Rhythm Society, volume 4, Issue 9, p1250-1259, september 2007;
- Epstein et al, Practical Management Guide for Clinicians Who Treat Patients with Amiodarone, The American Journal of Medicine, Volume 129, Issue 5, May 2016, Pages 468-475
- Norman Wolkove et al, Amiodarone pulmonary toxicity, Can Respir J. 2009 Feb; 16(2): 43-48

- http://www.sefap.it/farmacovigilanza_news_200506/news24.html

- <https://www.informazioneisuifarmaci.it/come-usare-lamiodarone-orale-con-sicurezza>

- <https://www.aafp.org/afp/2003/1201/p2189.html>

Effetti Avversi dell'Amiodarone

<https://www.aafp.org/afp/2003/1201/p2189.html#afp20031201p2189-t2>

Effetti Seri

Polmonari il primo effetto ed il più grave che il sito cita è quello Polmonare con voci bibliografiche che danno prevalenza di riscontro variabile dal 2% al 17% E' interessante notare che il sito cita per il monitoraggio oltre alla **Rx torace**, la **spirometria** con valutazione della diffusione DLCO.

Nella discussione successiva invece si dice che mentre la RX torace e spirometria con diffusione di baseline sono utili, questi esami lo sono meno per il monitoraggio: possono essere scavalcati dalla velocità di sviluppo della patologia.

Piuttosto diventa importante: chiedere e segnalare **dispnea e tosse** e in caso di insorgenza, eseguire Rx torace, Tac torace, e spirometria con diffusione.

Ipertiroidismo (2%): si indica tsh e ft4 (quindi i colleghi che sono in una sede senza TSH Reflex considerino anche FT4);

Ipotiroidismo (6%)

Enzimi epatici (1%) (attenzione in particolare se valori 3 volte il normale)

Neuropatia ottica (% sconosciuta): visita oculistica completa

Effetto pro-aritmico (<1%): Ecg

Bradycardia (2-4%): se severa stop e introdurre PM

Effetti Minori

in particolare

Depositi Corneali alla Slit-lamp: presenti nel 90%, provvedimento: nessuno

Fotosensibilità; provvedimento: fotoprotezione

Colorazione blu della pelle; provvedimento: ridurre il dosaggio

DOVE PORTA L'ESPANSIONE DELLE ATTIVITÀ DEI FARMACISTI? IL RISCHIO DELLA MESSA IN CRISI DI ENTRAMBE LE FIGURE PROFESSIONALI SIA DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) SIA DEGLI STESSI FARMACISTI.

Francesco Del Zotti, Medicina Generale Verona, Direttore di Netaudit (www.netaudit.org), già membro Commissione ICT (Information Communication Technology) della Fnomceo

Nel 2007 partecipai al gruppo di ricerca del Wonca (Egprn) a Vilnius in Lituania. Come tradizione durante il congresso vi fu una "practice visit". Visitai l'ambulatorio ben organizzato di 4 MMG. Fui sorpreso dal constatare che nel I stanzone, dentro l'ambulatorio, era ospitata una farmacia

In Italia in questi decenni abbiamo più volte assistito ad una collaborazione indiretta nella gestione degli spazi. Vari gruppi di MMG italiani hanno preso in affitto locali appartenenti alla farmacia vicina, con ovvio vantaggio dei pazienti che hanno così trovato in sequenza spaziale ciò che è in stretta sequenza temporale: la ricettazione ed il prelievo in farmacia, così come sostenuto anche da importanti dirigenti sindacali (<http://www.farmacista33.it/nuovi-trend-mmg-senza-casa-bussano-ad-asl-e-farmacie/politica-e-sanita/news--37020.html>).

Eppure non poche volte abbiamo avuto la sensazione di una collaborazione un po' indiretta e non del tutto chiara. Insomma si è persa l'occasione di una triangolazione alla luce del sole tra MMG, farmacisti e pubblica autorità sanitaria, con paletti e ponti tra le due professioni magari concordati tra i due rispettivi ordini professionali.

Insomma il rapporto tra MMG e farmacista resta un'opera incompiuta. Anzi, negli ultimi anni abbiamo assistito ad una sorta di competizione che vede all'iniziativa le farmacie ed in difesa i MMG, come ben descritto in un recente editoriale del dr Mario Baruchello sul recente numero di *Medicinae Doctor* (<http://www.passonieditore.it/md/0821/index.htm>).

