

LE PROSSIME SFIDE DELLA MEDICINA DEL TERRITORIO, RIPARTIRE DALLA FIDUCIA, CREARE NUOVE RELAZIONI DI CURA

ENRICO PETERLE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE, SEGRETARIO DELLA
FONDAZIONE ARS MEDICA





Nove italiani su dieci si fidano del medico, sette su dieci del Servizio sanitario nazionale

Ricerca Censis su un campione di mille persone



Redazione ANSA ROMA 21 luglio 2022 19:43 [Scrivi alla redazione](#) [Stampa](#)



La ricerca presentata oggi a Roma - RIPRODUZIONE RISERVATA

CLICCA PER INGRANDIRE +

Quasi 9 italiani su 10 si fidano del proprio medico di medicina generale, degli infermieri, mentre è molto più ridotta, sebbene ancora maggioritaria (68,8%), la quota di chi esprime fiducia nel Servizio sanitario nazionale.

DALLA HOME SALUTE&BENESSERE



Tumori del sangue, ogni anno oltre 35 mila nuovi casi in Italia
Alimentazione



Un terzo degli adolescenti fuma sigarette, e-cig o tabacco
Alimentazione



Anemia, più indipendenti dalle trasfusioni grazie a un nuovo farmaco
Medicina



Cammina dopo 5 anni con un neurotrasmettitore midollare
Sanità



Memoria a rischio con poca frutta, verdura, carenza flavonoli



La fiducia che cos'è?

La fiducia è la convinzione di un individuo che si possa **fare affidamento** sulla sincerità, benevolenza e veridicità degli altri.

La fiducia spesso implica un **trasferimento di potere**, a una persona o a un sistema, affinché agisca per proprio conto, nel proprio interesse.

Perché abbiamo bisogno di fiducia?

Ne abbiamo bisogno per i seguenti motivi:

- Per affrontare l'angoscia esistenziale.
- Per dare un senso alla complessità.
- Per ridurre il rischio.
- Per funzionare come un "pilota del caos" nella vita e nella società.

La fiducia è la "vitamina sociale" che ci consente di vivere.



I tipi di fiducia

- La **fiducia sociale**, si riferisce alla fiducia che le persone hanno nei confronti delle istituzioni o dei sistemi più ampi, come il governo, le organizzazioni governative, le istituzioni finanziarie, i servizi sanitari, ecc...
- La **fiducia personale** si riferisce invece all'aspettativa che l'interlocutore non manipolerà la comunicazione o, più specificamente, che fornirà una rappresentazione autentica, non parziale né mendace, del proprio comportamento di ruolo e della propria identità.





La fiducia in Medicina

- Le persone malate hanno sempre avuto un bisogno particolare di fiducia, perché ammalarsi implica una perdita di fiducia in se stessi, nel proprio corpo, nel proprio ruolo sociale e nel proprio futuro. Questa perdita di fiducia rafforza la necessità di fidarsi degli altri, tra cui il medico.
- Il fatto che le persone fidino nella nostra integrità morale e nella competenza medica è la base stessa dell'autonomia professionale. La fiducia delle persone indica, in certo senso, una "dichiarazione di indipendenza" per la medicina.

La fiducia tra medico e paziente

Nel rapporto tra medico e paziente la fiducia è un costrutto complicato e multidimensionale che è stato descritto anche:

