

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**

**SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E  
FARMACEUTICHE**

*Corso di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia*



**MMG e COVID-19: un nuovo modello di cura?**

*Candidata Evelina Ciocia*

*Relatore Prof. Andrea Stimamiglio*

*Correlatrice Dott.ssa Romina Casaretto*

*Anno accademico 2020-2021*

## **Indice**

### **1. Introduzione p. 3**

### **2. La pandemia di Covid-19 p. 4**

*Agente eziologico*

*Modalità di infezione e patogenesi*

*Sintomatologia*

*Diagnosi*

*Gestione domiciliare*

*Epidemiologia*

### **3. Medicina generale e Covid-19 p. 12**

*La gestione dello studio MMG*

*Le nuove norme nello studio MMG*

### **4. Lo studio p. 21**

*Materiali e metodi*

*Risultati*

### **5. Conclusioni p. 35**

### **6. Bibliografia p. 37**

## 1. Introduzione

La pandemia di Covid-19 ha modificato profondamente e in brevissimo tempo il funzionamento della medicina del territorio e quindi anche della medicina generale. Da una parte la diffusione dei contagi ha determinato un aumento imponente della *quantità* del lavoro per il MMG: segnalazioni, tracciamenti, certificati, ma anche monitoraggio e gestione a distanza dei pazienti affetti, risposta a dubbi e preoccupazioni; dall'altra le misure di contenimento hanno imposto cambiamenti significativi anche nella *qualità* del lavoro: le modalità di comunicazione con gli assistiti, scambio di ricette, certificati e referti, accesso allo studio e al domicilio, visita e gestione clinica hanno dovuto adattarsi alla situazione di emergenza.

Il cambiamento più evidente, soprattutto nella prima fase della pandemia, è stato il calo netto delle visite in studio con ricorso enorme alla consulenza telefonica. A circa un anno e mezzo dalla conferma del primo caso di Covid-19 in Italia possiamo affermare che la situazione si è attenuata da questo punto di vista, con un parziale ritorno alla normale attività di studio. Tuttavia molte delle regole imposte durante le fasi più critiche dell'emergenza sono ancora in vigore e un buon numero di soluzioni e strategie assistenziali sembra essersi ben integrato nel lavoro del MMG.

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'impatto della pandemia di Covid-19 sull'attività quotidiana del MMG e più in particolare sulle sue modalità di organizzazione del lavoro. Soprattutto ci interessa capire se e come le soluzioni adottate in questo ambito abbiano modificato la qualità del lavoro per il medico e la qualità dell'assistenza per il paziente.

Per ottenere questi dati abbiamo deciso di rivolgerci direttamente ai MMG e di valorizzare così le loro esigenze ed impressioni soggettive. Abbiamo quindi elaborato un questionario che esplorasse, attraverso poche e semplici domande, come e quanto la pandemia da Covid-19 abbia cambiato il lavoro del MMG.

## 2. La pandemia di Covid-19

Covid-19 è il nome della malattia infettiva causata dal virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2), un nuovo tipo di Coronavirus identificato per la prima volta nell'uomo a gennaio 2020. Dopo SARS-CoV-1 e MERS-CoV, SARS-CoV-2 è il terzo Coronavirus a causare la diffusione epidemica di una malattia severa nel nostro secolo<sup>i</sup>.

La scoperta del nuovo Coronavirus, riconosciuto come agente eziologico di alcuni casi di polmonite atipica verificatisi nella città di Wuhan, in Cina, è stata annunciata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il 9 gennaio 2020. In poco tempo sono comparse le prime evidenze sulla trasmissione interumana del nuovo virus e il 30 gennaio l'OMS ne ha definito la diffusione un'emergenza internazionale di salute pubblica. L'11 febbraio l'International Committee on Taxonomy of Viruses ha nominato il nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la malattia da esso provocata Covid-19. L'11 marzo il direttore generale dell'OMS parlava per la prima volta ufficialmente di pandemia globale di Covid-19<sup>ii</sup>.

La conferma del primo caso di Covid-19 in Italia risale al 21 febbraio 2020. Due giorni dopo è stata istituita a Codogno e in altri 10 comuni la prima zona rossa. All'inizio di marzo SARS-CoV-2 era diffuso su tutto il territorio nazionale e il 9 marzo veniva istituito un lockdown nazionale, che si concluderà solo il 18 maggio 2020<sup>iii</sup>.

### *Agente eziologico*

SARS-CoV-2 è un virus ad RNA appartenente alla famiglia dei Coronaviridae. I Coronaviridae sono distinti in quattro gruppi: Alpha, Beta, Gamma e Deltacoronavirus. Infettano generalmente volatili e mammiferi, più spesso pipistrelli, ma anche cani, gatti, suini e l'uomo. Attualmente si conoscono sette Coronavirus in grado di infettare la nostra specie e tutti fanno parte dei gruppi Alpha e Betacoronavirus. SARS-CoV-2 appartiene, come SARS-CoV-1 e MERS-CoV, al gruppo dei Betacoronavirus.

---

<sup>i</sup>ecdc.europa.eu, visitato in data 12/05/2021.

<sup>ii</sup>who.int, visitato in data 15/06/2021.

<sup>iii</sup>sitiarcheologici.palazzochigi.it- Coronavirus, le misure adottate dal governo italiano.

I Coronavirus patogeni per l'uomo possono essere distinti in virus a bassa patogenicità (HCoV-229E, HCoV-OC43, etc.) e virus ad alta patogenicità (SARS-CoV-1, SARS-CoV-2 e MERS-CoV). I Coronavirus a bassa patogenicità sono responsabili di lievi e diffuse affezioni stagionali delle alte vie aeree (si stima che siano agenti eziologici di raffreddore nel 10-30% dei casi); i Coronavirus ad alta patogenicità sono invece responsabili di infezioni potenzialmente gravi e anche letali<sup>iv</sup>.

I Coronavirus hanno generalmente forma sferica e sono avvolti da un pericapside. Il pericapside è attraversato dalla glicoproteina spike che, protrudendo dalla superficie virale, conferisce al virus il caratteristico aspetto a corona solare. La proteina spike è l'elemento *funzionale* responsabile dell'infezione: legandosi al recettore ACE2 media l'ingresso del virus nelle cellule dell'ospite. I Coronavirus sono poi costituiti da altri tre elementi *strutturali*: la proteina del nucleocapside, che racchiude il materiale genetico, la proteina dell'envelope e quella di membrana<sup>v</sup>.

### ***Modalità di infezione e patogenesi***

La trasmissione di SARS-CoV-2 avviene prevalentemente per via aerogena, attraverso l'inalazione di droplets o il contatto di questi ultimi con le mucose orale, nasale o oculare non adeguatamente protette. Il contagio è quindi di tipo interumano. Il virus può tuttavia sopravvivere sulle superfici per un tempo variabile da poche ore ad alcuni giorni, ed è dunque possibile, anche se meno frequente, la trasmissione tramite contatto indiretto (ad esempio delle mani contaminate attraverso una superficie con le mucose).

SARS-CoV-2 è altamente infettivo e si trasmette facilmente da un ospite all'altro<sup>vi</sup>. Inoltre alcune caratteristiche dell'infezione rendono estremamente difficile il suo contenimento: la sintomatologia è molto aspecifica; in una certa percentuale di casi - variabile a seconda degli studi - l'infezione non determina comparsa di malattia; il tempo di incubazione è potenzialmente protratto (fino a 14 giorni); i soggetti infetti ma asintomatici o pre-sintomatici sono in grado di trasmettere il virus ad altri.

L'ingresso di SARS-CoV-2 all'interno delle cellule avviene per endocitosi ed è mediato dalla proteina spike, che utilizza come recettore ACE2. La fusione con le cellule dell'ospite necessita

---

<sup>iv</sup>Hartenian E, Nandakumar D, Lari A, Ly M, Tucker JM, Glaunsinger BA. The molecular virology of coronaviruses. *J Biol Chem.* 2020;295(37):12910-12934

<sup>v</sup>Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection.* 2021;49(2):199-213

<sup>vi</sup>cdc.gov, visitato in data 12/05/2021.

del clivaggio proteolitico della proteina spike, che è mediato da proteasi dell'ospite come TMPRSS2. L'espressione di questi elementi a livello dei vari tessuti definisce il tropismo del virus<sup>vii,viii</sup>. ACE2 e TMPRSS2 sono presenti in numerosi organi ma specialmente a livello degli pneumociti di II tipo e delle cellule epiteliali delle vie aeree. SARS-CoV-2 presenta infatti un particolare tropismo per l'apparato respiratorio e soprattutto per le vie aeree superiori. ACE2 e TMPRSS2 sono presenti anche a livello dell'orletto a spazzola degli enterociti: tra le manifestazioni più frequenti di Covid-19 figurano infatti anche nausea e diarrea<sup>viii</sup>.

Una volta endocitato SARS-CoV-2 inizia a replicare, danneggiando le cellule infette e scatenando una risposta infiammatoria più o meno intensa. A livello polmonare la vasodilatazione e l'aumento della permeabilità capillare determinati da citochine come interleuchina 1 (IL-1), interleuchina 6 (IL-6) e fattore di necrosi tissutale alfa (TNF-alfa) possono causare stravasamento di liquido nell'interstizio e negli alveoli, danno ulteriore agli pneumociti di tipo 2, diminuita produzione di fattore surfattante e collasso alveolare. Il processo patologico determina una diminuzione degli scambi gassosi e può progredire fino alla sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)<sup>ix</sup>.

### ***Sintomatologia***

Per quanto riguarda l'aspetto clinico, è importante sottolineare che, come per molte altre patologie infettive, l'*infezione* da SARS-CoV-2 non implica necessariamente lo sviluppo di *malattia* Covid-19: la sintomatologia è assente in una percentuale di casi che supera il 50% in alcune casistiche<sup>x</sup>.

