

# RIVISTAQQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale - Periodico di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS-VRQ e

**Editor-in-Chief:** Roberto Mora

**Senior Editors:** Mario Baruchello, Francesco Del Zotti (Science Editor)

**Managing Editor:** Giulio Rigon

**Assistant Editors:** Marco Grassi, Paolo Quattrocchi, Giulio Nati, Paolo Schianchi, Alberto Vaona

**Senior Assistant Editors:** Alessandro Battaglia, Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via,

Pasquale Falasca, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Michele Valente, Giorgio Visentin

**International Committee:** Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Web: rivistaqq.org [info@rivistaqq.org](mailto:info@rivistaqq.org)

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>

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

## INDICE

PICCOLO NON E' PIU BELLO? IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DAVIDE DI FRONTE ALL' EMERGENTE GOLIA "BIG DATA" DELLA SANITÀ.....	2
NET-CARDIO-FANS. IMPIEGO DI FANS NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE TRA 14 MMG MEMBRI DI NETAUDIT.....	6
MEDICINA GENERALE: QUALITÀ O RICERTIFICAZIONE?..	10
REPORT FROM THE TECHNICAL MEETING IAEA-WHO...	14
AUDIT CLINICO E "SLOW READING": PRESENTAZIONE DI UN EBOOK.....	17



## **PICCOLO NON E' PIU BELLO? IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DAVIDE DI FRONTE ALL' EMERGENTE GOLIA "BIG DATA" DELLA SANITÀ**

Francesco Del Zotti – MMG Verona –  
Direttore di Netaudit

**A Verona il 26 Settembre un  
appuntamento a cui siete tutti invitati  
Per ulteriori informazioni rivolgersi a  
rosanna@omceovr.it, verona@fimmg.org**

Lo slogan "piccolo e' bello" diventò famoso dopo la pubblicazione con questo titolo del libro del filosofo ed economista Shumacher, nel 1973. Egli sosteneva tecnologie a misura d'uomo, decentralizzate e rispettose del capitale non finanziario (quello naturale, innanzitutto).

Il pensiero di Shumacher ha avuto successo per decenni; il suo slogan era un pietra miliare con cui anche grandi entità ed aziende non potevano non confrontarsi.

Oggi, invece, si sta imponendo l'idea che solo attraverso "Big Data" la società potrà cambiare.

La corsa e' verso l'Eldorado dell'universo iper-connesso, ove dovranno confluire, e diluirsi, piccoli gruppi, professionisti della scala minore (come i Medici di medicina generale) , esperienze telematiche su scala ristretta (come il Nostro Netaudit, [www.netaudit.org](http://www.netaudit.org)).

Sorge una domanda: questa e' una strada segnata? Può il Big Data sanitario affermarsi senza rispettare la sopravvivenza della "piccola scala", del piccolo e' bello della MG e di esperienze note anche all'estero come Netaudit (in: Improving patient care in primary care in Europe, Equip, 2004)?

A Verona, come Direttore di Netaudit cercherò di dare un importante contributo a queste domande, il 26 Settembre. Si terrà un importante convegno "da Big data al paziente". Trovate il programma al sito:

<https://app.box.com/s/e3fa51z4tl9tf8eex5huiez79mn0cjlr>

Netaudit da più di tre lustri si occupa di Audit e valutazione qualitative in medicina generale.

La nostra iniziativa ha potuto svilupparsi grazie ad una triade: a) utilizzo dei dati contenuti nella cartella computerizzata del PC di ogni MMG; b) l'accesso gratuito attraverso la Rete di risorse di qualità: fonti bibliografiche e di Ebm; programmi freeware per introduzione e analisi di dati (epidata; epiinfo) ; c) la collaborazione telematica nelle Mailing List attraverso la rete di MMG sparsi per tutta Italia .

In tutti questi anni un utilizzo intenso di un software per le cartelle Pc realmente "personale" e un utilizzo base di Internet 1.0 ha garantito la stabilità di una iniziativa "di base" e organizzata da circa 150 MMG italiani dediti, volontariamente, all'Audit e al confronto in Rete.

Negli ultimi due anni molto sta cambiando: ora abbiamo un Internet 2.0, molto più spinta, che relativizza il ruolo del PC, sempre meno "personal", a tutto vantaggio di grandi progetti, con la regia di importanti aziende informatiche sia delle cartelle computerizzate sia onnicomprensive ( Google, FB, ecc) e sia di enti pubblici regionali e del MEF (si vedano i progetti delle ricette "dematerializzate" e quello del Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

E' inutile negare che siamo preoccupati. E non per per motivi di arretratezza (i MMG di Netaudit sono da sempre dei tecno-filici) , ma perché in un eventuale affermarsi di Moloch telematici , non ben guidati dalla professione e dai cittadini, intravediamo gravi rischi sia per il nostro fragile fiore (Netaudit) sia per la professione "medicina generale ", basata su relazioni fiduciarie, sul segreto professionale, e su piccoli luoghi-templi (la stanza del MMG in ambulatorio; la stanza da letto, il salotto o la cucina del paziente) . La connessione veloce H24 che colleghi tutti i MMG ai server regionali e nazionali, può sì produrre opportunità ma anche compromettere le colonne portanti della professione. Non pochi valenti MMG hanno scelto, comprensibilmente, di non assistere a questa rischiosa trasformazione e di virare verso il pre-pensionamento. Noi riteniamo che esista un'altra "uscita" da questa empasse. I MMG di Netaudit hanno da

tempo accettato la sfida dell'innovazione; nello stesso tempo essi si sono dimostrati gelosi della propria autonomia professionale e scientifica. In Netaudit non si conducono Audit basati su stipendi o incentivi; ma per il puro senso del dovere e del piacere di perseguire, insieme, obiettivi di innovazione e controllo di qualità. Questo spirito a nostro parere può essere assai utile proprio ora, quando serve mantenere la barra del timone lungo la rotta di una innovazione mitigata dal rispetto dei valori invariati della tradizione di Ippocrate.

