

# RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



**ANNO 2023**  
**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 **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](mailto:info@rivistaqq.org)  
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

# INDICE RIVISTA QQ NUMERO 1 ANNO 2023

EDITORIALE	4
MIGRANTI: L'ESPERIENZA VENETA DI 12 MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED UNA PEDIATRA IN UN AMBULATORIO PER STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI (STP)	5
BUROCRAZIA E BURN-OUT	11
LA GESTIONE DELL'INTERRUZIONE DI RAPPORTO E DELLA RICUSAZIONE NELL'ERA DELL'AUMENTO DI CONTENZIOSI E MINACCE OGGETTIVE E NELL'EPOCA DELLA RETE E DEL COVID	14
COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: COME, NEL MONDO DELLA RETE? INTRODUZIONE GENERALE E SPIGOLATURE PRATICHE	17
PRESENTAZIONE "LA RETE E L'ASSALTO ALLA MEDICINA CONFIDENZIALE"	19
LA PULIZIA DELLA LISTA IN FUNZIONE DEL PROSSIMO NETAUDIT "NET- DENSITOMETRIA	21
NET-PRESSIONE NEI PAZIENTI DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 18 ANNI	24
L'ESPERIENZA DI UN CORSO DI COUNSELING SANITARIO PER GIOVANI DOTTORESSE DI FAMIGLIA	30

# EDITORIALE

*A cura di Francesco Del Zotti, Direttore di Netaudit*

La Medicina Generale viene equiparata totalmente alla MG convenzionata con il SSN. Ma se ci riferiamo alla definizione dell'organizzazione mondiale dei MMG (Wonca), ci accorgeremo che ci sono varie tipologie di Medicina Generale. La definizione Wonca comprende l'approccio centrato sulla persona, il modello olistico e biopsicosociale, la focalizzazione sui problemi e disagi dei pazienti più che il semplice approccio alle malattie definite clinicamente, la continuità delle cure, l'orientamento alla comunità.

L'esempio dell'articolo del Dr. Mario Baruchello e collaboratori espone in maniera chiara la possibilità che la medicina generalista sia anche quella al di fuori della convenzione. I Medici volontari che si dedicano agli extra-comunitari, agli emarginati, ai malati oncologici ed, infine, ai fragili nelle case di riposo sono generalisti a tutti gli effetti.

Aggiungerei un'altra categoria di medici: i medici *senior* che magari ogni tanto visitano i loro ex-pazienti, intensificando così l'applicazione del concetto di continuità delle cure. Non è poi da tacere l'esperienza di medici che, dopo un lungo periodo di lavoro come MMG nei Paesi poveri, poi tornano in Italia e seguono iniziative simili (vedi l'esempio di Emergency) per gruppi disagiati o emarginati di nostri connazionali. I Generalisti che stiamo elencando il più delle volte diventano degli esperti di advocacy: per aiutare i loro pazienti essi devono seguirli anche in iter burocratici, assistenziali, a 360 gradi. Questi colleghi, inoltre, in genere approfondiscono, più della media degli altri medici, l'approccio comunitario, sia per risolvere i tanti problemi sociali dei loro pazienti, sia per loro educata, negli anni, sensibilità: sono responsabili di varie iniziative comunitarie locali ed extra-locali.

L'augurio è che i MMG convenzionati dialoghino più spesso con quest'altra tipologia di generalisti: ne deriverebbe un arricchimento reciproco. Sarebbe inoltre auspicabile, per i MMG convenzionati, esercitarsi a svolgere un lavoro extra, volontario, almeno verso alcuni pazienti più fragili.

Intanto, per iniziare, basterebbe essere sensibili sia alla gestione e compilazione dei tanti codici ICD9 psicosociali nella propria cartella (sono in genere sotto-utilizzati), sia alla registrazione del lavoro e scolarità dei propri assistiti. Last but not least, i MMG convenzionati dovrebbero gestire non la singola cartella computerizzata, ma la comunità di tutte le loro cartelle. L'articolo di Sonia Zenari ci mostra quale impatto positivo possa avere sui nostri Netaudit la gestione del denominatore amministrativo (eliminare mensilmente i deceduti e i trasferiti); anche da queste piccole accortezze amministrative - e dalla conseguente aumento di qualità dei nostri Netaudit- può esercitarsi la nostra sensibilità verso l'intera comunità dei nostri assistiti.

# MIGRANTI: L'ESPERIENZA VENETA DI 12 MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED UNA PEDIATRA IN UN AMBULATORIO PER STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI (STP)

*A cura di Mario Baruchello (Senior MMG) e Gloria Girolametto (Medico specializzanda in Igiene, UNIPD)*

**“Ho visto il ragazzo. È incredibile credere ai progressi che ha fatto: va a scuola regolarmente, inizia a capire quello che dico, ...il disegno mostra segni di solarità”**

Questo il messaggio scambiato fra i medici e una psicologa, volontari CRI, a proposito di un ragazzo albanese di recente immigrazione, segnalatoci in questi giorni dai servizi sociali per abbandono della scuola, severo autolesionismo e isolamento sociale. È stato da noi accolto – trovando una adeguata mediatrice culturale madrelingua – e con l'aiuto di una pediatra volontaria ed una psicoterapeuta esperta avviato ad un percorso di assistenza continuativa che non vede al momento uso di farmaci, codifiche istituzionali DSM-III, e accidentati percorsi neuropsichiatrici. È una delle tante storie vissute dal 8 Novembre 2007 dai medici di famiglia che fondarono allora a Bassano del Grappa un ambulatorio per migranti STP. E se le parole, riferite a nomi o racconti, contano... mai lo potranno fare quanto i fatti, il vissuto quotidiano, le storie di vita e, soprattutto, le vite stesse di queste persone stesse!

La parola Migrante è diventata un ombrello insufficiente a definire la complessità di tante storie, la vastità di una esistenza irriducibile ad una connotazione linguistica ma spesso è preferita a Profugo ( un richiamo etimologico al progetto di fuga, magari lontano dal nostro spazio e dal nostro tempo?) o a Rifugiato (forse condizione conclusa di chi non ha momentaneamente bisogno di fuggire e non ha più richieste da avanzare?).

Dal dizionario di lingua italiana, in riferimento ad un paese, una persona può essere definita:

- **MIGRANTE**: persona che si sposta, che migra
- **IMMIGRATO**: persona che arriva in un Paese
- **EMIGRATO**: persona che parte da un Paese
- **PROFUGO**: persona in fuga da guerre o cataclismi

In riferimento allo status giuridico invece ci ritroviamo ad avere a che fare con termini quali:

- **REGOLARE**: in possesso di un documento che attesti la regolarità sul territorio
- **IRREGOLARE**: non in possesso di un documento o con documento non in corso di validità (volgarmente detto clandestino).

E ancora, in riferimento alla protezione internazionale:

- **RICHIEDENTE ASILO:** persona che ha fatto domanda di protezione internazionale
- **RIFUGIATO:** persona che ha ottenuto la protezione internazionale a seguito della sua richiesta di asilo di politico.
- Altri TIPI DI PROTEZIONE:

- **PROTEZIONE SUSSIDIARIA:** ulteriore forma di protezione internazionale. Chi ne è titolare - pur non possedendo i requisiti per il riconoscimento dello status di rifugiato - viene protetto in quanto, se ritornasse nel Paese di origine, andrebbe incontro al rischio di subire un danno grave. Questa definizione viene enunciata dall'art. 2, lett. g) del Decreto legislativo n. 251/2007.

- **PROTEZIONE UMANITARIA:** nel caso in cui la Commissione territoriale, pur non accogliendo la domanda di protezione internazionale, ritenga possano sussistere gravi motivi di carattere umanitario, provvede alla trasmissione degli atti della richiesta di protezione al questore competente per un eventuale rilascio di un permesso di soggiorno per protezione umanitaria (art. 5, comma 6 del decreto legislativo n. 286/1998). Abolita con i decreti sicurezza e poi sostituita dalla successiva:

- **PROTEZIONE SPECIALE TEMPORANEA:** dispositivo eccezionale per offrire una protezione immediata e temporanea nel caso di afflusso massiccio nell'UE di sfollati, cioè cittadini stranieri o apolidi che hanno dovuto abbandonare il loro paese d'origine (o sono stati evacuati) e non possono rientrarvi, in particolare per guerra, violenze, violazioni dei diritti umani. (Direttiva 55 della CE - 2001)

**Straniero Temporaneamente Presente** è la particolare categoria di persone arrivate in Italia cui può venire rilasciata una tessera sanitaria provvisoria in attesa di regolarizzazione del loro status giuridico.