In effetti molte farmacie, forti di una base di risorse economiche maggiori, sono state intraprendenti in iniziative private che avrebbero potuto essere gestite dai MMG. Ad es: il testing office; la gestione anche di alcuni semplici test diagnostici, magari in congiunzione con qualche specialista (dermatoscopia; audiometria); la tele-cardiologia: in particolare l'holter pressorio 24 ore e l'elettrocardiogramma in telemedicina. Non solo: nell'ultimo anno, in periodo Covid, le farmacie hanno gestito da protagoniste la mole dei tamponi rapidi, l'introduzione del loro risultato in piattaforme regionali, nonché, in alcune aree geografiche, le stesse vaccinazioni anti-Covid. Ma ciò che intendo analizzare nel seguito di questo articolo è il seguente punto: questo successo è foriero solo di altri successi dei farmacisti a scapito dei MMG o può introdurre un'instabilità rischiosa per entrambe le professioni?

Quel che per certi di versi è stato più che sorprendente è notare come negli ultimi mesi abbiamo avuto l'impressione che le farmacie private siano state più ricettive ai comandi regionali rispetto ai MMG convenzionati. In effetti non poche volte i farmacisti sono stati attivi nell'apertura dei Fascicoli Sanitari Elettronici, anche se la deontologia e la normativa del Consenso hanno vari punti ancora non chiariti (<http://www.passonieditore.it/md/0517/focus%20on.pdf>). Questa relativa sudditanza dal comando pubblico è stata resa più evidente ad es. nel ruolo attivo dei farmacisti nella stampa dei greenpass, compito che invece è stato criticato dalla dirigenza sindacale dei MMG (vedi ad es. dichiarazione del segretario Fimmg Scotti al Link: <https://www.palermotoday.it/cronaca/coronavirus-medici-famiglia-green-pass.html>)

Non possiamo quindi tacere che questa indiretta competizione con la MG nell'assolvere a compiti pubblici sta creando una contraddizione tra il ruolo tradizionale di farmacie come aziende private e il nuovo loro ruolo crescente di dipendenza da strette indicazioni pubbliche. Questa ampia oscillazione dei campi di interventi potrebbe esitare in moltiplicazione della quantità degli interventi a discapito della loro qualità, ad es. della qualità delle evidenze dietro certi interventi. Mi riferisco ad es. alla diffusione nelle farmacie di test anticorpali per il Covid sia pre-vaccino sia post-vaccino, spesso criticati dalla comunità scientifica. Citiamo, inoltre, la vendita dei test antigenici fai-da-te, il cui commercio da una parte è presente in diverse farmacie e che dall'altra sono criticati dagli stessi dirigenti dei farmacisti, per la comprensibile mancanza di tracciabilità di una positività che sarebbe del tutto opportuno che non sfugga alla sanità pubblica (https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2021/10/12/federfarma-per-tamponi-fai-da-te-ce-problema-tracciamento_0c5bcff4-ab69-4326-a34f-a10579f897a9.html)

E d'altra parte l'esplosione esponenziale nelle ultime settimane della richiesta di test da parte dei no-vax sta creando dei possibili contrasti tra gli stessi farmacisti, ed in particolare tra i farmacisti dipendenti e i farmacisti titolari. Ad esempio illuminante sono le dichiarazioni di farmacisti dipendenti. Citiamo uno stralcio da Repubblica:

“ I No Vax in coda, e se c'è da aspettare ci trattano come bestie” di Arianna Di Cori - Repubblica - 15 ottobre 2021

« Fate i tamponi?». ...“Alla Farmacia Internazionale, in piazza Barberini, nel cuore della Roma della Dolce Vita, i dipendenti sono esausti. «E non è ancora niente», esclama la farmacista, mentre mostra gli appuntamenti già fissati per questa mattina. Decine e decine di nomi scritti uno dopo l'altro. «E tutti vorrebbero farli alle 8 del mattino, prima di andare al lavoro, sarà impossibile soddisfare tutte le richieste», dice. C'è stato un aumento di richieste in vista dell'obbligo del Green Pass per lavorare? “Generalmente ne facciamo 100 al giorno, ma nelle ultime 24 ore abbiamo raddoppiato. Il telefono squilla solo per quello, è un continuo, e sarà sempre peggio, dato che tutti prenotano per più tamponi, così da assicurarsi ogni due giorni. Ormai non è più un servizio al cittadino, ci trattano come bestie, si arrabbiano se spieghiamo che non è possibile farlo immediatamente. Ma si andassero a vaccinare... E ci chiedono pure gli abbonamenti”.

