

Periodico Trimestrale di Ricerca e
VRQ in Medicina Generale
Comitato di Redazione: Mario Baruchello,
Franco Del Zotti, Daniele Giraldi, Sandro Girotto,
Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,
Roberto Mora, Michele Valente



Direttore Responsabile: Roberto Mora
Collaboratori Internazionali: Julian Tudor Hart,
Paul Wallace
Proprietario Editore: Roberto Mora
Direzione: Via dell'Artigliere, 16
37045 Legnago (VR)
Redazione: p/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza
Stampa: Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)
La rivista è pubblicata con il contributo della
Società Italiana di VRQ

Chi siamo?

Da alcuni anni un gruppo di medici di medicina generale ha tessuto un dialogo intenso sul tema della *qualità* della propria professione attraverso convegni di società scientifiche, riviste di categoria e numerose iniziative formative della propria area geografica nel nord - est della penisola. Dalla osservazione che innumerevoli sono le esperienze comuni ai medici di medicina generale anche quando essi operano in condizioni assai diverse e lavorano da soli e isolati fisicamente, siamo passati all'idea di costruire un progetto editoriale.

Cosa cerchiamo assieme ?

Siamo convinti che il medico di famiglia difficilmente possa condurre, da unico protagonista, vaste e rigorose ricerche epidemiologiche, così lontane dal lavoro quotidiano di singoli o piccoli gruppi di medici. Egli invece attraverso le proprie testimonianze e la pubblicazione di mini ricerche, semplici casistiche, brevi esperienze di audit o racconti di singoli casi emblematici può superare il rischio della aneddotica. Ognuno contribuirà così alla circolazione tra colleghi di originali spunti di riflessione professionale e nello stesso tempo consegnerà alla comunità scientifica materiale ed ipotesi di lavoro utili per ulteriori approfondimenti. In sostanza, il Medico di Medicina Generale (MMG) ha spesso a che fare con variabili difficilmente quantificabili. Ma non sempre ciò che è misurabile e ciò che è importante sono direttamente correlabili. Lo psicologo Donald Norman ha studiato per anni il modo in cui si prendono decisioni nelle aziende.

Lo schema di riunione decisionale è il seguente:

Nella prima fase dei giovani dirigenti ambiziosi si alzano a parlare armati di tabelle, numeri, grafici...

In una seconda fase i dirigenti più anziani ed esperti intervengono raccontando "storie" del tipo:

"sapete, l'altro giorno mia figlia è tornata a casa e mi ha detto..."

Secondo Norman la logica dei numeri generalizza e rimuove le emozioni soggettive, le storie invece colgono i contesti e le emozioni, magari meno misurabili. Oltre alla Qualità razionale tipica ad esempio delle ricerche epidemiologiche, esistono quindi altre Qualità "irrazionali" come credenze, valori, disvalori, che guidano i comportamenti e le scelte nella pratica e nell'arte della medicina generale.

A chi ci rivolgiamo ?

A quei MMG che:

- Sono abituati a mettere in discussione le proprie competenze
- Lavorano da soli nel proprio ambulatorio senza "finestre comunicative"
- Hanno timore di esporre il contributo personale della propria esperienza, e dei propri "casi"
- Hanno un progetto nel cassetto, ma non sono riusciti a completarlo
- Pensano alla revisione critica continua del lavoro come imperativo etico verso il paziente
- Sono convinti sia necessario far emergere la specificità della disciplina della medicina generale.

Come possiamo collaborare ?

Sin dalla prima uscita questo progetto editoriale si pone come obiettivo inderogabile quello di essere un circolo aperto a tutti i MMG che chiederanno di trovare un loro spazio.