Riteniamo che sia importante non essere fatalisti rispetto all'imporsi di "Big data in sanità". Se Big data in sanità non vorrà essere un un grande Dirigibile simil Zeppelin, con importanti falle non intraviste, allora dovrà rispettare l'adagio: "prima di far volare un aereo bisogna analizzare tutti i modi in cui può cadere" ; e dovrà essere tollerante e condividere in unico spazio aereo agili alianti e droni a basso consumo, come sono la Medicina Generale o l'iniziativa "Netaudit".

Sulla base di tutto quanto qui espresso, come Direttore di Netaudit e membro del Centro Studi Fimmg Verona, ho ritenuto di farmi carico in prima persona dell'organizzazione di un convegno delicato: un convegno interdisciplinare, che vede la partecipazione attiva di importanti associazioni di consumatori.

Il convegno potrà rivelarsi importante se riuscirà a far passare un concetto: se i sostenitori di Big data in sanità

desiderano uno sviluppo equilibrato e corretto allora hanno bisogno di far sopravvivere e sviluppare gli "small data and deep feeling", le reti "piccolo mondo" (Watts D., Strogatz S., Nature 393 : 440-442- 1998)

Eccovi ora una sintesi degli argomenti trattati dai diversi relatori del Convegno, de 26 settembre a Verona

### **DAI BIG DATA AL PAZIENTE**

#### **Professoressa Trish Greenhalgh, UK**

La Gran Bretagna e' stata tra i primi Paesi al mondo ove hanno varato vasti tentativi di FSE, con qualche ripensamento, incidente di percorso (ad es : "care.data"), pausa di riflessione e poi ulteriore riavvio su altre basi.

La famosa Prof Trish Greenhalgh, Gp britannica e già consulente del governo britannico per il FSE e con doppia competenza in epidemiologia e sociologia, ci fornirà uno spaccato dell'esperienza britannica e andrà oltre le dinamiche tecniche, per introdurci anche a quelle "qualitative". Una idea sullo spessore della professoressa Greenhalgh potete derivarlo dall'articolo in questo numero del collega genovese Stefano Alice, noto esperto di formazione e metodologia della MG.

#### **Dr. Robert Verheij, OLANDA**

La relazione del Dr Verheij, responsabile per l'Olanda dei Database in MG, metterà in evidenza l'atteggiamento delle autorità governative olandesi che, diversamente da altre nazioni europee, non hanno focalizzato come obiettivo quello del centralizzare i dati sensibili nel Fascicolo sanitario elettronico, ma hanno piuttosto sviluppato un lunga collaborazione di sostegno ai database, ove i dati sensibili individuali non sono stati visti come la variabile principale. Piuttosto compito del Dr Robert Verheij e del suo istituto di Ricerca nazionale Nivel e' stato quello di bilanciare la propria iniziativa tra accordo fiduciario con I MMG e relazione con lo Stato, a cui fornire risultati di outcome e di processo, spesso su dati aggregati.

**Il FSE e i grandi database pubblici in Italia: tra problemi e soluzioni comunicative, legali, di certificazione tecnica, di difesa tecnologica dalle intrusioni.**

Successivamente nel convegno sarà messo in evidenza quanto succede in Italia, in particolare dopo l'introduzione del FSE

Si tratta di una novità a 360 gradi: la Medicina e la Medicina Generale non e' più basata sui soli incontri assolutamente privati tra medico e paziente, ma si inserisce in uno scenario complesso a più attori (paziente, medico, software, provider di rete, istituzione sanitarie e ministeriali).

Si tratta di una proposta complessa che vola alto. In primo luogo dovremo analizzare nel convegno le complessità e rischi legali e relazionali (Presentazione **Avv Rabbito**, della SIT); quelli connessi alle modalità di certificazione e solidità dell'impianto tecnico-legale di user e password, della firma digitale, della certificazione di documenti digitali sanitari (files, database, record): e qui ci aiuterà il **prof Pigliapoco**, dell'Università di Macerata.

Infine dovremo analizzare una questione emergente: come fare in modo di proteggere da fughe e sottrazioni indebite (e l'elettronica potrebbe favorire veloci trasferimenti) la gran massa di dati, che si accumulano e che circolano in vari livelli (ULS, regione, Ministero MEF): come controllare che questa massa di dati delicati venga ben protetta sia con comportamenti idonei dei singoli e delle istituzioni sia con tecnologie avanzate: di ciò ci parlerà l'**Ing. Gelpi**, responsabile Commissione sicurezza dell'Ordine degli Ingegneri di Trento.

Piccoli e Grandi Database: potranno convivere?

Una delle ricadute del FSE e' la creazione di grandi database sanitari su cui costruire ricerche. Ebbene, il **Prof. Combi**, professore di Informatica a Verona, ha lunga esperienza di collaborazione con ricercatori medici dell'università di Verona e negli anni ha realizzato ricerche partendo da set di dati magari più limitati, ma strettamente all'interno della responsabilità dei soli medici ed epidemiologi. Per anni i medici, epidemiologi e informatici hanno gestito al loro interno l'etica della raccolta dati, della anonimizzazione e pseudo-anonimizzazione. Il prof Combi analizzerà i modi in cui questi grandi nuovi database pubblici possano entrare in attrito o armonia, con la tradizione di database più piccoli e magari "più agili", gestiti da epidemiologi o da gruppi di MMG; il tutto al fine di individuare eventuali soluzioni per la coesistenza a mo' di arcipelago delle piccole isole di dati dei singoli MMG e dei gruppi di MMG con le nuove grandi isole di dati istituzionali.

