

12 I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale

di Giulia Broccolo, Francesca Guerra, Francesco Longo, Angelica Zazzera¹

12.1 Introduzione

I Medici di Medicina Generale (MMG) svolgono per i propri assistiti l'attività medica che li rende il primo punto di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nell'ambito delle cure primarie. Negli ultimi anni, alcuni trend emergenti stanno impattando l'evoluzione della pratica dei MMG.

In primo luogo, la demografia e la numerosità dei MMG si sono profondamente modificate negli ultimi decenni. In Italia, secondo le ultime rilevazioni dell'Annuario Statistico del SSN, nel 2022 erano 39.366 i MMG in servizio (-6.843 dal 2009²), di cui il 72% aveva oltre 27 anni di anzianità di laurea. La scarsità di MMG ha generato un aumento del numero di assistiti potenziali per medico, che nel 2022 era pari, in media, a 1.324 adulti residenti per MMG (nel 2009 erano 1.129). Questo dato raggiunge picchi in Lombardia e nella Provincia Autonoma di Bolzano. Per quanto riguarda il carico assistenziale effettivo, ovvero il numero di scelte per MMG, il dato italiano mostra una media di 1.301 scelte per medico. Anche questo trend è in netto incremento rispetto al 2009, in cui il carico effettivo era in media di 1.134 assistiti per medico. In questo scenario, il 47,7% dei MMG è cosiddetto "massimalista", ovvero ha in carico oltre 1.500 assistiti (Ministero della Salute, 2023). Le previsioni per il 2025 descrivono una ulteriore riduzione del numero di MMG in servizio legata ai pensionamenti, pari a 13.780 unità, che non sarà tuttavia compensata dall'ingresso di nuovi MMG, pari a 10.148 unità, creando un divario di 3.632 MMG. Le regioni con le riduzioni maggiori saranno Lazio (-584), Sicilia (-542) e Campania (-398)

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune degli autori, in particolare i §§ 12.1, 12.3.4, 12.3.5, 12.3.6 sono da attribuire ad Angelica Zazzera, i §§ 12.2 e 12.3.1 e 12.3.2 e 12.3.3 a Francesca Guerra, il § 12.4 Francesco Longo. Le analisi dei dati sono state svolte da Giulia Broccolo. Si ringraziano tutti i MMG che hanno partecipato alla ricerca.

² I dati del 2022 sono confrontati con quelli del 2009 in quanto è l'anno meno recente disponibile nell'Annuario Statistico SSN.

(Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, 2023). Il turnover previsto esiterà nei prossimi anni in un abbassamento dell'età media dei MMG e rappresenta una finestra di opportunità per introdurre innovazioni valorizzando il cambio generazionale.

In secondo luogo, a partire dai primi anni 2000, la medicina generale (MG) è stata protagonista di numerosi tentativi di introduzione e modifica, attraverso gli Accordi Collettivi Nazionali e altri interventi normativi, dei suoi modelli organizzativi, come le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le forme associative (si veda in merito il contributo di Barzan *et al.* del Rapporto OASI 2019). Nel 2022, rispetto al totale dei MMG, il 69,2% risulta essere organizzato in una forma associativa (medicina semplice, di rete o di gruppo), con una variabilità che va dal 29,4% di MMG in associazione in Calabria all'83,9% in Friuli-Venezia Giulia (Ministero della Salute, 2023). La creazione delle forme associative tra MMG, così come la spinta all'organizzazione del loro lavoro in AFT e UCCP, si inseriscono in una serie di interventi nazionali che hanno puntato a orientare i comportamenti dei MMG verso gli obiettivi delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), superando la mera relazione negoziale legata agli Accordi Integrativi (Barzan *et al.*, 2019), cercando di inserire la MG in un quadro più ampio di strumenti di gestione e relazioni aziendali, e promuovendo la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare. Il più recente intervento nazionale in questa direzione si ritrova nel Decreto Ministeriale 77 del 2022, che richiede l'integrazione fisica o funzionale di AFT e UCCP nelle Case della Comunità, al fine di garantire assistenza medica H12, 6 giorni su 7 (tale attività ambulatoriale è aggiuntiva alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti) (Decreto 23 maggio 2022, n. 77, 2022).