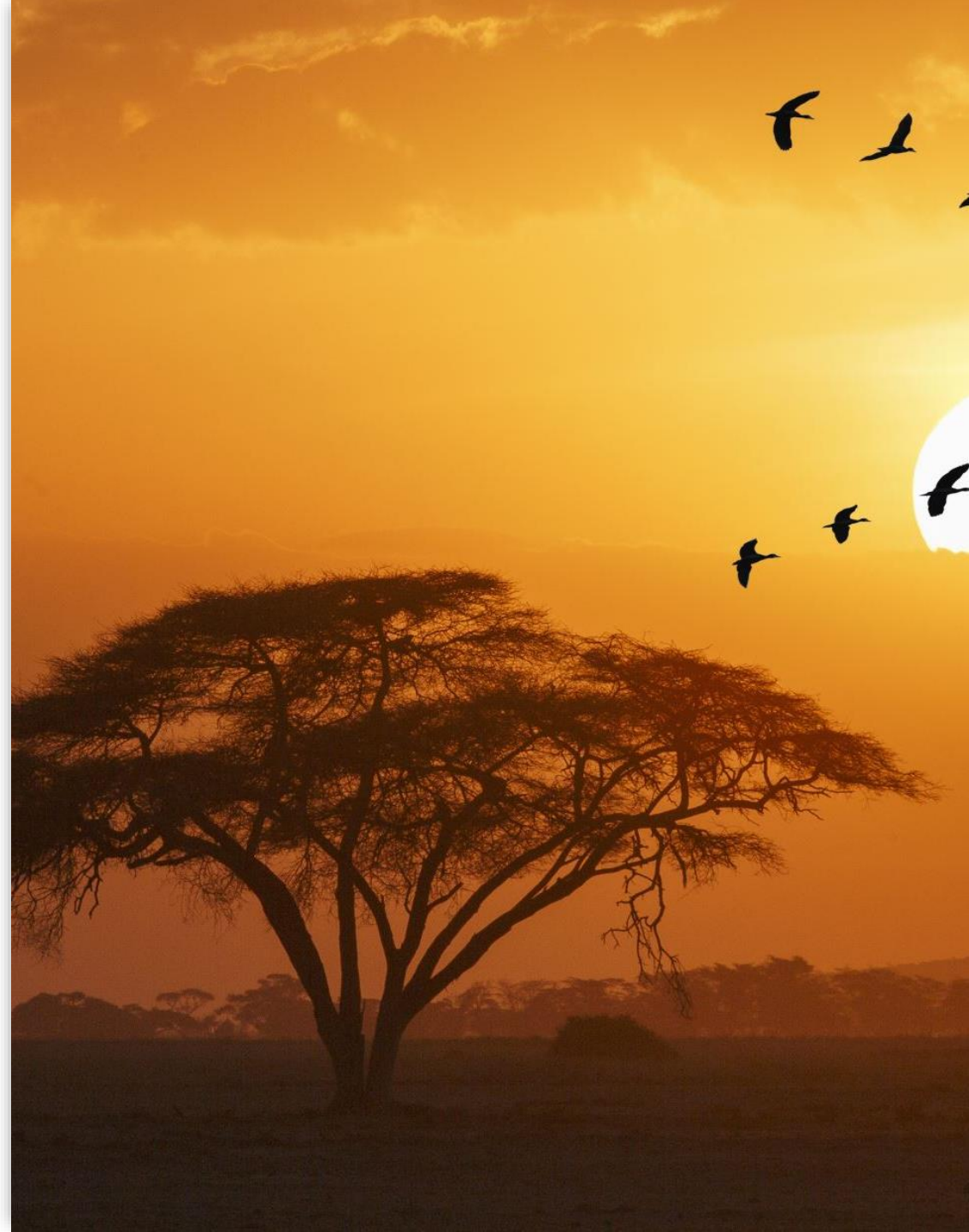
- Come un insieme convinzioni o aspettative che un medico si comporterà in un certo modo.
- Un rassicurante sentimento di fiducia o fiducia nel medico e nell'intento del medico.



Caso Clinico

Nel aprile 1996, le truppe armate del Botswana marciarono nei villaggi di Ngamiland, radunarono tutto il bestiame, lo uccisero e lo bruciarono. Lo scopo di ciò, secondo il governo centrale del Botswana, era prevenire la diffusione della pleuropolmonite bovina contagiosa a tutti i mandrie di bestiame in Botswana e impedire il destabilizzante dell'economia nazionale. Tuttavia, la percezione tra le tribù dell'Okavango era che si trattasse di un tentativo deliberato da parte del governo centrale di minare le basi della loro esistenza. Un anno dopo, il District Health Team - su ordine del governo centrale - lanciò una campagna per vaccinare i bambini dell'Okavango contro la poliomielite. Solo un piccolo numero partecipò. Le loro paure vennero espresse come "prima il nostro bestiame, ora i nostri bambini. Forse, le siringhe del governo contenevano veleno?" Il violento trattamento del bestiame da parte dell'esercito aveva effettivamente ucciso la fiducia, rendendo totalmente inefficace l'iniziativa di vaccinazione. La conseguenza di questa profonda diffidenza si manifestò nei bambini paralizzati.

Questo caso dimostra il potere della fiducia e l'impotenza della biomedicina in sua assenza, isolata dalla vita sociale e da un universo morale.



Cit. di Per Fugelli

Senza fiducia, la medicina diventerebbe un campo di battaglia invaso da avvocati, politici, burocrati, giornalisti, controller, consumatori e profittatori.



In quale ambulatorio?

Ambulatorio della Fiducia:

1. Presentazione dei veri sentimenti del paziente, anche quando dolorosi.
2. Diagnosi con pochi esami e tecnologie semplici.
3. Pazienza come strumento diagnostico e rimedio curativo.
4. Potente presenza del "medico farmaco" per creare una forte alleanza terapeutica.
5. Libertà di utilizzare il giudizio personale del clinico e adattare la medicina al paziente unico.
6. Perdono nei confronti del medico.
7. Benessere dei medici.

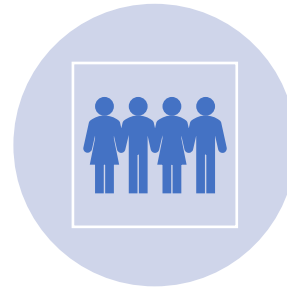
Ambulatorio dell'Angoscia:

1. Possibili motivazioni nascoste che rendono il paziente riluttante a rivelare i veri sentimenti.
2. Desiderio di effettuare numerosi test ed esami sofisticati.
3. Fretta e ricerca della soluzione immediata.
4. Medici e pazienti si sentono sole, prive del potere di fiducia, fede e speranza.
5. Limitazioni dovute alle linee guida, agli standard di controllo della qualità, alla paura di essere citati in giudizio e alla paura di scandali mediatici.
6. Accuse per gli errori del medico.
7. Esaurimento dei medici.

Quale ruolo svolge una società giusta nella stanza delle consultazioni del medico generale?



Se le persone perdono la fiducia di base nella società, porteranno la paura nella stanza delle consultazioni.