**Dr Guglielmo Frapporti (MMG - Verona)**

Una delle innovazioni previste dal Fascicolo sanitario elettronico è quella per cui saranno inviati a server regionali da parte dei MMG le sintesi dei problemi più importanti dei pazienti (Patient Summary). Non entriamo qui nel merito del giudizio giuridico ed informatico di quanto questo passaggio debba essere solo preparato e inviato solo dai MMG o, alternativamente, preparato dai MG e poi materialmente magari inviato online dal cittadino. Qui piuttosto Frapporti e collaboratori porteranno alla ribalta una questione delicata : i MMG hanno identificato e archiviato Liste dei problemi dei pazienti, decenni prima dell'arrivo delle reti in sanità. Come può essere "piegato" lo stile ventennale di archiviazione dei problemi dei MMG con la recente richiesta di portare buona parte della Lista online? O, piuttosto, non sarebbe meglio che sia il FSE ad adattarsi a ciò che nei decenni precedenti i MMG hanno accumulato nei loro PC?

Come possono essere adattati o evoluti i software di cartelle computerizzate nel nuovo mondo moderno di FSE e Patient Summary?

I MMG veronesi della ULS22, in vista del congresso, hanno svolto una vasta e capillare analisi del modo di stilare nel tempo le "liste di problemi" e del modo di "aggancio" di queste liste ai test e farmaci correlati ; ed in ciò si sono avvalsi del database in comune di buona parte dei MMG veronesi (Azaeleanet). Uno dei messaggi-chiave che emergerà dalla presentazione è il seguente: per prima cosa bisogna identificare le ragioni della forte variabilità di queste registrazioni tra MMG e solo dopo adattare ciò alle nuove richieste delle reti organizzative tra MMG ( AFT) o delle reti istituzionali peri-FSE, che fanno capo alle Regioni.

**Prof. Federico Cabitza** (Facoltà Informatica Univ Bicocca , Milano) e **dr Francesco Del Zotti** (MG Verona)

Il FSE potrebbe alimentare un equivoco: basta aggiungere un database all' altro ( quello dei farmaci ,delle analisi, delle liste dei problemi deiMMG; dei Dossier sanitari in ospedale) per avere uno strumento fruibile e potente. Ciò rischia di dare per indiscusso un sillogismo: la rivoluzione del FSE pretende solo che le varie tipologie di database esterne alla MG e il database delle cartelle computerizzate gestito da tempo dai MMG possano essere semplicemente "addizionate". In realtà se si legge l'intero impianto del FSE e quanto proposto in Italia , il FSE dovrebbe essere un potente mezzo per cui i pazienti "entrano in partita" . A questo proposito alcune ricerche e tesi coordinate dal

Prof Cabitza nella facoltà di informatica dell'università Bicocca, nate dalla collaborazione continua del prof Cabitza con un MMG (Del Zotti), spiegheranno che il salto verso il Fse implica da una parte una profonda ristrutturazione delle relazioni, sia tra Mmg e paziente, sia tra Mmg e specialista; d'altra parte questa ristrutturazione può avere senso solo se si ripensano gli strumenti di cartelle computerizzate, la cui struttura risale a 30 anni fa, in epoca pre-Internet. Saranno presentati alcuni modelli-prototipo di strumenti "visuali" per cartelle computerizzate del domani, che sfruttino finalmente appieno il potere dei database relazionali e dei nuovi potenti PC, al fine di favorirne l'evoluzione, verso un FSE realmente "partecipato" ed "integrato".

#### **Tavola Rotonda**

Saranno presenti leader di livello nazionale dei Consumatori: la **Drssa Chiaromonte**(Resp.Sanità Federconsumatori), il **Presidente Giordano** (Adiconsum); professionisti del mondo tecnico (**Ing.Reggiani**) e della giurisprudenza (**Prof Flor**); leader della MG che gestiscono Database e/o Cooperative per conto di gruppi estesi di MMG (**Dr Adami, Dr Misericordia; Dr Scotti; Dr Visconti**).

La tavola rotonda, sotto la moderazione del **Dr. Saccavini** (Direttore Consorzio Arsenal) e del **Prof. Gensini** (Presidente SIT) riprenderà alcune tematiche emerse e le legherà a due necessita: a) che il gruppo dei professionisti e tecnici e le istituzioni possano trovare delle linee-guida per gestire, con ponderazione ed il giusto ritmo, la possibile collaborazione.

b) che i cittadini possano avere un ruolo attivo per gestire e controllare, con l'aiuto di medici e tecnici ed istituzioni, il modo con cui poter condividere o distinguersi da queste iniziative ,al fine di una partecipazione consapevole alla delicata fase di discussione e avvio di questa trasformazione epocale.

#### **Conclusioni**

Il Convegno si concluderà con la proposta di una sintesi operativa e di ulteriori tappe congressuali, formative e di ricerca.