In caso di malattia il periodo di incubazione è generalmente di 5-6 giorni, ma può arrivare anche a 14<sup>xi</sup>. Nella maggior parte dei casi la sintomatologia è lieve o moderata e il decorso benigno e autolimitante. La presentazione clinica è quella di una sindrome simil-influenzale: faringodinia, tosse secca, febbre, anosmia, ageusia o disgeusia sono tra le manifestazioni più comuni. Sono

---

<sup>vii</sup>V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *NatRevMicrobiol.* 2021;19(3):155-170

<sup>viii</sup>D'Amico F, Baumgart DC, Danese S, Peyrin-Biroulet L. Diarrhea During COVID-19 Infection: Pathogenesis, Epidemiology, Prevention, and Management. *ClinGastroenterolHepatol.* 2020 Jul;18(8):1663-1672. doi: 10.1016/j.cgh.2020.04.001. Epub 2020 Apr 8.

<sup>ix</sup>Hussain A, Kaler J, Tabrez E, Tabrez S, TabrezSSM. Novel COVID-19: A Comprehensive Review of Transmission, Manifestation, and Pathogenesis. *Cureus.* 2020;12(5):e8184. Published 2020 May 18

<sup>x</sup>Gao Z, Xu Y, Sun C, et al. A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *J MicrobiolImmunolInfect.* 2021;54(1):12-16. doi:10.1016/j.jmii.2020.05.001.

<sup>xi</sup>Parasher A. COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *PostgradMedJ.* 2021 May;97(1147):312-320. doi: 10.1136/postgradmedj-2020-138577

inoltre di frequente riscontro segni e sintomi aspecifici quali: astenia, mialgie, artralgie, brivido, cefalea, vomito e diarrea<sup>xii</sup>.

Nel 10-20% dei casi la presentazione è invece severa. Manifestazioni gravi includono: dispnea, tachipnea, ipossiemia, polmonite severa, danno miocardico. In una più piccola percentuale dei casi (5%) la sintomatologia può progredire verso la sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), l'insufficienza respiratoria, lo shock settico, la sindrome da disfunzione multiorgano, la CID<sup>xiii</sup>. Il quadro clinico può inoltre complicarsi con insufficienza renale acuta e fenomeni tromboembolici.

Generalmente le manifestazioni gravi si presentano dopo una settimana circa dall'inizio dei sintomi<sup>xiv</sup>.

### ***Diagnosi***

Secondo l'European Centre for Disease Prevention and Control sono quattro i criteri che devono essere presi in considerazione per fare diagnosi di infezione da SARS-Cov-2: clinico, epidemiologico, radiologico e laboratoristico.

Tutti i soggetti che soddisfino il *criterio clinico* (presenza di sintomi compatibili) devono essere considerati *casi possibili*.

Tutti i soggetti che soddisfino i criteri clinico ed *epidemiologico* (contatto stretto con caso confermato nei 14 giorni precedenti l'esordio dei sintomi) oppure tutti i soggetti che soddisfino il *criterio radiologico* (evidenza di lesioni compatibili) devono essere considerati *casi probabili*.

Sono infine da considerarsi *casi confermati* tutti quelli che soddisfano il *criterio laboratoristico* (positività a test di laboratorio indipendentemente dal quadro clinico)<sup>xv</sup>.

In ultima analisi il criterio laboratoristico è l'unico che permette di fare una diagnosi di certezza.

---

<sup>xii</sup>Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 8/01/2021

<sup>xiii</sup>Kaye AD, Cornett EM, Brondeel KC, et al. Biology of COVID-19 and related viruses: Epidemiology, signs, symptoms, diagnosis, and treatment [published online ahead of print, 2020 Dec 8]. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;doi:10.1016/j.bpa.2020.12.003

<sup>xiv</sup>Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Dec 17;383(25):2451-2460. doi:10.1056/NEJMc2009575

<sup>xv</sup>ecdc.europa.eu, visitato in data 12/05/2021.

I test di laboratorio al momento disponibili per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 sono di due tipi: test molecolare e test antigenico. Sono attualmente in commercio anche test sierologici, che hanno però un'utilità diversa.

Descriviamo di seguito brevemente i diversi test di laboratorio:

- *Test molecolare*

Consiste nella ricerca, attraverso la metodica reverse transcription RT-PCR, del materiale genetico del virus (in questo caso RNA). Il campione biologico si ottiene mediante tampone nasofaringeo e orofaringeo e l'elaborazione richiede circa 3-5 ore.

Ha alta sensibilità e specificità anche per quanto riguarda le infezioni pre-sintomatiche ed asintomatiche, che hanno generalmente una bassa carica virale, ed è pertanto considerato il gold standard per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2.

È la prima scelta per il caso sospetto sintomatico ed è l'unico test indicato per confermare la guarigione di casi già diagnosticati.

- *Test Antigenico*

Consiste nella ricerca di proteine virali (es. proteina spike) attraverso il legame con anticorpi specifici. Il campione biologico è simile a quello del test molecolare, ma il risultato si ottiene in 15-30 minuti e l'elaborazione non richiede un laboratorio.

La sensibilità è generalmente inferiore a quella del test molecolare, soprattutto nella fase pre-sintomatica dell'infezione, quando la carica virale è bassa. Nella prima fase sintomatica di malattia invece i test antigenici di ultima generazione sembrano avere sensibilità simile a quelli molecolari.

È la prima scelta nell'ambito di programmi di screening: i costi sono contenuti e il risultato si ottiene molto rapidamente. In ogni caso un eventuale risultato positivo deve essere confermato con test molecolare.

- *Test sierologico*

Il test sierologico è, a differenza dei test precedenti, un test di tipo indiretto: i biomarcatori ricercati in questo caso non sono componenti del virus, bensì gli anticorpi prodotti dall'ospite a seguito

dell'infezione<sup>xvi</sup>. Quelli più utilizzati sono immunoglobuline di classe IgM e IgG. Il campione biologico è ematico tradizionale o di sangue capillare per i test sierologici rapidi e la tecnica è immunoenzimatica.

L'infezione in atto non è diagnosticabile col solo test sierologico positivo, che necessiterà di approfondimento con test molecolare; la stessa infezione in atto non può peraltro essere esclusa da un test con esito negativo, visto che la sieroconversione richiede circa 1-3 settimane. I test sierologici quindi non risultano utili a fini diagnostici, ma possono essere impiegati nell'ambito di studi epidemiologici.

### ***Gestione domiciliare***

Veniamo a questo punto all'aspetto che più ci interessa e che ha coinvolto più direttamente i MMG: la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19.

Come già detto il Covid-19 è una patologia che si manifesta più spesso come una sindrome simil-influenzale: la maggior parte dei pazienti non necessita di cure specialistiche né di ricovero e può essere seguita al domicilio dal proprio MMG. Anche nei casi che inizialmente si presentano come lievi o moderati la sintomatologia può però aggravarsi: le manifestazioni più severe tendono a comparire dopo una settimana circa dall'esordio. Per questo motivo è importante che il MMG monitori quotidianamente i seguenti parametri:

- temperatura corporea
  
- saturazione di ossigeno
  
- frequenza respiratoria
  
- pressione arteriosa

L'alterazione di uno o più di questi parametri può indicare la necessità di modificare la terapia o di ricorrere al ricovero ospedaliero<sup>xvii</sup>.

---

<sup>xvi</sup>Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica (nota tecnica ad interim aggiornata al 23/10/2020)

<sup>xvii</sup>Indicazioni SIMG per il trattamento domiciliare dei pazienti con Covid-19 (versione del 7/04/2021)

A questo proposito risultano interessanti i risultati dello studio “Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to COVID-19: results from a population-based study in Northern Italy”. Si tratta di uno studio di coorte retrospettivo condotto nel 2020 su una popolazione di 127.735 soggetti; tutti i partecipanti avevano età superiore ai 70 anni ed erano affetti da specifiche patologie (cirrosi epatica, BPCO, IRC, etc.) tali da determinare un rischio di morte elevato per Covid-19. I risultati sono significativi: nei 48.625 pazienti contattati dal proprio MMG si è osservata una diminuzione del rischio di mortalità del 50% e una diminuzione del rischio di morbilità ed ospedalizzazione del 70% rispetto ai 79.110 pazienti non contattati. Lo studio prova che l'erogazione di cure primarie, anche se svolta a distanza e in condizioni non ottimali, influenza nettamente gli outcome di salute<sup>xviii</sup>.

Il monitoraggio e la gestione dei pazienti in isolamento per Covid-19 rientra nell'ambito della telemedicina: si basa infatti sullo scambio telematico di informazioni e indicazioni cliniche tra medico e paziente. Ci interessa particolarmente perché si tratta di una modalità assistenziale innovativa ma che, come abbiamo visto, è efficace dal punto di vista clinico e anche logistico: la gestione a distanza ha permesso al MMG che non avrebbe potuto recarsi quotidianamente al domicilio, di seguire tutti i pazienti e di collaborare direttamente con altre figure della medicina del territorio (es. USCA) e ospedaliera (es. teleconsulto specialistico).

Vediamo brevemente anche gli elementi principali della terapia domiciliare del Covid-19:

- *Fans e paracetamolo*: sono i farmaci più utilizzati; possono essere impiegati per la terapia sintomatica della sindrome simil-influenzale;
- *Eparina*: può essere utilizzata per la profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente allettato o con fattori di rischio; è preferibile usare quella a basso peso molecolare,
- *Corticosteroidi*: andrebbero utilizzati solamente nei soggetti che presentano forme severe di malattia o fattori di rischio; più spesso in questi casi si procede con il ricovero ospedaliero, perciò l'utilizzo di corticosteroidi a domicilio è limitato;
- *Anticorpi monoclonali*: possono essere impiegati, entro 10 giorni dalla comparsa dei sintomi, in soggetti con specifici fattori di rischio;
- *Ossigeno a bassi flussi*: può essere utilizzato in caso di insufficienza respiratoria lieve.

