

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



ANNO 2023
NUMERO 2

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**, Alessandro **Dalla Via**,
Ferdinando **Petrazzuoli**, Sandro **Giroto**,
Giobatta **Gottardi**, Michele **Valente**,
Giorgio **Visentin**, Gianluigi **Passerini**

International Committee

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

*Direzione: Via dell'Artigliere, 16 Legnago (Verona)
Redazione: c/o OdM di Vicenza,
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12.12.95
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica
Contatti: info@rivistaqq.org
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

INDICE RIVISTA QQ NUMERO 2 ANNO 2023

EDITORIALE	4
AFFINITÀ E DIFFERENZE CON UNA PRACTICE INGLESE	7
INTRODUCING ACADEMIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE IN GREECE: A FOCUS ON WHAT WAS LEARNED	17
MEDICINA GENERALE E CONDIZIONI EZIOLOGICHE SOCIALI	21
IL TEMPO DELLA CURA	25
NET-DENSITOMETRIA LA VALUTAZIONE DI ALMENO UNA RICHIESTA DI DENSITOMETRIA NELLE DONNE DI ETÀ UGUALE O MAGGIORE A 65 ANNI	31
CONSENSO LA GESTIONE ATTIVA DELLE PAUSE IN AMBULATORIO TRA UNA VISITA E L'ALTRA: PROTETTIVA DEL MMG MA ANCHE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE TRA MMG E PAZIENTE	37

EDITORIALE

INCONTRI RAVVICINATI ... VIA WHATSAPP

A cura di Roberto Mora, MMG Verona, Commento di Gio Batta Gottardi

Ieri, a Roma, sono ripresi, alla FNOMCeO, i lavori della Commissione ICT (Information-Communication-Technology) ed ho avuto l'occasione di rivedere colleghi che non vedevo da tempo. Si è parlato di "digital-medicine" e della evoluzione diffusa e incontrollata che ha avuto in questi anni di pandemia.

Parlarsi tra medico e paziente via WhatsApp, consultarsi via e-mail, dialogare per telefono, senza più contatto fisico diretto, sembra sia diventata una pratica diffusa e talmente frequente che la maggior parte delle "visite" in ambulatorio oggi sembra svolgersi con quei mezzi. Al punto che, in qualche caso, medico e paziente non si sono mai incontrati fisicamente. A quella riunione, uno dei partecipanti ci spiegava che tali pratiche di medicina "on line", mediate spesso da "social media" non garantiscono né "privacy" né sicurezza dei dati, e rischiano di diventare un "vulnus" ad uno dei principi fondanti della nostra professione: il segreto professionale. Non a caso certi paesi come Germania e Giappone hanno vietato ai nostri colleghi l'uso professionale di tali sistemi di comunicazione. Se da una parte l'uso di tali mezzi comunicativi risulta utile a chi ha dimestichezza con il cellulare e la sua tecnologia, la cosa costituisce fonte di disagio ed imbarazzo per quelli che tale dimestichezza non hanno. Tra questi, molti nostri pazienti anziani che per potervi accedere devono spesso affidarsi all'aiuto del figlio o del nipote. Si è parlato poi di intelligenza artificiale e sistemi esperti, della loro diffusione e del rischio che possano sostituirsi al medico. A parere di tutti, questi strumenti di supporto decisionale finiranno per essere una risorsa utile e diffusa. Ed anche se il loro uso non sarà esclusivo, difficilmente potranno sostituirsi al medico. Perché, se da una parte la medicina è scienza, fare il medico è un'arte.

Nella visita al paziente ci sarà sempre, almeno lo speriamo, quella parte di intimità, di comunicazione paraverbale, e di "pathos" che trasforma l'incontro in una cosa diversa dal semplice scambio di parole ed informazioni.

Se la visita fosse solo un tale scambio, il nostro ruolo rischierebbe di essere quello di semplici certificatori di un diritto (quello di avere la prescrizione di un farmaco o di un esame) e di "gatekeeper". L'umanità, lo scambio emozioni e di "simpatia" (intesa come capacità di condividere la sofferenza) sarà sempre la parte che fa la differenza, e costituirà sempre la dote di ogni buon medico. Dunque..... ripensando a queste cose, durante il viaggio di ritorno, mi è venuta in mente la visita che avevo fatto ad Anita (il nome è di fantasia ma la persona reale), qualche anno fa. Anita aveva da poco superato i 50 anni. Il marito l'aveva lasciata una decina di anni prima e di lui non se ne era saputo più nulla. Aveva due figli. Il maggiore, per dare una mano economicamente in casa, aveva abbandonato gli studi e faceva l'operaio. L'altro, più giovane, frequentava la scuola superiore. Purtroppo la neoplasia di Anita era incurabile e gli oncologi mi avevano spiegato che per Lei c'era solo la terapia palliativa. Anita sapeva tutto, ma la cosa che la crucciava di più, era quella di dover lasciare quei due ragazzi senza il suo aiuto.

Una sera, prima di rientrare a casa dall'ambulatorio, mi ero fermato da Lei per una visita. E mi ero trattenuto a parlare per qualche tempo.

In quell'occasione mi aveva rivolto due richieste: di non perseguire alcun accanimento terapeutico; vi era anche la preghiera di volerle assicurare che nel futuro avrei avuto un occhio di riguardo per quei due suoi figli. Quel dialogo, penso, le aveva fatto più bene di tante medicine. E ne aveva fatto anche a me, che da quel giorno ero riuscito a seguirla con maggior serenità. Tornando in treno da Roma, dunque, mi chiedevo....

Come sarebbe mai possibile, oggi, un tal dialogo via WhatsApp?

Commento di Gio Batta Gottardi, MMG Bassano del Grappa (Vi)

Che grandi praterie di riflessioni si aprono leggendo le righe che ci ha regalato Roberto Mora con la sua breve narrazione! Così come molteplici sarebbero le chiavi di lettura del testo: una memoria metaforica di buona pratica relazionale di un medico "vicino" nella cura e nell'accompagnamento, la schiacciante superiorità degli esseri umani impegnati nel loro, unico, cammino relazionale, mai scalfibili, si legge, dalle tecnologie digitali. Ma ancora, arti praticate con saggia umanità si scontrano con "distanziatori tecnologici" che delineano scenari preoccupanti.

Orgogliosamente sappiamo che i curanti traggono la loro etica pratica nei fondamenti lontanissimi nel tempo, legati a prototipi di comportamenti meritevoli di giudizio di liceità, sicurezza, integrità, orientamento solo all'altro. Pensiamo solo all'antico significato di *therapeia*, termine greco che definisce il "servizio"; quindi, il *therapon* va inteso come "servitore", così poi, la *therapeia* implica obbedienza, da *ob-audire*, cioè ascoltare! (in U.Curi "Le parole della cura" Cortina ed. 2017). Ma più oltre l'autore cita gli "scambi relazionali" come la vera area di realizzazione di buone pratiche di cura. Esse vanno ben oltre la competenza, classica base dell'agire scientificamente determinato. Qui si esplicano la compassione, la responsabilità, l'empatia, la disponibilità, il rispetto, che sono solo alcune azioni morali necessarie nei casi di tale complessità esistenziale, ove si erge a baluardo la centralità della dignità dell'altro.

Ci pare dunque corretto associare la definizione di arte all'agire, come ben fa l'autore. È quindi un contesto "umanistico" a prevalere, mentre monta la preoccupazione sull'impatto etico e sulle implicazioni delle tecnologie digitali.

Dimentichi delle sperimentazioni degli ultimi 50 anni in tema di nuove tecnologie digitali, la galassia dei "curatori formali", in primis gli appartenenti alla classe medica, si pongono oggi domande angosciate sulle ricadute, nell'universo assistenziale, del massiccio utilizzo di simili tecnologie, giungendo ad una conclusione univoca: invociamo dei nuovi codici etici in questo campo!

Tuttavia, anche qui si annidano problematiche rilevanti. In una recente review (L. Floridi *Philosophy & Technology* 2019, 32: 185-193), alla cui lettura, caldamente raccomandabile, rimando, il prof. Floridi richiamava l'attenzione sui rischi che si corrono nella tradurre nella pratica i principi etici in ambito digitale, con la conclusiva osservazione di poter addirittura giungere a comportamenti non etici. In particolare delinea minacce provenienti dallo "shopping etico" (fioritura di numerosissime linee guida e codici etici), dal "bluwashing etico" (come la nota negligenza di operatori in tema di sostenibilità ambientale), dal "lobbying etico" (autoregolamentazioni per ritardare norme legali più stringenti o ritenute

contrarie ad interessi di parte), dal "dumping etico" (trasporto in altri paesi, a norme etiche meno stringenti in tema di pratiche di ricerca digitale) infine dal "sottrarsi etico" (con la scelta degli attori di sottrarsi da operare in ambiti a percepita alta responsabilità).

AFFINITA' E DIFFERENZE CON UNA PRACTICE INGLESE

Intervista al collega GP Kevin Tipper che esercita a Chorley nel Lancashire

A cura di Mario Baruchello, Senior Editor

Chi di noi non sognerebbe di lavorare in un ambulatorio del NHS di proprietà dei 7 medici soci e partner il cui nome suggestivo è libraryhousesurgery.com (che è anche il loro sito) perché era in passato la Biblioteca comunale? Chorley è una cittadina di circa 40.000 abitanti a nord di Manchester e Liverpool a prevalente economia commerciale e con redditi medio alti rispetto al resto dell'UK. Chi è il collega?

Kevin Tipper è un General Practitioner di 43 anni (dal 2008 dopo 5 anni di formazione specialistica); laurea all'Università di Leeds (UK) nel 2003; membro del RCGP (Royal College of General Practitioners); diploma in medicina del lavoro nel 2017. Ha competenze approfondite in psicologia. Ha una moglie infermiera specialista in cure intensive e due figlie Emily di 12 e Sophie di 9 anni che frequentano scuole pubbliche.

Egli è socio in una surgery con altri professionisti in cui è entrato acquistando una partnership nel 2008 (in sostanza si acquistano i muri dell'ambulatorio e non gli avviamenti / clientele della società dei medici). All'inizio il giovane appena entrato nella practice ha dai colleghi senior incarichi pagati, ad es. per reperibilità e sostituzioni. Poi, in un tempo relativamente breve, acquisisce suoi pazienti. È entrato a far parte del team come GP nel 2008, dopo aver fatto una pratica ospedaliera, orientata in particolare alla chirurgia.

Composizione etnica degli assistiti dell'ambulatorio

Appare importante la composizione della clientela della surgery: 96% sono bianchi, 2% asiatici e 2% misti. Il 20% ha meno di 20 anni, il 69,4% ha fra 20 e 64 anni, solo il 10% ha più di 65 anni.

Come funziona l'ambulatorio di gruppo? Quanto personale ci lavora? Quali sono i servizi collegati? Come è formata la retribuzione?