La fiducia e la diffidenza sono contagiose, attraversando il divario tra la società e il microcosmo in medicina.

I medici
possono
accrescere la
fiducia nella
medicina
contribuendo a
una società
giusta?

I medici di medicina generale lavorano in prima linea, nel bel mezzo della giungla sociale, in una posizione unica per individuare i problemi prima che diventino generalmente evidenti.





Integrità morale la base
per la fiducia personale

Onestà

Trasparenza

Riservatezza

Autonomia



Costruire Relazioni di Cura

Fiducia

Rispetto

Condivisione
del Potere

L'evoluzione della società e i nuovi modelli di cura hanno reso i contatti tra medico e paziente più transazionali, concentrati su questioni di stretta portata e limitati nel tempo, indebolendo gli aspetti relazionali della cura.

La relazione tra medico e paziente deve evolversi per riflettere questo contesto in evoluzione.

La cura basata sulle relazioni si inserisce nel contesto sanitario emergente e dovrebbe essere protetta e rinnovata per garantirne i benefici per la cura dei pazienti, gli operatori sanitari e il sistema sanitario nazionale possano essere realizzati.



The power of relationships: what is relationship-based care and why is it important?

General practice COVID-19 recovery

Foreword - Professor Martin Marshall, Chair RCGP



COVID-19 has radically changed the face of general practice. We have moved from a predominantly face-to-face service to one in which most consultations are delivered remotely, either by telephone or video call. Of course, during the pandemic, we had little choice. Infection control was the overriding imperative. But as lockdown restrictions are eased, we do have choices to make about what the service should look like post-pandemic. Should we retain the remote gateway to service, known as 'total triage'? What is the right balance between remote and face-to-face appointments?

Remote consultations are certainly here to stay. For many patients, they enable quicker and more convenient access to a GP appointment, which of course is hugely important. But should speed and ease of access be our primary measures of effectiveness? They are certainly easier to quantify. But what about the quality of care? What about the relationship between doctor and patients which, to me, is the essence of general practice?

“the relationship between a patient and their GP is as important as a scalpel is to a surgeon.”

For many of us, delivering one remote consultation after another has felt very transactional. The phrase 'call-centre medicine' springs to mind. And I fear that a predominantly remote service is ultimately to the detriment of relationship-based care - knowing

your patients, understanding their health issues in the context of their lives, forging a bond of understanding, trust and empathy. The relational dimensions of care are more challenging to measure and count but they are no less important than convenience. Yet the evidence for the benefits of trusting relationships is compelling - better patient experience, better adherence to medical advice, fewer prescriptions, better health outcomes, better job satisfaction for doctors and even fewer deaths. Indeed, the relationship between a patient and their GP is as important as a scalpel is to a surgeon. If relationships were a drug, NICE would mandate their use.

The power of relationships: what is relationship-based care and why is it important?

- Pereira Gray et al, in un articolo del 2020 nel BMJ, hanno definito il rapporto basato sulla relazione di cura come: «quella assistenza in cui il processo e i risultati sono migliorati da un'elevata qualità del rapporto tra medico e paziente».

'Relationship-based care describes care in which the process and outcomes of care are enhanced by a high-quality relationship between doctor and patient.

The relationship will often, though not always, have developed over time and is characterised by trust, mutual respect and sharing of power between doctor and patient. It leads to better understanding of the patient's ideas and expectations, a better understanding of the family and community in which the patient is living and the opportunity for a therapeutic relationship to develop'

Pereira Gray D. et al (2020) What are the benefits of relationship-based care and how can they be maintained when an increasing number of patient contacts will use alternatives to face to face consultation? unpublished.

The power of relationships

Cura centrata sulla persona e processo decisionale condiviso

- Il concetto di "**cura centrata sulla persona**" descrive un approccio che mette i bisogni, i desideri e gli interessi del singolo paziente al centro di tutte le interazioni e decisioni sanitarie.
- Un elemento dell'assistenza centrata sulla persona è il "**processo decisionale condiviso**" in base al quale i pazienti sono attivamente coinvolti nelle decisioni relative alla propria cura.
- Un approccio centrato sulla persona è complementare alla cura basata sulla relazione ma è concettualmente distinto: **relazioni forti e di fiducia** tra i pazienti e i loro medici **facilita l'assistenza centrata sulla persona e il processo decisionale condiviso.**

Cura basata sulla relazione e relazione terapeutica

- Un altro modo in cui è stata concettualizzata la dimensione relazionale della cura è '**la relazione terapeutica**', termine psicoanalitico che racchiude "amicizia, rispetto...empatia, fiducia, allineamento tra l'agenda del medico e quella del mondo di vita del paziente"
- **Lo psicoanalista Michael Balint** ha svolto un ruolo pionieristico nella comprensione del **potenziale terapeutico della relazione medico-paziente** in medicina generale.
- Importanza delle **abilità comunicative e psicologiche** all'interno della consultazione, che può consentire di realizzare la creazione di un **partenariato efficace con i pazienti** ed a mantenere una **prolungata relazione con i pazienti, gli assistenti e le famiglie.**

The patient–physician relationship: an account of the physician’s perspective



Ron Berger^{1,2*}, Ben Bulmash³, Netanel Droni⁴, Ofir Ben-Assuli⁵ and Ram Herstein⁶

Abstract

Background: The issue of patient–physician relationships in general, and particularly the trust of patients in their primary care physician has gained much interest in academia and with practitioners in recent years. Most research on this important topic, however, focused on how patients view the relationship and not how the physicians see it. This research strives to bridge this gap, with the resolution of leading to an improved appreciation of this multifaceted relationship.

