



Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe

EDIZIONE ITALIANA

EUROPEAN GENERAL PRACTICE

EGPRN

RESEARCH NETWORK

*EGPRN is a network organisation within
WONCA Region Europe - ESGP/FM*

Eva Hummers-Pradier, Martin Beyer, Patrick Chevallier, Sophia Eilat-Tsanani,
Christos Lionis, Lieve Peremans, Davorina Petek, Imre Rurik, Jean Karl Soler, Henri E.J.H. Stoffers,
Pinar Topsever, Mehmet Ungan, Paul van Royen

Citazioni

Hummers-Pradier E, et al., Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009

Finanziamenti

Questo lavoro è stato supportato solamente dalla EGPRN e dalle concessioni della WONCA Europe

Edizione Italiana

Stampato a cura della Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale





Questa traduzione italiana della Agenda di Ricerca per la Medicina Generale/Medicina di Famiglia in Europa è l'unica traduzione ufficiale ed è garantita dal Rappresentante Italiano dell'EGPRN, Ferdinando Petrazzuoli.

Essa è dedicata alla memoria di Claudio Carosino, fulgida personalità della Medicina Generale e della ricerca in Medicina di Famiglia in Italia, di cui rimpiangeremo sempre la prematura scomparsa, membro dell'EGPRN, membro dell'EURACT, rappresentante italiano di EURIPA (European Rural and Isolated Practitioner Association) nonché Presidente della SIMG di Parma, attivamente coinvolto anche nella traduzione di questa Agenda.

Si ringraziano i seguenti colleghi coinvolti nella traduzione:

Nicola Buono,
Francesco Carelli,
Claudio Carosino,
Franco del Zotti,
Silvana Di Marco,
Charilaos (Harris) Lygidakis,
Giulio Rigon,
Alberto Vaona,
Luisa Valle

Si ringrazia particolarmente il dottor Francesco Carelli per aver garantito la conformità della traduzione della terminologia con quella della EURACT Educational Agenda di cui è stato coautore e il responsabile della traduzione.

Si ringraziano Stefano Alice, Luca Puccetti, Francesco Chiumeo e Vincenzo Pirrotta per la revisione della traduzione.

Si ringrazia la SNAMID e specificamente Roberto Stella, Marco Cambielli, Paolo Spriano, Andrea Zamboni, Maurizio Mancuso, Davide Fabbrica ed Alfredo Cuffari, per aver reso possibile la pubblicazione e la diffusione di questa opera nell'ambito dei quaderni della SNAMID.

Ferdinando Petrazzuoli MD, MSc
SNAMID
EGPRN Rappresentante Italiano
EGPRN Executive Board & Public Relation
and Communication Committee
Wonca International Classification Committee
petrazzuoli@snamid.org

Una Agenda di Ricerca Europea in Medicina Generale

Sebbene sia uno dei territori mondiali più progrediti, l'Europa è anche un continente di profonde diversità, e ciò è vero per tutti gli ambiti dell'attività umana, inclusa la Medicina.

Osservando il Continente europeo dal punto di vista della Medicina di Famiglia accademica, la situazione è allo stesso tempo molto varia: ci sono Nazioni dotate di Dipartimenti Accademici di Medicina di Famiglia ben organizzati, con infrastrutture sviluppate e fondi ben individuati e stanziati per la ricerca; ma ci sono anche Nazioni che stanno appena iniziando a sviluppare il loro potenziale riguardo alla ricerca in medicina di famiglia.

L'importanza della ricerca in Medicina di Famiglia è stata più volte dimostrata, soprattutto in tempi recenti, man mano che cresceva l'enfasi per le cure primarie e la Medicina di Famiglia stessa. È stato anche sovente riscontrato che il potenziale della ricerca nella Medicina di Famiglia è grande, ma molte volte è necessario lavorare molto e confrontarsi anche duramente sui modi di come realizzarla.

Uno dei principali problemi riguardanti la ricerca in Medicina di Famiglia è la produzione di protocolli di ricerca e la strutturazione di progetti di ricerca che rispecchino la particolare natura e i problemi di questa disciplina.

Il ruolo delle Organizzazioni Internazionali di Medicina di Famiglia è quello di essere consapevoli di tali differenze e di tentare di colmare il divario tra le realtà già sviluppate e quelle in via di sviluppo. In particolare, il compito di WONCA Europa riguarda la promozione degli aspetti scientifici della Medicina di Famiglia ad un livello globale. In passato WONCA Europa lo ha già fatto con la pubblicazione di una serie di documenti relativi ai principi della Medicina di Famiglia, in collaborazione con i propri networks.

Dapprima c'è stata la Definizione Europea di Medicina di Famiglia, in seguito la Educational Agenda dell' EURACT.

Il più recente documento di questa serie è la "Research Agenda for GP/FM and Primary Care in Europe" (Agenda di Ricerca per la Medicina di Famiglia e la Medicina Primaria in Europa). Scopo di quest'ultima è di promuovere la ricerca in Medicina di Famiglia e di aiutare i Medici di Famiglia a sviluppare progetti di ricerca che siano in linea con i problemi dei Generalisti e dei loro pazienti. L'Agenda può anche essere vista come uno strumento per politici ed altri enti governativi interessati nella costruzione di una ricerca innovativa, poiché essa identifica le aree in cui la ricerca è più necessaria. In tal modo l'Agenda può essere usata come una guida per decidere a riguardo delle priorità nella ricerca sia a livello nazionale che internazionale.

Personalmente sono sicuro che questo documento verrà utilizzato anche per ulteriori scopi oltre quelli già citati.

Sono molto soddisfatto per la realizzazione di questa Agenda di Ricerca e mi congratulo con EGPRN (European General Practice Research Network) per il risultato.

Professor Igor Švab, MD, PhD, Hon FRCGP
President of WONCA Europe

Tavola dei contenuti

Introduzione	8
Metodologia	11
Verso una Agenda di Ricerca in Europa – una panoramica storica	
Revisione della letteratura	
Strategia di ricerca della letteratura	
Valutazione critica della letteratura	
Riassunto della letteratura	
Raccolta dei risultati	
Risultati	15
Gestione delle cure primarie	15
Definizione del dominio di ricerca	
Sommario dei risultati della ricerca	
Necessità di ulteriore ricerca	
Metodologia di ricerca appropriata	
Cura centrata sulla persona	18
Definizione del dominio di ricerca	
Sommario dei risultati della ricerca	
Necessità di ulteriore ricerca	
Metodologia di ricerca appropriata	
Specifiche competenze di problem-solving	20
Definizione del dominio di ricerca	
Diagnosi	
Terapia	
Specifici approcci di problem-solving	
Ricerca Educazionale	
Sommario dei risultati della ricerca	
Reperimento e valutazione della letteratura	
Predominanti temi di ricerca 2003 - 2008	
Ricerca sul ragionamento diagnostico ed esami diagnostici	
Ricerca sulla cronicità e la gestione delle malattie	
Ricerca sui processi decisionali condivisi	
Ricerca sulla qualità delle cure	
Ricerca su genetica e genomica in medicina generale.	
Ricerca educativa	
Ulteriori necessità di ricerca e metodologia appropriata	
Approccio globale	27
Definizione del dominio di ricerca	
Sommario dei risultati della ricerca	
Reperimento e valutazione della letteratura	
Risultati della revisione della letteratura	
Necessità di ulteriore ricerca	
Metodologia di ricerca appropriata	
Orientamento alla Comunità	29
Definizione del dominio di ricerca	
Sommario dei risultati della ricerca	
Necessità di ulteriore ricerca	
Metodologia di ricerca appropriata	
Approccio olistico	31
Definizione del dominio di ricerca	
Sommario dei risultati della ricerca	
Necessità di ulteriore ricerca	
Necessità di ulteriore ricerca	

Come avviare la ricerca in medicina generale in un paese con scarse capacità o risorse limitate	33
Identificare le necessità di ricerca nel tuo paese e creare un elenco di priorità	
Scegliere il tuo soggetto di ricerca	
Obiettivi del progetto di ricerca	
Disegnare un buon progetto di ricerca	
Costruire un gruppo di ricerca	
Sviluppare le competenze e frequentare corsi di ricerca	
Pensare alle condizioni facilitanti	
Conclusione e discussione	38
Conclusione	
Agenda per ricerche future	38
Metodologia di ricerca appropriata	39
Discussione della metodologia	
Altri dati di letteratura sulla ricerca in medicina generale	
Implicazioni	44
Implicazioni per le organizzazioni di ricerca	
Implicazioni per i pazienti	
Implicazioni per la ricerca	
Implicazioni per le riviste	
Implicazioni per la politica	
Ringraziamenti	47
Appendici	48
Strategie di ricerca	48
Gestione delle cure primarie	
Centralità del paziente	
Specifiche abilità di problem solving	
Approccio globale	
Orientamento alla comunità	
Approccio Olistico	
Letteratura per capitoli	51
Referenze: Introduzione	
Referenze: Metodologia	
Referenze: Gestione delle cure primarie	
Referenze: Cura centrata sulla persona	
Referenze: Specifiche abilità di problem	
Referenze: Approccio globale	
Referenze: Orientamento alla comunità	
Referenze: Approccio olistico	
Referenze: Come avviare la ricerca in medicina generale	
Referenze: Discussione e conclusioni	
Referenze: Implicazioni	
Autori	69

Introduzione

La Medicina Generale/Medicina di Famiglia (MG/MdF) è la disciplina cardine delle Cure Primarie (CP) in medicina e la pietra angolare della maggior parte dei sistemi sanitari europei. Le sue potenzialità sono ampie: la grande maggioranza dei cittadini europei ha un suo medico di famiglia ed ha con lui contatti regolari. Nei sistemi sanitari nei quali il Medico di Medicina Generale (MMG) ha funzioni di "filtro" (gate keeper) il 90-95% dei problemi dei pazienti viene gestito nel tempo a livello di cure primarie (anche se lo specialista viene temporaneamente coinvolto). È dimostrato che l'80% di tutti i problemi per i quali i pazienti si rivolgono al servizio sanitario viene risolto a livello di cure primarie(1, 2).

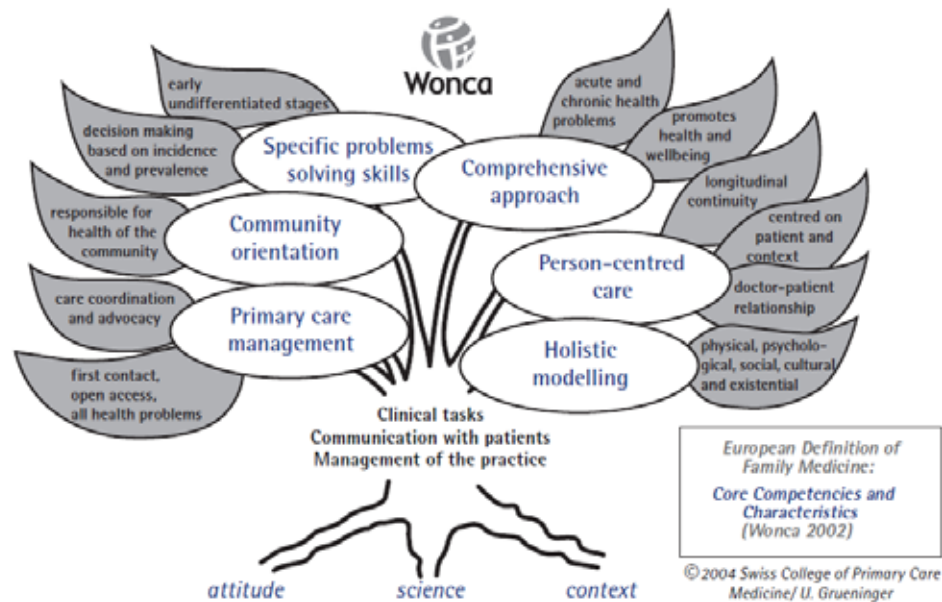
Una Definizione Europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia è stata pubblicata nel 2002 e rivista del 2005. Essa intende informare gli addetti alla programmazione, gli enti di finanziamento e gli altri attori esterni al suo dominio del "ruolo essenziale della Medicina di Famiglia all'interno dei sistemi sanitari, tanto a livello delle singole nazioni come a quello europeo:

"I medici di medicina generale/di famiglia sono medici specialisti istruiti e formati ai principi della disciplina. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona alla ricerca di cure mediche, indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. Sanno di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano. Quando negoziano piani di gestione con i pazienti integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. I medici di medicina generale/di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi. Ciò avviene sia direttamente, sia attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute e le risorse disponibili nella comunità in cui sono inseriti, assistendo i pazienti dove necessario nell'accesso a questi servizi. Essi devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, l'equilibrio e i valori personali come base per la cura efficace e sicura dei pazienti." (3)

La definizione descrive 11 caratteristiche fondamentali della disciplina e le traduce in 6 competenze essenziali. La interrelazione di queste competenze essenziali, caratteristiche fondamentali ed aree di implementazione caratterizza la disciplina e sottolinea la complessità della specialità; essa dovrebbe guidare ed influenzare l'agenda per l'insegnamento, la ricerca e l'accertamento della qualità in medicina generale/medicina di famiglia (MG/MdF) in Europa (4):

Competenze essenziali e caratteristiche fondamentali della MG/MdF secondo la Definizione Europea (4):

- **Gestione delle Cure Primarie** (punto di primo contatto, accesso aperto ed illimitato, riferimento per ogni tipo di problema di salute, uso efficiente delle risorse tramite il coordinamento delle cure, cooperazione con gli altri professionisti nell'ambito delle Cure Primarie, interfaccia tra le cure primarie e le cure specialistiche, ruolo di supporto del paziente quando occorre es. protezione del paziente dai danni potenziali prodotti da indagini e trattamenti non giustificati).
- **Cura centrata sulla persona** (orientata all'individuo e alla sua famiglia, relazione prolungata nel tempo, comunicazione efficace, continuità della cura).
- **Specifiche competenze di problem-solving** (processo decisionale specifico determinato dalla incidenza e prevalenza delle patologie, necessità di trattare contemporaneamente nel singolo paziente problemi di salute acuti e cronici in ogni stadio, presa in carico di un ampio spettro di problemi e malattie, comorbidità e multimorbidità).
- **Approccio globale** (trattamento di patologie ad uno stadio precoce ed indifferenziato, governo del rischio e dell'incertezza, promozione della salute e prevenzione, ma anche cura, presa in carico e cure palliative).
- **Orientamento alla Comunità** (responsabilità per la salute di tutta la comunità).
- **Approccio Olistico** (approccio ai problemi di salute nella loro dimensione biomedica ma anche psicologica, sociale, culturale ed esistenziale).



La Medicina Generale/Medicina di Famiglia e le Cure Primarie giocano un ruolo importante nel funzionamento dell'intero sistema delle cure, come è stato recentemente sottolineato dall'OMS (5) e da Rawal et al.(6). Il concetto di Cure Sanitarie Primarie è stato sviluppato in origine nel Regno Unito negli anni '20 e definito dall'OMS con la Dichiarazione di Alma Ata nel 1978 (7-9). Numerose revisioni recenti (10-11) hanno fornito solide evidenze al ruolo delle Cure Primarie. Starfield (12-14) ha dimostrato che la forza del sistema di Cure Primarie di una nazione è inversamente proporzionale alla mortalità generale (per tutte le cause), al tasso di morte prematura per tutte le cause e alla mortalità prematura specifica per alcune malattie quali asma e bronchite, enfisema e polmonite e malattie cardiovascolari. Un solido sistema di Cure Primarie e la peculiarità di alcune sue caratteristiche come la distribuzione geografica regolare, la continuità delle cure nel tempo, la coordinazione e l'orientamento alla comunità sono correlati al un miglioramento dello stato di salute della popolazione (15). Ci sono prove evidenti che le Cure Primarie (confrontate con quelle specialistiche) si associano ad una più equa distribuzione dello stato di salute nella popolazione (16) e questo dato risalta da studi sia a livello nazionale che internazionale. La funzione di filtro (gate keeper) del MMG è considerata un importante fattore di governo dei costi sanitari e di prevenzione dei danni provocati da ricoveri ospedalieri e da indagini diagnostiche non necessarie(17). Questi documenti fanno riferimento alle Cure Primarie come cure fornite da un team multi-professionale che lavori in stretto coordinamento. In un contesto Europeo (e nella maggior parte dei paesi più ricchi) il concetto di Cure Primarie viene usato ed è stato sviluppato in riferimento alla specialità della Medicina Generale/Medicina di Famiglia. In questi paesi la maggior parte dei team di CP è coordinato dal MMG che fornisce le cure di primo livello. Questa visione del lavoro in team, tuttavia, non è ancora pienamente sviluppata in tutte le nazioni europee e le forme organizzative delle CP e della Medicina Generale sono molto varie. Mentre in alcuni paesi il MMG ha una lista definita di pazienti che fanno riferimento al suo studio ed esercita una funzione di filtro, fornendo in modo esclusivo le CP, in altre nazioni le CP sono un territorio conteso fra i MMG e diversi specialisti distribuiti sul territorio, che i pazienti possono consultare di loro iniziativa. Quella dell'infermiere è una figura importante nelle CP in molti paesi. Nei differenti sistemi sanitari nazionali europei gli infermieri lavorano sia come parte del team delle CP (es. come infermieri nello studio dei MMG) sia come professionisti indipendenti o infermieri di comunità. In conseguenza di ciò le ricerche codificate come ricerche nelle CP sono state condotte sia nel setting della Medicina Generale, che in quello delle cure infermieristiche o, talvolta, anche delle cure di specialisti od altri professionisti sanitari che lavorano nella comunità. Il fulcro di questa Agenda di Ricerca, tuttavia, sono le CP fornite dai MMG e dai team multi-professionali coordinati dai MMG.

La ricerca in Medicina Generale deve rispecchiare il contesto, cioè le complesse relazioni all'interno delle CP e dei teams, così come le caratteristiche dei pazienti. Il dominio della ricerca in medicina generale comprende perciò studi all'interno del setting delle cure primarie ed include l'uso di un'ampia varietà di metodologie di ricerca. Oggigiorno vi è un grande bisogno di studi condotti in modo pragmatico in un contesto reale; le strategie diagnostiche e terapeutiche delle CP devono

essere studiate in una popolazione non selezionata con bisogni non selezionati, ed inoltre devono essere esplorati sia il punto di vista e le preferenze dei pazienti che quello degli operatori sanitari. La ricerca in Medicina Generale ha raggiunto livelli diversi di professionalizzazione e di competenza nei diversi paesi europei. Essa è stata sviluppata inizialmente in quei paesi (principalmente dell'Europa nord-occidentale) che hanno costruito il loro sistema sanitario sui principi dell'accesso ai livelli di cura specialistici controllato da parte della Medicina Generale (funzione di "filtro", meccanismo della "consulenza"). Nelle Paesi nei quali i MMG lavorano in parallelo ed in competizione con gli specialisti a livello della comunità si è avuto maggiore difficoltà a costituire ed a sviluppare Istituzioni Accademiche e quindi capacità di fare ricerca in Medicina Generale. Le tappe usuali di questo processo sono: 1) singoli MMG "pionieri" realizzano ricerche a partire dalla loro popolazione di pazienti ed ottengono un riconoscimento accademico, indi 2) gradualmente vengono istituite cattedre universitarie per la formazione degli studenti in medicina ed infine 3) vengono sviluppati più ampi progetti di ricerca ed, attraverso questi, si consolidano ulteriormente le potenzialità della ricerca. Attualmente i paesi europei evidenziano diversi livelli di sviluppo della capacità di ricerca in Medicina generale: ci sono nazioni nelle quali la medicina di famiglia è virtualmente assente a livello accademico (stadio 1), altre nelle quali i dipartimenti universitari di medicina di famiglia sono prevalentemente dediti all'insegnamento (stadio 2) e nazioni dove si sviluppa la ricerca, sia di tipo clinico sia sui sistemi organizzativi sanitari (stadio 2-3) (18-19). Occorre sottolineare che la ricerca in Medicina Generale è altresì necessaria per accrescere l'interesse di studenti e laureati verso la disciplina.

La ricerca in medicina generale è stata al centro di accese discussioni negli ultimi anni (20-22). Alcuni autori hanno perfino messo in dubbio che la ricerca in questo campo possa avere un futuro. La necessità della ricerca in MG è stata sostenuta con questi argomenti: " La ricerca in MG è essenziale perché: a) gli interventi curativi e preventivi devono essere basati su evidenze scaturite dalla ricerca; b) la maggior parte degli interventi di cura in un gran numero di paesi, specialmente quelli più poveri, è erogata a livello di cure primarie; c) le prove di efficacia alla base di questi interventi non possono derivare solo dalla ricerca prodotta in laboratorio o in ambiente ospedaliero. La mancanza di una attività di ricerca in medicina generale può portare ad un eccesso di interventi diagnostici e terapeutici non necessari ed a ritardi diagnostici dovuti ad errori nei percorsi di cura."(23) Inoltre, "attraverso la ricerca in MG l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari può essere migliorata: rafforzare la ricerca in MG è essenziale per accrescere il ruolo dei MMG nei sistemi sanitari, per ottimizzare il funzionamento del sistema e migliorare lo stato di salute delle popolazioni.(24)

Su richiesta della sezione europea di WONCA (WONCA-Europe), l'EGPRN, rete europea per la ricerca in MG, ha costituito nel 2006 un gruppo di esperti perché lavorassero alla stesura di una Agenda di Ricerca in MG. L'obiettivo principale di questo progetto era quello di fornire delle linee di indirizzo per le future ricerche e le relative politiche e programmazioni. La Reserch Agenda inoltre prende in considerazione le sfide che emergono dalle prospettive dei futuri sviluppi della disciplina. La Research costituisce inoltre una base di partenza ed un manuale di riferimento per i MMG, i ricercatori e chi gestisce le politiche sanitarie, fornendo gli strumenti per sostenere la causa della MG in Europa. Essa può essere utile come documento di riferimento per tutti i paesi del mondo, dato che, al momento, non è stato prodotto un documento simile per le altre sezioni continentali del WONCA. La Research Agenda è il naturale complemento della Educational Agenda ovvero L'Agenda per l'Educazione e l'Insegnamento prodotta da EURACT come linea di indirizzo per la formazione ed il percorso accademico in MG.

Quindi la Reserch Agenda sarà il documento di riferimento per:

- Riassumere le evidenze disponibili sulle affermazioni contenute nella Definizione Europea della MG, sui relativi compiti dei MMG, e rafforzare il suo significato per i ricercatori e i programmatori sanitari.
- Mettere a fuoco le aree ed i temi per i quali c'è una scarsità di evidenze e maggiori necessità di ricerca, allo scopo, ad esempio, di indirizzare programmazione e finanziamenti.
- Fornire una base di riferimento per interventi volti a stimolare e convincere le autorità regolatorie nel campo della sanità e della ricerca, ad esempio per concorrere all'attribuzione di fondi.
- Indicare temi di importanza preminente per i paesi con scarsa potenzialità di ricerca, nell'ottica di aiutarli a costruire fin dall'inizio un piano di sviluppo della ricerca in MG.

Gli elementi da cui si è partiti per la Research Agenda sono stati i prerequisiti, le necessità e le priorità della ricerca in MG/MdF in Europa così come sono stati rilevati con le tecniche del "key informant survey" (intervista tra esperti in materia) e dell'analisi SWOT (analisi dei punti di forza, punti di debolezza, opportunità e possibili minacce) tra i rappresentanti nazionali nell'ambito dell'EGPRN. Dopo la pubblicazione della Definizione Europea WONCA della MG/MdF il primo workshop si è svolto a Bled (Slovenia) nel 2002 per effettuare una ampia disamina dei bisogni e degli ostacoli alla ricerca nell'ambito delle nazioni rappresentate e per costruire una scala di priorità dei risultati. I risultati di questa prima analisi sono stati pubblicati nel 2004 (1).