L'ambulatorio viene coordinato da un practice manager (un amministrativo) che si occupa di sovrintendere all'archivio delle cartelle elettroniche (non esistono più cartelle cartacee), di gestire gli appuntamenti, monitorare le procedure cliniche, redigere il reporting dell'ambulatorio, sovrintendere le comunicazioni tra il personale ed i pazienti (via mail, testi, messaggi, lettere agli specialisti), gestire in generale i servizi mirando alla efficienza, controllare ogni aspetto della amministrazione economica del business, predisporre la sicurezza dei dati rispondendo agli obblighi del GDPR.

Nella practice operano un team di 4 Infermiere-i Professionali Avanzati (ANP) che si occupano di appuntamenti acuti (in giornata) con il medico "di turno" o "a chiamata" disponibile, che è addetto alla supervisione di qualsiasi domanda / incertezza / supporto richiesto. Sono infermiere-i specializzate-i ed abilitate-i a fare prescrizioni indipendenti. Ad es, per l'asma: triage telefonico; pef; filmati educativi (ad es su youtube) sull'uso degli spray e del PEF; eseguire spirometria; fornire farmaci in acuto e cronico.

L'Infermiera-e ha il dovere di informare passo-passo il medico. In totale cinque infermiere sono diplomate in gestione in asma, diabete, ipertensione, Bpco, medicina dei viaggi, vaccinazioni, cure domiciliari, spirometria, assistenza ad anziani, malattie congenite cardiache. Altre figure sono tre segretarie (che ad es gestiscono parte delle cartelle) e 10 receptionist (dedicate ad una sorta di call center telefonico) , visto l'altissimo numero di richieste di prestazioni, specie telefoniche, dovuto alle oltre 17.000 persone registrate nella practice.

In totale per lo studio lavorano 40 persone e i dipendenti sono salariati dai medici attraverso gli incassi per la retribuzione fissa (quota capitaria) e soprattutto attraverso i compensi incentivati per obiettivi che la practice riesce a realizzare. Questo avviene attraverso il sistema QOF- Quality and Outcomes Framework- che il contratto inglese ha messo in atto dal 2004 introducendo un sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di performance clinica misurati con ben 135 indicatori.

Il collega ci spiega che l'attività, di seguire questi indicatori, è diventata un vero e proprio business cui va dedicata una oculata amministrazione perché esiste un sistema di accreditamento attraverso la CQC - Care Quality Commission - che ispeziona periodicamente e con continuità ogni practice.

Rispetto al QOF l'area clinica vale più del 50 % degli obiettivi: essa si basa su accurata gestione di 19 malattie croniche secondo precise linee guida nazionali (abbastanza condivise con il RCGP); ma per il resto gli obiettivi riguardano l'organizzazione dello studio; i servizi aggiuntivi(come gli screening oncologici e la sorveglianza della salute infantile); la soddisfazione dei pazienti; e infine la assistenza olistica, biopsicosociale, che ha un grande peso .Il personale dipendente è indispensabile per realizzare attività e reportistica, che rappresentano una montagna di lavoro clinico e organizzativo ma anche "burocratico". L'intervista segnala il rischio che un siffatto sistema di incentivazioni economiche porti i team a dedicarsi agli obiettivi più facilmente raggiungibili con il rischio di trascurare alcune aree di intervento non favorite da ritorni economici.

Già in precedenti articoli si segnalavano queste distorsioni cui ad oggi non è stato posto rimedio (vedi Starfield B. Quality and outcomes framework:patient-centered ? Lancet 2008;372;692-4) e ne facemmo riferimento ad un Convegno a Verona nel 2012 <https://www.slideshare.net/MarioBaruchello/qualit-un-mito-qualitalcune-criticit-2012>

Il collega poi sottolinea che egli opera in una area avvantaggiata, con assistiti con un livello socioeconomico più elevato della media, che rispondono meglio ad ogni medicina di iniziativa della sua practice. Questo, unito all'elevato numero di pazienti registrati (oltre 2400 a testa), permette di avere significativi bilanci in attivo stabili nel tempo; ma ciò non è un risultato così largamente diffuso.

Inoltre si sta creando uno spazio libero professionale per la medicina generale sia legato alla esigenza di una migliore relazione terapeutica che per il fenomeno delle lunghe attese per le prestazioni, fenomeno aggravato ancor più oggi dalla carenza di medici nel territorio. A questo provvedono anche organizzazioni assicurative private come Babylon Health che in pochi anni ha raggiunto fatturati importanti (322 mil \$ nel 2021), ora non più solo nelle grandi città.

Una volta registrati presso uno dei medici, per i pazienti le possibilità di contatto e di accesso sono varie. Innanzitutto non è garantito che sia lo stesso medico di fiducia a vedervi e di questo il paziente viene avvisato. Il consulto telefonico è assicurato entro 48

ore attraverso il triage di una infermiera esperta che può identificare la necessità di una visita "face to face" con un medico.

La durata di una visita è standardizzata in 10 minuti. In caso di consultazione acuta o urgente è sempre reperibile un medico per la emergenza, filtrata da una delle infermiere specializzate.

La ripetizione di ricetta è strettamente monitorata collegandosi al medical record, alla presenza di diagnosi precise codificate e a terapie continuative monitorate (chi ha fatto la prima diagnosi e prescrizione e quando, come è controllata la patologia all'interno di protocolli e follow up, quando è stato visto di persona il paziente l'ultima volta).

Nel Regno Unito, l'indicazione al consulto con specialista è sempre mediato dal medico di famiglia che invia al sistema informatico la richiesta di visita specialistica. Il paziente poi riceve una mail; si deve registrare per aprire le opzioni di scelta dell'ospedale, nella zona in cui si vuole andare. Egli poi prenota online l'appuntamento. Il medico specialista esegue la visita e, nella chirurgia, ti inserisce in lista di attesa. Per un intervento di colecistectomia laparoscopica, non urgente ,si aspetta oggi circa 9/11 mesi.

Le visite a domicilio hanno rappresentato un problema per la inapproprietezza delle richieste e vengono oggi limitate a persone veramente non trasportabili.

La sicurezza dei pazienti è in primo piano ma non sono ammessi atteggiamenti o comportamenti che violino il rispetto di tutto il personale. Vi sono precise procedure per segnalare disagi o inadempienze dei pazienti in primo piano al practice manager. Se i pazienti sono violenti o minacciano di esserlo, possono venire denunciati alla polizia. Piuttosto ogni medico può revocare istantaneamente un paziente per interruzione del rapporto di fiducia, a suo insindacabile giudizio. Gli esami diagnostici (test di laboratorio, imaging, referti specialistici) sono immediatamente registrati nella cartella personale, processati da una infermiera, sottoposti al Gp di riferimento e disponibili al paziente per ogni commento.

Servizi aggiuntivi

Sono disponibili ,con personale non dipendente esterno alla practice ed attivabili dal proprio GP, una infermiera professionale con una sala dedicata per medicazioni(rimozioni gessi o suture),una ostetrica, assistenti sanitarie del Distretto, audiometrista, podologo, fisioterapisti. La professionalità dei singoli GPs e la possibilità di esercitare compiti specialistici retribuiti a parte (GP con special interest) Un collega è dedicato alla piccola chirurgia, tre sono diplomati in ginecologia, due sono specializzati in pianificazione familiare, Pap test e tamponi vaginali, IUD.

Condizioni cliniche croniche come il diabete, Bpco, asma, ipertensione, malattie cardiovascolari, disturbi metabolici hanno ambulatori dedicati gestiti da infermiere specializzate. Un medico ed una infermiera addetti si occupano di bambini sino a 5 anni e le vaccinazioni raccomandate sono eseguite in house : così pure vi è un servizio dedicato ai viaggiatori per la prevenzione in e out.

Sostituzioni e ferie

Nello studio operano con continuità 3 medici di base sostituiti stipendiati, assunti dallo studio con il contratto standard della British Medical Association (BMA), tutti part-time. Aiutano anche per le sostituzioni a tariffa libero professionale.

Surgery e insegnamento/ ricerca

Il loro ambulatorio è coinvolto nei vari livelli di formazione necessari alla specializzazione in medicina generale attraverso l'affiancamento tutoriale e la supervisione dei GPs titolari. Per questo serve una certificazione abilitante periodica. Questo part-time team non è implicato in attività di ricerca o di carriera universitaria, attività che comunque sono presenti in alcune Practice di altre zone.

Libera Professione

Ogni medico può lavorare per il NHS sino a 8 sessioni di mattina e pomeriggio ma può scegliere anche un part time, (soprattutto i MMG con special interest).

Il collega Kevin Tipper lavora part time nella practice perché ha scelto di dedicare parte del suo tempo all'attività di mental coaching verso il disagio provocato da stress, l'ansia, la depressione, la bassa autostima, il burnout (qui il link a queste sue attività: <https://www.drkevintipper.co.uk/>). Il Mental Health Coach è una sorta di "consulente esistenziale" (non è uno psicoterapeuta; il percorso formativo ad es in Italia dura circa un anno). Il dr Tipper precisa che questa attività non è compresa fra le prestazioni normali del GP.

In effetti nel nostro colloquio emerge una delle attuali criticità della medicina generale in UK ove la durata delle visite è strettamente schedata in pochi minuti che spesso non permettono di aprire finestre su problematiche delicate collegate alla salute mentale. Si è quindi creata una domanda cui alcuni medici stanno dando risposte professionali e nuovi spazi, per alcuni GPs, con remunerazioni interessanti (attorno alle 120 sterline per una visita di 30 minuti, anche in videochiamata). Il salario medio di un GP è attorno ai 70.000 sterline; è anche rimarcabile che debbano essere resi pubblici i redditi dei medici che superano le 150.000 sterline. Utile a questo proposito è la consultazione di un sito dell'ODM di Forlì (<https://www.ordinemedicifc.it/2018/06/11/medici-indagine-uk-mette-a-confronto-gli-stipendi-italiani-tra-i-piu-poveri/>) ove si documenta che i MMG italiani sono tra quelli peggio remunerati in Europa.

Il ruolo della Care Quality Commission

La CQC è una agenzia regolatoria indipendente che certifica il raggiungimento di obiettivi sociosanitari da parte delle strutture sanitarie e quindi anche delle surgery nella GP. Nello stesso tempo permette una specie di audit clinico che serve ai singoli cittadini per poter valutare, con dati resi pubblici; inoltre classifica (rating) gli ambulatori attraverso regolari report permettendo di rispondere agli standard del NHS; i report infine stabilisce quanto si è retribuiti, in misura dei risultati. Ad esempio la surgery raggiunge il 68,9% dei Pap test a fronte di un target nazionale di 80%.