I cittadini stranieri (extra-comunitari) irregolari (senza permesso di soggiorno e/o visto) e indigenti (privi delle risorse economiche sufficienti) hanno diritto alle prestazioni SSN ambulatoriali ed ospedaliere indifferibili ed urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, alla tutela della maternità, alle vaccinazioni, alla cura delle malattie infettive e alla cura degli stati correlati alla tossicodipendenza. Le informazioni richieste allo straniero, e registrate presso il registro della ASL sono: Cognome, nome, sesso, data di nascita, codice STP, recapito, nazionalità, data di rilascio. Non è necessario esibire un documento d'identità, ma è sufficiente una dichiarazione delle proprie generalità. Il codice può essere rilasciato esclusivamente a cittadini stranieri extra-comunitari privi di Permesso di Soggiorno (mai avuto o scaduto e non innovato o diniegato e senza ricorso) irregolarmente presenti sul territorio nazionale, ivi compresi coloro che, pur entrati regolarmente, hanno poi perso il diritto alla permanenza/iscrizione. Di norma, salvo casi eccezionali, questi cittadini sono anche indigenti e devono pertanto certificare tale condizione mediante specifico auto-attestazione in possesso delle strutture sanitarie.

I dati personali vengono registrati, ma non possono essere trasmessi alle Forze di Polizia. La validità è pari a 6 mesi, rinnovabili. Il volontariato da noi offerto in Croce Rossa permette di allargare l'assistenza a tutte le prestazioni tipiche della medicina generale. I medici volontari (oggi n.12) esercitano le cure mediche di primo livello tipiche della medicina di famiglia in accesso libero. Hanno aggiornato, in modo costante, le loro competenze in campo di medicina delle migrazioni con continuo scambio di documenti scientifici e frequentando Corsi professionalizzanti (anche c/o Ordine Medici).

Operano un giorno alla settimana coadiuvati da personale volontario CRI incaricato di accoglienza e commiato. Il servizio ha una reperibilità telefonica continua da parte della Segreteria CRI/ Bassano e del coordinatore senior; problemi di salute e sociali vengono presentati da associazioni di volontariato (Caritas, San Vincenzo de Paoli), parrocchie, cooperative sociali (Casa a Colori), assistenti sociali dei Comuni.

L'attività assistenziale è sempre stata continua dalla fondazione con una media di 42 settimane /anno di apertura. Le attività assistenziali sono state sospese nel corso del primo lock down pandemico e sono riprese con le modalità di sicurezza (decise da CRI nazionale) per operatori e pazienti appena possibile. La numerosità degli accessi è al momento ridotta rispetto alle medie degli anni precedenti con circa due richiedenti per ogni apertura (con difficoltà a stabilire rapporti di continuità relazionale e terapeutica). Uno dei fattori in gioco è sicuramente legato alle rigide procedure per il contatto con ogni struttura sanitaria in Italia che stanno ancora limitando la richiesta di prestazioni. Un focus group tra operatori impegnati nel servizio stesso, ha evidenziato come concause alla numerosità dell'afflusso:

- la mancata informazione sull'esistenza dello stesso da parte della istituzione a tutti gli stakeholders, specie nei punti di aggregazione degli stranieri, nei Pronti Soccorso, negli stessi studi dei medici di MG, nei distretti, nelle sedi associative di migranti
- una possibile percezione di pericolo per denunce di clandestinità,
- una paura per un servizio di difficile identificazione,
- un clima del paese Italia e della città spesso condizionato da una valutazione negativa dello straniero specie in un momento di gravissima recessione economica con il ritorno forzato in patria di molti extracomunitari anche residenti da anni in Italia per la perdita dei posti di lavoro e la drastica lotta governativa al lavoro fiscalmente elusivo
- il continuo turnover dei migranti che presentino comunque problemi di salute (intercorrenti o meno).

Ogni paziente ha una cartella clinica digitalizzata che permette la continuità fra operatori, garantisce un archivio storico, mostra i motivi di contatto, la provenienza, classi di età, i generi. Tutto il personale medico è coperto da polizze assicurative della CRI.

I servizi prestati sono orientati a promuovere l'uguaglianza, la solidarietà e la giustizia sociale diffondendo i principi fondamentali della Croce Rossa a tutela dei valori umanitari e del Diritto Internazionale Umanitario (DIU). Inoltre rappresentano una testimonianza etica che pone in primo piano il lavoro della categoria dei medici di famiglia (oggi assai vituperata specie dopo il Covid), rimotiva fortemente il singolo operatore nel clima di indifferenza della società e incarna la missione della medicina alla luce del Codice deontologico e delle numerose raccomandazioni delle società scientifiche (es. SIMM) e delle organizzazioni internazionali (W.M.A.).

Dal punto di vista giuridico i medici di medicina generale (alcuni senior) operano all'interno di una Convenzione con la azienda sanitaria che presenta alcune criticità. In Italia, nonostante oggi le migrazioni rappresentino una componente strutturale e dinamica della società globalizzata, il quadro normativo è estremamente complesso ed in continua evoluzione, ancor di più in tempi emergenziali, e le procedure amministrative del SSN risultano molto rigide costituendo un ostacolo alla erogazione dei permessi sanitari. Molto spesso i cittadini debbono ricorrere ad assistenza legale per una corretta interpretazione di leggi e regolamenti, rimanendo nel frattempo senza assistenza. Nessuno si preoccupa di quale sia il destino e la condizione di coloro che vedono la

reiezione di una richiesta per un bisogno sanitario espresso specialmente agli sportelli dei Distretti. Pochi arrivano a noi attraverso organizzazioni caritatevoli del territorio. Sarebbe invece importantissimo che non venissero disperse queste informazioni che permetterebbero di ricostruire bisogni reali di migliaia di persone ed un vero denominatore di popolazione cui riorientare i servizi sociosanitari. Il nostro lavoro, già ad orientamento biopsicosociale, è così diventato un misto di clinica (di difficile interpretazione anche per le condizioni linguistiche) di attività sociale e di advocacy sempre ispirate a prudenza, rispetto e ascolto.

**N**egli ultimi mesi sono state visitate persone di provenienza da Afghanistan ( evacuati nell'ambito di accordi militari diplomatici a seguito della situazione politico/ sociali di quel paese e la presa del potere da parte dei Talebani ), cittadini ucraini profughi in Europa ( in numero elevato a seguito della invasione da parte dell'esercito Russo ,tutelati da un articolato DPCM 1574/22 a firma Prof. Mario Draghi ) ,rifugiati colombiani con figli minori( vittime di persecuzione politica art. 1 Convenzione di Ginevra del 1951 ),migranti minori/ maggiorenni in stato di gravidanza sbarcati in Sicilia da Tunisia, profughi dal Gambia in attesa di congiungersi con parenti in altra nazione europea, vittime della tratta delle schiave sessuali nigeriane con numerosi minori, donne provenienti da Costa D'avorio con minori ( scappate via mare dopo nove di carcerazione in Libia ove sono state oggetto di violenze assieme ai figli ),gambiani schiavizzati in Mauritania e Algeria, donne che hanno contratto HIV e HCV a seguito delle tremende condizioni di sopravvivenza in Libia .

**D**ati recenti pubblicati dalla ASL 7 Pedemontana forniscono un probabile quadro dei cittadini ucraini arrivati dopo il 24 Febbraio 2022 grazie al tracciamento delle STP fornite. Ad inizio giugno 2022 erano 1495 gli stranieri con tessera STP che avevano preso domicilio in territori comunali di afferenza territoriale a tale Ulss, di cui 882 nel territorio di Bassano del Grappa (613 nel Distretto n. 2) , 68% donne mediamente trentenni, 18,4 % maschi e 47 % minorenni. Sarebbero però 3964 gli stranieri cui è stata rilasciata una tessera STP da Marzo a inizio giugno 2022. Il 2,1 % degli ucraini è risultato positivo al Covid – 19 all'arrivo: il 67% non ha accettato di effettuare o effettuato precedentemente il vaccino per il Covid- 19. Dobbiamo tenere presenti i periodi in cui la struttura non ha potuto aprire sia per le rigide norme Covid-19 che anche per il ritardato rinnovo della Convenzione (a costo zero) da parte della locale azienda sanitaria.

## **Conclusioni**

Le attività sanitarie vanno pianificate, programmate e valutate. Spesso l'interlocutore pubblico vorrebbe da noi, cifre, numeri, statistiche come fossimo un centro studi sulle migrazioni. Noi però siamo soprattutto un osservatorio "qualitativo", maneggiamo i dati come esperienza condivisa e non abbiamo i " numeri "per trarre conclusioni epidemiologiche. Viviamo ogni giorno di singole storie. *Qui citiamo una storia modificata per rispettare l'anonimato.*

## Storia di Olga

**O**lga ha 27 anni. E' giunta in Italia, dalla natia Moldavia, 2 anni fa, con un visto turistico, valido 3 mesi . A Bassano è arrivata per fare la badante di 2 anziani non autosufficienti. Nell'appartamento contiguo all'abitazione della coppia di anziani vive la famiglia del figlio operaio. La stanza di Olga è stata ricavata da un terrazzino , trasformato in veranda: gelida d'inverno e torrida d'estate.