**La scheda di iscrizione sarà a breve disponibile. L'iscrizione e' gratuita, ma i posti sono limitati.**

**Per Informazioni e per ottenere la scheda di iscrizione, vi preghiamo di scrivere ad entrambi questi indirizzi:**

**rosanna@omceovr.it, verona@fimmg.org**

## **NET-CARDIO-FANS**

### **IMPIEGO DI FANS NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE TRA 14 MMG MEMBRI DI NETAUDIT ([WWW.NETAUDIT.ORG](http://WWW.NETAUDIT.ORG))**

Partecipanti: Augruso Angelo, Ciolina Giovanni, Del Zotti Francesco, Farinaro Carmine, Franzoso Federico, Lippa Luciano, Marafetti Claudio, Nati Giulio, Pasculli Domenico, Pastacaldi Guido, Tedeschi Luca, Tondi Lidia, Tulino Renato, Valletta Domenico Giuseppe

Coordinatori: Francesco Del Zotti, Carmine Farinaro, Federico Franzoso

Negli ultimi anni sta emergendo sempre più la tossicità cardiovascolare da FANS e da COX-2 Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis BMJ 2011)

Le raccomandazioni più accreditate invitano i medici ad usare il meno possibile gli antinfiammatori nei pazienti con rischi cardiovascolari. Nei pochi casi in cui è difficile farne a meno alcuni autori consigliano il naprossene che sembra essere il meno cardiотossico (cardiovascular safety of NSAIDs (Bmj, 2011; 342)

## **CRITERI DI INCLUSIONE**

I membri della Lista netaudit sono stati invitati ad identificare i pazienti a rischio con una frase SQL ad Hoc (<https://app.box.com/s/preyi7xja5rsyn1lxxph>), in tutto il database sino al 31 dicembre 2013.

La valutazione della terapia con FANS è stata effettuata, retro-attivamente, per il solo anno 2013.

## **CRITERI DI ESCLUSIONE**

Condizioni di co-morbidità tali da far considerare infausta la prognosi in un tempo breve (es. neoplasie maligne); gravi artropatie o gravi artriti, tali da giustificare uso di FANS

Standard Percentuale, valutato per consenso tra i partecipanti:

Ideale: zero per cento di pazienti a rischio CV in FANS.

Obiettivo di sufficienza per il 2013: meno del 15% di pazienti dei Pazienti senza criteri di esclusione con una o più prescrizioni di FANS cardiотossici nel 2013.

## **MMG PARTECIPANTI, Numero e Sesso pazienti**

14 Medici di Medicina Generale (MMG) italiani della Lista Netaudit : 5 del nord Italia, 5 del centro e 4 del sud Italia- I MMG hanno in carico 19828 pazienti, con una media per MMG di 1416 assistiti (minimo 110; massimo 1646)

**Pazienti ad alto rischio cardiovascolare:** con una frase Sql ad hoc che ha individuato ed estratto tutti i pazienti ad alto rischio cardiovascolare sono stati identificati 4426 pazienti ad alto rischio (2164 sono femmine e 2262 sono maschi). In media ogni MMG ha 309 pazienti ad alto rischio cardiovascolare. Con un test ad una proporzione si deriva che sul totale (19828) dei pazienti dei MMG la proporzione dei pazienti ad alto rischio è del 22,3% (Exact (Clopper-Pearson) 95% confidence interval: from 21,7% to to 22,9 %)

**Criterio principale dell'Audit** (FIGURA 1 pag 9) proporzione di Fans nei pazienti a rischio cardiovascolare.

Nell'intero gruppo dei pazienti dei 14 MMG : 1543 pazienti hanno assunto Fans sul totale dei 4426 pazienti a rischio cardiovascolare. Si tratta quindi di una proporzione del 34,8% (Intervallo di Confidenza che varia dal 33,4% al 36,3%).

**Variabilità del criterio tra i 14 MMG** (FIGURA 2 pag 9) la suddetta percentuale è piuttosto variabile tra i 14 MMG: si va da un minimo di del 12% ad un massimo del 96% - di pazienti con rischio cardiovascolare - che hanno assunto Fans nell'anno considerato; la mediana è del 29% e l'IQR (Intervallo interquartile) va dal 24% (25.o percentile) al 43% (75.o perc.le).

**Proporzione pazienti con Naprossene rispetto al totale dei pazienti che usano Fans**

Nei pazienti ad a rischio vascolare i Fans sono generalmente controindicati. Come detto nell'introduzione, alcuni autori accettano che si possa in maniera limitata usare Naprossene. Ebbene nel nostro studio solo 79 pazienti usano naprossene su un totale di 1543 pazienti che hanno usato Fans: il 5% (Intervallo confidenza al 95%: :dal 4% al 6%)

## CONCLUSIONI

I dati del nostro studio indicano che anche in un gruppo motivato di MMG (i membri di Netaudit sono orientati da anni al controllo della Qualità delle cure), la proporzione di pazienti a rischio cardiovascolare che usano fans è superiore a quanto sarebbe auspicabile: rispetto ad una frazione desiderabile concordata dei membri (inferiore al 10%-15%) siamo oltre il 30%. E questa necessità di miglioramento viene ulteriormente rafforzata dal fatto che tra i FANS il naprossene è poco usato, pur essendo il meno cardiotossico.

Come può essere migliorato questo stato di cose? Probabilmente può essere utile una strategia a più componenti:

a) una maggiore diffusione delle conoscenze derivate da gli ultimi studi scientifici sui Fans nei pazienti ad alto rischio;

b) una educazione sistematica verso l'uso dei farmaci;

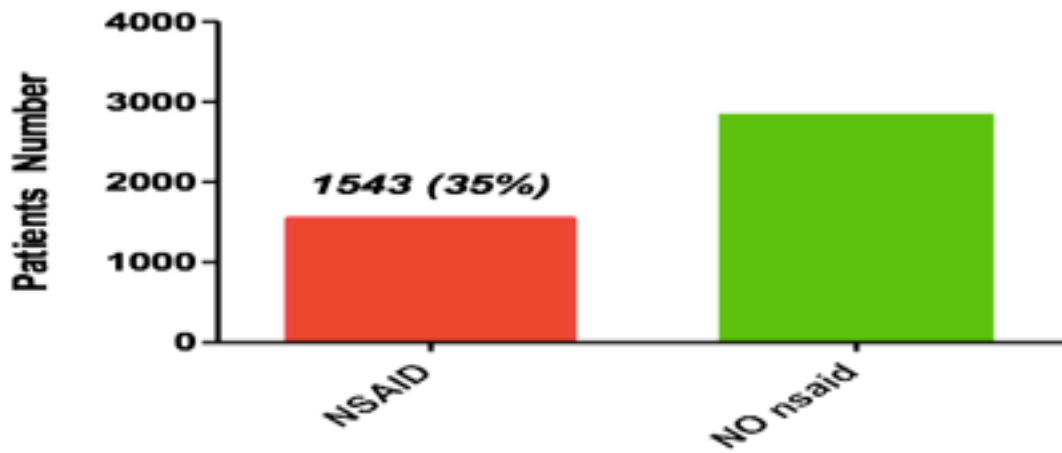
c) una valutazione attenta di possibili alternative. Ad es.: gli antidolorifici, ad iniziare dal paracetamolo, che comunque secondo recenti studi sembra essere piuttosto inefficace in una delle cause più frequenti di dolore ,la lombalgia ( bmj 2015; 350:h1225);