Methods: A survey of 328 actively practicing physicians from all four health maintenance organizations (HMOs) in Israel resulted in a hierarchical formation of components, indicating both the relative as well as absolute importance of each component in the formation of the patient–physician relationship. The sample conducted was a convenience one. Methodologically, we used two different complementary methods of analysis, with the primary emphasis on the Analytic Hierarchical Processing (AHP), a unique and advanced statistical method.

Results: The results provide a detailed picture of physicians’ attitudes toward the patient–physician relationship. Research indicates that physicians tend to consider the relationship with the patient in a rather pragmatic manner. To date, this attitude was mostly referred to intuitively, without the required rigorous investigation provided by this paper. Specifically, the results indicate that physicians tend to consider the relationship with the patient in a rather pragmatic manner. Namely, while fairness, reliability, devotion, and serviceability received high scores from physicians, social interaction, friendship, familial, as well as appreciation received the lowest scores, indicating low priority for warmth and sociability in the trust relationship from the physician’s perspective. The results showed good consistency between the AHP results and the ANOVA comparable analyses.

Conclusions: In contrast to patients who traditionally stress the importance of interpersonal skills, physicians stress the significance of the technical expertise and knowledge of health providers, emphasizing the role of competence and performance. Physicians evaluate the relationship on the basis of their ability to solve problems through devotion, serviceability, reliability, and trustworthiness and disregard the “softer” interpersonal aspects such as caring, appreciation, and empathy that have been found to be important to their patients. This illustrates a mismatch in the important components of relationship building that can lead to a loss of trust, satisfaction, and repeat purchase.

(Continued on next page)

A differenza dei pazienti che tradizionalmente enfatizzano l'importanza delle abilità interpersonali, i medici sottolineano la significatività delle competenze tecniche e della conoscenza degli operatori sanitari, enfatizzando il ruolo della competenza e delle prestazioni. I medici valutano la relazione in base alla loro capacità di risolvere i problemi attraverso devozione, utilità, affidabilità e fiducia, trascurando gli aspetti "più morbidi" delle relazioni interpersonali come la cura, l'apprezzamento e l'empatia che sono risultati importanti per i loro pazienti. Questo illustra una discrepanza nelle componenti importanti della costruzione dei rapporti che può portare a una perdita di fiducia, insoddisfazione e fedeltà.

Appendix C

Table 12 Summary of the Different Views of the Dyadic Relationship

Construct	Patient–Physician Relationship	Source	Patient–Physician Perspective
Model	Relationship	[23, 37, 40]	Clinical
Care	Holistic: Patient centered	[2, 37]	Focused: Illness centered
Trust	Emotionally based – Built when information is shared	[1, 41]	Rationally based – Founded on one-sided Communication (the doctor dispenses advice)
Communication	Emotional – Based on empathy	[10]	Rational – Based on facts
Relationship	Reactive and dynamic	[20]	Passive – Based on medical needs
Responsibility	Mutual	[16]	Physician
Skill	Interpersonal – Emotionally based	[5, 9, 74]	Technical – Competence based

Benefici della cura basata sulla relazione

- **L'assistenza basata sulla relazione** non è solo una cosa bella , ci sono prove sostanziali che gli aspetti relazionali della cura - **continuità, relazioni terapeutiche e cura centrata sulla persona** - offrano benefici tangibili ai pazienti, ai medici di base e al sistema sanitario in generale

Benefits to patients



- Improved experience and satisfaction
- Better health outcomes
- Lower mortality rates
- Increased engagement with medical advice

Benefits to GPs



- Greater job satisfaction
- Improved recruitment and retention

Benefits to the NHS



- Fewer A&E attendances
- Fewer unplanned admissions to hospital
- Better adherence to medical advice

When they receive continuity of doctor care, patients:

1. Are more satisfied. (Baker and Streatfield 1995, Baker et al/2003, Adler et al/2010)
 2. Are more likely to follow medical advice (Warren et al/2015, Chen et al/2013)
 3. Are more likely to take up offers of personal preventive medicine. (O'Malley et al 1997, Christakis et al/2000)
 4. Are more likely to have a good doctor patient relationship with their GP. (Mainous et al/2001, Ridd et al/2011)
 5. Are more likely to receive good quality of care. (O'Connor et al/1998, Romano and Segal 2015, Delgado et al/2022)
 6. Are less likely to need to go to A&E. (Brousseau et al/2004, van den Berg et al 2016)
 7. Are less likely to need a hospital admission, particularly for ambulatory care sensitive conditions. (Barker et al/2017, Bankart et al/2011)
 8. Are likely to live longer. (Sandvik et al/2022, Pereira Gray et al/2018)

These key features have many different research studies underpinning them and we have simply selected two or three for each for the sake of simplicity and to keep the number of references manageable.