Come avviene una ispezione del CQC

L'obiettivo dell'ispezione CDQ è capire come i team di GPs lavorano (in termini di sicurezza, efficacia, responsabilità, assistenza, organizzazione). Il personale di controllo è altamente formato e gode della stima collettiva per competenza e indipendenza. Gli strumenti sono:

- Interviste allo staff di persona o Video interviste
- Feedback scritto dal team o da pazienti
- Discussioni su cartelle di pazienti
- Visite alla struttura
- Prova di procedure (es. Telefonate o Pap test)
- Verifica sulle procedure di sicurezza (sterilizzazione).
- C'è un sistema per individuare pazienti vulnerabili dalle cartelle?
- I locali sono puliti a fondo ogni giorno?
- Il personale è addestrato a rispondere a emergenze in studio (uso defibrillatore - BSL- basic life support- early defibrillation -)?
- Ogni giorno è definito il medico che risponde delle emergenze?
- Vengono monitorati i ritardi delle visite specialistiche?
- C'è un registro dei pazienti con diagnosi di cancro, demenza?
- Quali antibiotici vengono usati nelle infezioni urinarie non complicate?
- Quanti sono i pazienti con pluriprescrizioni di psicotropi?
- Vengono discussi gli incidenti critici?
- I pazienti che chiedono prescrizioni online vengono identificati con sicurezza?

Conclusioni

In definitiva il confronto tra il sistema anglosassone e quello italiano è sempre problematico. Pensare che investimenti solo strutturali (come ventilato del PNRR) possano cambiare in Italia procedure ed esiti clinici delle cure è pura utopia e nessuno sta valutando i tempi di queste operazioni; al massimo si azzarda con il libro dei sogni. Il NHS regge soprattutto per il senso di dedizione etico del personale, i passati massicci

investimenti (che bilanciano, ancora, i tagli operati negli anni recenti dei governi conservatori), redditi elevati (ma solo per quel personale sanitario che riesce a massimizzare gli incassi dal sistema) e soprattutto per una diffusa stima generale basata sul senso di responsabilità della maggior parte degli operatori cui corrisponde una immagine pubblica di prestigio. Il livello culturale dei GP è elevato per una ottima formazione, per una continuing medical education, per costanti ricertificazioni. Infine il mondo sanitario britannico permette ai più bravi e/o coraggiosi, critici del sistema o preoccupati dalla crisi economica, o di eseguire in part time alcune attività private o di emigrare verso Australia, Nuova Zelanda e Canada, nazioni che ne apprezzano le ottime professionalità.

Versione in inglese dello stesso articolo

Similarities and differences with an English Practice (translation of previous paper by Mario Baruchello with the help of DeepL software)

Interview with fellow GP Kevin Tipper who practices in Chorley in Lancashire

By Mario Baruchello, Senior Editor – www.rivistaqq.org

Who among us wouldn't dream of working in an NHS surgery owned by 7 partner doctors whose evocative name is libraryhousesurgery.com because it used to be the Town Library?

Chorley is a small town of about 40,000 north of Manchester and Liverpool with a predominantly commercial economy and high average incomes compared to the rest of the UK.

Who is the colleague?

Kevin Tipper is a 43 year old General Practitioner (since 2008 after 5 years of specialist training) graduate of the University of Leeds (UK) in 2003, member of the RCGP diploma in occupational medicine in 2017. He has in-depth expertise in cognitive behavioural psychotherapy. He has an intensive care nurse specialist wife and two daughters Emily aged 12 and Sophie aged 9 who attend state schools.

He is a partner in a surgery with other professionals which he joined by purchasing a partnership in 2008 (essentially buying the walls of the surgery and not the start-ups / clients of the doctors' company) . He joined the team as a GP in 2008 (after 3 years of university training as a general practitioner, having trained in general surgery for 2 years before switching to GP training).

How does the team practice work ? How many staff work there ? What services are involved? How is the remuneration formed?

The outpatient clinic is coordinated by a practice manager who is in charge of supervising the electronic file archive (there are no paper files any more), scheduling appointments, monitoring clinical procedures, reporting on the outpatient clinic, controlling communication with patients (via email, texts, messages, letters to specialists), managing the services in general, aiming for efficiency, controlling every aspect of administration of the business, arrange data security by meeting GDPR obligations.

A team of 4 Advanced Nurse Practitioners (ANPs) operate in the practice who deal with acute / same-day appointments - with the 'on call' or 'on call' doctor available /

supervising for any questions / uncertainties / support required - They are specialist nurses and qualified to make independent prescriptions, in addition five other nurses are qualified in management in asthma, diabetes, hypertension, Bpco, travel medicine, immunisations, home care, spirometry, elderly care, congenital heart disease. Other figures include 3 secretaries and 10 receptionists for the very high number of service requests, especially by telephone, due to the more than 17,000 people registered in the practice.

A total of 40 people work for the practice and the employees are salaried by the doctors through fixed remuneration ('quota capitaria') and, above all, incentive payments for objectives that the practice manages to achieve. This is done through the QOF system - Quality and Outcomes Framework - which the British contract has implemented since 2004, introducing a remuneration system based on the achievement of clinical performance objectives measured by no less than 135 indicators. The colleague explains that the activity has become a real business to which careful administration must be dedicated because there is an accreditation system through the CQC - Care Quality Commission - which periodically but continuously inspects each practice.

Although the clinical area is worth more than 50 % of the objectives in primary care, based on the accurate management of 19 chronic diseases according to precise national guidelines (quite shared with the RCGP), the organisation of the practice, the additional services (such as cancer screening and child health surveillance), patient satisfaction and holistic care (!) have a great weight. The employees are indispensable to carry out activities and reports that represent a mountain of clinical and organisational but also 'bureaucratic' work.

The interview points out the risk that such a system of economic incentives leads teams to devote themselves to the most easily attainable objectives with the risk of neglecting certain areas of intervention that are not favoured by economic returns.

These distortions, which to date have not been remedied, have already been pointed out in previous articles (see Starfield B. Quality and outcomes framework: patient-centred ? Lancet 2008;372;692-4) and we referred to them at a conference in Verona in 2012 <https://www.slideshare.net/MarioBaruchello/qualit-un-mito-qualitalcune-criticit-2012>

He goes on to emphasise that he operates in an area with a higher socio-economic status that responds better to any initiative medicine in his practice. This, combined with the high number of registered patients (over 2,400 per head) allows for significant surplus balances that are stable over time but are not so widely spread. In addition, a free professional space is being created for general medicine, both because of the need for a better therapeutic relationship and because of the phenomenon of waiting times for services aggravated even more today by the shortage of doctors in the area. This is also being provided by private insurance organisations such as Babylon Health, which in just a few years has achieved significant turnovers (\$322 million in 2021), now no longer only in large cities.

Once registered with one of the doctors, the possibilities of contact and access are various. First of all, it is not guaranteed that the same doctor will see you, and you will be notified of this. A telephone consultation is assured within 48 hours through triage by an experienced nurse who can identify the need for a face-to-face visit with a doctor.

The duration of a visit is standardised at 10 minutes. In the event of an acute or urgent consultation, an emergency doctor is always on call, filtered by one of the specialist nurses.

Repeat prescriptions are closely monitored by linking to the medical record, the presence of precise coded diagnoses and monitored ongoing therapies (who made the first diagnosis and prescription and when, how the pathology is controlled within protocols and follow-ups, when the patient was last seen in person).

In the UK, the referral to a specialist consultation is always mediated by the GP who sends the request for a specialist visit to the computer system. The patient then receives an email, has to register to open the options for choosing the hospital in the area where you want to go. You book the appointment online, the specialist doctor performs the examination and puts you on the waiting list. For a laparoscopic, non-urgent cholecystectomy operation, one waits today about 9 to 11 months.

Home visits have been a problem because of the inappropriateness of requests and are now limited to people who are truly non-transportable.

Patient safety is paramount but attitudes or behaviour that violate the respect of all staff are not allowed. There are precise procedures for reporting discomfort or non-compliance in the first instance to the practice manager. If patients are violent or threaten to be violent, they are reported to the police, but this is unusual and almost never necessary. Rather, any doctor can instantly withdraw a patient for breach of trust at his or her own discretion. Diagnostic examinations (laboratory tests, imaging, specialist reports) are immediately recorded in the personal file, processed by a nurse, submitted to the referring GP and available to the patient for comment.

Additional services

A professional nurse with a dedicated dressing room (plaster or suture removal), a midwife, district health assistants, audiometrists, podiatrists, physiotherapists are available, with staff not employed outside the practice and activated by their GP.

The professionalism of individual GPs and the possibility of exercising specialised tasks paid separately

One colleague is dedicated to minor surgery, three are trained in gynaecology, two specialise in family planning, and in addition to Pap tests and vaginal swabs, IUDs can be inserted in the practice.

Chronic clinical conditions such as diabetes, Bpco, asthma, hypertension, cardiovascular diseases, and metabolic disorders have dedicated outpatient clinics run by specialist nurses.

A dedicated doctor and nurse take care of children up to the age of five and recommended vaccinations are carried out in-house: there is also a dedicated service for travellers for in and out prevention.

Substitutions and holidays

Three salaried GPs, employed by the practice on the standard British Medical Association (BMA) contract, all work part-time. They also help with substitutions (this is a relationship that doctors young and old have chosen, working privately with fellow NHS GPs at a freelance rate and without the strict constraints of the public service).

Surgery and teaching/research

The practice is involved in the various levels of training required for specialisation in general practice through the mentoring and supervision of senior GPs. This requires periodic qualifying certification but this team is not interested in research activities or university careers.

Free Profession

Each doctor can work for the NHS for up to eight morning and afternoon sessions but can also choose part time. Colleague Kevin Tipper works part time in the practice because he has chosen to devote part of his time to mental health coaching towards stress-related distress, anxiety, depression, low self-esteem and burnout. He qualifies as a Mental Health Coach (not a psychotherapist or cognitive psychotherapist) - he has no professional qualifications as a therapist in the psychiatric field - his expertise is in coaching. He is not linked to insurance companies as a private GP, therefore he does not prescribe drugs in the role/activity of coaching; he specifies that the activity is not included in the GP's normal services (the underlining is towards possible conflicts of interest and deontological reasons).

In fact, in our interview, one of the current problems of general practice in the UK emerged, where the duration of visits is strictly regimented to a few minutes, which often do not allow windows into sensitive issues related to mental health. This has created a demand to which some doctors are giving professional answers and new spaces, for some GPs, with interesting remunerations (around £120 for a 30-minute visit, even by video call). If the average salary of a GP is around £70,000, it is also remarkable that the incomes of doctors who exceed £150,000 should be made public.

The role of the Care Quality Commission

The CQC is an independent regulatory agency that certifies the achievement of social and health objectives by healthcare facilities and thus also by GP surgeries.

At the same time, it allows a kind of clinical audit that enables individuals to evaluate the services provided and make choices they can trust - the data being public; it also ranks (ratings) the surgeries through regular reports allowing them to meet NHS standards and be paid accordingly.

For example, the surgery achieves 68.9 % of Pap tests against a national target of 80 %.

How does a CQC inspection take place

The objective is to understand how GP teams work (in terms of safety, effectiveness, accountability, care, organisation) and the inspection staff are highly trained and held in collective esteem for competence and independence. The tools are

Staff interviews in person or video interviews

Written feedback from the team or patients

Discussions on patient files

Visits to the facility

Testing of procedures (e.g. phone calls or Pap tests)

Check on safety procedures (sterilisation).

Quality indicators

Is there a system for identifying vulnerable patients from the records?

Are the premises thoroughly cleaned every day ?