Tutto ciò sino alla recente dichiarazione di una dipendente sul Corriere della Sera del 5 novembre 2021 che dichiara che si rifiuterà di eseguire tamponi ma si limiterà solo a vaccinare. L'articolo dal titolo (https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/21_novembre_05/farmacista-che-non-fa-piu-tamponi-no-vax-basta-troppo-violenza-insulti-c6d62fde-3e32-11ec-b8f4-254f69e7c034.shtml):

"La farmacista che non fa più tamponi ai no vax: «Basta, troppa violenza e insulti"

Il racconto di Cristina Longhini, di Bergamo, che ha perso il padre per il Covid: la farmacia di Milano in cui lavora ha deciso di rinunciare ai tamponi

"...E dai no vax erano ogni volta proteste, insulti e urla. Ecco perché la farmacia Ca' Granda di Niguarda, a Milano, ha deciso di non effettuare più i tamponi, riservando quegli spazi e quel personale alla campagna vaccinale per la terza dose. «Ormai da fine settembre stavamo subendo un clima di odio e di tensione», racconta la dottoressa Cristina Longhini, 40 anni, di Bergamo, consigliera del Movimento italiano farmacisti collaboratori che rappresenta 10 mila persone in tutta Italia e figlia di una vittima del Covid, suo padre Claudio, morto nella primavera del 2020 a 65 anni. «C'era astio nei confronti della campagna vaccinale e anche nei nostri confronti...Oppure: "Voi non pagate il vaccino e noi dobbiamo pagare il tampone, dovrete farlo gratis, ci rubate i soldi..... Così per tre-quattrocento volte al giorno "

E d'altra parte i farmacisti, sotto spinta pubblica, sono anche attivi nella raccolta-dati e loro raccordo con le regioni ed il MEF. In pratica non stanno ostacolando grandi concentrazioni di dati, che poi possono essere il volano non solo per i poteri pubblici che controllano i concentratori ma anche per le grandi aziende straniere. Si veda a questo proposito lo scandalo che ha riguardato le farmacie francesi, segnalata da un articolo del quotidiano IL FATTO (<https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/05/19/dati-personali-sanitari-e-numeri-di-telefono-uninchiesta-francese-fa-luce-su-un-business-di-cui-siamo-merce/6199379/>), ove si legge che una note aziende di Brokeraggio dati sanitari, attive tra USA ed Europa, ricevevano da molte farmacie francesi i dati sanitari dei pazienti. L'articolo riporta che circa il 50% dei farmacisti francesi hanno collaborato con questi broker in Francia; in cambio dicono di ricevere resoconti statistici.

S secondo una verifica dei giornalisti di regola essi non informano i pazienti e non chiedono il consenso preliminare, così come prevede il GDPR. L'articolo si conclude con: *"Forse sarebbe il caso, anche in Italia, di chiedere qualche spiegazione al nostro farmacista nonché l'intervento del garante della privacy, ed opporsi all'invio dei propri dati sanitari ad aziende che lucrano sul commercio degli stessi, spesso e volentieri a nostra totale insaputa."*

D i questo passo, vi è il serio rischio che le professioni in crisi siano due: quella del MMG e quella del farmacista. Forse da parte di chi è apparentemente più forte, i farmacisti, è il caso di ri-pensare a questa rischiosa competizione e rincorsa a fare di più, con il rischio di andare oltre i confini di un'antica professione liberale.