**L**a sua paga è di 600 euro (in nero): la sua piccola ricchezza, da inviare al marito per sostenere le spese mediche del figlio Boris, di 4 aa, affetto da mucoviscidosi e spesso ricoverato in ospedale, a Kishinau. Non li vede da 24 mesi, i suoi cari. Li sente con un telefono cellulare, caricato con una scheda da 10 euro. Le telefonate sono contingentate, per il risparmio dei pochi euro guadagnati e per lo sguardo di rimprovero che le riservano i suoi assistiti, quando i suoi compiti di assistenza vengono sospesi per quei pochi minuti...

**A**nche Olga vive sospesa...viene in visita all'Ambulatorio STP. Riferisce un dimagrimento di almeno 15 Kg.negli ultimi mesi, cardiopalmo tachicardico, stanchezza... Racconta di essere sempre stata *sola*. Sola a reggere l'impegno fisico delle manovre assistenziali dei due anziani non autosufficienti ed entrambi di corporatura molto pesante..Per un anno non ha mai dormito per i gravi disturbi comportamentali dell'anziana demente.

**M**a le domande del medico curante della signora, in visita domiciliare, sono sempre state rivolte al sonno della sua paziente. Nessuno le ha mai chiesto se lei avesse potuto godere di un'ora di sonno. Il "Lei dorme?" non l'ha mai riguardata. L'occorrente per i pasti, compreso il suo, è sempre stato fornito dal figlio, in misura controllata. Non ha mai potuto cucinarsi un pasto che le ricordasse l'aria di casa. Non ha mai goduto di pause giornaliere o riposi settimanali, mai un giorno di ferie. Esce di casa solo con il permesso dei parenti dell'anziano (la moglie è mancata da poco, assistita da lei nelle sue ultime ore di vita). Non ha mai varcato i confini del territorio bassanese... Piange sommessamente e descrive la solitudine,le angosce ,la malinconia e la struggente mancanza del suo bambino lontano...

**C**hiediamo se possiamo visitarla e prescriviamo alcuni esami di approfondimento diagnostico, per escludere cause organiche. Le consegniamo una prescrizione di esami ematochimici, regolarmente compilata nel campo relativo al codice STP. Registriamo tutto con cura, nella cartella clinica informatizzata, che abbiamo aperto a suo nome. Il collega MMG del turno successivo troverà così tracce regolari del lavoro svolto.

**N**on sappiamo se Olga utilizzerà i suoi scarsi guadagni per il pagamento del Ticket previsto dagli accertamenti e non sappiamo se riusciremo ancora a seguire le tracce della sua esistenza...ma, alla fine dell'incontro, sembra più serena e si congeda con un grazie.

*Questo contributo non sarebbe stato possibile senza il lavoro volontario, generoso, continuo e disinteressato dei colleghi:*

*Giampaolo Bastianon, Graziella Bianchin, GioBatta Gottardi, Enrico Caneva, Giovanni Paolin, Tiziana Marinoni, Caterina Bonato, Anna Mazzocchin, Michela Biaggioni, Giampietro Costacurta e Mirella Finco. Un particolare ringraziamento a Graziella Bianchin co-relatrice ad un Corso di aggiornamento sui migranti tenutosi presso l'Ospedale di Bassano del Grappa.*

## **Sitografia**

- <https://www.saluteinternazionale.info/2023/01/laccoglienza-dei-migranti-ucraini/>
- [https://www.iss.it/linee-guida1/-/asset\\_publisher/9wEEqxOZ8wPT/content/linea-guida-controlli-sanitari-all-arrivo-e-percorsi-di-tutela-per-i-migranti-ospiti-nei-centri-di-accoglienza-in-italia](https://www.iss.it/linee-guida1/-/asset_publisher/9wEEqxOZ8wPT/content/linea-guida-controlli-sanitari-all-arrivo-e-percorsi-di-tutela-per-i-migranti-ospiti-nei-centri-di-accoglienza-in-italia)
- <https://www.unhcr.org/it/cosa-facciamo/protezione/bambini-e-giovani/accoglienza/>
- [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?lingua=italiano&id=119](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=119)
- [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?lingua=italiano&id=297](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=297)

# BUROCRAZIA E BURN-OUT

*Ferdinando Petrazzuoli*

Il benessere fisico e mentale è un problema importante tra gli operatori sanitari, in particolare i medici di medicina generale. Una minore soddisfazione sul lavoro ed un problema di stress o burnout possono avere un grave impatto sulla qualità dell'assistenza sanitaria. In questo studio condotto in Germania(1) l'obiettivo era di esaminare l'associazione tra fattori di stress (compiti illegittimi) e il livello di soddisfazione sul lavoro e burnout tra i medici di medicina generale tedeschi (GP). La definizione di *Compiti illegittimi* era "alti livelli di compiti di tipo burocratico amministrativo e di reportistica delle attività": compiti ritenuti irragionevoli e non necessari. In questo studio ben ¼ (26,5%) dei rispondenti ha indicato un'alta prevalenza di sintomi di burnout correlato al lavoro. I compiti illegittimi sono inversamente correlati alla soddisfazione sul lavoro ed al grado di felicità e sono direttamente correlati con il burnout personale, lavorativo tra i MMG. Il burnout colpiva maggiormente i MMG che lavoravano in un unico studio che i MMG in studi di gruppo.

Il contrario dei compiti illegittimi è il senso di coerenza legato al lavoro (work-related sense of coherence (Work-SoC); in altri termini il senso di soddisfazione e gratificazione ricevuti dal lavoro. Questo studio evidenziava che il senso di coerenza legato al lavoro era importante per il benessere lavorativo tra i MMG. In Europa ci sono stati differenti modi di reagire, vale la pena di ricordare quello che fanno i colleghi di Anversa in Belgio che si sono inventati un timbro a forma di coccodrillo che affiggono su tutta la documentazione che loro ritengono inutile.



*La frase segnala di volta in volta l'inutilità delle prestazioni*

In una indagine condotta da alcuni ricercatori in Italia (2) sulla percezione dell'attività di Medicina Generale da parte di studenti in Medicina e Chirurgia prima e dopo un tirocinio curriculare è interessante vedere che tra le risposte compare ancora una volta la burocrazia: Ci sono troppi vincoli e burocrazia (49% dei rispondenti). Tra le affermazioni che riscuotono una certa popolarità vanno segnalate oltre all'eccesso di burocrazia anche l'isolamento professionale, una mancanza di progressione di carriera e la difficoltà nella ricerca scientifica.

La giornalista scientifica Francesca Cerati [Cerati F (2018) Perché l'intelligenza artificiale non potrà mai sostituire il medico. Il sole 24 ore: domenica 15 luglio pag. 9] ha ricordato che secondo un rapporto dell'Università di Oxford (<https://www.oxfordmartin.ox.ac.uk/publications/view/1314> (Accesso 15 Dicembre 2022)) le attività sanitarie sono molto diversificate e che se alcuni compiti sono facilmente computerizzabili (referti vocali, cartelle cliniche, attività ripetitive tecniche, attività amministrative e burocratiche ecc.) le attività prettamente mediche contemplano empatia nel rapporto medico-paziente; creatività non lineare nel problem-solving del singolo caso; negoziazione e scelta dei trattamenti tenendo conto di valori e preferenze dei pazienti, tutte cose che non vengono prese in considerazione nella valutazione dei MMG da parte dei decisori pubblici. L'idea di fondo è che l'orientamento olistico non prepara i medici a funzionare con successo come membri di organizzazioni grandi e complesse. La person-centred care non interessa affatto ai direttori generali ed i tecnocrati delle ASL, ed allora strumenti quali il self audit sono stati trascurati abbracciando gli AUDIT istituzionali legati incentivi monetati collegati al raggiungimento di target ottimali negli indicatori di qualità (!!!!), strumenti che replicano in Italia lo schema "Quality and Outcome Framework" e che anche altrove (Inghilterra) non hanno mostrato alcun reale vantaggio nell'incrementare la qualità delle cure.

I medici infelici e disillusi sono un fenomeno mondiale. In questo vecchio articolo, basato su interviste con medici negli Stati Uniti e nel Regno Unito (3), Nigel Edwards e colleghi suggeriscono che la causa sia una rottura nel patto implicito tra medici e società: l'orientamento alla persona per il quale i medici sono stati formati non si adatta alle richieste degli attuali sistemi sanitari (o ai loro dirigenti tecnocrati). Il salario non soddisfacente e il carico di lavoro sono ovvie cause di infelicità tra i medici. Tuttavia, è dimostrato che sistemi sanitari con retribuzione molto più elevata non sono sufficienti da soli per garantire un morale alto. Un fattore chiave sembra essere un cambiamento nel patto psicologico tra la professione, datori di lavoro, pazienti e società. Il lavoro ora è molto diverso da quello che i medici si aspettavano.

Il mondo occidentale ha visto una significativa riduzione nell'autonomia medica ed un aumento del lavoro di rendicontazione ed un tentativo di portare la medicina sotto un controllo manageriale e dei costi da parte di governi e datori di lavoro. Ciò ha portato al crescente utilizzo di linee guida, protocolli, audit, regolamenti e ispezioni che molti medici percepiscono come un'erosione del loro controllo durante la loro vita professionale. Anche se ci sono stati degli apparenti aspetti positivi da questi cambiamenti, avere il

controllo sul lavoro influenza negativamente la soddisfazione lavorativa dei clinici e può avere implicazioni sulla loro salute.