---

<sup>xviii</sup>Russo AG, Faccini M, Bergamaschi W, et al. Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to COVID-19: results from a population-based study in Northern Italy. *BMJ Open* 2021;11:e046044. doi:10.1136/bmjopen-2020-046044

In nessun setting (intra ed extra-ospedaliero) è indicato l'utilizzo di *farmaci antivirali*; fa eccezione Remdesivir, che si è dimostrato efficace nel trattamento del Covid-19 ma che è di uso esclusivamente ospedaliero. Non è ugualmente indicata la *terapia antibiotica*, compresa quella con composti immunomodulanti come Azitromicina. L'impiego di antibiotici a domicilio dovrebbe avvenire solamente in caso di sospetto clinico di sovrainfezione batterica o in presenza di un esame colturale positivo. Altri farmaci non raccomandati per il trattamento del COVID-19 perché non efficaci sono *Idrossiclorochina* e *Clorochina*<sup>xix</sup>.

### ***Epidemiologia***

A circa un anno e mezzo dall'osservazione dei primi casi sospetti nella città di Wuhan, la diffusione del virus SARS-CoV-2 ha interessato tutti i continenti e quasi in ogni paese del mondo.

I casi confermati totali a giugno 2021 sono più di 170 milioni e i decessi superano i 3milioni<sup>xx</sup>.

In Italia i casi confermati totali sono 4.247.032 e i decessi 127.101. Attualmente sono circa 400.000 le persone infettate da SARS-CoV-2: il 60.5% risulta asintomatico; il 16.8% è paucisintomatico; il 17.3% è affetto da una forma lieve; il 4.6% presenta sintomi severi; lo 0.7% si trova in condizioni critiche<sup>xxi</sup>.

La mortalità globale è stimata attorno al 2%.

I principali fattori di rischio per lo sviluppo di forme severe, ospedalizzazione ed exitus sono: età avanzata, fumo di sigaretta, patologie cardiovascolari, patologie polmonari, diabete mellito, obesità. In alcuni di questi casi la mortalità può superare il 50%<sup>xxii</sup>.

A questi dati dobbiamo aggiungere quelli più confortanti relativi alla campagna vaccinale iniziata a dicembre 2020: in Italia sono state somministrate più di 43 milioni di dosi e il 26,6% della popolazione ha completato il ciclo vaccinale<sup>xxiii</sup>.

---

<sup>xix</sup>Raccomandazioni AIFA sui farmaci per la gestione domiciliare di COVID-19 (aggiornamento del 26/04/2021).

<sup>xx</sup>covid19.who.int, visitato in data 6/06/2021.

<sup>xxi</sup>Bollettino sorveglianza integrata COVID-19, aggiornamento nazionale 26/05/2021, ISS.

<sup>xxii</sup>La gestione della malattia Covid-19 – Documento di indirizzo AIPO-ITS-METIS.

<sup>xxiii</sup>governo.it - Report Vaccini Anti COVID-19 (aggiornato al 16-06-2021).

### 3. Medicina generale e Covid-19

Il Medico di Medicina Generale è la figura professionale più importante del Sistema Sanitario Nazionale per quanto riguarda l'erogazione delle cure primarie. Garantisce assistenza globale e continuativa sul territorio ed è il spesso il primo punto di riferimento dell'individuo in materia di salute.

Il MMG risponde ai bisogni di salute dell'individuo coordinando le diverse risorse sanitarie disponibili, ma non si limita a prescrivere farmaci e prestazioni: prende in carico la persona insieme al suo contesto di vita e la pone al centro del processo di cura; instaura una relazione di fiducia solida con i suoi assistiti, ne riconosce le esigenze e le inclinazioni specifiche e ne rispetta sempre l'autonomia; ha un approccio olistico ai problemi di salute, che non deve essere considerata solo una dimensione fisica, ma anche emotiva e sociale.

Queste parole, per quanto astratte, non sono prive di implicazioni pratiche: il buon funzionamento delle cure primarie e quindi anche della medicina generale risulta in migliori outcome di salute - morbilità, mortalità e ospedalizzazioni -, in minori disuguaglianze relative allo stato di salute e in minori costi per i sistemi sanitari<sup>xxiv</sup>.

Non solo le conseguenze di questo buon funzionamento sono molto pratiche, ma anche i suoi presupposti: formazione specifica, disponibilità di risorse adeguate - umane, economiche, tecnologiche e logistiche - e un'organizzazione efficiente dell'assistenza sono indispensabili.

Nonostante queste evidenze l'attività dei MMG e della medicina del territorio in Italia non sembrano essere di grande interesse. Questo è evidente già in ambito universitario: nei nostri atenei non esistono dipartimenti né corsi di medicina generale; durante il percorso di studi è previsto un solo mese di tirocinio presso uno studio MMG contro i 9 mesi di frequenza nei reparti ospedalieri; il percorso di formazione in medicina generale è considerato inferiore rispetto a quello della specializzazione; la ricerca scientifica sul tema è molto scarsa. Inoltre, a differenza di quello che accade per le strutture ospedaliere, non è previsto un sistema di report dell'attività svolta sul

---

<sup>xxiv</sup>Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *MilbankQ*. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145

territorio. Ne consegue che l'attività del MMG nella comunità non è conosciuta a pieno e spesso è trascurata o sottovalutata.

Il lavoro dei MMG presenta poi numerose criticità: elevato numero di pazienti, invecchiamento della popolazione, incremento delle patologie croniche - in alcuni casi si può parlare di pandemia proprio come per il Covid-19 - e delle polipatologie, burocratizzazione eccessiva, eterogeneità delle forme associative, debole connessione con il sistema della medicina ospedaliera e specialistica, investimenti insufficienti, imminente carenza di professionisti, risorse complessivamente inadeguate<sup>xxv</sup>. Le conseguenze di queste problematiche sulla qualità dell'assistenza sono facilmente intuibili, tuttavia le proposte di rinnovamento sono deboli e gli investimenti insufficienti.

Tutte le criticità descritte sono state esacerbate dalla diffusione della pandemia di Covid-19, che in pochissimo tempo ha stravolto il funzionamento di tutto il SSN e quindi anche della medicina del territorio. La diffusione dei contagi ha determinato un aumento imponente del carico di lavoro per il MMG: segnalazioni, tracciamento, monitoraggi, certificati. La sospensione di tutte le prestazioni ospedaliere differibili inoltre ha lasciato irrisolti i problemi di salute di molti individui, per cui il MMG è rimasto spesso l'unico punto di riferimento. Non bisogna inoltre dimenticare la sofferenza psicologica e le numerose preoccupazioni e perplessità generate dalla diffusione del Covid-19, di cui il MMG si fa carico al pari delle patologie.

La pandemia di Covid-19 ha reso evidente la necessità di un rinnovamento a lungo termine della medicina del territorio, ma ne ha in qualche modo anche posto le basi, rappresentando un vero e proprio punto di svolta: la necessità di ridurre i contatti e di utilizzare in modo più efficiente le risorse hanno imposto molti cambiamenti, alcuni dei quali costituiscono importanti elementi di innovazione.

Un aspetto che potrebbe sembrare marginale ma è connesso ai temi affrontati è quello dell'organizzazione del lavoro quotidiano del singolo MMG. La gestione dell'ambulatorio di medicina generale è regolata da alcune norme semplici che lasciano in realtà una certa libertà per quanto riguarda le modalità organizzative, che poi incidono sulla qualità dell'assistenza e sulle percezioni dei pazienti, ma anche sulla qualità del lavoro per il medico stesso. Queste norme hanno naturalmente dovuto essere adattate alla situazione di emergenza e hanno subito modifiche importanti.

---

<sup>xxv</sup>FIMMG. La medicina del territorio al servizio del paziente: dalle criticità alle soluzioni concrete - Documento approvato in occasione del II Congresso Nazionale CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

Vediamo di seguito quali sono le principali disposizioni in merito all'organizzazione pratica del lavoro del MMG e come queste sono state modificate dall'inizio dell'emergenza Covid-19.

### ***La gestione dello studio MMG***

- *Visite in ambulatorio*

Secondo l'ACN attualmente in vigore il MMG deve garantire l'accesso allo studio per cinque giorni a settimana e per un numero minimo di ore settimanali che varia in base al numero degli assistiti: 5 ore fino a 500 assistiti, 10 ore se gli assistiti sono da 500 a 1000, 15 ore se da 1000 a 1500.

La modalità di accesso allo studio può essere libera, su appuntamento o mista a discrezione del medico.

Il MMG può anche decidere di unirsi ad altri in forme associative. Un esempio è la medicina di gruppo: in questo caso più medici lavorano nella stessa sede, condividendo gli spazi, il personale di segreteria, gli strumenti diagnostici e i supporti informatici in modo che le cartelle cliniche dei pazienti siano accessibili a tutti gli associati. I medici partecipanti stabiliscono poi i rispettivi orari di studio in modo da garantire una disponibilità di almeno 6 ore al giorno e si rendono disponibili a fornire assistenza a tutti i pazienti del gruppo. Un'organizzazione di questo tipo aumenta notevolmente l'accessibilità e la continuità e delle cure e favorisce la collaborazione tra professionisti.

Secondo lo studio “Durata e costo delle visite in medicina generale: il progetto DYSCO” un MMG effettua in media 23.6 visite ambulatoriali al giorno e la durata media della visita è di 10 minuti.<sup>xxvi</sup>

- *Visite domiciliari*

L'ACN prevede che il MMG garantisca assistenza domiciliare ai pazienti che non possano raggiungere lo studio. Nell'ambito dell'attività domiciliare esistono inoltre due protocolli particolari: ADI (assistenza domiciliare integrata) e ADP (assistenza domiciliare programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili). Un protocollo simile è quello dell'ADR (assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette).

