

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



ANNO 2025
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

Alessandro Dalla Via (PD), Ferdinando Petrazzuoli (CE), Sandro Girotto (VR), Giobatta Gottardi (VI) Davide Luppi (MO), Giovanni Merlino (PA), Giorgio Visentin (VI), Gianluigi Passerini (SO), Renato Tulino (GR), Andrea Virga (PA), Diego Sabbi (AL), Angelica Salvadori (TO), Sonia Zenari (VR)

International Committee

Hans Thulesius (SW), Christos Lionis (GR)

Julian Tudor Hart †, Paul Wallace †

INDICE RIVISTA QQ NUMERO 2 ANNO 2025

EDITORIALE.....	2
PERCHÈ È IMPORTANTE LA FILOSOFIA PER LA MEDICINA.....	6
HA ANCORA SENSO PARLARE DI FILOSOFIA E DI ETICA IN MEDICINA AL GIORNO D'OGGI?.....	8
NON SI SPARA SULLA CROCE ROSSA	11
DECIDERE, MORIRE, ESSERE NELLA MEDICINA DI OGGI - GIOVANNI BONIOLO.....	14
INQUINAMENTO:LA PREVENZIONE NELLA SALA D'ATTESA DI UNO STUDIO DI MMG ASSOCIATI.....	17
PENSIONAMENTO E TEMPO CREATIVO PER LA SCRITTURA DI SAGGI..	19
AUDIT E NETAUDIT.....	21
NETAUDIT SULFANILUREE O REPAGLINIDE NEI DIABETICI II.....	23
ACCADEMIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE.....	28

EDITORIALE:

CAMBIAMENTI CLIMATICI, QUALITÀ DELLA VITA E SALUTE IN UN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE NEL 2025.

A cura Di Mario Baruchello, MMG, Vicenza

Evoluzione della consapevolezza. Ci eravamo già occupati nel N.1 del Marzo 2008 <https://rivistaqq.org/marzo-2008> "Educazione alla salute e Rapporti con ambiente e poi nel 1/2020 <https://rivistaqq.org/gennaio-2020/> di "Ambiente e salute: Agenda 2030 e considerazioni etiche per i medici a proposito di cambiamenti climatici". Avevamo richiamato allora gli Statement medici internazionali di consenso (OMS e World Medical Association), il codice deontologico, i numeri delle interazioni ambiente-salute e infine un documento Fnomceo/Isde. Vogliamo a questo punto inserire alcuni riferimenti storici.

Nel Manuale di medicina Legale (Utet,1901) del Prof. Fritz Strassmann si accenna alla insalubrità dell'aria e dell'acqua nel capitolo degli avvelenamenti non essendo ancora stato introdotto il termine **Inquinamento**. In una lettura su "Ambiente e salute" del 1957 il Prof. Luigi Petrilli, illustre igienista a Genova così scriveva:..**si pensi a quanto poco sappiamo sull'influenza delle più svariate sostanze chimiche che entrano in contatto con il nostro organismo attraverso l'acqua,l'aria,gli alimenti**. Nella terza edizione il Trattato di Igiene e Medicina Preventiva di Luigi Checcacci (Casa Editrice Ambrosiana-Milano- 1967) poneva l'inquinamento dell'aria atmosferica su dati rudimentali delle prime rilevazioni delle polveri sospese nelle capitali europee. Il modello epidemiologico sistemico, verso One Health . Nel 1992 a Perugia al 1° Congresso nella neonata Società di Medicina di Comunità (Atti pg. 38) il Prof. Bruno Paccagnella introdusse un **modello epidemiologico sistemico della Sanità** mutuato dall'OMS in cui sottolineava **una ansia diffusa per i determinanti ambientali della salute**.

Dati locali allarmanti. Il contributo di Rigon e coll. è la occasione per aggiornare le informazioni in un momento in cui la graduatoria delle città con il miglior clima in Italia secondo i dati di 25 anni elaborata da ILMETEO.IT vede:

- Vicenza penultima(107°) in Italia con più alto indice di siccità , 466 ondate di calore all'anno e 19 giorni di caldo africano
- Verona la città più nebbiosa(95°) con 77 giorni di umidità e nebbia

Il range di concentrazione del particolato PM10 che non dovrebbe eccedere il valore limite giornaliero di concentrazione di 50 µg/m3 ha superato la soglia per piu' di 35 giorni all'anno, cioè ben 64 nel Vicentino nel 2024. Ritrovare credibilità. Ben si comprende perché Jama abbia una rubrica fissa "climate change and health" <https://jamanetwork.com/collections/46435/climate-and-health>. Il consiglio allora è di affidarsi ai consigli di sostenibilità che troviamo nelle pagine di My Green Doctor utilissime anche per i pazienti/ cittadini. <https://mailchi.mp/mygreendoctor/the-green-practice-news-tips-for-your-practice-14762266?e=3af799031f>.

Per chi voglia impegnarsi in modo attivo segnaliamo il Congresso ISDE giovani.<https://www.isdenews.it/evento/1congresso-isde-giovani-la-medicina-ambientale-nella-pratica-clinica-giovani-medici-a-tutela-della-salute-planetaria/>

Il medico ha un ruolo di advocacy nella società e se vogliamo recuperare la credibilità pubblica non dobbiamo perdere la occasione di fare prevenzione nel campo dei determinanti ambientali di salute assumendo ruoli di impegno personale e civico di cui i nostri pazienti non potranno che esserci grati. Il lavoro di Giulio Rigon va in questa direzione e rappresenta per la prima volta in Italia il modo di inserire questa advocacy nello stessa struttura dell'ambulatorio.

Comitato di Redazione

I prossimi quattro articoli ci richiamano alla seconda "Q" del nostro nome (Rivista QQ); si tratta delle varie **qualità** non quantitative ma essenziali sempre ma soprattutto quando il mondo della medicina subisce attacchi e imperativi tecnocratici. Nel primo articolo Francesco Del Zotti (FDZ) intervista il collega Dott. Sandro Giroto (SG).

PERCHE' E' IMPORTANTE LA FILOSOFIA PER LA MEDICINA

Sandro Girotto, Franco Del Zotti MMG, Verona

FDZ:

Cosa ne pensi oggi impera la logica del Nobel, che include la letteratura, il pacifismo, ma esclude un Nobel per la filosofia? Il ragionamento filosofico, la sensibilità filosofica, sono superati? O vi è necessità di rivalutarne l'importanza proprio quando l'AI sta diventando artificiale in coincidenza ad un mare di stupidità naturale iper-iatrogena (vedi guerre, dittature, carestie, nuove epidemie, clima impazzito, etc)?

SG

Parto da un'esperienza personale: il desiderio di sapere. Penso che questo desiderio sia comune a tutti gli uomini e donne del mondo, come diceva Dante "*fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e canoscenza*", che si rivolgeva a tutti gli uomini, non ai più curiosi o ai più colti, ma a tutti. Mi sono appassionato alla conoscenza e al sapere fin da bambino, come tutti i bambini. La mia prima enciclopedia fu proprio "Conoscere", racimolata in edicola fascicolo dopo fascicolo con tenacia e ordine. Ma fu la scuola superiore, dove feci la scoperta del mondo classico e quindi della filosofia, che mi sconvolse e mi ammaliò per sempre. Poi venne l'università, la facoltà di medicina, durante la quale non erano permesse divagazioni filosofiche, storiche o musicali. Ma alla fine dell'università tornai ai miei amori giovanili, immergendomi in letture di storia e di filosofia e in ascolti sistematici di musica classica e di jazz, ricavate nei tempi brevi e incerti che mi lasciava la professione di medico. Adesso che sono in pensione mi sono iscritto ad un corso di filosofia pluriennale, con grande soddisfazione.

Venendo alla tua domanda, trovo anch'io strano che non ci sia un Nobel per la filosofia, non so spiegarmi il perché, forse perché è una materia troppo complessa e fluida, mentre una ricerca scientifica esibisce dei dati, un romanzo ha un testo preciso, come pure la poesia, etc. Questo non ci dice che sia una disciplina démodé, anzi, i migliori dirigenti politici e aziendali in giro per il mondo hanno studi filosofici alle loro spalle e molti big delle New Technologies escono da scuole montessoriane. La filosofia quindi, secondo me, è attualissima. Ridurre la scuola moderna alle 3 i, impresa, informatica e inglese, come si è tentato di fare, è un capolavoro di crassa ignoranza.

La filosofia apre la mente, insegna a ragionare, insegna a discutere e quindi a relazionarsi all'altro nel modo migliore. La filosofia è il nucleo vitale della nostra cultura e della nostra professione: *Nullus Medicus nisi Philosophus* (attribuita a Galeno: nessuno è medico se non è filosofo).

FDZ

In quali contesti della Medicina, e della Medicina Generale in particolare, la filosofia può venirci incontro?