Are staff trained to respond to emergencies in the practice (use of defibrillator - BSL - basic life support - early defibrillation -)?

Is the doctor who responds to emergencies defined each day?

Are delays in specialist visits monitored?

Is there a register of patients diagnosed with cancer, dementia?

Which antibiotics are used in uncomplicated urinary infections?

How many patients are there with multiple prescriptions of psychotropic drugs?

Are critical incidents discussed?

Are patients requesting prescriptions online identified?

Conclusions

Ultimately, the comparison between the Anglo-Saxon and Italian systems is always problematic. To think that purely structural investments (as ventilated by the PNRR) can change procedures and clinical outcomes of care in Italy is pure utopia, and no one is evaluating the timing of these risky dreambook operations. The NHS holds up mainly because of the sense of ethical dedication of the staff, past massive investments (in the recent years of Conservative governments there have been massive cuts and lack of contractual adjustments), high incomes (but only for those health staff who manage to maximise income from the system) and above all because of a general esteem based on the sense of responsibility of the majority of the staff to which a prestigious public image corresponds. The cultural level of the GPs is high due to excellent training, continuing medical education, and constant recertification, and allows the most talented and courageous - challenged by the system - to escape the economic crisis in large numbers by emigrating to Australia, New Zealand and Canada, which appreciate their excellent professionalism.

INTRODUCING ACADEMIC GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDICINE IN GREECE: A FOCUS ON WHAT WAS LEARNED

Christos Lionis MF FRCGP(Hon) FESC FWONCA, Professor Emeritus at the Medical Faculty, University of Crete, Greece and guest professor at the University of Linköping, Sweden

The first steps

My scientific journey began in the early 1980s. At that time, Greece was just beginning to embrace the concept of Primary Health Care (PHC), inspired by the WHO Alma-Ata declaration. But for me, this was more than a theoretical concept; it was a personal mission to restore the humanistic profile of the doctor and the essence of empathetic and compassionate care that he felt was missing from the hospital settings of Greece.

In 1984, I met two important physicians and medical teachers, Dr. Ioannis Tsouderos and Dr. Agorasti Morali. Together, they inspired a small group of young physicians (Dr. Kostas Nikiforakis and Dr. Litsa Sfakiannaki) in the island who were seeking to explore ways to improve the quality of healthcare services and augment the satisfaction from the care services provision. This group prepared the first proposal for the establishment of two new medical specialties in Greece: General Practice and Social Medicine (later known as public health). The proposal was presented at an international meeting in Athens, sponsored by the University of Athens and Crete and the Society of US Teachers of Family Physicians. The meeting, entitled "The Education of the Family Physician and the Delivery of Comprehensive Health Care" (November 16-17, 1985), marked a turning point in the history of primary care in Greece.

The conference in Athens was the result of strong coordinating actions undertaken by Prof. Spyros Doxiades, a key person with a major impact on the translation of Alma-Ata Declaration's message into policy actions. This meeting was critical in a period where dispute for the effectiveness of hospital care had been raised. My interface with Prof. Spyros Doxiades and Prof. Ioulios Iosifidis, two persons who inspired me and opened my mind to see the need for Primary Health Care as introduced in Alma-Ata, was crucial.

My journey continued when I joined the School of Medicine at the University of Crete. A meeting at the Venizeleion Hospital in Heraklion city, planned by Prof. Ioulios Iosifidis, led me to Prof. Michael Fioretos, an invited physician from Sweden and the first professor in Social and Family Medicine at the Medical Faculty, University of Crete. This meeting was a turning point, where I decided to follow Family Medicine and Primary Health Care as a clinical discipline and academic research. Together with Dr. Antonis Koutis, another young physician with a strong interest in Public Health, we began a continuous discussion on how to build capacity in Greek primary care, investing much time and effort in the first health centre in Greece at Spili, which opened at the beginning of 1986. My PhD study at the Medical Faculty of the University of Crete under the supervision of Prof. Antonis Kafatos was an important step in my academic carrier and it has been resulted in one of my first international publication (Lionis et al, 1991)

My Journey to Sweden and Exposure to Academic Research

Embarking on my journey to Sweden was a significant moment in my academic and research career. Despite feeling anxious and unprepared, my friend Antonis Koutis and I were fortunate enough to have many learning opportunities that resulted in two collaborative projects and my first publications (Koutis et al 1991; Lindholm et al 1991; Koutis et al 1992). The Primary Health Care and Nutrition Programmes was the funding framework that supported the first Greek-Swedish collaboration (Fioretos and Schersten, 1991). The Dalby Health Centre, which operated as a pilot of the Swedish Primary Health Care System, was a remarkable source of inspiration for me. Meeting with promising and young researchers and witnessing the capacity of senior researcher and professor of family medicine, Dr. Lars Lindholm, was truly impressive. Under his guidance, I was able to publish papers in highly cited journals, which became a cornerstone of my research and academic career. This Swedish experience also paved the way for pioneering efforts such as the establishment of the first Health Centre in Spili, and the operation of the first electronic patient record system in Greece, based on the Dalby prototype (Isacsson et al, 1992).

Another pivotal moment in my journey was my time at the University of Linköping, where I worked closely with my Swedish colleagues and friends at the Department of Primary Care, School of Health Sciences and namely Prof. Erik Trelle and Prof. Tomas Faresjö. We started our collaboration on a project comparing admissions from two landscapes presented many challenges (Tsamandouraki et al, 1994), but we successfully introduced new ideas and research hypotheses that led to publications in reputable journals (Faresjö et al 2006; Faresjö et al, 2009). This period was also highlighted by a laboratory research project based on clinical observations from Crete that resulted in a publication in *The Lancet* (Lionis et al, 1998) - a significant motivation for me.

Upon returning to Greece, I served as an Assistant Professor at the Clinic of Social and Family Medicine at the Faculty of Medicine, University of Crete. It was a challenging period, without mentoring and adequate emotional support, but I persevered in enhancing existing capacities and identifying partners for research. An important accomplishment during this period was the creation of the Practice-based Primary Care Network, which brought together many GPs operating in rural areas of Crete and served as a platform for fieldwork research. I also had the privilege of supervising the first PhD study with Dr. Stella Argyriadou and was able to connect with the European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA) and European General Practice Research Network (EGPRN) meeting many European practitioners, researchers and mentors.

In my second period, I became an Associate Professor and had a permanent position, which allowed me to continue my work with less anxiety and more freedom for travelling and networking. During this time, I was able to attempt for European funding and collaborative research, including the OTC-SOCIOMED project entitled "Assessing the Over-The-Counter Medications In Primary Care And Translating The Theory Of Planned Behaviour Into Interventions". This project allowed me to enjoy the establishment of the University of Crete research team and to build confidence in future endeavors. Overall, my journey to Sweden and exposure to academic research was a transformative experience that shaped my research and academic career in countless ways. Being appointed as a

visiting Professor at the University of Linköping years after of the 1st trip to Sweden was a wonderful end of this excited journey.

Working in Europe and Networking: A Team-Based Research Endeavor

Reflecting on a pivotal period in my professional journey, I am reminded of the many collaborative efforts made with European networks and clinical interest groups. It all began with my connection to EURIPA and John Wynn Jones, as well as other inspirational figures who encouraged my initial steps. Through their support, I was able to establish a connection with the International Journal of Rural and Remote Health (RRH), a crucial platform for young researchers and regional editors. The EGPRN was also an important step in my research career and Prof. Paul Wallace together with other European researchers empower and encourage my first research activities. Prof. Roger Jones, the first leader of ESPCG and Editor of Family Practice, was also included among the persons who inspired me at this period.

One significant milestone was the 1st European Collaborative Project, the OTC-SOCIOMED project, funded by the EC, which focused on over-the-counter drugs and inappropriate prescribing. Co-authoring this project with Dr. Elena Petelos opened up new opportunities and greatly contributed to the future of Primary Care research in Crete. Many other European and international collaborative projects with the UoC research team as leader or as a member have been followed expanding our academic capacity and experience.

In the course of my involvement in various European collaborative projects, I had the privilege of working alongside promising young researchers, leading to the publication of several papers in international literature. I learned a great deal from these experiences and considered it one of the most exciting events in my academic evolution. Moreover, this collaborative work not only spread the message that research is possible even in settings with limited capacity and resources, supporting several thoughts shared in an Editorial (Lionis and Anastasaki, 2019) but also demonstrated the potential of the University of Crete and primary care of Greece.

Moving forward, the current challenge is to translate practice-based research into practical guidance and e-learning courses that motivate behavioral change in the community setting. In pursuit of this goal, we have made efforts to develop the first primary care training hub over the past few years jointly with a team of UoC colleagues (Dr. Marilena Anastasaki, Mrs. Xenia Papagiannopoulou and Dr. Sophia Papadakis). One last effort that deserves attention was the creation of a multidisciplinary laboratory named "Health and Society". It is a capacity located at the Medical School of the University of Crete that works as a scientific "bridge" between Medical Faculty with Social and Classical Studies. I continue also my collaborative work and my contribution at activities of the Dept. of Social Medicine and in particular with my colleagues and professors Dr. Ioanna Tsiligianni and Dr. Manolis Symvoulakis who are taking the lead at the School of Medicine, University of Crete. Serving also WONCA Working Party on Mental Health, initially as a member and currently as a Chair, is an important and current source of knowledge and inspiration for me.

Epilogue: Lessons Learned and Recommendations for Future Generations

It is difficult to summarize the culmination of years of work in a few words and offer recommendations to young people interested in investing in Primary Care and General Practice/Family Medicine research. However, I offer four simple statements as a starting point:

- (a) Find a mentor and stay close to them
- (b) Collaborate with an academic department in your region and work in teams
- (c) Seek opportunities to travel to other settings and learn from others
- (d) Aim to work with international networks to broaden your horizons and contribute to the advancement of Primary Care and General Practice/Family Medicine research.

As a final note, I sincerely hope that my journey is testament to the power of Inspiration and Collaboration in advancing healthcare. It demonstrates the critical role that passionate individuals can play in shaping policy, driving innovation, and improving the lives of patients. By sharing my experience, I truly hope to inspire others to join the movement towards Primary Health Care Research and make a positive impact in their communities.

MEDICINA GENERALE E CONDIZIONI EZIOLOGICHE 'SOCIALI IL PROF. MARMOT COMMENTA IN UN BREVE VIDEO LA "INVERSE CARE LAW" DEL MMG ED EPIDEMIOLOGO JULIAN TUDOR HART

*Gianstefano Blengio (Epidemiologo, già Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell' Asl n. 22 di
Bussolengo (VR), Francesco Del Zotti - Medicina Generale e Direttore di Netaudit -Verona*

In un video di 11 minuti (vedi sotto per le istruzioni), l'epidemiologo Prof. Michael Marmot commenta i 50 anni della "Inverse Care Law", articolo fondamentale pubblicato dal nostro compianto dr Julian Tudort Hart, MMG ed epidemiologo britannico, amico della nostra rivista www.rivistaqq.org, morto nel 2018. Il prof Marmot è un'autorità mondiale nell'epidemiologia sociale e nel video si dichiara fan di Julian Hart e commenta la 'inverse care law', da Hart così definita nel 1971.

