

RIVISTAQQ

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

Editor-in-Chief: Roberto Mora

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

Managing Editor: Giulio Rigon

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

Senior Assistant Editors: Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via, Ferdinando Petrazzuoli

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

International Committee: Julian Tudor Hart †, Paul Wallace

Web: rivistaqq.org 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

EDITORIALE.....	2
AMBIENTE E SALUTE : AGENDA 2030 E CONSIDERAZIONI ETICHE PER I MEDICI A PROPOSITO DI CAMBIAMENTI CLIMATICI.....	6
E' FINITO IL TEMPO DELL'ASPIRINA IN PREVENZIONE PRIMARIA?.....	11
TRASMISSIONE DELLE CARTELLE COMPUTERIZZATE A FINE CARRIERA DEL MMG.....	14
NET-ANTICOLINERGICI TRA I PAZIENTI ETÀ UGUALE O MAGGIORE A 65 ANNI.....	19
EVOLUZIONE DI UNO STRUMENTO PER LA MAPPATURA E CENSIMENTO DELLE VARIE TIPOLOGIE DI VARIABILI DEL LAVORO AMBULATORIALE DEI MMG.....	23



Editoriale

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NON RAPPRESENTA PIÙ IL PRIMO RIFERIMENTO, LA PRIMA RISPOSTA PER I BISOGNI DEI CITTADINI?

A cura di Mario Baruchello e Giobatta
Gottardi

“Certamente se una persona ha un'emergenza o un problema molto serio si rivolge al SSN, ma nella quotidianità – a causa dell'inaccessibilità dei servizi prodotta dagli infiniti tempi di attesa – i pazienti si rivolgono altrove, bussano alle porte del settore privato e – se possono – ricercano una forma di assicurazione sanitaria integrativa.”

La formula di *Noam Chomsky* funziona perfettamente a tutte le latitudini: *“That's the standard technique of privatization: defund, make sure things don't work, people get angry, you hand it over to private capital”* (“Questa è la tecnica standard per la privatizzazione: tagli i fondi, assicurati che le cose non funzionino, fai arrabbiare la gente, e lo consegnerai al capitale privato”).

Queste citazioni da Gavino Maciocco e Salute Internazionale bastano ad introdurre le considerazioni che svilupperemo in questo editoriale.

Continuiamo a credere che una medicina generale, fortemente ancorata alla clinica e alle basi biologiche (oggi molecolari e genetiche in sviluppo) trovi

negli approfondimenti della relazione medico/paziente e nel tener conto dei determinanti ambientali la sua vera realizzazione di qualità.

Oggi però gli aspetti organizzativi rischiano di stravolgere dall'esterno la pratica quotidiana facendo perdere credibilità anche al professionista più preparato. Al di là delle trionfali dichiarazioni dei direttori generali è in corso da molto tempo un razionamento dei servizi. Al cittadino non si dichiara con trasparenza che l'ospedale è di definizione legislativa solo per acuti ma lo ha dovuto sperimentare sulla sua pelle con gli accessi al ricovero preclusi, i ritardi nell'erogazione di accertamenti che allungano i tempi di attesa, le dimissioni precoci dei malati non stabilizzati.

Quando il razionamento assume aspetti di deterrenza ecco che troviamo ambienti poco confortevoli per non dire indegni di una struttura sanitaria, orari di apertura impossibili o ridotti, sino alla interruzione/sospensione dell'assistenza con l'accorpamento di divisioni e ambulatori in sedi lontane. Si stanno sviluppando forme di selezione con prestazioni solo a gruppi specifici di popolazione senza che opportune forme di democrazia partecipata garantiscano a rappresentanti dei cittadini la condivisione di scelte assistenziali, soprattutto per persone fragili.

Molti medici di famiglia avevano sperato nei LEA e via via avevano investito culturalmente nelle proposte di Case della

salute (Ministro Turco 2007), nelle Unità complesse di Cure Primarie (accordo 2009 poi Decreto Balduzzi 2012). Nel 2016 il *Chronic Care Model* prometteva integrazione, approcci multidisciplinari e investimenti di cui sono rimasti rari isolati esempi nella totale assenza di un coordinamento nazionale dei modelli e nel deserto dei finanziamenti.

Oggi l'ultimo Ministro della Salute, Speranza, fa stanziare nel Bilancio 235 mil per attrezzature di diagnostica di primo livello destinate a una medicina generale fino ad ora ferma alla sussistenza. Questo provvedimento può essere interessante purché si accompagni all'attenzione per processi assistenziali e progetti di salute, specialmente per una popolazione anziana in esplosione. E' importante che si apra un dibattito sia aperto su queste decisioni di spesa soprattutto se pensiamo ai possibili investimenti complementari sia in strutture organizzate (ambulatori) che nella formazione.

In merito agli articoli di questo numero di Rivista QQ, per Baruchello e Giroto la qualità dell'ambiente è un determinante fondamentale della salute umana.

I professionisti della salute devono diventare i protagonisti di un processo di cambiamento culturale e operativo con sollecitazioni che non possono che essere recepite dal mondo politico.

E' riconosciuta l'esigenza di avviare

percorsi condivisi e interdisciplinari finalizzati al confronto costante, ad una visione sistemica della medicina, al miglioramento del rapporto relazionale con cittadini e pazienti, ad approfondire le conoscenze e lo scambio di informazioni sui rapporti tra ambiente e salute, a perseguire pratiche cliniche che tengano conto della sostenibilità economica e delle ricadute sull'ambiente e ad identificare e proporre pratiche di prevenzione primaria basate sul concetto di qualità dell'ambiente come determinante fondamentale della salute umana.

L'articolo di Cosaro-Del Zotti ci propone di valorizzare la complessità e le varie tipologie del lavoro del MMG attraverso l'utilizzo di un pratico strumento di raccolta analitica delle variabili in gioco.

In realtà la Medicina Generale è una delle branche mediche che gode di maggiori contaminazioni culturali (antropologia, letteratura, filosofia). Pur non essendo sociologi o psicologi debbono acquisire, soprattutto nel periodo di formazione professionalizzante l'abitudine alla riflessione. La preoccupazione del MMG tutor, infatti, è proprio quella di trovare spazi, tempi dedicati e metodi facilitativi, come il debriefing, che possa portare il giovane collega in formazione ad una rivisitazione dei contatti e generare regole utili all'inquadramento delle buone pratiche. La necessità di formare un professionista riflessivo è legata al fatto che egli dovrà,

nel lavoro futuro,” tenere costantemente traccia di un ampio gruppo di pazienti, assorbire montagne di dati da consulenti, rapporti di laboratorio e imaging; vedere rapidamente i malati, occupandosi dei loro bisogni emotivi”, mentre si accumulano i compiti amministrativi e burocratici.

Nella discussione suggerita da Giulio Rigon a proposito del ruolo dell’aspirina in prevenzione primaria, la parola chiave su cui centrare la nostra attenzione è sicuramente quella dell’appropriatezza in medicina generale. Il frutto dell’agire in modo prudente, proporzionato ed efficace, è la risultante di un complesso informativo ed operativo che appare mutevole e non scandito dalla sequenza temporale dell’uscita di singole evidenze. Articoli scientifici, anche di elevata qualità, come revisioni sistematiche di RCT, inducono una riflessione critica, ma la modifica dei comportamenti, come quelli prescrittivi, può portare al cambiamento degli obiettivi (la riduzione della mortalità, ad es.) o degli strumenti con cui raggiungerli (farmaci o modifica degli stili di vita?).