Se le professioni dei MMG ed i farmacisti non troveranno una nuova e più esplicita alleanza potrebbero essere entrambe preda di enti più grandi di noi. Mi riferisco ad esempio ai grossi trust che anche in Italia posseggono catene di farmacie e che stanno attirando anche nei loro spazi MMG. Sono potentati che si alimentano di rapporti stretti con capitali finanziari di fondi stranieri. Né è tacere la notizia per cui il gigante Amazon sta penetrando nel business della vendita dei farmaci (<https://www.financiallounge.com/news/2020/08/19/amazon-si-prepara-vendere-farmaci-anche-europa/>). Da questa fonte ad es leggiamo: *"Nei giorni scorsi, lo sbarco in India di Amazon Pharmacy ha scatenato le proteste delle farmacie tradizionali, sollevando dubbi sulla sicurezza e la possibilità di controllo sugli acquisti di farmaci online, come riportato da Reuters. Dopo l'India, il raggio d'azione della farmacia virtuale di Amazon potrebbe ampliarsi, fino a raggiungere l'Europa."*

Se si pensa al Sistema Sanitario come ad un mercato, allora è del tutto comprensibile che il pesce grosso mangi il pesce piccolo. Solo che nel mercato il pesce grosso può incontrare un pesce ancora più grosso.

Il nostro augurio è quello che i farmacisti dipendenti, i proprietari di farmacie tradizionali ed i MMG vogliano non solo precipitarsi in un futuro ordito da altri, ma ritrovino l'orgoglio di antiche professioni liberali complementari e che immaginino nuovi modi per collaborare che nello stesso tempo salvaguardino i valori-colonne portanti oggi sotto attacco

MEDICINA GENERALE: VISIONE QUARANTENNALE DI UN MMG

Cosimo De Mola - Medicina generale Bari

A settembre scorso, presso l'Ordine dei Medici, ho tenuto un seminario introduttivo ai Colleghi iscritti al primo anno del Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale. Il coordinatore della attività seminariale dopo una breve presentazione è andato via lasciandomi solo con 15 giovani irriducibili, colleghi che hanno deciso di iniziare questa avventura.

Titolo della relazione: L'evoluzione della medicina generale; sottotitolo : usavamo carta e penna.

Infatti, quando ho iniziato la mia attività, nel 1978, avevamo poco altro. Questi seminari devono durare tre ore, e la mia più che una relazione è stata una narrazione, un lungo racconto. Son partito da lontano, da Michael Balint , nella sua edizione italiana del 1961. *"La discussione rivelò ben presto- certamente non per la prima volta nella storia della medicina- che il farmaco di gran lunga più prescritto è il medico stesso, e cioè non è soltanto la scatola di pillole che conta, ma anche il modo in cui il medico le offre al paziente; in verità tutta l'atmosfera in cui la medicina viene data e presa"* (Medico, paziente e malattia. Feltrinelli).

Dopo aver mostrato la peculiarità del medico di famiglia, in particolare della continuità delle cure che permette di osservare le prime fasi delle malattie, di "leggere", o ignorare, i capitoli iniziali della storia naturale delle malattie, ho accennato alle opportunità di fare ricerca in MG (ad es: collaborazione con l'Istituto Mario Negri; pubblicazioni (ad es Ricerca e Pratica, Rivista la qualita e le qualità www.rivistaqq.it, ecc), formazione e audit (Netaudit).

Ho colto nei loro volti i dubbi, le incertezze verso una professione negli anni svilita, umiliata , spesso vilipesa sulla stampa e nei programmi televisivi. E non di rado disprezzata durante il corso di Medicina. Come non capirli .Ciononostante, li ho tenuti incollati alle sedie per oltre due ore, sforzandomi di rispondere con onestà alle loro numerose domande. Sono uscito dall'aula per primo; più d'uno, con mia grande sorpresa, mi ha raggiunto nel corridoio per ringraziarmi.

RESOCONTO DALL'INTERNO DELLA LUNGA MARCIA DELLA MG

Carlo Basso – già MMG in Arcugnano (Vicenza)

Sono in pensione dalla primavera del 2016, dopo avere lavorato come MMG dal 16 settembre 1980. Ho avuto il privilegio di vivere vari luoghi e varie fasi del sistema sanitario veneto ed italiano ed in particolare la Legge 833 che nel 1978 istituiva il SSN. L'obiettivo di questo articolo è di trasmettere ai giovani MMG un resoconto storico, che fa intravedere sia il non poco percorso svolto dalle cure primarie ed in particolare dai MMG italiani, sia l'ultimo miglio da intraprendere, per evitare che la nostra professione resti un'opera incompiuta.