**P**er concludere come sostiene Valderas (4), i risultati dei servizi sanitari devono essere misurati in termini del loro prodotto finale: la salute. Ciò non è affatto banale, considerando la tendenza a misurare i risultati della medicina generale e delle cure primarie in termini di evitare ricoveri ospedalieri, ridurre i costi sanitari, aumentare l'aderenza al trattamento o ottenere un certo grado di controllo dei parametri vitali. Ciò è tuttavia in contrasto con la nostra comprensione della complessa natura della salute, di cui le dimensioni fisiche, psicologiche e sociali non sono compartimenti separati.

## **Bibliografia**

1. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. PloS one. 2021;16(6):e0253447.
2. Tosetti C, Balduzzi A, Ermini G, Marzo C, Rubini S, Speciali P, et al. Differenze nella percezione dell'attività di Medicina Generale da parte di studenti in Medicina e Chirurgia prima e dopo un tirocinio curriculare. Dibattito Scientifico Professionale.9.
3. Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ (Clinical research ed). 2002;324(7341):835-8.
4. Valderas JM. Getting impatient about person-centred health care. European Journal of General Practice. 2013;19(3):141-2.
5. <https://www.zinloosattest.be/> (da tradurre con <https://www.deepl.com/translator>)

# LA GESTIONE DELL'INTERRUZIONE DI RAPPORTO E DELLA RICUSAZIONE NELL'ERA DELL'AUMENTO DI CONTENZIOSI E MINACCE OGGETTIVE E NELL'EPOCA DELLA RETE E DEL COVID

*Barubello Mario (VC), Calderan Alessandro (VE), Frignati Dante (CR), Gamba Alberto (TV), Malva Alberto (VR), Mignogna Roberto (BS), Zenari Sonia (VR), Del Zotti Francesco (VR)*

## Background

La ricusazione attiva e formale dei pazienti sino a qualche anno fa era rara. Negli ultimi tempi, soprattutto nel periodo Covid, invece, sono aumentati particolari e forti diatribe tra MMG e pazienti, che o si lamentano platealmente o attaccano verbalmente i MMG; sino a giungere ad atti formali scritti: a) in particolare raccomandate in qualche modo minacciose (particolarmente dai no-vax); b) offese e minacce scritte per via email o messagistica; o in sala d'aspetto; o nella stanza delle visite; c) segnalazioni agli uffici URP. Si pone quindi la necessità di rispondere non a semplici pazienti polemici o "fastidiosi" (che ad es. esigono ogni tanto un test o una ricetta particolare, magari off-label), ma a pazienti "minacciosi" o platealmente offensivi. Questa situazione ci dà lo spunto di affrontare l'intero quadro del come gestire i pazienti difficili; del come gestire, e se necessario, interrompere relazioni che più volte hanno mostrato di essere ormai disfunzionali, tra MMG e pazienti. Esistono varie forme e gradi. Proviamo ad indentificarli.

## **La gestione del paziente "esigente" conosciuto da poco**

Se il paziente è nuovo e magari è stato abituato dal MMG precedente ad ottenere agevolmente ciò che "esigeva", in un primo periodo bisogna provare a modificare gradualmente la relazione. Una tecnica comportamentale consigliabile è quella del *rinforzo differenziale* (ad es.).

Non ci si scontra verbalmente, ma si concede al paziente un *rinforzo (premio)* ad esigenze diverse da quelle presentate: ad es possono essere prescritti dei test legati ai suoi rischi specifici (che magari lo specialista induttore aveva trascurato) o può essere utile il donare tempo ed attenzione ad altri aspetti della storia clinica o psico-sociale del paziente. Ma vi sono svariate altre tecniche comunicative di counselling che possono essere messe in pratica. Il "paziente difficile" è una situazione inevitabile in MG, in tutto il mondo. Può essere un'occasione per apprendere e migliorare le competenze relazionali, fondamentali in MG.

### **La gestione del paziente ripetutamente "esigente": la separazione consensuale**

In questi casi il primo passo è dichiarare in maniera non aggressiva il proprio disagio. E far capire al paziente che è nell'interesse di entrambi che il rapporto si sciogla e che è probabile che il paziente possa trovare un MMG più compiacente e che esprime meno "no".

**L**a gestione del paziente ripetutamente "esigente" che rifiuta la separazione consensuale e si ripresenta al MMG sempre con lo stesso schema: RICUSAZIONE FORMALE.

Il MMG ha il diritto di spiegare al paziente i motivi per cui ha deciso di ricusarlo. Dopo di che il MMG segue la procedura formale più corretta, seguendo l'ACN Art 41 comma 3: inviare una PEC alla ULS con le puntuali e meditate spiegazioni del fondato motivo per cui è venuta meno la fiducia (molto meglio se accompagnate da qualche documento: raccomandate o pec ricevute; screenshot di email, messaggistica, segnalazione all'URP, la testimonianza del personale di studio). L'articolo dell'ACN spiega che la ricusazione decorre dal 16.o giorno successivo alla comunicazione del MMG. Se i funzionari non la mettono in atto potrebbero essere passibili dell'accusa di "omissione di atti di ufficio".

**La ricusazione del paziente apertamente "minaccioso":** seguire sia l'Articolo 4 e i dettagli del punto precedente, sia la spedizione di PEC al proprio ODM. Il ruolo certificativo in aumento del MMG (vedi il certificato patente e porto d'armi), Il covid, le vaccinazioni contro il covid, il mondo dei Social sono tutte cause di minacce formali da parte dei pazienti. In questo caso non basta seguire le procedure del citato Articolo 4; ma può essere opportuno aggiungere una segnalazione al proprio Ordine dei medici e/o una segnalazione al proprio legale di fiducia.

### **Considerazioni conclusive**

La MG è in crisi ed è ingiustamente sotto attacco. In situazioni simili la peggior difesa è il "freezing": il congelarsi nel non fare nulla. Il probabile aumento di ricusazioni non è solo legato alla stanchezza dei MMG senior; ma sembra esserci la stessa tendenza tra i MMG giovani. In effetti, giovani MMG del gruppo Netaudit testimoniano una specifica difficoltà proprio con i pazienti giovani: più volte capita che proprio i giovani pazienti pretendano che ogni tipo di relazione con il MMG si risolva con una email o un messaggio elettronico, assumendo essi, implicitamente o esplicitamente, che le visite ambulatoriali siano solo una perdita di tempo.

Esistono poi stimoli oggettivi che peggiorano la nostra sensibilità agli attacchi: perché persistere nel difendere certi difficili rapporti medico-paziente quando la professione del MMG è sempre più svilita economicamente e socialmente e quando non vi sono serie iniziative per contenere l'inflazione di inopportune richieste specialistiche? Tra l'altro la ricusazione, per il motivo giusto e al momento opportuno, può evitare un certo numero di futuri contenziosi legali, dolorosi sia per il MMG che per il paziente.

Sarebbe opportuno indagare più a fondo il fenomeno quantitativo e qualitativo delle ricusazioni; e analizzare in dettaglio quali sono le zone in cui più si verificano. Sarebbe anche auspicabile che il crescente disagio dei MMG provochi la costituzione di gruppi misti di MMG e alcuni pazienti di buona volontà, che poi insieme vadano in pubblico o via webinar a spiegare a gruppi estesi di pazienti che così non si può procedere; e che il rischio che la MG affondi è sempre più alto . E l'affondamento della MG è una grave sconfitta soprattutto per i pazienti e per i fragili.

E' giunta l'ora di re-immaginare la relazione MMG-paziente, in una realtà odierna quasi totalmente dominata da direttive e tecnologie esterne alle decisioni consapevoli della comunità dei pazienti e MMG.

# COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: COME, NEL MONDO DELLA RETE? INTRODUZIONE GENERALE E SPIGOLATURE PRATICHE

*Nicola Di Lorenzo – MMG Abbiategrasso, Milano*

## **C'era una volta l'"Ars-Medica". Cosa è rimasto?**

Certo è che il sistema multidimensionale, in cui oggi il medico deve muoversi, non può prescindere da una corretta comunicazione. L'ondata tecno-informatica, con la sua rete, sta (s)travolgendo ogni settore della società e il mondo medico, area più sensibile, sta affrontando una trasformazione a tratti drammatica. Una metamorfosi che trova spesso distratti e inadeguati i suoi attori, proprio nella sfera della comunicazione. Dal rapporto paternalistico siamo giunti alla relazione paritaria e reciproca, senza alcuna preparazione. Manchevole la formazione universitaria che non sfiora neppure concetti di strategia comunicativa, come la programmazione neurolinguistica, vere e proprie discipline di studio in tanti altri ambiti. In tale contesto le norme di distanziamento, di una medicina sempre più in formato network, stanno generando un vero e proprio scompiglio.