I contributi dei colleghi potranno articolarsi in:

- Semplici casi clinici con valore ritenuto di carattere generale
- Riflessioni epistemologiche sulla MG
- Piccole idee di audit individuale o di gruppo (che si intendono realizzare o già approntate)
- Poster
- Lettere
- Risultati parziali o finali di ricerche o revisioni di casi
- Eventi critici
- Esperienze formative
- Brevi relazioni su iniziative di aggiornamento
- Esperienze interdisciplinari
- Consigli sull'organizzazione del lavoro
- Analisi sull'uso dei farmaci
- Esposizione di problemi etici

INDICE

- 1 *Chi siamo*
- 2 *Decalogo di QQ*
- 2 *Sistema di Appuntamento in MG tra Miti e Realtà*
- 3 *Un audit al giorno: la griglia "pesa problemi"*
- 4 *Il benvenuto di Paul Wallace MMG Professor of Primary Health Care - Londra*

La veste grafica incoraggia l'inserimento di testi contenibili anche in mezza o tre/quarti di pagina con lo stile adatto a medici pratici.

I primi numeri saranno inviati a un limitato gruppo di MMG nell'ottica di una partenza come iniziativa locale ma con la speranza di raggiungere una diffusione allargata.

Sin da subito apriremo una nostra finestra sul mondo attraverso Internet.

Decalogo di QQ

La responsabilità del bollettino poggia esclusivamente sulle persone che compongono la Redazione, indipendentemente dal fatto che queste possano coltivare il giusto diritto di appartenere, nel contempo, a Società culturali o Sindacati.

Il bollettino deve contenere, nei primi 3 anni, per ogni numero, almeno il 75% di articoli scritti da medici di medicina generale. Il bollettino deve ospitare articoli di lunghezza non superiore alla pagina e mezza.

Preferibilmente "mezze pagine", per non tediarli i lettori, e, per incoraggiare i più timidi a scrivere quel poco che serve. Il bollettino deve ospitare almeno al 50% articoli su idee, difficoltà e realizzazioni di piccoli Audit e Ricerche di medici di medicina generale. Il bollettino deve ospitare almeno al 20-25% considerazioni qualitative su aspetti operativo-concreti (ad es.: cartelle, organizzazione dell'ambulatorio, casi clinici) e/o operativo-epistemologici (es.: la logica diagnostica del medico di famiglia, es. il medico e la famiglia, il medico e la comunità, il medico ed i servizi sociali). Queste considerazioni qualitative devono comunque tentare di superare la semplice aneddotica.

Il bollettino non dovrà ospitare una superficie di pubblicità superiore al 12,5% del totale (mezza pagina).

Il bollettino non ha come obiettivo prioritario quello di incrementare, oltre una certa misura, le sue copie. Gli obiettivi precisi sono quelli di mantenere una certa artigianalità e di accrescere, nel medio-lungo periodo, la qualità degli articoli.

Il bollettino nasce e cresce all'interno di una rete amical-professionale locale (Vicenza e Verona), ma ha anche l'ambizione di collegamenti autorevoli.

Il bollettino tenterà di ospitare, per alcuni nostri articoli, brevi commenti "benigni" di alcuni amici Professori di Medicina Generale di paesi esteri.

Il bollettino si augura che, dopo qualche anno, molti singoli medici di medicina generale anche di località isolate siano in grado di battere la fobia dello scrivere che blocca il vaso di Pandora della creatività della medicina generale italiana.

Sistema di Appuntamento in MG tra Miti e Realtà

di F. Del Zotti (Verona)
e M. Baruchello (Vicenza)

Motivazioni.

Nonostante da più parti - compresa la Convenzione per la MG - si sostenga l'utilità di Sistemi Appuntamento (SAP), il sistema è ancora poco utilizzato in Italia. Poche volte si è indagato in concreto sulla superiorità di questo approccio rispetto a quello libero, e sulle remore oggettive e soggettive di chi non lo ha adottato, o sulle considerazioni, sia positive che negative, di chi lo usa da tempo.

Inoltre abbiamo l'impressione che ci sia anche una non indifferente variabilità sulla stessa Definizione di Sistemi Appuntamento. Per delineare meglio il perimetro e le spigolosità del problema, abbiamo ritenuto utile studiare con un Questionario inviato ad un campione di MMG.