Occorre poi ricordare i mutamenti che interessano gli assistiti dei MMG, dovuti sia all'aumento dell'età media della popolazione, sia alla maggior incidenza delle patologie croniche (si veda in merito il Capitolo 7 del presente Rapporto). Una popolazione più anziana comporta, infatti, la gestione di situazioni di cronicità e multimorbidità: i MMG oggi contano in media, rispetto al totale degli iscritti, circa il 40,4% di pazienti affetti da almeno una patologia cronica (Istat, 2022). Ciò implica un necessario aggiustamento della pratica clinica dei MMG verso l'integrazione con le altre parti del sistema, sia tramite la collaborazione con altri professionisti (ad esempio altri MMG, specialisti o assistenti sociali) sia tramite l'integrazione di procedure e piattaforme informative (tra MMG, con i servizi territoriali e ospedalieri), oltre che tramite supporto amministrativo e infermieristico e una continua attività di aggiornamento e formazione.

Infine, a partire dalla pandemia da Covid-19 si sono diffusi nuovi modelli e canali di servizio tramite l'adozione di strumenti digitali, i cui vantaggi sono stati percepiti sia dai professionisti (Meurs *et al.*, 2022), sia dagli assistiti (Zanaboni & Fagerlund, 2020, Grønning *et al.*, 2020). La telemedicina ha modi-

ficato il modo in cui i MMG prendono in carico i propri pazienti (si pensi, ad esempio, alle televisite), il modo in cui i medici lavorano con altri professionisti (si pensi al teleconsulto), ma anche i canali di accesso dei pazienti, ovvero il modo in cui gli assistiti si mettono in contatto e interagiscono con il proprio MMG per, ad esempio, prenotare appuntamenti, chiedere informazioni o richiedere rinnovi di prescrizioni. In merito all'accesso, oltre ai più tradizionali contatti di persona o telefonici, se ne stanno progressivamente aggiungendo altri come E-mail e messaggistica tramite WhatsApp, piattaforme online e altre tipologie di app. Questo ha comportato, da un lato, un maggior senso di prossimità dei servizi, con maggior rapidità di risposta e facilità di accesso per gli assistiti, dall'altro, un aumento del carico di lavoro dei MMG, che spesso faticano a gestire i numerosi contatti che arrivano da diversi canali. I modelli di accesso tramite piattaforme online, telefono o televisite aumentano il carico di lavoro dei MMG rispettivamente del 25%, 3% e 31% (Salisbury *et al.*, 2020). Il sovraccarico lavorativo dovuto agli strumenti digitali, se non correttamente gestito, può diminuire la qualità del servizio offerto e disattendere le crescenti aspettative dei pazienti (Crosson *et al.*, 2017), peggiorando la loro esperienza di cura (Schäfer *et al.*, 2020), o beneficiare alcuni utenti piuttosto che altri (Bryce *et al.*, 2021), intaccando le interazioni umane che sono alla base dell'accesso (Voorhees *et al.*, 2022).

In uno scenario in cui il numero di MMG è in diminuzione, i bisogni e le aspettative degli assistiti sono in crescita e le modalità di accesso si stanno diversificando tramite la digitalizzazione, risulta fondamentale comprendere come gestire al meglio queste trasformazioni. Regioni e aziende sanitarie hanno la necessità di mappare tali cambiamenti e supportarli con strumenti e processi adeguati, per cogliere le opportunità di innovazione dei servizi e dei modelli di presa in carico che ne possono derivare. Il presente contributo va in tale direzione, svolgendo una prima analisi per mappare l'entità dei cambiamenti che riguardano le nuove modalità di accesso alla MG e le conseguenze sul carico di lavoro dei MMG.

12.2 Obiettivi e metodologia

Alla luce dei trend che stanno caratterizzando l'evoluzione della MG, il capitolo vuole comprendere come si stanno modificando le interazioni medico-paziente, sia in termini di volumi di attività che di modalità di contatto. In particolare, si propone di rispondere alla seguente domanda di ricerca: *Quali sono i volumi di attività dei MMG e le modalità di interazione tra MMG e pazienti?*