La sempre maggior pervasività della messaggistica istantanea e della facilità (faciloneria) d'uso di queste modalità, svilisce e inaridisce quel terreno comune, una volta improntato ad una relazione non mediata. Assistiamo così all'irresistibile avanzata di un mondo fatto di frammenti e detriti verbali che chiamiamo, impropriamente, messaggi. Una neolingua appiattita e senza identità, a volte incomprensibile, quasi mai adeguata; comunque non nel rispetto della relazione di cura. Un linguaggio privo degli elementi formali (e sostanziali) di una assistenza che si vorrebbe surrogare a colpi di whatsapp. La tecnologia serve se è a supporto dell'atto medico e non come sua sostituta a pieno titolo. Diversamente assistiamo all'impoverimento di una comunicazione che si fa sempre più impersonale, fredda e spesso equivocabile. Alla qualità dell'incontro istruttivo-educativo e terapeutico tra medico e paziente, preferiamo (o tolleriamo) un balbettio scomposto spesso fatto di nonsense, in nome della "comodità". Se così dev'essere, se questo processo non si può arrestare, è importante allora imparare a gestire queste nuove modalità. Conoscere lo strumento digitale, la rete, il suo potenziale e le sue insidie è davvero cruciale.

La disinvoltura (e spensieratezza), con cui lasciamo che una certa tecnologia (proprietaria) si sostituisca a prerogative evolute nel corso di qualche millennio, è inquietante.

## ***Spigolature per passare dalla teoria alla pratica***

**D**a più di un anno ho cambiato paese del mio ambulatorio. Ho deciso di partire subito con delle semplici regole per dare argine all'inondazione di messaggi elettronici non criptati. Ho detto ai miei pazienti che volevano comunicare elettronicamente con me di farlo solo dopo l'apertura di una casella di posta elettronica criptata; la stessa che uso io: Protonmail, che ha anche una versione gratuita. Protonmail tra l'altro consente di settare i file inviati con un tempo di scomparsa, tale per cui il messaggio scompare sia nel PC o cellulare dell'inviante che in quello del ricevente dopo un numero di ore o giorni deciso dall'inviante. Inoltre sin dal primo momento ho dichiarato che non avrei aperto file in attach, soprattutto se non concordati preventivamente con me. Ciò sia perché è stravolgente ricevere inattese risposte di esami e visite non richieste da me, sia per i noti rischi degli attach.

**P**osso testimoniare che i pazienti si sono adattati velocemente a queste mie indicazioni e hanno capito l'importanza di mantenere il valore imprescindibile della confidenzialità anche quando tante altre sirene, spesso interessate, ci dicono che bisogna usare sistemi di email proprietari non protetti, o messaggistica in mano a noti padroni del vapore di oltre-oceano, molto discussi.

# PRESENTAZIONE

## “LA RETE E L’ASSALTO ALLA MEDICINA CONFIDENZIALE”

DI FRANCESCO DEL ZOTTI

*Gio Batta Gottardi Medico di Medicina Generale, Presidente Comitato di Etica per la Pratica Clinica*

*Azienda ULSS 7 Pedemontana del Veneto*

Solo qualche anno fa svolgendo una disamina sui problemi etici legati all’uso dei Big Data scrivevamo “... il riduzionismo informatico applicato alla realtà ne costituisce un nuovo modello di analisi, così come nuovi modelli decisionali tenderanno a sostituire la soggettività umana, con il rischio di marginalizzare l’essere umano dalle cabine di regia, dai comitati di rappresentanza decisionale, dai consessi partecipativi. Lo sviluppo prorompente di sistemi intelligenti e di algoritmi decisionali complessi può contribuire a ridurre l’umanizzazione nei rapporti fra paziente, curante ed équipe di cura. Il miglioramento dei livelli informativi eventualmente raggiunti dal cittadino non pare essere in grado di controbilanciare tale fenomeno, cui può seguire il ritiro del medico dietro lo schermo del proprio PC. La regressione di ruolo del medico da interprete dei bisogni del singolo paziente, ascoltatore attento e lettore curioso delle sue narrazioni vitali sino a semplice intermediario tecnico a garanzia dell’equilibrio fra notizie “universali” (basi di dati scientifiche, evidenze di prova, nessi fisiopatologici, categorie tecniche) e “bisogni individuali”, potrebbe essere una via senza ritorno.” Era una facile previsione, di cui però non percepivo l’immediatezza del suo concretarsi. La mancanza di un ampio ed articolato dibattito sul tema della digitalizzazione in sanità si è comunque sentita. Oggi tale mancanza può essere meno avvertita grazie al lavoro di cui mi viene chiesto di fare un breve ritratto: è lo scritto “La Rete e l’assalto alla Medicina Confidenziale”, dato alle stampe dal collega Francesco Del Zotti, medico di famiglia, ed il contesto di riferimento è maturo per essere oggetto di un’analisi completa, complessa ed articolata, quale appare essere quella edita dal nostro amico Franco.

Fare una sintesi delle caratteristiche della complessa riflessione esposta non è semplice, ma se si accetta di farsi tentare da questo testo, non si rimarrà delusi. Si tratta di tempo dedicato ad una maturazione di aggiustamenti interpretativi di un universo articolato in moltissimi rivoli, difficilissimi da sintetizzare e collocare nei piani logici interpretativi. Il lettore avrà la possibilità di essere guidato, con pazienza, in questo viaggio narrativo da uno dei massimi esperti italiani.

La travolgente corsa della digitalizzazione si è scontrata con il mondo sanitario ed oggi non si può più rimanere “estranei” alle tematiche affrontate nei sette capitoli del testo di Del Zotti! Nel testo si alternano analisi critiche, provenienti ora da fonti di letteratura, oppure da esempi di casi narrati, o da rimandi della stampa.

I problemi creatisi con la digitalizzazione in sanità e nella società in generale, sono spesso rappresentati, nel testo, come effetti collaterali provenienti da soluzioni digitali proposte per risolvere problematiche che il medico, in particolare il medico di famiglia, auspicava di reperire. Si viene a creare quindi un cortocircuito fra problema, soluzione digitale, problema burocratico digitalizzato secondario. Basta ricordare il problema delle "credenziali deboli" dei MMG e il passaggio all'uso dello SPID, dai certificati facili, al macigno burocratico della certificazione INPS telematica, dai flussi informativi regionali dai MMG alla criticità della privacy e della sicurezza della struttura di rete telematica. Una lunga disamina viene realizzata in profondità e completezza in merito al mito della teleburocrazia, al FSE ed al suo derivato problema del Patient Summary. Anche la nascita della teleburocrazia pubblica con la fioritura di codici e codicilli ad uso di CUP viene ben descritta come fonte della trasformazione della nosografia medica e dei problemi dei pazienti ad uso esclusivo del dominio amministrativo/burocratico.

Questa incessante cadenza problematica, fonte di criticità esposte con chiarezza ed analizzate in profondità, si traduce in una serie dettagliatissima di consigli. Poiché questo percorso è spesso tortuoso e di difficile sintesi, potrebbe essere utile, al lettore, sottolineare, nel testo, con il metodo che preferisce, sia il tema che il consiglio che puntualmente l'autore suggerisce. Molto valida, ma solo per fare un esempio, e meritevole di un'attenta lettura, è l'analisi, al terzo capitolo, della "complessità" della rete telematica, con le sue intricatissime relazioni con la pratica clinica, i suoi miti, veri o falsi, spesso alimentati da clamorosi pregiudizi, soprattutto quelli positivi acritici.

Il sorvolo "etico" condotto al quarto capitolo ci aiuta ad affrontare una messe di tematiche bisognose di essere vigilate in chiave morale: i progetti obiettivo di AULSS e Regioni, i concentratori di dati, l'uso dei dati aggregati di popolazione e, infine, nei due capitoli successivi, la complessa tematica delle relazioni "social", l'uso delle app dedicate al mondo sanitario, la video consulenza.

È nell'ultimo capitolo, quello delle conclusioni, che si svela tutto il pensiero critico che sta alla base dell'imponente lavoro del collega Del Zotti. Nei numerosissimi campi analizzati si dipana un va e vieni, fra problemi e soluzioni, consigli pratici, spunti di ricerca, rimandi ad approfondimenti scientifici che introducono la pirotecnica serie di "take home message" finali, ben venti! Per la lettura di questi venti punti lascio volentieri un consiglio: non correte a leggerli senza aver ben "digerito" le riflessioni contenuti nei capitoli precedenti, pena il rischio di sottovalutare il lavoro complesso, articolato e, lasciatemelo dire, "temporaneamente definitivo" svolto dall'autore.