Potete leggere una pagina wikipedia dedicata al prof Marmot all' indirizzo: https://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Marmot nonché un nostro numero speciale dedicato al dr Julian Tuodor Hart,dopo la sua scomparsa: <https://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-EN-2018.pdf>

Prima di invitarvi a vedere il video del Prof. Marmot descriviamo brevemente la 'Inverse Care Law' di J.T.Hart, così come pubblicata sulla rivista Lancet. Vi daremo infine indicazioni su come vedere il breve video del prof Marmot; il video è in inglese, ma vi daremo dei suggerimenti, per chi ha difficoltà con la lingua, per trasformare i sottotitoli in inglese in sotto-sottotitoli in Italiano.

Sintesi dei punti essenziali dell'articolo del dottor Julian Tudor Hart pubblicato su Lancet del 27 febbraio 1971 (1)

Hart ricordava innanzitutto come fossero note le rilevanti diseguaglianze di mortalità e morbosità esistenti nel Regno Unito, tra gli anni 30 e gli anni 60, in relazione alla classe sociale e alla zona geografica di appartenenza. Osservava quindi che una distribuzione equa e razionale delle risorse in termini di assistenza medica avrebbe dovuto seguire un andamento distributivo analogo in termini geografici e sociali o quantomeno una distribuzione di tipo uniforme Al contrario già l'esperienza dell'epoca indicava che le classi sociali più elevate tendevano a ricevere livelli di assistenza sanitaria migliori.

Sulla base della sua esperienza di medico di medicina generale, che aveva scelto di operare per decenni in aree particolarmente deprivate (zone minerarie del Galles), Hart sosteneva che una delle principali ragioni di queste ineguaglianze fosse da mettere in relazione con il fatto che nelle aree deprivate l'assistenza da parte dei medici di medicina generale avveniva in condizioni tali da limitare notevolmente la capacità

individuale dei medici impegnati in tal tipo di assistenza ed osservava che i medici di medicina generale erano costretti, in tali aree, ad operare in condizioni tali da trasformare in breve tempo un buon medico, anche quando non fosse stato maggiormente attratto ad operare in aree più agiate, in un medico meno valido. Naturalmente un livello migliore di assistenza per gli appartenenti alle classi sociali più elevate si poteva osservare non soltanto a livello della pratica di medicina generale, ma a tutti i livelli del servizio sanitario, ivi compresa l'assistenza ospedaliera.

Hart riconosceva che a partire dagli anni 60 il Servizio Sanitario Nazionale aveva operato per ridurre queste disuguaglianze, soprattutto assicurando ai Medici di Medicina Generale una riduzione dei carichi del lavoro, potenziando inoltre un supporto infermieristico e di segreteria e infine, razionalizzando il lavoro di tipo amministrativo.

Il risultato non era stato tuttavia sufficiente, soprattutto in ragione del continuo operare delle forze di mercato che tendevano a considerare l'assistenza sanitaria come un bene, seppure immateriale, che poteva essere venduta ed acquistata come qualsiasi altra merce. Implicitamente si confidava nel fatto che anche questo speciale *bene-merce*, in condizioni di libero mercato, si potesse distribuire in maniera ottimale. Hart osservava però in proposito che in un libero mercato nemmeno le scarpe sono distribuite in maniera ottimale, in quanto persone ricche possono ottenerne in misura molto maggiore rispetto alle persone povere: a maggior ragione tale disparità valeva per l'assistenza sanitaria. Osservava inoltre che le classi sociali elevate sono disponibili a pagare di più per la propria salute a livello individuale, ma non per quella della comunità nel suo insieme.

Le osservazioni di cui sopra lo portarono a formulare quella che lui stesso definì "The Inverse Care Law", intendendo che la disponibilità di un'adeguata assistenza sanitaria tende a variare in modo inversamente proporzionale ai bisogni della popolazione. Detto in modo più semplice: le fasce sociali più svantaggiate necessitano di più assistenza sanitaria rispetto a quelle più avvantaggiate, ma ne ricevono meno.

La situazione odierna

A distanza di 50 anni dal lavoro di Hart, sebbene le disuguaglianze in salute e le sue cause siano universalmente riconosciute, le stesse permangono e risultano tuttora molto rilevanti. Il sistema sanitario nazionale, nel Regno Unito così come in molti altri Stati europei ha fatto molti sforzi per ridurre tali disuguaglianze, non sempre con successo. In particolare, laddove viene consentito alle forze del mercato di orientare il sistema di assistenza sanitaria e la relativa allocazione di risorse, dette disuguaglianze risultano ancora rilevanti, ancor più in quanto la popolazione vive oggi più a lungo, ma gravata da un maggior carico di patologie croniche. The Inverse Care Law è ancora molto attuale come ribadisce Marmot nel video; essa continua quindi anche oggi ad operare e lo fa con maggior forza dove l'assistenza sanitaria è più esposta alle forze del mercato. (2)

Misurare la deprivazione e le disuguaglianze negli effetti sulla salute

Negli anni ai quali fa riferimento Hart le misure dello stato di deprivazione e dello stato di salute della collettività non erano particolarmente accurate. Nondimeno Hart dimostrò che dopo 25 anni di attività di Medico di Medicina Generale in area disagiata, durante i quali si impegnò per ridurre, per quanto nelle sue possibilità, dette disuguaglianze, la mortalità prematura, nei suoi pazienti, era del 28% inferiore rispetto a quella delle dei paesi circostanti. (3)

A partire dagli 80 sono stati sviluppati numerosi indici aggregati volti a misurare lo stato socio-economico a livello comunale e subcomunale, tra cui vanno ricordati:

-l'indice di Townsend, a cui si associa la seguente definizione di deprivazione : "...uno stato di svantaggio dimostrabile e osservabile, relativo alla comunità locale o ad una più ampia parte della società o nazione a cui un individuo, una famiglia o uno gruppo appartengono; tale stato può essere distinto dall'idea di povertà";

-l'indice di Carstairs, il quale sottolineò che "...le misure su aggregati geografici costituiscono un utile strumento per le analisi sulla relazione tra le condizioni socio-economiche e i dati di salute..."

Numerosi sono gli indicatori successivamente sviluppati, anche in Italia, dove il patrimonio informativo di partenza è costituito dai dati del Censimento ISTAT, sintetizzati per Sezione (circa 350000 sul territorio nazionale, con un numero medio di 170 residenti). Gli indicatori che compongono l'Indice di Deprivazione basato sul Censimento ISTAT 2011 sono così definiti:

-basso livello di istruzione (% di popolazione di età di 6 anni e più, con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare);

-disoccupazione (% di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione);

-mancato possesso dell'abitazione (% di abitazioni occupate in affitto);

-famiglia monogenitoriale (% di famiglie monogenitoriali e composte da un solo nucleo familiare);

-densità abitativa (occupanti per 100 mq). (4)

Gli indicatori di cui sopra sono disponibili nel database consultabile sul sito web dell'ISTAT. E' possibile scendere a livello subcomunale (sezione di censimento) e disegnare quindi mappe di maggior dettaglio della distribuzione territoriale dell'indicatore di condizione socioeconomica. Si veda in tal senso la mappa predisposta dal Comune di Prato (5). Gli indicatori di deprivazione così formulati e descritti possono quindi essere confrontati con la distribuzione geografica dei numerosi indicatori dello stato di salute della collettività oggi disponibili, al fine di evidenziare, mediante l'uso di appropriati strumenti statistici, se ed in quale misura siano presenti eccessi di rischio sia in termini di mortalità che di morbosità correlati con condizioni di deprivazione (6).

Il video del Prof. Marmot del 2011 che commenta i 50 anni della Inverse Care Law di Hart è visibile al Link accorciato:

<https://tinyurl.com/2p96xchn>

Se volete vedere i sottotitoli in italiano invece che in inglese, vi consigliamo di vedere questo breve video esplicativo su youtube, della durata di 3 minuti:

https://www.youtube.com/watch?v=_uHin53xE3k

Bibliografia

- Tudor Hart, J. (1971). "The Inverse Care Law" . The Lancet 297 (7696): 405–412.
- Editorial: 50 years of the inverse care law The Lancet 397, Issue 10276, P767, February 27 (2021) [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00505-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00505-5/fulltext)
- Editorial The inverse care law revisited: a continuing blot on the record of the National Health Service - British Journal of General Practice, v.68(677); December 2018
- Rosano et al., Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento - E&P 2020, 44 (2-3) marzo-giugno, p. 162-170
- http://allegati.comune.prato.it/dl/20130627130010149/Indice_di_deprivazione.pdf
- Costa et al., Esistono misure valide dell'effetto della deprivazione socioeconomica sul fabbisogno sanitario? Alcune indicazioni metodologiche per il Servizio sanitario nazionale italiano - Politiche sanitarie 2011;12(3):126-138; Luglio-Settembre 2011, Vol. 12, N. 3

IL TEMPO DELLA CURA

Dr Andrea Virga – grupo Netaudit Palermo e Scuola formazione in MG Palermo

Modelli assistenziali in esame: il modello portoghese e un'esperienza di Medicina di Gruppo Veronese

L'attività del medico di medicina generale risulta essere un caposaldo del servizio sanitario nazionale ancora oggi. Tuttavia occorre ridurre l'eccessivo carico burocratico e progettare una maggiore specializzazione. Gli anni della pandemia infatti hanno messo in evidenza una inadeguata e insufficiente programmazione, così come un mancato investimento sulla professionalità della figura "medico" degli ultimi decenni. Peraltro, i giovani medici hanno reputato spesso la scelta della medicina generale come una prospettiva lavorativa poco gratificante.

Di recente, risale ad appena un mese fa, la notizia di come sia andato quasi deserto il bando di adesione per le zone carenti di medicina generale pubblicato in Lombardia, malgrado il gran numero di posti a concorso: il che dimostra ancora una volta che la scelta della medicina generale non è una scelta opzionata.

«La medicina generale nel 2026 non ci sarà più»

"In Italia è stata sbagliata la programmazione. Andando avanti così la medicina generale nel 2026 non ci sarà più: 10mila dottori andranno in pensione, con un ricambio che ne coprirà forse 3mila."

Fonte: Il Resto del Carlino 13/04/23

Il burnout nei medici di base è stato collegato a una maggiore prescrizione di antibiotici e oppioidi: il dato proviene da uno studio, pubblicato sul British Journal of General Practice, che ha collegato il comportamento prescrittivo a segni di burnout come esaurimento emotivo, sensazione di distacco da colleghi e pazienti, minore soddisfazione lavorativa, orario di lavoro più lungo e intenzioni di lasciare il lavoro.