Un secondo approccio ai bisogni ed alle necessità della ricerca in MG/MdF nei vari paesi europei è stato fornito dalle relazioni annuali, in forma semistrutturata, inviate regolarmente dai rappresentanti nazionali dell'EGPRN nel corso degli anni. I dati ricavati da tutti questi resoconti, a partire dal 2003, sono stati analizzati con tecniche quantitative e qualitative, analizzando le infrastrutture per la ricerca, le norme regolatorie e l'organizzazione. Successivi approcci con l'analisi SWOT in altri meetings dell'EGPRN sono serviti a mettere ulteriormente a fuoco ed a ordinare per importanza i temi e le necessità della ricerca.

Un terzo approccio è consistito nella classificazione e nell'analisi di tutti gli abstracts presentati nei meetings EGPRN a partire dal 2001, distinti per tema e metodologia, che rappresentano una panoramica dell'attività di ricerca dei MMG europei che vi partecipano (3). Purtroppo gli abstracts presentati alle conferenze Europee del WONCA non si possono analizzare allo stesso modo perché essi non vengono pubblicati su riviste indicizzate né sono archiviati in modo sistematico.

Infine nel 2006 si è costituito il **Gruppo di lavoro EGPRN per la Research Agenda**, formato dai membri del Comitato per la Strategia della Ricerca dell'EGPRN più altri membri volontari. Partendo dai documenti sopra menzionati il gruppo si è assunto il compito di effettuare una revisione completa della ricerca effettuata in MG/MdF, al fine di sviluppare la Research Agenda

Il **punto di partenza** nello sviluppare la Research Agenda è stato il dominio della medicina generale in Europa, così come è descritto nelle sei competenze essenziali (e nelle undici caratteristiche fondamentali ad esse correlate) della definizione Europea WONCA.(4). Una seconda traccia sono stati i domini fondamentali della ricerca in MG/MdF, riassumibili come:

- Ricerca clinica.
- Ricerca sui servizi sanitari.
- Ricerca sulla formazione e l'insegnamento in MG (1,5)

Mentre tentavamo di definire la Ricerca Clinica distinguendola dalla Ricerca sui Servizi Sanitari abbiamo osservato come queste due aree spesso si sovrappongono e mai differiscono per quanto riguarda gli outcomes di ciascun studio o per il dominio dello studio. La Ricerca Clinica considera gli outcomes a livello del paziente, misurando i risultati sulla sua salute (incluse la capacità funzionale e la qualità di vita) mentre la Ricerca sui Servizi Sanitari si concentra sui problemi e gli outcomes a livello del medico o del sistema sanitario. Questi tre domini (e la specifica metodologia di ricerca come quarta colonna) sono stati incrociati con le competenze costitutive della definizione europea della MG/MdF così da formare una griglia virtuale per incasellare queste aree di ricerca. La griglia è servita a strutturare la conseguente revisione della letteratura in domini tematici di ricerca, ma non è stata usata in modo restrittivo. Ci sono state ripetute e lunghe sessioni di brainstorming e discussione fra gli autori per stabilire definizione e contenuti dei singoli domini di ricerca, finché non si è raggiunto il consenso. A queste si sono aggiunti dei feed back provenienti dalla discussione in

numerosi workshop pubblici e da interviste tra esperti. Le nuove sfide per le cure primarie, che non erano menzionate nel documento originale della definizione WONCA, ma che sono di potenziale importanza per il futuro della MG/MdF, sono state aggiunte ai domini ed agli argomenti di ricerca da sottoporre a revisione della letteratura. Queste nuove sfide includono, ad esempio, l'applicazione delle conoscenze del genoma umano in continua evoluzione alla prevenzione (ad esempio nella gestione del rischio CV e neoplastico) e alla terapia (utilizzando la farmacogenomica) con le relative implicazioni etiche e medico-legali; inoltre l'uso e le potenzialità dei dati clinici del paziente in forma elettronica e delle tecnologie dell'informazione.

Revisione della letteratura

Da questi punti iniziali, abbiamo effettuato un'approfondita revisione della letteratura, cercando informazioni basate sull'evidenza e studi di ricerca relativi alle competenze essenziali e alle caratteristiche della Medicina Generale secondo la definizione WONCA. Per ciascuna competenza essenziale, la revisione è stata realizzata da un sottogruppo di autori.

Strategia di ricerca della letteratura

Si è effettuata una accurata ricerca in PubMed con l'uso di termini MeSH relativi alle competenze essenziali o a specifici sottocampi (vedere le appendici per maggiori dettagli) insieme con i termini "medicina di famiglia", "medicina generale" e "cure mediche primarie".

Sono state utilizzate varie strategie per estendere la ricerca della letteratura in casi in cui i risultati erano scarsi o il dominio di ricerca insufficientemente studiato:

- Sono state riprese le parole chiave di studi pertinenti ad ogni competenza essenziale e sono state incluse nella ricerca assieme ai termini MeSH.
- Tutti i termini MeSH relativi ad ogni parola chiave sono stati identificati ed inclusi nella strategia di ricerca della letteratura.
- I termini MeSH di articoli attinenti sono stati usati per ulteriori ricerche di articoli relativi a studi pertinenti.
- In certi casi, la ricerca della letteratura non è stata limitata ad articoli etichettati con le parole chiave "medicina di famiglia", "medicina generale" e "cure mediche primarie" ma si è andati oltre in modo tale da estendere la ricerca.

Quest'ultimo metodo è stato applicato principalmente nei campi di ricerca della gestione di cure primarie, dell'approccio globale, dell'orientamento alla comunità, dell'approccio olistico, e di alcuni sottogruppi di problem solving (genetica, cure croniche, programmi di gestione di malattia).

Nei campi con un alto numero di citazioni, sono stati usati filtri aggiuntivi e la ricerca è stata limitata a studi di metanalisi, revisioni sistematiche, studi clinici e studi controllati randomizzati (randomised controlled trials, RCTs), ergo escludendo editoriali, revisioni non sistematiche o articoli di opinione. Inoltre sono stati esclusi anche articoli riguardanti l'infermieristica (e quindi non la Medicina Generale). Ciò è stato applicato su campi di ricerca focalizzati sulla cura centrata sulla persona e parzialmente su quello dell'approccio alla risoluzione dei problemi (problem solving), ossia la diagnosi, la terapia e la qualità di cura. La ricerca della letteratura è stata prevalentemente limitata ad articoli di lingua Inglese ed in alcuni casi di Francese, Tedesco o Olandese.

In aggiunta, è stata tentata una revisione semi-quantitativa dei temi di ricerca per identificare gli argomenti trattati in maniera estesa o al contrario insufficiente. Per realizzare questo, sono stati ricercati in PubMed studi quali (Trials Controllati randomizzati) (Randomized Controlled Trials: RCTs) e studi clinici etichettati con il termine MeSH "medicina di famiglia" o "medicina generale" e pubblicati dal 2003.

Valutazione critica della letteratura

Tutti gli articoli identificati dalla nostra ricerca sono stati inizialmente esaminati per il loro titolo e per l'abstract e poi selezionati basandosi sui seguenti criteri:

- Formulazione concreta dello scopo dello studio (Research Question)
- Descrizione coerente della metodologia, includendo anche il luogo dello studio, e la sua appropriatezza metodologica in linea con lo scopo dello studio.
- Presentazione di risultati solidi, rispondenti allo scopo dello studio e della metodologia usata.
- Conclusioni basate sui risultati.
- Rilevanza dello studio: risultati rilevanti alla Medicina Generale/Medicina di Famiglia o le cure primarie, originati da o adattabili in un contesto Occidentale/Europeo)

Riassunto della letteratura

Gli abstracts selezionati sono stati messi a confronto con le descrizioni dei campi e le metodologie usate. Gli abstracts e gli articoli completi sono stati revisionati ed in seguito la metodologia, i risultati e le conclusioni sono stati estratti dai testi. Quando presenti, sono stati identificati gli studi di grande importanza. I risultati sono stati discussi quindi in un gruppo di autori

Raccolta dei risultati

Ogni sottogruppo in seguito ha riassunto i propri risultati prendendo in considerazione i campi di ricerca ed i concetti. L'evidenza esistente sulle competenze e i relativi scopi degli studi sono stati identificati e riassunti, assieme al tipo di studio, alla metodologia ed agli strumenti usati. Le conclusioni sono state ottenute dopo riflessioni e discussioni ripetute in piccoli gruppi fino al raggiungimento di un consenso. In seguito, sono state identificate le evidenze che mancavano e le carenze nella ricerca, confrontando i risultati ottenuti dalla descrizione dei campi, mediante discussioni sia in piccoli gruppi che in plenaria. I risultati e le conclusioni sono stati raccolti in capitoli separati per ciascun dominio di ricerca e di competenza essenziale, in accordo con il seguente schema:

- Definizione di un dominio.
- Riassunto dei risultati ottenuti dalle ricerche della letteratura, indicando quali argomenti sono stati trattati dagli studi, dando una grossolana sintesi dei loro risultati ove possibile.
- Obiettivi e necessità di ricerca, focalizzando le carenze di evidenze solide ed indicando futuri temi di ricerca.
- Appropriate metodologie per i temi proposti.

Il capitolo "Come avviare una ricerca in Medicina Generale in un paese con capacità ridotte o risorse limitate" è un documento di consenso che riflette più l'esperienza estesa dei membri dell'EGPRN che i risultati di una revisione sistematica della letteratura.

Eva Hummers-Pradier e Paul van Royen hanno in seguito riesaminato i documenti riassuntivi. Questo è stato realizzato amalgamando le strategie di ricerca, le citazioni e le bozze dei riassunti dei risultati (primavera 2008), da cui è emerso un più ampio e conciso documento che ha formulato le conclusioni per ciascuna delle 6 competenze essenziali (autunno 2008).

I risultati preliminari e completi di tutta la procedura sono stati presentati e discussi in vari workshops ed in incontri del consiglio e dell'esecutivo dell'EGPRN, nelle conferenze Europee del Wonca in Parigi (2007) e in Istanbul (2008), e nei meeting dell'EGPRN di Antalya (Maggio 2008) e di Budapest (Ottobre 2008). Il Feedback è stato ottenuto da diversi membri dell'EGPRN. Inoltre, il consiglio esecutivo di Wonca Europe, il presidente di Wonca World, i rappresentanti della EQUiP e della EURACT, gli editori di varie riviste europee della Medicina Generale, le scuole nazionali di Medicina Generale/Medicina di Famiglia, l'European Forum of Primary Care e altri opinion leaders

Raccolta dei
risultati

europei hanno ricevuto il documento e gli è stato chiesto di fornire un feedback. È stata pubblicata una bozza nelle pagine Internet di EGPRN e WONCA Europe nell' Ottobre 2008, invitando singoli membri ed organizzazioni a dare ulteriore feedback.

Tutto il feedback ricevuto è stato discusso e incorporato nella bozza durante un meeting degli autori (Gennaio 2009). Le strategie di ricerca della letteratura e le più rilevanti citazioni sono state raccolte in appendici. I capitoli sulla introduzione, metodologia e discussione, sono stati rivisti completamente. È stato inoltre abbozzato un capitolo di conclusione con implicazioni per la ricerca e la politica generale sulla ricerca. Questa versione è stata discussa ulteriormente all'interno del gruppo degli autori. Eva Hummers-Pradier e Paul van Royen hanno poi rielaborato il documento finale nella primavera del 2009.

Risultati

Gestione delle cure primarie

Definizione del dominio di ricerca

La gestione delle cure primarie secondo la definizione della Medicina Generale/Medicina di Famiglia di WONCA Europe, include le capacità di:

- Gestire il contatto primario con i pazienti occupandosi di problemi non selezionati.
- Trattare tutta la gamma delle condizioni di salute.
- Coordinare le cure con altri professionisti delle cure primarie ed altri specialisti.
- Essere esperti nell'erogare cure efficaci ed appropriate e nell'utilizzo dei servizi sanitari.
- Rendere disponibile al paziente i servizi appropriati del sistema sanitario.
- Agire in qualità di difensore nei confronti del paziente.

Starfield (1) ha attribuito alla definizione delle cure primarie quattro principali elementi, che potrebbero anche essere usati come misure o indicatori di risultato in una ricerca sui servizi sanitari: Il contatto primario è una componente centrale che include la valutazione della accessibilità ad un sanitario o ad una struttura, ed il grado con cui la popolazione in realtà usa questi servizi quando viene percepita per la prima volta una necessità (2).

Longitudinalità o continuità : sono le cure centrate sulla persona e la presa in carico del paziente senza limiti di tempo. (In quest'Agenda di Ricerca, questo elemento è trattato nel dominio di ricerca "cura centrata sulla persona").

La globalità delle cure; il fornitore delle cure primarie deve saper offrire un'ampia gamma di servizi, tale da soddisfare i bisogni comuni della popolazione – la valutazione di questa competenza comprende il grado con cui il sanitario è in grado di riconoscere questi bisogni mentre accadono (il concetto di Starfield si diversifica un po' dalla definizione di globalità di WONCA Europe).

La coordinazione è il metro con cui il fornitore delle cure primarie gestisce tutte le cure sanitarie del paziente, comprendendo quelle dei livelli secondari e terziari. Ciò richiede inoltre un sistema di registrazione dei dati che contiene tutte le informazioni relative alla salute (per esempio un registro elettronico dei pazienti) e una valutazione del grado e della velocità con cui l'informazione viene acquisita e utilizzata per la cura del paziente (1, 3).

Il dominio di ricerca inoltre include l'efficacia clinica e gli effetti nel sistema sanitario di particolari modelli di gestione di alcuni problemi di salute sempre nell'ambito delle cure primarie, ossia programmi di gestione di malattie specifiche e modalità organizzative di un ambulatorio o di una équipe di cure mediche primarie. La ricerca in questo dominio comprende le capacità gestionali di un sistema sanitario anche a livello pratico, come anche l'istruzione per medici professionisti collaboratori con un certo background ed esperienza.

Sommario dei risultati della ricerca

Il dominio di ricerca della gestione delle cure primarie è molto vasto. La letteratura ottenuta ha fornito risultati molto frammentati, piuttosto che una visione accurata. Sebbene ci siano stati pochi riscontri sistematici e ci sia poca evidenza in favore di un particolare modello organizzativo, appare tuttavia ovvio che nel campo dell'organizzazione e del personale della Medicina Generale ci possano e debbano essere ulteriori sviluppi in modo tale da corrispondere alle attuali e future richieste della gestione delle cure primarie. L'evidenza mostra più vantaggi per sistemi sanitari che si affidano maggiormente alle cure mediche primarie e alla Medicina Generale in termini di migliori risultati della salute della popolazione, maggiore equità, accesso e continuità e minore costo, rispetto a quei sistemi che tendono verso cure specialistiche (4, 5).

Molti degli articoli sottoposti al vaglio sono relativi alla gestione delle cure primarie di pazienti con

Gestione delle
cure primarie

Definizione

Sommario dei
risultati della
ricerca

Risultati

malattie specifiche (principalmente depressione, malattie mentali e diabete) o di una determinata popolazione –come per esempio pazienti geriatrici (6–10).

L'effetto di vari **modelli o interventi di gestione delle cure primarie**, come visite di prevenzione o cure da parte di infermieri, è stato studiato in diversi gruppi di popolazioni di pazienti. Alcuni studi suggeriscono che in certe condizioni ben definite le cure fornite da infermieri istruiti appropriatamente sono di elevata qualità simile a quella fornita dai medici e gli effetti sulla salute dei pazienti sono comparabili. Tuttavia, le cure primarie da parte degli infermieri sono probabilmente costose tanto quanto quelle fornite dai Medici di Medicina Generale, secondo i dati attualmente disponibili. Gli interventi nell'organizzazione dell'ambulatorio sembrano influenzare la percezione del servizio, ma gli effetti nei risultati della salute sono stati scarsamente studiati (11, 12).

L'impatto della **durata della consultazione** è stato studiato in studi osservazionali, ma senza risultati concreti. Sono necessari ulteriori studi focalizzati sugli effetti sulla salute e sull'efficienza dei costi.

L'accesso alle cure primarie è organizzato diversamente fra i vari paesi sia europei che non. Molti degli articoli erano relativi a studi su una specifica malattia o a ricerche condotte da infermieri. Il miglioramento dell'accesso è un problema chiave nel miglioramento della qualità delle cure primarie e nel garantire l'equità nelle cure sanitarie, ma l'argomento fino ad oggi è stato principalmente studiato da un punto di vista locale piuttosto che generale o al più in modo comparativo (13–18). Un'importante argomento degno di attenzione sono **le cure collaborative e l'interfaccia tra le cure primarie e secondarie**. Queste sono organizzate molto diversamente nei vari paesi europei, il che porta ad interpretare questi studi nel loro contesto locale, non potendoli applicare in altre realtà. Molta ricerca è stata condotta sulla quantità di richieste di ulteriori accertamenti e visite specialistiche, ed anche qui è possibile dimostrare un'ampia variabilità tra i tra i Medici di Medicina Generale. L'unico tipo di intervento che sembra che abbia un effetto sulla riduzione di richieste di accertamenti specialistici sono quelli di istruzione (condotta a livello locale) che coinvolgono attivamente i Medici di Medicina Generale e gli specialisti di cure secondarie, assieme all'utilizzo di griglie strutturate che aiutano a fare uso o meno di accertamenti e consultazioni specialistiche. Sempre nell'ottica di ottimizzare l'uso di accertamenti esterni e di consultazioni specialistiche, nei sistemi con controllo rigido (filtro: gate-keeper) da parte dei Medici di Medicina Generale, sembrano molto promettenti e migliori gli effetti di una seconda valutazione fatta all'interno della stessa struttura e di altre strutture alternative, sempre basate sulle cure primarie, confrontate a rivalutazioni esterne di secondo livello. Gli specialisti delle cure secondarie dovrebbero essere inclusi nelle attività formative, mentre sono comunque efficaci le griglie strutturate per gli accertamenti (19–30). La collaborazione con i farmacisti (ad esempio per il controllo o la coordinazione delle prescrizioni) può ridurre l'incidenza degli eventi avversi dei farmaci; ma in questo campo sono necessari più studi controllati randomizzati basati su interventi condotti con i farmacisti delle cure primarie per decidere sull'efficacia di questo approccio(31).

C'è stata parecchia ricerca sul ruolo e gli effetti potenziali della **cartella clinica elettronica (Electronic Medical Record: EMR)** nelle cure primarie. Molti studi hanno come obiettivo principale la Classificazione Internazionale delle Cure Primarie (**ICPC**) (32) e la codifica delle attività pratiche giornaliere dei Medici di Medicina Generale, basate sui motivi per cui i pazienti si mettono in contatto con i loro medici. Questi studi mostrano l'utilità, ed il potenziale per ulteriori sviluppi della Medicina Generale/Medicina di Famiglia e della epidemiologia delle cure primarie basata sulla codifica elettronica con l'ICPC e strutturati secondo lo schema dell'episodio di cura (33–36). Tuttavia, in molti paesi europei, l'uso e la qualità delle cartelle cliniche sono inadeguati dal punto di vista dell'epidemiologia delle cure primarie o per quel che riguarda l'insieme dei database per una ricerca nazionale e internazionale a causa della mancanza di una classificazione standard o purtroppo di un ordinamento nazionale che costringe all'uso della codifica basata sull'ICD. Tutto questo spesso ha come effetto cartelle incomplete.

Ai fini di una buona ricerca si deve adottare un approccio pragmatico verso una registrazione accurata giornaliera e registrazione di dati secondari di routine (37, 38). Esiste una crescente letteratura sui problemi metodologici e di qualità degli EMR/dati di routine, e sui progetti di ricerca che usano tali registri come risorsa di dati, come per esempio eHID, QRESEARCH e altri database di morbilità elettronici in Inghilterra, Belgio e Olanda (39–43). Una quota significativa di studi trattano le po-

tenzialità sia dei database nel generare dati per il miglioramento della qualità (audits compresi) che degli EMR nel rappresentare una piattaforma per realizzare linee guida o raccomandazioni, per identificare pazienti idonei per un trattamento o per servizi di prevenzione, oppure per segnalare avvertenze sui farmaci. I risultati ottenuti sono principalmente positivi, ma non in maniera eclatante, il che può dipendere dal sistema di EMR usato. D'altro canto, l'efficacia delle cartelle cliniche computerizzate in termini di miglioramento della salute è studiato solo raramente.

Tra le comuni **misure dei risultati** nella ricerca della gestione delle cure primarie vengono spesso inclusi l'efficacia relativa ai costi, misure riguardo gli indicatori di qualità che spesso vengono usati come indici di riferimento (44-53), oppure l'efficienza riguardante i costi. Vengono usate raramente invece, misure che riflettono la salute dei pazienti oppure il loro stato di benessere.

Esiste un numero limitato di ricerche sulla formazione alla gestione delle cure primarie. La maggioranza degli studi effettuati affronta **interventi formativi centrati sui medici** per la realizzazione di servizi specifici, come per esempio attività di prevenzione, collaborazioni interprofessionali o strategie di cure per determinate malattie, la loro rilevazione e le prescrizioni correlate. La maggior parte degli studi mostra effetti piccoli o insignificanti; la sostenibilità di questi effetti non viene mai stata studiata (54-58).

Necessità di ulteriore ricerca

Necessità di
ulteriore ricerca

Ulteriori ricerche quindi potrebbero focalizzarsi su:

- Lo sviluppo di strumenti che possano descrivere e misurare gli aspetti della gestione delle cure primarie
- Le percezioni, le prospettive e le preferenze dei pazienti e dei medici su problemi di gestione ambulatoriale (come per esempio l'accesso libero, le consultazioni telefoniche, la telemedicina)
- Il confronto di vari modelli di cure e la valutazione dell'efficacia dei diversi interventi o strategie di gestione delle cure primarie, che non si devono limitare però solo nella soddisfazione del paziente o nella facilità ad ottenere una specifica prestazione sanitaria, ma dovrebbero estendersi anche ai risultati concreti di salute.
- La validità e l'utilità delle cartelle cliniche elettroniche in Medicina Generale.
- La raccolta dei dati di routine, la fattibilità ad ottenere dati e la validità degli stessi dati provenienti dai registri elettronici dei Medici di Medicina Generale, il loro uso per gli studi di morbilità nell'ambito della medicina primaria (tenendo ovviamente conto degli appropriati denominatori), e il loro utilizzo come un mezzo di raccolta e gestione di dati per la ricerca.
- I metodi efficaci per la formazione interprofessionale e l'insegnamento di abilità gestionali a (futuri) Medici di Medicina Generale.

Metodologia di ricerca appropriata

Metodologia di
ricerca appro-
priata

- Ricerca strumentale per lo sviluppo e la validazione di sistemi di misura per i problemi di gestione ambulatoriale.
- Epidemiologia in Medicina Generale/Medicina di Famiglia, compresi gli aspetti e risultati specifici delle cure, realizzata con prospettiva longitudinale
- Ricerca sugli interventi (studi di controllo – confronto di diverse strategie di gestione delle cure primarie, oppure confronto di strategie innovative rispetto a quelle solite)
- Realizzare studi di strategie efficaci (osservazionali).
- Studi con progettazione mista.

Cura centrata sulla persona

Definizione del dominio di ricerca

Secondo la definizione Wonca, per centralità della persona si intende:

- Adottare un approccio centrato sulla persona nel trattare pazienti e problemi.
- Stabilire un efficace rapporto medico-paziente rispettando l'autonomia del paziente.
- Comunicare, stabilire le priorità ed agire in collaborazione.
- Fornire continuità longitudinale di cure.