---

<sup>xxvi</sup>Garattini L, Castelnuovo E, Lanzeni D, Viscarra C. Durata e costo delle visite in medicina generale: il progetto DYSCO. *Farmeconomia e percorsi terapeutici* 2003; 4 (2)

L'ADI è un protocollo di assistenza domiciliare multidisciplinare, pensato per l'individuo non autosufficiente e che coinvolge diverse figure professionali: il MMG, il medico specialista, l'infermiere, il fisioterapista, l'assistente sociale, il collaboratore domestico. Per pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, in riabilitazione ortopedica e molti altri l'ADI rappresenta spesso un'alternativa al ricovero ed è quindi una risorsa importante.

L'ADP è un protocollo di assistenza domiciliare dedicato ai pazienti che necessitano di controlli periodici ma che non possono raggiungere lo studio medico. Possono accedervi i pazienti non deambulanti o affetti da patologie invalidanti che ne pregiudicano la mobilità, come insufficienza cardiaca severa o arteriopatia obliterante degli arti inferiori. In questo caso la figura professionale coinvolta è quella del MMG, che comunque verifica sempre la necessità di interventi infermieristici, riabilitativi o sociali.

In entrambi i casi la periodicità delle visite viene decisa a seconda delle esigenze del paziente.

Secondo lo studio "Durata e costo delle visite in medicina generale: il progetto DYSCO" un MMG effettua in media 3.1 visite domiciliari al giorno e la durata media delle visite domiciliari è di 18.9 minuti.<sup>xxvi</sup>

- *Reperibilità telefonica*

Si richiede al MMG di garantire reperibilità telefonica per un minimo di due ore al giorno, tra le 8 e le 10. In questo modo il medico potrà ricevere e soddisfare entro il giorno stesso le richieste non differibili.

Il MMG può decidere di aumentare la propria reperibilità nell'arco della giornata, anche con il supporto del Collaboratore di studio medico.

Il telefono è un elemento fondamentale nella gestione dello studio: permette ai pazienti che non possono raggiungere l'ambulatorio di richiedere una visita domiciliare o a chi abbia richieste urgenti di consultare velocemente il proprio medico.<sup>xxvii</sup>

---

<sup>xxvi</sup>Garattini L, Castelnuovo E, Lanzeni D, Viscarra C. Durata e costo delle visite in medicina generale: il progetto DYSCO. *Farmeconomia e percorsi terapeutici* 2003; 4 (2)

<sup>xxvii</sup>Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art.8 del D.LGS. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni

## ***Le nuove norme nello studio MMG***

- *Visite in ambulatorio*

Le ore settimanali minime di apertura dello studio non sono state modificate, ma l'accesso può avvenire solo su appuntamento preso telefonicamente. Tutti gli assistiti devono essere sottoposti a triage telefonico e i pazienti che presentano sintomi compatibili con Covid-19 non possono accedere allo studio.

Per ridurre al minimo i contatti fra pazienti gli appuntamenti devono essere sufficientemente distanziati nel tempo.

- *Visite domiciliari*

La visita domiciliare deve essere preceduta da triage telefonico.

La frequenza dei controlli per ADI e ADP può non essere rispettata.

- *Reperibilità telefonica e comunicazione con i pazienti*

La comunicazione con gli assistiti deve avvenire preferibilmente per via telematica e quindi per via telefonica, compresi sms, messaggi Whatsapp o simili. Soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio dei pazienti Covid-19 è stato consigliato anche l'utilizzo della videochiamata o di applicazioni specifiche.

Per garantire il servizio è stata modificata la durata della reperibilità telefonica, che deve essere garantita dal MMG insieme al personale di studio per 12 ore al giorno, dalle 8 alle 20.

- *Invio di ricette e altra documentazione*

La via telematica deve essere quella di prima scelta anche per l'invio di ricette, certificati, referti, risultati di esami e in generale per lo scambio della documentazione clinica.

In questo ambito si colloca una delle novità più significative introdotte dall'inizio della pandemia: la possibilità di inviare tramite sms o e-mail il promemoria delle ricette (prima solo cartaceo) o il Numero di Ricetta Elettronica.

- *Altre novità*

Una novità importante introdotta a seguito della pandemia è quella del *teleconsulto specialistico*. In Liguria avviene tramite una sezione apposita della piattaforma Poliss e al momento è limitato alle consulenze infettivologiche per pazienti affetti da Covid-19.

Sempre durante l'emergenza Covid-19 è stata data per la prima volta la possibilità ai MMG e al personale di studio di effettuare *prenotazioni CUP*. Prima le prenotazioni potevano essere effettuate solamente presso gli sportelli ASL, le strutture ospedaliere e le farmacie aderenti oppure chiamando il numero dedicato.

Alcuni di questi cambiamenti, come l'accesso solo su appuntamento, sono stati imposti sin dalla prima fase dell'emergenza; altri, come il teleconsulto specialistico, sono stati introdotti più recentemente. In generale il quadro che si è delineato ad un anno e mezzo circa dalla conferma del primo caso di Covid-19 in Italia è quello di una modalità assistenziale mista, che integra gli elementi caratterizzanti della medicina del territorio con quelli nuovi frutto della situazione pandemica. Analizzare queste trasformazioni e definirne punti di forza e debolezze è importante per capire quali elementi positivi sviluppare e mantenere in futuro e quali negativi scartare o migliorare per costruire un modello di cura più efficiente.

Commentiamo di seguito i cambiamenti che riteniamo positivi e che potrebbero essere implementati in futuro:

- *Accesso su appuntamento*: la scelta dell'accesso programmato, dettato dalla necessità di ridurre il rischio di contagio, potrebbe facilmente risultare utile anche in un contesto non emergenziale per gestire meglio il tempo delle visite.

L'accesso programmato permetterebbe di garantire un tempo minimo di visita superiore a quello medio attuale, ad esempio di 15-20 minuti, e quindi una migliore qualità dell'assistenza. La durata delle visite nell'ambito delle cure primarie è un parametro importante perché è inversamente proporzionale al numero delle ospedalizzazioni e alla spesa dei sistemi sanitari.

Un'organizzazione più strutturata dell'attività ambulatoriale potrebbe essere vantaggiosa anche per il singolo MMG: maggiori tempi di visita sono correlati con minore incidenza di stress e burn out per il personale sanitario<sup>xxviii</sup>.

La prenotazione di un appuntamento favorirebbe anche i pazienti perché diminuirebbe i tempi di attesa e faciliterebbe il loro accesso in studio.

La programmazione dell'accesso naturalmente non deve pregiudicare l'accesso alle cure e la visita deve sempre essere garantita in situazioni di urgenza o non differibili.

- *Telemedicina*: la pandemia di Covid-19 ha determinato un calo netto e rapido degli accessi in studio e un aumento imponente delle consulenze telematiche e soprattutto telefoniche.

Tutte le vie di comunicazione a distanza tra medico e paziente sono state risorse preziose durante l'emergenza, sia per quanto riguarda gestione del Covid-19 (segnalazioni, monitoraggio e terapia dei pazienti affetti, triage telefonico) ma anche per garantire continuità di cura agli altri assistiti, soprattutto quelli affetti da patologie croniche.

Abbiamo visto nel capitolo precedente che la sola consulenza telefonica è stata efficace dal punto di vista clinico nella gestione dei pazienti affetti da Covid-19 e in generale sono numerose le evidenze che dimostrano come la telemedicina abbia un'efficacia sovrapponibile alla visita. Oltre a quelli clinici, la telemedicina ha altri vantaggi: riduce gli spostamenti, i tempi e i costi delle prestazioni sia per il paziente che per il medico.

Per questi motivi pensiamo che il maggiore ricorso alla telemedicina possa essere un elemento positivo e da sviluppare in futuro: in un contesto non emergenziale la telemedicina potrebbe rendere più agevole ad esempio la gestione di patologie croniche o di protocolli come ADI o ADP, ma anche più facile il contatto con il medico per tutti i pazienti che per motivi lavorativi, familiari, etc. possano trovare difficoltà a recarsi in studio.

Dobbiamo però sottolineare che, nonostante i numerosi vantaggi, la telemedicina presenta anche alcune criticità non trascurabili, che affronteremo in seguito: non dobbiamo considerarla una sostituta alla medicina tradizionale, ma una risorsa in più da mettere a disposizione di tutti i pazienti che potrebbero beneficiarne.

---

<sup>xxviii</sup>Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries BMJ Open 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902

- *Deburocratizzazione*: la possibilità di inviare tramite e-mail o sms i promemoria delle prescrizioni, che costituiscono uno dei principali motivi di accesso allo studio MMG, potrebbe snellire notevolmente il carico di lavoro quotidiano e permettere al medico di dedicarsi maggiormente all'attività clinica.

Potrebbe inoltre essere una modalità gradita al paziente che non dovrebbe più recarsi in studio per il solo ritiro della ricetta.

Si potrebbe pensare in futuro di ampliare questa modalità includendo come strumento la tessera sanitaria.

- *Teleconsulto specialistico*: l'estensione di questo percorso anche ad altri ambiti potrebbe facilitare l'accesso dei pazienti alla consulenza specialistica, per cui spesso i tempi di attesa sono molto lunghi; eviterebbe spostamenti e ridurrebbe i costi; potrebbe inoltre creare un canale di comunicazione diretto tra lo specialista e il MMG, aumentando la collaborazione tra professionisti e rendendo il processo di cura meno dispersivo e frammentato;

Un elemento che si potrebbe sviluppare a questo proposito è quello di una piattaforma informatica che permetta di mettere in condivisione le cartelle cliniche tra MMG e medici specialisti.

- *Prenotazioni CUP*: si tratta di una novità che potrebbe essere utile mantenere nell'interesse dei pazienti anziani o per cui la programmazione delle prestazioni potrebbe essere più difficile. Naturalmente le prenotazioni andrebbero gestite dal personale di studio e non dovrebbero diventare un ulteriore impegno burocratico per il MMG.

La creazione di un portale che permetta la prenotazione online anche ai pazienti potrebbe costituire un'alternativa in più da offrire nell'ambito delle prestazioni sanitarie.