d) una conoscenza e gestione delle tecniche non farmacologiche più referenziate;

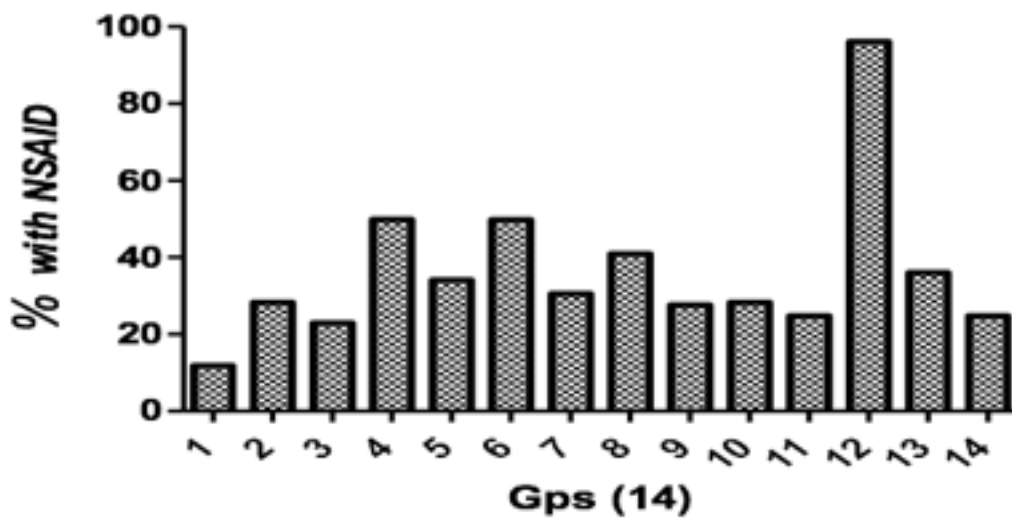
e) last but not least , vista la importante tossicità di buona parte alcuni rimedi farmacologici e vista la relativa inefficacia di molti rimedi non-farmacologici , bisogna che il MMG ricuperi la necessita di una presa in carico olistica di pazienti che hanno due condizioni croniche (quella del rischio cardiovascolare e quella del dolore cronico) , nella scia del detto di Balint: "Il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso".



**FIG 1 : Proportion of cardiovascular risk patients with NSAID (total 4426 - 14 Gps)**



**FIG 2 : % cv. risk-pat.s with NSAID**



## Medicina Generale: Qualità o Ricertificazione?

Stefano Alice, MMG Genova, già direttore del Centro di riferimento per la formazione specifica in Medicina generale della regione Liguria

Karl Popper, il più importante filosofo della scienza del XX secolo, le chiamava conseguenze inintenzionali: "Una delle singolari circostanze della vita sociale è che mai nulla riesce precisamente nel modo prestabilito. Tutto va sempre a finire un poco diversamente. Quasi mai, nella vita sociale, riusciamo a provocare il preciso effetto che desideriamo, e, normalmente otteniamo conseguenze ulteriori non desiderate" (1).

Di conseguenze non previste e non volute ne sta avendo molte, nel Regno Unito la "Revalidation", che è il processo di ricertificazione a cui, dal 2012, devono sottoporsi, ogni 5 anni, tutti i Medici, per poter continuare ad esercitare. La più sgradevole, che è il prepensionamento di molti professionisti, apprezzati dai Colleghi e dai loro Pazienti, si sta rivelando particolarmente grave nell'ambito dell'Assistenza primaria, ovvero della Medicina di famiglia. Secondo la professoressa Patricia Mary "Trisha" Greenhalgh, che dirige la cattedra di Primary Health Sciences all'università di Oxford ed esercita come

General Practitioner (Medico di famiglia): "Conosciamo tanti valenti MMG che stanno abbandonando il campo, uno o due, ma anche 10 anni prima, piuttosto che dare battaglia a queste inique novità"(2). Perché inique? L'illustre docente, che, con al suo attivo oltre 220 pubblicazioni su riviste indicizzate ed 8 libri di testo, è considerata uno dei massimi esperti mondiali di Evidence Based Medicine ed è stata decorata per i suoi meriti scientifici da S.M. la regina Elisabetta II, non ha dubbi su quale errore sia stato commesso: "Proprio i medici più esperti che praticano la medicina basata sulle relazioni, e da cui i giovani medici avevano ancora molto da imparare, sono coloro che più sono stati spinti a gettare la spugna ed uscire dai ranghi"(2). Privilegiare nella formazione dei Medici di famiglia l'aspetto tecnico a scapito di quello relazionale, significa snaturarli, allontanare i migliori, peggiorare la qualità dell'assistenza ai cittadini e non certo, come si proponeva il NHS (Servizio sanitario nazionale), garantire che a curarli sia un medico "up to date"(3), aggiornato.