Metodi. È stato inviato nell'estate '95 un questionario anonimo postale con risposta preaffrancata a 200 MMG italiani scelti con criteri random tra i soci delle società scientifiche e Animatori di Formazione della SIMG e della VRQ.

Risposte al questionario. Abbiamo ricevuto 98 risposte, pari al 49%, percentuale soddisfacente per un questionario senza il richiamo. 6 risposte erano incomplete o illeggibili. La statistica quindi riguarda 92 questionari. 47/92 dei rispondenti ha adottato un sistema di appuntamento, pari al 51% dei questionari analizzati. Considerando una possibile Distorsione (Bias) di Compiacenza tra i responders, vi è quindi la possibilità che una percentuale abbastanza al di sotto del 50% adotti un SAP.

Quindi anche MMG Animatori con motivazione professionale medio-alta, hanno difficoltà ad implementare questo Standard.

SAP e Medicina di Gruppo e Segreteria. Prima di un rendiconto analitico di principali dati dello Studio, inizieremo da un dato quasi incidentale dello Studio. Tra coloro che non sono in gruppo una percentuale sorprendentemente alta (80%) ha risposto "sì" alla Domanda: "Se ci fossero le condizioni facilitanti sceglieresti di esercitare in gruppo?". Inoltre adottano SAP 18/27 di coloro che lavorano in gruppo, rispetto a 29/65 di coloro che lavorano da soli. Questo entusiasmo verso i gruppi non è senza fondamenti. I Gruppi rendono più agevole l'assunzione di un Addetta/o alla Segreteria (AS). Infatti nel nostro campione i medici che lavorano in Gruppo hanno segretarie (21/27) in maniera significativamente maggiore dei Medici soli (28/65), con $p < 0,01$ al test chi quadro. L'AS consente un lavoro migliore e più funzioni. Infatti -per tornare ai dati del nostro Lavoro- 37 dei 47 con colleghi con SAP hanno un'AS, rispetto a 12 AS dei 45 colleghi senza SAP ($P < 0,001$ al test chi quadro)

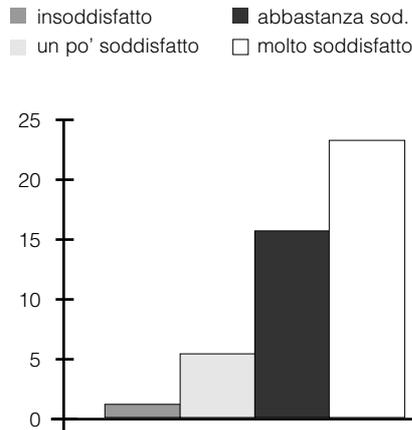
Chi non usa il SAP. Dopo i dati precedenti è comprensibile scoprire che tra i 7 motivi di non adesione al SAP offerti dal Questionario ha posizionato i colleghi privi di SAP rispondano, al I posto, "avrei costi superiori; al secondo posto "Motivi Logistici": ad es l'avere vari ambulatori), al terzo l'alto tasso di anziani; al quarto valutazioni soggettive di difficoltà "penso sia troppo complicato", e solo al penultimo "non lo reputo utile", davanti a "non ho avuto il tempo per adottarlo".

SAP, Ferie, e Medicina di Gruppo. Che il gruppo sia correlabile ad una minore fatica ed una miglior efficienza del sistema, lo si desume anche dal fatto che tra coloro che hanno il SAP e sono in gruppo la proporzione di mantenimento del SAP in ferie (15/18) è molto più alta rispetto a color che non lavorano in gruppo (12/29), con $CHI^2 = 6.3$ e sicura significatività con $p < 0.01$

Soddisfazione di Chi adottato il SAP. L'istogramma sottostante mostra in maniera chiara come la soddisfazione dei 47 utilizzatori del SAP sia generalmente medio-alta (16 bast. Soddisf. +23 molto, per un totale di 39/47 (82,9%). Il giudizio positivo sul SAP lo si desume anche da 2 altri indicatori. Solo 8/47 (17%) colleghi hanno testimoniato un certo grado di

Stress nell'organizzare il SAP. Il secondo indicatore potremmo definirlo **SAP e indietro Tutta.**

Tra i 92 colleghi, solo 2 hanno testimoniato l'abbandono del Sap, dopo averlo adottato. In compenso, 39/47 colleghi hanno adottato il SAP, dopo aver sperimentato per anni il Sistema libero



SAP e appuntamenti non onorati.