SG

La vedrei inserita bene nei percorsi formativi sia universitari che post-universitari come "Storia e filosofia della medicina", con precisi momenti di lettura di testi filosofici fondanti, ad esempio alcuni Dialoghi di Platone, che pongono l'accento sulla maieutica, basata sulle domande aperte, prototipo della medicina patient-centered, Etica Nicomachea di Aristotele, il Discorso del Metodo di Cartesio, l'Introduzione allo Studio della Medicina Sperimentale di Claude Bernard etc.. Solo per fare alcuni esempi, su cui torneremo, uniti alla conoscenza di come è nata la medicina nell'antichità, con Ippocrate e Galeno e poi nell'epoca moderna con Andrea Vesalio, William Harvey, Giovanni Morgagni, etc. Ritengo fondamentale lo studio della storia della medicina e in particolare del metodo in medicina. Vedrei bene un corso periodico su questi temi, fatto dall'Università e dall'Ordine dei Medici, ciascuno depositario del sapere scientifico e della deontologia professionale. E' un sogno che coltivo da molto tempo. E a proposito di metodo clinico, forse esiste un metodo per la medicina ospedaliera e un metodo per la medicina del territorio. Su questo punto Giovanni Federspil, grande e indimenticato filosofo della medicina dell'Università di Padova, nella sua introduzione al libro "Filosofia della Medicina", 2008, si chiedeva "Il metodo in medicina è unico, oppure esiste una pluralità di metodologie cliniche? Ha una sua specificità o può essere assimilato a quello di altre discipline scientifiche?". C'è molto da dire e soprattutto molto da fare. Ne parleremo in futuro.

Bibliografia

1. P. Donini e F. Ferrari: L'esercizio della ragione nel mondo classico. Profilo della filosofia antica. Einaudi, 2005
2. E. Berti e F. Volpi: Storia della Filosofia voll. A e B. 2007, XIII rist.2024
3. M. Pancaldi e M. Villani: La Biblioteca Filosofica. 100 grandi opere dall'antichità ai nostri giorni. Hoepli, 2015
4. G. Federspil, P. Giaretta, C. Rugarli, C. Scandellari, P. Serra: Filosofia della Medicina. Raffaello Cortina Editore, 2008

HA ANCORA SENSO PARLARE DI FILOSOFIA E DI ETICA IN MEDICINA AL GIORNO D'OGGI?

Giovanni Bonadonna, Medico e Bioeticista, Verona

Che cos'è la filosofia

La filosofia (etimologicamente: amore della sapienza da *philos=amore* e *sophia=sapienza*) è l'attività intellettuale tesa ad indagare razionalmente e criticamente la realtà ed i suoi fenomeni.

Che cosa è l'etica

L'etica è una branca della filosofia, che prende in esame i valori ed i principi cui si ispirano e si conformano le azioni umane. L'etica quindi è la valutazione delle azioni umane rispetto a ciò che è bene e ciò che è male, a ciò che è giusto e a ciò che non lo è.

Filosofia ed Etica in Medicina

La medicina (*da medeor che significa curare, sanare*) è una disciplina che si occupa della salute dell'uomo e che fin dalle sue origini è stata strettamente legata alla filosofia.

La filosofia infatti oltre che scienza della natura è anche scienza dell'uomo (antropologia) e come tale scienza necessaria per comprendere la natura dell'uomo ed i bisogni degli esseri umani nelle diverse situazioni della vita, ivi compresi i bisogni della persona malata. La natura complessa dei bisogni della persona malata (bisogni non solo fisici, ma anche psicologici e spirituali) era chiara già ai primi filosofi e già Platone nel *Carmide* scriveva che: "come non si possono curare gli occhi senza curare la testa, allo stesso modo non si può curare il corpo senza curare anche l'anima".

Per questo motivo, filosofia e medicina sono state strettamente connesse, sin dal tempo delle origini: infatti già Ippocrate, padre della medicina occidentale nel V° secolo a.c. sosteneva che: "*iatròs philòsophos isotheòs*", cioè che: "il medico che è anche filosofo è pari a un dio" e Galeno medico di origine greca, ma vissuto a Roma nel III secolo sosteneva che: "*nullus medicus nisi philosophus*", cioè che: "non si può essere medico senza essere anche filosofo".

Infatti, è necessario considerare che la medicina non è solo conoscenza teorica e competenza pratica, ma come afferma Giorgio Cosmacini: "la medicina non è una scienza, essa è di più" (*Cosmacini - La medicina non è una scienza*), in quanto "la

medicina non è una scienza assimilabile ad altre scienze, primo perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo e poi perché la medicina non si esercita in un mondo neutrale (fisico, chimico), ma in un mondo di valori" (G. Cosmacini C. Rugarli, *Introduzione alla medicina*).

Inoltre è necessario tenere presente che come scrive Edmund Pellegrino: "... la medicina è una pratica che comporta il rispetto di principi etici, se questi principi vengono violati lo è anche il bene della Medicina" (Edmund Pellegrino, *Per il bene del paziente*). La pratica della medicina dunque richiede conoscenze scientifiche (medicina come scienza), richiede conoscenze tecniche e pratiche che si acquisiscono con l'esperienza (medicina come arte), ma soprattutto richiede il rispetto di valori e di principi etici (dimensione etica della medicina).

Lo stretto rapporto tra etica e medicina esistente fin dalle origini è testimoniato dalle affermazioni contenute nel giuramento di Ippocrate: *"giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni.....regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio"* tutto ciò è confermato nel giuramento del medico, che anche ai nostri giorni rimane a significare l'impegno solenne di rispettare i valori ed i principi alla base della professione.

Ha ancora senso parlare di filosofia e di etica in medicina al giorno d' oggi?

Lo stretto rapporto tra filosofia, etica e medicina è andato attenuandosi nel corso dei secoli e si è fortemente affievolito nel corso degli ultimi decenni in seguito ad una serie di fattori tra cui i principali sono: l'eccezionale sviluppo della scienza e della tecnica che hanno portato ad una vera rivoluzione nel campo della pratica medica, i cambiamenti dei modelli organizzativi delle cure mediche ed i cambiamenti della società, che hanno modificato profondamente i modelli di relazione medico-paziente.

La superspecializzazione della pratica medica con la frammentazione del percorso di cura e la progressiva burocratizzazione della professione, causata da processi di aziendalismo esasperato, ai nostri giorni rischiano di portare ad una spersonalizzazione e disumanizzazione della relazione di cura. Allo stesso tempo, lo sviluppo travolgente della scienza e della tecnologia ha indotto a ritenere che la medicina non abbia più limiti, per cui non vi è limite alle aspettative dei pazienti e non vi è capacità di accettare l'ineluttabilità della finitezza della vita. A tutto questo, si aggiunga che viviamo in un'epoca di individualismo esasperato, in cui la medicina dei desideri ha superato la medicina dei bisogni.

In una epoca siffatta ha ancora senso parlare di filosofia e di etica in medicina?

In un'epoca in cui la burocratizzazione e la mancanza di tempo da parte dei curanti soffocano la possibilità di relazione tra curante e persona curata, in un tempo in cui nuovi modelli di cura, resi possibili dalla telemedicina e dalla intelligenza artificiale, tendono a marginalizzare la relazione di cura ha senso interrogarsi sul valore della relazione come fondamento della cura e sul valore della filosofia e dell'etica allo scopo di valorizzare la dimensione umana della cura?

E ancora, in un'epoca in cui la limitatezza delle risorse esclude molte persone da cure essenziali, ha senso ragionare sul tema della giustizia e della equità delle cure?

In un'epoca in cui sempre più spesso esistono conflitti tra interessi economici del curante e bene della persona curata ha senso richiamare i valori fondamentali della medicina?

Ai nostri giorni stiamo vivendo una situazione di crisi profonda della medicina, crisi di unitarietà: con frammentazione del percorso di cura e difficoltà a prendersi cura dei bisogni globali della persona, crisi di fiducia, a causa della burocratizzazione e spersonalizzazione della relazione di cura è in atto una crisi di sostenibilità dovuta al costo eccessivo della crescente medicalizzazione ed all'uso inappropriato delle risorse. In tale situazione parlare di filosofia e di etica in medicina è un esercizio velleitario e inutile, oppure può essere la bussola per non perdere la rotta e per rimanere fedeli ai valori fondanti della professione medica?

Le citazioni riportate di seguito possono forse aiutarci a riflettere sulle questioni che abbiamo posto: -"...più veloce va il mondo, più forte è la tentazione dell'ignoto, e più dobbiamo saper prendere tempo: il tempo della misura, il tempo del confronto e della riflessione, cioè il tempo della morale» (*François Mitterand, in occasione di un'assemblea del «Comitato nazionale di etica per le scienze della vita e della salute Parigi, 6-7 dicembre 1984*) -«mentre il progresso tecnico-scientifico non cessa di suscitare la nostra meraviglia e il nostro entusiasmo, sul tema del progresso morale continuiamo a interrogarci come duemila anni fa» (*Norberto Bobbio, citazione riportata da Giorgio Cosmacini in Medicina e Filosofia - Pantarei 2024*).

Filosofia, etica ed altre scienze umane per una nuova educazione alle cure

La medicina richiede conoscenze scientifiche, conoscenze tecniche e competenze comunicative e relazionali, che consentono di farsi carico della cura globale della persona. In tempi in cui nella pratica delle cure mediche l'attenzione per gli aspetti scientifici e tecnologici rischia di divenire preponderante rispetto a quella dedicata agli aspetti umani, è necessario recuperare e sviluppare il rapporto che è sempre esistito tra la medicina e altre scienze umane e superare la scissione tra cultura scientifica e cultura umanistica, per rispondere alle esigenze di una società tecnologicamente avanzata.