Il primo report di NET-anticolinergici in merito alla revisione critica della prescrizione di tali farmaci nei maggiori di 65 anni, deve suggerire l’utilità che tali iniziative, anche isolate, possano essere le promotrici di modifiche dell’architettura delle nostre cartelle elettroniche. A questo punto parrebbe utile, infatti, disporre di un “Alert” che si apre solo dopo i 65 anni del paziente (ad esempio come “red flag”) in occasione della prescrizione, anche indotta, di un farmaco appartenente ad una lista di osservazione che viene suggerita dal medico (ad esempio mettendo in “biblioteca” una voce come “anticolinergici” e rifacendosi a quelli elencati nel report).

Nel lavoro di Del Zotti, Adami, Gelpi, traspare la necessità di dotare i professionisti, al termine della loro vita professionale, di linee di indirizzo organizzativo e di strumenti idonei, finalizzati al mantenimento in vita della “continuità informativa” dei dati sensibili clinici delle persone assistite. La grande transazione epidemiologica che sta avvenendo con il pensionamento di una quota rilevante di MMG abbisogna di contributi adeguati per facilitare tale fenomeno. Uno degli argomenti più delicati e lunghi dall’essere mai stato oggetto di analisi professionale è proprio

quello del trasferimento dei dati clinici e
va dato atto della attualità del tema. Di
esso vengono dati i confini di riferimento e
proposte alcune riflessioni che investono
anche argomenti critici che
abbisogneranno di specifici contributi
normativi ed amministrativi, nelle sedi
idonee.

Ambiente e salute : Agenda 2030 e considerazioni etiche per i medici a proposito di cambiamenti climatici

Mario Barruchello, Sandro Girotto
Medici Medicina Generale
Bassano (VI), Verona

Questa estate su NEJM è comparsa una raccolta di articoli e altre risorse che descrivono gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute fisica e psicologica e sulla funzione dei sistemi di assistenza sanitaria, comprese le risorse a supporto dell'azione di medici e altri operatori sanitari. <https://www.nejm.org/climate-crisis?query=TOC>

La lettura ci ha fornito l'occasione di una riflessione alla luce dei documenti di consenso che la professione medica ha espresso in campo nazionale e internazionale.

Gli Statement Medici Internazionali Di Consenso

Le nostre riflessioni partono da riferimenti etici internazionali in primis gli statement e i documenti della WMA World Medical Association.

Già nel 2009 con la Dichiarazione sui cambiamenti climatici Adottata dalla 60^a Assemblea Generale, New Delhi, India, ottobre 2009 (modificato dalla 68^a Assemblea Generale, Chicago, Stati Uniti, Ottobre 2017)

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/>

WMA metteva l'accento su prove convincenti che confermano i numerosi rischi per la salute posti dai cambiamenti climatici, che minacciano tutti i paesi. Questi includono ondate di calore più frequenti e potenzialmente più gravi, siccità, inondazioni e altri eventi meteorologici estremi tra cui tempeste e incendi. I cambiamenti climatici, in particolare il riscaldamento, stanno già portando a cambiamenti nell'ambiente in cui prosperano i vettori delle malattie. La disponibilità e la qualità dell'acqua potabile sono ridotte e il peggioramento dell'insicurezza alimentare porta alla malnutrizione e alle migrazioni della popolazione. Il cambiamento climatico è universale ma i suoi effetti sono disomogenei e molte delle aree più colpite sono meno in grado di gestire le sfide che pone. La lotta ai cambiamenti climatici offre opportunità per migliorare la salute e il benessere sia a causa dei benefici per la salute delle soluzioni a basse emissioni di carbonio sia perché la mitigazione e l'adattamento possono consentire azioni su tutti i determinanti sociali della salute. La transizione verso le energie rinnovabili, l'uso del trasporto attivo e il cambiamento dietetico, inclusa una riduzione del consumo di carne bovina e di altri prodotti di origine animale, possono tutti contribuire a migliorare la salute e il benessere

e sollecitava i medici a cercare di sensibilizzare l'opinione pubblica e professionale sull'importanza dell'ambiente e dei cambiamenti climatici per la salute personale, della comunità e della società. Lavorare per l'integrazione dei concetti chiave e delle competenze in materia di cambiamenti climatici nei curricula universitari, laureati e di educazione medica continua.

<https://www.wma.net/what-we-do/public-health/climate-change/>

L'ONU già nel 1992 con la Conferenza di Rio diede valore scientifico al problema dei gas serra e nel sottostante sito troviamo molti documenti che sono in bibliografia nella review del NEJM. <https://unfccc.int/> L'accordo di Parigi del 2015 mette un punto fermo fra i dati di scienza:

<https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement/the-paris-agreement>

La disuguaglianza sanitaria tra le persone tra e all'interno dei paesi costituisce una questione urgente di giustizia sociale. È chiaro che queste disuguaglianze di salute sono il risultato di differenze nell'ambiente in cui una persona nasce, cresce, vive, lavora, invecchia e muore. Questi sono influenzati da più ampi fattori sociali, politici, culturali, ambientali ed economici.

In riconoscimento di questi determinanti sociali della salute (SDH), la World Medical Association (WMA) ha adottato la Dichiarazione di Oslo nel 2011.

<https://www.wma.net/what-we-do/public-health/social-determinants/>

Oltre a sottolineare l'importanza del riconoscimento dei determinanti sociali, la Dichiarazione suggerisce anche come l'OMS possa svolgere un ruolo in affrontarli attraverso la diffusione di competenze e conoscenze mediche e la raccolta di prove su come i medici possono affrontare la SDH.

Nel 2014, la WMA ha ospitato il vertice sanitario internazionale H20 con l'Australian Medical Association, che ha sottolineato l'importanza della SDH e ha invitato la comunità medica ad aumentare i suoi sforzi in questo settore. <https://www.wma.net/events-post/h20-international-health-summit/>

Sono importanti le conclusioni finali di questa conferenza a Melbourne nel 2014. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2017/01/SUMMIT-STATEMENT-Climate-and-Health.pdf>

E non va dimenticata la dichiarazione aggiornata WMA sul ruolo dei medici nelle questioni ambientali adottata dalla 40^a assemblea medica mondiale, Vienna, Austria, Settembre 1988, riveduta dalla 57^a Assemblea Generale, di Pilanesberg, Sudafrica, Ottobre 2006 e riaffermata dal 203^a WMA Consiglio Session, Buenos Aires, Argentina, aprile 2016.

Perché nel loro ruolo di rappresentanti dei medici, le associazioni mediche hanno l'obbligo di affrontare questi problemi ambientali. Hanno il compito di produrre studi analitici che includano

l'identificazione di problemi e le attuali normative internazionali in materia ambientale, nonché il loro impatto sul campo della salute.

Attualmente la WMA sta collaborando con l'OMS su un eBook che contribuirà a migliorare la conoscenza della SDH all'interno del personale sanitario.

Codice Deontologico 2006

Art. 5 Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini. A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva.

Bozza 2013

Art. 5 Promozione della salute, rapporti con l'ambiente e tutela della salute globale Il medico è tenuto a considerare l'ambiente naturale e sociale nel quale l'uomo vive e lavora quale determinante fondamentale della salute dei cittadini, a promuovere l'attuazione di idonee politiche sociali e ambientali e a stimolare l'adozione di stili di vita salubri. A tal fine, il

medico promuove una cultura civile tesa allo sviluppo di un ecosistema stabile ed equilibrato, partecipando ad iniziative di prevenzione e di tutela della salute negli ambienti di vita e nei luoghi di lavoro e garantisce la corretta comunicazione e gestione del rischio avvalendosi del principio di precauzione e dell'analisi costante del rapporto rischio-beneficio. Il medico è tenuto a favorire l'istruzione, la giustizia e l'equità sociale quali conquiste etiche, al fine di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile, in cui salute individuale e collettiva siano fondamento e finalità primaria di crescita civile e moltiplicatore di risorse umane.