Mi sono laureato laureato in Med. e Ch. a Pd nel 1976 e assunto come assistente medico nel Pronto Soccorso dell'Ospedale civile di Vicenza. Quindi, specializzato in Igiene e Medicina preventiva a Ferrara. Lascio il Pronto soccorso e assumo l'incarico di Ispettore sanitario nella Direzione sanitaria dello stesso Ospedale fino ad agosto 1980. In quell'anno mi licenzio per diventare medico condotto e Ufficiale sanitario del Comune di Arcugnano sui Colli Berici. Quindi, con l'istituzione dei DSS divento responsabile di Distretto mantenendo la convenzione per la Medicina generale fino al 1986. Nel 1986, avendo costituito una delle prime Medicine di Gruppo assieme a due colleghi dello stesso ambito territoriale, il dott. Giorgio Da Rin Betta ed il dott. Paolo Soave, lascio la dipendenza e mi dedico esclusivamente alla Medicina generale.

I colleghi con i quali ho lavorato fino alla pensione sono specialisti in Medicina del lavoro. Tutti abbiamo una visione sociale della cura e consideriamo la prevenzione un cardine per la difesa della salute, sia collettiva che individuale. Questa visione ha improntato la nostra professione e diretto le nostre scelte fino alla decisione di passare dalla modalità di lavoro individuale alla costituzione della Medicina di gruppo, vista come presidio territoriale della salute e momento di arricchimento culturale e professionale per noi operatori della salute.

In pensione dal 2016, continuo a prestare assistenza medica alle persone emarginate: lavoro infatti presso l'ambulatorio popolare dell'ONLUS Caracol Olol Jackson di Vicenza, assieme a una trentina di volontari che offrono gratuitamente alle persone indigenti o senza assistenza sanitaria cure mediche odontoiatriche, oculistiche, ginecologiche, psicoterapiche, pediatriche e di medicina generale, il tutto coordinato dal personale dello sportello di accoglienza e assistenza che ha il compito di accompagnare le persone in difficoltà nei meandri burocratici dell'assistenza pubblica. Ma eccovi un resoconto per fasi storiche, con il focus dedicato soprattutto alla MG.

Preistoria

Ci si stava lasciando alle spalle il sistema mutualistico e l'organizzazione dell'Igiene pubblica basata su ambito provinciale e affidata a livello comunale alla figura dell'Ufficiale sanitario. Il Comune assicurava l'assistenza agli indigenti, iscritti nell'elenco dei poveri, attraverso l'operato del Medico condotto. L'ostetrica condotta seguiva le gravide accompagnandole fino al parto che a volte avveniva ancora a domicilio; le Assistenti sanitarie garantivano la sorveglianza e il sostegno alle puerpere e ai neonati e affiancavano l'Ufficiale sanitario nel controllo annuale dell'idoneità sanitaria degli alimentaristi, nella gestione delle vaccinazioni obbligatorie e nella sorveglianza sanitaria dei bambini in età scolare tramite le visite di medicina scolastica.

Tutto questo l'ho vissuto personalmente fino all'istituzione dei Distretti Socio-sanitari, quando sono transitato dalla funzione di ufficiale sanitario a quella di responsabile di Distretto.

Contemporaneamente all'attività di ufficiale sanitario ho iniziato la mia vita di medico convenzionato avendo improvvisamente preso in carico 2500 pazienti assistiti da un collega subitaneamente deceduto, dei quali non conoscevo nulla; per qualche mese ho mantenuto le modalità organizzative del mio predecessore. Ho anche accettato di continuare ad usare, come ambulatorio, la cucina di una vecchietta "vita sola", come si dice da noi per significare che uno è single: in realtà questo ambulatorio-cucina aveva il pregio di essere in un quartiere operaio distante dall'ambulatorio: era comodo per gli operai e loro famiglie loro usufruire dell'abitazione messa a disposizione dalla signora. Lì si accalcavano davanti alla porta della cucina in attesa di entrare ed era per me imbarazzante chiedere al malcapitato di turno di permettermi di visitarlo, finché non ho capito che nessuno si aspettava di essere visitato: era sufficiente che gli prescrivessi farmaci ed esami come da richiesta.