Hodkinson A, et al, The association of strong opioids and antibiotics prescribing with general practitioner burnout. British Journal of General Practice 2023. DOI: 10.3399/BJGP.2022.0394 VobISNewSLetter Anno XIV – n. 74 - Aprile 2023

"... Dobbiamo aiutare i medici di medicina generale ad avere un minor carico burocratico in modo che si possano dedicare a visitare i pazienti senza essere presi da mille altre incombenze che non competono ai medici e agli operatori sanitari"

18/04/23 Orazio Schillaci ministro della Salute - 'Elisir', Rai Tre

Lontana quindi dalla figura di medico della mutua o dall'onirico prescrittore e confessore del passato, come il John Sassall descritto da John Berger e fotografato durante la sua opera da Jean Mohr, e insidiata dalle più recenti Intelligenze Artificiali, già in sperimentazione nel sistema di cure americano, la professione di medico di famiglia deve riappropriarsi, per sopravvivere, dell'elemento clinico e del tempo della cura.

In Portogallo

Il panorama italiano attuale sembrerebbe analogo a ciò che accadde nei primi anni 2000 in Portogallo: medici di famiglia insoddisfatti e gravati da un carico di burocrazia sterile scioperarono assieme alla popolazione assistita altrettanto scontenta del servizio offerto. Ciò ha portato alla ricerca di un modello sanitario che riflettesse quello che i cittadini portoghesi "meritavano", seguendo un progetto di riammodernamento della figura di medico di famiglia, ben descritto nel Livro Azul.

Tale modello, da me osservato in prima persona durante una recente visita presso l'Unità di Salute Familiare (USF) di Bom Porto, nella città di Porto, potrebbe essere applicato con successo nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) o nelle prossime Case della Salute, strutture che dovrebbero essere il cardine della nuova organizzazione sanitaria territoriale italiana.

Fulcro di tale sistema sanitario è la decentralizzazione della cura, che consente alle USF di occuparsi e avviare progetti in base alle specifiche necessità del territorio. L'unità funzionale è la micro-equipe, composta da medico di medicina generale, infermiere di famiglia e "segretario di famiglia": tre figure che si occupano dei propri assistiti in sinergia. Inoltre, la micro-equipe fa parte di un modello a matrice con le altre micro-equipe della USF, dove è presente un coordinatore per ognuna delle tre aree professionali. Tuttavia, ciascuno è responsabile di presiedere al controllo di differenti "processi", cioè i servizi sanitari erogati, sia assistenziali che non assistenziali.

L'obiettivo/obbligo è il miglioramento costante su almeno due punti, qualità d'accesso e qualità clinica, in un panorama di processi vasto (salute della donna, salute del bambino, screening oncologici, formazione/ricerca, gestione della struttura, customer satisfaction...), a cui poter aggiungere di specifici in base alle necessità del territorio, così come viene pianificato con il distretto sanitario (ACES) ogni tre anni attraverso la "contrattualizzazione".

La possibilità di creare una USF, e di passare dal modello base (A) a quello più avanzato (B) è infatti legata a tale processo: dapprima medici di famiglia che intendono volontariamente creare una USF possono proporre la strutturazione al distretto, impegnandosi al raggiungimento di obiettivi di qualità ed efficienza.

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati clinici, in seguito a valutazione attraverso sistemi di Audit, si passa al modello USF-B con remunerazione più alta, maggiori risorse allocabili e maggiore autonomia organizzativa.

Tali risultati devono essere però mantenuti: il sistema portoghese si basa infatti sulla cultura del dato sanitario e sulla trasparenza, con report periodici.

I sistemi di informatizzazione consentono infatti un costante monitoraggio della qualità clinica erogata, così che gli operatori stessi sappiano in cosa poter migliorare, e sono assolutamente trasparenti, dando ai cittadini la possibilità di accedere ai propri dati clinici

e a metriche di qualità come, ad esempio, la valutazione dei tempi d'attesa. È inoltre possibile avere un rapporto privilegiato con il proprio medico, con la possibilità di scegliere o cambiarlo tra i medici facenti parte della USF: viene pertanto mantenuto il rapporto di fiducia, uno ad uno, per tutto ciò che concerne le visite e i controlli programmati.

Le visite estemporanee vengono erogate in giornata da uno dei medici di turno nella USF, anche eventualmente dal proprio medico, in un ambiente comunque familiare per il paziente. Pertanto, la stretta collaborazione tra le varie figure consente al medico di riappropriarsi del proprio ruolo di clinico, visitando, ascoltando, educando il proprio assistito in tutte le epoche della vita, dall'infanzia all'età avanzata.

In questo scenario: gli operatori delle USF, dipendenti pubblici, trovano incentivi alla buona pratica clinica; i medici di famiglia ancora non facenti parte di strutture USF hanno incentivi alla formazione di analoghe unità stesse (generando inoltre una domanda per nuove infrastrutture che possano ospitare tali centri); i medici in formazione vedono la scelta della medicina "geral e familiar" come una scelta di prestigio con ampie prospettive.

Nelle due settimane di frequenza ho visto colleghi affiatati, coinvolti nel loro ruolo: chi a inizio specializzazione in tandem col proprio tutor, chi al quarto anno, con gestione autonoma dei pazienti afferenti alla USF. Ogni settimana le riunioni tra i medici favoriscono la crescita professionale. Ore di formazione autonoma (4 sulle 40 settimanali di servizio) sono dedicate alla realizzazione di progetti, journal clubs, discussione di casi clinici e presentazioni da parte dei medici in specializzazione (Internos), che portano anche a organizzare congressi di specializzandi per gli specializzandi stessi (peer education). L'essere tutti nella stessa struttura favorisce un fervente clima di collaborazione e confronto, tra colleghi con cui si potrà in seguito lavorare nella stessa USF, similmente a quello che accade di solito nelle specializzazioni ospedaliere italiane. La specializzazione in medicina "geral e familiar" risulta pertanto essere una di quelle meglio organizzate e ambite, un po' in contrasto con l'offerta del panorama italiano, dove i medici di medicina generale sono ancora "di base", quasi con tono denigratorio, in contrapposizione alle più "blasonate" specializzazioni universitarie.

Altro elemento caratteristico di cui ho appreso durante uno di questi congressi, che fiorisce dalla collaborazione delle varie figure professionali presenti nell'USF e di cui i colleghi hanno sottolineato l'importanza è la *prescrição social*.

Seguendo il progetto del 1997 del centro Bromley By Bow Londinese, la prescrizione del medico non si limitano a quella prettamente farmacologica, ma vengono offerte anche soluzioni a problematiche sociali, emozionali, volte al miglioramento del complesso salute. Fanno parte della USF anche Assistenti Sociali che attraverso forme di inclusione in associazioni e specifici progetti favoriscono una azione positiva sui determinanti sociali della salute (educazione, dimora, disoccupazione, stile di vita).

In Italia

Nel panorama italiano, sulla spinta dell'ultimo ACN, sempre più Medici di Medicina Generale si aggregano in organizzazioni sorelle delle USF che, come piccole imprese, erogano servizi di salute difendendo e ammodernando un sistema sanitario dove sempre più si ricorre alla spesa out of pocket, figlia del disinvestimento sulla sanità pubblica. Il dottor Giulio Rigon, medico di medicina Generale, è presidente dell'associazione di professionisti che cooperano nella medicina di gruppo integrata, realtà unica nella città Verona e d'avanguardia nel panorama nazionale: ho avuto il piacere di conoscerlo e avere illustrato il suo progetto.

I medici che prestano opera sono 14: 7 MMG di medicina di gruppo integrata, 4 MMG di medicina di gruppo semplice, 3 Pediatri di libera scelta, per un bacino di pazienti che supera le 18mila unità: un tesoro clinico-epidemiologico. Pur mantenendo il rapporto di lavoro in Convenzione, l'associazione di medici eroga servizi e prestazioni di alto livello, concordate ogni tre anni con l'azienda sanitaria attraverso un contratto di esercizio, con obiettivi e risorse differenti in base alla tipologia di medicina di gruppo integrata o semplice, e differenti per la pediatria.

Per i medici di famiglia, quattro sono gli ambiti clinici di grande impatto economico e sociale su cui focalizzarsi: BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete, Gestione del paziente con Fibrillazione Atriale Cronica e Terapia Anticoagulante. Il raggiungimento di tali obiettivi, attraverso incentivi, consente di avere risorse per organizzare al meglio la struttura e avere il supporto prezioso di personale di segreteria e infermieristico, tutti dipendenti della associazione. Da un lato la riduzione del carico burocratico consente di avere più tempo per visitare e organizzare una clinica proattiva verso i bisogni della popolazione. Dall'altro il personale infermieristico, selezionato e adeguatamente formato dagli stessi medici della struttura per lavorare sulle richieste di salute territoriali, consente esecuzione di esami strumentali, rivalutazione cadenzata di parametri clinici e offre un supporto indispensabile per le visite ambulatoriali. Inoltre, grazie all'autonomia organizzativa è in sviluppo un progetto di visite domiciliari che vedrà un infermiere preposto e formato ad hoc per la rivalutazione clinica del paziente cronico. La strutturazione di medicine di gruppo è una soluzione frequente nel Veneto.

È sicuramente un modo di collaborare che sempre più si diffonderà sul territorio italiano, come favorito dall'ACN, che promuove il superamento di annose problematiche contrattuali quali malattia, ferie, maternità e paternità, reperimento di sostituti e distribuzione degli oneri di organizzazione della pratica clinica. L'associazione presieduta dal dott. Rigon rispetto all'associazionismo semplice ha un appeal maggiore. Ogni medico facente parte dell'associazione sottoscrive lo statuto: l'impegno è infatti al mantenimento di standard clinici eccellenti, così da far progredire la struttura e consentire di mantenere e aggiungere nuovi obiettivi di cura. Per far parte dell'associazione infatti, è necessario che tutti i membri siano concordi all'accogliere nella squadra il nuovo collega, oltre alle trafale burocratiche necessarie per fare parte di una medicina di gruppo secondo la vigente normativa di settore. Mutuando dall'imprenditoria la possibilità di scegliere i propri colleghi/collaboratori, ogni membro è spinto a dare il meglio e valutato nella sua pratica quotidiana.

Qualora infatti il modus operandi di un associato dovesse discostarsi dall'operato comune, non raggiungendo gli standard di cura prefissati, questo può essere escluso dall'associazione, perdendo i vantaggi sia di carattere economico che di prospettiva professionale.

Non è un caso, quindi, che gli ultimi medici entrati a far parte della medicina di gruppo, siano ex specializzandi in medicina generale che hanno frequentato la struttura e che hanno potuto formarsi seguendo la migliore pratica clinica e organizzativa presente nel territorio. Infine, l'inserimento nel gruppo di tre pediatri di libera scelta, malgrado le differenze organizzative che questo comporta, al contempo ha prodotto la ricchezza portata dalla diversa esperienza clinica e dal punto di vista unico di chi accudisce i piccoli pazienti.