LA PULIZIA DELLE LISTE: UNA MANOVRA CHE, SE FATTA REGOLARMENTE, RICHIEDE NON PIÙ DI ALCUNI MINUTI MENSILI; E CHE PUÒ MOLTO MIGLIORARE I DENOMINATORI DEI NOSTRI NETAUDIT. UN ESEMPIO CONCRETO

LA PULIZIA DELLA LISTA IN FUNZIONE DEL PROSSIMO NETAUDIT “NET- DENSITOMETRIA

*Sonia Zenari -MMG Tregnago, Verona*

### **Background**

Lo stimolo a questa mia valutazione è derivata dallo svolgimento di un Netaudit clinico riguardante la rilevazione del numero di donne di età uguale o superiore ai 65 anni a cui era stata prescritta una densitometria ossea (in press sul prossimo numero di [www.rivistaqq.org](http://www.rivistaqq.org)). Questo audit Net-densitometria prevede l'estrazione di donne di età uguale o superiore a 65 anni, con almeno una dexametrasone prescritta o nessuna dexametrasone prescritta. Ho ritenuto necessario dopo una prima valutazione, ripulire il database di tutti i miei pazienti deceduti o trasferiti in quanto ritenevo che un dato non preciso di tale tipologia di pazienti potesse inficiare considerevolmente la casistica e il rapporto numeratore/denominatore.

In particolare nel primo anno lavorativo avevo acquisito e poi cessato l'assistenza per un certo numero di pazienti residenti in casa di riposo, pazienti tutti over 65 anni, che sono restati nelle mie cartelle, nonostante la cessazione di assistenza. Essi, con molta probabilità, a causa di comorbilità che ne limitavano gli spostamenti, o li scoraggiavano, sarebbero stati pazienti che avrebbero inficiato la valutazione complessiva, situandosi per la maggior parte nel gruppo "NO dexametrasone" over 65.

## **Materiali e metodi**

Uso il Software gestionale Millewin.

I nominativi dei pazienti nuovi inseriti, deceduti o trasferiti sono stati ricavati dalle liste dei movimenti di scelta e revoca che periodicamente forniscono i servizi informatici ulss e presenti sul cedolino mensile. Ho provveduto all'aggiornamento delle date di nuova scelta o di revoca dei miei pazienti dal 01.06.2017 (inizio del convenzionamento) al 31.12.2021 manualmente, limitandomi agli over 65. Nel caso specifico è stato necessario verificare le variazioni occorse fin dall'inizio del convenzionamento, in quanto proprio nel primo anno di attività era avvenuta la cessazione di assistenza verso un numero considerevole di pazienti over 65.

## **Risultati**

Alla prima estrazione è risultato che 76 pazienti over 65 anni avevano eseguito la densitometria ossea, mentre 199 pazienti over 65 anni non l'avevano eseguita. Dopo la seconda estrazione è risultato che 75 pazienti over 65 anni avevano eseguito la densitometria ossea, mentre 121 over 65 anni non l'avevano eseguita. Si tratta quindi di 78 pazienti falsi positivi (presenti nelle mie cartelle, ma non più miei assistiti), pari al 39% dei pazienti estratti nella prima fase. La pulizia manuale delle liste ha richiesto circa 10 minuti per ogni 20 pazienti verificati da cedolino ed inseriti come nuova scelta o come revocati per le diverse cause.

Complessivamente i pazienti over 65 verificati sono stati 498, per un totale di 250 minuti, poco più di 4 ore. Se la stessa verifica delle variazioni mensili fosse stata eseguita considerando solo il periodo da stabilizzazione del numero degli assistiti (in questo caso limitandola dal 01.09.2018 al 31.12.2021) le variazioni totali da verificare sarebbero state 176, richiedendo circa un'ora e mezza totale. In quest'ultimo caso le variazioni mensili del numero dei pazienti sono risultate essere dell'ordine dei 12 + 6.36 pazienti/mese, richiedendo circa 15 minuti al mese per la loro verifica.

## **Discussione e Conclusioni**

**E'** generalmente considerato poco rilevante il bias creato dalla mancanza di pulizia del database del MMG riguardo ai deceduti o i trasferiti, perché si può considerare che essi si distribuiscano più o meno equamente tra i gruppi di pazienti estratti per le diverse caratteristiche oggetto di studio. Tuttavia si può ritenere che, non solo in casi particolari come quello riportato, ma soprattutto in relazione al numero non ampio di pazienti considerati per singolo medico nel singolo Netaudit, la mancata pulizia delle liste possa alterare significativamente i risultati degli studi dei nostri Netaudit. E' preferibile quindi, anche alla luce del poco tempo richiesto, programmare un'attività routinaria di aggiornamento della lista dei pazienti attivi. Tale attività potrebbe essere eseguita dal personale di studio con una seduta per esempio mensile di 15-30 minuti.

**E** siste anche la possibilità di eseguire un aggiornamento massivo delle anagrafiche attraverso alcuni software di cartella; tuttavia tale procedura necessita di sperimentazione per poterla ritenere adeguata, anche in relazione al non preciso aggiornamento delle anagrafiche regionali per tutti i parametri considerati.

# NET-PRESSIONE NEI PAZIENTI DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE AI 18 ANNI CON PARTICOLARE RIGUARDO A QUELLI SENZA CODICE DI IPERTENSIONE E SENZA MISURA DI PA IN CARTELLA

MMG Partecipanti: Angeletti Agnoletti Samuele, Berardino Massimo, Capobussi Matteo, Dalla Benetta Elisa, Donato Giuseppe, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Luppi Davide, Merlino Giovanni, Pasculli Domenico, Sabbi Diego, Salvadori Angelica, Tangorra Francesco A., Tedeschi Luca, Tulinò Renato, Ulanio Francesco

Proponente e Coordinatori MMG per Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org)): Dr Tangorra Francesco A., Del Zotti Francesco

Coordinatrice informatica: Gaspari Elena

## **Background e fonti attivanti**

Nell'adulto l'ipertensione è una condizione prevalente che colpisce il 18 % della popolazione totale italiana, con una prevalenza che aumenta con l'età fino a raggiungere il 53% oltre i 74 anni. Ed è la condizione che viene più frequentemente diagnosticata negli studi di medicina generale. Rappresenta il maggiore fattore di rischio contribuente allo scompenso cardiaco, infarto del miocardio, ictus e malattia renale cronica.

Fonti che hanno motivato questo Netaudit

- a) il calcolatore Web della US PREVENTIVE TASK FORCE raccomanda la Registrazione della PA in cartella: in tutti gli assistiti con età uguale o superiore a 18 anni
- b) analoga raccomandazione deriva anche dall' L'USPSTF.

## **Obiettivo**

Dal momento che viene raccomandata la misura della PA negli adulti è importante che la quota dei non valutati sia la più bassa possibile. Quindi si è deciso di valutare la proporzione di assenza di misure, enumerando per ogni MMG il numero di pazienti di età dai 18 anni in su che siano sia senza codice ICD per diagnosi di ipertensione arteriosa e sia senza valutazione di almeno 1 misura di PA in cartella.

**Criteri e Standard percentuale di qualità migliorabile nel setting della MG:** almeno 1 misura della PA nei pazienti assistiti oltre i 18 anni nell'85-90% dei pazienti assistiti.

## Metodo

A) Per l'estrazione dei dati dal proprio Database, i MMG hanno utilizzato FRASI SQL costruite ad hoc (in particolare per i programmi millewin e medico2000, dotati di maschera per estrazione SQL).

B) la frase SQL ha estratto da TUTTO il proprio Database sino al 30 Novembre 2021 (prima della notizia di questo Netaudit, comparsa per la 1 volta ai primi di dicembre 2021) sia i pazienti dai 18 anni in su, con codice Iperensione 401.9xx, sia i pazienti SENZA codice Iperensione e SENZA misura della PRESSIONE. I MMG sono stati invitati ad osservare più in dettaglio i nomi della lista dei pazienti senza codice icd9 per ipertensione e senza misure di PA; e a rimuovere i deceduti e trasferiti. Si è inviato al centro di coordinamento solo il totale a cui sono stati sottratti questi pazienti deceduti o trasferiti.

In linea con il tradizionale rispetto della segretezza dei dati, i MMG partecipanti hanno potuto visionare le liste nominative dei pazienti senza codice ICd9 per ipertensione e senza misure di PA, mentre al centro di raccolta dati sono giunti solo i dati integralmente anonimizzati.

C) Nel modulo raccolta dati i MMG partecipanti hanno inserito:

1. Il numero totale dei pazienti assistiti.
2. Il Numero Totale dei pazienti CON codice ICD per Iperensione
3. il TOTALE dei Pazienti SENZA Codice per Iperensione e SENZA misura della PA in cartella.
4. Per ognuno dei precedenti sottogruppi, i MMG hanno inserito il totale dei pazienti per le classi di età; 18-27 anni ; 28-37; 38-47; oltre 47 anni.

## Risultati

**N**umero MMG partecipanti e loro popolazione assistita: **16 MMG** da varie regioni di tutte le zone di Italia, con una somma di pazienti assistita di **22402**; una media pazienti per MMG di 1400 pazienti; mediana di 1496; minimo di 520 pazienti; massimo di 1578 pazienti.

**N**umero Ipertesi: per tutti i **16 MMG**: la somma complessiva degli ipertesi è stata di **5569 pazienti**: una proporzione rispetto al totale dei pazienti (22402) pari al **24,8%** (Intervallo Confidenza da 24,2% a 25,4%). La distribuzione degli ipertesi in alcune fasce di età considerate (18-27; 28-37; 38-47; >47 aa è visibile nella **Figura 1**. E' da notare la prevalenza bassa ma non nulla di ipertesi sotto i 38 anni (63 casi).