La filosofia, l'etica e la bioetica, la storia della medicina e altre scienze umane come l'antropologia, la sociologia, le arti (letteratura, cinema, teatro), integrate nella formazione dei professionisti della salute possono fornire agli stessi le "competenze umane", che aggiungendosi a quelle di tipo tecnico-scientifico, possono contribuire a riportare la pratica medica alle sue finalità originali: essere medicina per l'uomo.

Articoli interessanti

- 1) "Medical Humanities per una nuova educazione alle cure" , atti del corso di formazione organizzato dal Comitato di Bioetica dell'OMCeO di Verona nel 2017, pubblicati su Verona Medica n° 2,3,4 2017 e n° 1,2018
- 2) "Filosofia e Medicina: il ruolo delle medical humanities" , Maria Teresa Russo, Actaphilosophica, vol. 10 (2001), fasc. 1- pag. 111-120
- 3) "Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica", Consiglio Superiore di Sanità, 2018

NON SI SPARA SULLA CROCE ROSSA

Roberto Mora, già Presidente ODM Verona, MMG, Verona

Il 24 giugno 1859, Henry Dunant, si aggirava sgomento sul campo di battaglia di Solferino, dove, in 16 ore di battaglia tra l'esercito francese e quello austriaco, erano stati uccisi o feriti 40.000 soldati. Qualcuno era ancora agonizzante in mezzo ai cadaveri, perché i soccorsi latitavano. Così Dunant provò a organizzare le donne dei paesi vicini per portare aiuto ai feriti come meglio poteva. Tornato a Ginevra, nel 1862 raccontò quella sua esperienza nel libro *Memoire du Solferino*, in cui auspicava che tutte le nazioni del mondo civile, già in tempo di pace, formassero medici ed infermieri volontari per assistere i servizi sanitari delle forze armate e negoziassero un accordo internazionale per garantire protezione a malati e feriti sui campi di battaglia e ai servizi medici militari che li assistevano.

Nel 1863, creò il "Comitato internazionale per il soccorso dei soldati feriti" e l'emblema scelto dall'associazione fu la croce rossa. Altre simili istituzioni nazionali avrebbero poi scelto emblemi diversi come la mezzaluna rossa, il leone e il sole rosso, il cristallo rosso. Tutti comunque con la stessa finalità, l'assistenza ai feriti. Sempre lui, Dunant, convinse poi il governo svizzero a convocare una conferenza diplomatica, cui parteciparono dodici governi che il 22 agosto 1864 stipularono la "Convenzione di Ginevra per il miglioramento della condizione dei feriti negli eserciti sul campo", primo nucleo del patto che sarà siglato a livello universale nel 1949 e sarà aggiornato da Protocolli aggiuntivi nel 1977. I principi fondanti dell'organizzazione Croce Rossa furono e sono ancora i seguenti: Umanità, Imparzialità, Neutralità, Indipendenza, Volontariato, Unità, Universalità.



Il 23 marzo scorso fa a Rafah, le Forze Armate Israeliane (IDF: Israel Defense Forces) hanno aperto il fuoco contro un convoglio di ambulanze palestinesi che viaggiavano di notte. Nella prima versione sull'accaduto l'esercito israeliano ha così ricostruito la vicenda : Il 23 marzo a Rafah, nel sud di Gaza, intorno alle 4 del mattino, i soldati del battaglione Golani hanno teso un'imboscata: diversi civili e ambulanze sono passati senza incidenti. Alle 4:30, un'auto della polizia di Hamas è stata colpita: un agente è morto, due sono stati catturati. Il veicolo è rimasto sul ciglio della strada. Verso le 6,00 è arrivato un convoglio di ambulanze che si è fermato accanto all'auto colpita. I soldati, avvertiti dagli operatori di droni di movimenti sospetti, hanno aperto il fuoco, pensando a una minaccia. Secondo le IDF le ambulanze viaggiavano a fari spenti ed i militari non sapevano che si trattasse di medici disarmati.

Dopo la sparatoria, i corpi sono stati raggruppati e seppelliti sul posto, con un segnale per facilitarne il recupero. I militari israeliani sostengono che quella di seppellire i corpi in terra è una prassi per evitare che gli animali dilanino i cadaveri (quindi un atto di clemenza). Dopo di che hanno informato l'ONU sul luogo dove era avvenuta la sparatoria.



I corpi sono stati recuperati solo alcuni giorni dopo, il 30 marzo. Si è scoperto che erano stati uccisi ben 15 operatori sanitari palestinesi tra cui 8 medici. Nel cellulare di uno di questi è stato recuperato un filmato che mostra le fasi del soccorso palestinese e dell'attacco israeliano. Si è così accertato che Le ambulanze della Mezzaluna Rossa palestinese, colpite dai militari israeliani, avevano le luci accese e non spente e non si stavano affatto avvicinando alle postazioni dell'esercito israeliano, ma si erano fermate per soccorrere gli eventuali feriti del mezzo colpito in precedenza dalle forze armate israeliane. Nessuno degli operatori era armato, nessuno stava minacciando le forze israeliane e tutti portavano, per rendersi ben visibili, i classici giubbotti degli operatori sanitari in servizio, con tanto di strisce riflettenti bianche su giubbotti rossi.

Nessuno dei medici assassinati costituiva dunque una minaccia per le forze dell'IDF. Come non lo costituiva nessuno dei 14 mila bambini morti e dei 18 mila feriti per i bombardamenti israeliani avvenuti nella striscia di Gaza dall'inizio del conflitto. A loro parziale giustificazione le forze armate israeliane, hanno sostenuto di avere scoperto, dopo la strage, che sei dei 15 operatori sanitari uccisi erano stati identificati dai funzionari della loro intelligence come agenti di Hamas. Una giustificazione che arriva postuma, e alla quale ciascuno può decidere se dare o meno credito. Non so se ne darebbe qualcuno Dunant, la cui opinione in merito, se fosse ancora tra noi, mi piacerebbe proprio conoscere

Credo che, se lo fosse, ci chiederebbe cosa possa ancora servire perché i paesi civili decidano di alzare la voce per richiamare i responsabili al rispetto di principi universalistici che sono sopravvissuti a ben due terribili conflitti mondiali. Come medico non posso che esprimere la mia solidarietà ai colleghi palestinesi caduti mentre compivano il loro dovere. Mi piacerebbe che quella solidarietà fosse espressa dalle associazioni cui mi pregio di appartenere, l'Ordine dei Medici di Verona e la FNOMCeO.

Ma vi assicuro, mi riempirebbe ancor di più d'orgoglio, se una tale solidarietà fosse espressa dai Medici Israeliani, attraverso le loro associazioni, se ancora ne hanno qualcuna, e se si identificano ancora nei principi deontologici della nostra professione.

DECIDERE, MORIRE, ESSERE NELLA MEDICINA DI OGGI - GIOVANNI BONIOLO

Medicina, cure palliative, pazienti, educazione

Andrea Virga, MMG, Palermo

Questo libro del filosofo Giovanni Boniolo, mi è stato consigliato dal collega e padre della buona medicina generale, Francesco Del Zotti, durante una passeggiata, discutendo di scenari futuri, di intelligenze artificiali e dematerializzazione del clinico: "Non bisogna dimenticare che l'uomo è al centro delle cure e che questi strumenti devono essere ad uso dell'uomo." Il tono pratico del libro è evidente già dalle prime parole dell'autore: riportava la propria esperienza di formazione filosofica che inizialmente sembrava trattare temi distaccati dal mondo reale. Così la decisione di occuparsi di problemi reali di esseri umani reali.

Analogamente, il mio tentativo è di portare le riflessioni che questa lettura mi ha suggerito per la pratica quotidiana, da medico all'inizio della propria carriera e curioso, assolutamente non esperto, di aspetti etici. Riportate qui sono quelle più vicine al contesto del medico di famiglia, in particolare delle cure di supporto e del fine vita, partendo dal concetto di "amicus mortis" descritto nella seconda parte del libro.

*E ci sarà qualcosa di più importante che convivere con gli oppressi,
con gli "straccioni" del mondo, con i "dannati della terra"?*
Paulo Freire – Pedagogia degli oppressi

L'essere vicino alla persona che soffre, al malato, alla persona che muore. È questa la parte del libro che risuona maggiormente con la quotidianità del mio ruolo da medico di cure primarie e obiettivo dello sviluppo etico delle nuove tecnologie: ciò a cui si dovrebbe ambire facendo buon uso delle nuove scoperte, garantire il tempo per essere prossimo a chi soffre. Il suggerimento chiave di questo capitolo è la riorganizzazione del percorso formativo e di cure, che possa rendere il medico di nuovo un Amicus Mortis, cioè un amico capace di comunicare l'amara verità e di essere presente fino al momento estremo. La morte è comunque "un'ordinaria, seppur triste, fase della vita": viene però esorcizzata e nascosta nel contesto medico occidentale, che tende a non occuparsene.