La centralità del paziente è considerata come valore importante e centrale nelle cure mediche ed è attualmente universalmente presa in considerazione nella formazione medica. Nella letteratura medica, si usa di solito il termine centralità del paziente invece di centralità della persona. Tuttavia, il significato non è identico, in quanto centralità della persona implica il riconoscimento come persona al di là del suo ruolo specifico di paziente. La centralità della persona è uno degli elementi essenziali nella Medicina Generale/Medicina di Famiglia – e pertanto un elemento chiave nella nuova definizione della disciplina. Il concetto di centralità della persona è stato sviluppato nella Medicina Generale, sin dagli anni '50 con il lavoro di Balint e del gruppo di Tavistock, che traducevano osservazioni e metodi psicoterapeutici nel contesto delle cure primarie (1,2). Anche altre discipline evidenziano crescente interesse nella medicina centrata sulla persona. Il concetto è stato descritto da vari autori e sono stati distinti diversi elementi basilari (3-5), quali la comunicazione, la collaborazione paritaria e la promozione della salute. Secondo Starfield (6), la longitudinalità o continuità, nel significato di cura centrata sulla persona nel corso del tempo, è uno dei componenti essenziali delle cure primarie. L'Autrice suggerisce di valutarla come grado di accordo raggiunto tra il sanitario ed il paziente a proposito dei rispettivi compiti.

Il dominio della ricerca sulla centralità della persona include anche studi sulle prospettive e preferenze del paziente, come pure sull'efficacia dell'approccio centrato sulla persona o sul paziente, e sugli aspetti del coinvolgimento del paziente e della decisione condivisa, benché vi sia una sovrapposizione con la competenza "Soluzione di Problemi Specifici".

Sommario dei dati

Molti degli articoli trovati che trattano il concetto della centralità del paziente sono articoli di opinione. Vari articoli studiano esperienze del paziente e del medico, convinzioni e preferenze per un approccio biomedico rispetto a quello centrato sul paziente, per lo più utilizzando una metodologia di ricerca qualitativa (interviste, focus group, videoregistrazioni) (7). Sembra che non sempre e non tutti i pazienti in Medicina Generale apprezzano uno stile di comunicazione nettamente centrato sulla persona e sul processo di condivisione della decisione terapeutica. Il volume delle ricerche in questo dominio è rimasto piccolo e ha evidenziato limiti significativi.

Una migliore comprensione della diversità delle preferenze dei pazienti e dei medici in situazioni differenti può portare a cure più efficaci e individualizzate.

Vari articoli hanno anche esplorato le preferenze e le esperienze di pazienti sulla continuità interpersonale delle cure. Sia i pazienti che i medici hanno realizzato che la continuità riguardava questioni serie e psicosociali e anche per semplici controlli di routine per malattie croniche. Tuttavia, la continuità è considerata meno importante rispetto a una buona comunicazione medico-paziente. La possibilità di ottenere un accesso veloce alle cure in caso di malattie acute è ritenuta dai pazienti più importante della continuità interpersonale. La continuità di cure prestate dallo [stesso](#) medico sembra sia utile negli esami regolari di follow-up in malattie croniche e (anche se solo in parte) per una migliore adesione alle linee guida, per esempio nel diabete. Gli effetti dell'approccio o

della comunicazione col paziente sono stati studiati in rapporto alla soddisfazione del paziente e all'adesione alla terapia, al miglioramento degli esiti medici ed alla diminuzione di richieste di risarcimento per negligenza professionale. La maggior parte degli studi controllati, randomizzati (RCT) hanno dimostrato effetti soprattutto sul settore della soddisfazione del paziente, in altri campi, ma nessun risultato staticamente significativo. Recentemente sono state fatte ricerche sull'educazione all'autotrattamento del paziente in varie condizioni croniche. Sembra che tali programmi siano più efficaci rispetto ad altri programmi educativi basati sulla somministrazione di sole informazioni: si sono registrati piccoli effetti a breve termine in rapporto all'aumento del grado di soddisfazione, diminuzione della sintomatologia, (legata a comportamenti salutari) e diminuzione del ricorso a cure sanitarie (8, 9, 10). Nonostante tali evidenze siano relativamente deboli, si ritiene che il concetto di auto-attivazione e auto-motivazione del paziente (11) e lo stabilire un rapporto proattivo équipe sanitaria-paziente in MG/MF guadagneranno importanza in futuro soprattutto per le malattie croniche (12).

C'è poca ricerca in letteratura sull'effetto dei programmi di addestramento per i Medici di Medicina Generale nelle cure centrate sulla persona e sugli esiti clinici e non clinici.

In conclusione, il concetto di centralità della persona resta mal definito. Mancano ancora una definizione chiara in termini pratici e strumenti per misurare questo concetto complesso. Tuttavia ci sono ricerche su aspetti individuali, cioè strumenti per misurare la partecipazione del paziente, la sua realizzazione o soddisfazione (sia generica, sia specifica per la singola patologia). La maggior parte delle ricerche hanno esaminato preferenze ed esperienze di pazienti e medici. Quindi finora, c'è stata una ricerca limitata condotta sulle implicazioni e sugli esiti.

Necessità di ulteriore ricerca

La ricerca futura dovrebbe pertanto focalizzarsi su:

- Migliore comprensione e definizione chiara (delle componenti) del concetto di centralità della persona.
- Sviluppo di strumenti addizionali per descrivere e misurare i complessi aspetti della competenza e gli esiti.
- Percezioni di pazienti e medici, prospettive e preferenze su centralità della persona, comunicazione, coinvolgimento e condivisione del processo di decisione (incluse le circostanze sociali, culturali e ambientali che influenzano tali preferenze).
- Valutazione dell'efficacia di un approccio centrato sulla persona rispetto a esiti di rilevanza clinica e misurazione di esiti quali soddisfazione, conoscenza e qualità della vita. Metodi efficaci di formazione dei futuri Medici di Medicina Generale che includa un approccio centrato sulla persona e misura della sostenibilità degli effetti della formazione.

Metodologia di ricerca appropriata

- La ricerca qualitativa fornisce un approccio ai concetti e alle aspettative dei pazienti e dei medici.
- La ricerca strumentale è essenziale per sviluppare misure chiare relative alla centralizzazione della persona.
- Studi interventistici – iniziando con semplici interventi centrati sul paziente – per valutare gli effetti.
- Saranno necessari studi osservazionali per monitorare la centralità della persona in prospettiva longitudinale, soprattutto studi epidemiologici longitudinali che raccolgano dati sulle ragioni dell'incontro e sulla sensibilità e risposta del medico alle richieste del paziente

Necessità di
ulteriore ricerca

Metodologia di
ricerca appro-
priata

Specifiche competenze di problem-solving

Definizione del dominio di ricerca

La competenza di risoluzione di problemi specifici, secondo la definizione WONCA, comprende la capacità di:

- mettere in relazione specifici processi decisionali con la prevalenza e l'incidenza delle patologie nella comunità;
- raccogliere, interpretare e applicare specificamente le informazioni che derivano dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e dalle indagini diagnostiche e applicare un adeguato progetto di gestione, in collaborazione col paziente;
- adottare adeguati principi operativi, come l'indagine per livelli, utilizzare il tempo come strumento e far fronte all'incerto.
- intervenire d'urgenza quando necessario.
- gestire condizioni cliniche le cui manifestazioni possono essere iniziali e indifferenziate.
- fare un uso efficace ed efficiente degli interventi diagnostici e terapeutici, sia nell'emergenza che in condizioni di cronicità.

Trattasi di un dominio vasto, che comprende la maggior parte della ricerca sia nella diagnostica che nella clinica. La ricerca epidemiologica legata alla morbidità e alle cure in medicina generale fornisce le basi necessarie per lo sviluppo e l'applicazione delle competenze della risoluzione dei problemi (problem solving): un problem solving efficace è spesso la chiave della gestione ottimale della medicina generale e dell'uso appropriato delle risorse sanitarie. E' per questo che la ricerca nell'ambito del problem solving ha sostanzialmente le stesse basi della ricerca clinica (con risultati basati sul paziente) e della ricerca sui servizi sanitari (con risultati orientati a livello del medico o del sistema). La ricerca su patologie specifiche non è confinata soltanto alle cure primarie ma anche ad altre discipline, ed è quindi evidente che per essere utile alla medicina generale, debba possedere requisiti specifici sia nel setting (selezione dei pazienti) che negli obiettivi e nella metodologia. In questo ambito possono includersi:

Diagnosi

- studi sul ragionamento diagnostico nel setting delle cure primarie, che inizia dai disturbi, non selezionati, lamentati dal paziente;
- utilità diagnostico/predittiva dell'anamnesi, del semplice esame obiettivo o dei test diagnostici più sofisticati;
- approccio diagnostico per livelli, o progressivo, incluso i segni e sintomi di allarme;
- valutazione della severità e sue conseguenze a livello pratico e clinico.

Terapia

- continuità tra benessere e malattia - quando iniziare e quando interrompere le cure?
- RCT in popolazioni tipiche delle cure primarie, riguardanti efficacia ed efficienza;
- valutazione della sicurezza e del rischio/beneficio in popolazioni non selezionate;
- trattamenti non farmacologici (counselling, fisioterapia, medicina complementare);
- valutazione su aderenza, accettabilità, priorità del paziente (analogie con la cura centrata sulla persona e l'approccio globale).

Specifici approcci di problem-solving

Analogie con la gestione delle cure primarie

- processi decisionali del MMG, processi decisionali condivisi, determinazione delle priorità;
- qualità delle cure, linee guida;
- gestione della cronicità, della pluripatologia e della cura a lungo termine;
- capacità cliniche (comunicazione, esame obiettivo, counselling, orientamento alla famiglia);
- visite domiciliari;
- gestione della complessità e dell'incertezza, l'attesa vigile, la terapia in assenza di diagnosi certa;
- problemi legati a specifici gruppi di pazienti o al genere;
- interessi speciali o locali della medicina generale o delle cure primarie (MMG/CP);
- genetica/genomica;

Ricerca didattica

- didattica per studenti e tirocinanti;
- ECM (formazione continua) /sviluppo professionale;
- valutazione dei metodi didattici per sviluppare le competenze specifiche della risoluzione dei problemi nelle cure primarie tenendo conto dell'efficacia e della sostenibilità;
- ricerca strumentale su metodologie di valutazione delle competenze sia cliniche che di risoluzione dei problemi.

Data la vastità di questo ambito, la Research Agenda non può coprire dettagliatamente tutte le evidenze né offrire una supervisione sul grado di conoscenza individuale. Questo è di pertinenza della Cochrane Collaboration e delle numerose organizzazioni e società scientifiche che lavorano alle linee guida per la medicina primaria. Lo scopo dell'agenda è di evidenziare le caratteristiche sistematiche generali ed i punti di debolezza degli studi in quest'area. Sono stati pertanto selezionati modelli quali il mal di gola (patologia acuta) e lo scompenso cardiaco (condizione cronica) per reperire e valutare le evidenze più importanti (per la medicina primaria) e per stimare il contributo della ricerca in medicina generale. Come modello secondario sono stati utilizzati disuria/infezioni delle vie urinarie e diabete. Per definire i quesiti clinici rilevanti per le cure primarie, sono stati identificati i problemi principali e le raccomandazioni di affidabili linee guida, basate sull'evidenza. Inoltre, al fine di identificare le aree ampiamente studiate o i punti oscuri, si è cercato di fornire una supervisione sommaria dei temi della ricerca.

Sommario dei risultati della ricerca

Reperimento e valutazione della letteratura

Nel Thesaurus MeSH (Medical Subject Headings della National Library of Medicine (Stati Uniti), la terminologia sintomatica viene spesso immediatamente legata a malattia e diagnosi. Molti studi in medicina generale, o rilevanti per l'assistenza primaria, non sono classificati con i termini MeSH "medicina di famiglia" o "assistenza primaria".

Spesso, nei trials clinici, l'esatta composizione e misura del campione non vengono ben descritte, di conseguenza non è facile verificarne la validità o la rilevanza per il medico di medicina generale e questo può rappresentare un problema per meta-analisi o rassegne sistematiche. Non esiste consenso su come giudicare qualità e rilevanza di un RCT (trial clinico controllato) per la medicina generale: gli autori di rassegne sistematiche possono arrivare a conclusioni contraddittorie sullo stesso RCT in base al loro giudizio su qualità, valore degli elementi non essenziali e rilevanza. Il di-

Sommario dei
risultati della
ricerca

battuto sulla validità dei farmaci per trattare la demenza (1,2) ne è un esempio. Esistono solo alcuni tentativi per stabilire un sistema che possa stabilire la qualità degli articoli sulla ricerca, come il SING network o la GRADE collaboration(3).

Argomenti di ricerca predominanti 2003-2008

Il sorprendente basso numero (circa 500) di trial clinici individuati nel periodo dal 2003 al 2008 su MeSH è probabilmente dovuto al fatto che molti lavori importanti non sono classificati con la terminologia MeSH "family practice"

Il 70% degli articoli offre risultati legati al paziente, i rimanenti focalizzano risultati per il medico o relativi al sistema.

La maggior parte della ricerca (23%) ha a che fare con indagini sui sistemi sanitari, altri temi sono legati a disordini acuti e cronici delle prime vie respiratorie (9%), salute mentale (8%), diabete (6%), scompenso cardiaco (5%), ipertensione (3%), pediatria (3%) o disordini urogenitali (3%).

Temi molto comuni, la maggior parte dei quali con approccio di ricerca trasversale, riguardano l'epidemiologia basata sugli ambulatori di medicina generale o sulla comunità, la registrazione della morbilità, studi di prevalenza o descrittivi sull'assistenza quotidiana. Sono molto rari gli studi con disegno longitudinale o rappresentativi (questo argomento è stata discusso in precedenza, nel capitolo sulla gestione delle cure primarie).

Ricerca sul ragionamento diagnostico ed esami diagnostici

Le ricerche in MeSH sui sintomi forniscono risultati che riguardano principalmente diagnosi e patologie: i sintomi non sono frequenti nella terminologia MeSH, ma legati alla terminologia della malattia. Vi sono relativamente pochi lavori sulla valutazione dei sintomi e riguardano o temi molto specifici o sindromi (non specifiche).

Per quanto riguarda i disordini acuti, esistono alcuni lavori sulle cause oppure sull'utilità e il valore predittivo della diagnostica sul paziente (near-patient testing), anche se raramente essi forniscono un loro valore aggiunto (come aumento in positivo o in negativo nella plausibilità di una malattia) ad altri elementi come l'anamnesi, i segni o i sintomi; spesso si trovano studi che non tengono conto di un approccio a gradini. In genere, i sintomi e i temi legati all'approccio diagnostico casuale sono rispecchiati molto raramente in letteratura. Non esiste, ad esempio, quasi evidenza che assista il medico di medicina generale nella valutazione di un dolore toracico alla sua prima insorgenza, poiché il rapporto con il manifestarsi di un problema serio (quale una sindrome coronarica acuta o un'embolia polmonare) è relativamente basso (< 15%, rispetto al 50% del pronto soccorso) (4). In generale la ricerca sui metodi diagnostici è molto scarsa. La maggior parte degli studi sulla diagnostica si basa su specifici esami strumentali o di laboratorio usualmente sofisticati, in ambienti selezionati. Vi è una carenza di studi rivolti al ragionamento diagnostico per gradini o per stadi progressivi o agli esami necessari per la diagnosi e la gestione delle patologie; ciò che ne consegue è che è anche scarsa l'evidenza sul valore predittivo di ogni rilievo o esame nell'ambito delle cure primarie. Molti accertamenti non sono stati formalmente valutati nelle cure primarie: i setting con bassa prevalenza vengono utilizzati per vagliare popolazioni più o meno selezionate, e spesso mostrando un'alta, ed irrealistica prevalenza di una malattia cronica. Questo rappresenta un problema, visto che i dati vengono poi usati per concludere che i medici di medicina generale non sono idonei a rilevare le malattie e molti articoli raccomandano esami a tappeto per vagliare popolazioni non selezionate o per identificare i pazienti da trattare. Questo tipo di approccio tende a valutare in maniera errata la prevalenza puntiforme dei risultati di screening o di sintomi individuali per l'indicazione al trattamento.

Ricerca sulla terapia

Esiste una grossa mole di studi su clinica e assistenza sanitaria in relazione alla terapia. Si possono reperire informazioni su quasi tutti i problemi relativi al trattamento di ogni specifica malattia. Tuttavia, sembra che pochi RCT clinici siano realizzati nell'ambito della medicina generale mentre esistono molti studi di ricerca descrittiva, spesso in forma di studi trasversali, verosimilmente influenzati e di scarsa validità. In genere, molti trials clinici sono di piccole dimensioni, a volte mancano di forza per i risultati sostanziali e, più frequentemente, per gli effetti secondari, e spesso presentano problemi di randomizzazione, anche se studi più recenti tendono ad avere un disegno migliore. La maggior parte di essi analizzano aspetti di nuovi o costosi farmaci e studiano la loro efficacia in piccoli e selezionati campioni di pazienti.

I confronti sono spesso fatti in maniera non accurata: a volte il farmaco di controllo è deliberatamente non ottimale, sotto dosato o di seconda scelta. Ovviamente alcune case farmaceutiche promuovono e sponsorizzano trial poco accurati per quanto riguarda reclutamento, randomizzazione e/o follow-up. I risultati appaiono spesso surrogati di discutibile valore.

Ovviamente mancano trials su farmaci prescritti frequentemente, con scarso potenziale di marketing, e per i quali è impossibile individuare l'industria che li promuove.

Molti studi mancano di validità, specie quelli focalizzati al trattamento delle malattie croniche (5). Esistono spesso bias di selezione al reclutamento (pazienti reclutati in ambulatori o nell'ambito delle cure secondarie, oppure privilegiati o svantaggiati in relazione all'accesso alle cure). La maggior parte dei pazienti reclutati nei trials sono più giovani e in salute migliore rispetto alla media dei pazienti della medicina generale, con malattie croniche multiple e con una sottorappresentazione della popolazione femminile. Mancano ampi trials pragmatici rivolti a cure rilevanti per la medicina primaria, indirizzati all'efficacia di esse nell'ambito quotidiano e nella popolazione tipica della medicina generale (6).

Esistono pochissimi studi che paragonano trattamenti standard o un trattamento standard con placebo, o dosaggi diversi dello stesso farmaco, o la durata ottimale del trattamento, o che prenda in esame la sicurezza d'impiego. A questo riguardo pochi studi autorevoli di intervento e osservazionali sono stati realizzati da Little (7) e Hippisley Cox (8). Sebbene vi siano alcuni lavori su terapie alternative/complementari, spesso essi sono di scarsa qualità: il trattamento non farmacologico è un raro argomento di ricerca. Esistono pochi lavori sulla co- o multi-morbilità o sulla spiegazione di essa (9-12).

Ricerca sulla cronicità e la gestione delle malattie

La prevalenza delle malattie croniche cresce costantemente, in parte come conseguenza dell'invecchiamento demografico. Si stima che nei paesi sviluppati la maggior parte del tempo del lavoro del medico di medicina generale (più dell'80%) sia impiegato nell'assistenza delle cronicità (13).

Una larga parte della ricerca sulla risoluzione dei problemi nelle malattie croniche si focalizza sulle singole strategie diagnostiche o terapeutiche o sui singoli risultati (o perfino su risultati secondari), e pertanto non rispecchia la complessità dell'assistenza primaria ai malati cronici. Comunque esiste un crescente accordo sul fatto che l'assistenza ai cronici in medicina generale richieda modelli integrati, completi e strutturati (14,15). Questo punto di vista però non è confinato ai soli medici di medicina generale. Esistono purtroppo molti studi che descrivono modelli di assistenza al malato cronico o programmi strutturati di disease management che scavalcano il medico di medicina generale o che giudicano l'assistenza primaria come un termine di confronto presumibilmente non adeguato.

Molti studi di efficacia sono disegnati da specialisti oppure descrivono interventi effettuati da infermieri. La maggior parte di essi manca di efficacia, o mostra effetti marginali, inoltre il follow-up è generalmente breve (massimo 1 anno). Tutto ciò dovrebbe rappresentare un'ulteriore sfida per la ricerca in medicina generale, come prova che la maggior parte dei modelli gestionali di assistenza sia in realtà una ulteriore frammentazione del sistema sanitario, in quanto si trascura il ruolo del

medico di medicina generale o di assistenza primaria. Alcune rassegne forniscono l'evidenza al valore delle cure primarie gestite dal medico di medicina generale nelle malattie croniche (16-18), ambito di ricerca che coincide con la "gestione delle cure primarie" e con la "approccio globale".

Ricerca sui processi decisionali condivisi

Molti studi, solitamente con un disegno trasversale, mettono in relazione le scelte del medico di medicina generale in situazioni cliniche particolari (infezioni delle prime vie aeree, trattamento della depressione, ecc) a predittori sia a livello di pazienti che a livello di medici. La ricerca qualitativa esplora il processo decisionale o le preferenze del medico. Metodi qualitativi o strumenti specifici di misura (19) per soddisfazione, preferenze del paziente, compliance e coinvolgimento vengono utilizzati per esplorare l'esperienza del paziente sulla consultazione in genere o sulla condivisione delle scelte in particolare. I risultati di questi studi sono piuttosto vari. Un numero sostanziale di pazienti sembrano meno soddisfatti dalla condivisione delle scelte piuttosto che dalla consultazione di tipo classico (più paternalistica).

Coloro che preferiscono la condivisione delle scelte sono generalmente pazienti giovani, con livello culturale più elevato, o con problemi cronici. Solo alcuni studi mostrano che i pazienti che sono coinvolti nelle scelte risultano stare meglio. Esistono numerosi studi su strumenti o sistemi per aiutare il processo decisionale, la maggior parte legati a situazioni specifiche correlate ad una patologia, sia per i medici (sintesi di evidenze, supporto informatico) che per i pazienti (materiale informativo). Alcuni di questi studi hanno disegno di tipo osservazionale (sviluppo o implementazione) mentre altri impiegano uno strumento specifico, quale un intervento, rispetto ad un gruppo di controllo (v. anche il capitolo sulla ricerca nella formazione).

Ricerca sulla qualità delle cure

I ricercatori in medicina generale si sono occupati molto presto di ricerca relativa alla qualità delle cure e allo sviluppo e alla qualità nella pratica clinica (20-24).

Il contributo principale, sia come trial controllati sia come rassegne sistematiche e lavori concettuali, è stato inizialmente fornito in Europa da gruppi di lavoro di Maastricht e Nijmegen (NL), Manchester e Leicester (UK) e, in seguito, sotto l'egida dell'European Network Organization, EQiP (25).

I principali campi di ricerca e i metodi sul miglioramento della qualità, tenendo conto delle capacità di risoluzione di specifici problemi, erano rappresentati da peer review/quality cycle work (26), audit medico (27-29), sviluppo e disseminazione di linee guida (30,31), ricerca su strategie di implementazione (32,33), condivisione con i pazienti (34,35) e indicatori di qualità/struttura di qualità (ad esempio: la qualità dei risultati descritta nei Quality and Outcome Framework (QOF nel regno Unito) (36).

Un'ampia parte della letteratura si occupa di qualità nella soluzione di problemi specifici, ad esempio migliorare l'aderenza alle linee guida, migliorare l'utilizzo dei risultati di esami di laboratorio (37) oppure ottimizzare la prescrizione per mezzo di metodiche diverse, quali educazione continua, prova delle prestazioni (benchmarking), descrizioni accademiche, feedback strutturato etc. (38). Spesso però, in particolare quando si opera in un setting di cure gestite, il risultato primario di studi su raccomandazioni, trattamento/prescrizione o screening mette in evidenza gli aspetti di costo/efficacia.

Le ricerche sulla qualità delle cure in relazione ai medici includono studi su preparazione, competenza clinica e atto medico. Linee guida o raccomandazioni spesso vengono usati come referenza standard in studi con un approccio di benchmarking, anche se originariamente essi erano intesi come aiuto decisionale. Molti articoli correlati alle malattie esaminano diabete, depressione o stroke. Alcuni analizzano i pazienti con l'intento di incoraggiarli a condurre uno stile di vita più sano. Cure multidisciplinari o collaborative vengono studiate abbastanza spesso, come per esempio la problematica dei frequentatori abituali degli studi medici (frequent attenders). Molti studi

sulla "qualità delle cure" tendono a dimostrare la superiorità di un intervento specifico rispetto a carenze delle "cure usuali", e questo tipo di approccio tende a gettare una luce sfavorevole sulla medicina generale. Tuttavia la maggioranza degli studi empirici mostra solo un minimo (o addirittura nessuno) risultato, che spesso appare causato da un insufficiente concetto di miglioramento (ad es. solo interventi educazionali). Nonostante alcune rassegne importanti (23, 30), mancano ancora strutture teoretiche consistenti sul razionale e sulle strategie in tema di miglioramento della qualità.