Sul versante della formazione, una medicina di gruppo così organizzata si avvicinerrebbe molto alla esperienza portoghese: tuttavia non essendo immediata la possibilità per un medico di famiglia di essere tutor per gli specializzandi (solo il dottore Rigon lo è) al momento non è possibile replicare un'organizzazione analoga al Portogallo con tanti interni che possano, già durante il periodo di formazione lavorare in concerto e porre le basi per una collaborazione di lunga durata. La proposta di far diventare la propria medicina di gruppo un polo formativo di avanguardia per la medicina territoriale, sia per medici, che per infermieri e personale amministrativo, è però un progetto del dottore e dell'associazione tutta. Una riduzione del 60% circa degli accessi in pronto soccorso: questo è tra i tanti, uno dei risultati ottenuti, rispetto alla medicina generale di vecchia concezione. È auspicabile pertanto che questa modalità organizzativa possa essere presa presto come modello per il futuro della medicina territoriale del paese intero, integrata, performante: da un investimento iniziale di risorse si ottiene risparmio e standard di cura duraturi nel tempo.

Con incentivi al mantenimento, responsabilizzazione e audit clinico, il miglioramento della pratica clinica porta a maggiore soddisfazione degli operatori sanitari coinvolti, riduce il rischio di burnout e consente ai cittadini serviti un servizio fruibile e migliore, con risparmio di risorse sanitarie evitando accessi impropri e ingolfamento delle strutture di secondo livello.

Conclusioni

Entrambi i modelli descritti sono esempi di come l'investire sulla sanità pubblica, sulla medicina di prossimità, porti a miglioramenti tangibili nella gestione della salute, volti al raggiungimento di benessere fisico, mentale e sociale. In più lo studio dei dati sanitari derivanti da pratica clinica così ben organizzata, con strumenti e collaborazione di personale competente in epidemiologia, statistica, sviluppo e studio di intelligenze artificiali (complementari al MMG e non sostitutive), consentirà di intercettare problemi di salute, valutare trend e affrontare le sfide della medicina del futuro con una programmazione mirata e contestualizzata.

Bibliografia

- WEBINAR: "Primary Health Care: il modello Portoghese" <https://www.youtube.com/watch?v=ZJVN1cnMYEQ&t=51s>
- Il modello di Primary Health Care Portoghese. Un esempio di Politiche Adattative, Partecipazione e Decentralizzazione e del protagonismo dei sanitari. 2018 Martino, Biscaia, Heleno, Pereira

NET-DENSITOMETRIA

LA VALUTAZIONE DI ALMENO UNA RICHIESTA DI DENSITOMETRIA NELLE DONNE DI ETÀ UGUALE O MAGGIORE A 65 ANNI

MMG: Francesco Del Zotti , Domenico Pasculli, Francesco Tangorra

Coordinatrice Informatica: Elena Gaspari. A cura di www.netaudit.org

Partecipanti a Net-densitometria, membri di Netaudit (www.netaudit.org): Antista Giuseppe, Antonini Paolo, Augruso Angelo, Berardino Massimo, Capobussi Matteo, Dalla Benetta Elisa, Di Iorio Roberto, Di Sciallo Rosalia, Donato Giuseppe, Donatoni Maria Sofia, Francomano Vincenzo, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Luppi Davide, Magliozzo Franco, Marsili Niccolò, Merlini Giovanni, Mocci Fabio, Paolini Serena, Pasculli Domenico, Pastacaldi Guido, Ranzani Luca, Sabbi Diego, Salvadori Angelica, Tangorra Francesco Antonio, Tedeschi Luca, Tulino Renato, Viscetti Ilaria, Zenari Sonia

INTRODUZIONE: Net-densitometria, un Audit particolare

Potremmo chiederci se studiare la prevalenza di uso della densitometria nelle donne dai 65 anni in su è un Audit, alla portata del MMG, vista la limitazione di Legge dei LEA che non indica esplicitamente questo criterio come sufficiente per chiedere la densitometria nelle donne di questa fascia di età. Questo Audit, che favorisce la richiesta di densitometria in tutte le donne della suddetta fascia di età, va in qualche modo in contraddizione con le indicazioni italiane scritte da un gruppo di esperti nel 2005 e riprese nel decreto sull'appropriatezza del Decreto del 2017, che regola molte prestazioni, tra cui la densitometria. Il decreto si concentra su almeno 40 tipi di criteri, differenziati in maggiori e minori, e anche differenziati per età e sesso. E l'età delle donne dai 65 anni in su è posta solo come criterio minore (vedi Figura 1). Eppure autorevoli linee guida straniere e italiane pongono come indicativa la densitometria almeno 1 volta nelle donne di età uguale o maggiore a 65 anni; si veda la bibliografia).

In genere i nostri Netaudit prevedono un margine di libertà prescrittiva dei MMG legato alle linee-guida e all'EBM che spesso, ma non sempre, coincidono con le indicazioni ufficiali. Se ad esempio vogliamo studiare la prevalenza dell'uso di ASA o Statine negli infartuati, non vi è alcuna nota o lea limitante che possa giustificare l'omissione di queste prescrizioni; tutt'al più il MMG, seguendo le Linee-guida o l'EBM, le deve prescrivere in cartella, avvisando in contempo il paziente che secondo la legge questo o quell'altro farmaco o indagine sono a pagamento. In questo senso quindi Net-densitometria Non è un Netaudit classico, e se si noteranno percentuali basse di prescrizione di densitometria, i MMG avranno una certa "scusante" legata ai LEA-spada di Damocle sulla prescrizione, che indirettamente potrebbero scongiurare l'indagine in mutua, sebbene essa possa essere consigliata a pagamento.

Dal documento ministeriale

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1171

**L'indagine densitometrica è, inoltre, indicata in presenza di:
3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa**

1. Età superiore a 65 anni.
2. Anamnesi familiare per severa osteoporosi.
3. Periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale.
4. Inadeguato apporto di calcio.
5. Carenza di vitamina D.
6. Fumo > 20 sigarette/die
7. Abuso alcolico (>60 g/die di alcool).

Figura 1

D'altra parte se la paziente a cui neghiamo l'esame ha una frattura e scopre che Linee-Guida autorevoli consigliavano l'esame, allora il MMG che ha negato l'esame per rispetto della legge-prescrittiva, potrebbe avere dei problemi per non averlo consigliato in regime privato. Insomma, se alla fine diamo più importanza alle linee guida ed evidenze internazionali, rispetto ad una legge-Lea un po' barocca sulla rimborsabilità della densitometria, allora Net-densitometria diviene ed è un netaudit classico.

Background

Nelle donne dai 65 anni in su, sia il calcolatore della US PREVENTIVE TASK FORCE (1), sia la nota fonte legata all'EBM Choosing Wisely (2), sia le linee-guida della Società italiana Osteoporosi (3) propongono che sia eseguita almeno 1 densitometria nelle donne dai 65 anni in su. Si è ritenuto utile percorrere un Audit agevole, legato alle fonti citate, ove servono due dati sempre presenti in cartella (l'età; il sesso). Quindi l'Audit viene circoscritto alla valutazione della presenza in cartella di Densitometria nelle donne di età uguale o maggiore di 65 anni.

Obiettivo dello studio

-Analizzare nel nostro database la proporzione di donne dai 65 aa in su che hanno o non hanno eseguito almeno 1 densitometria.

-Lo studio ha anche un II obiettivo, con valore di ricerca descrittiva e interlocutoria: valutare quanto le leggi italiane citate (LEA) possano contenere il rischio di allontanare i MMG italiani dal seguire queste raccomandazioni internazionali. I risultati potranno servire per dialogare con i decisori, al fine di una eventuale modifica delle indicazioni di legge.

Criterio oggettivo per identificare la situazione in studio

La Registrazione della **prescrizione** della densitometria in cartella: in tutte le assistite con età uguale o superiore ai 65 anni, indipendentemente dalla presenza-assenza di risultato (al di là del nostro Netaudit, resta comunque consigliabile per i MMG partecipanti dare un'occhiata, per il solo uso personale, ai cognomi e nomi e controllare se vi è stata o meno richiesta di densitometria; quindi consigliare di osservare se la paziente ha eseguito la densitometria e se essa è riportato al MMG e quindi con il risultato inserito nella cartella).

Criteri e Standard percentuale di qualità migliorabile nel setting della MG: Vista la legge del 2005, non ci aspettiamo alte percentuali: potrebbe essere comunque interessante vedere se vi è almeno 1 prescrizione di Densitometria nelle cartelle del 60-70% delle pazienti dai 65aa in su.

Metodo

Per l'estrazione dei dati dal proprio Database, i MMG sono state utilizzate FRASI SQL ad hoc. Ottenuti i risultati e dopo totale anonimizzazione sono stati inviati al centro di coordinamento di Netaudit i soli risultati numerici

Risultati

MMG partecipanti: hanno partecipato 29 MMG di svariate regioni italiane, che hanno in carico 6091 pazienti di età da 65anni in su;

Valutazione densitometria donne di età uguale o superiore 65anni tra 29 MMG italiani

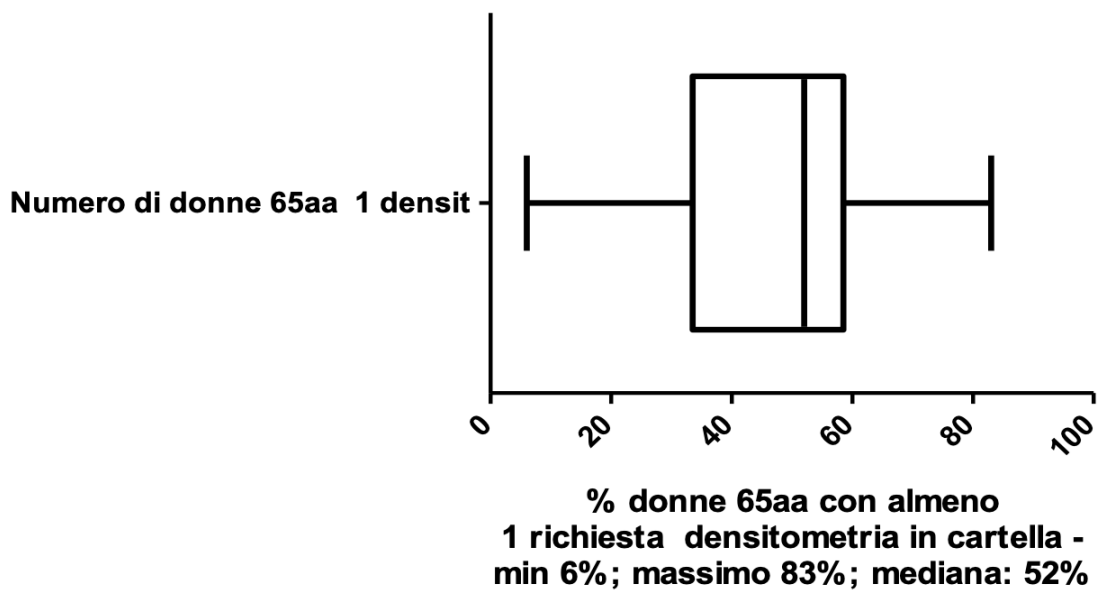


Figura 2

Variabilità tra 29 MMG della % di donne dai 65aa in su con almeno 1 densitometria (*coeffic. variazione 42%*)