Le Interazioni Ambiente-Salute

3 persone su 4 muoiono per malattie legate agli stili di vita e all'inquinamento. Centinaia di milioni di persone soffrono di malattie per lo più respiratorie, ma anche cardiovascolari, causate o aggravate da agenti chimici e biologici presenti nell'aria. Sono oltre 70.000 le sostanze immesse quotidianamente nell'aria, nell'acqua e nel suolo e solo di alcune di queste sono state studiati gli effetti nocivi.

I fattori di rischio ambientale hanno importanza in oltre l'80% delle patologie regolarmente esaminate dall'OMS. Globalmente, un quarto circa di tutte le morti e del carico di malattia può essere attribuito all'ambiente. Nei bambini e negli anziani fragili i fattori di rischio

ambientale possono contribuire a oltre un terzo del carico di malattia.... i fattori di rischio studiati possono essere largamente modificati con interventi definiti e a buon rapporto costo-efficacia. In tal modo si promuove l'equità, apportando benefici a tutta la società e insieme intervenendo sui bisogni dei gruppi più a rischio

Dal documento FNOMCeO-ISDE:[...]

"I rischi per la salute sono inequivocabilmente legati al degrado ambientale e agli stili di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale...

Tutti gli uomini sono responsabili dell'Ambiente. I Medici lo sono due volte. Fino a quando un medico può rimanere passivo? Per continuare a garantire la salute di ciascuno, noi medici dobbiamo occuparci della salute dell'ambiente in cui viviamo. La vita dell'uomo va difesa non solo dai danni ma anche dai rischi.

Adottare il principio di precauzione e quello di responsabilità significa anche accettare il dovere di informare, impedire l'occultamento di informazioni su possibili rischi".

Va fatto doverosamente un riferimento alla meritoria azione dei soci ISDE, di cui alcuni documenti in merito ai cambiamenti

climatici (pubblicati già nel 2015) possono essere rintracciati al sito:

<https://www.isde.it/cosa-facciamo/pubblicazioni-scientifiche/>

Ci limitiamo a citare uno dei punti/auspicio più stimolanti per ogni operatore di salute dal dossier https://www.isde.it/wp-content/uploads/2014/02/2015-COP21-Documento-ISDE-Italia-su-clima-TaminoDiCiaulaFaggioli_ITA-BREVE-impaginato.pdf

.....6. Va ricercato e incoraggiato il coinvolgimento dei Ministeri della Salute e di tutti i portatori di interessi operativi in ambito sanitario (sia a livello locale che nazionale) nei processi decisionali potenzialmente in grado di alimentare modificazioni climatiche e danni sanitari.....

Nel 2014 la Fnomceo aveva gratuitamente lanciato un corso FAD sul tema "Salute e ambiente: aria, acqua e alimentazione".

In un recente comunicato stampa la FNOMCeO a giugno 2109 ribadisce : ...Il nostro Codice Deontologico riserva un intero articolo al rapporto tra Salute e Ambiente, poco spazio viene dedicato invece dal mondo accademico e dalla classe medica in generale a tale argomento, motivo per il quale si rende necessario rivedere i programmi di formazione medica a tutti livelli.

Nell'istituire una rete di " Medici (di medicina generale ndr) sentinella per l'ambiente" Federazione e ISde avevano

sottolineato a Marzo 2019 :... La "questione ambientale" è argomento ampiamente noto e dibattuto: l' inquinamento dell' ambiente, i cambiamenti climatici, l' emergenza sociale con aumento di povertà e disuguaglianza comportano molteplici ripercussioni sulla salute. I rischi ambientali a cui sono sottoposti i pazienti/cittadini stanno mutando: il medico del territorio (MMG e PLS) deve acquisire consapevolezza che l' inquinamento ambientale in tutte le sue accezioni è responsabile della transizione epidemiologica a cui stiamo assistendo e che non può esaurire il proprio impegno nella cura e contenimento del danno. Pertanto le sue conoscenze, competenze e abilità nella individuazione precoce e nella prevenzione delle patologie ambiente correlate, nonché le sue capacità comunicative necessitano di essere ampliate ed il suo ruolo sostenuto e riconosciuto. E' importante promuovere la realizzazione di una "rete di medici sentinella per l'ambiente" con funzione di sorveglianza a tutela della popolazione dai rischi per la salute e di osservatorio privilegiato per le istituzioni sanitarie pubbliche

Già nel 1995 in un numero dell'Arco di Giano *Romizi e Gabrielli* avevano scritto un contributo interessante " *Il medico di medicina generale come informatore di rischi ambientali*"

Segnaliamo infine una relazione di Bettoncelli del 2013 ,specie per le prime slide: http://www.salute.gov.it/portale/news/documenti/C_17_notizie_1422_listaFile_itemName_6_file.pdf

Ci riserviamo di aggiornare questa documentazione in continua evoluzione in un prossimo articolo.

E' FINITO IL TEMPO DELL'ASPIRINA IN PREVENZIONE PRIMARIA?

Giulio Rigon

Medico Medicina Generale Verona

“Per la prevenzione secondaria, in cui il rischio è determinato in larga misura dall'entità della malattia atero-sclerotica, i benefici dell'aspirina sono superiori ai rischi di sanguinamento. Al contrario, per la prevenzione primaria, in cui il rischio è determinato in gran parte dall'età e dalla presenza o assenza di diabete, il rapporto beneficio-rischio per l'aspirina nella pratica clinica sembra molto piccolo. Pertanto, al di là del mantenimento della dieta, dell'esercizio fisico e della cessazione del fumo, la migliore strategia per l'uso dell'aspirina nella prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari potrebbe essere semplicemente quella di prescrivere una statina”.

Con questa importante indicazione si concludeva un interessante commento (1) ad uno dei lavori che recentemente ha messo in discussione il ruolo dell'aspirina nella prevenzione primaria. Già dal 2016 le raccomandazioni delle linee guida europee indicavano come non necessario l'utilizzo di aspirina nei soggetti senza altri fattori di rischio (2).

Il dilemma lo conosciamo bene: bilanciare il rischio di sanguinamento con il

rischio cardiovascolare e tutti i fattori che lo determinano.

In particolare, una recente metanalisi (3) ha valutato i dati di 14 studi randomizzati controllati che hanno coinvolto 164.751 pazienti. L'uso di aspirina ha ridotto il rischio di infarto miocardico del 16% rispetto al placebo (RR 0,84; IC 95%, 0,75-0,94); tuttavia, nelle analisi di correlazione, l'aspirina non è stata associata, negli studi recenti, ad un ridotto rischio di infarto del miocardio, ma solo negli studi più datati. Complessivamente, l'uso di aspirina ha aumentato significativamente l'insorgenza di sanguinamenti maggiori (RR 1,49; IC 95%, 1,32-1,69) e ictus emorragico (RR 1,25; IC 95%, 1,01-1,54). Inoltre non sono state trovate differenze tra aspirina e placebo nei rischi di ictus per tutte le cause, morte cardiaca e mortalità per tutte le cause.

Gli autori, nonostante i risultati molto importanti, segnalano che l'eterogeneità degli studi può essere un importante bias, dato che lo studio più vecchio incluso risale al 2005; questo poiché in quegli anni non esistevano altri farmaci che potessero modificare il rischio cardiovascolare. Inoltre la dose di farmaco la durata del follow-up e le comorbilità sono molto diverse nei vari studi.