Tra i cambiamenti imposti dalla pandemia ve ne sono anche alcuni che, se non proprio negativi, presentano delle criticità. Come accade spesso per le innovazioni in ambito medico molte di queste problematiche sono di natura etica. Molte altre sono invece di natura organizzativa, e sono quelle su cui ci concentreremo maggiormente perché più inerenti alla nostra indagine.

Descriviamo di seguito quelle che riteniamo le possibili criticità del nuovo modello di cura:

- *Organizzazione della telemedicina:* la gestione delle telefonate e di messaggi e e-mail è stata molto difficoltosa per i MMG durante il periodo dell'emergenza. Il telefono e la telemedicina in generale sono risorse importanti ma il loro uso deve essere adeguatamente organizzato: i contatti in modalità telefonica non devono ostacolare le visite in studio ma allo stesso tempo non devono essere gestiti sbrigativamente. Risulta quindi fondamentale che ogni studio MMG si doti di un Collaboratore di studio medico che svolga attività di filtro affinché l'innovazione non si trasformi in ulteriore lavoro burocratico per il medico.
- *Accessibilità della telemedicina:* non tutti i pazienti (ma neanche tutti i MMG) possiedono gli stessi dispositivi e la stessa dimestichezza nell'utilizzarli. La telemedicina non è una soluzione adatta tutti i pazienti e non deve diventare fonte di disuguaglianza.
- *Relazione medico-paziente:* la relazione di fiducia solida con gli assistiti è uno degli elementi caratterizzanti dell'attività del MMG. È possibile costruire e mantenere questa relazione anche a distanza? Sappiamo che la telemedicina è valida quanto quella tradizionale dal punto di vista della gestione medica della patologia, ma si può dire lo stesso della relazione con il paziente? Bisogna però interrogarsi sulle conseguenze a lungo termine del contatto virtuale in ambito di relazione, fiducia, empatia.
- *Invio referti per via telematica:* come per l'invio delle prescrizioni da parte del medico, anche l'invio di esami e referti da parte dei pazienti potrebbe rendere più agile il lavoro ed è stato consigliato durante l'emergenza; se però è accettabile che la ricetta di un farmaco venga ripetuta senza contatto diretto con il paziente (di cui si conosce già la storia clinica), non si può dire sempre la stessa cosa per la spiegazione di un referto. Si tratta di modalità utile ma che potrebbe facilmente dare luogo a incomprensioni e fraintendimenti.

C'è anche da considerare che se questa modalità diventasse ruotinaria la mole delle informazioni che il MMG riceverebbe ogni giorno sarebbe notevole, e il rischio di perdere notizie importanti (per esempio relative a situazioni di urgenza) potrebbe diventare importante.

#### 4. Lo Studio

Lo scopo del nostro studio è quello di descrivere l'impatto della pandemia di Covid-19 sul lavoro quotidiano del MMG e di analizzare, in particolare, le conseguenze prodotte nella sfera organizzativa: auspicabilmente, i cambiamenti che risulteranno positivi andranno mantenuti e sviluppati in futuro, mentre quelli negativi dovranno essere scartati o ripensati.

##### *Materiali e metodi*

Lo strumento che abbiamo scelto per condurre l'indagine è quello del questionario, che è quello più adatto a fare emergere tanto la dimensione quantitativa dei mutamenti dovuti alla pandemia, quanto le impressioni soggettive e le esigenze dei medici che ne sono stati protagonisti.

Il questionario è stato costruito attraverso la formulazione di 13 domande chiuse e una domanda aperta ed è quindi costituito da 14 domande in totale. Le domande sono suddivise in 4 sezioni diverse.

La prima sezione è costituita da 2 domande che indagano da quanto tempo il soggetto intervistato svolge la professione di MMG e il numero di pazienti seguiti al momento della compilazione.

La seconda sezione del questionario esplora i cambiamenti che hanno interessato le tre principali modalità di contatto tra MMG e assistiti, che sono:

- le consulenze in via telefonica e telematica: viene valutata la variazione nella quantità di tempo dedicato dall'inizio della pandemia e le sue conseguenze;
- le visite in studio: vengono analizzati i cambiamenti nelle modalità di accesso allo studio e i loro effetti sulla qualità del lavoro;
- le visite a domicilio: viene valutata la maggiore flessibilità che ha caratterizzato la gestione dei pazienti in ADP durante il periodo dell'emergenza.

Nella terza sezione del questionario abbiamo deciso di dedicare due domande alla relazione-medico paziente, presupposto fondamentale dell'attività del MMG.

Nella quarta sezione, infine, abbiamo chiesto in maniera più generale ai partecipanti di indicare quali cambiamenti imposti dalla situazione di emergenza ritengono vantaggiosi e vorrebbero mantenere in futuro e quali aspetti della medicina del territorio si sono rivelati più carenti e bisognosi di intervento.

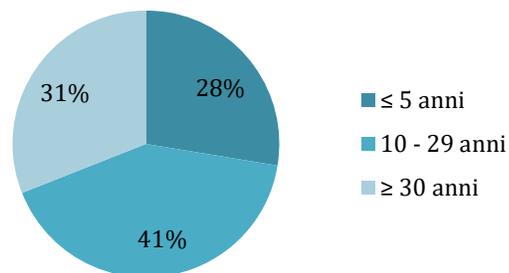
Il questionario è stato sottoposto ai MMG convenzionati con ASL 4.

La somministrazione del questionario è avvenuta nel mese di maggio 2021.

## Risultati

Al questionario hanno risposto 30 MMG.

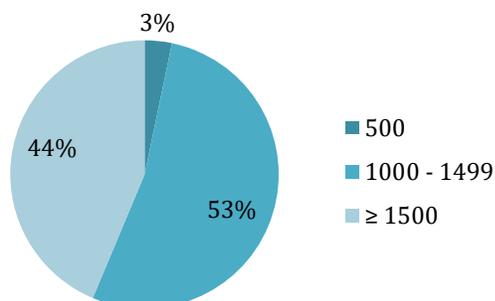
Come detto, le prime due domande del questionario sono finalizzate a conoscere due informazioni di contesto relative al lavoro dei MMG che hanno partecipato al questionario: gli anni di lavoro e il numero di assistiti. [grafico 1 e 2]



Per quanto riguarda gli anni di lavoro convenzionato (grafico 1), dall'analisi dei dati emerge che il campione scelto è formato da 8 medici (27.6%) convenzionati da 5 anni o meno (solo un medico è convenzionato da meno di un anno), 12 medici (41.4%) convenzionati da un numero di anni che va da 10 a 29 e 9 medici (31%) convenzionati da 30 anni o più. Una risposta è stata nulla.

La media degli anni di lavoro convenzionato svolto dai MMG che hanno partecipato al questionario equivale a circa 21 anni. L'esperienza lavorativa dovrebbe quindi essere sufficiente a esprimere una valutazione diacronica dei mutamenti avvenuti.

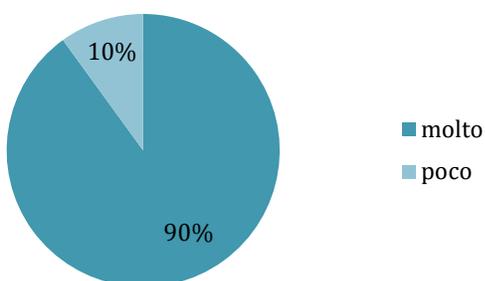
Per quanto riguarda il numero degli assistiti (grafico 2), solo un medico (3.3%) ne ha 500; 16 (53%) ne hanno un numero compreso tra 1000 e 1499; i restanti 13 (43,7%) sono massimalisti e hanno quindi 1500 o più assistiti.



La media del numero degli assistiti del nostro campione è 1310. Questo dato si colloca leggermente sopra le medie regionali e nazionali, che erano rispettivamente 1180 e 1212 nel 2018<sup>xxix</sup>.

Passiamo ora alla seconda sezione, che riguarda le diverse modalità di contatto tra MMG e paziente.

Per introdurre il tema abbiamo chiesto ai MMG di quantificare l'impatto globale della pandemia di Covid-19 sulla loro attività. Il 90% del campione ha risposto che le problematiche legate al Covid-19 hanno modificato in maniera significativa l'organizzazione del lavoro quotidiano, mentre il restante 10% dei medici ha dichiarato che i cambiamenti sono stati modesti; nessun MMG ha ritenuto che l'impatto dell'emergenza Covid-19 sullo svolgimento delle sue attività quotidiane sia stato nullo. [grafico 3]



Si tratta di un dato abbastanza prevedibile: le modifiche nell'organizzazione del lavoro sono state dettate da norme specifiche, cui tutti i MMG a livello nazionale si sono dovuti adeguare.

Una riflessione che emerge da questo dato ha a che fare con la possibilità che i cambiamenti imposti dalla pandemia si siano integrati nel lavoro quotidiano del MMG. Questa possibilità può essere legata al fatto che la diffusione del Covid-19 ha sbloccato idee e progetti che, sebbene richiesti da tempo, non erano mai stati realizzati.

Questo dato è ancora più rilevante se consideriamo che la situazione emergenziale perdura ormai da molto tempo, che le misure di contenimento si sono progressivamente allentate e che una buona parte della popolazione ha ricevuto almeno la prima dose di vaccino,

---

<sup>xxix</sup>CERGAS- Bocconi. Rapporto OASI 2020.

Le domande successive sono più specifiche e riguardano l'impatto della pandemia di Covid-19 sulle tre principali modalità di contatto del MMG con i propri assistiti: la consulenza telematica, la visita ambulatoriale e la visita a domicilio.