Individuato l'errore la professoressa Greenhalgh non esita ad indicare il colpevole e ad abbozzare una strategia difensiva: "Dobbiamo sconfiggere questo trend, a costo di chiamare da parte il presidente del Royal College of General Practitioners (Mike Pringle) e indurlo ad una serrata discussione sulle conseguenze non previste dalla sua brillante idea. Noi dobbiamo affermare con decisione quali

siano le caratteristiche di un buon medico di medicina generale, e quanto esse si fondino su una Medicina Generale basata sulle relazioni...e dobbiamo farlo nei luoghi dove si svolge il dialogo civico: i blog, i social media, i quotidiani”(2).

Ecco dunque un'altra formidabile conseguenza inintenzionale della “Revalidation”: un dibattito su cosa significhi “essere medici di famiglia” simile, ma ancora più appassionato, a quello che precedette l'approvazione da parte di WONCA (Organizzazione mondiale della Medicina generale/di famiglia) della “Definizione Europea della Medicina generale/di Famiglia”, con qualcosa in più, rispetto a quello, il non essere limitato all'ambiente accademico e qualcosa in meno, non avere ancora una dimensione internazionale.

Non era per niente facile prevedere uno scontro così duro tra due dei maggiori innovatori della Medicina britannica: la regina dell'EBM (Greenhalgh) contro il principale artefice dell'informatizzazione della Medicina generale (Pringle). Infatti Informatica Medica ed EBM ci sono sempre apparsi come gambe dello stesso tavolo.

Ma chi segue con attenzione il dibattito epistemologico ha certamente notato che, dopo vent'anni di successi, l'EBM è entrata in una fase di riflessione critica. Per più motivi è necessaria una messa a punto: la qualità delle “prove” su cui si fonda è spesso messa in discussione e comunque sono così tante che gestirle correttamente

è tutt'altro che facile; le notevoli differenze tra l'approccio epidemiologico (medicina di comunità/popolazione) e quello clinico (medicina della persona) finiscono con l'essere indebitamente trascurate; la necessità di rispettare le regole tecniche, che essa fornisce, rischia di far perdere di vista la centralità del paziente; soprattutto è poco utile per i casi resi complessi dalla comorbilità, che con l'invecchiamento della popolazione stanno diventando la regola.

La professoressa Greenhalgh, fedele esponente del razionalismo critico anglosassone, concependosi non come una persona che possiede la verità, ma che la ricerca, ha lucidamente evidenziato i limiti di quella EBM di cui è una dei principali artefici: “Grazie al confronto, alla sintesi ed all'utilizzo sistematico di prove empiriche di alta qualità, sono stati fatti molti progressi e delle vite sono state salvate. Tuttavia alcuni problemi restano irrisolti, soprattutto quelli legati agli errori nella valutazione delle prove scientifiche, che sono dovuti a fattori psicologici (biases) o alla “mano nascosta” di chi ha interessi personali da difendere, sempre più sottili e difficili da scoprire. Soprattutto l'EBM è stata condizionata dall'attuale contesto politico ed economico, che ne ha spostato l'interesse verso, aspetti quali la medicina di popolazione, le statistiche, i rischi e false certezze. L'EBM può favorire la condivisione da parte del paziente delle decisioni riguardanti le cure, ma se la loro gestione clinica è impropriamente guidata

da protocolli algoritmici, da direttive calate dall'alto e da indicatori di processo, i pazienti possono finire con l'essere confusi e tiranneggiati"(4).

Ecco perché i cultori dell'EBM stanno studiando come rifondarla. Si propongono di favorirne un uso umanistico, "patient centred". La vogliono al servizio della personalizzazione della cura e della Clinica, non in contrasto, come sta accadendo contro le loro intenzioni. Quindi non sono in sintonia con l'entusiasmo neo-positivista degli informatici medici, con il loro approccio ultra semplificatorio e con la loro volontà di standardizzazione.

Ne derivano polemiche inimmaginabili qualche anno fa. Greenhalgh contro Pringle. L'un contro l'altro armati. Scontro tra titani. La resa dei conti tra due concezioni della Medicina generale. Quella che mette al centro di tutto la relazione di fiducia tra medico e paziente, la loro alleanza, una particolare sensibilità del medico, il suo radicamento nel territorio, l'approccio complessivo (Greenhalgh) contro quella del medico strettamente dipendente dal computer, focalizzato sulla popolazione più che sulla persona, attento soprattutto al rispetto degli indicatori di processo, più controllore della spesa che curante (Pringle). Scontro tra università, la tecnologica Nottingham (Pringle) contro l'umanistica Oxford (Greenhalgh). Curare le malattie o prendersi cura delle persone? Medico filosofo o Medico meccanico? Clinico o

Informatico? Medico "gatekeeper" o tutto votato alla "advocacy"? Fiduciario del NHS o Medico di fiducia del paziente?

Ben si comprende come il dibattito suscitò l'interesse di tutti i cultori della Medicina Generale e sia destinato a non restare confinato al Regno Unito. Ricordiamo che la progressiva integrazione tra gli Stati appartenenti alla UE consente già oggi ai professionisti della Salute di lavorare in qualsiasi Paese membro senza eccessive difficoltà. Ma alla base del riconoscimento reciproco delle qualifiche c'è una standardizzazione della formazione. Non è perciò improbabile che, così come il "Vocational Training for General Practice" (triennio di formazione specifica in Medicina Generale), nato nel Regno Unito, è divenuto obbligatorio in tutta la UE, qualcosa di simile avvenga con la "Revalidation", che potrebbe essere vista come un logico sviluppo della già obbligatoria ECM (Educazione continua in medicina). D'altra parte anche l'ingresso della Medicina Generale in Università con un suo Dipartimento è ormai realtà in tutta Europa, con la sola eccezione dell'Italia, dove questo processo, pur iniziato, ha subito una battuta d'arresto.