Comunque questa metanalisi non è che l'ultimo tassello di molti studi che hanno iniziato a sgretolare il monolite aspirina-prevenzione primaria. A questo cambiamento, che la medicina generale

inizia a sentire anche proprio, crediamo che abbiano contribuito due importanti fattori: la maggiore attenzione al rischio cardiovascolare e alla correzione dei fattori di rischio. Complici vari progetti si ASL o Regioni, i Medici di Medicina Generale si sono dovuti confrontare con il misurare e cercare di correggere gli stili di vita. Gli stessi gruppi di cammino, o le molteplici iniziative di counseling per il fumo, sono il segnale di un cambiamento ormai acquisito sia dai medici sia dalla popolazione. Inoltre la possibilità di modificare il rischio cardiovascolare con l'utilizzo delle statine, e il maggiore uso dei farmaci antiipertensivi (con target di pressione più bassi) hanno cambiato l'orizzonte e, probabilmente, l'aspirina non è sempre e solo il primo farmaco a cui pensare.

Andrebbe quindi modificato il paradigma a cui siamo abituati: l'aspirina, l'età e la somma di più fattori di rischio non determinano un beneficio aggiuntivo in soggetti anziani a rischio (4), tranne nei diabetici a rischio elevato (5).

A differenza di altri interventi preventivi l'uso di aspirina è gravato da un rischio emorragico che controbilancia i potenziali vantaggi.

Questi punti sono stati recentemente ripresi anche dalle linee guida ESC 2019. Va comunque sempre ricordato che in pazienti in prevenzione secondaria (grave aterosclerosi, ictus, infarto, angina) la somministrazione di aspirina è sempre fortemente raccomandata e vantaggiosa

in termini di morbilità e mortalità, ancor di più in soggetti a rischio estremamente alto (infarto in fase acuta o nel primo anno post infarto, soprattutto se è stato impiantato uno stent).

Quindi fattori tra loro connessi, che stanno migliorando l'epidemiologia delle malattie cardiovascolari, fanno sì che l'intervento sulla funzione piastrinica non rappresenti più un obiettivo terapeutico vantaggioso. Questo ruolo invece, può essere assunto da farmaci come le statine, il cui profilo di rischio è più favorevole, dal momento che agisce su differenti fattori causali degli eventi tromboembolici.

Bibliografia

1. Ridker PM, Should Aspirin Be Used for Primary Prevention in the Post-Statins Era? *N Engl J Med* 379;16, 2018
2. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 2016
3. Shan R et Al, Meta-Analysis of Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases in the Context of Contemporary Preventive Strategies. *Am J Med.* 2019
4. McNeil JJ et al. for the ASPREE Investigator Group Effect of Aspirin on Disability-free Survival in the Healthy Elderly. *N Engl J Med* 2018; 379:1499-1508
5. ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L et al Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. *N Engl J Med.* 2018 Oct 18;379(16):1529-15

TRASMISSIONE DELLE CARTELLE COMPUTERIZZATE A FINE CARRIERA DEL MMG

Francesco Del Zotti ^{1,2},
Lorenzo Adami ¹, Ing Andrea Gelpi ²

1- Centro Studi Fimmg Verona;
2- Associazione SicurDott

*L'articolo è stato pubblicato anche
su MD 7/2019*

Cosa fare, in prossimità del pensionamento, del proprio database costituito da "Schede Sanitarie Individuali In-formatizzate" (Ssii) costruito in decenni di lavoro certosino? È un problema la cui soluzione va pianificata per tempo e possibilmente normata; ciò soprattutto nell'epoca della rete e del Fse che ha reso più rischiosi eventuali passaggi superficiali di informazione da un Mmg all'altro, in assenza del consenso esplicito del paziente. Sarebbe comunque una perdita secca per tutti - per il medico che prende in carico quel paziente e per la collettività - che la raccolta quotidiana di preziosi dati sanitari dei nostri pazienti vada dispersa.

La questione coinvolge vari attori:

il medico pensionando; il Mmg subentrante che prende in cura i pazienti, con/senza accordo con il medico pensionando; il paziente che "richiede" al

proprio medico pensionando i dati sanitari; la Ulss e la Regione presso cui il Mmg pensionando ed il medico subentrante lavorano.

Scenari possibili

Modi di comporre la Scheda Cartacea o i File da Trasmettere

A) Sintesi cartacea:

il medico pensionando potrebbe produrre una sintesi cartacea da passare al paziente. Si tratta della soluzione meno rischiosa in termini di rispetto della normativa GDPR, in attesa di riflessioni e accordi migliori. È una soluzione che necessita di tempo da parte del Mmg per la produzione della sintesi e per la consegna al paziente e che comporta per il medico subentrante una perdita informativa rispetto alla cartella computerizzata del paziente.

B) CD o Pennette:

da cedere direttamente ai pazienti che richiedono qualche documentazione. Il vantaggio è nel passaggio diretto del file al paziente, il che rispetterebbe il GDPR; ma anche questa è una soluzione che richiede tempo professionale e una certa attenzione alla preparazione di un file esportabile ed immune da virus.

C) Passaggio di file da medico a medico:

il medico pensionando potrebbe cedere al medico subentrante i file delle

cartelle computerizzate, in genere fornite in maniera completa. È una maniera comoda per i due Mmg (soprattutto se il medico subentrante resta nello studio del primo medico); ma a volte essa è eseguita senza il pieno consenso formale del paziente.

D) Modalità della trasmissione telematica ad altro Mmg o ai pazienti:

Per email non criptate.

Alcuni Mmg spediscono la cartella elettronica per comuni email non criptate: ciò è totalmente insicuro e a rischio di forti multe del GDPR e del garante, che si è espresso contro l'uso delle comuni email.

Per email criptate.

È legittimo e praticabile l'invio del file.rtf zippato o pdf con password tramite posta elettronica all'interessato ancora poco comune, ma auspicabile è l'uso di programmi di posta elettronica totalmente criptati (ad es: prontonmail; Tuta-nota) da usare da Mmg inviante e Mmg ricevente. Essi non hanno bisogno di ulteriori passaggi di password.

È da citare che alcune aziende di software di cartelle computerizzate hanno organizzato un sito sicuro *https* per ogni paziente sia per scarico delle ricette, sia per l'eventuale download della cartella.

Modi di trasmissione informatica da cartella computerizzata a cartella computerizzata di diversa azienda

Le software house devono percorrere non poca strada per adeguarsi al GDPR che prevede ad esempio la security by design e by default. Ad oggi l'unico modo è la cifratura dei dati e dell'intero database. Le software house devono farsi rapidamente carico di questo.

Altro punto, sempre dal GDPR, la portabilità dei dati da una cartella all'altra: è un obbligo. I software dovranno usare uno standard (xml) per esportare e importare dati che arriveranno criptati. Usare la cifratura dei dati permette di preoccuparsi meno del sistema di comunicazione, via mail o via messaggistica o altro.

Contenuto minimo e massimo dell'estrazione

Intanto bisogna stabilire la differenza tra Cartella ospedaliera e cartella computerizzata del Mmg, la quale è un diario e non cartella a tutti gli effetti. E poi: cosa estrarre?

Cosa non bisogna trasmettere

Non le note di commento private sul paziente (ad es: "ha malattie immaginarie"; "non segue i miei consigli"; "è conflittuale"; "è insopportabile").

Per i Mmg più anziani con cartelle nate molti anni prima della rete, e compilate e

visionate allora solo dal Mmg, era abituale scrivere note sulla personalità e comportamento del paziente; note che nell'epoca di Internet potrebbero essere non accettate dal paziente. Ciò significa che i Mmg con le cartelle pre-internet dovranno svolgere un ulteriore lavoro prima di trasmettere le informazioni al paziente o ad altro medico di famiglia.