Dopo circa sei mesi ho deciso di sospendere l'uso della cucina, tanto comodo per un gran numero di pazienti di quel quartiere e di concentrare le mie attività in un solo ambulatorio: di conseguenza sono rientrato immediatamente nel massimale di 1800 assistiti facendo felice un collega del comune limitrofo sul quale si sono riversate le scelte di quei pazienti che hanno vissuto male la mia decisione.

Medio Evo

L'ambulatorio era dislocato nel piano seminterrato della farmacia e appena mi è stato possibile ho traslocato in uno stabile del Comune, visto che, oltre che convenzionato per la Medicina generale, ero anche diventato responsabile di Distretto. Tra l'altro una paziente, infermiera professionale dell'ospedale cittadino, mi ha detto di avere apprezzato la presenza nel mio ambulatorio della sedia per il paziente, novità da me introdotta senza rendermi conto che prima non si usava. L'accesso era libero, non esisteva un sistema di registrazione dei dati anamnestici e clinici, la memoria era l'unica risorsa, spesso fallace, alla quale i pazienti dovevano supplire portando in visione la documentazione clinica in loro possesso. Non era un lavoro rilassante, anche per la sensazione che il rischio di errori fosse molto alto.

Nell'ambito comunale eravamo tre MMG, io ero il più vecchio, poi c'era Giorgio, il più giovane era Paolo. Un bel giorno uno dei tre, Giorgio, ha proposto di trovarci a cena per uno scambio di idee e, finita la cena, ha buttato là: ma voi siete soddisfatti del vostro lavoro? Abbiamo realizzato che nessuno dei tre era soddisfatto, urgeva trovare una via d'uscita da quella situazione.

Per mesi abbiamo continuato a vederci e alla fine abbiamo concluso che dovevamo avviare un ambulatorio comune, assumere un'infermiera e ricevere su appuntamento. Un nostro amico e paziente, funzionario regionale, ci ha aiutato a dirimere gli aspetti burocratici (a quel tempo nella Convenzione non era previsto questo tipo di organizzazione). Con la sua consulenza abbiamo stilato un accordo e lo abbiamo depositato presso l'Ordine dei medici provinciale e il primo gennaio 1986 abbiamo inaugurato il nuovo ambulatorio. Fin da subito siamo stati considerati delle figure un po' scomode, soprattutto per i vari colleghi che volevano continuare il solito tran tran. Un forte supporto lo abbiamo per fortuna trovato nel Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale tra i cui componenti c'erano i membri delle prime Medicine di gruppo che si stavano sperimentando nel resto dell'Italia. Credo che allora fossero quattro o cinque in tutto; in particolare ricordo quelle di Sondrio e di Faenza.

Abbiamo subito verificato che all'infermiera il tempo da utilizzare per le sue specifiche mansioni non sarebbe stato sufficiente, occupata com'era a gestire gli appuntamenti e gli aspetti burocratici. Contemporaneamente abbiamo realizzato che sarebbe stato impossibile lavorare senza una cartella dove registrare i dati dei pazienti. Siamo partiti da una cartella cartacea autoprodotta sulla scorta dell'esperienza britannica della cartella organizzata per problemi.

Regolando meglio il tempo dell'infermiera abbiamo definito un orario d'accesso dedicato alle gravide ed ai diabetici: il Direttore di Diabetologia dell'ospedale cittadino vedeva come fondamentale la gestione dei diabetici da parte del MMG, quindi abbiamo avuto da lui la massima collaborazione e ci è stato chiesto di partecipare come relatori agli incontri e convegni di aggiornamento autogestiti finalizzati a formare i colleghi nell'approccio olistico ai pazienti affetti da diabete mellito. Invece, rispetto al nostro ambulatorio delle gravide, purtroppo abbiamo constatato in non pochi ginecologi un certo ostracismo

Agli Informatori farmaceutici abbiamo proposto incontri su appuntamento extra orario di ambulatorio, in tutta tranquillità e senza limitazioni di tempo; gli accessi sarebbero stati tre all'anno, incontri extra in caso di presentazione di nuovi farmaci. Era loro garantita la presenza di noi tre medici ad ogni incontro. Dopo un confronto burrascoso con alcuni rappresentanti di categoria, che hanno dichiarato senza arrossire che le loro ditte consideravano tre incontri all'anno non efficaci a far memorizzare i prodotti, abbiamo chiuso con loro. Allora ci siamo abbonati a The medical letter, Adverse drug reaction bulletin e Prescrire e quelle sono diventate le nostre fonti di informazione.