Una delle remore espresse nelle note libere di chi non usa il SAP riguarda il timore di comportamenti scorretti dei pazienti, che non onorando gli appuntamenti potrebbero far saltare tutto il Sistema. Orbene, i colleghi senza SAP che volessero passare al SAP possono star tranquilli. Tutti i colleghi con SAP (47/47), alla domanda "gli appuntamenti mancati dai pazienti sono...", hanno scelto la risposta "Molto pochi"!

Implementazione del SAP. 19/47 Colleghi con SAP- quindi non più del 40%- hanno fatto precedere l'introduzione del sistema da un Questionario per conoscere il loro parere e/o per sensibilizzarli. 24/47 dei colleghi con SAP, e quindi meno della metà, hanno valutato con uno studio ad hoc il tempo di attesa, prima dell'introduzione del SAP.

Flessibilità. Sia il sistema di ricevimento senza appuntamento, sia lo stesso SAP mostrano aspetti di rigidità modificabili.

Ad es. solo 6/45 colleghi senza SAP adottano numeri per il posto-fila. Inoltre, alcune domande avevano lo scopo di valutare il grado di rigidità/elasticità del SAP. Ad es: "Chiedi al paziente se verrà da solo o con altri familiari?". In questo caso solo 12/47 lo chiedono.

Note Libere. Sia chi non adotta il SAP sia chi lo adotta ha usato abbondantemente le note libere, indicando critiche e suggerimenti preziosi per un'ottimizzazione del sistema. L'analisi di queste note merita un'analisi qualitativa estesa che speriamo di rendere nota a breve. Gran parte dei colleghi, sia senza che con SAP, si sono trovati d'accordo nel sottolineare i vantaggi professionali derivanti dal Sap, ma nel contempo nel sottolineare il rischio di sopportare spese per il personale, per una eventuale seconda linea telefonica, e spesso un tempo di Ambulatorio maggiore

Conclusioni. Questo Studio dimostra che il SAP in Italia, anche tra Animatori di Formazione, stenta ad affermarsi, nonostante gli apprezzamenti, forse per motivi di Struttura della Medicina generale in Italia. Infatti in una nazione in cui al MMG non viene riconosciuto dallo Stato il rimborso per il Personale, sembra che i che MMG riescano ad attuarlo lo facciano a due condizioni: a) sacrificio personale; b) via quasi obbligata verso la Medicina di Gruppo, per suddividere le spese dell'AS. È ovvio che, non potendo pretendere noi una elevata percentuale di medici "masochisti", e con una % di MMG in gruppo molto bassa in Italia (meno del 10%), il SAP non ha vita facile. Ma al di là degli aspetti strutturali, molto spesso chi vuol migliorare il proprio Sistema ("libero" o SAP) è lasciato solo; quindi si intimorisce e si blocca. Al di là di scelte della collettività che vanno oltre le nostre possibilità, speriamo di aver contribuito con il nostro lavoro ad uscire dalla parole d'ordine, per entrare in un'ottica di una piccola Ricerca di Servizio.

U *n audit al giorno: la griglia "pesa problemi"*

Gio Batta Gottardi, Mario Baruchello
Medici di Medicina Generale Vicenza

Quali sono i meccanismi che ci spingono a rivedere aspetti quotidiani della nostra professione?