Continuità longitudinale (informazionale e gestionale) e continuità relazionale (interpersonale)

RESEARCH ARTICLE

The Association of Longitudinal and Interpersonal Continuity of Care with Emergency Department Use, Hospitalization, and Mortality among Medicare Beneficiaries

Suzanne E. Bentler^{1*}, Robert O. Morgan², Beth A. Virnig³, Fredric D. Wolinsky⁴

1. The Public Policy Center, The University of Iowa, 217 South Quad, Iowa City, IA 52242, United States of America, 2. Division of Management, Policy, and Community Health, The University of Texas School of Public Health, 1200 Herman Pressler, E343, Houston, TX 77030, United States of America, 3. Division of Health Services Research and Policy, University of Minnesota School of Public Health, N504 Boynton, 410 Church St SE, Minneapolis, MN 55455, United States of America, 4. Department of Health Management and Policy, The University of Iowa College of Public Health, N211-CPHB, 105 North River Street, Iowa City, IA 52246, United States of America

*suzanne-bentler@uiowa.edu

Abstract

Background: Continuity of medical care is widely believed to lead to better health outcomes and service utilization patterns for patients. Most continuity studies, however, have only used administrative claims to assess longitudinal continuity with a provider. As a result, little is known about how interpersonal continuity (the patient's experience at the visit) relates to improved health outcomes and service use.

Methods: We linked claims-based longitudinal continuity and survey-based self-reported interpersonal continuity indicators for 1,219 Medicare beneficiaries who

completed the National Health and Health Services Use Questionnaire. With these linked data, we prospectively evaluated the effect of both types of continuity of care indicators on emergency department use, hospitalization, and mortality over a five-year period.

Results: Patient-reported continuity was associated with reduced emergency department use, preventable hospitalization, and mortality. Most of the claims-based measures, including those most frequently used to assess continuity, were not associated with reduced utilization or mortality.

Conclusion: Our results indicate that the patient- and claims-based indicators of continuity have very different effects on these important health outcomes.



CrossMark

click for updates

OPEN ACCESS

Citation: Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA, Wolinsky FD (2014) The Association of Longitudinal and Interpersonal Continuity of Care with Emergency Department Use, Hospitalization, and Mortality among Medicare Beneficiaries. PLoS ONE 9(12): e115088. doi:10.1371/journal.pone.0115088

Editor: Tina Hernandez-Boussard, Stanford University School of Medicine, United States of America

Received: April 4, 2014

Accepted: November 18, 2014

Published: December 22, 2014

Copyright: © 2014 Bentler et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability: The authors confirm that, for approved reasons, some access restrictions apply to the data underlying the findings. The Medicare claims data was granted to the authors under a Data Use Agreement (DUA). Under the terms of this agreement, the authors are not allowed to share this data. An individual wanting access to this data would have to file their own DUA with the Centers for Medicare and Medicaid Services and gain approval to have access. The survey data is held by Robert O. Morgan and approval would need to be granted by him for access to that data.

Funding: This work was supported by an Alvin R. Tarlov & John E. Ware Jr. Doctoral Dissertation Award (<http://www.hal-health.org/awards.html#tarlov>) awarded to SB and funds from the University of Iowa John W. Colton Chair awarded to FW. The funders had no role in the study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

- La maggior parte degli studi che esaminano il **rapporto tra CoC ed esiti di cura** hanno utilizzato misure derivate da dati amministrativi, nel presupposto che tali indicatori di continuità longitudinale con determinato fornitore di cura equivallesse ad una continuità relazionale (continuità interpersonale)
- **Solo la continuità di cura correlata alla durata del rapporto di cura del paziente con il proprio medico** è associata a un ridotto utilizzo del reparto di emergenza, ad ospedalizzazione prevenibile e mortalità.
- La maggior parte delle altre forme di continuità, così definite sulla base di parametri per lo più di tipo amministrativo, non erano associate a tale effetto.

Research

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunnskaar

Background Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure in Norway, and elsewhere.

Aim To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admission, and mortality.

Design and setting Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGPs.