Sei mesi dopo mi sono dimesso da responsabile di Distretto e mi sono dedicato solo alla medicina convenzionata. La medicina di gruppo non aveva comportato una riduzione del carico di lavoro, anzi... ma era tutt'altro modo di lavorare, molto più sereno e gratificante, anche se le spese erano aumentate non di poco e tutte a nostro carico. La possibilità di confrontarmi con i colleghi sui casi clinici più impegnativi già da sola avrebbe giustificato la nostra scelta di lavorare insieme, per non parlare della possibilità di integrare le competenze dei componenti il gruppo: abbiamo potuto eseguire spirometrie, audiometrie, ECG; applicare sondini naso-gastrici, cateteri vescicali; praticare toracentesi

e paracentesi; suturare ferite cutanee; trattare con gambaletti all'ossido di zinco ulcere distrofiche da insufficienza venosa agli arti inferiori; somministrare terapie iniettive tramite flebotomi, sempre con la collaborazione dell'IP.

Uno di noi tre, Paolo, era un esperto informatico e stava partecipando alla sperimentazione di una cartella informatizzata per la Medicina Generale: una volta conclusa la sperimentazione abbiamo deciso di informatizzare l'archivio cartelle e così siamo entrati in una nuova era.

Rinascimento

La cartella informatizzata agevolava notevolmente la gestione dei dati, compresa la possibilità di recuperare Audit e statistiche utili per verificare l'efficacia del nostro lavoro sulla popolazione degli assistiti. La possibilità di stampare ricette e relazioni cliniche per i colleghi, da una parte riduceva i tempi necessari, dall'altra rendeva leggibili testi che scritti a mano non garantivano una corretta interpretazione. Ricordo ancora la vicenda di un paziente al quale un ortopedico aveva prescritto un FANS associandolo all'immane PPI, per la precisione il Lansox che, scritto in fretta era diventato Lansix. Il paziente con la ricetta erogata dallo specialista era andato direttamente dal farmacista da cui riceveva *Lasix*, nonostante il dosaggio incongruo, 30 mg il primo, 25 mg il secondo.

Purtroppo, come nel Rinascimento sono iniziate le lotte per il potere e le varie Signorie si sono impadronite dei liberi Comuni, così i piani alti del SSN e SSR si sono immaginati nuovi modelli organizzativi e l'informatizzazione è stata uno dei cavalli di Troia per imporre, dall'alto, soluzioni raramente concordate tra le parti.

Tempi moderni

Nel frattempo il modello *medicina di gruppo* era entrato in Convenzione e una serie di incentivi ci permetteva finalmente l'assunzione di una persona addetta alle pratiche amministrative e consentiva all'Infermiera professionale di dedicarsi a tempo pieno a compiti più consoni alle sue competenze. I colleghi dell'AULSS hanno cominciato ad interessarsi al nostro modello e progressivamente a costituire nuove MdG.

Avvertivamo la necessità di coordinarci tra di noi e di diventare propositivi nei confronti dell'Azienda socio-sanitaria: dopo ripetuti incontri con colleghi che in altre Regioni avevano costituito cooperative tra MMG, abbiamo creato la nostra cooperativa di servizi ai soci. Dopo un malinteso con l'Ispettorato del lavoro che ci ha denunciati per somministrazione illecita di manodopera (denuncia penale e multa di 70.000,00 euro ad ogni socio della cooperativa, più 50 euro di sanzione per ogni dipendente per ogni giorno di lavoro svolto!) il tribunale ci ha assolti perché il fatto non sussiste.

A questo punto ci siamo proposti all'Azienda come sperimentatori di protocolli di gestione di gruppi di pazienti con patologie o problematiche specifiche: gestione ambulatoriale dei pazienti in trattamento anticoagulante con possibilità di controllo in sede dell'INR e validazione dei risultati da parte del Laboratorio dell'Ospedale cittadino; protocollo di gestione integrata con il Centro antidiabetico dei nostri pazienti affetti da diabete mellito, con valutazione Doppler dell'eventuale danno circolatorio agli arti inferiori, sensibilità cutanea ed esame del fondo dell'occhio; presa in carico dei pazienti affetti da BPCO.