Ricerca su genetica e genomica in medicina generale.

Le pubblicazioni su genetica/genomica in medicina generale o assistenza primaria, in genere, illustrano il punto di vista dei medici e, a volte, dei pazienti su test genetici o servizi di counselling o trattano interventi intrapresi per aumentare la loro implementazione. Medici e pazienti riferiscono sentimenti ambivalenti: apprezzano l'importanza e le possibilità della genetica, ma allo stesso tempo rivelano preoccupazione sulle implicazioni complesse nella gestione del paziente e nell'impatto sulla famiglia. Studi di intervento hanno esaminato la conoscenza dei servizi o le attitudini di medici e pazienti ma non le ricadute sulla salute dei pazienti. I risultati sono stati inconcludenti (39,40).

Ricerca sulla formazione

Queste ricerche hanno fatto emergere una grossa mole di letteratura, incluse molte meta-analisi o sperimentazioni controllate randomizzate, tanto da poter esprimere solo un parere generale. Sebbene molti studi non fossero stati condotti nel contesto delle cure primarie/medicina di famiglia, essi risultano comunque rilevanti perché sono in relazione con metodiche di insegnamento ed interventi educativi per il miglioramento della competenza clinica. Precoci esperienze in assistenza primaria possono aiutare gli studenti ad acquisire attitudini e capacità professionali tali da influenzare le scelte nella carriera.

Gli interventi educativi nel contesto dello sviluppo professionale continuo (CPD: Continuous Professional Development) sembrano avere un effetto da lieve a medio sulla cultura dei medici; tuttavia l'ampiezza dell'effetto è generalmente minimo rispetto al cambiamento comportamentale (che sembra essere un ostacolo centrale al miglioramento della qualità) (41,42), alle performance e (studiato più raramente) alle ricadute sul paziente per molti dei metodi educativi individuali.

Disseminazione di materiale, letture didattiche, ma anche feedback non commentato sembrano essere largamente inefficaci (43,44).

Gli interventi sembrano avere un esito migliore quando sono interattivi, utilizzano metodiche multiple e sono disegnati per un piccolo gruppo di medici di una singola disciplina. Sembrano essere efficaci interventi multi-sfaccettati, indirizzati ai medici, ai pazienti e ad altri attori della sanità simultaneamente. Tuttavia è essenziale che gli interventi siano ben disegnati per quanto riguarda aspetti particolari quali le performance attuali dei medici e gli ostacoli al cambiamento (45). Anche interventi accuratamente progettati possono non avere successo. Possono verificarsi bias per il fatto che in molti casi gli studi sulla qualità dell'assistenza fanno affidamento su partecipanti volontari. Questo gruppo auto-selezionato potrebbe operare in maniera migliore al punto di partenza ma anche tendere a implementare strategie sperimentali meglio della media degli altri.

Esiste scarsa ricerca sulla sostenibilità degli effetti dell'insegnamento o dell'apprendimento, in particolare di quelli rivolti a medici che lavorano principalmente come medici pratici. Inoltre sarebbe necessaria individuare una indagine strumentale, per stabilire le metodologie di ricerca sugli studi formativi.

Ulteriori necessità di ricerca e metodologia appropriata.

Studi osservazionali descrittivi, a disegno incrociato, e studi attitudinali siamo sicuri che non aggiungeranno maggiore conoscenza nella maggior parte dei paesi/ e dei setting di cure primarie. Comunque ampi archivi dell' assistenza primaria su un data base idoneo (QRESEARCH) (46) verranno utilizzati sempre di più per disegni non sperimentali (ad esempio: epidemiologia, ricerca sull'assistenza, eventi rari etc.).

La ricerca futura dovrebbe essere focalizzata su:

- Studi di alta qualità sull'epidemiologia in assistenza primaria sui motivi per l'incontro, con una prospettiva longitudinale con dati registrati e in riferimento all'episodio di cura.
- Studi clinici su disturbi e malattie comuni nell'assistenza quotidiana
- RCT pragmatici su pazienti non selezionati della medicina generale e su trattamenti rilevanti per l'assistenza primaria, incluso confronti su dosaggi, trattamenti prescritti e studi su quando interrompere la terapia.
- Ricerche osservazionali e di intervento sul ragionamento diagnostico in un setting di bassa prevalenza quale l' assistenza primaria. Esse dovrebbero partire dai disturbi e dai sintomi ed occuparsi dell'incertezza e della complessità, utilizzando strategie per livelli o progressive, incluso l'attesa vigile, le terapie sintomatiche possibili, e individuando metodiche con bassa tecnologia.
- Ricerca sui pazienti di assistenza primaria con plurimorbilità, e malattie acute e croniche allo stesso tempo. Questo include la ricerca sulla capacità di pazienti e medici nello stabilire, classificare e concordare le priorità in base a desideri specifici e rivedere questa classificazione nel tempo.
- Ampi studi osservazionali e di intervento centrati su risultati rilevanti di salute, problemi di salute meno comuni o problematiche particolari, ad esempio effetti indesiderati del trattamento.
- Ricerca longitudinale sia osservazionale che di intervento, con estesi periodi di follow-up.
- Ricerca sugli strumenti utilizzati dalla medicina generale e sui risultati.
- Studi con metodiche miste, che misurano prospettive e preferenze del paziente e variazioni della salute nel tempo.
- Ricerca osservazionale e di intervento su impatto e sostenibilità degli interventi formativi.

Approccio globale

Definizione del dominio di ricerca

- Secondo la definizione del Wonca Europa, l'approccio globale include la capacità di
- Trattare simultaneamente disturbi e patologie multiple;
- Promuovere salute e benessere applicando in modo appropriato strategie di prevenzione delle malattie;
- Gestire e coordinare promozione della salute, prevenzione, cura, trattamento, cure palliative e riabilitazione.

La competenza essenziale e il dominio di ricerca definito come "Approccio Globale" includono quindi due aspetti: una focalizzazione sul trattamento della malattia (trattando contemporaneamente disturbi e patologie multiple comprendendo problemi di salute sia acuti sia cronici) e un'altra sul benessere e la promozione della salute secondo il modello biopsicosociale. I Medici di Medicina Generale devono gestire e coordinare tutti questi aspetti in un rapporto specifico medico-paziente di lunga durata.

Starfield (1) chiama una delle sue componenti essenziali "globalità", descrivendola come la misura in cui il sanitario riconosce tutti i bisogni del paziente al loro emergere, e offre una gamma di servizi abbastanza ampia da soddisfare tutte le loro necessità comuni.

Ciò significa che il dominio di ricerca dell'approccio globale include studi su promozione della salute e prevenzione, diagnosi, trattamento e monitoraggio di tutte le malattie, ma anche le cure palliative. Necessita della considerazione simultanea di (tutti) questi aspetti diversi della cura, e richiede ricerche non legate a malattie specifiche ma a gruppi di pazienti o a temi sanitari in tutti i loro aspetti.

Sommario dei risultati della ricerca

Reperimento e valutazione della letteratura

Il termine MeSH "cura globale della salute" viene esplicito come fornire la gamma completa di servizi sanitari personali per diagnosi, trattamento, controllo e riabilitazione dei pazienti. E' un termine molto ampio: cure mediche primarie e cura centrata sulla persona appaiono come sottotitoli. Ciò comporta problemi di specificità nella ricerca: si sono trovati molti articoli che non trattano la cura globale della salute come definita nel termine individuale MeSH, o compresi nella definizione del dominio di ricerca. Cercando riferimenti con ambedue le parole chiavi "ricerca di servizi sanitari" e "cura globale della salute" abbiamo trovato molti articoli sulla cura orientata sulla Comunità. C'è quindi un'evidente sovrapposizione tra le diverse ricerche. Molti articoli trovati erano centrati sull'assistenza infermieristica e non erano rilevanti per la Medicina di Famiglia. Questi ultimi alla fine sono stati pertanto esclusi utilizzando la nota "NOT nursing".

Risultati della revisione della letteratura

La maggior parte delle ricerche sulla cura medica globale è o correlata alla cura o prevenzione di una malattia specifica, molto spesso depressione/salute mentale, abuso di alcool (3, 3) o malattia cardiovascolare, oppure a specifiche attività come lo screening di malattie, o interventi complessi [counselling (4-6), implementazione di un modello di cura cronica (7), modificazioni dello stile di vita(8)]. Riguardo la prevenzione e la cura globale, non sembra esserci finora molta ricerca di buona qualità nella Medicina di Famiglia. Spesso, il contesto degli studi e la loro rilevanza per la General Practice non sono ben chiariti. Ciò determina una visione molto dispersiva con frammenti multipli di conoscenza, che evidenziano situazioni molto specifiche (spesso senza ben definire la situazione della cura), ma che non danno un quadro fedele di globalità come definito da Wonca.

Esiste una considerevole quantità di ricerca sugli interventi sullo stile di vita per i pazienti delle cure primarie, spesso etichettate sotto il termine di "globali". Solo alcuni di tali studi sono veramente fondati sulle cure primarie, più frequentemente sono stati intrapresi da specialisti su campioni più o meno selezionati. Le meta-analisi hanno concluso che non vi sono prove a sostegno di effetti positivi di interventi basati su tappe di cambiamento sui livelli di attività fisica. Riguardo la cessazione del fumo esiste solo un trend positivo a suggerire che questo approccio potrebbe influenzare il comportamento (8). Qualche evidenza positiva è stata trovata riguardo l'assunzione di grassi e il controllo a breve e lungo termine. Studi individuali su interventi sullo stile di vita spesso affermano effetti positivi, ma di solito sono di modesta entità e spesso descritti con esiti surrogati o misure di esito specifiche per singole malattie e coprono solo aspetti di salute molto limitati. In conclusione, le prove scientifiche non sono sufficienti a supportare l'idea che interventi sullo stile di vita modifichino i comportamenti nel campo della salute.

La cura primaria preventiva e gli interventi indirizzati agli anziani era associata a riduzione nella mortalità e ad aumentata probabilità di continuare a vivere nella comunità. (10, 11).

La cura palliativa è un'altra importante aspetto delle cure globali. La maggior parte degli studi è focalizzata sulla gestione e attuata da infermiere ricercatrici. Una buona comunicazione rivolta ai bisogni sia del paziente che della famiglia è un elemento importante nelle cure terminali che tendano a migliorare la qualità di vita (12-14).

Sono stati reperiti molti studi correlati alla gestione e organizzazione sotto il titolo di cure globali e medicina primaria (15-19), tuttavia la maggior parte di essi ricadeva nel dominio della gestione delle cure primarie per cui sono stati presi in considerazione in tale sezione.

C'è limitata disponibilità di materiale sulla formazione medica per l'approccio globale (20-23). In una revisione degli interventi formativi nelle cure primarie, gli autori concludevano che erano solo 2 articoli che soddisfacevano i criteri di buona ricerca in questo dominio. Uno di tali studi era stato condotto in Zambia. Quasi tutte le ricerche esistenti sull'approccio globale è o a sezione trasversale o prospettico con tempi di follow-up relativamente brevi. Sostenibilità e impatto a lungo termine su esiti sanitari rilevanti sono raramente oggetto di studio. C'è una seria carenza di metodologia e di misure di esiti come pure di studi longitudinali.

Fin qui, quindi ci sono poche prove a supporto di questa competenza come intesa nella definizione Wonca. Il concetto di approccio globale nella Medicina Generale non è ben definito in termini applicabili alla progettazione di ricerche, eccetto per l'indicatore di Starfield, che tuttavia è usato raramente. Non sappiamo quanto approfonditamente venga compreso questo concetto da parte dei medici delle cure primarie, e se i pazienti condividano tale visione e riconoscano queste attività come cure globali. Non c'è quasi ricerca su un approccio globale generale verso il paziente indipendentemente da problemi medici specifici. "Usuale" e "buona" (conforme alla definizione) cura in Medicina Generale non sono ben descritte in modo pratico.

Necessità di ulteriore ricerca

Probabilmente la "globalità" è un concetto vasto, che dovrebbe abbracciare le altre cinque competenze. E' discutibile se la "globalità" nel complesso possa essere oggetto di ricerca. A scopi di ricerca, il concetto andrebbe suddiviso in approcci specifici singoli e singoli aspetti della globalità, che possano fungere essi da oggetti di ricerca.

Si potrebbero fare studi su aspetti della Medicina Generale che includano contemporaneamente attività sia curative (gestione della malattia, riabilitazione) sia preventive (promozione della salute e prevenzione della malattia) negli stessi pazienti. Mancano studi e quindi prove di efficacia ed efficienza su modelli di cura globale. Ci serve un modo migliore per valutare il lavoro globale ed ad "spettro completo" dei GP, e conseguentemente un modo per rispecchiare ciò nelle registrazioni mediche elettroniche e nei database di ricerca. Tuttavia ci mancano ancora gli strumenti di ricerca specifici e misure di esiti o indicatori di globalità.

Occorre fare più studi che riflettano sui contesti specifici delle cure mediche primarie, studiando efficacia ed efficienza in rapporto ai costi di cura di una Medicina Generale globale basata (o coordinata) in situazioni specifiche o gruppi specifici mirati:

- Programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie

- Cura e monitoraggio attivo nelle situazioni di emergenza
- Cura e follow-up attivo in pazienti acuti e cronici
- Cura e follow-up attivo di gruppi ad alto rischio
- Cure palliative

Metodologia di ricerca appropriata

- La ricerca su aspetti specifici dell'approccio globale dovrebbe iniziare con la definizione precisa di questo approccio globale e su una chiara domanda di ricerca.
- Studi osservazionali (non le indagini con questionari) dovrebbero includere esperienze, attitudini e bisogni di pazienti e medici perché sarebbero d'aiuto nel chiarire aspetti specifici dell'approccio globale.
- La metodologia qualitativa è appropriata per chiarire questo dominio complesso e mal definito. Andranno studiati e validati strumenti adeguati.
- Saranno necessari progetti di ricerca a disegno misto e studi di intervento per stabilire l'efficacia di aspetti più specifici delle cure globali.
- Per verificare l'efficacia e sostenibilità sono di particolare importanza studi longitudinali con disegno sia retrospettivo sia prospettico.
- Nel caso di progettazione di studi di intervento sullo stile di vita, le prove esistenti andranno studiate accuratamente per verificare l'originalità e la validità esterna dello studio progettato. Andrebbe preso in considerazione il valore atteso aggiunto all' "abituale" cura globale della Medicina Generale, come pure la sua validità come comparatore – attenzione agli effetti generici o all'effetto Hawthorne.

Orientamento alla Comunità

Definizione del dominio di ricerca

Secondo la definizione di Wonca Europa, l'Orientamento alla Comunità include la capacità di conciliare i bisogni di salute individuali del paziente e i bisogni di salute della Comunità in equilibrio con le risorse disponibili. La presentazione del paradigma di Medicina Orientata alla Comunità è iniziata con il lavoro di Kark negli anni '50 e '60 (1), e ha acquisito una definizione più strutturata negli anni '80.

Secondo tale definizione, si possono includere nel dominio della ricerca i seguenti argomenti: Bisogni di salute che riflettono bisogni di salute individuali nel contesto dell'ambiente personale, come pure bisogni di salute della Comunità, e i possibili conflitti tra i due tipi di bisogni. Include anche lo specifico processo decisionale correlato al contesto, e la cooperazione con altri professionisti e sanitari in rapporto a tali bisogni. Questi domini si sovrappongono con altre competenze quali il management nelle cure primarie e l'approccio omnicomprensivo.

Sommario dei risultati della ricerca

L'orientamento alla Comunità è una competenza relativamente nuova. I vari articoli pubblicati nelle ultime decadi sono opinioni descrittive ed esplicative, che tentano di definire il concetto di Cure Primarie Orientate alla Comunità e di descriverne lo sviluppo (1-7). Il concetto proprio della lingua Inglese di "Comunità", tuttavia, include sia entità piccole come una famiglia, per esempio, sia comunità grandi come una scuola, una città o un Paese. Ciò rende il concetto difficile da studiare e determina considerevoli sovrapposizioni tra la ricerca nel dominio della Salute Pubblica e nelle Cure Primarie. Non c'è da stupirsi che siano stati ritrovati molti articoli descrittivi e narrativi; pseudo ricerche senza risultati precisi. Alcune sperimentazioni sui bisogni di salute utilizzavano una combinazione di metodi di ricerca sia qualitativi sia quantitativi, ma in generale c'è una carenza di ricerca qualitativa. Ci sono pochi studi sulle cure primarie orientate alla Comunità, e per

la maggior parte privi di gruppi di controllo o di confronto. Finora, gli studi si sono focalizzati su argomenti specifici, malattie, screening, servizi di prevenzione, spesso o troppo specifici o troppo generici, a malapena alcuni con esiti rilevanti in relazione ai GP. Pertanto la maggior parte della ricerca corrente che interessa studi basati sulla comunità non utilizza realmente un approccio orientato alla Comunità (8-10).

Diversi studi indirizzati a vari argomenti clinici e di cure preventive sono basati su Comunità e Popolazione, ma non sono Orientati alla Comunità dal punto di vista delle cure primarie (11). Si occupano di condizioni specifiche o problemi secondo un modello che non è né centrato sul paziente né orientato alla Comunità. Alcuni articoli stanno valutando l'implementazione del modello di cure primarie orientate alla comunità in Comunità locali specifiche (12-13).

L'Approccio alla Comunità viene specificamente studiato nei seguenti campi: cure geriatriche, cure materno-neonatali, cure psichiatriche o condizioni comuni (quali diabete, gastrite). La focalizzazione è generalmente centrata su gruppi di minoranza o svantaggiati o su fattori di rischio e medicina preventiva (immunizzazione, cessazione del fumo, cure dentistiche)(14-25). Alcuni articoli descrivono anche metodi di gestione delle malattie con Approccio alla Comunità che implicano la cooperazione tra Cure primarie e istituzioni della Comunità, cure in collaborazione, o riferimento dei GP a vari programmi della Comunità (26-32). C'è abbondanza di ricerca infermieristica.

Ci sono vari editoriali e lavori sui bisogni di salute, nell'ambito delle cure primarie e per minoranze o gruppi svantaggiati, alcuni con una combinazione di metodi di ricerca qualitativa e quantitativa (33-43).

Riguardo alla ricerca formativa, ci sono vari studi descrittivi sull'insegnamento agli studenti in cui sono descritti il contenuto del programma formativo o l'esperienza di insegnamento, ma pochissimi valutano l'insegnamento. La maggioranza degli studi non era di tipo controllato (44-51)

Necessità di ulteriore ricerca

Ulteriori ricerche dovrebbero pertanto focalizzarsi su

- Sviluppo di strumenti di ricerca e di misure di esiti (risultati) che riflettano differenti aspetti dell'orientamento alla Comunità e la loro convergenza.
- Comparazione di differenti approcci di cure sanitarie primarie nella Comunità – considerando gli esiti rispetto sia alla salute individuale sia ai bisogni della Comunità.
- Modelli di cura orientati alla Comunità per aree specifiche di lavoro clinico quali cure palliative, programmi per la tossicodipendenza.
- Tecnologie informatiche nell'Approccio alla Comunità.
- Educazione nell'Approccio alla Comunità – concernente la valutazione di programmi, strumenti validati, con una metodologia chiara e un'adeguata analisi statistica.

Metodologia di ricerca appropriata

- Ricerca strumentale.
- Studi osservazionali longitudinali.
- Studi osservazionali di coorte che confrontino diversi approcci/modelli – anche nella formazione.
- Studi a disegno misto.

Approccio olistico

Definizione del dominio di ricerca

Secondo la definizione del Wonca Europa, l'approccio olistico include la capacità di usare un modello biopsicosociale che tenga conto delle dimensioni culturali ed esistenziali.

L'approccio olistico può così essere definito come "prendersi cura della persona globalmente nel contesto dei suoi valori, credenze familiari, sistema familiare, cultura e situazione socio-ecologica nel contesto di un concetto di comunità più ampio, considerando un insieme di trattamenti terapeutici basati sulle prove dei loro benefici e dei loro costi". L'approccio olistico riconosce che gli esseri umani sono individui completi e integrati piuttosto che aggregati di organi separati, e che tutte le malattie hanno diverse componenti dinamiche (1-3).

Un altro aspetto dell'approccio olistico è l'argomento della complessità. Individui, organizzazioni, gruppi sociali e società hanno le caratteristiche di sistemi adattivi complessi (4). Questo fenomeno è evidente nella clinica e nella ricerca in medicina generale. Più direttamente coinvolto sarà il paziente o il sanitario nell'intervento, più dovrà essere sofisticato il progetto del trial per tenere conto dell'influenza dell'individuo sul risultato (5). Così pure una migliore comprensione di sistemi complessi può anche, ad esempio, facilitare l'interpretazione di risultati di esperimenti clinici e ricerche diagnostiche. Gli argomenti etici sono considerati parte importante dell'approccio olistico alla salute e alle cure sanitarie.

Il dominio di ricerca dovrebbe includere studi sull'efficacia di un modello biopsicosociale applicato alle cure, alla complessità, alla competenza culturale ed all'etica.

Sommario dei risultati della ricerca

Quasi tutti gli articoli trovati sono esposizioni di opinioni o revisioni non sistematiche (6-10). Virtualmente non esiste ricerca investigativa. La maggior parte dei lavori si riferisce alle cure infermieristiche (nursing); e un numero considerevole alle medicine complementari, tema apparentemente associato con l'approccio olistico. Alcuni articoli ritrovati trattano di "cure olistiche" per varie condizioni cliniche, ma di solito tale definizione non sembra seguire i concetti del Wonca Europa. Tuttavia, molte delle revisioni e degli articoli di opinione concordano sull'importanza e il valore dell'approccio olistico, e sulla similarità di vedute tra sanitari e pazienti su questo argomento. In molti Paesi sanitari e pazienti sembrano quindi condividere trasversalmente una visione comune sulle cure olistiche, ma ciò non è stato tradotto in misure concrete. Tuttavia la Classificazione Internazionale per le Cure Primarie (ICPC) fornisce la possibilità di codificare problemi sociali, come pure psicologici, presentati o trattati in modo da poter essere usati come sostituto del concetto olistico. Ciononostante, la pratica generale quotidiana e le cure primarie spesso affermano di adottare un approccio olistico. Dal punto di vista teorico, e su cui vi è discreto consenso, sembra che l'approccio olistico, incluso il concetto di complessità, diventi ancora più importante con l'incremento delle patologie croniche nella popolazione. Per mirare a un concetto esteso di salute e benessere, le cure richiedono una visione del paziente sia olistica, sia omnicomprensiva sia centrata sulla persona. È stato postulato che l'approccio olistico migliori la soddisfazione e la compliance dei pazienti, e probabilmente la loro salute, ma mancano le prove della ricerca a sostegno di questi assunti.

Tuttavia, alcuni aspetti dell'approccio olistico sono stati sottoposti a ricerca: c'è un numero limitato di articoli che studiano approfonditamente il concetto di competenza culturale, come pure i fattori influenzanti, gli ostacoli nella pratica clinica, e gli strumenti di misura e modelli di implementazione (cioè programmi focalizzati sulla competenza culturale) (11-18).

Ci sono alcuni articoli focalizzati sulla complessità, sulla ricerca delle barriere e dei facilitatori per i cambiamenti nell'ambito di una sanità vista come fenomeno complesso. Tali ricerche evidenziano anche che la metafora di "rimuovere le barriere per cambiare" è di utilità limitata in un contesto "complesso" di non implementazione di una certa politica o programma (19).