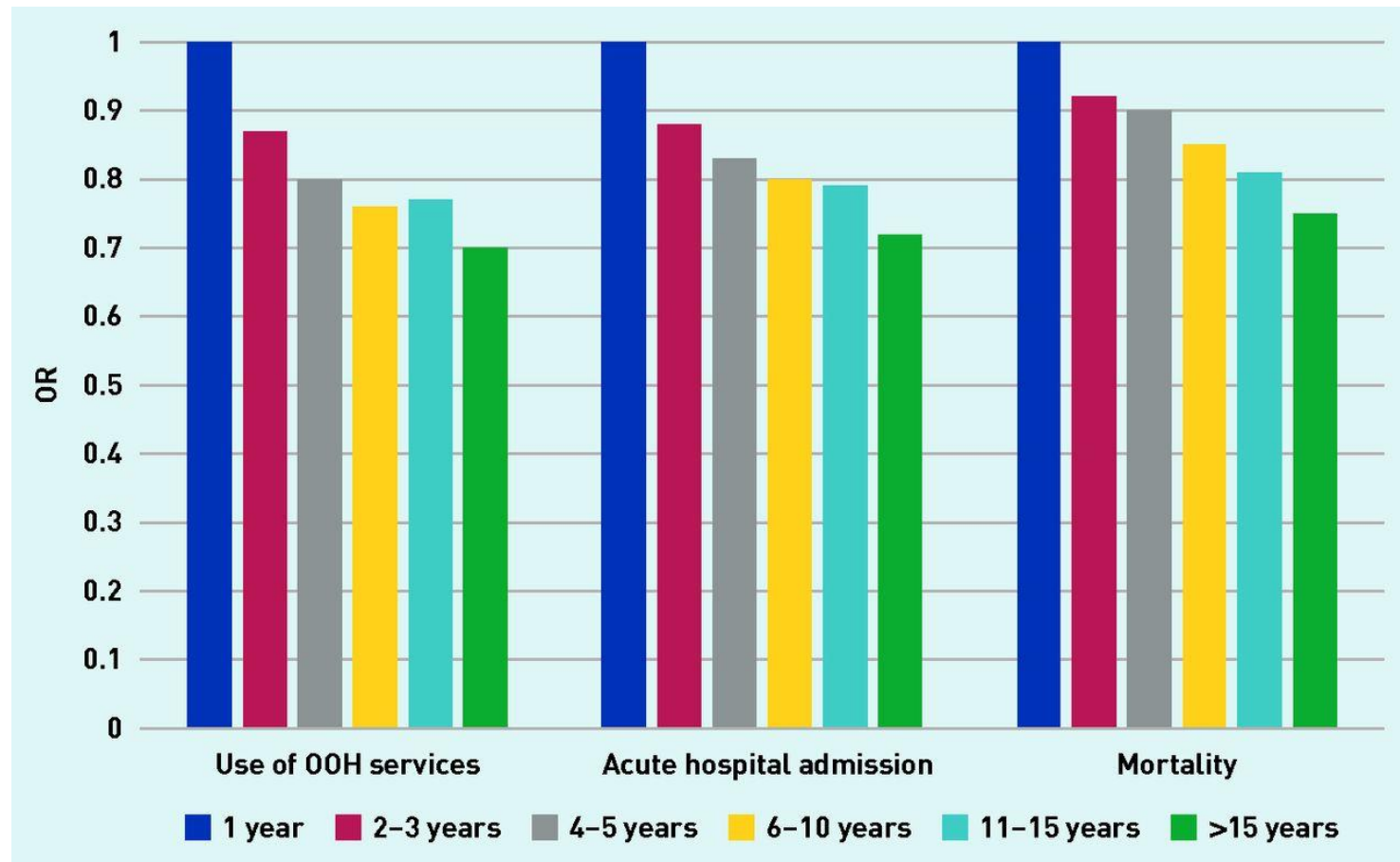
Method Duration of RGP–patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospital admission, and mortality in 2018. Several patient-related and RGP-related covariates were included in the analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP–patient relationship was categorised as 1, 2–3, 4–5, 6–10, 11–15, or >15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) resulting from multilevel logistic regression analyses.

Results Compared with a 1-year RGP–patient relationship, the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (95% CI = 0.86 to 0.88) after 2–3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years. OR for acute hospital admission decreased gradually from 0.88 (95% CI = 0.86 to 0.90) after 2–3 years' duration to 0.72 (95% CI = 0.70 to 0.73) after >15 years. OR for dying decreased gradually from 0.92 (95% CI = 0.86 to 0.98) after 2–3 years' duration, to 0.75 (95% CI = 0.70 to 0.80) after an RGP–patient relationship of >15 years.

Conclusion Length of RGP–patient relationship is significantly associated with lower use of OOH services, fewer acute hospital admissions, and lower mortality. The presence of a dose–response relationship between continuity and these outcomes indicates that the associations are causal.

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway

a registry-based observational study in Norway



BMJ Open Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality

Denis J Pereira Gray,¹ Kate Sidaway-Lee,¹ Eleanor White,^{1,2} Angus Thorne,^{1,3}
Philip H Evans^{1,2}

In una netta maggioranza di studi (18, ovvero l'81,8%) che soddisfacevano i criteri di selezione, livelli più elevati di continuità delle cure con i medici erano associati a tassi di mortalità più bassi. Sebbene questa evidenza sia di natura osservativa, con 18 degli 22 studi che mostravano riduzioni significative della mortalità grazie alla continuità delle cure mediche, la chiara prevalenza delle prove supporta l'associazione.

Per 200 anni, i progressi in medicina sono stati principalmente di natura tecnica e impersonale, riducendo l'attenzione verso il lato umano della medicina. Questa revisione sistematica rivela che nonostante numerosi progressi tecnici, la continuità delle cure rimane un aspetto importante della pratica medica e potenzialmente una questione di vita o di morte.

Continuity of care in primary care and association with survival in older people:

a 17-year prospective cohort study

	<i>N</i>	<i>HR</i>	<i>95% CI</i>	<i>P-value</i>
COC index categorical^a	1708			0.033
Low	369	1.20	1.01 to 1.42	0.034
Moderate	289	1.17	0.98 to 1.41	0.083
High	310	0.93	0.77 to 1.12	0.435
Maximum COC ^b	740			

^aLow COC >0–0.500; moderate COC 0.501–0.556; high COC 0.557–0.999; maximum COC 1.000.