Per la mia esperienza, non si viene adeguatamente preparati al comunicare col paziente: questa mancanza ha nella comunicazione di cattiva notizia, di prognosi infausta, un momento di grande stress per il medico, per paura di provocare un trauma al paziente e ai familiari. L'autore sostiene che la difficoltà nel comunicare può inoltre favorire l'uso di tecniche di distanziamento che creando una barriera tra medico e paziente, impediscono a quest'ultimo di rivelare le proprie preoccupazioni e desideri. Si tende inoltre a comunicare prognosi ottimistiche, che, diverse poi dal reale decorso, possono favorire scontro e mancanza di fiducia nel medico.

Al contrario, se ben accompagnato, in quanto comunque inevitabile, il momento è reso meno difficile, con possibili minori episodi di aggressione verso i sanitari: spesso, nota l'autore, derivante da un disequilibrio tra necessità e volontà del paziente e azioni degli operatori sanitari. Riducendo la discrepanza tra i bisogni terminali del malato e le possibilità del personale medico, se ne riduce anche il rischio burnout.

Due elementi importanti sono quindi riportati: il primo è che gli stessi sanitari, intervistati per un sondaggio, in gran numero rinuncerebbero allo stesso livello di sostegno vitale, insufficiente, che essi stessi offrono ai propri pazienti nelle fasi terminali.

Non vorrebbero essere trattati come essi stessi trattano i malati

Il secondo elemento è la particolare percezione del medico: si teme che discutere di prognosi negativa e cure palliative abbia un effetto negativo sulla speranza di vita degli assistiti. Parlare di cure palliative, morfina, ha spesso un connotato terrifico, che si legge negli occhi del paziente e dei familiari. *"Il tabù della morte contribuisce a creare aspettative irrealistiche sul decorso della malattia."*

L'autore ci ricorda di come fino a ottant'anni fa, si moriva in casa, e fosse impensabile lasciare morire un proprio congiunto in ospedale, *"in un letto anonimo, prima occupato da uno sconosciuto, e poi ri-occupato da un nuovo sconosciuto. Quasi nessuno tiene la mano al proprio caro quando si spegne nella sua stanza. Ora si domanda all'ospedale, lì dove ci sono gli esperti della nascita, della cura e della morte."*

Parlare di salute è parlare di sostenibilità ed economia

La gran parte dei costi sanitari del singolo sono da ascrivere alle cure negli ultimi anni di vita e alle cure in ambito oncologico. Talvolta, come denunciato dal rapporto del Lancet Oncology Commission nel 2010, col rischio che diventino eccesso e trattamento futile, un semplice tentativo di fare qualcosa.

Se da un lato il tempo trascorso con i pazienti, nel discutere prognosi, programmare bisogni non viene valutato da un punto di vista economico, non è indicatore di performance, dall'altro sicuramente per una medicina performante, la morte è un segno di fallimento: *"Qualcosa da combattere o ignorare il più possibile, delegata alla tecnica fino a renderla invisibile, massimamente controllata e rinviabile grazie a macchine e farmaci."*

Ne risulta un alimentare un circolo vizioso, costoso e insostenibile.

Una mancanza di comunicazione e programmazione risulta in corse in ambulanza e chiamate notturne verso una rete di cure territoriali impreparate e ultraottuagenari sradicati da casa propria per morire soli in ospedale. Partendo invece da una attenta pianificazione e comunicazione col paziente si può programmare l'attivazione dei vari protocolli disponibili: palliativi per alleviare le sofferenze in situazioni dove la guarigione è improbabile o impossibile; del fine vita con la sedazione profonda; del supporto psico sociale per inquadrare le preferenze del paziente e dei familiari. (Boniolo scrive così i tre protocolli, non distinguendo la parte psicosociale da quella clinica palliativa e del fine vita)

L'autore continua suggerendo che un'attenta programmazione e un dialogo trasparente aprono a comunicazione più realistiche e flessibilità: il paziente potrebbe per esempio

chiedere di non essere informato sulla prognosi o sulla traiettoria della malattia oppure favorire una discussione aperta per pianificare il morire.

In questo modo si riduce il carico emotivo ed economico legato a una gestione incerta ed emergenziale delle varie complicanze legate a patologie infauste, a ricoveri e allontanamenti dal proprio caro. Il comunicare l'incertezza, normalmente considerata dannosa per la relazione col paziente, può evitare di comunicare prognosi ottimistiche che possono portare a voler perseguire trattamenti intensivi, sperimentali, magari inutili. Tutto questo magari a discapito delle cure palliative che potrebbero essere iniziate garantendo una migliore qualità di vita al paziente.

Del resto, l'utilizzo di metafore riguardanti la lotta e la guerra contro le patologie è non solo fuorviante ma anche pericoloso perché comporta una pressione ad adottare un atteggiamento positivo che può ostacolare il dialogo sul morire e spingere invece verso trattamenti aggressivi di cui il paziente probabilmente non avrà alcun beneficio.

Spesso la narrativa coinvolge familiari e amici, con possibili richieste eccessive, anche avventate, pur di fare qualcosa. In un angolo invece il paziente, che forse vivrà più a lungo. Sicuramente vivrà con preoccupazione e ansia l'attesa, la sperimentazione, l'incertezza dei protocolli. Nel tentativo di vivere di più, esistere, probabilmente, di meno.

Mi torna alla mente la storia di una donna italiana a Londra, che ho avuto modo di conoscere insieme a un caro collega e amico. Inaspettata, ingiusta e impensabile la malattia, galoppante il decorso. Quel giorno venne a trovarla un'amica dall'Italia: ingenuamente e con vigore, l'amica insisteva per un trasferimento verso un centro di eccellenza italiano, incredula del fatto che non ci fosse più niente da fare. Sofferente per l'ammalata, il denaro non sarebbe stato un problema; inconsapevole della reale situazione e della prognosi. La paziente accoglieva la possibilità, respirando con affanno, dicendo che magari si poteva provare, forse solo per non deludere l'amica. Al suo fianco la figlia la accarezzava in lacrime, consapevole dell'assurdità della proposta. Nostra paziente era diventata anche l'amica. In ambulatorio e con calma le fu spiegata la situazione, con i tempi e la pazienza necessaria ad accogliere la sua sofferenza. Comprese. La donna e madre morì la sera stessa. (vorrei lasciare madre per l'immagine che ho del rapporto con la figlia). Il medico era stato vicino a lei anche l'ultimo giorno.

Bisogna quindi favorire un nuovo approccio alla cura: tecnologie e supporti, intelligenze artificiali al servizio dell'uomo e del medico e del paziente, del tempo e della relazione. Cambiare il quadro comunicativo, educativo e formativo, per un uso efficace delle risorse economiche e umane.

Curare a volte, alleviare spesso, confortare sempre

INQUINAMENTO: LA PREVENZIONE NELLA SALA D'ATTESA DI UNO STUDIO DI MMG ASSOCIATI

Giulio Rigon, Primary Care, University of Verona School of Medicine

Italian National Representative of EGPRN, MMG, Verona

Articolo già pubblicato su Rivista MD online e cartaceo

Non solo visite e prescrizioni: la sala d'attesa di uno studio di Mmg può diventare un luogo di informazione e prevenzione, dove i pazienti possono tenersi aggiornati sulla qualità dell'aria e ricevere consigli utili per proteggersi nei giorni più inquinati. Negli ultimi anni, l'inquinamento atmosferico è diventato un problema sempre più pressante per la salute pubblica. Le polveri sottili (Pm10 e Pm2.5), il biossido di azoto e altri agenti inquinanti possono avere effetti gravi, soprattutto su bambini, anziani e persone con malattie respiratorie o cardiache. Il recente report di Lega Ambiente segnala come la città di Verona sia una delle più inquinate in Italia in particolare per Pm10 e biossido d'azoto soprattutto nel quartiere di Borgo Milano. Di fronte a questa emergenza silenziosa, un gruppo di medici di medicina generale dell'Associazione Casa di Salute Verona, composto da 11 Mmg e 3 pediatri, ha deciso di fare la sua parte. "Ogni giorno vediamo pazienti con sintomi che possono essere aggravati dall'inquinamento: asma, bronchiti croniche, problemi cardiovascolari e abbiamo pensato che la prevenzione potesse cominciare già nella nostra sala d'attesa"- spiega Giulio Rigon, MMG che presiede l'Associazione Casa di Salute di Verona promotore del progetto, che nasce da una serie di confronti su questa tematica con il collega Francesco Del Zotti e l'epidemiologo Gianstefano Blengio. **Informazione in tempo reale. Così è nata l'idea di utilizzare il monitor della sala d'aspetto per trasmettere informazioni in tempo reale sulla qualità dell'aria.** Ogni mattina, lo staff dello studio controlla i dati ufficiali pubblicati dalle autorità locali e prepara brevi messaggi chiari e pratici per i pazienti.

Nei giorni in cui l'inquinamento è alto, i pazienti ricevono consigli specifici, come:

- Evitare attività fisica all'aperto.
- Chiudere le finestre durante le ore di punta del traffico.
- Utilizzare mascherine certificate per proteggersi dalle polveri sottili.
- Prestare particolare attenzione ai bambini, agli anziani e a chi soffre di patologie croniche.