Necessità di ulteriore ricerca

La futura ricerca sull'approccio olistico, se si vorrà intraprendere, dovrà pertanto focalizzarsi su

- Definire chiaramente l'approccio olistico, o indagare ulteriormente se l'approccio olistico del GP sia un mito popolare o una realtà descrivibile e misurabile.
- Indagare quale genere di bisogni viene espresso accettando la cura olistica e/o rivolgendosi alla medicina complementare
- Identificare se possibile componenti/aspetti che possano essere studiati e sviluppare indicatori e strumenti per misurarli.
- Comprendere le circostanze sociali, culturali e ambientali che possono avere effetti su diversi aspetti della salute.
- Valutare l'efficacia dell'approccio olistico, e più specificamente la competenza culturale ed il modello di cura biopsicosociale, tenendo conto del grado di soddisfazione e degli esiti di salute rilevanti.
- Applicare metodi efficaci di addestramento dei medici di medicina generale a praticare l'approccio olistico, in particolare la competenza culturale ed a porre attenzione ai problemi sociali se questi metodi si dimostreranno efficaci.

Metodologia di ricerca appropriata

- La ricerca qualitativa sembra appropriata ad affrontare questo dominio complesso e mal definito.
- Ricerca degli strumenti.
- Potranno servire studi osservazionali e successivamente comparativi per valutare l'efficacia.
- Ricerche longitudinali a disegno misto potrebbero fornire opportunità di analisi della complessità e dell'interazione nella medicina generale e nelle cure primarie.

Come avviare la ricerca in medicina generale in un paese con scarse capacità o risorse limitate

L'obiettivo di questo capitolo è di assistere i paesi che si trovano in un processo di costruzione della Medicina Generale e/o che hanno poca o nessuna esperienza o competenze nel campo della ricerca in Medicina Generale (e scarse infrastrutture):

- Come iniziare - Come non iniziare
- Quali errori sono da evitare
- Capire quali sono le implicazioni della vostra scelta

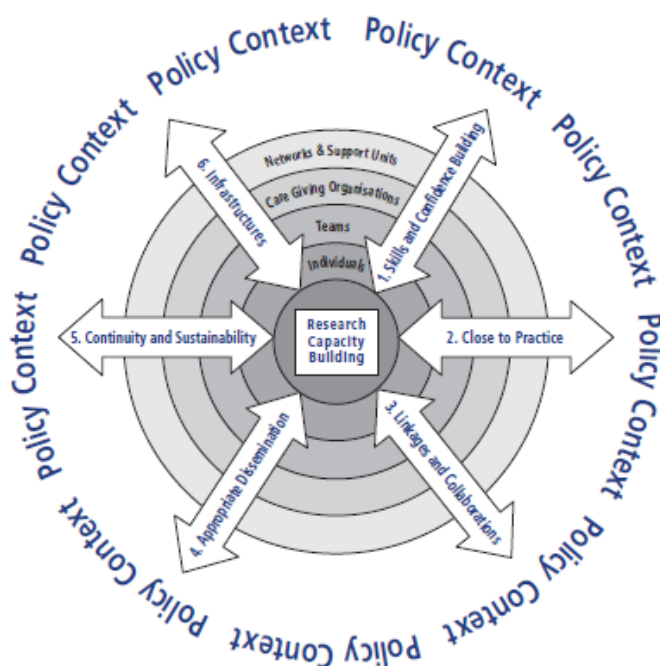


Figura 1

I sei principi di implementazione delle capacità di ricerca (Fig. 1) (1) sono considerati fondamentali in questa Agenda di Ricerca, così come pure il livello della reti di ricerca: individuale, locale o istituzionale, nazionale o internazionale. Gli stessi principi di base devono essere applicati ad ogni livello di ricerca secondo le caratteristiche del sistema sanitario del paese in considerazione.

Identificare le necessità di ricerca nel tuo paese e creare un elenco di priorità

Quando si comincia a implementare la ricerca, è necessario avere una panoramica della situazione reale del paese. Questo quadro fornisce una panoramica dei progetti e delle opportunità in corso per trovare argomenti innovativi e strategie di ricerca appropriate per il sistema sanitario.

Per concludere è necessaria la descrizione della:

- Organizzazione del sistema sanitario.
- Stato della ricerca in cure primarie nel tuo paese.
- I dati sulla morbilità, popolazione e bisogni di salute.

Scegliere il tuo soggetto di ricerca

Nella scelta di un tema di ricerca, la domanda da porsi è: quali sono i problema della pratica quotidiana, e quanto sono rilevanti per l'assistenza primaria? Altri elementi di aiuto nella scelta sono i temi di interesse della propria rete di professionisti. Compila quindi un piano di lavoro di lungo periodo con chiari obiettivi per tutta l'unità di ricerca (rete locale, dipartimento accademico). Questo aiuta la sostenibilità e la continuità della ricerca.

Il terzo fattore riguarda le risorse, sia intendendo il personale necessario per il progetto sia le possibilità di finanziamento. In generale si suggerisce che la ricerca in medicina generale necessita di essere focalizzata sulle competenze di base della medicina generale piuttosto che su argomenti molto generali o altamente specialistici. La ricerca in medicina generale deve essere pertinente, originale e realizzabile.

E' il vostro potenziale progetto di ricerca?

Rilevante per il medico di medicina generale, i pazienti, il setting, il paese?

- Si tratta di primary care o di medicina generale?
- Il contesto è specifico per il vostro paese?
- In quale campo si può avere il miglioramento maggiore?
- I risultati del vostro studio sono utili e applicabili nella pratica, nell'insegnamento, o nella politica e nei servizi sanitari?

Originale, non ripetitivo?

- Valutare in quale misura la ricerca in questo campo è già stata prodotta con una cernita approfondita della letteratura
- Ripetere studi in una situazione locale o con una domanda di ricerca specifica, ma non nel tentativo di produrre studi relativi a temi generali o per patologie di larga diffusione.

Fattibile nel vostro ambiente e con le vostre risorse?

- Ci sono possibilità di istituire un gruppo di ricerca?
- Esistono le necessarie risorse finanziarie a disposizione?
- È possibile costruire una rete di differenti unità di ricerca ?
- Può il progetto di ricerca essere accettata da un comitato etico?
- Il tema di ricerca e la metodologia sono fattibili per quanto riguarda gli aspetti religiosi, sociali, e culturali?
- Si può ottenere un campione di dimensioni adeguate per quanto riguarda la prevalenza della malattia, rispetto ai risultati?

Disegnare un buon progetto di ricerca

Per avviare un buon progetto di ricerca deve essere formulato un buon protocollo seguendo i seguenti passaggi.

Formulare un obiettivo **chiaro** per il vostro studio, e una domanda di ricerca **precisa** che può essere tradotto in una metodologia di ricerca appropriata.

- Definizione dei risultati
- Come creare una rete di ricerca? (ambulatori, pazienti, supporto)
- Quali competenze sono necessarie?
- Quali materiali che sono necessari?
- Definire la tempistica (realistica!)
- Definire i finanziamenti.
- Definire le strategie di implementazione.

Comuni errori nella scelta del soggetto e nell'elaborazione di un piano di ricerca

- Selezionare un tema clinico o una patologia troppo ampia o troppo complessa e/o senza possedere la necessaria esperienza in questo campo.
- Sottovalutare l'importanza di un argomento ben mirato e specifico.
- Essere troppo ambiziosi nella scelta di "progetti per cambiare il mondo", invece di progetti di piccole dimensioni a livello locale.
- Sopravvalutare il potenziale dei dati che possono essere ottenuti.

Elaborare un piano di ricerca

Selezionare la **metodologia di ricerca** più opportuna, facendo, come primo passo, una scelta tra metodo quantitativo o qualitativo. Utilizzare strumenti validati e, possibilmente, evitare di costruire il proprio questionario. Se non vi sono strumenti adeguati o questionari disponibili, impiegare strumenti o parti di ricerche precedenti e produrre uno studio pilota o una procedura di validazione. Studi clinici controllati e randomizzati e grossi studi clinici sono molto difficili e costosi; l'originalità può essere un grosso problema in questo caso.

Essere consapevoli del fatto che il miglioramento della qualità, obiettivo di un progetto di ricerca, richiederà una progettazione molto complessa, e di solito, non facile da raggiungere. Piccole iniziative di qualità (audit) possono migliorare la qualità delle cure a livello locale, ma raramente sono originali come progetti di ricerca. I requisiti per la una ricerca di tipo qualitativo sono la necessità di un buon quesito di ricerca, la scelta di una tecnica appropriata, e un piano di un'analisi realistico. Essere consapevoli del fatto che i concetti e le ipotesi derivanti dalle ricerche qualitative non possono essere generalizzate a tutta la popolazione.

Errori comuni nel campo della ricerca quantitativa

- Outcome errati/irrilevanti/surrogati (es. la soddisfazione, gli atteggiamenti, invece di comportamenti reali, misure biomediche sostitutive di rilevanza limitata)
- Strumenti errati/non validati, questionari improvvisati
- Errori nel calcolo della dimensione del campione
- Studi di intervento: errori nel confrontare i diversi sottogruppi al tempo zero (età e sesso non sono sempre sufficienti)
- Trascurare gli effetti di selezione, sopravvalutando la generalizzazione
- Trascurare altre fonti di bias
- Statistiche/analisi inappropriate
- Sopravvalutare i dati

Errori comuni nel campo della ricerca qualitativa

- Quesito di ricerca errato
- Tecnica sbagliata (tenere a mente contesto locale)
- Campionamento inappropriato
- Essere troppo superficiali
- Mancanza di un metodo definito di analisi
- Produrre conclusioni quantitative da dati qualitativi
- Mancanza di astrazione, legandosi troppo alle citazioni
- Affermare una alta generalizzazione dei risultati.

Costruire un gruppo di ricerca

Chi partecipa al vostro team di ricerca e al gruppo di orientamento? Tentare di trovare persone con esperienza per il supporto e per il feedback. Quanto può spendere in termini di tempo il gruppo di ricerca?

La rete è necessaria per costruire una buona squadra di ricerca. Se sei un singolo ricercatore nella tua ambulatorio o in un medicina di gruppo cerca di trovare altri colleghi nel tuo ambiente circostante, o cerca il sostegno di un collega o di un dipartimento. Se questo non è possibile, potrai forse produrre un progetto di miglioramento della qualità nella tuo ambulatorio, ma questo non è un 'progetto di ricerca'. Per costruire un'ampia capacità di ricerca, creare se è possibile una rete con altre strutture o servizi presso la vostra università (statistica, scienze sociali, infermieristica, farmacia). Questo dà la possibilità di fare ricerche su vari aspetti delle cure primarie.

Cercare sostegni nazionali e internazionali e cercare di trovare e consultare gli esperti. Individuare le persone, per esempio attraverso Internet, o a livello (inter)nazionale che sono interessate a tematiche e a metodologie simili (reti di ricerca qualitativa esistono in alcuni paesi, e certamente anche per altre metodologie e temi di ricerca). Reti/organizzazioni internazionali, come EGPRN forniscono un buon modo per stabilire un contatto con ricercatori di questo genere.

Questioni pratiche per l'organizzazione di una rete di ricerca (medici di medicina generale, ambulatori di medicina generale, centri di salute ...)

- Come reclutare i partecipanti? Iniziare a costruire una rete di ricerca di ambulatori di medicina generale che sia sostenibile. Spendete pure un po' di tempo per questo aspetto.
- Invitare un collega di medicina generale (impegnato quotidianamente nella pratica clinica ndr) a partecipare al team di ricerca. Lui/Lei possono motivare altri medici a partecipare.
- Fornire ai partecipanti del progetto di ricerca di un'adeguata formazione.
- Motivare i partecipanti: dare loro il feedback sui risultati, valorizzare il loro contributo, offrire loro una rete/gruppo di sostegno, e, cosa più importante, mostrare loro i possibili benefici per la qualità del loro lavoro e per il loro pazienti.
- Cercare aiuto tra medici locali, che partecipano a conferenze che possono essere più interessati degli altri alla ricerca.
- Cercare un database di medici che hanno partecipato a precedenti progetti (se possibile con ulteriori informazioni su esperienze, attività ...)
- Siate onesti con il carico di lavoro, e mantenetele fattibile.

Infine sono necessarie le strategie per l'arruolamento di soggetti di ricerca (pazienti, medici o caregiver).

Sviluppare le competenze e frequentare corsi di ricerca

Fare una panoramica sulla competenze di ricerca necessarie per il vostro progetto, possibilmente con l'aiuto di un esperto, e se fosse necessaria, organizzare una formazione supplementare, quindi progettare un piano di finanziamento. Come progetto a lungo termine, fare in modo di garantire che le competenze sulla ricerca facciano parte della formazione medica, sia a livello universitario sia nella l'educazione professionale continua.

Strategie per migliorare le capacità di ricerca

- Cooperare con dipartimenti universitari (es. statistica, sociologia, altri dipartimenti di medicina generale).
- Organizzare un corso sulle metodologie di ricerca e invitare le persone provenienti dall'estero.
- Partecipare a corsi di ricerca esistenti (per esempio EGPRN).
- Trarre vantaggio ed imparare dal feedback che viene dato alle relazioni durante le conferenze.

Pensare alle condizioni potenzialmente favorevoli

I seguenti fattori hanno dimostrato di facilitare la ricerca in medicina generale. Provate a verificare se esistono e possono essere incorporati nella vostra strategia:

Condizioni che agevolano la buona ricerca in medicina generale.

- Sistema di registrazione elettronico e record di buona qualità.
- Un accurato lavoro del comitato etico.
- Accesso full text alla letteratura scientifica
- Attenzione alle risorse: panoramica delle possibilità di finanziamento.

I fattori che favoriscono la diffusione e l'applicazione dei risultati della ricerca.

- Riviste, pubblicazioni, contatti personali.
- Conferenze ove presentare la vostra ricerca.
- Società scientifiche.
- Istituzioni accademiche, dipartimenti universitari

Conclusioni e discussione

Conclusione

La nostra strategia di ricerca è stata strutturata attorno alle competenze, come formulate nella definizione europea della Medicina Generale(1). Le diverse competenze di base del WONCA e della definizione europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia differiscono tra loro in quanto a evidenza. Alcuni domini ed aspetti hanno un ampio corpus di ricerca, mentre altri sono scarsamente studiati, e c'è bisogno di ulteriori approfondimenti. All'interno di questi 6 settori di ricerca, è stato proposto quindi di svolgere ulteriori studi e sono state suggerite opportune metodologie di ricerca. Questi obiettivi sono elencati nel riquadro 1 qui di seguito, e rappresentano i temi che, ad oggi, sono stati meno studiati e forniscono un'agenda per la ricerca futura in Medicina Generale.

Agenda per ricerche future

Agenda per ricerche future

Occorre:

- Un migliore comprensione e definizione chiara di ciascuna competenza o dominio.
- Sviluppare e validare gli strumenti e gli indicatori di risultato per ciascuna competenza o dominio, tenendo conto della loro complessità e delle interazioni.
- Sviluppo di metodi di formazione e training per i membri della Medicina Generale e valutazione della loro efficacia, incluso l'impatto sulle cure sanitarie e le ricadute sulla salute dei pazienti, nel breve e lungo termine (sostenibilità).
- Studiare il punto di vista dei pazienti e dei medici, le prospettive e le preferenze in relazione a specifiche componenti o aspetti di ciascun dominio di ricerca (per esempio: problemi di gestione pratica, comunicazione, coinvolgimento del paziente, scelte diagnostico-terapeutiche).
- Valutare l'efficacia e l'efficienza di un approccio centrato sul paziente, di un approccio globale, di modello di cura bio-psico-sociale, e di un sistema sanitario orientato alla comunità (confrontato con un approccio biomedico e specialistico), inclusi i diversi modelli strategici di gestione. Questi dovrebbero essere studiati in popolazioni con diversità culturali, sociali e geografiche.
- Sviluppo delle banche dati delle cure primarie come infrastruttura di base sia per l'assistenza sanitaria che per la ricerca, in particolare come mezzo per studiare e migliorare l'utilizzo e la validità dei dati elettronici dei pazienti in Medicina Generale.
- Produrre studi longitudinali di alta qualità sull'epidemiologia nelle cure primarie e sulla evoluzione delle patologie nel tempo, considerando come misure di outcome sia gli aspetti medici che funzionali. Questi studi dovrebbero essere basati sui data set delle cure primarie con registrazione dei motivi dell'incontro, diagnosi, e mappatura dei vari momenti di cura.
- Inoltre, rilevare come le circostanze sociali, culturali e ambientali incidono sulla salute delle popolazioni. Condurre studi clinici che si occupino di patologie comuni, in pazienti della Medicina Generale non-selezionati. Tali studi dovrebbero affrontare anche il processo diagnostico (a partire dai sintomi e procedendo attraverso la complessità e l'incertezza, utilizzando strategie a gradini, tra cui la vigile attesa e il trattamento dei soli sintomi, concentrandosi su metodi diagnostici semplici o trasferibili) e di sperimentazione terapeutica (incluso il confronto dei trattamenti noti, studi interrotti, studi di sicurezza farmacologica, e studi di interventi non farmacologici).
- Esplorare le implicazioni della multi-morbilità e degli aspetti di cura e prevenzione in questi pazienti.

La maggior parte degli articoli ritrovati nella nostra revisione della letteratura sono stati studi

descrittivi, analisi di intervento a breve termine, effettuati in ambito ospedaliero o specialistico, piuttosto che studi condotti su di un più o meno meglio definito territorio. Una notevole quantità di articoli era rappresentati da revisioni non sistematiche o da articoli di opinione. Pertanto, per sintetizzare i risultati nelle diverse competenze o domini, abbiamo formulato una lista di raccomandazioni per metodologie appropriate per future ricerche in Medicina Generale.

Metodologia di ricerca appropriata

Metodologia di ricerca appropriata

- Gli studi dovrebbero misurare outcomes di salute rilevanti e valutare la qualità della vita invece di concentrarsi esclusivamente sulla soddisfazione dei pazienti, l'implementazione di servizi, o l'utilizzo di indicatori surrogati.
- Questionari descrittivi, cross-sectional (gli studi sulle attitudini) o recensioni grafiche ormai non aggiungono molto alla conoscenza in molti paesi e setting di medicina primaria. Invece, gli studi osservazionali possono essere molto utili per pianificare ed affrontare un nuovo argomento di ricerca o iniziare una ricerca in nuovo paese o setting.
- Gli studi qualitativi sono importanti per valutare le prospettive e le preferenze del paziente o dei medici, per studiare la complessità, per esplorare quali sono gli outcome di salute rilevanti e sono un primo utile passo per sviluppare strumenti di misura.
- Gli studi randomizzati e controllati (RCT) forniscono prove di alto livello su terapia ed interventi se sono originali e hanno una buona validità esterna (tenendo conto dei possibili bias tra cui quello di selezione).
- Negli studi di intervento, il valore aggiunto a quella che viene definita "usual care" in medicina generale (e la sua validità come termine di paragone) deve essere considerato con molta attenzione. In particolare, durante la pianificazione di studi di interventi sullo stile di vita o sui miglioramenti della qualità delle cure, le prove esistenti in letteratura dovrebbero essere riesaminate accuratamente per valutare l'originalità e la validità esterna.
- Studi prospettici di coorte o studi caso-controllo possono essere buone opzioni per valutare i rischi o gli effetti, oppure per valutare l'attuazione di modelli di assistenza sanitaria o di programmi educativi.
- Studi longitudinali sono importanti per valutare a lungo termine, approcci di cura globale e la sostenibilità degli interventi.
- Metodi misti sono spesso utili per studiare un tema sotto diverse angolazioni e prospettive: per misurare ed osservare ciò che accade (e in che misura accade) e spiegarne le ragioni.

In alcune competenze di base o domini, la carenza di ricerca è particolarmente evidente. Ci sono ben poche evidenze in letteratura sui benefici di un approccio globale ed olistico in Medicina Generale (rispetto ad un approccio biomedico o specialistico). Per quanto riguarda l'approccio olistico vi è una dicotomia tra l'evidente mancanza di ricerca e di prove e l'implicito consenso circa la sua importanza come elemento essenziale per il medico di Medicina Generale. Pertanto WONCA Europa dovrebbe riflettere e riconsiderare il concetto e il suo status di una competenza di base.

L'approccio globale è leggermente meglio definito, ma c'è anche qui una evidente carenza di ricerca e di evidenze. In effetti, il concetto sembra essere più ampio e posto ad un più alto livello di importanza rispetto alle altre competenze. In effetti il termine MeSh "medicina globale", definito come la fornitura di una completa gamma di interventi sanitari e servizi dedicati alla persona per la diagnosi, il trattamento, il follow-up e la riabilitazione dei pazienti, ha come sottotitoli le voci "Cure primarie" e "cure centrate al paziente". Forse il termine "approccio globale" dovrebbe essere abbandonato e non più utilizzato come competenza essenziale. In una possibile versione aggiornata della definizione WONCA di Medicina Generale e nell'Agenda Educazionale di EURACT, WONCA Europa dovrebbe riflettere sulla multidimensionalità delle competenze essenziali della Medicina Generale e considerare un modello in cui l'approccio globale e la cura centrata sulla persona appaiano come aspetti trasversali alle varie competenze o addirittura ad un livello gerarchico di importanza superiore alle altre competenze.

Discussione della metodologia

Le competenze essenziali della definizione europea sono state utilizzate per strutturare la revisione della letteratura e il testo dell'Agenda di Ricerca. Nel definire i domini di ricerca collegati, sono state considerate ugualmente le undici caratteristiche fondamentali della disciplina; sono trattate nel documento, anche se non in singoli capitoli. Tuttavia, questo modo di procedere che abbiamo scelto, non è l'unico modo possibile per strutturare una agenda e potrebbe essere considerato un modo insolito per avvicinarsi alle evidenze scientifiche. Vi è una notevole differenza tra l'approccio basato sulla definizione europea e il modo in cui la ricerca si sviluppa normalmente.

In fase di pianificazione di progetti di ricerca, gli argomenti sono scelti a livello locale per interessi specifici, necessità ed incentivi. Gran parte delle ricerche recuperate è stato condotto spesso a livello locale per rispondere a specifiche domande su problemi clinici oppure su aspetti di organizzazione o di miglioramento delle cure. Di conseguenza, la letteratura scientifica mostra risultati un po' sparsi, che contrastano con la meta-visione implicita nelle caratteristiche e le competenze della definizione di WONCA Europa, e risulta incompleta per quanto riguarda molti dei suoi aspetti. Una struttura alternativa, basata su strategie di ricerca in letteratura differenti (sulla base di domande individuali di ricerca, per esempio, la gestione di una malattia, o l'efficacia di un intervento di prevenzione, o un confronto fra sistemi sanitari) avrebbe mostrato risultati su problemi singoli più particolareggiati e più profondi.

Tuttavia, sarebbe stato impossibile coprire l'intero campo della medicina generale. Inoltre, ogni approccio scelto avrebbe presupposto una particolare visione della disciplina, che probabilmente non sarebbe stata ugualmente accettabile o pertinente ovunque in Europa. La definizione europea di Medicina Generale è invece generalmente accettata, riassume gli elementi essenziali della disciplina e fornisce quindi un quadro possibile e pertinente per l'Agenda di Ricerca. Come previsto, l'Agenda di Ricerca informa sulle evidenze di base della definizione europea di pari passo con l' Educational Agenda di EURACT.

L' Agenda di Ricerca si basa principalmente su una ricerca completa della letteratura e sulla review dell'attività di ricerca dell'EGPRN, supportata da questionari tra esperti e workshops internazionali. PubMed è stato utilizzato come il motore principale di ricerca, per la revisione della letteratura; altre banche dati di letteratura, come Embase e ERIC non sono state utilizzate sistematicamente. Questo approccio ha escluso molte riviste nazionali di Medicina Generale. Tuttavia, il team di autori era multi-nazionale e ha valutato la letteratura locale. Per selezionare e valutare la letteratura dei diversi domini, gli autori non hanno utilizzato una medesima checklist di controllo o medesime procedure. Questo semplicemente non sarebbe stato realizzabile. Tuttavia, sono stati applicati criteri riconosciuti per valutare documenti di ricerca, come descritto nel processo di valutazione degli abstract dell'EGPRN (o di altre conferenze), ed inoltre sono state utilizzate le tipiche procedure di peer review delle riviste scientifiche. La maggior parte delle valutazioni, dei commenti e delle sintesi, sono state riesaminate e discusse dal team degli autori fino a raggiungere un consenso.