^bReference category.

COC = continuity of care. HR = hazard ratio.

How this fits in

Although continuity of care is a widely-accepted core principle of primary care, Evidence for its benefits is still weak. The present study demonstrates that low continuity of care in general practice is associated with a higher risk of mortality, strengthening the case for encouragement of continuity of care. This study adds to previous research by providing follow-up to 17 years, face-to-face interviews, and broad data coverage.

BENEFITS FOR DOCTORS

There are also advantages for GPs of continuity of care:

1. Accumulated knowledge- with continuity, GPs gain more accumulated knowledge of their patients and use it for the patient's benefit (Hjortdahl & Borchgrevink 1991, Hjortdahl 1992, Ridd et al/2011)
2. GP satisfaction- personal knowledge of the patient and the doctor-patient relationship and personal continuity enable GPs to provide 'higher-quality care' (Ridd et al/2006)
3. Better adherence/concordance with the doctor's advice- patients are easier to work with when they disclose more information and when advice is followed. (Chen et al/2013, Warren et al/2015)
4. Efficiency in practice administration- general practices run more efficiently, when staff are clear about who is the responsible GP. With personal lists queries and test results can be transmitted quickly to the patient's responsible doctor (Pereira Gray 1979)
5. Internal professional audits- personal list practices can conduct internal practice audits on the performance of doctors. These internal inter-doctor audits are highly educational, sustain quality improvement, with privacy for the clinicians if weaknesses are exposed. (Pereira Gray 1995)
6. Forgiveness- Patients forgive some practice errors within strong patient-doctor relationships (Lings et al/2003)
7. Reduced GP workload. The time to a patient's next visit was shown to be longer when they saw the GP they had seen most frequently over the previous two years. It was estimated that high levels of continuity could reduce consultation demand by over 5%. (Kajaria-Montag et al 2022)

BENEFITS FOR HEALTH SYSTEMS

There are also benefits to entire health systems, such as the NHS, from continuity of care. Some of these emerge from the benefits to patients and doctors.

Lower costs for health systems

Better prevention, better prescribing and reduced hospitalisations means lower costs for health systems. Continuity of care has been shown to be associated with lower overall healthcare costs ([Weiss and Blustein 1996](#), [De Maeseneer 2003](#), [Bazemore et al/2018](#), [Bazemore et al 2023](#)) as well as specific costs such as prescription costs.



The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review

Andrew Bazemore, MD, MPH¹

Zach Merenstein²

Lara Handler, MSLS¹

John W. Saultz, MD³

¹American Board of Family Medicine, Lexington, Kentucky

²Center for Professionalism & Value in Health-care, Washington, DC

³Department of Family Medicine, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon



ABSTRACT

PURPOSE Interpersonal continuity has been shown to play an essential role in primary care's salutary effects. Amid 2 decades of rapid evolution in the health care payment model, we sought to summarize the range of peer-reviewed literature relating continuity to health care costs and use, information critical to assessing the need for continuity measurement in value-based payment design.

METHODS After comprehensively reviewing prior continuity literature, we used a combination of established medical subject headings (MeSH) and key words to search PubMed, Embase, and Scopus for articles published between 2002 and 2022 on "continuity of care" and "continuity of patient care," and payor-relevant outcomes, including cost of care, health care costs, cost of health care, total cost of care, utilization, ambulatory care-sensitive conditions, and hospitalizations for these conditions. We limited our search to primary care key words, MeSH terms, and other controlled vocabulary, including primary care, primary health care, family medicine, family practice, pediatrics, and internal medicine.

RESULTS Our search yielded 83 articles describing studies that were published between 2002 and 2022. Of these, 18 studies having a total of 18 unique outcomes examined the association between continuity and health care costs, and 79 studies having a total of 142 unique outcomes assessed the association between continuity and health care use. Interpersonal continuity was associated with significantly lower costs or more favorable use for 109 of the 160 outcomes.

CONCLUSIONS Interpersonal continuity today remains significantly associated with lower health care costs and more appropriate use. Further research is needed to disaggregate these associations at the clinician, team, practice, and system levels, but continuity assessment is clearly important to designing value-based payment for primary care.

Il dilemma dell'accessibilità



[Milbank Q.](#) 2005 Sep; 83(3): 457–502.

doi: [10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x)

PMCID: PMC2690145

PMID: [16202000](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/)

Contribution of Primary Care to Health Systems and Health

[Barbara Starfield](#), [Leiyu Shi](#), and [James Macinko](#)

▶ [Author information](#) ▶ [Copyright and License information](#) [PMC Disclaimer](#)

Abstract

[Go to:](#) ▶

Evidence of the health-promoting influence of primary care has been accumulating ever since researchers have been able to distinguish primary care from other aspects of the health services delivery system. This evidence shows that primary care helps prevent illness and death, regardless of whether the care is characterized by supply of primary care physicians, a relationship with a source of primary care, or the receipt of important features of primary care. The evidence also shows that primary care (in contrast to specialty care) is associated with a more equitable distribution of health in populations, a finding that holds in both cross-national and within-national studies. The means by which primary care improves health have been identified, thus suggesting ways to improve overall health and reduce differences in health across major population subgroups.