Piccoli gesti che fanno la differenza. L'iniziativa è stata accolta con entusiasmo dai pazienti. "Non sapevo quanto l'inquinamento potesse influire sulla mia salute - racconta una paziente dello studio -. Ora controllo più spesso la qualità dell'aria e seguo i consigli dei medici, soprattutto per proteggere i miei bambini". Secondo i medici, questa maggiore consapevolezza può davvero fare la differenza. Sapere come comportarsi durante le giornate più critiche riduce i rischi e aiuta a prevenire complicazioni, soprattutto per le persone più fragili. Un modello replicabile. L'esperienza di questo gruppo di medici

potrebbe presto ispirare altri colleghi e strutture sanitarie perché “La prevenzione è fondamentale e a volte bastano pochi strumenti per fare informazione in modo semplice, ma efficace”, conclude il dottor Rigon “Speriamo che sempre più colleghi decidano di adottare iniziative simili, perché la salute dei nostri pazienti passa anche dalla qualità dell’ambiente in cui viviamo”.

L’Associazione dei medici di Casa di Salute Verona si propone di proseguire e ampliare il progetto, collaborando con la Aulss 9, l’Assessorato alla sanità regionale e le Autorità comunali, per migliorare la sorveglianza ambientale e promuovere l’integrazione con altri enti e professionisti del settore sanitario.



Nelle immagini il monitor in sala d’aspetto con la situazione dell’inquinamento locale e il sensore di temperatura e umidità interna ed esterna

PENSIONAMENTO: TEMPO CREATIVO PER LA SCRITTURA DI SAGGI MEDICI

Dott. Giuseppe Belleri - Brescia

Sono andato in pensione nell'aprile del 2022 al compimento del 68esimo anno d'età, dopo quasi 41 anni di professione come medico di MG, in un paese alle porte di Brescia verso la "bassa", esercitata in forma associata (medicina di gruppo). Ho potuto osservare quindi tutti i cambiamenti intercorsi in mezzo secolo da quando ho iniziato a frequentare ospedali e ambulatori territoriali, che sono stati scanditi da ben 4 riforme a partire dall'istituzione del SSN con la legge 833 alla fine degli anni settanta. L'ingresso nella professione ha coinciso con questa discontinuità rispetto all'era mutualista, a suo tempo salutata come una grande svolta sanitaria, salvo poi dimostrare nel corso dei decenni vari limiti, corretti con le successive riforme degli anni Novanta e del 2012.

La mia carriera professionale si è sviluppata in tre tappe formative e di pratica sul campo: l'iscrizione alla SIMG all'inizio degli anni ottanta, il corso per animatore della formazione permanente alla fine dello stesso decennio e il diploma al corso di formazione superiore alla ricerca in MG dell'istituto Mario Negri di Milano alla fine del secolo scorso. Queste tappe hanno coinciso con alcune svolte culturali: la scoperta del pensiero sistemico-relazionale, l'adesione al razionalismo critico fallibilista e al sapere riflessivo e situato dall'inizio del secolo che, a mio avviso, sono i presupposti culturali della comunità di pratica della MG. Ho messo a frutto queste esperienze formative con l'organizzazione e gestione dei corsi ECM nell'ASL di Brescia, con la ricerca in MG e la partecipazione ad audit per il monitoraggio delle patologie croniche (Governo Clinico di Brescia), con l'insegnamento, il tutoraggio dell'esame di Stato e del Corso di MG, con l'attività editoriale di promozione culturale sulle principali riviste della MG italiana e sui social con il blog personale.

I miei interessi sono rivolti alle cosiddette medical humanities, ovvero alle discipline che affrontano gli aspetti non strettamente clinici dell'attività medica, in particolare l'epistemologia e la filosofia, le scienze della formazione e dell'organizzazione, la psicologia cognitiva e le scienze sociali, come la sociologia delle professioni, l'economia sanitaria e l'antropologia medica. Hanno contribuito a consolidare l'impostazione multidisciplinare autori come Popper, Morin, Schoen, Bateson, Watzlawick, Ceruti, Hirschman, Crozier, Kahneman, Giani, Vineis, Assal, etc. Insomma delle due componenti dell'attività medica ho sempre privilegiato la dimensione culturale e intellettuale in chiave olistica multidimensionale, che si concretizza nei processi diagnostici, decisionali e socio-organizzativi, rispetto a quella operativa che si esprime nella razionalità tecnica specialistica e nell'approccio riduzionistico.

Con il pensionamento, arrivato per sfinimento a causa dell'ondata Omicron del Covid-19, come accade ai professionisti reduci da decenni di attività sul campo, si è aperto un periodo di tempo libero e di opportunità per coltivare interessi ed hobby vari. Nel mio caso è stato naturale raccogliere e mettere a frutto decenni di letture, studio, articoli e riflessioni sparse sulla medicina del territorio e sul suo travagliato periodo di

transizione, innescato dalla crisi pandemica, da un epocale ricambio generazionale e dalla transizione dalle malattie acute a quelle cronic-degenerative.

Dal 2022 quindi passo il mio tempo alternando brevi sostituzioni di colleghi, letture, studio, partecipazione a conferenze, convegni e redazione di articoli per riviste di medicina e di libri autoprodotti, sulle varie piattaforme di self publishing, che affrontano tre temi in particolare: la crisi della MG e dell'emergenza sanitaria, la metodologia diagnostica e l'errore in medicina, la gestione clinica ed organizzativa dell'assistenza primaria, in particolare per la cura delle malattie croniche in riferimento alla ristrutturazione della rete territoriale. Dopo alcuni tentativi non proprio riusciti, con gli ultimi libri credo di essere riuscito a strutturare saggi che illustrano la varietà delle tematiche e dei problemi affrontati dei medici del territorio. Il ricorso al self publishing deriva dal disinteresse delle case editrici per questi argomenti che sono considerati marginali e "fuori mercato" per cui non resta che l'autoproduzione artigianale. Di solito si instaura in maniera abbastanza spontanea una sorta di interazione tra la formula dell'articolo e del saggio, in un doppio senso. Talvolta a partire da uno o più articoli scaturisce un libro che li integra in un progetto più ampio e coerente. Altre volte invece succede il contrario: un capitolo del libro diventa autonomo e si trasforma in un articolo a se stante, sintesi dei principali contenuti del saggio stesso.

E' accaduto con l'ultimo volumetto uscito alla fine del 2024 su Amazon, dedicato agli **"Itinerari diagnostici in MG"**, che è diventato un "paper", come si dice in gergo, in uscita sul numero di maggio della rivista *Recenti progressi in medicina*. E' in fase di completamento un una guida al Piano Nazionale della Cronicità, rivisto all'inizio del 2025 per aggiornare la versione del 2016 a seguito delle novità introdotte con il PNRR e il DM77, che prosegue il discorso avviato con il libro del 2022 sulla riforma della Presa In carico della cronicità in Lombardia. Nell'estate del 2024 era uscito un volume dedicato al tema dell'appropriatezza, in occasione della riproposizione dell'annoso problema da parte del Ministero della Salute, conseguente al varo del decreto Liste d'attesa approvato alla fine di luglio e abbinato all'omonimo ddl tutt'ora all'esame del parlamento. Sono in cantiere un volumetto sulla definizione Wonca della MG, sugli errori cognitivi e sulla competenza del MMG-

L'ambizione è di contribuire a rafforzare l'immagine pubblica e la coesione comunitaria della categoria, rispetto ad un'identità professionale fragile e a pratiche disomogenee, promuovendo la specificità della MG nel contesto della disciplina accademica continentale, purtroppo in cronico ritardo nel nostro paese.

Ecco gli ultimi volumi usciti tutti disponibili su Amazon in formato cartaceo ed elettronico

- PRONTO SOCCORSO E MEDICINA GENERALE: UN APPROCCIO SISTEMICO. Sovraffollamento, codici bianchi ed accessi impropri tra autopresentazioni e boarding
- LA CRISI DELLA MEDICINA TERRITORIALE. Dalla pandemia alla gestione della cronicità tra rischio di declino ed opportunità di rinnovamento, Book Sprint Edizioni
- IL DECLINO DEL PROFESSIONALISMO E IL TRAMONTO DELLA DOMINANZA MEDICA
- Dal New Public Management alla medicina amministrata: il futuro dell'assistenza primaria tra comunità di pratica e professionalismo organizzativo
- APPROPRIATEZZA E VARIABILITA' NEL SISTEMA PRESCRITTIVO. Inappropriatezza professionale in medicina generale tra rumore organizzativo e prescrizioni indotte
- ITINERARI DIAGNOSTICI NELLE CURE PRIMARIE. Pluralismo e integrazione metodologica in medicina generale: problem solving, euristiche, approccio ipotetico-selettivo e a soglie

AUDIT E NETAUDIT ORA INDICIZZATI SU PUBMED

Angelica Salvadori, MMG, Torino

Per chi ancora non la conoscesse, la lista e il gruppo Netaudit sono nati nel febbraio del 2001 da un gruppo di medici di famiglia distribuiti geograficamente in molte regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia. L'aspetto particolare di questa lista è che la partecipazione è esclusivamente volontaria e non legata ad accademie universitarie, società culturali organizzate o software house.