La valutazione professionale dei propri aderenti è una tradizione delle Società scientifiche del mondo anglosassone,; acquisire i più alti livelli di membership conferisce agli iscritti un prestigio, spendibile tanto in ambito pubblico che privato. La recente esperienza del Regno Unito costituisce per noi una importante

lezione, perché ci mostra come da una realtà positiva siano scaturite conseguenze nefaste, nel momento in cui si è scivolati dalla certificazione dell'eccellenza da parte del proprio corpo professionale di appartenenza alla volontà di assicurare ai pazienti che la preparazione del loro medico è "regularly checked by their employer" (2) , periodicamente controllata dal datore di lavoro.

Questo passaggio di potere dal corpo medico e accademico a quello burocratico è davvero vantaggioso per il Paziente? La progressiva limitazione della libertà professionale del Medico, che è tanto auspicata dai Burocrati di tutti i Paesi, si rivelerà un fatto positivo per il Paziente nel caso, sempre più probabile, che le sue esigenze profonde vadano in contrasto con quello della Popolazione?

## **Bibliografia**

- 1) Karl R. Popper, *Congetture e confutazioni*, Bologna, Il Mulino, 1972; 213
- 2) Abi Rimmer, *Bureaucracy is forcing GPs to quit under "euphemism of early retirement"*, *BMJ*, 2015; 350
- 3) <http://www.england.nhs.uk/revalidation/about-us/faqs/>
- 4) Greenhalgh T, Howick J, Maskray N, *Evidence based medicine: a movement in crisis?* *BMJ* 2014, June 13; 348
- 5) Alice S, Luciani MA, Zonno G, Cecchini M, Biondi I, Messina E, Puccetti L *La Formazione Specifica in Medicina Generale Aggiornamento medico Vol. 37, NO. 7-8 Luglio-Agosto 2013; 141*

## Report from the Technical Meeting IAEA-WHO

Ernesto MOLA- General Practitioner –  
Lecce (Italy)- Assimefac

WONCA has been working with the World Health Organization (WHO) and International Atomic Energy Agency (IAEA) to look at ways to increase appropriateness of imaging.

A Technical Meeting on Justification of Medical Exposure and the Use of Appropriateness Criteria was held at the IAEA's Headquarters in Vienna, Austria, from 9 to 11 March 2015. The organizers had invited WONCA to take part in the meeting to illustrate the point of view of family doctors (FDs), to seize the opportunity to examine the problem in a wider vision.

The process of justification uses an evidence-based approach to choose the best test for a given clinical scenario, taking into account the diagnostic efficacy of the radiological procedure as well as alternative procedures that do not use ionizing radiation. Actually, the meeting had as key point of the discussion the development and deployment of Clinical Imaging Guidelines (CIG) and their implementation in Clinical Decision Support (CDS) systems. Developing good guidelines is not enough; the case of Italian guidelines on imaging edited by AGENAS in 2004 is particularly

appropriate: in a survey carried out by WONCA-Italia in 2011 (Quaderni ACP 2012; 19-4) nobody of the 737 interviewed doctors had affirmed to know them.

It is important reaching the users, placing the guidelines at disposal of referrer in CDS in the WEB or integrated in the Electronic Medical Record System (EMRS) maintained by doctors, with a simple click.

From 20 to 50% of imaging examinations are considered inappropriate. The Justification principle is too often not fulfilled. Awareness of the referrers – and among them of FDs - concerning radiation risks is very low in the entire world.

The Clinical Imaging Guidelines are considered as a key tool to overcome these problems and as an important support to the doctors in the daily practice. The CIG meet well with family doctors activity, because they are not “vertical” guidelines, which are based on a complete management of a disease, but “horizontal”, oriented to a diagnosis, based mainly on symptoms and syndromes.

Not every Country is able to develop guidelines, because developing them is time and resources-consuming. A possible approach is to adapt and adopt international CIG, or CIG tested in other countries, at national level. There was a large discussion concerning many issues, particularly how develop and deploy CIG in the countries with lack of technologic

infrastructure; the role of IAEA and WHO in supporting the process of developing CIG; how to enable Countries with similar infrastructure and concerns to work collaboratively; the necessity of adapting CIG at national level particularly in countries with lack of expertise and equipment.

There was also a large discussion about education of doctors and patients. Education on diagnostic radiation has been considered crucial at every level of instruction of doctors : undergraduate (with specific credits), post-graduate, and CME. As shown by the 2011 Italian study, education should be oriented to increase awareness as regards biologic harm of ionizing radiation, delivered doses, use of the CIG, skills in communication of benefits and risks of radiologic investigations to the patients.

Individual patient education is also very important, even to foster its involvement in the decisional process. Public general campaigns on risks of diagnostic radiation could induce patients to refuse examinations which are indispensable for their health. On the contrary, individual education should be always performed. Useful Education is that by referrers, by radiologist and mainly by FDs, who keep a continuous relationship with patients, based on trust, and know their clinical history, cultural level and emotional feeling. Individual education is part of a unique process of: information - education - involvement in the decision-making. The

CIG could give a significant support to the doctors for patient education. Also for this reason there was unanimous agreement about the need of involving family doctors in the core group of stakeholders to develop and deploy CIG, at international and national level.

Experiences on utilization of CIG have been illustrated by representatives of several countries during the meeting. Particularly interesting is the experimental utilization of ACR Appropriateness Criteria in Spain, where 80 family doctors have been enrolled to test a CDS based on the translation and adaptation of the American guidelines, and in UK, where the good CDS "RCR iRefer" is more and more used in hospital departments and by GPs.

In conclusion, the meeting outlined a possible pathway that each Country should follow.