I termini MeSH hanno dimostrato di essere poco adatti alla letteratura della Medicina Generale sia per classificazione tassonomica che per indicizzazione. Non tutti gli studi etichettati come RCT o meta-analisi lo erano veramente. I termini riferiti ai sintomi erano di solito legati immediatamente ad una malattia o una diagnosi. Molti studi di Medicina Generale o rilevanti per le Cure Primarie, non erano stati etichettati con i termini MeSH "family practice" o "primary health care". Comunque, molti studi specialistici erano stati etichettati come rilevanti per la Medicina Generale, anche se in realtà non lo erano. Al contrario, alcuni studi apparentemente specialistici, pubblicati su riviste di tipo specialistico, sono di grande utilità per la Medicina Generale, ma potrebbero essere non essere sempre facilmente identificabili. Ogni ricerca basata sui termini MeSH è un compromesso fra approccio molto sensibile, che produce molti risultati non specifici, e sofisticate strategie di ricerca che devono ancora essere riaffinate, ma che escludono molto letteratura rilevante. Ciò è particolarmente problematico in un dominio di ricerca in cui l'approccio del medico di medicina generale e dello specialista si sovrappongono in maniera significativa, vale a dire nella ricerca clinica. Per alcuni settori di ricerca, i termini MeSH sono di significato molto ampio e non molto correlati alla definizione di WONCA Europa.

Altri dati di letteratura sulla ricerca in medicina generale

La definizione europea della Medicina Generale è stata importante nel chiarire la disciplina, delinearne il suo contenuto e i settori di ricerca e il suo ruolo nel 21esimo secolo. Tuttavia, a tutt'oggi, non era stata studiata sistematicamente facendo uso delle evidenze della ricerca scientifica (2). Questa Agenda di Ricerca utilizza la definizione della Medicina Generale per fornire informazioni sullo stato corrente delle evidenze scientifiche e illustra i bisogni di ricerca connessi ad essa. I risultati, vale a dire le priorità di ricerca proposte insieme a metodologie appropriate per la loro analisi, dovrebbe essere applicabili nella maggior parte dei paesi europei e, possibilmente, anche in paesi al di fuori dell'Europa, tenendo in debito conto però gli aspetti legati alle capacità scientifiche ed organizzative della ricerca in questi paesi.

Nel 1966, Mc Whinney ha descritto il dominio di ricerca della Medicina Generale per la prima volta. Si illustravano l'epidemiologia delle malattie nelle cure primarie, gli aspetti clinici, quali la valutazione dei sintomi, segni e prove diagnostiche, e gli aspetti psicosociali (3). Nei decenni successivi, sono stati aggiunti a questo documento le strategie cliniche, un focus sulla famiglia, la ricerca sui metodi educativi, sui servizi sanitari e le strategie di politica sanitaria (4-8). All'inizio degli anni 90 è stata enfatizzata l'importanza della ricerca sul punto di vista del paziente, oltre a quella del medico, così come il rapporto tra il medico di medicina generale e il paziente e la sua famiglia. È stata evidenziata inoltre la responsabilità del medico di medicina generale verso la comunità (9, 10).

A partire dall'anno 2000 molti articoli d'opinione e alcuni lavori di ricerca hanno dato un grande contributo alla discussione.

Vari esperti hanno invocato un agenda di ricerca al fine di chiarire e definire le priorità e le esigenze di ricerca in Medicina Generale (11, 12), nelle more di fornire un contributo specifico della Medicina Generale alla medicina come scienza (2), ed inoltre un contributo ai sistemi sanitari e alle politiche sanitarie (13-15).

Diversi articoli hanno analizzato situazioni particolari o locali. Ricercatori degli Stati Uniti hanno studiato la posizione della Medicina Generale a confronto con le altre specialità rispetto ai contributi di di ricerca (16, 17); altri hanno analizzato le capacità di ricerca come riportato da tirocinanti delle Facoltà e dei Dipartimenti di Medicina Generale degli USA (18, 19). I risultati dei programmi intesi a promuovere la Medicina Generale nel Regno Unito è stato valutato da Carter e Kernick (20, 21). Sono state esaminate le condizioni sociali e le politiche sanitarie nei paesi in via di sviluppo (22, 23), e le esigenze di ricerca in zone rurali (24).

Gli obiettivi, i contenuti e i outcomes attesi della ricerca in Medicina Generale sono stati considerati in una prospettiva più generale da parte di esperti internazionali nel settore, vale a dire nel corso della WONCA Research Conference a Kingston, Ontario, nel 2003, e dei suoi rapporti pubblicati (2, 11, 14, 15, 23, 25-30), ed anche in successivi articoli (14, 31, 32). Lo sviluppo storico della ricerca e delle varie agende di ricerca sono stati ampiamente riveduti (10, 30). Tutti questi documenti definiscono i requisiti infrastrutturali e mettono in mostra l'importanza della ricerca in Medicina Generale nel campo dei Servizi Sanitari e della Politica Sanitaria. Questi lavori inoltre puntualizzano il fatto che il contributo di una Medicina Primaria di alta qualità, guidata da Medici di Medicina Generale/ Medici di Famiglia è essenziale per un sistema sanitario valido ed efficiente, ed è necessario che gli stakeholders riconoscano questo aspetto.

I risultati della ricerca in Medicina Generale sono necessari per informare i responsabili politici su come l'assistenza sanitaria basata sulle evidenze, può essere gestita in termini di sostenibilità e di costo-efficacia e quindi, sostenere le decisioni etiche e sociali facendo in modo di migliorare la salute a livello globale. Esse contribuiscono a colmare il divario tra ricerca di base, biomedica o clinica, e le cure alla popolazione generale, e crea un legame tra la ricerca medica e le scienze umanistiche. Al fine di raggiungere questo obiettivo, i finanziamenti dovrebbe essere adeguati e diretti a progetti di ricerca che rispondano ai bisogni dei pazienti, e indirizzati a condizioni che contribuiscano significativamente a ridurre gli effetti ed il carico di lavoro della malattie nella popolazione generale, tenendo in grande considerazione i fattori che influenzano l'implementazione

dei risultati. Le Organizzazioni Professionali Internazionali e le Società Scientifiche hanno un ruolo molto importante come punti di smistamento "clearinghouse" in quanto possono fornire dati dai database, strumenti utili alla ricerca ed inoltre provvedono a formare nuovi ricercatori e reti di ricercatori. È ampiamente riconosciuto come i medici di medicina generale abbiano bisogno di aumentare la loro capacità di ricerca e molti articoli spiegano come raggiungere questo obiettivo, sia al livello di sistema (15, 27, 29, 31), e per quanto riguarda lo sviluppo di reti di ricercatori e di ambulatori di medicina generale di ricerca (11, 20, 23, 28, 33). La nostra Agenda di Ricerca integra questi dati per avere un canovaccio con il quale orientare i singoli ricercatori che lavorano in ambienti a bassa capacità di ricerca.

I requisiti infrastrutturali includono anche il riconoscimento nel dominio della Medicina Generale da parte della Comunità Scientifica, che è un aspetto essenziale all'atto di una richiesta di finanziamento di un progetto di ricerca. La presentazione di ricerche e temi sulla Medicina Generale e le stesse riviste di Medicina Generale dovrebbe essere migliorata: come puntualizzato nell'Agenda di Ricerca, la terminologia MeSH non riflette bene la Medicina Generale e i suoi contenuti. L'indicizzazione della Medicina Generale nell' Index Medicus in una sintetica categoria etichettata "medicina", invece di essere riconosciuta come una specialità risulta particolarmente svantaggiosa (2, 11, 15, 27). Ciò nonostante, la produzione di lavori di ricerca in Medicina Generale negli ultimi anni è migliorata molto (34). È stato inoltre puntualizzato che sarebbe molto utile lo sviluppo di un metodo per misurare l'impatto dei risultati della ricerca sulla società e la politica sanitaria (35).

Diversi articoli hanno tentato di elaborare agende di ricerca, suggerendo alcuni temi che vengono percepiti come particolarmente importanti. In effetti, alcuni agende di ricerca sono limitate a temi o settori molto specifici della ricerca, per esempio i sintomi inspiegabili (36), servizi sanitari nelle zone rurali (24), l'informatica nell'assistenza primaria (37), la salute mentale (38), o la scelta della Medicina Generale come carriera scientifica (39).

Altri documenti di revisione hanno una prospettiva più generale; alcuni, compresi i documenti di Kingston, sono stati prodotti da esperti di fama internazionale. Tuttavia, nessuno ha avuto un approccio sistematico o ha utilizzato un quadro tematico predefinito. Diversi articoli affermano che i punti di forza della ricerca in Medicina Generale risiedono nell'utilizzo di una vasta gamma di metodologie che comprendono anche approcci sviluppati inizialmente da altre discipline, diverse dalla medicina (2). Tuttavia nessuno collega le metodologie di ricerca ai temi di ricerca.

Le aree di ricerca e di temi che sono stati considerati importanti possono essere riassunti nelle seguenti categorie (11 - 15, 26-28):

- Ricerca clinica sulla diagnosi, terapia e prevenzione delle malattie comuni, con un approccio pragmatico, che si concentra sulla efficienza pratica (effectiveness) piuttosto che sulla efficacia, riflettendo la multidimensionalità e la diversità delle cure primarie, e che include lo studio di strategie specifiche come la vigile attesa, e la continuità delle cure.
- Ricerca sull'epidemiologia delle cure primarie, tra cui la valutazione del carico di lavoro legato alla malattia, le cause della malattia (o dello stato di benessere) (compresi i fattori ambientali, culturali, comportamentali e psicosociali), il monitoraggio a lungo termine della storia naturale dei sintomi e lo svilupparsi degli esiti finali di salute.
- Ricerca sull'influenza dei fattori di contesto sulla salute (politica sanitaria, cultura, condizioni sociali, fattori ambientali), sulla partecipazione del paziente, sul ruolo delle relazioni e della comunicazione, sul bilancio tra le prove di efficacia clinica ed il punto di vista del paziente, sullo sviluppo di risultati orientati paziente.
- Ricerca sui servizi sanitari tra cui l'economia sanitaria, l'efficienza e l'equità dei servizi sanitari, i modelli di assistenza, le competenze di gestione per la pratica e per il sistema sanitario, il miglioramento della qualità, l'integrazione dei servizi, la cooperazione inter-professionale.
- Ricerca sugli aspetti di orientamento alla comunità, ed il bilancio tra gli interessi della comunità con quelli individuali.
- L' Etica: la genomica, il razionamento delle cure, le popolazioni vulnerabili, le esigenze della comunità contro quelle individuali, il consenso internazionale.

- L' Istruzione, lo sviluppo professionale, e l'applicazione delle evidenze scientifiche alle cure.

La maggior parte di queste aree compaiono anche nella nostra Agenda di Ricerca (anche se, la prevenzione della salute, la ricerca sui servizi sanitari e l'etica risultano un pò meno preminenti). Essa sottolinea argomenti già relativamente ben noti ed inoltre propone temi più specifici (ad esempio la multi-morbilità, gli studi longitudinali di coorte, la ricerca sulla epidemiologia basata sulle ragioni dell' incontro e gli episodi di cura) e metodologie e infrastrutture appropriate (ad esempio la necessità di database appropriati in Medicina Generale e il miglioramento della qualità dei dati elettronici dei pazienti ai fini della ricerca).

In sintesi questa Agenda di Ricerca fornisce una panoramica innovativa ed è di integrazione alle discussioni scientifiche sulla ricerca in Medicina Generale. E' unica nel suo approccio sistematico, nell'ampia gamma di argomenti, e nel suggerire le metodologie di ricerca oltre che i temi di ricerca.

Implicazioni

L' Agenda di Ricerca è un documento di background e un manuale di riferimento per Medici di Famiglia, ricercatori e responsabili politici, che mira a rappresentare un manifesto a sostegno della Medicina di Famiglia in Europa. Esso può anche fungere da documento di riferimento in contesti extraeuropei, in quanto tali documenti non esistono per le altre regioni continentali di WONCA. L' Agenda di Ricerca riassume le evidenze correlate alle competenze essenziali ed alle caratteristiche fondamentali della definizione di WONCA-Europe della Medicina di Famiglia, con il loro significato per ricercatori e responsabili politici. Per iniziare la ricerca in Medicina di Famiglia in un "nuovo" setting, in paesi con scarsa capacità di ricerca è indispensabile un programma di sviluppo che indichi ciò che è di importanza immediata, ed in tutto ciò, l' Agenda di Ricerca è molto utile. Vengono inoltre puntualizzate le lacune nelle evidenze scientifiche e le necessità di ulteriore ricerca al fine di fornire una base per la pianificazione della ricerca e indirizzare successivamente le azioni volte ad influenzare la politica sanitaria, ad esempio le azioni di "lobbying" per l'assegnazione dei fondi per la ricerca. Questo documento riconosce ed include i commenti e le posizioni critiche di molte correnti, organizzazioni ed esperti internazionali. Tuttavia, i pazienti e le organizzazioni dei pazienti non sono state formalmente coinvolte nella preparazione del presente documento. Gli autori si augurano che possa esserci ulteriore discussione e aprono il documento ad eventuali future modifiche.

Implicazioni per WONCA Europa, EGPRN e altre organizzazioni di ricerca

L'Agenda di Ricerca può assistere il WONCA-Europe nel perfezionare la definizione europea di Medicina Generale ed i suoi obiettivi, e può contribuire alla discussione della sua strategia politica futura. WONCA-Europe ed i suoi networks (EQUIP, EGPRN, EURACT, ERUOPREV, EURIPA, VASCO DE GAMA etc.) dovrebbero guardare costantemente alle evidenze alla base della definizione di Medicina di Famiglia e revisionare le proprie posizioni e dichiarazioni qualora necessario. Possibilmente il concetto delle sei competenze essenziali dovrebbe essere abbandonato in favore di un modello con quattro dimensioni:

- aspetti clinici o problema-correlati
- aspetti correlati alla persona, tra cui un approccio globale, olistico e centrato sulla persona
- aspetti correlati alla comunità (tra cui l'equità e la diversità)
- aspetti di gestione (nel singolo ambulatorio o a livello di sistema)

Sia WONCA-Europe che EGPRN dovrebbero prendere in considerazione le priorità evidenziate nella Agenda della Ricerca nella pianificazione di future conferenze, corsi, o progetti e per proposte di finanziamento. Le organizzazioni di ricerca dovrebbero anche fornire e diffondere gli strumenti di ricerca utili, vale a dire un thesaurus, sistemi di classificazione appropriati e strumenti di ricerca validati. WONCA e tutti i networks di ricerca della Medicina Generale dovrebbero appoggiare e sostenere una visione generalistica basata sugli elementi fondamentali della Medicina di Famiglia, fornendo in tal modo un ombrello per i molti gruppi di interesse specifico (WONCA Europe Special Interest Groups (WESIGs) che a volte tendono a perturbare il campo e adottare una visione specialista. Ciascun progetto di ricerca dovrebbe riflettere le quattro dimensioni sopra citate.

Implicazioni per i pazienti

I pazienti non dovrebbero essere coinvolti solo come oggetti di uno studio, ma le loro esigenze dovrebbero essere la forza trainante per l'assistenza sanitaria e della ricerca. La ricerca ed i temi prescelti dovrebbero essere rilevanti sia per i Medici di Famiglia che per i pazienti e dovrebbe anche avere una risonanza locale. I risultati della ricerca in Medicina Generale dovrebbero pertanto essere

rilevanti e trasferibili alla comunità locale o ad un ambito più ampio (internazionale) o entrambi. Una ricerca che sia rilevante può cambiare la pratica quotidiana, indirizzare la politica sanitaria e rafforzare in ultima analisi la disciplina.

La ricerca e la politica sanitaria futura dovrebbero prendere in considerazione le seguenti dimensioni:

- le preferenze e le scelte dei pazienti;
- il coinvolgimento dei pazienti (1 - 7);
- i diritti dei pazienti, gli aspetti etici e le questioni relative al consenso informato;
- le organizzazioni dei pazienti e il loro ruolo.

La ricerca etica e la partecipazione dei pazienti sono questioni chiave per lo sviluppo della ricerca nelle cure primarie. Un approccio etico alla ricerca, i meccanismi di introduzione dell'etica nella pratica della ricerca e una approvazione etica formale dovrebbero essere considerati maggiormente. Le proposte di ricerca dovrebbero essere sviluppate con la specifica considerazione di principi etici onnicomprensivi. Per la ricerca in collaborazione internazionale un comitato etico europeo sarebbe auspicabile.

Implicazioni per la ricerca

Finora gran parte della ricerca sulla salute è stata centrata sull'aspetto biomedico e spesso centrata sulla malattia. E' stata data un'attenzione insufficiente a come i trattamenti o le nuove tecnologie sono applicate alla cura routinaria del paziente, in particolare nelle cure primarie e alla loro efficacia e efficienza nella pratica quotidiana. Questo settore trascurato è un presupposto essenziale della ricerca in medicina generale e dovrebbe ricevere maggiore attenzione e maggiori finanziamenti. La ricerca futura non dovrebbe essere centrata sulle malattie ma dovrebbe integrare i principi della medicina generale come la centralità della persona o l'equità e dovrebbe essere mirata alle cure primarie. La ricerca dovrebbe riflettere il concetto che lo stato di buona salute è qualcosa di più che l'assenza di malattia e deve essere valutata nel tempo. Il contesto delle complesse interazioni delle persone e dei loro medici di famiglia (e dei care-givers), che coprono possibilmente aspetti quali i molteplici problemi di salute nei singoli pazienti, è un' altro argomento importante di ricerca. Le nuove sfide della ricerca nelle cure primarie comprendono anche le implicazioni di una società multiculturale, la diversità e l'equità, ma anche gli sviluppi tecnologici e l'evoluzione delle conoscenze genomiche.

La ricerca in Medicina Generale fornisce evidenza basilare per linee guida, che sono strumenti importanti per l'applicazione delle conoscenze mediche nella pratica quotidiana. Esse aiutano a ridurre la variabilità nel modo in cui viene erogata l'assistenza sanitaria, a fissare gli obiettivi per assistenza di buona qualità, e a supportare l'educazione medica e lo sviluppo professionale continuo. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sulle priorità e le necessità evidenziate in questa Agenda di Ricerca, e rispettare le caratteristiche essenziali della disciplina e le peculiarità dei pazienti delle cure primarie.

Gli studi incentrati sui servizi sanitari, sulle discipline umanistiche o medicina biopsicosociale sono una parte importante della ricerca nelle cure primarie. Il valore aggiunto delle conoscenze esistenti dovrebbero essere considerato con attenzione durante la progettazione di un progetto di ricerca. Gli strumenti esistenti e le misure e gli indicatori di risultato dovrebbero essere rivisti e considerati in modo da essere in grado di collegare e confrontare i risultati della ricerca. Ad esempio, nell'ambito dei progetti di miglioramento della qualità, prendere la 'cura tradizionale' come termine di confronto presumibilmente debole può non essere sempre appropriato. La ricerca che evidenzia i benefici della Medicina Generale/Cure Primarie secondo i concetti descritti nella definizione WONCA può contribuire a supportare l'importanza della disciplina verso altre specialità e verso i responsabili delle politiche sanitarie.

La ricerca nelle Cure Primarie e in Medicina di Famiglia in tutta Europa potrebbe essere rafforzata mediante la costruzione di reti (networks) sostenibili e aumentando la capacità di ricerca (1,2,8,9). In Europa, ci sono grandi differenze regionali in materia di Medicina di Famiglia e di capacità di

ricerca nelle Cure Primarie. Questa situazione suggerisce la necessità di una infrastruttura europea per sostenere la formazione e lo scambio nella ricerca nelle Cure Primarie, che dovrebbe essere adattata a livello locale ("agire localmente, pensare globalmente"). Lo scambio di conoscenze scientifiche e metodologie tra ricercatori provenienti da paesi con una struttura consolidata di ricerca nelle cure primarie e quelli provenienti da paesi con infrastrutture in via di sviluppo dovrebbe essere agevolato. Questo processo di scambio reciproco tra "esperti" e "novizi" rafforzerà lo sviluppo di una medicina di famiglia di livello accademico nei paesi che attualmente hanno relativamente poche infrastrutture in questo senso. Questo sviluppo accademico è essenziale per il progresso della disciplina in questi paesi.

Implicazioni per le riviste scientifiche

Le Cure Primarie e la ricerca nelle Cure Primarie devono fare i conti con le differenze nei sistemi di assistenza sanitaria e nei background culturali, molto più della medicina specialistica ed ospedaliera dove i progressi scientifici e tecnologici hanno un impatto più immediato e diretto. L'Europa è un mosaico di sistemi sanitari diversi in paesi che differiscono nel loro grado di sviluppo sociale ed economico. Ci sono anche grandi differenze per quanto riguarda la capacità di ricerca nelle Cure Primarie. Le riviste scientifiche di Medicina Generale/Cure Primarie dovrebbero rispettare queste differenze regionali nel loro processo di peer review e valutazione, mantenendo nel contempo i più elevati standard di qualità possibile. L'Agenda di Ricerca fornisce una risorsa per le decisioni editoriali e di politica di pubblicazione.

Implicazioni per la politica sanitaria

L'Agenda di Ricerca dovrebbe essere presa in considerazione nella pianificazione dei programmi di ricerca o di fornitura di assistenza sanitaria, poiché essa sottolinea i benefici che apportano la Medicina di Famiglia e le Cure Primarie, in generale ed anche i benefici in relazione a aspetti specifici delle cure. Nelle decisioni di finanziamento o di pianificazione strategica dei finanziamenti dovrebbero essere prese in considerazione le esigenze della ricerca in essa descritte. Gli esperti in Medicina di Famiglia dovrebbero essere parte di tutti gli organismi decisionali in materia di politica sanitaria o di finanziamento della ricerca sulla salute. L'Agenda di Ricerca e le sue proposte per future ricerche sottolineano l'importanza delle Cure Primarie per i pazienti e per il sistema sanitario. La promozione della ricerca nella Medicina Generale/Cure Primarie, come proposto in questa agenda richiede una buona infrastruttura di ricerca di base da fornire costantemente in ogni paese.

Ciò include:

- L'accesso facilitato a letteratura scientifica, banche dati e alla comunità scientifica (attraverso conferenze, corsi), in indipendenza dalle ditte farmaceutiche.
- Fondi adeguati per dipartimenti universitari e istituti di ricerca, nonché per i progetti di ricerca in Medicina Generale/Cure Primarie. L'importo del finanziamento deve riflettere l'importanza della disciplina all'interno del sistema sanitario e dovrebbe fornire un'adeguata infrastruttura con sufficiente stabilità nel tempo per consentire la ricerca longitudinale.
- Implementazione delle cartelle cliniche elettroniche con adeguati sistemi di codifica che rispecchino la realtà delle Cure Primarie (ICPC) e forniscano dati adeguati per i database di ricerca.
- Costruire e mantenere aggiornati database di ricerca adeguati per la mappatura delle Cure Primarie (cioè basati su cartelle cliniche elettroniche). Questi dati devono rispettare la privacy e la sicurezza dei dati, e devono essere accessibili e utili non solo per la salute pubblica e l'assistenza sanitaria ai fini della governance, ma anche per:
 - progetti di miglioramento della qualità (compreso i feedback agli ambulatori che forniscono dati, audit)
 - la ricerca in Medicina Generale/Cure Primarie e la ricerca sui servizi sanitari (tra cui studi di diagnosi, campionamento per studi qualitativi e quantitativi, studi longitudinali).

Ringraziamenti

L' EGPRN e gli autori dell'Agenda di Ricerca desiderano ringraziare WONCA-Europe per il finanziamento di alcune riunioni, nonché dei costi di impaginazione e stampa di questo documento.