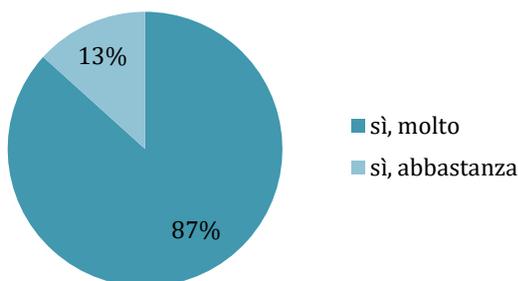
### 1. Consulenze telematiche

La prima modalità che prendiamo in esame è la consulenza telefonica, che, per la sua comodità e rapidità, era già una via consolidata di comunicazione tra medico e paziente. Lo stato di emergenza ha determinato un aumento importante dei contatti in questa modalità: la gestione di problematiche legate al Covid-19 (monitoraggio di pazienti in isolamento, certificati, segnalazioni, quesiti e dubbi di vario genere) è stata effettuata per la maggior parte proprio tramite lo strumento telefonico, e durante tutto il periodo dell'emergenza la comunicazione in via telefonica è stata indicata come quella da preferire per ridurre al minimo i contatti.

Nell'ambito delle consulenze telematiche rientrano naturalmente anche le email, le videochiamate, gli SMS e tutte le forme di messaggistica.

Abbiamo quindi chiesto ai medici se il tempo dedicato quotidianamente alle consulenze telefoniche e telematiche in generale fosse aumentato e se, in caso di aumento, questo avesse avuto un impatto positivo sulla qualità del loro lavoro. [grafico 4 e 5]

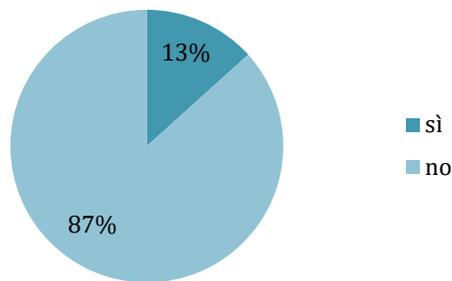
Tutti i medici hanno osservato un incremento nel numero delle consulenze telematiche: per l'86.7% dei partecipanti l'aumento è stato molto marcato, per il restante 13.3% è stato soltanto modesto. (grafico 4)



Anche in questo caso si tratta di un risultato atteso, alla luce delle norme di contenimento, delle linee guida per la gestione dello studio MMG e dell'estensione della reperibilità telefonica a 12 ore.

Il dato, inoltre, è in linea con una recente indagine condotta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano in collaborazione con il Centro Studi FIMMG su un campione di 740 MMG: secondo questa indagine, il 97% dei medici ha valutato le consulenze telefoniche come l'area in cui l'impatto della pandemia di Covid-19 è stato maggiore e l'84% ha osservato un incremento importante anche nell'uso di altre piattaforme di comunicazione.

È molto significativa anche la risposta che i medici del nostro campione hanno fornito riguardo le conseguenze prodotte da questo aumento: solamente per il 13.3% di loro, infatti, l'aumento delle consulenze telematiche ha avuto un effetto positivo sull'efficienza del lavoro, mentre per la stragrande maggioranza (86.7%) gli effetti sono stati negativi. (grafico 5)



L'interpretazione di questo dato non è semplice. Da una parte, le consulenze telematiche richiedono in media molto meno tempo rispetto alle visite in studio e sono più comode per il paziente; dall'altra parte, però, è probabile che molte delle telefonate vertano su problematiche prevalentemente di carattere burocratico legate al Covid-19 e che, con la reperibilità estesa a 12 ore, interrompano le visite, rendendo più difficile e stressante l'attività di ambulatorio.

Un'altra osservazione che potrebbe servire a spiegare questo dato è legata alla bassa diffusione della telemedicina in Italia prima del Covid-19: la scarsa dimestichezza dei medici con la tecnologia e la mancanza di piattaforme dedicate o di un'organizzazione definita potrebbero aver contribuito a una cattiva gestione del tempo dedicato alle consulenze telematiche durante la pandemia.

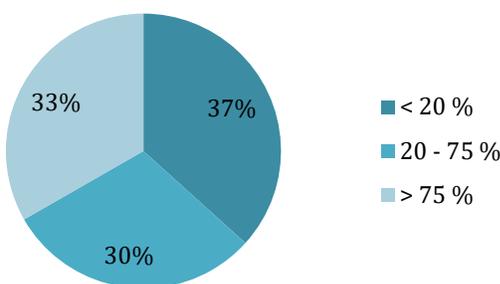
## 2. Visite in studio

Il luogo privilegiato in cui il MMG incontra i suoi assistiti è lo studio. Tra i principali motivi dell'accesso in ambulatorio, oltre alle visite e al nuovo problema clinico, ci sono la consegna di referti e risultati di esami e la richiesta di prescrizioni.

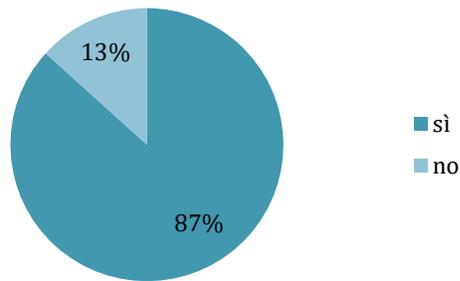
La diffusione del Covid-19 è andata di pari passo con un drastico calo nel numero delle visite in studio, calo attribuibile a diversi motivi: le restrizioni alla circolazione, la necessità di ridurre i contatti, la possibilità di scambiare la documentazione clinica e le ricette per via telematica.

La novità che riteniamo più significativa in termini dell'impatto che potrebbe avere sul lavoro futuro del MMG riguarda la modalità di accesso allo studio. Se prima della pandemia l'accesso poteva essere, a discrezione del medico, libero, su appuntamento o misto, il contesto emergenziale ha imposto un accesso obbligatoriamente vincolato alla prenotazione.

Per prima cosa, abbiamo quindi chiesto ai MMG quale fosse la percentuale di ore in cui l'accesso al loro studio avveniva su appuntamento prima dell'emergenza. Per il 36.7% di loro era meno del 20%, per il 30% tra il 20 e il 75%, mentre il restante 33.3% ha risposto che era più del 75%, denotando un certo equilibrio tra chi privilegia l'accesso su appuntamento, chi quello libero e chi invece adotta una modalità di accesso mista. [grafico 6]



Abbiamo quindi chiesto ai medici di valutare le conseguenze che l'accesso su appuntamento ha avuto sulla qualità del lavoro durante la pandemia. Ne è emerso un dato estremamente significativo: per l'86.7% dei medici interpellati, infatti, questa modalità di accesso ha migliorato sensibilmente la qualità del lavoro. [grafico 7]



Anche questo dato esprime un risultato atteso: è facile intuire come la programmazione delle visite sia uno strumento che, per quanto semplice, è anche molto efficace nel consentire al medico di lavorare più agevolmente, di garantire un tempo di visita e di ascolto minimo a ciascun paziente e di diminuire o eliminare i tempi di attesa. In sintesi, è uno strumento organizzativo che migliora la qualità del lavoro del MMG e anche la qualità dell'assistenza per i pazienti.

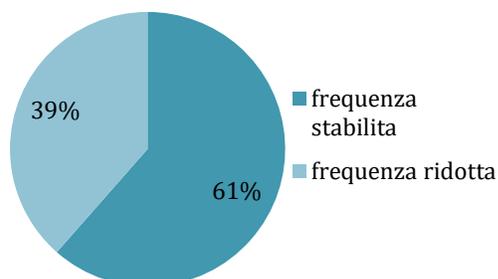
### 3. *Visite domiciliari*

Il terzo ambito che abbiamo deciso di indagare è quello delle visite domiciliari, che impegnano quotidianamente il MMG e sono state oggetto di importanti dilemmi etici durante la diffusione della pandemia.

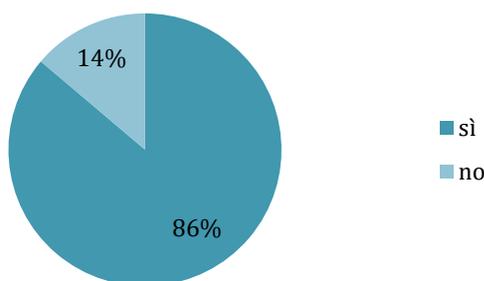
In particolare, abbiamo deciso di indagare la gestione dei pazienti in ADP. A seguito dell'emergenza Covid-19, infatti, è stato rimosso l'obbligo di visita domiciliare periodica, a tutela tanto del MMG quanto dei pazienti, che sono spesso in condizione di fragilità. Quello che abbiamo cercato di capire è se una maggiore flessibilità di questo protocollo, per esempio integrato con gli strumenti della telemedicina, potrebbe essere vantaggioso o meno per il MMG.

Per questo motivo abbiamo interrogato i medici sulla gestione dei loro pazienti in ADP: più della metà dei medici partecipanti (61.5%) continua a effettuare visite a domicilio con la frequenza stabilita, laddove il 38.5% si reca al domicilio solo in caso di necessità o, comunque, ha diminuito

la frequenza delle visite (le percentuali sono basate sui 26 partecipanti che hanno pazienti in ADP).[grafico 8]



Abbiamo anche chiesto ai medici partecipanti se fossero favorevoli a mantenere la nuova modalità: l'86.2% ha risposto di sì. [grafico 9]



Rispetto alle modalità di contatto con il paziente indagate in precedenza, le visite a domicilio sono quelle che hanno presentato la variazione minore: più della metà dei MMG, come abbiamo visto, continua a rispettare la frequenza stabilita delle visite. Il dato è probabilmente riconducibile al fatto che i pazienti che hanno accesso all'ADP sono affetti da patologie invalidanti, spesso sono grandi anziani e fragili, per cui controllo clinico periodico è imprescindibile. La percentuale, non trascurabile, di partecipanti che non riesce a rispettare la frequenza stabilita, invece, potrebbe essere legato all'eccessivo carico di lavoro, che continua a essere stabile anche in questo momento di discesa dei contagi e prova, una volta di più, l'importanza di una maggiore efficienza della medicina del territorio nella capacità di garantire assistenza clinica a tutti.