Età contemporanea

Con l'intento di ottimizzare le risorse abbiamo proposto all'Azienda la costituzione di medicine di gruppo integrate, partendo dall'accorpamento di MdG contigue in sedi centralizzate adeguate. Per integrazione intendevamo la possibilità di avere accessi alla specialistica in tempi idonei a gestire i pazienti in modo appropriato, anche mettendo a disposizione la sede a Colleghi specialisti, dipendenti o convenzionati. Secondo noi questo modello avrebbe anche consentito di ridurre gli accessi al Pronto soccorso: sarebbe stato sufficiente potere usufruire sia del laboratorio analisi nelle dodici ore diurne per eventuali urgenze, con la possibilità di avere in tempi rapidi il risultato di esami concordati (emocromo, troponina... ecc.); sia del Servizio di Radiologia (e di altri Presidi da concordare) con le stesse modalità.

Senza questi supporti diagnostici la riduzione dell'accesso al Pronto Soccorso dei pazienti afferenti ad una MdG è una pia illusione. Già all'inizio della nostra avventura il Primario del Pronto Soccorso del quale eravamo amici riponeva molte speranze nell'effetto di filtro della nostra MdG.

Nel 1987 ha esaminato tutte le pratiche (cartacee, allora non erano informatizzate) di accesso al Pronto soccorso nel 1986, primo anno della nostra attività, studiando le percentuali di accesso dei pazienti per Comune di residenza, convinto che il nostro Comune, limitrofo alla città capoluogo sede dell'ospedale, sarebbe stato il più virtuoso: sorprendentemente eravamo tra i più asini, con un accesso del 19%; il Comune più virtuoso con il 4% di accessi, era dislocato a 40 Km dal Pronto soccorso: evidentemente la scomodità contribuiva non poco al virtuoso sottoutilizzo del Pronto Soccorso. A nostro merito è però da segnalare che quasi tutti i nostri pazienti sono arrivati in PS accompagnati da una relazione clinica a giustificazione dell'invio.

Purtroppo di integrato nelle nostre MdG è rimasto solo il nome, mentre l'accorpamento di MdG costituite da 3-4 medici in sedi uniche a costituire gruppi di 8-10 medici non ha contribuito a migliorare l'assistenza. Sia la relativa carenza del numero del personale amministrativo e infermieristico, sia la conseguente turnazione, sia l'accorpamento degli assistiti verso i diecimila utenti, rendono difficile quel rapporto personalizzato così importante in un ambulatorio di Medicina Generale, caratteristica che lo differenzia dalla spersonalizzazione delle relazioni di cura tipica delle strutture di secondo livello

Tuttora, quattro anni dopo essere andato in pensione, ci sono pazienti che mi chiamano per un consiglio che non si sentono dare dal nuovo medico o per lamentarsi che non è più possibile ottenere quell'attenzione così rassicurante, possibile solo nel vecchio modello di piccola MdG.

Dei miei due colleghi, con i quali la nostra MdG è nata, uno è andato in pensione pochi mesi dopo l'accorpamento nella nuova sede, appena raggiunto il minimo di anzianità necessario; il terzo, il più giovane, aspetta con ansia il prossimo giugno, quando maturerà il minimo di anzianità, poi anche lui lascerà il lavoro. Penso che questa ansia di andare in pensione non dipenda solo dalla comprensibile stanchezza legata all'età, ma dipenda anche dal senso di incompiutezza di una lunga marcia: più i MMG dimostrano nei fatti di volere organizzarsi sempre meglio, meno si intravede il corrispondente necessario sostegno delle istituzioni sanitarie verso l'ultimo miglio, quello decisivo per ottenere finalmente standard europei

Mi chiedo, infine, se sia possibile trovare la strada che coniughi le seguenti tre variabili: una organizzazione più consona alle aspettative di soddisfazione professionale dei medici; la richiesta di rapporti più umani da parte dei pazienti; l'appropriatezza gestionale richiesta dalle migliori linee-guida e da Aziende socio-sanitarie che vogliano razionalizzare, più che razionare.