Riconosciamo con gratitudine il contributo e il feedback di molte istituzioni e singoli individui, vale a dire il Consiglio e i singoli membri EGPRN, il comitato esecutivo di WONCA-Europa, EQUIP, EURACT e altre reti di WONCA-Europe, Gruppi di interesse speciale di WONCA-Europa (WE-SIGs) e dipartimenti universitari di Medicina Generale/Medicina di Famiglia in Europa.

Vorremmo ringraziare per il loro contributo anche i partecipanti ai seminari in cui le bozze dell'agenda di ricerca sono state presentate.

Le seguenti persone meritano un ringraziamento speciale per il loro feedback dettagliato:

Il professor André Knottnerus, MD, Ph.D., Dipartimento di Medicina Generale, Università di Maastricht, e Presidente del Consiglio Sanitario dei Paesi Bassi, L'Aia, Paesi Bassi.

Professore Associato Harm van Marwijk, MD Ph.D., Dipartimento di Medicina Generale e EMGO-Institut di cure sanitarie e di ricerca del VU University Medical Centre di Amsterdam, Paesi Bassi.

Dr. Johannes Hauswaldt, MD, MPH, Istituto di Medicina Generale, Hannover Medical School, Germania.

Dr. Bettina Berger, Transcultural Health Sciences Institute, European University Viadrina, Frankfurt (Oder), Germania.

Appendici

Strategie di ricerca

Gestione delle cure primarie

- "organization and administration" [MeSH terms] combinato con "primary health care" [Majr MeSH] and/or "family practice" [MeSH]
- "practice management" combinato con "primary health care" [Majr MeSH] and/or "family practice" [MeSH], "health services" [MeSH], "education, medical" [Majr MeSH]
- "health services accessibility"[Majr MeSH] combinato con "primary health care" [Majr MeSH] and/or "family practice" [MeSH]
- "medical records systems, computerized" [MeSH] combinato con "primary health care" [Majr MeSH] and/or "family practice" [MeSH]

Centralità del paziente

- "patient-centered care" [Majr MeSH] combinato con
- "primary health care" [Majr MeSH] and/or "family practice" [MeSH]
- "continuity of patient care" [MeSH]

Specifiche Competenze di problem solving

Il termine "Faringite" (collegato al "mal di gola" in Mesh) è stato utilizzato come un termine specifico in esempi di ricerche di diagnosi e terapia, e "scompenso cardiaco", come esempio di una malattia cronica. Disuria/infezione del tratto urinario e diabete sono altre condizioni utilizzate per esempi di ricerca.

Gli autori hanno anche attinto alle loro competenze generali, come ricercatori e revisori.

Classificazione semi-quantitativa (generale)

- "family practice"[MeSH], limits: last 5 years, clinical trials, RCTs

Diagnosi

- "diagnosis" [MeSH] AND "primary care" [MeSH] OR "family practice" [MeSH]
- specific disease MeSH term AND "epidemiology"[MeSH]
- specific disease MeSH term AND "decision making"[MeSH]
- "diagnostic errors" [MeSH]
- "false negative reactions" [MeSH]
- "false positive reactions" [MeSH]
- "observer variation" [MeSH]
- "watchful waiting" (general term)

Terapia

- specific disease MeSH term AND "therapeutics" [Maj MeSH] OR "drug therapy" [MeSH]
- specific disease MeSH term AND "drug therapy" [MeSH]
- specific disease MeSH term AND "complementary therapies" [MeSH]

Cure croniche

- specific disease MeSH term AND "long term care" [MeSH] AND "family practice" [MeSH]

Riabilitazione

- specific disease MeSH term AND "rehabilitation"[MeSH] AND "primary health care"[MeSH]

Qualità della cura

- specific disease MeSH term AND "quality assurance, health care"[MeSH] AND "family practice"[MeSH]

Decision making (condiviso)

- "physician-patient relations"[MeSH] AND "family practice" [MeSH]: dà un approccio ampio e aspecifico
- "decision making" [MeSH] con e senza "family practice" [MeSH] ("shared decision making" non è un termine MeSH)

Ricerca sui servizi sanitari

- "problem solving" [MeSH] con tutti i subheadings AND "health services" AND ("family practice" OR "family physician")
- combinato con "quality management" [MeSH]
- "primary care" [MeSH] AND "disease management" [MeSH] AND "health services" [MeSH]
- combinato con "collaborative care management", "rehabilitation", "patient-centred care", "frequent attenders", "promoting healthy life style", "continuity of health care"

Genetica

- "genetics"[MeSH] AND "family practice"[MeSH], limits: human
- "genetics"[MeSH] AND "primary health care"[MeSH]

Ricerca educativa

- "education, medical" [MeSH terms] AND "problem solving" [MeSH terms] AND (("family practice"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "family practice"[MeSH terms] OR general practice [text word]) OR ("primary health care"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "primary health care" [MeSH terms] OR primary care [text word])

Approccio globale

Cura globale

- "comprehensive health care" [MeSH] AND "primary care" [MeSH] OR "family practice" [MeSH]
- "comprehensive health care"[Majr] AND (("primary health care"[TIAB] NOT Medline [SB])OR "primary health care"[MeSH terms] OR primary care[text word]) OR (("family practice"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "family practice"[MeSH terms] OR family medicine [text word]) OR ("family practice"[TIAB] NOT Medline[SB]) OR "family practice"[MeSH terms] OR general practice[text word]) AND Meta-Analysis[ptyp] NOT "comprehensive dental care"[MeSH]

Promozione della salute

- ("comprehensive health care"[MeSH] OR "primary health care"[MeSH] OR "family practice"[MeSH]) AND "health Promotion"[Majr MeSH] NOT nursing limits: meta-analysis

Prevenzione

- ("prevention and control"[Subheading] OR "primary prevention"[MeSH]) AND ("comprehensive health care"[MeSH] OR "primary health care"[MeSH] OR "family practice"[MeSH])

Cure Palliative

- "comprehensive health care"[MeSH] AND "palliative care"[MeSH]) AND ("primary health care"[MeSH] OR "physicians, family"[MeSH])

Didattica

- ("teaching"[MeSH] OR "education"[MeSH] OR "education"[Subheading] OR "teaching materials"[MeSH]) AND "comprehensive health care"[MeSH] AND "family practice"[Majr MeSH]

Molti articoli centati sulle cure infermieristiche non sono rilevanti per la medicina di famiglia. Così abbiamo deciso di inserire la stringa 'NOT nursing'.

Orientamento alla Comunità

Poiché non ci sono termini MeSH per "cure primarie orientate alla comunità", è stata utilizzata la combinazione di diversi termini:

- ("community networks"[MeSH] OR "community health services"[MeSH] OR "community health planning"[MeSH] OR "community-institutional relations"[MeSH] OR "community health aides"[MeSH] OR "community health nursing"[MeSH] OR "community health centers"[MeSH] OR "community medicine"[MeSH] OR "consumer participation"[MeSH] OR "delivery of health care"[MeSH]) AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH] NOT "public health"[MeSH])
- ("minority groups"[MeSH] AND "health services needs and demand"[MeSH] OR "community networks/utilization") AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH])
- "residence characteristics"[MeSH] AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH])
- "community" AND ("family practice"[MeSH] OR "physicians, family"[MeSH]) AND "education"[Majr MeSH]

Approccio olistico

- "holistic health" [Majr MeSH] AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH])
- "holistic health" [Majr MeSH] AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [Majr MeSH] AND "health services research" [Majr MeSH])
- "holistic health" [Majr MeSH] AND ("primary health care" [Majr MeSH] AND "education" (Subheading) AND "research" [MeSH] OR "research" [TextWord])
- "holistic health" [Majr MeSH] AND ("biomedical research" [MeSH] OR "clinical nursing research" [MeSH] AND "psychology, social" [MeSH] OR "sociology, medical" [MeSH]) AND "primary health care" [Majr MeSH]

Complessità

- "complexity"[All Fields] AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH])

Competenza culturale

- ("cultural competency"[MeSH] OR "culture"[MeSH]) AND ("primary health care" [Majr MeSH] OR "family practice" [MeSH])

Letteratura per capitolo

Riferimenti: introduzione

1. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-2025.
2. Okkes I, SK, Oskam, Lamberts H. The Probability of Specific Diagnoses for Patients Presenting with Common Symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-36.
3. Wonca-Europe definition of Family Medicine. 2005. <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization, Geneva: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed on July 7, 2009).
6. Rawaf S, Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 1365-1367.
7. Boelen C, Haq CVH, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of family medicine A guidebook. A collaborative project of the World Organization of Family Doctors (Wonca) and the World Health Organization (WHO). Singapore, 2002.
8. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Glasgow, 2006.
9. World Health Organisation (WHO). Declaration of Alma Ata. 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed on July 11, 2009)
10. Health Council of the Netherlands. European Primary Care. The Hague, 2004 (Publication No. 2004/20E).
11. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? HEN Synthesis Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
12. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
13. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970- 1998. *Health Services Research* 2003; 38: 831-65.
16. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275-84.
17. McDonald J, Cumming J, Harris MF, Powell Davies G, Burns P. "Systematic review of system wide models of comprehensive primary health care." Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales 2006.
18. Lionis C, Carelli F, Soler JK. Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *J Fam Pract* 2004; 21: 477-478.
19. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam. Pract* 2004; 21: 587-593.
20. Anonymous. Editorial. Is primary-care research a lost cause. *Lancet* 2003; 36: 977.
21. Lindblad U, Hakansson A. Is there a future for primary care research? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 65-66.
22. De Maeseneer J, van Driel M, Green, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
23. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primarycare research. *Lancet* 2004; 364: 1004-1006.
24. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

Riferimenti: Metodologia

1. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam Pract* 2004; 21: 587-593.
2. Topsever P, Rotar-Pavli D, Lionis C, Soler JK, Hummers Pradier E, Hakansson A, Stoffers H, Van Royen P. European Research Capacity in General Practice/Family Medicine: A multiple key informant survey. EGPRN paper 2008.
3. Lange M, Hummers Pradier E. EGPRN abstracts June 2001- May 2006. Content and study design. Abstract presented Nijmegen conference May 2007: <http://www.egprn.org> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: The role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

Riferimenti: Gestione delle Cure Primarie

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.
3. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6: 116-23.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
5. WHO Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO 2004 <http://www.euro.who.int/Document/E82997.pdf> (accessed on August 3, 2009)
6. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995 ; 311: 93-8.
7. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomized controlled trial. *Lancet*. 2000; 355: 185-91.
8. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O'Carroll R, Howie K, Iliffe S. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomized controlled study. *BMJ* 2006; 332: 692-6.
9. Chiba N, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Escobedo S, Grace E, Lee J, Sinclair P, Barkun A, Armstrong D, Thomson AB. Economic evaluation of Helicobacter pylori eradication in the CADET-Hp randomized controlled trial of Helicobacter pylori-positive primary care patients with uninvestigated dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 349-58.
10. Reynolds CF 3rd, Degenholtz H, Parker LS, Schulberg HC, Mulsant BH, Post E, Rollman B. Treatment as usual (TAU) control practices in the PROSPECT Study: managing the interaction and tension between research design and ethics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 602-8.
11. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero-Arias O, Gerard K, Thompson C. A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP study. *Health Technol Assess* 2005 ; 9: 1-104.
12. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001271.
13. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998; 88: 1330-6.
14. Rohrer JE, Bernard M, Naessens J, Furst J, Kircher K, Adamson S. Impact of open-access scheduling on realized access. *Health Serv Manage Res*. 2007; 20: 134-9.
15. Lasser KE, Mintzer IL, Lambert A, Cabral H, Bor DH. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16: 475-86.
16. Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics* 2005; 116: 82-7.
17. Solberg LI, Maciosek MV, Sperl-Hillen JM, Crain AL, Engebretson KI, Asplin BR, O'Connor PJ. Does impro-

- ved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*. 2004; 10: 717-22.
18. Smits FT, Brouwer HJ, Ter Riet G, van Weert HH. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of oneyear and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9: 36.
 19. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4): CD005471.
 20. Slade M, Gask L, Leese M, McCrone P, Montana C, Powell R, Stewart M, Chew-Graham C. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health serviceslessons from a multi-site cluster randomized controlled trial. *J Fam Pract* 2008; 25: 181-90.
 21. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003798.
 22. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3): CD004910.
 23. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care* 2008; 14: 213-24.
 24. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 878-84.
 25. Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 698-704.
 26. Rossignol M, Abenhaim L, Séguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000; 25: 251-8.
 27. Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowsky N, Donner-Banzhoff N, Müller-Lissner S. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster-randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456-61.
 28. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, Baillie H, Watt G. Pragmatic randomized controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. *BMJ* 2001; 322: 1282-4.
 29. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, del Pozo F, de Toledo P, Antó JM, Rodríguez-Roisin R, Decramer M. Members of the CHRONIC Project. Integrated care prevents hospitalizations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006; 28: 123-30.
 30. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, Crebolder HF. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 108-12.
 31. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *J Fam Pract* 2002; 19: 529-36.
 32. ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press 1998.
 33. Okkes I, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *J Fam Pract* 2000; 17: 101-7.
 34. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, Green LA, Lamberts H. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002; 51: 72.
 35. Soler JK, Okkes I, Lamberts H, Wood M. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *J Fam Pract* 2008; 25: 312-317.
 36. Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 1997 summary. *Adv Data* 1999: 1-28.
 37. Wood L, Martinez C. The general practice research database: role in pharmacovigilance. *Drug Saf* 2004; 27: 871-81.
 38. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, Haggood R, Horsfield P, Teasdale S, Johnson C. The electronic patient record in primary care-regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1439-43.
 39. eHID - Electronic Medical Records for Health Indicator Data. Europe: European Community Action I the field of Public Health (2003-2008) -Strand I: Health Information, Priority 2.2.5: eHealth.http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm (accessed on July 7, 2009).
 40. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.

41. McCormick A, Fleming D, Carlton J. "Morbidity Statistics from General Practice. Fourth National Study 1991-1992." London: 1995: Office of Population Censuses and Surveys.
42. Van Weel, C. The Continuous Morbidity Registration Nijmegen: Background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1: 5-12.
43. Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F. The denominator in general practice, a new approach from the Intego database. *J Fam Pract* 2005; 22: 442-7.
44. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (4): CD004180.
45. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4): CD003164.
46. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003798.
47. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein D. Early effects of „Guided Care“ on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 321-7.
48. Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health*. 2008; 36: 650-61.
49. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomized (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-69.
50. Richards SH, Bankhead C, Peters TJ, Austoker J, Hobbs FD, Brown J, Tydeman C, Roberts L, Formby J, Redman V, Wilson S, Sharp DJ. Cluster randomized controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of two primary care interventions aimed at improving attendance for breast screening. *J Med Screen* 2001; 8: 91-8.
51. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bommel JH. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 274-81.
52. Shannon GR, Wilber KH, Allen D. Reductions in costly healthcare service utilization: findings from the Care Advocate Program. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1102-7.
53. Black MM, Nair P, Kight C, Wachtel R, Roby P, Schuler M. Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics* 1994; 94: 440-8.
54. Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behavior: a controlled trial and before and after study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 581-98.
55. Bahn TJ, Cronau HR, Way DP. A comparison of family medicine and internal medicine experiences in a combined clerkship. *Fam Med* 2003; 35: 499-503.
56. McNulty CA, Thomas M, Bowen J, Buckley C, Charlett A, Gelb D, Foy C, Sloss J, Smellie S. Improving the appropriateness of laboratory submissions for urinalysis from general practice. *J Fam Pract* 2008; 25: 272-8.
57. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638-44.
58. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 20.

Altri riferimenti e documenti importanti Registrazione delle morbidità

- NAMCS. (1995, 1996, 1997). Ambulatory Care Visits to Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, and Emergency Departments: United States 1995, 1996, 1997 [Series 13, No. 129, 134, 143]. USA; NAMCS.
- Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. Part I. Rank order of diagnoses by frequency. Part II. Diagnoses by disease category and age/sex distribution. *J Fam Pract*. 1976; 3: 37-68.
- Marsland DW, Wood M, Mayo F. A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice: 526,196 patient problems. *J Fam Pract*. 1976; 3: 25-8.

Riferimenti: Approccio incentrato sulla persona

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness, Pitman Medical Publ. London 1957.
2. Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London. 1961.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-1110.
4. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322:468-72.
5. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient centered medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 17-25.
6. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J, EUROPEP. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 882-7.
8. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. The Expert Patients Programmed online, a 1-year study of an Internet-based self-management programmed for people with long-term conditions. *Chronic Illn* 2008; 4: 247-56.
9. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partridge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Self-management education for patients with chronic pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4): CD002990.
10. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programs by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4): CD005108.
11. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26:1-7.
12. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-75.

Altri riferimenti e documenti importanti

Definizione e documenti per chiarire i concetti.

- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice *Soc Sci Med* 2001; 53: 487-505.
- De Haes H, Dilemmas in patient centredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Pat Educ Couns* 2006; 62: 291-8.
- Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective – theoretical aspects. *J Fam Pract* 2001;18: 638

Esperienze di Medici e pazienti, convinzioni e preferenze di un approccio biomedico contrapposto ad uno centrato sul paziente e sulla comunicazione – anche in continuità

- Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 488-95
- Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 283-289.
- Schers H, Bor H, van den Bosch W, Grol R. GP's attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal surveys. *Br J Gen Pract*. 2006; 56: 536-8
- Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.

Effetti di un approccio centrato sul paziente o sulla comunicazione

- Bower R, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2006

- Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. *Patient Educ Couns* 2004; 52: 107-12.
- Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD004910.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.

Educazione – Risultati dei programmi di formazione

- Hobma S, Ram P, Muijtens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication; a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 580-6.
- Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *J Fam Pract* 2001; 18: 60-3.
- Yudkowsky R, Downing SM, Ommert D. Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. *Patient Educ Couns*. 2006; 62: 368-73.

Strumenti per misurare l'approccio incentrato sul paziente

- Mercer SW, Howie JG. CQI-2--a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 262-8.
- Pawlikowska TR, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W, Walker JJ. Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland. *J Fam Pract* 2002; 19: 197-201.

Riferimenti: specifiche competenze di problem solving

1. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321-7.
2. Ames D, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Zimmermann. For debate: is the evidence for the efficacy of cholinesterase inhibitors in the symptomatic treatment of Alzheimer's disease convincing or not? *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 259-92.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann H, GRADE working group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-6.
4. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaeij N, Aerts M, Knottnerus JA, Deloof H. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract*. 2001; 18: 586-9.
5. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006; 4: 104-8.
6. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman DG, Tunis S, Haynes B, Oxman AD, Moher D, CONSORT group, Pragmatic Trials in Healthcare Group. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008; 337: 2390.
7. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322: 336-42.
8. Hippisley-Cox J, Coupland C. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 330: 1366.
9. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367-75.
10. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016-7.
11. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntutu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51.
12. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE Jr, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 47.

13. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3: 209-14.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff* 2004; 20: 64-78.
15. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
16. Bodenheimer, T, Grumbach, K. *Improving primary care: strategies and tools for a better practice*. Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York 2007.
17. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, Gur-Arie S, Richards MS, Hasselblad V, Weingarten SR. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004; 117: 182-92.
18. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478-488.
19. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Grol R. *Shared decision making. Measurement using the OPTION instrument*. Cardiff: Cardiff University; 2005.
20. Grol R, Mesker P, Schellevis F. *Peer review in general practice. Methods, standards, protocols*. 1 ed. Nijmegen: Nijmegen University, Department of General Practice; 1988.
21. Grol R, Lawrence M. *Quality improvement by peer review*. Oxford General Practice Series, 32. Oxford: Oxford University Press; 1995.
22. Grol R, Baker R, Moss F. *Quality improvement research: understanding the science of change in health care*. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:110-1.
23. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, Vale L, Zwarenstein M. Systematic review of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 298-303.
24. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 641-5
25. www.equip.ch (accessed on July 11, 2009)
26. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *J Family Pract* 2003; 20: 443-451.
27. Baker R, Hearnshaw H, Cooper A, Cheater F, Robertson N. Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice. *Qual Health Care* 1995; 4: 234-9.
28. Roland M, Baker R. *Clinical Governance - a practice guide for primary care teams*. Manchester: University of Manchester; 1999.
29. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995; 70: 1-71.
30. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 48: 991-7.
31. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-34.
32. Grol R, Wensing M, Eccles M. *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*. Butterworth Heinemann; 2005.
33. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
34. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33-42.
35. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315-9.
36. Roland M. The Quality and Outcomes Framework: too early for a final verdict. *Br J Gen Pract* 2007; 57:525-7.
37. Verstappen WH. 2003: Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians - a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 2407-2412.
38. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10:457-466.
39. Watson E, Clements A, Yudkin P, Rose P, Bukach C, Mackay J, Lucassen A, Austoker J. Evaluation of the impact of two educational interventions on GP management of familial breast/ovarian cancer cases: a

- cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 817-21.
40. Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Watson MS, Douglas A, Miedzybrodzka Z, Gordon R, Wordsworth S, Campbell M, Haites N, Grant A. Cluster randomized trial of a multifaceted primary care decision-support intervention for inherited breast cancer risk. *J Fam Pract*. 2006; 23: 537-44.
 41. Greco, P.J. und Eisenberg, J.M. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329: 1271-1274.
 42. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abbound PAC, Rubin AR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
 43. Grimshaw, J.M. und Russell, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.
 44. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
 45. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. *Aust Fam Physician*. 1997; 26 Suppl 1:S53-5.
 46. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.

Altri riferimenti e documenti importanti

Condizioni di acuzie: Faringite – epidemiologia ed etiologia della condizione morbosa

- Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 752-758.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does This Patient Have Strep Throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Evans CE, McFarlane AH, Norman GR. Sore throats in adults: Who sees a doctor? *Can Fam Physician* 1982; 28:453-8.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. *J Fam Pract* 1998; 47: 366-9.
- Zwart S, Ruijs GJ, Sachs AP, van Leeuwen WJ, Gubbels JW, de Melker RA. Beta-haemolytic streptococci isolated from acute sore-throat patients: cause or coincidence? A case-control study in general practice. *Scand J Infect Dis* 2000; 32: 377-384.

Condizioni di acuzie - Faringite – complicazioni pericolose prevedibili, studiate in RCTs in cure primarie

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-93.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD 000023.
- Howie JGR, Foggo B. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 223-224.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: a randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.
- Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. *BMJ* 2003; 327:1324-1330.

Condizioni di acuzie: Faringite – accertamento dei sintomi- ricerca diagnostica

- Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decision Making* 1981; 1: 239-46.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. Does this patient have strep throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Gulich M, Triebel T, Zeitler HP. Development and validation of a simple, two-step algorithm to identify streptococcal infection in adults with sore throat. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 58-62.

- Hjortdahl P, Melbye H. Does near-to-patient testing contribute to the diagnosis of streptococcal pharyngitis in adults? *Scand J Prim Health Care* 1994; 12:70-76
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* 2007; 5: 436-43.
- McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 1998; 158: 75-83.
- McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ* 2000; 163: 811-5.

Condizioni di acuzie: Faringite – benefici e rischi di una terapia antibiotica

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. *Brit J Gen Pract* 1996; 46: 589-593.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD 000023.
- Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 1997; 314:722-727.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 436-43.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000; 320: 150-54.57

Condizioni di acuzie: Faringite – prevenzione delle complicanze

- De Meyere M, Mervielde Y, Verschraegen GBM. Effect of Penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1992; 43: 581-5.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Predictors for spread of clinical group A streptococcal tonsillitis within the household. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 239-43.
- Little P, Gould C, Williamson I, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. *BMJ* 1997; 315: 350-352.
- Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes G, Glasziou P, Mant D. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. *BMJ* 2005; 331: 328-329.