Netaudit è una comunità di prassi e i suoi membri si aggregano liberamente, di volta in volta, attorno a un progetto costruito da tutti i partecipanti coinvolti in una discussione comune. L'obiettivo era ed è, ancora oggi, quello di fornire una serie di mezzi e servizi pratici ai medici di medicina generale che vogliano intraprendere semplici audit e ricerche sulle proprie cartelle cliniche coadiuvati da figure specifiche, come statistici, epidemiologici, informatici, che aiutano in momenti particolari della ricerca. Le ricerche di questi audit sono pubblicate su questa stessa Rivista QQ.

Ad aprile del 2024 avevo letto su una rivista online che all'interno del progetto Forward, avviato da Il Pensiero Scientifico Editore con il supporto scientifico del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, si sarebbe tenuto a Roma, il 14 maggio, presso il centro congressi Roma Eventi, dalle 9.30 alle 16.30, un congresso dal titolo "Le parole dell'innovazione in sanità".

Il programma era certamente interessante e vedeva la partecipazione di relatori nazionali ed internazionali tra cui Karsten Juhl Jorgensen – Department of Clinical Research, Københavns Universitet, Sarah Gelcich – Patient centred outcomes research group, University of Leed, Pirous Fateh-Moghadam – Dipartimento per la prevenzione, Apss della Provincia autonoma di Trento e Sir Michael Marmot – Epidemiology and public health, University college London nella sessione del mattino; Adam Cifu – University of Chicago, Francesca Cavallo – Scrittrice, Diana Ferro – Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma e Jonathan Montomoli – UO Anestesia e rianimazione, Ospedale Infermi di Rimini nella sessione del pomeriggio. Le conclusioni sarebbero state di Antonio Addi s– Dipartimento di epidemiologia, Servizio sanitario regionale del Lazio, Asl Roma 1 e di Luca De Fiore – Il Pensiero Scientifico Editore.

Ma la cosa che aveva suscitato ancora di più il mio interesse, la curiosità e la voglia di mettersi in gioco era la possibilità, per ogni partecipante, di presentare, singolarmente o in gruppo, uno o più poster su un argomento riconducibile ad almeno una delle quattro parole chiave della giornata "4words24" : confini, chatGPT, influencer, esiti. Ho pensato che questa avrebbe potuto essere un'occasione per provare a portare Netaudit al di fuori della nostra cerchia ristretta e farlo conoscere in un contesto diverso.

Ho parlato di questo mio progetto a Diego Sabbi e a Francesco Del Zotti, che hanno subito aderito alla mia proposta, e così abbiamo scritto il poster dal titolo "Tecniche di scavo: audit sugli esiti in medicina generale". Il titolo mi è sembrato estremamente adatto al luogo, Roma, dove lo avremmo presentato. Ho inviato il poster e dopo qualche tempo ho ricevuto la comunicazione che il poster era stato accettato nella categoria "Esiti".

Il giorno del congresso ho così potuto vedere il nostro poster, proiettato su un display digitale, in una stanza dedicata, insieme agli altri poster presentati. La sessione poster prevedeva anche la premiazione dei tre lavori giudicati migliori dalla giuria: non abbiamo vinto, ma abbiamo avuto la soddisfazione di sapere che tutti i poster selezionati sarebbero stati pubblicati come "Comunicazione breve" sulla rivista *Recenti Progressi in Medicina*, rivista indicizzata in Scopus e PubMed. E a novembre 2024 il nostro poster, adattato come comunicazione breve, è stato pubblicato su rivista indicizzata su pubmed.

Tutto il processo, dalla creazione del poster alla partecipazione al congresso, fino alla pubblicazione, ci hanno impegnati in un'attività che ci ha permesso, in un contesto diverso ed utilizzando un contenuto immediato, di promuovere e far conoscere la nostra attività di Netaudit al di fuori del nostro solito ambito. Non mancheranno altre occasioni.

Bibliografia e Sitografia

- Tecniche di scavo: audit sugli esiti in medicina generale, D.Sabbi, A.Salvadori, F. Del Zotti- *Recenti Prog Med* 2024; 115: 552-553
- <https://forward.recentiproggressi.it/it/archivio-convegni/4words-2024/programma-7a-riunione-annuale/#poster>

NETAUDIT SULFANILUREE O REPAGLINIDE NEI DIABETICI II

Ideatrici in ordine alfabetico : Rossella Balducci , Lorena de Bari, Melania Cagnazzo, Luisa Modugno

Partecipanti: Angeletti Agnoletti Samuele, Balducci Rosanna, Bernardino Bruno, Cagnazzo Melania, De Bari Lorena, Donato Pino, Donatoni Maria Sofia, Hordila Alexandru Marian, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Luppi Davide, Merlini Giovanni, Modugno Luisa, Ranzani Luca, Sabbi Diego, Salvadori Angelica, Sorrentini Lorenzo, Tangorra Francesco, Tedeschi Luca, Tulino Renato, Zenari Sonia

Coordinatori: Pasculli Domenico, Davide Luppi, Francesco Tangorra, GS Blengio, Francesco Del Zotti

Background

Le ultime linee guida SID sulla gestione del DM2 (<https://www.siditalia.it/news/3795-27-02-2023-aggiornamento-delle-linee-guida-sid-amd-la-terapia-del-diabete-mellito-di-tipo-2>) recitano quanto segue:

"Sulfaniluree e glinidi non sono raccomandati per la terapia del diabete di tipo II."

"Le sulfaniluree non dovrebbero essere aggiunte a una terapia esistente e progressivamente de-prescritte o sostituite con altri farmaci indipendentemente dal controllo glicemico. La comunità medica dovrebbe essere messa a conoscenza dei contenuti di questa raccomandazione (mediante programmi di educazione continua in medicina) in modo da uniformare la terapia del diabete di tipo II in linea con le attuali evidenze scientifiche."

Criterio Oggettivo valutare la prescrizione di sulfaniluree o repaglinide nei pazienti diabetici tipo II.

- Presenza di prescrizioni in un anno di sulfaniluree (compresa la repaglinide) in cronico (almeno 4 prescrizioni nell'anno) nei Diabetici tipo II.

Criterio di qualità dell'Audit

Identificare nel baseline la percentuale di diabetici tipo II ove è ancora presente la prescrizione di sulfaniluree o repaglinide (idealmente deve essere vicina allo zero o almeno intorno al 10-15%) ; se i valori superano la soglia del 15% è utile un successivo re-audit, magari dopo 6-12 mesi, per provare a ridurre verso lo zero la percentuale trovata al baseline. Questo netaudit é sui totali e non ha fatto impiegare ad ogni MMG partecipante più di 30-60 minuti.

Variabili Analizzate

- A. numero totale assistite-i al 31 dicembre 24, come indicato dallo statino di pagamento della ASL.
- B. quanti diabetici di tipo 2 sono nelle proprie liste, con numero aggiornato al dicembre 2024.
- C. il totale di quanti tra questi diabetici tipo 2 (come da punto #B) hanno in terapia continuativa (almeno 4 confezioni nell'anno 2024): repaglinide; sulfaniluree da sole; sulfaniluree associate ad altri antidiabetici (la metformina, in particolare).

Metodo di estrazione dal Database delle cartelle

Sono state fornite frasi booleane (con i giusti AND, OR; Parentesi) seguendo sia un passo-passo sia i risultati intermedi di tali passaggi, entrambi creati da due coordinatori. Sono stati forniti gli ICD9 del diabete di tipo II e gli ATC di sulfaniluree; sulfaniluree associate; repaglinide. Hanno partecipato 22 MMG che usano cartelle che hanno estrattori booleani: medico2000 e Millewin.

Invio dei totali anonimizzati totalmente al centro di Analisi

Le-i partecipanti sono stati invitate-i a inviare al Centro Analisi, gestito dai MMG coordinatori di Netaudit, i totali dei dati anonimizzati totalmente. Nello stesso tempo sono stati invitati i partecipanti a tenere per se' il file con dati nominativi dei loro pazienti, per poter eventualmente richiamare quelli con sulfaniluree o repaglinide, con l'intento di discutere, con il loro consenso, la possibilità di eliminare in un solo tempo o progressivamente questi farmaci.

Alla fine, ripetiamo, sono stati inviati:

- a) Il totale di tutti i pazienti in carico (come da statino ASL aggiornato al dicembre 24)
- b) il numero totale di quanti diabetici di tipo 2 di ogni MMG
- c) quindi è stato inviato un III totale derivato dai 3 seguenti addendi (sempre analizzati nell'anno 2024):
 - c1) quanti diabetici tipo 2 sono in cura cronica sulfanilurea da sola;
 - c2) sommati a sulfaniluree associate ad altri antidiabetici in cura cronica (ad es con metformina)
 - c3) sommati a quanti diabetici di tipo2 sono in cura cronica con repaglinide

Risultati

MMG partecipanti e numero dei pazienti in carico: hanno partecipato 22 MMG, di cui 8 MMG donne e 14 MMG maschi. Nella tabella sottostante vedete le variabili descrittive relative a quanto sopra descritto.