	ACCESSI TOTALI				INCREMENTO
	2019	2020	2021	2022	
Medicina di Gruppo 1	90927	99037	113047	133778	+ 47,13%
Medicina di Gruppo 2	75754	76805	80699	80115	+ 5,76%
Medicina di Gruppo 3	295189	307207	302251	332265	+ 12,56%
Medicina di Gruppo 4	55278	64616	58690	62345	+ 12,78%
Medicina di Gruppo 5	29076	29187	27691	26984	-7,19%
Medicina di Gruppo 6	77996	91695	112055	113862	+ 45,98%
Medicina di Gruppo 7	270801	259233	273838	302950	+ 11,87%
Medicina di Gruppo 8	39366	41701	50281	53842	+ 36,77%
Medicina di Gruppo 9	37572	37503	41720	42007	+ 11,80%
Medicina di Gruppo 10	21923	23175	27143	30029	+ 36,97%
Medicina di Gruppo 11	91565	99735	114037	134867	+ 47,29%
Medicina di Gruppo 12	64636	68615	86789	101346	+ 56,79%
Medicina di Gruppo 13	206699	194832	223833	240722	+ 16,46%

Dati raccolti ed elaborati da **Paolo Simonato** che ringrazio per la gentile condivisione per ulteriori informazioni mail to **paul.simonato@gmail.com**

New Online

Views 53,492 | Citations 0 | Altmetric 134 | Comments 19

A Piece of My Mind

ONLINE FIRST

FREE

7
June 30, 2023

Death by Patient Portal

Michael Stillman, MD¹

» [Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

JAMA. Published online June 30, 2023. doi:10.1001/jama.2023.11629

Sintesi dell'articolo

- L'autore descrive il suo burnout durante la pandemia di COVID-19, attribuendolo in parte all'elevato numero di messaggi dei pazienti ricevuti attraverso il portale del paziente.
- Vengono esplorate diverse strategie per ridurre il carico di messaggi del portale, ma alcune di esse risultano poco praticabili o inadatte alla situazione dell'autore.
- L'autore sottoposto al Mini Z Survey 2.0 per valutare lo stress legato all'uso del portale e ottiene un punteggio basso, indicativo di un ambiente poco supportivo e gestibile.
- Viene sottolineata l'importanza del coinvolgimento dei pazienti nella gestione del portale e vengono descritte le linee guida stabilite dall'autore per una migliore interazione.
- Dopo aver inviato un messaggio a tutti i pazienti per chiedere aiuto nel ridurre il carico del portale, l'autore riceve una risposta positiva e di supporto da parte dei pazienti.
- La comunicazione tramite telefono viene riscoperta come un modo prezioso per mantenere una relazione medico-paziente significativa e meno transazionale rispetto al portale.
- L'autore riconosce che il burnout non è dovuto solo al portale del paziente ma è influenzato anche da altri fattori, come la pandemia e gli oneri amministrativi della professione medica.



Intelligenza artificiale


Con il continuo sviluppo delle tecnologie IA e della robotica, ci aspettiamo alcuni cambiamenti notevoli:

- 1.Chatbot medici
- 2.Diagnosi assistite dall'IA
- 3.Monitoraggio dei pazienti
- 4.Personalizzazione del trattamento
- 5.Terapia e consulenza virtuale
- 6.Interventi chirurgici assistiti dall'IA
- 7.Ricerca medica avanzata
- 8.L'IA potrà accelerare il processo di ricerca medica

La comunicazione medico-paziente mediata dall'intelligenza artificiale (AI)

La comunicazione medico-paziente mediata dall'intelligenza artificiale (AI) è un campo emergente che ha il potenziale per rivoluzionare il modo in cui i pazienti interagiscono con i loro medici. L'AI può essere utilizzata per migliorare la comunicazione tra medici e pazienti in diversi modi, tra cui:

- Fornendo ai pazienti informazioni personalizzate sulla loro salute e sulle loro opzioni di trattamento.
- Aiutando i pazienti a capire i loro risultati di laboratorio e le loro immagini diagnostiche.
- Rispondendo alle domande dei pazienti in modo informativo e completo.
- Assistendo i pazienti nell'adempimento delle prescrizioni e nel follow-up dei loro trattamenti.
- Fornendo ai pazienti supporto emotivo e psicologico.



La comunicazione medico-paziente integrata dall'intelligenza artificiale

L'AI può anche essere utilizzata per migliorare la qualità della comunicazione medico-paziente in diversi modi, tra cui:

- Riducendo i tempi di attesa per gli appuntamenti.
- Aumentando l'accessibilità ai servizi medici.
- Migliorando la soddisfazione dei pazienti con la loro assistenza.
- Riducendo gli errori medici.

Nel futuro, l'AI è destinata a svolgere un ruolo sempre più importante nella comunicazione medico-paziente. L'AI può aiutare i pazienti a comprendere meglio la loro salute, a prendere decisioni informate sulle loro cure e a migliorare la loro esperienza di assistenza sanitaria complessiva.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

"È impossibile attraversare la vita senza fiducia, cioè essere imprigionati nella peggiore cella di tutte: se stessi".

Graham Greene, "Il Ministero della Paura":