Condizioni di cronicità: Scompenso cardiaco – ricerca diagnostica

- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK. Reliability of N-terminal proBNP assay in diagnosis of left ventricular systolic dysfunction within representative and high risk populations. *Heart*. 2004; 90: 866-70.
- Hobbs FD. Unmet need for diagnosis of heart failure: the view from primary care. *Heart* 2002; 88: 9-11.
- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK, Kenkre JE. Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. *BMJ* 2002; 324: 1498
- Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, Hardman SM, Dargie HJ, Cowie MR. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7: 537-41.
- Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ, Grobbee DE, Zuithoff NP, Lammers JW, Hoes AW. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005; 331: 1379.
- Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. *Am Fam Physician* 2004; 70: 2145-52.

Condizioni di cronicità: Gestione dello scompenso cardiaco

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005 ; 118: 342-8.
- Subramanian U, Fihn SD, Weinberger M, Plue L, Smith FE, Udris EM, McDonell MB, Eckert GJ, Temkit M, Zhou XH, Chen L, Tierney WM. A controlled trial of including symptom data in computer-based care suggestions for managing patients with chronic heart failure. *Am J Med* 2004; 116: 375-84.
- Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 615-8.

Condizioni di cronicità: Scompenso cardiaco – altri studi

- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, Sutton GC. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J* 1999; 20: 421-8.
- Morris SA, Van Swol M, Udani B. The less familiar side of heart failure: symptomatic diastolic dysfunction. *J Fam Pract* 2005; 54: 501-11.
- Nielsen OW, Hilden J, Larsen CT, Hansen JF. Cross sectional study estimating prevalence of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in community patients at risk. *Heart* 2001; 86:172-8.
- Morgan S, Smith H, Simpson I, Liddiard GS, Raphael H, Pickering RM, Mant D. Prevalence and clinical characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 318: 368-72.
- Scherer M, Stanske B, Wetzel D, Koschack J, Kochen MM, Herrmann-Lingen C. [Disease-specific quality of life in primary care patients with heart failure] *Z Arztl Fortbild Qualitatss* 2007;101: 185-90.
- Lloyd-Williams F, Beaton S, Goldstein P, Mair F, May C, Capewell S. Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illn* 2005; 1: 39-47.

Gestione condivisa delle decisioni

- Légaré F, Tremblay S, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Jacobsen MJ. Factors associated with the difference in score between women's and doctors' decisional conflict about hormone therapy: a multilevel regression analysis. *Health Expect* 2003; 6: 208-21.
- Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W. Shared-decision making in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 483-5.
- Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, Russel IT. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 35-42.
- Lester H, Tait L, England E, Tritter J. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 415-22.

Scelte di gestione in un contesto di incertezza

- Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 755-62.
- Griffiths F, Green E, Tsuroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511.

Cure croniche / gestione della patologia

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118: 342-8.

Genetica

- Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Wordsworth S, Gray JR, Haites NE, Grant A, Campbell MK, Miedzbrodzka Z, Clarke A, Watson MS, Douglas A. Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. 2005; 9: 1-126.
- Robins R, Metcalfe S. Integrating genetics as practices of primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 223-33.

- Carroll JC, Brown JB, Blaine S, Glendon G, Pugh P, Medved W. Genetic susceptibility to cancer. Family physicians' experience. *Can Fam Physician* 2003; 49: 45-52.
- Bekker H, Modell M, Denniss G, Silver A, Mathew C, Bobrow M, Marteau T. Uptake of cystic fibrosis testing in primary care: supply push or demand pull? *BMJ* 1993; 306: 1584-6.

Ricerca educativa

- Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
- Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 875-82. 59
- Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (4): CD003539.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (3): CD005471.
- Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews. *J Public Health Dent* 2004; 64: 164-72.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006; 28: 117-28.
- Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof* 2007; 27: 6-15.

Riferimenti: Approccio globale

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. Bertholet N, Daepfen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 986-95.
3. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327: 536-42.
4. Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1): CD001025.
5. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol M* 2003; 33: 203-15.
6. Bower P, Byford S, Barber J, Beecham J, Simpsom S, Friedli K, Corney R, King M, Harvery L. Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses. *BMJ* 2003; 326: 1247-50.
7. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (3): CD004910.
8. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004; 26: 330-43.
9. Shearer J, Shanaham M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428-34.
10. Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1): CD004273.
11. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1244-5.
12. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147-59.
13. Evans R, Stone D, Elwyn G. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2003; 20: 304-10.
14. Wittenberg-Lyles EM, Sanchez-Reilly S. Palliative care for elderly patients with advanced cancer: a long-term intervention for end-of-life care. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 351-5.

15. Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 876-82.
16. Hollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 530-5.
17. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (3): CD005471.
18. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (4): CD004180.
19. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (2): CD003318.
20. van Weel C, Mattsson B, Freeman GK, de Meyere M, von Fragstein M; EU Socrates Programme. 'Primary Health Care'. General practice based teaching exchanges in Europe. Experiences from the EU Socrates programme. *primary health care*. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 122-6.
21. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
22. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *J Fam Pract* 2000; 17: 422-7.
23. Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 995-1001.

Altri riferimenti e documenti importanti

Approccio globale (generale)

- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.

Approccio globale e prevenzione

- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Lissel SL, McAlister FA. Secondary prevention programmes for coronary heart disease: a meta-regression showing the merits of shorter, generalist, primary care-based interventions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 538-46.

Riferimenti: Orientamento alla Comunità

1. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 707-13.
2. Nutting PA, Wood M, Conner EM. Community-oriented primary care in the United States. A status report. *JAMA* 1985; 253: 1763-6.
3. Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. *Am J Prev Med* 1986; 2: 140-7.
4. Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991; 32: 633-42.
5. Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care. *Prim Care* 1996; 23: 1-15.
6. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 54-63.
7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002; 92: 1748-55.
8. Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 28-33.
9. Britt H, Scahill S, Miller G. ICPC PLUS for community health? A feasibility study. *Health Inf Manag* 1997-1998; 27: 171-5.
10. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trinidad TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches in primary care in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 156.
11. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, Nunes M, Jones DA, Latif A, Fasey NM, Vickers MR, Tulloch AJ. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general

- practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; 364: 1667-77.
12. Gillam S, Schamroth A. The Community-Oriented Primary Care Experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002; 92: 1721-1725.
 13. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community oriented primary care model. *Int J Health Serv.* 2003; 33: 85-98.
 14. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, Demonte RW Jr, Chodosh J, Cui X, Vassar S, Duan N, Lee M. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 713-26.
 15. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 295: 2148-57.
 16. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 298: 2623-33.
 17. Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, Johnson MS. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med.* 2007; 5: 430-5.
 18. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, Blenkinsopp A, Sim J. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2006; 333: 995.
 19. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise programmer for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 752.
 20. van 't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, Stalman W, Beekman A. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health* 2006; 6: 186
 21. Short LM, Surprenant ZJ, Harris JM Jr. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *Am J Prev Med* 2006; 30: 181-5.
 22. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33: 309-14.
 23. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care* 2005; 32: 865.
 24. Széles G, Vokó Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pásti G, Kósa Z, Molnár I, Lun K, Adány R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur J Public Health* 2005; 15: 26-32.
 25. Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, Scheidt R, Scheuermann W. Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention). *Int J Sports Med* 1997; 18: 308-15.
 26. Proser, M. Deserving the spotlight: health centers provide high-quality and cost-effective care. *J Ambul Care Manage* 2005; 28: 321-30.
 27. Proser MJ, Christianson JB, Grogan CM. Alternative models for the delivery of rural health services. *Rural Health* 1990; 6: 419-36.
 28. Giesen P, van Lin N, Mookink H, van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 19.
 29. van Uden CJ, Zwietering PJ, Hobma SO, Ament AJ, Wesseling G, van Schayck OC, Crebolder HF. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2005 ; 6: 23.
 30. Connor A, Rainer LP, Simcox JB, Thomisee K. Increasing the delivery of health care services to migrant farm worker families through a community partnership model. *Public Health Nurs.* 2007; 24: 355-60.
 31. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21: 177-86.
 32. Knightbridge SM, King R, Rolfe TJ. Using participatory action research in a community-based initiative addressing complex mental health needs. *Aust NZ J Psychiatry.* 2006; 40: 325-32.
 33. Kreling BA, Cañar J, Catipon E, Goodman M, Pallesen N, Pomeroy J, Rodriguez Y, Romagoza J, Sheppard VB, Mandelblatt J, Huerta EE. Latin American Cancer Research Coalition. Community primary care/academic partnership model for cancer control. *Cancer.* 2006; 107: 2015-22.
 34. Murray SA. Experiences with „rapid appraisal“ in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999; 318: 440-444.
 35. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *BMJ* 1995; 310: 1369-1373.

36. Pepall, E., Earnest, J., James, R. Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: results of a rapid participatory appraisal. *Health Promot* 2007; 22: 44-52.
37. Fisher B, Neve H, Heritage Z. Community development, user involvement, and primary health care. *BMJ* 1999; 318: 749-750.
38. Wilkinson JR, Murray SA. Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ* 1998; 316: 1524-1528.
39. Murray SA, Graham LJ. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighborhood. *BMJ* 1995; 310: 1443-8.
40. Jackson AK. Cultural competence in health visiting practice: a baseline survey. *Community Pract* 2007; 80: 17-22.
41. Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, Gemson D Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 110-21.
42. Flores G, Fuentes-Afflick E, Barbot O, Carter-Pokras O, Claudio L, Lara M, McLaurin JA, Pachter L, Ramos-Gomez FJ, Mendoza F, Valdez RB, Villarruel AM, Zambrana RE, Greenberg R, Weitzman M The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA* 2002; 288: 82-90.
43. Giachello AL, Arrom JO, Davis M, Sayad JV, Ramirez D, Nandi C, Ramos C; Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Rep.* 2003; 118: 309-23.
44. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *J Community Health.* 1992; 17: 231-45.
45. Brill JR, Ohly S, Stearns MA. Training community-responsive physicians. *Acad Med.* 2002; 77: 747.
46. Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med.* 2002; 77: 738-9.
47. Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. *Fam Med* 2006; 38: 399-407.
48. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
49. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 141-7.
50. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331: 1002.
51. Peleg R, Biderman A, Polacek Y, Tandeter H, Scvartzman P. The family medicine clerkship over the past 10 years at Ben Gurion University of the Negev. *Teach Learn Med.* 2005; 17: 258-61.

Altri riferimenti e documenti importanti

- Westfall J, Stevenson J. A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography. *Ann Fam Med* 2007; 5: 185-186.
- A review of recent publications on community-based participatory research is available on. <http://www.fmdrl.org/879> (accessed on July 7, 2009).
- van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet* 2008; 372: 871-872.

Riferimenti: Approccio olistico

1. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
2. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.
3. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.
4. Byrne D. Complexity Theory and the Social Sciences: an introduction. Routledge, London 1998.
5. Griffiths, F. Complexity and primary healthcare research In: Sweeney K and Griffiths F. Complexity and Healthcare. An introduction. Radcliffe Medical Press, Oxford 2002: 149-66
6. Pink J, Jacobson L, Pritchard M. The 21st century GP: physician and priest? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 840-2.

7. Bailey T. The evolution of family medicine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1113-4.
8. van Weel C, Orbon K, van der Gulden J, Buijs P, Folgering H, Thoonen B, Schermer T. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006; 97: 288-94.
9. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7:55.
10. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Soc Health Illn* 2008; 30: 788-803.
11. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 341-6.
12. Sussman AL, Rivera M. 'Be gentle and be sincere about it': a story about community-based primary care research. *Ann Fam Med* 2008; 6: 463-5.
13. Meeuwesen L, Tromp F, Schouten BC, Harmsen JA. Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Educ Couns* 2007; 67:183-90.
14. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ* 2005; 39: 465-75.
15. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Pat Educ Couns* 2006; 61: 236-45.
16. Green AR, Betancourt JR, Park ER, Greer JA, Donahue EJ, Weissman JS. Providing culturally competence care: residents in HRSA Title VII funded residency programs feel better prepared. *Acad Med* 2008; 83: 1071-9.
17. Marion GS, Hildebrandt CA, Davis SW, Marin AJ, Crandall SJ. Working effectively with interpreters: a model curriculum for physician assistant students. *Med Teach* 2008; 30: 612-7.
18. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 343-50.
19. Checkland K, Harrison S, Marshall M. Is the metaphor of 'barriers to change' useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 95-100.

Altri riferimenti e parole-chiave

Concetto olistico di salute

- Kemper, KJ. Holistic pediatrics = good medicine. *Pediatrics* 2000; 105: 214-8
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007; 39: 425-31.
- Checkland K. Changing the lens: widening the approach to primary care research. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 248-50.
- Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-604.
- Bower P, Gask L, May C, Mead N. Domains of consultation research in primary care. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 3-11.
- Tovey P, Adams J. Primary care as intersecting social worlds. *Soc Sci Med* 2001; 52: 695-706.
- Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract* 1983; 16: 539-45.

Ricerca nel Servizio Sanitario – Approccio olistico

- Griffiths T, Giarchi G, Carr A, Jones P, Horsham S. Life mapping: a 'Therapeutic Document' approach to needs assessment. *Qual Life Res* 2007; 16: 467-81.
- Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: a survey of practitioners. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 258-67.
- Hofmann B. Respect for patients' dignity in primary health care: a critical appraisal. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 88-91.
- Chatziarsenis M, Lionis C, Faresjo T, Fioretos M, Trelle E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care centre in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of the general practitioner. *J Med Syst* 1998; 22: 173-88.

Educazione – Approccio olistico

- Maudlin J, Keene J, Kobb R. A road map for the last journey: home telehealth for holistic end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 399-403.
- Truant T, Bottorff JL. Decision making related to complementary therapies: a process of regaining control. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 131-42.
- Brown JB, Stewart M, McWilliam CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 121-9.
- Thornton L. The Model of Whole-Person Caring: creating and sustaining a healing environment. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 106-15.
- Donadio G. Improving healthcare delivery with the transformational whole person care model. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 74-7.
- Ellis S. The patient-centred care model: holistic/multiprofessional/reflective. *Br J Nurs* 1999; 8: 296-301.

Complessità

- Cape J, Morris E, Burd M, Buszewicz M. Complexity of GPs' explanations about mental health problems: development, reliability, and validity of a measure. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 403-8, 410.
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 323-9.
- Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G, Curtis S. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 93-102.
- Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-11.
- Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-2.
- Rowlands G, Sims J, Kerry S. A lesson learnt: the importance of modeling in randomized controlled trials for complex interventions in primary care. *J Fam Pract* 2005; 22: 132-9.

Capacità culturale

- Eakin EG, Bull SS, Riley K, Reeves MM, Gutierrez S, McLaughlin P. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial/ The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007; 22:361-71.
- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1275-85.
- Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, Harmsen HA. Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctor's communicative behaviour. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 214-23.
- Thom DH, Tirado PD. Development and validation of a patient-reported measure of physician cultural competency. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 636-55.
- Tucker CM, Mirsu-Paun A, Van den Berg JJ, Ferdinand L, Jones JD, Curry RW, Rooks LG, Walter TJ, Beato C. Assessments for measuring patient-centered cultural sensitivity in community-based primary care clinics. *J Natl Med Assoc* 2007; 99: 609-19.
- Whitford DL, Chan WS. A randomized controlled trial of a lengthened and multidisciplinary consultation model in a socially deprived community: a study protocol. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 38.

Riferimenti: Come iniziare la ricerca in Medicina Generale in una nazione con scarse capacità e risorse limitate in quest'ambito

1. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care *BMC Fam Pract* 2005, 6-44.

Altri riferimenti e documenti importanti

- Dobbs F, Soler JK, Sandholzer H, Yaman H, Petrazzuoli F, Peremans L, Van Royen P. The development of research capacity in Europe through research workshops--the EGPRN perspective. *Fam Pract*. 2009; 26: 331-4.
- Sarre G, Cooke J. Developing indicators for measuring Research Capacity Development in primary care organizations: a consensus approach using a nominal group technique. *Health Soc Care Community*. 2008 [Epub ahead of print].
- Cooke J, Nancarrow S, Dyas J, Williams M. An evaluation of the 'Designated Research Team' approach to building research capacity in primary care. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 37.
- Ried K, Farmer EA, Weston KM. Bursaries, writing grants and fellowships: a strategy to develop research capacity in primary health care. *BMC Fam Pract* 2007; 8: 19.
- Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Fam Pract* 2005; 6: 44.
- Shaw S, Macfarlane F, Greaves C, Carter YH. Developing research management and governance capacity in primary care organizations: transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites. *Fam Pract*. 2004; 21: 92-8.
- Lansang MA, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 764-70.
- Sparks BLW, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.
- Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; 81: 1-72.

Riferimenti: Discussione e conclusioni

1. Wonca-Europe definition of Family Medicine. (2005). <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
2. Svab I. Changing Research Culture. *Ann Fam Med* 2004; 2: 30-34.
3. McWhinney IR. General practice as an academic discipline: Reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966; 1: 419-423.
4. Geyman JP. Toward a research base in family practice. *J Fam Pract* 1975; 2: 3.
5. Wood M, Stewart W, Brown TC. Research in family medicine. *J Fam Pract* 1977; 5: 62- 77.
6. Phillips TJ. Research considerations for the family physician. *J Fam Pract* 1978; 7: 121-128.
7. Shank JC. A taxonomy for research. *Fam Med Teacher* 1980; 12: 22-23.
8. Medalie JH, Kitson GC, Zyzanski SJ. A family epidemiological model: a practice and research concept for family medicine. *J Fam Pract* 1981; 12: 79-87.
9. Culpepper L. Family medicine research: major needs. *Fam Med* 1991; 23:10-14.
10. Herbert CP. Research in family medicine and general practice: are we there yet? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 443-6.
11. van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.
12. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *Fam Pract* 2004; 21: 587-593.
13. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. *Fam Pract* 2003; 20: 318-23.
14. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why Research in Family Medicine? A Superfluous Question. *Ann Fam Med* 2004; 2: 17-22.
15. Lam CLK. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? *Ann Fam Med* 2004; 2: 50-54
16. Lucan SC, Phillips RL Jr, Bazemore AW. Off the roadmap? Family medicine's grant funding and committee representation at NIH. *Ann Fam Med* 2008; 6:534-42.
17. Lucan SC, Barg FK, Bazemore AW, Phillips RL Jr. Family medicine, the NIH, and the medical-research roadmap: perspectives from inside the NIH. *Fam Med* 2009; 41: 188-96.
18. DeHaven MJ, Wilson GR, O'Connor -Kettlestrings P. Creating a research culture: what can we learn from residencies that are successful in research. *Fam Med* 1998; 30: 501-7.
19. Brocato JJ, Mavis B. The research productivity of faculty in family medicine department at US medical schools: a national study. *Acad Med* 2005; 80: 244-52.
20. Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; (81): 1-72.

21. Kernick D. Evaluating primary care research networks-exposing a wider agenda. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 63.
22. Palmer A, Anya SE, Bloch P. The political undertones of building national health research systems-reflection from the Gambia. *Health Res Policy Syst* 2009; 7: 13.
23. Sparks BLW, Gupta SK. Research in Family Medicine in Developing Countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.
24. Rosenblatt RA. Quality of care in the rural contest: a proposed research agenda. *J Rural Health* 2002; 18: 176-85.
25. Rosser WW, Van Weel C. Research in Family/General Practice is Essential for Improving Health Globally. *Ann Fam Med* 2004; 2: 2-4.
26. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004; 2: 23-29.
27. Del Mar C, Askew D. Building Family/General Practice Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 35-40.
28. Hutchinson A, Becker LA. How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda. *Ann Fam Med* 2004; 2: 41-44.
29. Bentzen N. Family Medicine Research: Implications for Wonca. *Ann Fam Med* 2004; 2: 45-49.
30. Herbert CP. Future of Research in Family Medicine: Where To From Here? *Ann Fam Med* 2004; 2: 60-64.
31. Furler J, Cleland J, Del Mar C, Hanratty B, Kadam U, Lasserson D, McCowan C, Magin P, Mitchell C, Qureshi N, Rait G, Steel N, van Driel M, Ward A. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
32. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, Lydick E, Magid DJ, Rolnick SJ, Wolf SH. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. *Ann Fam Med* 2008; 6: 459-62.
33. Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, Carter YH. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. *Fam Pract* 2005; 22: 298-304.
34. Ovhed I, van Royen P, Håkansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 248-53.
35. Smith R. Measuring the social impact of research. *BMJ* 2001; 323: 528.
36. Olde Hartman T, Hassink-Frank L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, Lucassen P, van Weel-Baumgarten E. Medically unexplained symptoms in family medicine: defining a research agenda. *Proceeding from WONCA 2007. Fam Pract* 2008; 25: 266-71.
37. Little DR, Zapp JA, Mullins HC, Zuckerman AE, Teasdale S, Johnson KB. Moving toward a United States strategic plan in primary care informatics: a White Paper of Primary Care Informatics Working Group, American Informatics Association. *Inform Prim Care* 2003; 11: 89-94.
38. Klinkman MS, Okkes I. Mental health problems in primary care: a research agenda. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 361-74.
39. Campos-Outcalt D, Senf J, Pungno PA, McGaha AL. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda. *Fam Med* 2007; 39: 585-9.

Riferimenti: Implicazioni

1. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD004563.
2. Barber R, Boote JD, Cooper CL. Involving consumers successfully in NHS research: a national survey. *Health Expect* 2007;10: 380-91.
3. Boote J, Barber R, Cooper C. Principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research: results of a Delphi study and subgroup analysis. *Health Policy* 2006; 75: 280-97.
4. Minogue V, Boness J, Brown A, Girdlestone J. The impact of service user involvement in research. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18: 103-12.
5. Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, Gyte G, Oakley A, Stein K. Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-148.
6. Telford R, Boote JD, Cooper CL. What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study. *Health Expect* 2004; 7: 209-20.
7. Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. *Health Policy* 2002; 61: 213-36.
8. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care *BMC Fam Pract* 2005, 6-44
9. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

Autori

Professor Eva Hummers-Pradier, MD, PhD
Chair, Institute of General Practice, Hannover Medical School, Hannover, Germany

Martin Beyer, sociologist
Institute for General Practice, University of Frankfurt, Frankfurt, Germany

Associate Professor Patrick Chevallier, MD
Department of General Practice, Saint-Quentin University, Versailles
French National College of Teachers in General Practice, France

Sophia Eilat-Tsanani, MD
Lecturer, Department of Family Medicine, Emek Medical Center, Faculty of Health Sciences,
Ben-Gurion University of the Negev
Region manager, Afula and the valleys, Clalit Health Services, Northern District, Israel

Associate Professor Christos Lionis, MD, PhD, Hon FRCGP
Chair, Clinic of Social and Family Medicine, and Chair, Department of Social Medicine,
University of Crete, Crete, Greece

Associate Professor Lieve Peremans, MD, PhD
Department of General Practice, University of Antwerp, Antwerp, and
Department of Youth Health, Free University of Brussels, Brussels, Belgium

Davorina Petek, MD, MSc
Department of Family Medicine, Medical School, University of Ljubljana, Slovenia

Associate Professor Imre Rurik, MD, PhD, MSc
Chair, Department of Family Medicine, University of Debrecen, Hungary
Professor Jean Karl Soler, MD, MSc, MMCFD
Executive Director, Research, Mediterranean Institute of Primary Care, Attard, Malta

Associate Professor Henri E.J.H. ("Jelle") Stoffers, MD, PhD
Department of General Practice, School of Public Health and Primary Care (CAPHRI),
Maastricht University Medical Centre, The Netherlands

Associate Professor Pinar Topsever, MD
Department of Family Medicine, Acibadem University, Istanbul, Turkey

Associate Professor Mehmet Ungan, MD
Deputy Chief Physician, Middle East Technical University Medical Centre, Ankara, Turkey

Professor Paul van Royen, MD, PhD
Chair, Department of Primary and Interdisciplinary Care, University of Antwerp, Belgium

Contatti e corrispondenza a:

Prof. Eva Hummers-Pradier, Institute of General Practice, Hannover Medical School,
Carl-Neuberg-Str 1, 30625 Hannover, Germany

Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de

oppure

EGPRN Co-ordinating Centre, Hanny Prick, Department of General Practice, University Maastricht,
P.O. Box 616, NL 6200 MD Maastricht, The Netherlands

Hanny.Prick@hag.unimaas.nl