Ciò che è utile trasmettere

- la nostra anamnesi ed esame obiettivo; le misure della PA; peso; altezza; fumo;
- le malattie Codificate; ma anche le nostre note in merito alle possibili diagnosi differenziali (tra l'altro ciò potrebbe proteggerci in caso di contestazione);
- gli interventi chirurgici e ricoveri importanti; le protesi;
- le allergie;
- la lista dei farmaci ed esami prescritti.

In merito ai risultati degli esami e visite, il Mmg non è tenuto ad essere fedele e certosino nella conservazione. Spesso registra solo una parte dei risultati o dei referti-testi o referti-immagine degli esami radiologici o strumentali. Diversa è la questione per i non pochi Mmg che scannerizzano documenti; ciò avvicina il nostro diario ad una cartella ospedaliera, con qualche svantaggio in termini di responsabilità.

Modalità di archiviazione a lungo termine.

Il Mmg ha il dovere di tenere, intatta, una copia delle cartelle computerizzate per almeno 10 anni.

Si pongono questioni tecniche in merito alle modalità della tenuta dell'hardware, del sistema operativo del PC ove deve essere mantenuto il database; nonché problemi di mantenimento contrattuale e relativi costi con la software house.

Chi dovrebbe pagare il lavoro di consegna delle cartelle?

Dall'analisi delle complessità sopra elencate si evince che in ogni caso il Mmg che voglia trasmettere, in forma cartacea o computerizzata le cartelle dei propri pazienti va incontro a dei costi. Che fare?

A) FARSÌ PAGARE DAI PAZIENTI?

Qualche Mmg si è fatto pagare la consegna dei dati elettronici in CD o penne; ma poi ha dovuto rispondere a qualche ODM, che ha dato ragione alla contestazione di alcuni pazienti.

D'altra parte, il Mmg nel comporre una sintesi o nel trasmettere un file deve non solo perdere tempo, ma magari anche rispondere di virus nel file. Un lavoro non solo di composizione fisica dell'oggetto, ma anche di adattamento della cartella (nata magari 25 anni prima, nell'epoca pre-rete in cui il medico usava la cartella solo per sé).

Inoltre secondo alcuni esponenti ordinistici, la cartella del Mmg non è equiparabile alla cartella ospedaliera: il Mmg è tenuto a compilare un diario, ma non una struttura documentale uguale a quella ospedaliera. Vi sono altresì giuristi che hanno dichiarato che è legittimo che il medico si faccia pagare, dietro regolare fattura, come "certificazione", un testo ove compaiono diagnosi, ricoveri e terapie in corso.

B) FARSI PAGARE DAL MEDICO SUBENTRANTE?

Qui si corrono rischi legali, in assenza di una chiara normativa in proposito.

C) FARSI PAGARE DALLE AUTORITÀ SANITARIE?

In fondo una buona procedura di passaggio delle informazioni sanitarie è a vantaggio dei cittadini. E sarebbe logico che questo lavoro extra del medico di famiglia, spesso eseguito appena o anche dopo la pensione, abbia un corrispettivo economico da parte delle Regioni. Si tratta di una procedura attualmente non in vigore.

Conclusioni e proposte

Dall'analisi emerge la complessità relazionale, giuridica e tecnica dei passaggi informativi dal Mmg precedente al paziente o al medico successivo.

Ciò merita che gli Ordini dei Medici ed i sindacati, con l'aiuto di giuristi ed esperti di informatica, coordinino un approfondimento e delle proposte. Ciò al fine di stabilire, nella nuova Convenzione della MG, nuove e più idonee regole.

Oggi questi passaggi nel caso di cambio medico o della pensione di un Mmg sono spesso difettosi e traumatici. Ciò avviene sia perché non tutte le software house hanno modalità facilitanti l'esportazione delle cartelle, sia perché non sono chiare le modalità di consenso del paziente, nell'epoca del GDPR.

Inoltre il medico di medicina generale non è incoraggiato a programmare in maniera esplicita gli ultimi mesi di lavoro, visto il rischio di perdere pazienti e parte dello stipendio.

Per compensare questo rischio sarebbe importante impostare una sorta di "buonuscita" anche per i Mmg. Una buonuscita da collegare a vari fattori: al riconoscimento economico della formazione del medico che gli succede; alla quantità dei dati del suo database; a certi indicatori della qualità delle cartelle (simili a quelli già introdotti in alcune Regioni).

Cessione e consegna di cartelle o dati: mancano i riferimenti

Né nell'Acn vigente, né nel Codice Deontologico vi è un riferimento esplicito in relazione all'obbligo di cessione e consegna di cartelle o dati, si parla solo di rilascio di certificazioni e, in genere, i certificati sono soggetti a compenso.

La Convenzione e il database

Acn vigente, art. 45 comma 2 lett. "b) la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lettera B, ad uso del medico e ad utilità dell'assistito e del Ssn, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal comma 9 art. 52 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 della Legge 24 novembre 2003 n. 326;

Codice Deontologico

• Art 24 Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati o oggettivamente documentati.

• Art 25 Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa (...).

• Art 26 Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale all'evento ricovero, con completezza, chiarezza (...) il medico è tenuto nella compilazione della cartella clinica alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta registrazione dei dati e alla più responsabile formulazione dei giudizi.

NET-ANTICOLINERGICI TRA I PAZIENTI ETÀ UGUALE O MAGGIORE A 65 ANNI

A cura della Lista NETAUDIT

(www.netaudit.org)

MMG partecipanti: Augruso Angelo, Dalla Benetta Elisa, Del Zotti Francesco, Dolci Alberto, Farinaro Carmine, Franzoso Federico, Lippa Luciano, Lippolis Orazio, Pasculli Domenico, Pastacaldi Guido, Pasticci Concetta, Lupi Lorenzo, Luppi Davide, Merlini Giovanni e Francomano Vincenzo**, Oliveti Alberto e Samuele Angeletti**, Ranzani Luca, Sabbi Diego e Cottatellucci Teresa**, Tangorra Francesco A., Tedeschi Luca, Tulino Renato

***Giovani MMG attivi collaboratori nell'Audit del rispettivo Titolare del database*

BACKGROUND

In letteratura emerge in maniera netta un rischio per le funzioni cognitive degli anziani quando si usano farmaci a spiccato effetto cognitivo. Alcuni recenti articoli (vedi in particolare quello sul *BMJ Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. BMJ 2018; 361*) fanno riferimento ad un chiaro rischio di demenza per un certo ben identificato numero di farmaci a forte effetto anticolinergico, soprattutto negli anziani. Si tratta di farmaci non poche volte sostituibili con altri o con manovre non farmacologiche

METODI

Rivista QQ Numero 1, Gennaio 2020

19

OBIETTIVO E CRITERIO DI INCLUSIONE

Identificare, nel denominatore dei pazienti di età uguale o maggiore di 65 anni, la proporzione di pazienti che assumono in maniera continuativa farmaci a forte effetto anticolinergico: almeno 2 scatole in 12 mesi (viene valutato l'intero anno 2018). La lista dei farmaci concordata è presente in un punto successivo.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono stati esclusi pazienti anziani terminali, parkinsoniani, con demenza conclamata, psicotici, pazienti neurologici con epilessia o con spasticità. Si tratta di pazienti in cui alcuni anticolinergici in cronico sono più strettamente indicati e ove il rapporto benefici/costi può essere a favore dei benefici.