Variabile	Totale	Media	I quartile	Mediana	IIIquart.	minimo	massimo
Pazienti tot.	27820	1265	1205	1372	1523	250	1769
Paz. Diabete2	2240	101	88	109	134	20	152
% diab2/Tot paz	8% <i>(proporz diab2/tot. paz)</i>	7,9%	6,6%	7,9	9,3%	4,7%	11,4%
Sulfan-repag/diab2 totale (e %)	79 (3,5% di 2240)	3%	0%	1,8%	6,3	0%	9,9%

Ora analizziamo gli stessi dati in maniera testuale con qualche commento. Pazienti totali in carico: i 22 MMG hanno in carico 27820 assistite. Più in dettaglio: in media 1265 per MMG; mediana: 1372; primo quartile:1205; III quartile: 1523; Minimo: 250; massimo 1769. La variabilità è dovuta ai non pochi nuovi ingressi nella MG nel nostro gruppo di MMG giovani (in genere donne). In effetti il numero mediano dei pazienti per MMG maschi 1515 ed è significativamente superiore (test Mann Witney) rispetto a quello dei pazienti delle MMG femmine: 965 (si veda **figura 1**).

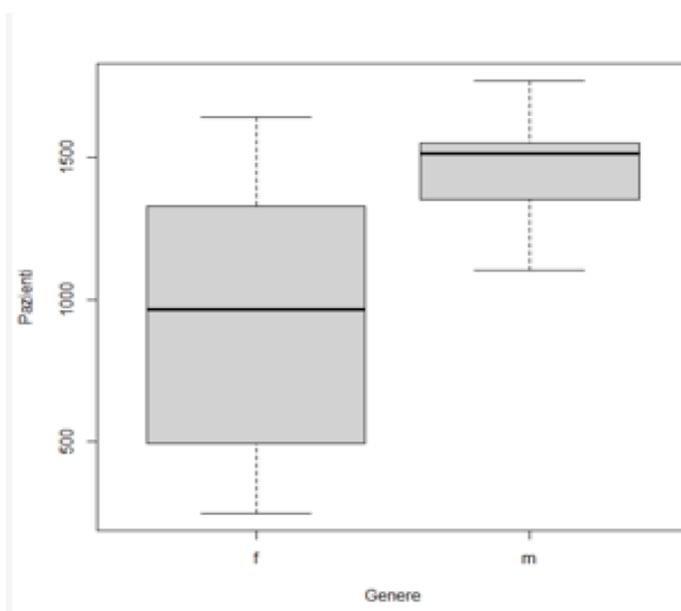


Figura 1: Boxplot Total patients is higher in male GPs (0.01 al Mann-Whitney)

Numero diabetici-2 totali: i 22 MMG hanno in carico 2240 diabetici di tipo II; questo dato rapportato al numero totale dei pazienti (27820) dà come risultato una prevalenza di diabetici dell'8% (molto simile a quella di altri database della MG, in particolare a quello di Health Search. In numeri assoluti: media 101 diabetiche-i per MMG; mediana: 109; Quartile inferiore: 88; quartile superiore: 134 ; Minimo: 20; massimo: 152.

Valutare la proporzione di diabetici tipo II in terapia con sulfoniluree o repaglinide è l'obiettivo principale dell'audit (**Figura 2**). Ebbene abbiamo solo 79/2240 (3,5% di diabetici tipo II) con questi farmaci ormai superati; l'intervallo di confidenza della suddetta proporzione va da 2,8% a 4,3%. I pazienti diabetici tipo II con zero pazienti in terapia con sulfoniluree-repaglinide sono 9/22 MMG. Come si deduce dal diagramma a barre (figura 2), vi è una certa variabilità tra i MMG ma con tendenza generale positiva (la media è bassa:3,5%).

Proportion of use of Sulfonyl.-repaglinide in Diabetes2 of 22 italian Gps (8 Gps with zero patients)

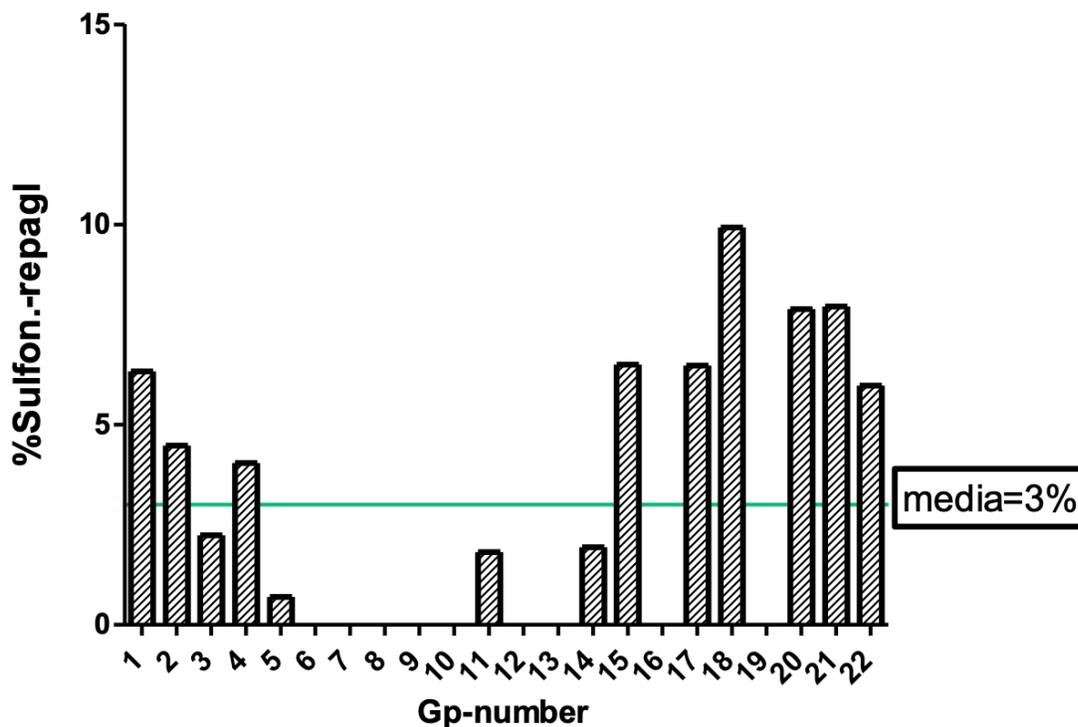


Figura 2: *Proporzione pazienti diabetici-2 in sulfoniluree o repaglinide*

I pazienti diabetici tipo II con zero pazienti in terapia con sulfaniluree-repaglinide sono 9/22 MMG. Vi è da notare che vi è inversa proporzione di zeri nel gruppo delle MMG femmine rispetto alla prevalenza dei pazienti diabetici maschi: vi sono 5 MMG donne con zero pazienti; mentre 4 MMG maschi con zero pazienti.

La statistica descrittiva è in particolare: Media per MMG 3%; Mediana;1,9%; quartile inferiore: 0%; quartile superiore 6,3%; Minimo:0%; massimo: 9,9%

Conclusioni

Il comportamento del gruppo dei partecipanti è risultato molto positivo: le discusse terapie con sulfaniluree o repaglinide (si vedano Linee-guida accreditate e la bibliografia) sono adoperate solo in una piccola proporzione dei diabetici: siamo sotto il 5% (3,5% sul totale dei diabetici tipo II; con media 3% per MMG)

Svariati MMG hanno zero pazienti con tali farmaci (5 femmine; e 4 maschi). Questa inversione rispetto alla numerosità di pazienti totali dei diabetici (maggiore nei MMG maschi) è dovuta probabilmente al fatto che gli ultimi ingressi nella MG, in genere donne, hanno meno pazienti e quindi meno diabetici.

Dato il baseline soddisfacente, non vi è bisogno di fare un re-audit. Comunque, i singoli MMG partecipanti, pur avendo inviato al Coordinamento di Netaudit dati del tutto anonimizzati, nell'eseguire questo Netaudit hanno come ritorno, solo per loro, anche i nominativi dei (pochi) pazienti con sulfaniluree e repaglinide. Per ridurre queste prescrizioni in tali pazienti i MMG dovranno adoperare metodi non quantitativi, ma qualitativi, personalizzati sui singoli pazienti; ad esempio approccio informativo e comunicativo non-direttivo, strategie familiari e biopsicosociali, tra cui il coinvolgimento della-del care-giver: questi sono tutti metodi che hanno in comune la necessità di un non affrettato, e di buona qualità, consenso informato.

Bibliografia

- Frier BM et al. Hypoglycemia and cardiovascular risks. *Diabetes Care* 2011; 34(Suppl. 2):S132-7
- Berlie HD et al. Diabetes medications related to an increased risk of falls and fall-related morbidity in the elderly. *Ann Pharmacother* 2010; 44:712-7
- Amiel SA et al. Hypoglycaemia in Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2008; 25:245-54

ACCADEMIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

A cura del Comitato Editoriale della Rivista gg

Premessa

Nella direzione intrapresa nello scorso numero sull'accademizzazione della MG italiana, mostriamo una delle componenti che costituiscono una Disciplina: una letteratura autonoma e libri scritti da MMG italiani sulla professione. Qui sotto indichiamo una serie di libri, che non vuole essere esaustiva (ad es: attendiamo la lista dell'area SIMG). Invitiamo i lettori a indicarci altri autori di libri che riguardino la professione del generalista. Sarà poi nostra cura aggiornare e arricchire la lista, in un prossimo numero della nostra Rivista.