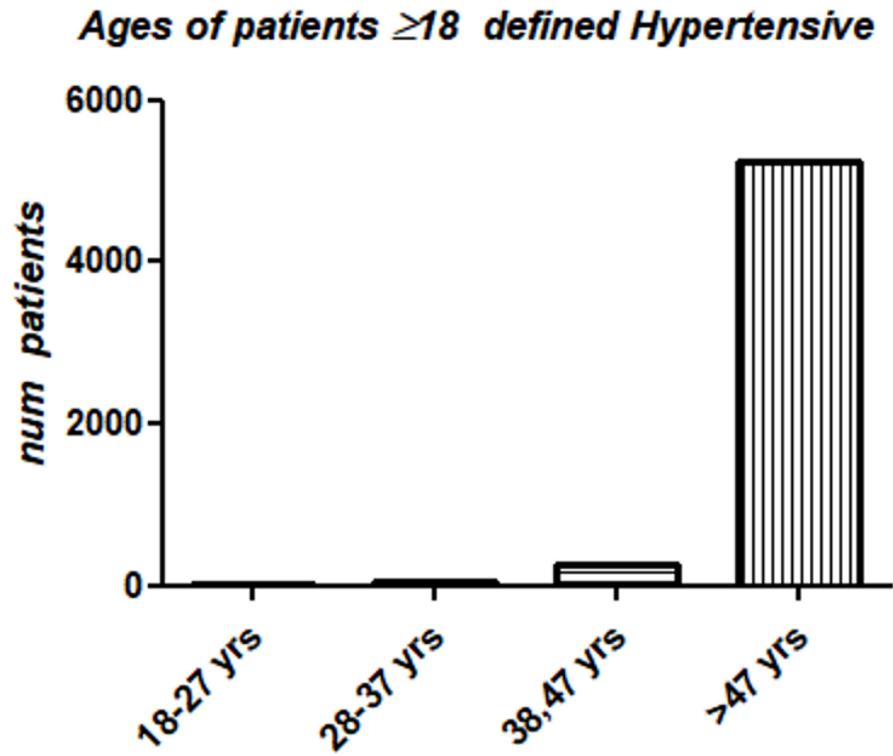


Figura 1

**proportion (%) patients with NO code ICD9  
for Hypert. and NO PA measure  
in 16 Italian GPs (Netaudit members)**

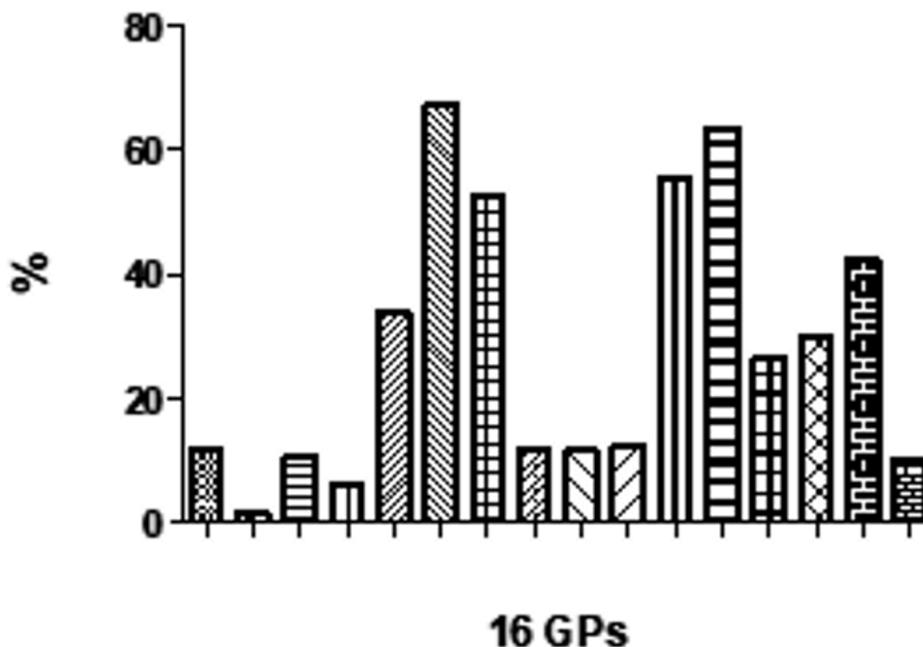


Figura 2

**N**umero di pazienti, di età uguale o maggiore a 18anni, **SENZA** codice ICD9 per **I**pertensione e **s**enza misura di **P**ressione arteriosa in **c**artella. Il numero complessivo è di 5984 pari ad una proporzione sul totale degli assistiti (22402) pari al **26,7%** (con intervallo di confidenza da 26% a 27,3%).

**S**empre in merito al numero di Pazienti senza Codice ICD9 per Ipertensione e senza misura di PA, abbiamo valutato sia la distribuzione dei numeri assoluti per singolo MMG sia le rispettive percentuali tra questo numero e il totale dei pazienti per ognuno dei 16 MMG partecipanti. I **numeri assoluti** dei pazienti senza icd9 per ipertensione e senza misura di PA questi dati sono altresì da rimarcare, anche alla luce del fatto che i MMG hanno "pulito" la lista ed inviato un totale realistico. In effetti, valutando per i 16 MMG i

numeri pazienti senza codice ICD9 e senza misura di PA otteniamo come numeri assoluti: **media 374; mediana 261; il 25.o percentile: 167; il 75.o percentile: 541.**

**V**ariabilità delle proporzioni di pazienti senza codice ICD9 per Ipertensione e senza Misure tra i 16 MMG (FIGURA 2): Abbiamo constatato una notevole variabilità delle percentuali del numero di pazienti SENZA codice ICD9 per Ipertensione e senza alcuna misura di PA sul totale del numero degli assistiti: la media per MMG è del 28%; la mediana 19,45% ; questo non piccolo scostamento indica una discreta variabilità tra i 16 MMG. In effetti il coefficiente di variazione è del 78%; con un MMG che raggiunge il minimo di soli 1,6 per cento di pazienti senza codice icd9 e senza alcuna misura di PA in cartella (sul totale di tutti i suoi pazienti); invece il massimo riguarda un altro MMG che ha il 67% di pazienti senza codice icd9 e senza alcuna misura di PA in cartella.

### **Commenti e conclusioni**

I pazienti ipertesi dai 18 ai 37 anni sono in numero basso (63 in totale per tutti i 16 MMG). Ma questi pazienti meritano approfondimenti perché possono ospitare forme particolari di Ipertensione (ad es genetiche, o secondarie). La proporzione di pazienti SENZA Codice ICD9 per ipertensione e senza alcuna misura della PA in cartella risulta Non trascurabile: pari al 26,7% del totale degli assistiti adulti di tutti i MMG. Siamo così, per il gruppo, al di sotto dello standard che ci eravamo assegnati. E' da richiamare ancora la grande variabilità della quota di pazienti non etichettati e non soggetti a misura della PA, tra i 16 MMG. Si va dall'1,6% per cento per 1 MMG sino al 67% nel MMG all'altro estremo.

In merito a questa non trascurabile proporzione dei pazienti senza ICD9 per Ipertensione e senza misura di PA in cartella possiamo dire che questa carenza è resa maggiore da un bias relativo alla probabile omissione della rimozione amministrativa dei deceduti e trasferiti. Ciò fornisce una quota di falsi positivi (pazienti non più nostri assistiti, ma ancora nelle nostre cartelle computerizzate) che dilata il denominatore e riduce la prevalenza dei pazienti con Codice ICd9 per ipertensione e Misura per PA in cartella.

Inoltre, probabilmente è in gioco l'eventuale lunghezza di accumulo di pazienti non eliminati dal proprio database. Lo studio pubblicato in questo numero dalla dottoressa Sonia Zenari dimostra infatti che se questo numero di pazienti non più propri e non-rimossi dalle cartelle si accumula negli anni, il MMG potrebbe divenire "evitante" rispetto alle ore che servono per mettere a posto il denominatore. Se invece si è mensilmente sistematici, al MMG serve una gestione amministrativa che occupa solo una manciata di minuti al mese.

**E'** rilevante anche notare che la Mediana di età di questi pazienti senza codice ICD9 per PA e senza misura è di 42 anni; e che il 75.o percentile: è 48 anni. Quindi si tratta anche di non pochi pazienti con età non bassa e che perciò probabilmente sono stati visitati per altri motivi non hanno la definizione del loro stato pressorio in cartella. E non trascurabile per la variabilità è ancora una volta il concetto di "catena degli audit": i dati di processo di ciascun MMG dipendono in parte dal suo comportamento ma anche in parte ad es. da quelli dei colleghi specialisti o dai colleghi MMG precedenti. Quest'ultimo fattore (le cartelle del MMG precedente ed il nuovo incaricato) diventa importante in questo periodo in cui assistiamo a molti pensionamenti e ad immissioni di giovani MMG che "ereditano" le cartelle dei MMG precedenti.