Dopo aver indagato queste tre modalità di contatto tra MMG e assistiti, ci interessava approfondire come la *relazione medico-paziente* sia stata influenzata dalla pandemia e dalle nuove modalità di comunicazione e organizzazione del MMG. Si tratta di un aspetto che esula da quello puramente organizzativo del lavoro, ma che non si può trascurare quando si parla di medicina generale.

Abbiamo quindi chiesto ai medici se la pandemia avesse avuto, secondo loro, un impatto positivo sulla relazione con i propri pazienti. Il risultato è perfettamente bilanciato: per la metà dei partecipanti la relazione è migliorata, per l'altra metà no.

Il dato del miglioramento è confrontabile con quello dello studio “General Practitioners’ Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study”, condotto durante la prima fase della pandemia su un campione di 149 MMG: i partecipanti allo studio hanno indicato, tra i risvolti positivi della situazione di emergenza, il rapporto con i pazienti. In particolare i medici hanno osservato collaborazione, rispetto delle nuove regole e gratitudine per l’attività svolta.<sup>xxx</sup>

Esistono poi altri elementi che potrebbero aver contribuito al miglioramento della relazione medico-paziente: per molti mesi l’accesso a prestazioni sanitarie differibili è stato sospeso, e quindi il MMG è rimasto davvero l’unico riferimento in materia di salute per i suoi assistiti; per molti pazienti, soprattutto quelli più giovani, le problematiche legate al Covid-19 (per esempio contatti a rischio, sintomatologia sospetta) hanno rappresentato un motivo di contatto obbligato con il proprio MMG, con cui magari non si relazionavano da tempo.

Un’ultima riflessione importante che possiamo fare sul tema è quella del gradimento delle nuove modalità di comunicazione e organizzazione. Questo elemento andrebbe naturalmente approfondito con un questionario rivolto direttamente ai pazienti, ma è probabile che molte delle novità imposte dal Covid-19 (accesso su appuntamento senza attesa, promemoria di ricetta via sms etc.) siano state apprezzate anche dai pazienti.

Al 50% dei partecipanti che hanno risposto no abbiamo chiesto di motivare la risposta: solamente per due medici la relazione è rimasta invariata; per i restanti la relazione ha subito un cambiamento negativo. Le ragioni indicate sono molteplici: perdita del contatto diretto con il paziente, aumento

---

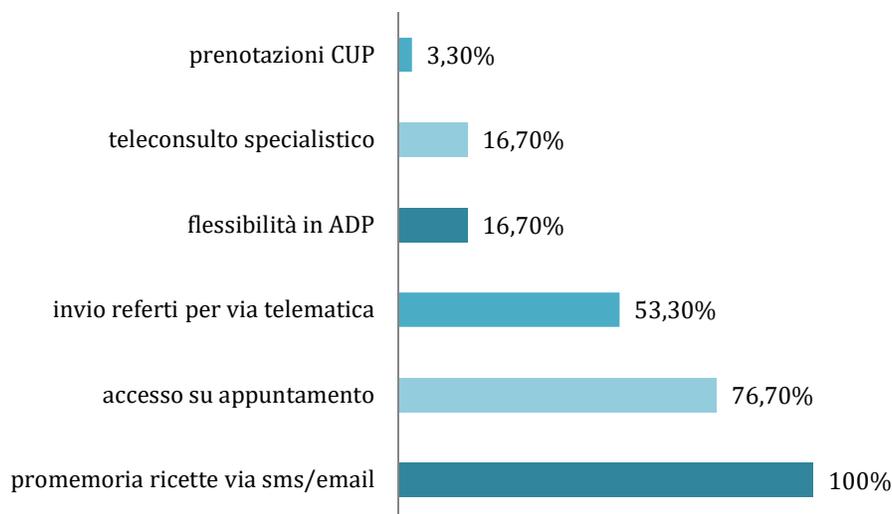
<sup>xxx</sup> Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, Carta MG and Ghiretto L (2021) General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. *Front. Public Health* 9:623904. doi: 10.3389/fpubh.2021.623904

degli stati di ansia, relativa allo stato di salute ma non solo, richieste in aumento e pretese, atteggiamenti aggressivi, rapporti conflittuali. Un medico ha voluto sottolineare l'aumento esagerato di richieste per problemi burocratici, un altro l'assenza di supporto adeguato da parte delle strutture ospedaliere e della medicina specialistica.

Questi temi - conflittualità con gli assistiti, burocratizzazione eccessiva, scarsa connessione con il sistema ospedaliero - non sono nuovi, ma è comprensibile che siano stati acerbati dalla pandemia, che ha aumentato molto il carico di lavoro del MMG.

Questi elementi ci portano alla quarta ed ultima sezione del questionario, in cui abbiamo cercato di valutare globalmente l'impatto della pandemia da Covid-19 sull'attività del MMG, sia in termini di innovazioni e cambiamenti positivi, sia in termini di punti deboli. La definizione di entrambi gli elementi, positivi e negativi, sarà fondamentale per l'elaborazione di un nuovo modello di medicina del territorio, più efficiente e in grado di rispondere ai bisogni di salute degli individui.

Per prima cosa abbiamo voluto concentrarci sui *cambiamenti positivi* determinati dalla diffusione di Covid-19. Abbiamo chiesto ai MMG di indicare quali fossero secondo loro i cambiamenti risultati vantaggiosi in termini di efficienza del lavoro e che quindi vorrebbero integrare nella loro attività quotidiana futura.[grafico 10]



La novità più apprezzata è sicuramente quella dell'invio tramite email o sms del promemoria di ricette: tutti i partecipanti vorrebbero mantenerlo. Si tratta effettivamente di una soluzione richiesta da tempo da parte dei MMG e che porta un vantaggio effettivo e immediato.

Il secondo elemento per gradimento è quello dell'accesso su appuntamento: il 76.7% dei partecipanti vorrebbe mantenerlo (ricordiamo che prima della pandemia solo il 30% circa dei partecipanti utilizzava come modalità di accesso prevalente quella su appuntamento). Anche i vantaggi di questa impostazione sono facili da intuire.

Segue l'invio per via telematica dei referti o altra documentazione (53.3%). In questo caso solo poco più della metà dei medici ha espresso interesse: si tratta di una modalità vantaggiosa per certi aspetti ma potenzialmente problematica per altri, come abbiamo detto nel secondo capitolo.

Il 16.7% dei medici manterrebbe il teleconsulto specialistico. Nonostante le potenzialità future di questa modalità, la percentuale di gradimento è piuttosto bassa: dobbiamo considerare che si tratta di una modalità completamente nuova ed estranea all'attività quotidiana del MMG, introdotta solo da pochi mesi.

Il 16.7% dei partecipanti poi ha indicato come vantaggiosa la maggiore flessibilità in ADP. Anche in questo caso la percentuale non è elevata. I pazienti che hanno accesso all'ADP necessitano del controllo periodico per cui evidentemente non sono disponibili alternative valide (per esempio percorsi definiti in telemedicina).

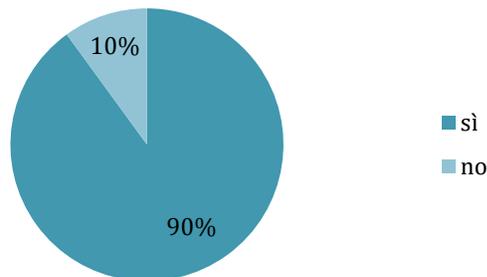
Un solo medico (3.3%) vorrebbe mantenere la possibilità di effettuare prenotazioni CUP. La possibilità di prenotare prestazioni per i pazienti in studio MMG è utile come abbiamo detto per i pazienti più anziani e soli, ma rischia di diventare un ulteriore fardello burocratico: deve essere riservata a casi selezionati e gestita insieme al personale di studio.

Gli elementi più significativi che possiamo trarre da questi dati sono l'esigenza di un lavoro più strutturato, agile ed efficiente, alleggerito degli aspetti burocratici e prescrittivi e più centrato sulla clinica e sulla persona.

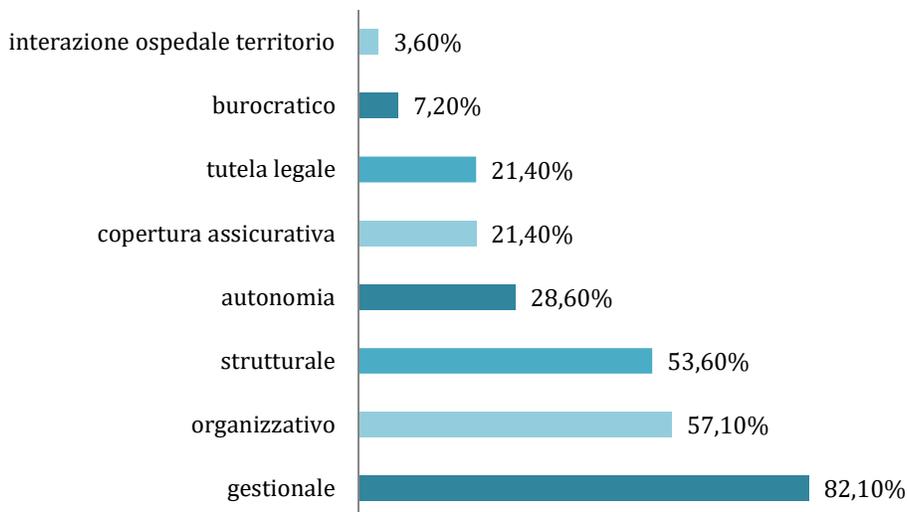
Sembrano apprezzati gli elementi di telemedicina più funzionali in questo senso, come l'invio di referti per via telematica. Altri, come il teleconsulto specialistico, sembrano essere ancora di minore interesse. Anche l'accesso su appuntamento è tra le misure più gradite.