METODOLOGIA DI SCELTA DEGLI ANTICOLINERGICI DA VALUTARE

La intera lista dei farmaci con effetto importante (alcuni dei quali prescritti con una certa frequenza, e che saranno da scegliere per l'audit) è stata derivata dalle tabelle ai Link

<https://app.box.com/s/uvelbpmfs66a6s4f8ib6dotyc2kcj1z9>

e in:

<https://www.farmacovigilanza.eu/content/farmaci-ad-azione-anticolinergica-negli-anziani>

Tra i farmaci ai Link precedenti, abbiamo operato una scelta. La nostra scelta ha escluso i farmaci in genere usati per malattie particolari e rare; o usati solo per disturbi acuti; sono stati inseriti solo quelli con rischio medio-alto (categoria 2-3 nella prima Tabella al primo link sovrastante).

Ecco l'elenco dei farmaci prescelti

Amitriptilina; Carbamazepina; ox-carbamazepina; Clomipramina; Imipramina; Nortriptilina; oxibutinina (detta anche ossibutinina); Paroxetina; Quetiapina; Solifenacina; Tolterodina

ESTRAZIONE CON METODO SQL

Con una frase ad hoc abbiamo estratto dai software di cartelle dotati di estrattori SQL una tabella che valuta in ogni paziente di età uguale o maggiore ai 65 anni, la presenza o assenza di prescrizioni nell' anno 2018 di uno o più farmaci con importante effetto anticolinergico (vedi le tabelle citate nel punto precedente " metodologia di scelta dell'anticolinergico). La frase SQL ha quindi prodotto una tabella-foglio elettronico, su cui sono state effettuate le conte.

L'ordinamento e le conte sono state assistite da un Video creato ad Hoc, tutto in completa anonimizzazione dei pazienti.

RISULTATI

MMG Partecipanti: hanno partecipato 20 MMG titolari e 3 giovani MMG collaboratori del titolare attivi nell'audit (si veda la lista degli Autori)

NUMERO PAZIENTI ANALIZZATI

Il numero assistiti di tutti i MMG è stato di 28128 pazienti, con una media di 1406 pazienti per MMG (minimo 1102; massimo 1628)

NUMERO PAZIENTI DI ETÀ ≥65AA

Il totale degli anziani di età uguale o maggiore di 65 anni tra i 20 MMG è stato di 7862, con una media di 393 anziani per MMG (minimo 210; massimo 498)

NUMERO PAZIENTI DI ETÀ ≥65AA CON ALMENO UN ANTICOLINERGICO IN TERAPIA CONTINUA

Il totale tra i 20 mmg è stato di 394, con media per MMG di 19 pazienti (mediana: 16 ; minimo 4; massimo 46; 25.o quartile: 13; 75.o quartile: 30)

Quindi 394/7862 anziani sono in terapia, pari al 5% degli anziani.

USO DEI DIVERSI ANTICOLINERGICI

L'analisi della somma di prescrizioni per i 20 MMG mostra che solo alcuni degli 11 farmaci anticolinergici hanno un uso che vada oltre le poche unità per mmg. In effetti il totale delle prescrizioni per l'intero gruppo dei MMG mostra che in 8 farmaci su 11 gran parte dei MMG o ha nessuna prescrizione o al massimo 1-2 prescrizioni.

Solo per 3 farmaci vi è una prescrizione degna di nota; per tali 3 farmaci il totale dei pazienti in cura tra i 20 MMG è : 58 con l'**amitriptilina** (quindi in media circa 3 pazienti per MMG); 76 pazienti per la **quietapina** (circa 4 pazienti in terapia per MMG); e 196 per la **paroxetina** (circa 10 pazienti per MMG). Gli ultimi due farmaci qui analizzati (quetiapina e paroxetina) sono proprio quelli più evitabili o sostituibili, in base alla sceda tecnica e alle valutazioni dei farmacologi.

Proporzione di uso di Quietapina o paroxetina e variabilità tra i MMG (figura 1)

Se ci limitiamo a questi due farmaci, rileviamo che li usano ben 272 pazienti, il 69%, sui 394 anziani in anticolinergici dei 20 MMG (69% - Intervallo di confidenza da 64% a 73%).

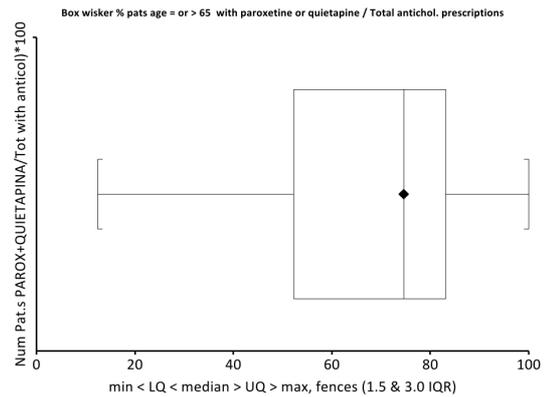


Figura1

Importante è la variabilità di questa proporzione tra MMG, come si evince dalla figura 1: si va da un minimo dello 0% per un MMG al massimo del 100% per un altro mmg; mediana 74% ; la proporzione risulta nel complesso elevata per il gruppo dei 20 MMG: quartile inferiore(25.o): 52%; quartile superiore(75.o: 83%).

CONCLUSIONI

Le prescrizioni di anticolinergici di media o alta potenza negli anziani, dannose per le loro funzioni cognitive, dal nostro studio risultano fortunatamente essere poco numerose tra i 20 MMG aderenti. Pur in un contesto limitato si staglia comunque la prescrizione di due farmaci, la paroxetina e la quietapina, che dai farmacologi sono considerati farmaci evitabili o sostituibili. Probabilmente questa elevata proporzione dei due farmaci deriva dalla non completa conoscenza tra i MMG dei pochi studi

referenziati sugli effetti degli anticolinergici negli anziani. Nello stesso tempo la possibilità di condurre con poche energie Netaudit come questo può dare energia alla concreta possibilità di sostituire o evitare questi farmaci negli anziani.

BIBLIOGRAFIA

1) Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. BMJ 2018; 361 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1315> (Published 25 April 2018)

EVOLUZIONE DI UNO STRUMENTO PER LA MAPPATURA E CENSIMENTO DELLE VARIE TIPOLOGIE DI VARIABILI DEL LAVORO AMBULATORIALE DEI MMG

Elisa Cosaro

III anno Corso Scuola MG Verona

Francesco Del Zotti

MMG Verona- Direttore Netaudit

Il lavoro che ci apprestiamo a presentare rappresenta un aggiornamento ed un miglioramento di due precedenti studi del 2017 e del 2018 condotti con l'aiuto di alcune colleghe e colleghi Tirocinanti della Scuola di Formazione in Medicina Generale volti ad analizzare le diverse dimensioni bio-psico-sociali emergenti durante una visita nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (1; 2) . Lo scopo era quello di fornire uno schema semplificato e pratico (Tabella 1) , adatto a guidare la formazione dei Medici di Famiglia.

Dal lavoro di analisi di centinaia di visite è stato possibile costruire una tabella che schematizza le **quattro variabili principali** che possono emergere durante una visita ambulatoriale: clinica, organizzativa-logistica, psicologica-relazionale e sociale. Per ciascuna delle variabili sono state poi individuate diverse sottocategorie.