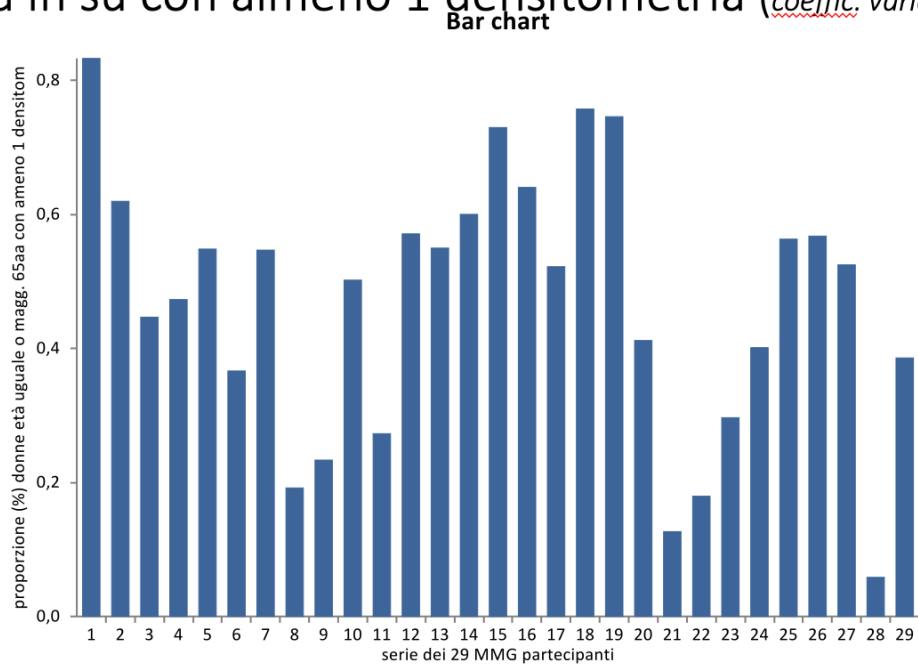


Figura 3

Densitometria richiesta

La Densitometria (Dexa) è stata richiesta almeno una volta in tutto il database in 3015/6091 anziane della fascia di età considerata: e cioè nel 49,5% (test ad una proporzione va dal 48,2% al 50,7%)

Variabilità tra i 29 MMG (Figura 2; figura 3)

Per una media di 103 donne con effettuazione di almeno 1 densitometria nei 29 MMG, vi sono colleghe-i che hanno solo 3 densitometrie per questa fascia di età ; e all'altro estremo una-un collega che ha 214 densitometrie.

E' stata valutata per ogni MMG la proporzione di donne di età uguale o maggiore a 65 anni, con densitometria eseguita rispetto al totale delle sue donne della stessa fascia di età. Il MMG con il minimo di prescrizione di densitometrie ha effettuato la richiesta nel 6% delle donne in oggetto; il collega con la % massima percentuale l'ha effettuata nell'83%; la mediana è stata del 52%; il coefficiente di variazione è stato ampio: del 42%.

Conclusioni

Hanno eseguito almeno una densitometria solo la metà delle donne indicate dalle Linea Guida della US preventive taskforce , di Choosing Wisely, delle linee-guidate dalla Società italiana dell'osteoporosi. Un dato insufficiente, inferiore al 60-70% che ci eravamo prefissi come standard "sufficiente". Probabilmente ha contribuito a questa bassa proporzione una definizione della mutuabilità , definita dai LEA, ove in maniera discutibile l'età di 65aa in su nelle donne è posta solo come "criterio minore".

I MMG di neaudit hanno preso l'impegno di spiegare alle donne di età uguale o maggiore di 65 anni la eventuale discrepanza tra LEA e le linee-guida accreditate; e quindi l'impegno a prescrivere in cartella l'esame da consigliare, sebbene a pagamento. Ovviamente diverse donne di classe sociale disagiate probabilmente non potranno eseguire la raccomandazione per ragioni economiche. Resta ai membri del gruppo di Netaudit interloquire con le autorità sanitarie regionali e nazionali affinché l'età uguale o maggiore di 65 anni non risulti solo uno dei vari criteri minori, condizionato dalla presenza di altri criteri minori, ma diventi da sola criterio necessario e sufficiente per la richiesta in regime mutuabile della densitometria nelle donne in questa fascia di età, fascia di età tra l'altro sempre più rappresentata nella nazione che ha il II posto nel mondo per numero di pazienti anziani.

Bibliografia e sitografia

1) US Preventive Task FORCE Calcolatore: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/webview/#!/>

2) <https://www.choosingwisely.org/patient-resources/bone-density-tests/>

3) https://www.siommmms.it/wp-content/uploads/2021/06/SIOMMMS_2_2021.pdf

(linea guida della Società italiana per l'osteoporosi)

CONSENSO

LA GESTIONE ATTIVA DELLE PAUSE IN AMBULATORIO TRA UNA VISITA E L'ALTRA: PROTETTIVA DEL MMG MA ANCHE DEL RAPPORTO PROFESSIONALE TRA MMG E PAZIENTE

Diego Sabbi, Samuele Angeletti, Giuseppe Antista, Matteo Capobussi, Sofia Donatoni, Elisa Dalla Benetta, Nicola Di Lorenzo, Serena Formenti, Davide Luppi, Giovanni Merlino, Fabio Mocchi, Niccolò Marsili, Ferdinando Petrazzuoli, Luca Ranzani, Giulio Rigon, Angelica Salvadori, Sonia Zenari, Francesco Del Zotti

Motivazioni e Obiettivo principale

Indagini recenti hanno mostrato come il numero di messaggi, sms, email che arrivano al Medico di Medicina Generale sia enorme. Essi hanno altresì messo in chiaro che una parte dello stress del medico deriva dall'aver il proprio tempo saturato da domande non filtrate che gli giungono inaspettatamente.

E' quindi utile valutare come il medico si sia autonomamente organizzato per gestire i pazienti in attesa ed il suo tempo prima della visita successiva.

Spazi temporali e pause sono utili sia alla salute del professionista che alla necessaria, tranquilla, riflessione intorno ai casi dei pazienti. Quindi l'obiettivo è riconoscere un minimo comune denominatore nella gestione delle pause e del tempo prima del prossimo paziente tra i medici di medicina generale che parteciperanno all'indagine.

Conferenze di consenso come questa possono contribuire alla costruzione di una comunità di pratica nella quale persone che condividono interessi comuni interagiscono tra loro per il miglioramento e la condivisione professionale.

La gestione attiva delle pause permette di:

- a) fornire al MMG un attimo di *respiro*, ove può fare ad es la respirazione diaframmatica o bere un po d'acqua;
- b) consentire al MMG di gestire il pre-briefing del paziente prossimo (vedendo la lista dei prenotati);
- c) consentire al MMG il post-briefing sul paziente appena visto, con relativi appunti su situazioni a rischio o ad es complesse dal punto di vista relazionale ;
- d) dare una immagine più professionale del MMG, con il paziente che attende prima di essere chiamato, senza la pretesa di avere tutto subito e di penetrare immediatamente ogni spazio fisico o telematico del MMG.

Metodo

Conferenza di Consenso via email tra un gruppo interregionale di MMG esperti che vivono vari assetti organizzativi diversi.

Criteri di esclusione

Non sono state considerate le inevitabili eccezioni quotidiane per visite urgenti o gli accessi resi prioritari dalla necessità di certificazioni in giornata ove è comprensibile che vi sia una maggiore autonomia decisionale del personale di studio. Tempi del lavoro, sistemi di prenotazione e regole di accesso agli ambulatori sono intimamente connessi. Sarebbe importante capire in quale modo l'assenza-presenza di un sistema di appuntamento modifichi la gestione dei tempi del medico ma per semplicità questo obiettivo sarà riservato ad una seconda ricerca.

Punti chiave su cui abbiamo provato a trovare un accordo

a) è importante che il MMG abbia una lista dei prenotati, da visualizzare prima e durante l'ambulatorio. Avere accessi su appuntamento permette di coordinare l'attività che nonostante le agende resta caotica e con un livello di interventi/ora altissimo. Inoltre il medico può valutare prima chi arriverà e prepararsi all'incontro con il paziente.

b) la chiamata attiva del paziente è preferibile all'ingresso nella stanza del MMG su iniziativa del paziente. I pazienti sono sempre frettolosi e qualunque rallentamento rappresenta un momento di pausa per il medico e di recupero di immagine per i MMG (sempre più ridotta ad una sorta di impiegati statali ma con responsabilità e volumi operativi inusuali per il settore pubblico). L'uso, ormai diffuso, di personale di segreteria aiuta a definire i tempi di ingresso, purché sia il MMG a dettare chiare regole, per il tempo degli ingressi, al personale.

c) sono utili sistemi di connessione con il personale di segreteria quali telefoni interni, citofono, messaggistica ad hoc in modo da rendere fluido e sotto il controllo del medico il passaggio del successivo paziente. In questo modo al termine delle visite precedenti il medico può rispondere ad eventuali urgenze telefoniche oppure costruirsi estemporaneamente una pausa. Se non ci fossero precise indicazioni la segreteria farebbe entrare i pazienti secondo l'ordine stabilito e ciò toglie al MMG il controllo delle pause e dei già citati pre e post-briefing.

d) è buona norma che il paziente in attesa sia seduto sino al momento della chiamata da parte del MMG o della segretaria. I pazienti in prossimità della porta del medico creano una dannosa pressione psicologica ed un'invasione della necessaria riservatezza potendo ascoltare i dialoghi tra medico e paziente.

e) se possibile la separazione tra le stanze delle visite e quelle della sala d'aspetto sono utili nel definire la distanza tra i pazienti in attesa ed i MMG in ambulatorio. Chiaramente la presenza di barriere fisiche murarie o no non è sempre disponibile. Tuttavia la creazione di ambienti separati rimarca i luoghi di visita come zone protette. Ciò è professionalizzante. Per l' accoglienza in questo caso è necessario che sia il MMG a dirigersi verso lo spazio paziente e permettere il nuovo ingresso oppure che il paziente sia accompagnato dalla segretaria, dopo il lasciapassare del medico.

f) Può essere utile disporre di una sala medici. La disponibilità di una stanza dedicata al confronto medico o semplicemente al relax dei professionisti è senz'altro utile. Si possono creare sia un luogo di riunione che, più semplicemente, una zona dove siano presenti generi di conforto (acqua, bibite, macchinetta per il caffè, bollitore per thè o tisane, snacks).

g) La chiusura degli ambulatori è un tempo nel quale il medico finisce la sua giornata senza ulteriori fattori di stress. Il fatto che l'ambulatorio sia chiuso non significa che il medico non stia studiando, lavorando su un caso difficile o riposando prima di andare a casa. Pazienti ritardatari o insistenti che occupino questo tempo risultano particolarmente a rischio nell'alterare il tempo del MMG post-chiusura. Per questi motivi i pazienti fuori orario, in genere con problemi Non-urgenti, andrebbero cortesemente invitati a rispettare l'ora di chiusura, anche nel loro stesso interesse: in quei momenti il livello di attenzione e disponibilità del professionista non è simile a quello delle ore precedenti e chiaramente indicati dalla tabella degli orari di ambulatorio.