**C**omunque, ogni MMG ha ora l'elenco di questi pazienti senza codice e senza misura e avrà modo di recuperare, nel giro di pochi mesi, la misura e registrazione dell'importante dato pressorio.

### ***Bibliografia***

- 1) US Preventive Task FORCE Calcolator: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/webview/>
- 2) JAMA. 2021;325(16):16i0-1656. doi:10.1001/jama.2021.4987

# L'ESPERIENZA DI UN CORSO DI COUNSELING SANITARIO PER GIOVANI DOTTORESSE DI FAMIGLIA

*Maria Sofia Donatoni, Serena Formenti, Giulio Rigon, Francesco Del Zotti MMG, Verona*

Durante uno dei tirocini del corso di formazione di medicina generale, il tutor medico di famiglia, mentre ci recavamo in visita a casa di un paziente, disse alle tirocinanti: *“nella borsa di un medico, oltre al fonendoscopio e lo sfigmomanometro, dovrebbe esserci anche la capacità di comunicare con il paziente, che non è una dote innata, c'è forse chi è più portato di altri ma bisogna fare formazione per essere preparati”*. Niente di più vero.

## **La necessità che diventa condivisione di un progetto**

Il vero scoglio è stato il momento in cui abbiamo aperto l'ambulatorio. Anche se le nostre intenzioni erano buone e pensavamo di aver condotto bene la visita in ambulatorio, poi ci ritrovavamo di fronte a pazienti che non seguivano le nostre indicazioni nelle terapie, o viceversa arrivavano carichi di problemi e non sapevamo guidare la conversazione sui punti cruciali come avremmo voluto. O ancora, di fronte ad alcuni pazienti pretenziosi, non ci sapevamo imporre con la giusta calma di un professionista. Il tutto complicato dal fatto che tutte noi ci siamo ritrovate ad assistere tantissimi pazienti nel giro di una manciata di mesi, senza la possibilità di conoscerne pochi alla volta.

C'è poi un altro aspetto importantissimo da considerare quando ci siamo affacciate al mondo del lavoro, quasi tutte noi ci siamo ritrovate a subentrare a medici uomini con molti anni di esperienza alle spalle. Anche se per noi il passaggio generazionale non è mai stato un limite, spesso sono stati i pazienti stessi a ricordarci di essere giovani donne e in modo velato a insinuare che per questo motivo non eravamo all'altezza del ruolo scelto. Tutte noi abbiamo dovuto fronteggiare pazienti che in qualche modo si sentivano autorizzati a fare richieste improprie o usare toni minacciosi o ancora semplicemente doverci sentir chiedere: *“ma la devo chiamare signora o signorina?”* non tenendo conto del fatto che nel nostro ruolo di lavoro siamo tutte dottoresse. Abbiamo iniziato confrontarci tra giovani colleghe di Verona che avevano fatto più o meno le stesse tappe e condividevamo le stesse difficoltà.

In particolare ci siamo rese conto che avevamo bisogno di avere una formazione specifica per acquisire adeguate competenze comunicative, relazionali e sociali. Il dialogo durante una visita ad un paziente va strutturato, bisogna capire quali domande fare e con che tempi. Anche il tono e la velocità della voce devono essere adattati al contesto. Di sicuro

un medico alle prime armi non ha la consapevolezza di tutti questi aspetti mentre si avvicina ad un paziente.

### **Il corso di counselling**

**N**ella nostra ricerca per migliorarci nell'approccio al paziente come professionista, abbiamo avuto la fortuna di trovare un appoggio nel Centro Studi della Fimmg di Verona. Due medici ci hanno guidate: il dr. Rigon, segretario provinciale di FIMMG Verona e il dr. Del Zotti del Centro Studi FIMMG Verona che ci hanno messe in contatto con la dottoressa Quadrino, psicoterapeuta e counselor, nota esperta del gruppo di comunicazione e counseling sistemico-narrativo **Change di Torino**.

**E'** nata così l'idea di una serie di incontri via web, tutti al femminile, per essere formate sulla gestione del colloquio di counselling in ambito sanitario e sull'uso della medicina narrativa nel rapporto di cura.

**I**l corso base "le competenze di comunicazione e counselling sistemico narrativo in medicina generale" si è svolto tra una quindicina di dottoresse in quattro incontri il sabato mattina la scorsa primavera. Credo che la peculiarità di questi scambi sia che a Verona è stata la prima esperienza di questo tipo per la partecipazione di sole giovani dottoresse. Non voleva essere un corso esclusivo per donne nella sua idea originale, ma le circostanze hanno poi giocato in questa direzione, complice il fatto che sempre più quote rosa scelgono la professione di medico e in particolare quella di medico di famiglia. Con la guida della dottoressa Quadrino si sono alternati momenti di spiegazioni frontali, brevi, per lo più di nozioni teoriche, a momenti di lavori in gruppi su aspetti della pratica quotidiana nel counselling.

**S**pesso per poter accogliere tutta la domanda che ci arriva, essendo tutte dottoresse massimaliste, le visite durano meno di 20 minuti. Da questi incontri abbiamo compreso che la durata di un colloquio efficace può essere anche molto breve se si struttura la conversazione nel modo giusto.

### **Take home message**

**O**gni incontro ci ha dato alcune basi, i cosiddetti fondamentali, i "take home message". In primis la relazione con un paziente, come tutte le relazioni umane, è composta di una componente verbale, minima, e una componente preponderante non verbale, fatta di espressioni del viso, tono della voce, postura del corpo. Il medico che li conosce presterà attenzione a tutti questi elementi. La consapevolezza di poter gestire questi aspetti della comunicazione ci ha dato sicurezza nell'esprimerci, anche una sana dose di autorevolezza da opporre ai pregiudizi dei pazienti.

**A**bbiamo compreso durante gli incontri che nel dialogo è fondamentale utilizzare l'ascolto attivo. Le domande del medico devono essere aperte ma allo stesso tempo focalizzate sull'ambito che si vuole indagare. Anche le pause e i silenzi calibrati sono rilevanti per dare spazio alla voce del paziente. Al termine di una conversazione è importante riepilogare i punti o degli argomenti fondamentali, in modo da esplicitare al paziente cosa abbiamo compreso di ciò che ci ha raccontato e fornirgli la possibilità di correggerci.

**P**oi bisogna sempre ricordare che per una persona la concezione di salute-malattia e cosa intende per cura sono frutto della sua esperienza personale, del sistema famiglia in cui egli vive e degli aspetti culturali della società di cui fa parte.

**N**el nostro lavoro, per l'appunto di medici di famiglia, l'aspetto della famiglia assume ancora più rilevanza nella relazione di cura rispetto all'approccio di un medico ospedaliero. Nelle sfere da indagare durante un colloquio deve essere sempre dato spazio al racconto del paziente sul punto di vista della famiglia. In questo modo si comprendono i punti chiave su cui far leva nelle modifiche comportamentali dello stile di vita, nell'aderenza alla terapia etc etc. Come afferma Daniel Goleman nel suo libro: l'intelligenza emotiva, la missione della cura della patologia, osannata dalla medicina moderna, ha trascurato la cura dell'esperienza della malattia che implica gli aspetti emotivi, psicologici e sociali del paziente. Lo spazio per ciascuno di questi elementi deve emergere nel colloquio ambulatoriale.

### **Punti di partenza**

**I**n un mondo che è in profondo cambiamento, dove la cura della salute assume sempre più connotati digitali, credo che il lavoro che è stato fatto con questi incontri dia spessore al nostro lavoro di professioniste.

**N**egli ultimi due anni noi tutte ci siamo aperte ad alcuni strumenti di comunicazione, mail, messaggi sul cellulare, favoriti da una maggior rapidità di risposta ad un bisogno, che spesso coincide con quello del paziente. Ma le mail o i messaggi sono solo scambi di poche informazioni, le telefonate perdono tutta la componente non verbale della conversazione. Bisogna chiedersi se questi strumenti facciano emergere in toto i bisogni dei pazienti. Il lato umano come medici è la nostra peculiarità ed è un punto di forza che ci distingue da meri algoritmi di diagnosi computerizzati. Il nostro approccio nella relazione di cura come donne è sicuramente diverso da quello dei colleghi uomini che ci hanno precedute.

**D**urante i lavori in gruppo e nei momenti di confronto ci siamo rese conto che nemmeno noi siamo "isole", ma abbiamo un sistema familiare e di idee/emozioni che deriva dall'esperienza personale di ognuna. Il lavoro introspettivo svolto per capire e gestire le reazioni che la relazione con il paziente ci suscita ci sarà di certo utile per affrontare in modo più professionale ed efficace il rapporto di cura.

**Q**uesti quattro incontri sono stati degli assaggi sul mondo del counselling e riteniamo che in futuro potrebbe essere utile riproporre anche ad altri colleghi (di qualsiasi genere ed età) questa ottima esperienza, oltre ad organizzare qualche incontro di approfondimento su temi specifici.