La **variabile clinica** comprende gli aspetti prettamente clinico-diagnostico-terapeutici. La **variabile organizzativa**

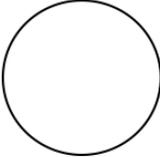
consta dei fattori di gestione dello studio medico e del personale paramedico e "laico" (segretaria, informatico), la componente informatica e la gestione dei flussi informativi e comunicativi, nonché l'utilizzo di devices. La variabile **psicologica-relazionale** comprende gli aspetti personali del paziente, in particolare ciò che riguarda il background affettivo e relazionale nell'ambito della sua famiglia e del rapporto con i caregivers in caso di soggetti fragili, ma anche il rapporto con il MMG e con la medicina di Il livello. Infine, la **variabile sociale** amplia e approfondisce le caratteristiche del contesto sociale lavorativo e urbano del paziente e il ruolo del MMG come soggetto certificatore nell'ambito della relazione con la Regione e lo Stato.

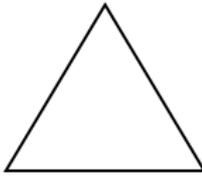
Negli ultimi 3 mesi abbiamo proseguito nell'utilizzo dello schema applicandolo quotidianamente a quattro visite randomizzate dalla lista dei pazienti programmati in ambulatorio e abbiamo perfezionato e arricchito le caratteristiche analizzate. Questo lavoro si è reso necessario per varie ragioni. In primo luogo, lo schema proposto è stato concepito come strumento "attivo" in grado di guidare l'apprendimento del Medico di Famiglia. Per tale propria natura, esso ha mostrato con il tempo e l'utilizzo prolungato alcune mancanze e altre ridondanze che abbiamo cercato di appianare.

Tabella 1

Nuovo aggiornamento (2019), scheda-variabili e simboli per analisi biopsicosociale degli accessi all'ambulatorio del medico di medicina generale

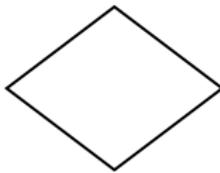
Le frasi in rosso sono le variabili aggiunte o modificate dell'ultima versione

	<ol style="list-style-type: none">1) Raccolta sintomi e segni presentati2) Eventuali Clinical Pointer essenziali (no visione sistematica "da libro")3) Esame obiettivo contestuale ai punti 1 e 2 e misure sensibili4) Lettura ed interpretazione di esami, test, visite e tecnica di registrazione dati in cartella5) Gestione degli esami di routine e degli screening "opportunistici" nel singolo paziente6) Terapia farmacologica acuta o cronica7) Modalità di prescrizione e scelta di test, visite, specialisti8) Riconoscimento caso particolare e suo approfondimento con aggiornamento ad hoc seguendo appropriatezza, LG, EBM9) Diagnosi differenziale e priorità decisionale di un processo diagnostico-terapeutico rispetto ad un altro10) Scelta fra approccio conservativo e urgente in relazione al tipo di problema del paziente: gestione del tempo e differenze con la medicina specialistica <hr/>
	<ol style="list-style-type: none">11) Cartella clinica computerizzata: modalità di gestione della lista problemi, della richiesta e risposta ai test di laboratorio, di imaging, delle visite e inserimento dati significativi (es. allergie, intolleranze etc)12) La gestione delle medicazioni e delle urgenze (protocollo operativo per gestione urgenze, medicazioni e disinfezione)13) Il ruolo del personale di segreteria e/o infermieristico e la gestione delle informazioni sensibili raccolte in ambulatorio14) L'office automation in MG e i sistemi di comunicazione: uso segreteria telefonica, fax, stampanti, fotocopiatrici; sms, e-mail e il ruolo del medico come educatore nel contesto della sanità digitale (uso excel etc)15) Quali micro-tecnologie usare in ambulatorio e come-quando vengono utilizzate16) Audit in MG a partire dalla cartella computerizzata <hr/>



ASPETTI
PSICOLOGICI O
RELAZIONALI

- 17) **Singolo paziente e background affettivo, familiare, relazionale** → il paziente e il MMG tra necessità di **difendere la sicurezza dei dati e della relazione di fiducia e l'utilità di condividere dati e risorse umane in caso di problemi gravi nell'ambito dei rischi ed opportunità date dalla telematica**
- 18) **Modalità di presentazione dei problemi del paziente e l'azione del MMG come attore del cambiamento**
- 19) **Identificazione e gestione dello stress psico-fisico del paziente, dei familiari e del MMG stesso. L'importanza del metodo di gestione della visita ambulatoriale e/o domiciliare (tempo per confidenze, costruzione del "rapporto umano" con il paziente, esempi di "ascolto allargato")**
- 20) **La famiglia, i care giver e l'assistenza al paziente fragile**
- 21) **Il MMG come consigliere della salute del paziente e la delicatezza e il metodo di suggerire modifiche comportamentali e i metodi di miglioramento della relazione medico-paziente e dell'educazione sanitaria, in relazione al counselling**
- 22) **MMG e Medicina Distrettuale/Medicina II livello: episodi di cooperazione e contrasti. Identificazione dei problemi o delle risorse e percorsi di soluzione relazionale (es. limitazione delle risorse, prescrizione presidi, gestione ADI/ADP)**



ASPETTI
SOCIALI

- 23) **Il paziente e l'identificazione dei suoi problemi o risorse sociali**
- 24) **La complessità delle cause e determinanti di salute e malattia: modalità di soluzioni seguendo il modello bio-psyco-sociale**
- 25) **Il MMG fra ruolo di advocacy e di pubblico ufficiale: **le diverse certificazioni** (INPS, invalidità, anamnestico per patente e porto d'armi, sportivo, INAIL etc) **nonché il MMG che avvia il sostegno sociale** (e delicati aspetti relazionali fra MMG e paziente)**
- 26) **Il MMG e i rapporti con la Regione e lo Stato** in particolare riguardo a progetti, campagne preventive, note limitative, contributi erogati in casi di particolare necessità. Inoltre relazione con la telematica pubblica: flussi, ricetta dematerializzata, Fascicolo Sanitario Elettronico, piani terapeutici, Web Care
- 27) **Il MMG e gli altri MMG: Medicina di Gruppo o AFT o reti orizzontali: rischi e opportunità**
- 28) **Il MMG "solitario" e il MMG collegato a Cooperative, Sindacati, società Culturali, reti telematiche**
- 29) **Il MMG e le iniziative di istituzioni culturali della medicina collegabili alla MG** (Scuola di Formazione in MG, ODM, Istituti di Ricerca, Università)
- 30) **Il MMG e la società circostante** (ad es. conoscenza del quartiere e dei suoi rischi e opportunità, eventuale impegno civico e raccordo con l'attività professionale)

In seconda battuta, lo schema ha risentito necessariamente delle continue e sostanziali modifiche del lavoro del MMG negli ultimi mesi, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti informatici, di gestione dei dati e di rapporto, spesso non facile, con gli enti Regionali e Statali.

Differenza tra *Valutazione Numerica Libera Delle Variabili Bio-Psico-Sociale* (nelle prime 2 settimane di tirocinio) e Valutazione con lo *Schema* nelle settimane successive.

Nelle prime settimane la tirocinante è stata lasciata libera di registrare le variabili che si presentavano durante le visite ambulatoriali. Di seguito riportiamo le percentuali delle diverse variabili che la corsista ha individuato.

Totale visite valutate: 71 pz (dal 03/06/2019 al 18/06/2019)

La corsista Dottoressa Cosaro ha ritenuto di registrare un problema emergente in 63/71 visite ambulatoriali.

Considerate nel loro complesso, è stato individuato un problema prevalente di *tipo clinico* in 45 visite (45/63, 71.4%) e un problema prevalente *psico-sociale* in 18 visite (18/63, 28.6%).