Tra questi citiamo:

- un incidente critico (vedersi rifiutare un ricovero, una discussione problematica con un paziente, una consulenza specialistica insoddisfacente),

- la sensazione di essere inadeguati rispetto alla gestione di un problema,
 - un recente incontro di aggiornamento,
 - la lettura di esperienze significative di altri MG,
 - la fatica nell'affrontare il lavoro,
 - difficoltà economico-organizzative,
 - un desiderio di autostima
 - la curiosità e la fantasia
- ma lasciamo a voi il compito di allungare questa lista...

Quando da un'analisi informale degli elementi in nostro possesso si passa invece attraverso un semplice iter preordinato, alla revisione organizzata di pratiche professionali, alla elaborazione di strumenti valutativi, alla costruzione di procedure di buona pratica, allora possiamo parlare di AUDIT. Se tale pratica viene condotta autonomamente dal singolo medico di famiglia si parla di SELF AUDIT, quando più colleghi riescono a trovarsi assieme o collegarsi per mettere in atto una strategia di soluzione di problemi, allora si parla classicamente di AUDIT (o Revisione fra pari o V.R.Q.).

Questa rubrica vuol essere una tribuna aperta al confronto al dibattito e all'aggregazione su esperienze, commenti, problemi, richieste di chiarimenti, da e verso gruppi di colleghi e /o singoli professionisti interessati alla qualità. Uno dei principali problemi nell'avvio di esperienze comuni di AUDIT è come motivare i medici a partecipare, a creare una attitudine positiva, apprendere le tecniche per lavorare in piccoli gruppi in modo adeguato (R. Grol, 1989).

La diffusione di agili strumenti per l'avvio della discussione nei gruppi di AUDIT può, soprattutto ove manchi il supporto di un consulente esterno o interno al gruppo, già formato al metodo, contribuire alla individuazione di tematiche professionali con metodi che non siano solo spontanei e basati sulla libera discussione.

Quante volte abbiamo partecipato a faticose riunioni in cui si è perso molto tempo per decidere su quale argomento discutere!

Perché non utilizzare sin da oggi uno schema che permetta di scegliere fra diverse priorità in modo meno coinvolgente?

Griglia "modificabilità importanza"

AMBITO DI UTILIZZO: all'interno della discussione fra MMG per scegliere rapidamente argomenti da sottoporre ad AUDIT.

MODALITÀ DI UTILIZZO: il gruppo di MMG dopo aver individuato e elencato gli argomenti di possibile interesse, posiziona gli stessi all'interno dello schema proposto.

NOTE PER L'USO: la griglia si compone di due assi cartesiani che rappresentano in senso verticale (asse delle Y) il criterio di MODIFICABILITÀ del problema, secondo un gradiente dal basso in alto di maggiore modificabilità (per un problema poco modificabile, cioè posto verso la base della griglia vale il principio che "è inutile occuparsi di un problema irrisolvibile"); in senso orizzontale il criterio della IMPORTANZA, secondo un gradiente di maggiore importanza da sinistra verso destra (ricordando un altro principio dell'audit "la soluzione di un problema importante può aver grandi ricadute pratiche"). La posizione finale di ciascuno argomento nella griglia sarà la risultante della valutazione combinata operata dal gruppo.

UN ESEMPIO

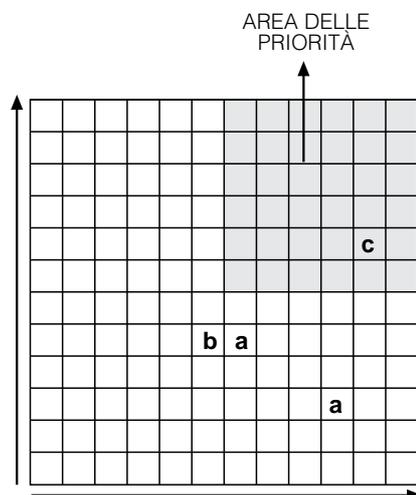
Qui sotto viene riportato il frutto di un consenso tra MMG che si sono incontrati all'inizio della loro attività di AUDIT per la scelta di un problema da affrontare come prioritario.