Per terminare il questionario abbiamo deciso di indagare gli *aspetti negativi* della medicina generale. Più che quelli determinati dalla pandemia, che sicuramente ha portato con sé problematiche nuove e specifiche che però auspicabilmente si risolveranno con essa, ci interessano quelli che già esistevano da tempo e che sono stati messi in luce dalla situazione di emergenza. È importante riconoscerli e approfittare di questo momento particolare per apportare i cambiamenti necessari.

Per prima cosa abbiamo chiesto ai medici se secondo loro la pandemia di Covid-19 avesse reso evidente o meno la necessità di rinnovare la medicina del territorio. Il risultato è abbastanza netto: il 90% dei partecipanti ha risposto sì. [grafico 11]



Abbiamo poi chiesto ai partecipanti che avevano risposto sì di indicare quali fossero le aree maggiormente carenti e bisognose di intervento.[grafico 12]



L'82.1% dei medici ritiene che l'ambito più problematico in questo senso sia quello gestionale, delle tecnologie a supporto dell'attività medica e della telemedicina.

Il 57.1% ha sottolineato la necessità di implementare le modalità organizzative, compreso l'impiego di personale specializzato come il Collaboratore di studio medico e l'Infermiere di famiglia.

Per il 53.6% dei partecipanti sono carenti le strutture e la logistica.

Il 28.6% dei medici vorrebbe maggiore autonomia nella gestione dei pazienti.

Il 21.4% dei medici ritiene che non siano adeguate la copertura assicurativa e la tutela legale.

Alcuni partecipanti hanno voluto aggiungere altri elementi: per un medico andrebbe migliorata l'interazione ospedale-territorio; per due medici è fondamentale ridurre il carico di lavoro burocratico e amministrativo per permettere al MMG di svolgere adeguatamente la propria professione.

## Conclusioni

Appare evidente che la pandemia di Covid-19 e le misure messe in atto per contenerla hanno avuto un impatto significativo sul lavoro del MMG. Le conseguenze sono state importanti non solo sul carico di lavoro, che è nettamente aumentato, ma anche sulle modalità: le norme anti-contagio hanno imposto di trovare nuove soluzioni logistiche ed organizzative. Gli elementi principali di queste soluzioni sono il maggiore ricorso alla tecnologia, non solo in ambito di telemedicina e quindi di assistenza alla persona, ma anche in ambito prescrittivo e burocratico, e un'organizzazione più strutturata ed efficiente del lavoro. Se le conseguenze quindi sul carico di lavoro sono state negative, quelle sulle modalità sono state spesso positive ed è pertanto lecito pensare che potrebbe essere utile l'integrazione delle nuove strategie nell'attività quotidiana del MMG.

Secondo i risultati del nostro questionario le novità più vantaggiose sono la possibilità di inviare il promemoria di ricetta tramite e-mail o sms e l'accesso su appuntamento. La maggior parte dei medici partecipanti vorrebbe mantenere queste modalità. Anche elementi di telemedicina, come l'invio di referti in via telematica, sembrano essere apprezzati. In generale sono stati ben accolti i cambiamenti funzionali a permettere un lavoro maggiormente dedicato alla clinica e alla presa in carico della persona e meno alla burocrazia: la dematerializzazione del promemoria di ricetta diminuisce notevolmente gli accessi in studio per le sole richieste di prescrizioni; la visita su appuntamento permette di garantire un tempo minimo di visita (ad esempio 15 minuti).

Un altro dato importante che emerge dai risultati del questionario è quello riguardante la relazione medico-paziente: per il 50% dei partecipanti il rapporto con gli assistiti è migliorato dall'inizio dell'emergenza. Sono numerosi gli elementi che potrebbero aver contribuito a questo miglioramento, tra i quali potrebbe esserci anche un certo gradimento delle nuove modalità e dei mutamenti avvenuti. Per il restante 50% dei partecipanti la relazione ha invece subito un peggioramento. Questi risultati sono in realtà piuttosto in linea con quello che globalmente è emerso dallo studio: se da una parte la pandemia ha avuto effetti anche positivi sul funzionamento della medicina del territorio – le nuove soluzioni sono vantaggiose per medici e pazienti –, dall'altra le problematiche e i motivi di tensione sono ancora molti.

Ad un anno e mezzo dallo scoppio della pandemia possiamo quindi parlare di un nuovo modello di cura? Benché l'attività del MMG sia stata cambiata profondamente e gli elementi di novità siano

numerosi, le note criticità e debolezze non sono state risolte, ma anzi esacerbate. Secondo i medici che hanno partecipato al nostro questionario la medicina del territorio si è dimostrata ancora molto carente in vari ambiti: gestionale, organizzativo, tecnologico, logistico. Inoltre è molto forte l'esigenza di alleggerire la medicina generale degli aspetti burocratici, certificativi e prescrittivi e di riportare la clinica e la cura della persona al centro della professione. Possiamo dunque affermare che la pandemia non ha determinato la nascita di un nuovo modello di cura, ma ne ha gettato le basi, creando un'importante opportunità di rinnovamento futuro.

Nell'ottica di cambiamenti ulteriori è incoraggiante osservare che la maggior parte delle norme e dei progetti di cui abbiamo parlato sono stati elaborati in breve tempo, si sono ben integrati nel lavoro del MMG e si sono rivelati efficaci. Questo dimostra che è più facile di quello che sembra sviluppare nuove idee e metterle in pratica, e che è possibile adattare al cambiamento anche realtà che sembrano cristallizzate e destinate a funzionare sempre in un certo modo.

Un altro elemento positivo portato dalla pandemia e che sarà fondamentale per il rinnovamento futuro è quello del maggiore interesse per la medicina del territorio: come dicevamo nel primo capitolo tra le problematiche delle cure primarie c'è anche la scarsa conoscenza dell'attività svolta effettivamente. La pandemia ha visto tornare al centro dell'attenzione la figura del MMG e una maggiore consapevolezza del suo ruolo all'interno della comunità. Sarebbe importante mantenere vivo questo interesse e aumentare la ricerca sul tema per capire come rendere la medicina del territorio più adatta a rispondere ai bisogni di salute della popolazione ma anche più gratificante per chi vi opera e più appetibile come ambito professionale.

In conclusione, è importante che questo approccio, che coniuga ricerca, innovazione, incremento e valorizzazione delle risorse, venga conservato al fine di creare un modello di cura più efficiente e adatto a rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

## Bibliografia

- ❖ Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 Dec 17;383(25):2451-2460
- ❖ D'Amico F, Baumgart DC, Danese S, Peyrin-Biroulet L. Diarrhea During COVID-19 Infection: Pathogenesis, Epidemiology, Prevention, and Management. *ClinGastroenterolHepatol.* 2020 Jul;18(8):1663-1672. doi: 10.1016/j.cgh.2020.04.001. Epub 2020 Apr 8
- ❖ Gao Z, Xu Y, Sun C, et al. A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. *J Microbiol Immunol Infect.* 2021;54(1):12-16
- ❖ Garattini L, Castelnuovo E, Lanzeni D, Viscarra C. Durata e costo delle visite in medicina generale: il progetto DYSCO. *Farmeconomia e percorsi terapeutici* 2003; 4 (2)
- ❖ Hartenian E, Nandakumar D, Lari A, Ly M, Tucker JM, Glaunsinger BA. The molecular virology of coronaviruses. *J Biol Chem.* 2020;295(37):12910-12934
- ❖ Hussain A, Kaler J, Tabrez E, Tabrez S, Tabrez SSM. Novel COVID-19: A Comprehensive Review of Transmission, Manifestation, and Pathogenesis. *Cureus.* 2020;12(5):e8184. Published 2020 May 18
- ❖ Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries *BMJ Open* 2017;7:e017902. 7902
- ❖ Kaye, Alan D. et al. "Biology of COVID-19 and related viruses: Epidemiology, signs, symptoms, diagnosis, and treatment." *Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology,* 8 Dec. 2020
- ❖ Kurotschka PK, Serafini A, Demontis M, Serafini A, Mereu A, Moro MF, Carta MG and Ghirotto L (2021) General Practitioners' Experiences During the First Phase of the COVID-19 Pandemic in Italy: A Critical Incident Technique Study. *Front. Public Health* 9:623904
- ❖ Parasher A. COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *Postgrad Med J.* 2021 May;97(1147):312-320
- ❖ Russo AG, Faccini M, Bergamaschi W, et al. Strategy to reduce adverse health outcomes in subjects highly vulnerable to COVID-19: results from a population-based study in Northern Italy. *BMJ Open* 2021;11:e046044
- ❖ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502
- ❖ V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *Nat Rev Microbiol.* 2021;19(3):155-170

- ❖ Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. *Infection*. 2021;49(2):199-213
- ❖ Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni
- ❖ AIFA. Raccomandazioni sui farmaci per la gestione domiciliare di COVID-19 (aggiornamento del 26/04/2021)
- ❖ AIPO-ITS-METIS. La gestione della malattia COVID-19
- ❖ CERGAS – Bocconi. Rapporto OASI 2020
- ❖ [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- ❖ [covid19.who.int](https://covid19.who.int)
- ❖ [ecdc.europa.eu](https://ecdc.europa.eu)
- ❖ FIMGG. La gestione dello studio del MMG al tempo del Coronavirus (aggiornate al 16/03/2020)
- ❖ FIMMG. La medicina del territorio al servizio del paziente: dalle criticità alle soluzioni concrete
- ❖ [governo.it](https://www.governo.it)
- ❖ ISS. Bollettino sorveglianza integrata COVID-19 (aggiornamento nazionale 26/05/2021)
- ❖ ISS. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica (nota tecnica ad interim aggiornata al 23/10/2020)
- ❖ Ministero della Salute. Circolare n. 705 del 8/01/2021
- ❖ SIMG. Indicazioni SIMG per il trattamento domiciliare dei pazienti con Covid-19 (versione del 07/04/2021)