Libri con Autori in Ordine alfabetico

Baruchello Mario

- Le Raccomandazione della Siquas-VRQ sull'audit clinico (libro pdf)
<https://www.lospallanzani.it/le-raccomandazioni-della-siquas-vrq-sullaudit-clinico/>

Belleri Giuseppe

- La Presa in Carico della cronicità in Lombardia: nascita, evoluzione ed esiti di una riforma, FRG Editore, Roma, 2021
- La crisi della medicina territoriale, Book Sprint edizioni, Salerno, 2022.
[Titoli disponibili solo su Amazon (edizioni KDP)]
- Verso la riforma della Medicina Territoriale (2021) L'evoluzione dell'assistenza primaria dopo il PNRR
- La Gestione della Cronicità in MMG (2022) Dai fattori di rischio alla fragilità: una sfida culturale, clinica e organizzativa per la medicina del territorio
- Il Malessere della Medicina Generale (2022) Verso la riforma dell'assistenza primaria dopo la pandemia: ultima spiaggia o inevitabile declino?
- Pronto Soccorso e Medicina Generale: Un approccio Sistemico (2023) Sovraffollamento, codici bianchi ed accessi impropri tra autopresentazioni e boarding
- Presa in carico della Cronicità in Lombardia: Valutazione e Proposte di Revisione (2023) Esiti di una riforma mancata e prospettive di cambiamento

- Il Declino del Professionalismo e il Tramonto della Dominanza Medica(2024) Dal New Public Management alla medicina amministrata: il futuro dell'assistenza primaria tra comunità di pratica e professionalismo organizzativo
- Appropriata e Variabilità nel Sistema prescrittivo (2024) Inappropriatezza professionale in medicina generale tra rumore organizzativo e prescrizioni indotte
- Itinerari Diagnostici nelle Cure Primarie (2024) Pluralismo ed integrazione metodologica in medicina generale: problem solving, euristiche, approccio ipotetico-selettivo e a soglie

Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale (CSERMEG): Autori (lista a cura dr.Giampaolo Collecchia):

- Caimi V. L'organizzazione del lavoro in medicina generale. Torino, UTET, 1997
- Parma E. I disturbi psichici in medicina generale. Torino, UTET, 1997
- Tombesi M. La prevenzione in medicina generale. Torino, UTET, 1997
- Giunco F. La visita a domicilio in medicina generale. Torino, UTET, 1997
- Pagliani S. La salute della donna in medicina generale. Torino, UTET, 1997
- Parisi G (a cura di). Il malato di cancro in medicina generale. Torino, UTET, 1998
- Camerotto A, Tombesi M. Gli esami strumentali in medicina generale. Torino, UTET, 1998
- Bernabè S, Benincasa F, Danti G. Il giudizio clinico in medicina generale. Torino, UTET, 1998
- Tombesi M. gli interventi inutili in medicina generale. Torino, UTET, 1999
- Suzzi F. Gli esami di laboratorio in medicina generale. Torino, UTET, 1999
- Caimi V, Tombesi M. Medicina generale, Torino, UTET, 2003
- Giunco F (a cura di). Cura e assistenza a domicilio. Torino, UTET, 2005
- Rossi R, Ressa G. Manuale di clinica pratica. 2006 <http://www.pillole.org/public/manuale/Default.asp>
- Tombesi M. prevenzione nella pratica clinica. Torino, UTET, 2006
- Milano M, Gherardi S, Bruni A, Collecchia G, Gambarelli L, Longoni P, Nicolucci A, Tombesi M., "E tu, come ti sei organizzato? La condivisione dell'esperienza in una comunità virtuale di Medici di Medicina Generale". Il SOLE24ORE: Milano, 2008
- Benincasa F, Garrone A, Pizzini A, Spatola G. Orientarsi in psichiatria. Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2009
- Milano M, Bondielli G: Storie di cura al domicilio sul declinare della vita. Frammenti di specchio. Franco Angeli, Milano 2015
- Collecchia G, De Gobbi R (a cura di). Le pillole di...pillole.org <http://www.pillole.org/ebook/ebookpillole.pdf>
- Collecchia G., De Gobbi R. Intelligenza artificiale e medicina digitale. Una guida critica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.

- Collecchia G., De Gobbi R., Fassina R., Ressa G., Rossi R., La diagnosi ritrovata. Le basi del ragionamento clinico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.
- Rossi RL. Come leggere uno studio clinico. Una guida pratica. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021
- Rossi RL. Zona d'ombra. Dubbi e incertezze tra pazienti e medicina dell'evidenza. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2022
- Carraro P., Carraro S., Collecchia G., De Gobbi R., Fassina R. e Guariso G. Interpretazione clinica degli esami di laboratorio. Una guida pratica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2022.
- Forte V, Vito C. Medicina Generale e Cure Primarie. 2022 <https://www.edises.it/default/medicina-generale-e-cure-primarie.html>
- Collecchia G., De Gobbi R., Fassina R., Ressa G., Rossi R. e Zamperini D., Guida alla professione di medico, 2023
- Collecchia G., De Gobbi R. AI in Clinical Practice. A Guide to Artificial Intelligence and Digital Medicine, Amsterdam, Elsevier, 2023

Centro Studi FIMMG Verona- Libri a cura CS FIMMG (con autori di varie provincie venete e di regioni limitrofe)

- Ciacciarelli Alberto e Micchi Alessio - Lettura ed Interpretazione ragionata dell'ecg –
- Ciacciarelli Alberto e Micchi Alessio -Elementi di Cardiologia per il Medico di Medicina Generale -CG Edizioni Medico Scientifiche - Torino
- Sfragara Ignazio – Elementi di oculistica per il MMG - CG Edizioni Medico Scientifiche - Torino
- A cura di Girotto - Gottardi - Concia - Micheletto - DeConto – Boner e diversi altri autori- Covid-19 una nuova malattia. Una nuova medicina - CG Edizioni Medico Scientifiche - Torino
- A cura Girotto - Andreoli - Pasini - Rigon - Vaona – Zamboni e altri autori - Elementi di Diabetologia per il Medico di Medicina Generale - -CG Edizioni Medco Scientifiche - Torino
- A cura di Girotto - Gottardi - De Conto - Passerini - Cavašin – Bossone e altri autori -Medicnai Generale Storie e Clinica della pratica quotidiana - CG Edizioni Medco Scientifiche – Torino
- Frapporti - Donatoni - Di Cesare -L'ultimo domicilio
- Frapporti - Crescini - Franchini - Marrocchella - Pastori - Del Zotti - Le cure domiciliari nell'Uls 22

Del Zotti Francesco (Franco)

- Metodi di Medicina Generale ,1993 – Levante editore
- Tra case e casi, 2004 – Levante editori
- La Rete e l'assalto alla Medicina Confidenziale, cause e contromisure, Novembre 2022, Amazon KDP

Gottardi Giobatta (versione italiana a cura di G. Gottardi)

- V. Alles "Strumenti e metodi per il miglioramento della qualità in medicina generale." Centro Scientifico Ed. 2000, ancora in vendita
- J. Marwick "Verifica e revisione della qualità per medici di medicina generale". Wonca.1995 fuori commercio.

Giustetto Guido (lista a cura Angelica Salvadori)

- Autodiagnosi. Piccolo dizionario per la salute (con G. Bert), 1986 Giunti Editore
- Il Mistero del colpo di tosse (con M Ferrua e M. Nejrotti), 2 volumi, 1992, Scuola Piemontese SIMG di Formazione in Medicina Generale
- Il problema delle gambe gonfie (con M. Nejrotti) , 1992, Scuola Piemontese SIMG di Formazione in Medicina Generale
- Sintomi Paziente Diagnosi, (con M Nejrotti e A Novara)1995, Officina grafica la collina
- Segni Sintomi Diagnosi (con M Nejrotti e A Novara), 1997 , Edizioni Libreria Cortina,
- La medicina di famiglia insegnata all'Università (con G Bono, A Mozzone M Nejrotti), 2004, Pacini Editore
- The European Textbook of Family Medicine (chapter Dizziness and vertigo e Pruritus or itching), 2006, Passoni Editore

Passerini Gianluigi (versioni italiane a cura di G. Passerini)

- Pratica Clinica in Medicina Generale: Diagnosi e Trattamento (Volume primo) -Editors: Jack Cormack,Marshall Marinker, David Morrel ,I Edizione Italiana - CIS/ Centro Informazione Sanitaria ,via S. Siro 1, Milano (Italia) 1993 -Ristampa 1996
- Pratica Clinica in Medicina Generale: Diagnosi e Trattamento (Volume secondo) - Editors:Jack Cormack,Marshall Marinker, David Morrel -I Edizione Italiana a cura di Gianluigi Passerini -CIS/ Centro Informazione Sanitaria -1996
- Verifica e Revisione di Qualità (VRQ) per Medici di Medicina Generale. John Marwick,Richard Grol, Alexander Borgiel -Edizione Italiana a cura di Giobatta Gottardi e Gianluigi Passerini -W.O.N.C.A. World -1995