In Italy it would be opportune:

- to update the guidelines of 2004 with a multidisciplinary panel, involving radiologists and referrers,
- to implement them in decisional support systems on the WEB and on EMRSs used by doctors,
- to include educational credits concerning radiation safety in the graduate and post-graduate curriculum
- to indicate justification, appropriateness of radiologic examinations and use of guidelines as

strategic topics of the Continuing Medical Education (CME).

Most of all, it seems necessary that health authorities become aware of the matter, to stimulate and promote the suitable tools to contrast unappropriateness in the field of clinical imaging.



## **Audit clinico e "slow reading": presentazione di un ebook**

Mario Baruchello e Giobatta Gottardi  
(MMG- Tezze sul Brenta, Vicenza)

Nel 2006 all'interno di Siquas, Società Italiana per la Qualità della Assistenza, si costituì un gruppo di lavoro di cultori della materia, tutti sinceramente appassionati. Di questo gruppo di pari abbiamo fatto parte sin dall'inizio, con il mandato di stilare, con metodo rigoroso, raccomandazioni sulla pianificazione e conduzione di Audit Clinico, calandole alla realtà particolare delle organizzazioni sanitarie italiane.

I temi della progettazione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria sono drammaticamente attuali in un paese, l'Italia, in cui ancora vigono regimi ispettivi poco consoni a garantire quei cambiamenti reali che spesso i servizi sanitari necessitano, e che possono essere fatti solamente con l'alleanza fra medici, infermieri, altri professionisti sanitari, cittadini e pazienti.

Il metodo seguito dal gruppo, per 8 lunghi anni, è stato "evidence based" e non "opinion based".

Per ogni tematica scelta abbiamo raccolto e vagliato ogni tipo di letteratura internazionale leggendo con calma centinaia di articoli originali ricercati tramite PubMed e Embase con lo scopo di formulare statement con un

grading mirato sull'autorevolezza delle fonti.

I risultati dei lavori - concordati in incontri di confronto/ dibattito trimestrali - sono stati esposti in un seminario / workshop annuale cui è stato invitato dal 2009 un esperto dell'NHS britannico e pubblicati poi sul sito di Siquas e dell'Ospedale di Ferrara in cui opera il coordinatore della iniziativa Dr Ulrich Wienand. [www.ospfe.it](http://www.ospfe.it)

Alla fine del 2014 tutto il materiale è confluito in un e-book, unico nel panorama europeo, che raccoglie il meglio della letteratura internazionale più aggiornata.

[http://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/audit-clinico/Audit\\_Clinico\\_Ebook\\_24\\_9\\_2014.pdf](http://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/audit-clinico/Audit_Clinico_Ebook_24_9_2014.pdf)

La medicina generale ha un ruolo da protagonista in questa pubblicazione non solo per l'originalità di alcune esperienze italiane citate, come il lavoro di Del Zotti e Brizio a proposito di Netaudit, ma principalmente perché nei paesi anglosassoni è sterminata l'esperienza sul campo dei GPs e non poteva che essere conosciuta e valorizzata per le sue peculiarità metodologiche.

Dobbiamo riconoscere che per gli altri componenti del gruppo di lavoro, provenienti dai settori organizzativi e manageriali del SSN, questo ha rappresentato un sorpresa sul piano culturale.

E' nota a tutti, inoltre, la situazione critica italiana e l'uso strumentale che vien fatto del termine audit ,al di là della enfasi posta nei documenti programmatori della sanità pubblica e nei testi legislativi.

Non si delinea infatti ancora compiutamente della categoria un'immagine collettiva professionale consolidata che sappiamo essere stata facilitata altrove dalla presenza di organizzazioni professionali/formative stabili e istituzionali (uno per tutti il ruolo svolto dal Royal College of General Practitioners nel Regno Unito).

A vicariare queste carenze hanno agito piccoli gruppi all'interno di società scientifiche (quelle specifiche della area della Medicina Generale raccolgono meno dell' 8% dei medici di medicina generale italiani) in un panorama frammentario.

Ciò nonostante è stato garantito all'Italia un ruolo in ambito internazionale per iniziative di singoli sia nell'ambito della ricerca che formativo.

Ma perché l'Audit Clinico in Medicina Generale in Italia non è mai decollato ?

Le barriere come suggerisce Johnston sono molte: " mancanza di risorse in termini di tempo, di staff dedicato, di finanziamenti adeguati, di formazione specifica metodologica; carenza di competenze nella progettualità dell'audit e nell'abilità ad analizzare i dati; mancato supporto del management aziendale; problemi relazionali dei team; mancanza di leadership ... sono ritenute cause di criticità nella realizzazione di audit clinici."

Ci sono inoltre problematiche della MG che pretendono metodologie di Audit

non facilmente standardizzabili. In effetti nel setting della MG esistono alcune condizioni peculiari quali la presenza dei pazienti cronici, di comorbilità, la consistente dipendenza da altre figure professionali di prestazioni/decisioni mediche ("prestazioni indotte"). Infine non dobbiamo dimenticare la questione della centralità del rapporto medico-paziente che rende l'individualizzazione e "standardizzabilità" della cura una delle caratteristiche precipue della medicina di famiglia.

Invitiamo tutti a leggere i contributi proposti e a prenderne spunto per promuovere progetti multi professionali specie nelle nuove organizzazioni dei team medici.

La nostra speranza è quella di riuscire a derivare dalla nostra iniziativa un progetto nazionale articolato, nel composito panorama italiano. La costruzione di un preliminare strumento formativo, che prepari colleghi " facilitatori" (coloro cioè che guidino i gruppi di medici di medicina generale) e che preveda risorse adeguate, potrebbe costituire la chiave di volta di una reale Clinical Governance.