Nell'attuale valutazione libera della tirocinante si è riscontrata una proporzione di problematiche psicosociali inferiore a quella valutata, con l'aiuto dello schema della Tabella 1, nel lavoro della Drssa Magalini. In effetti ella aveva valutato 259

visite ambulatoriali randomizzate, ove vi era stata la raccolta di 731 variabili, di cui 26 di tipo logistiche. Se ci si ferma alle 705 variabili cliniche o psicosociali: la dimensione psicosociale fu qui del 43% e quella clinica del restante 57% .

Emerge quindi una netta differenza tra le due proporzioni del 14,4% di componente psicosociale (a favore dell'impiego dello schema grafico delle variabili), con intervallo di confidenza della differenza che va dall'1.7% al 24% e un $P < 0,03$.

Modifiche Apportate Allo Schema Delle Problematiche Bio-Psico-Sociali

Per quanto riguarda la variabile "clinica" (simbolo: CERCHIO) abbiamo meglio specificato e aggiunto indicazioni sulle misurazioni nell'ambito dell'esame obiettivo (punto 3). Queste, che comprendono la misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione capillare dell'ossigeno, temperatura corporea) e dei parametri fisici del paziente (peso, altezza, circonferenza vita) devono essere considerate dati fondamentali nell'ambito della visita medica, sia in relazione alla formulazione di un corretto sospetto diagnostico, sia per quanto riguarda la determinazione dei vari fattori di rischio per patologia (ad esempio il rischio cardiovascolare). In questa categoria andrebbero altresì considerati i dati numerici descrittivi di variabili qualitative,

come nel caso della scala NRS del dolore, del numero di sigarette fumate o delle unità di alcolici consumate.

In merito alla variabile "management e logistica" (simbolo: QUADRATO), abbiamo ritenuto necessario introdurre un'ulteriore specificazione dei protocolli operativi e di gestione del team in merito agli spazi e materiali per le urgenze, medicazioni e disinfezione (punto 12). Abbiamo inoltre voluto rimarcare la necessità di controllare adeguatamente la "gestione delle informazioni sensibili raccolte in ambulatorio" (punto 13): in questi ultimi anni, infatti, il flusso di dati sensibili e delicati che riceviamo in ambulatorio a più livelli (medico, infermiera, segretaria) è aumentato di molto, soprattutto con la diffusione capillare di nuove tecniche comunicative, oramai utilizzate anche da pazienti non più giovanissimi. Questo ci impone di responsabilizzare la nostra professione e quella dei nostri collaboratori, sia per quanto riguarda l'immagazzinamento di questi dati, sia per quel che attiene la loro gestione in rapporto anche al comportamento del paziente. Quest'ultimo aspetto viene indicato al punto 14, dove riportiamo la nuova descrizione del medico come educatore nel contesto della sanità digitale.

I maggiori cambiamenti che abbiamo apportato alla tabella delle variabili sono stati nell'ambito degli "aspetti psicologici e relazionali" (simbolo: TRIANGOLO). Abbiamo sottoposto a revisione ogni

punto incrementando i dettagli descrittivi. In particolare, per quanto riguarda il "singolo paziente e il suo background" (punto 17), abbiamo posto l'accento sulla necessità di condividere anche per via telematica, dati e risorse umane, della primary care, soprattutto in casi gravi, pur nella consapevolezza dei rischi e delle opportunità connesse alla telematica. È ormai pratica comune, infatti, che in caso di situazioni cliniche gravi o particolarmente complesse, sia necessario porre il paziente al centro di una vera e propria rete di professionisti in vari settori (MMG, specialista, infermieri, assistenti sociali etc). Queste figure, per poter collaborare efficientemente al benessere del paziente, devono necessariamente scambiarsi delle informazioni e comunicare spesso con sistemi, dei quali devono conoscere le potenzialità positive, ma anche i pericoli (spesso più nascosti ed insidiosi); pensiamo ad esempio alle e-mail non criptate, agli sms o all'uso di messaggistica tramite applicazioni fuori dal contesto europeo e Gdpr. Al punto 19 ("identificazione e gestione dello stress psico-fisico") abbiamo voluto esplicitare quella che sarà sempre più una capacità da affinare per i medici di famiglia: la conoscenza delle tecniche di comprensione e controllo dello stress, da applicare sia alle visite ambulatoriali che a quelle domiciliari, compresi alcuni "trucchetti" che si possono rivelare utili per migliorare il rapporto col paziente

(utilizzo adeguato del tempo e spazio per le confidenze e per creare una certa familiarità). Tale competenza viene rimarcata al punto 21 (“MMG come consigliere della salute del paziente”) laddove la buona relazione MMG-paziente introduce la possibilità per il medico di famiglia di correggere, laddove necessario, eventuali comportamenti non idonei del paziente, che possano metterne a repentaglio la salute futura. Il punto 22, che definiva i rapporti fra MMG e medicina distrettuale, è stato descritto più nel dettaglio con l’indicazione delle nuove organizzazioni gestionali dei pazienti fragili tramite ADP/ADI e la gestione dei presidi a domicilio.

Infine, nell’ambito della variabile “aspetti sociali” (simbolo: ROMBO o DOPPIO TRIANGOLO), abbiamo indicato come certificati di competenza del MMG quelli INAIL e gli sportivi non agonistici (punto 25) e, al punto 26, nel contesto della relazione fra MMG e Regione/Stato, abbiamo segnalato il nostro ruolo in merito all’erogazione di contributi economici e nella gestione di piani terapeutici, compreso il portale Web Care.

La Corsista, Dr. Cosaro, ha riscontrato che al primo approccio l’utilizzo dello schema di analisi bio-psico-sociale della visita ambulatoriale non è stato semplicissimo, non tanto per la complessità dello schema stesso, quanto per la necessità di modificare l’approccio consolidato nella gestione della visita medica ambulatoriale.

Troppo spesso, infatti, quello che ci viene insegnato è la costante e spasmodica attenzione all’individuazione e alla risoluzione dei problemi prettamente clinici, nella classica identificazione della figura del medico come soggetto esperto che fa diagnosi e imposta terapie. L’attività del Medico di Famiglia, forse più di tutte le altre, deve invece essere di tipo complesso e globale, poiché il paziente non è mai un unicum isolato dal proprio contesto, così come i problemi, i sintomi e i quesiti che ci pone non possono mai essere considerati avulsi dal suo “ambiente” organico, relazionale e sociale. Da questo punto di vista la Corsista ritiene che l’utilizzo da parte di giovani colleghi in formazione di questo strumento molto semplice ed immediato possa permettere lo sviluppo e implementazione delle proprie capacità di riconoscimento e gestione di tutti gli ambiti complessi che il paziente ci presenta. Ella ritiene che, per i Colleghi con più esperienza, la rivalutazione dei casi più complicati o intricati alla luce dello schema bio-psico-sociale, possa aiutare nel porre nella giusta importanza tutte le sfaccettature del paziente che incontriamo quotidianamente in ambulatorio, soprattutto in caso di soggetti fragili sia fisicamente che dal punto di vista psicologico-sociale.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati e dalle valutazioni emergono sia suggerimenti per il miglioramento dello strumento nel mappare le varie tipologie di problemi nelle visite ambulatoriali sia un' iniziale dimostrazione, con dati numerici: lo strumento sembra spostare il focus attentivo dei Corsisti della Scuola di MG dal monopolio della dimensione clinica all'attenzione a tutte le classi di variabili del lavoro del MG .

Nel futuro, particolare attenzione dovremo porre nel comprendere i motivi del riscontro di basse percentuali delle variabili logistiche nell'uso del modulo strutturato.

Bibliografia

1. Rivista La Qualità e le qualità in MG- QQ, Numero 1, Gennaio 2017
2. Rivista Rivista La Qualità e le qualità in MG- QQ, Numero 1, Febbraio 2019.