Elenco dei Problemi:

- Compliance nell'uso dell'insulina
- Accesso all'ambulatorio su appuntamento
- Riduzione dell'uso di antibiotici di alto costo
- Miglioramento del rapporto con gli ostetrici

Posizione assunta nella griglia dai vari problemi così come definiti dal gruppo di discussione.

MODIFICABILITÀ



IMPORTANZA

Dall'analisi della posizione ottenuta dai quattro problemi, così come posizionati, il gruppo ha potuto scegliere, senza ulteriori discussioni, nell'area della priorità, che è posta in alto a destra dello schema.

In tal caso, quindi, il problema che ha ottenuto il giudizio di priorità è stato quello posto più in alto e a destra, cioè il punto "c", la riduzione dell'uso di antibiotici di alto costo.

I benvenuto di Paul Wallace MMG Professor of Primary Health Care - Londra

Gli articoli proposti in questo primo numero di "QQ" sono stati revisionati dal Dr. Paul Wallace Professor of Primary Care all'Università di Londra. Questo il suo commento.

Il vostro Bollettino "QQ" è un'iniziativa eccellente e ben concepita.

Sarà utile per approfondire il dialogo tra i MMG più motivati.

Il giornale lascia trasparire, all'interno di forme semplici e lineari, riflessioni e contenuti ben impostati.

Mi hanno colpito positivamente tre elementi:

- il Bollettino stabilisce che non sarà di grandi pretese;
- che avrà non più del 12,5% del suo spazio dedicato alla Pubblicità;
- QQ sarà distribuito su Internet e questo renderà possibile un ulteriore scambio di idee.

Ben fatto editori! E ora dei brevi commenti sui vostri articoli.

Il sistema di Appuntamento.

Questo gradevole studio ben illustra alcune importanti questioni.

Bisogna congratularsi per la semplice ma efficace struttura del campione e sul tasso di risposta al questionario. Comunque, è chiaro che i risultati si riferiscono ad un campione selezionato di MMG che possono essere più favorevolmente disposti verso il SAP.

Le domande poste sembrano pertinenti e le risposte illuminanti.

Risulta chiaro che i rispondenti che usano il SAP lo giudicano utile; le conclusioni che gli Autori traggono sembrano ben giustificate, così come ben percepiti sembrano i relativi vantaggi/svantaggi del SAP.

I SAP sono largamente adottati in Europa e fuori l'Europa, ma sono soprattutto sviluppati dove i Mmg sono "dipendenti" a stipendio (ad es. In Finlandia e Portogallo) o dove ricevono un forte sostegno per lavorare in Gruppi (ad es. In Danimarca e Gran Bretagna).

Questo studio ha fornito notevoli risultati e gli autori dovrebbero essere incoraggiati a lavorare con altri per estendere questo importante lavoro, per esempio con un numero esteso di Mmg non coinvolti in attività tutoriali e/o culturali e coinvolgendo anche i pazienti per determinare il loro parere.

La "Griglia pesa-problemi".

Il valore dell'audit è ora largamente riconosciuto, ma nota universalmente è la reale difficoltà di coinvolgere i MMG.

In Gran Bretagna esistono incentivi logistici e finanziari ai MMG verso l'audit, ma solo una minoranza si è coinvolta.

La Griglia è un contributo bello ed elegante all'importante questione della scelta di argomenti rilevanti. I due parametri - importanza e potenziale per il Cambiamento - appaiono essere quelli giusti.

Questo strumento mi sembra notevole ed utile per risparmiare tempo ed energie ed arrivare subito ad un buon bersaglio.

I miei complimenti per un'idea semplice che potrebbe avere un impatto reale nell'Area.

Perché non pensare ad un'implementazione internazionale?

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli da sottoporre al Comitato di redazione per la pubblicazione sul giornale vanno inviati a:

*"Comitato di Redazione" di QQ
P/so Ordine dei Medici di
Vicenza - Via Paolo Liroy, 13
36100 Vicenza*