Per rispondere alla domanda di ricerca, è stata applicata una metodologia quantitativa, analizzando i dati raccolti tramite un questionario ricorren-

do a statistiche descrittive. Per investigare i volumi di attività e le modalità di interazione tra MMG e pazienti, è stata infatti somministrata una survey a tre gruppi di MMG appartenenti a tre contesti regionali diversi: Lombardia, Emilia-Romagna e Campania. La survey è stata somministrata inizialmente a circa 60 medici della cooperativa COSMA di Lecco. È stato successivamente deciso di replicare lo studio in altri contesti regionali per comprendere se le evidenze raccolte fossero o meno confermate. Attraverso la facilitazione dei Dipartimenti di Cure Primarie di Ravenna, Rimini e Forlì Cesena, sono stati invitati a partecipare alla rilevazione tutti i MMG dell'AUSL Romagna. Infine, sono stati coinvolti i referenti di 2 AFT dell'ASL Napoli 1 Centro (quartiere di Scampia), che hanno coinvolto i MMG afferenti (40 in totale). I tre diversi ambiti territoriali sono stati selezionati non solo perché rappresentativi di contesti regionali diversi per sviluppo delle cure territoriali e primarie e caratteristiche della popolazione, ma anche poiché la raccolta dati è stata possibile grazie alla disponibilità di contatti diretti, che hanno facilitato la somministrazione della survey. Questo tipo di selezione, definito come campionamento per convenienza (*"convenience sampling"*), è stato adottato per garantire un'efficace raccolta dati all'interno di regioni rappresentative, massimizzando la partecipazione grazie al supporto logistico fornito dai contatti locali. Pur non trattandosi di un campionamento probabilistico, tale scelta ha permesso di raccogliere dati significativi in tempi ridotti, offrendo comunque uno spaccato valido dei contesti regionali considerati.

Il periodo di raccolta dei dati è stato: 12-16 Febbraio 2024 in Lombardia; 15-19 Luglio 2024, 22-26 Luglio 2024, 2-6 Settembre 2024 e 9-13 Settembre 2024 in Romagna; 9-13 Settembre 2024 in Campania. Occorre sottolineare che i diversi momenti dell'anno in cui sono state effettuate le rilevazioni (determinati dalla disponibilità dei MMG partecipanti) rendono i dati sul volume di attività non pienamente confrontabili fra i diversi contesti territoriali. Tuttavia, è interessante notare che i risultati mostrano un andamento omogeneo del volume dei contatti nei diversi periodi dell'anno in cui è stata svolta la rilevazione.

Attraverso la survey è stato chiesto ai medici e al personale amministrativo di studio (dove presente) di mappare per 5 giorni lavorativi consecutivi (da lunedì a venerdì) tutti i contatti da loro ricevuti, annotando per ciascun contatto ricevuto: i) le caratteristiche rilevanti del paziente; ii) la modalità con cui è avvenuto il contatto con il paziente; iii) la prestazione effettuata (ovvero il motivo dell'interazione). La rilevazione è avvenuta attraverso un modulo che i medici e il personale di segreteria hanno provveduto a compilare in formato online o cartaceo, a loro discrezione³. La Figura 12.1 mostra un esempio del modulo di rilevazione utilizzato dai MMG.

³ Il processo di raccolta dei dati è stato sottoposto all'approvazione del Comitato Etico Bocconi, il quale ha approvato il protocollo di ricerca.

Figura 12.1 **Modulo di rilevazione per i MMG**

Iniziali Paziente: Et : Sesso: M F

Esenzione	Modalit� di contatto	Prestazione effettuata – Motivo del contatto	
<input type="checkbox"/> Esenzione per reddito <input type="checkbox"/> Esenzione per patologia <input type="checkbox"/> Invalidit� <input type="checkbox"/> Nessuna esenzione	<input type="checkbox"/> Telefono <input type="checkbox"/> Presentazione in ambulatorio senza appuntamento <input type="checkbox"/> Agenda online <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Whatsapp/SMS <input type="checkbox"/> Appuntamento programmato (online) <input type="checkbox"/> Appuntamento programmato (altro) <input type="checkbox"/> Appuntamento programmato al domicilio	<input type="checkbox"/> Prenotazione appuntamento <input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale (patologia acuta) <input type="checkbox"/> Visita ambulatoriale (patologia cronica) <input type="checkbox"/> Vis. domiciliare <input type="checkbox"/> Consulto telematico	<input type="checkbox"/> Informazioni <input type="checkbox"/> Visione esami <input type="checkbox"/> Prescrizione farmaci <input type="checkbox"/> Prescrizione esami <input type="checkbox"/> PPIP (Medicazioni, iniezioni, etc.) <input type="checkbox"/> Certificato INPS <input type="checkbox"/> Certificazioni varie <input type="checkbox"/> Prescrizioni varie (presidi, PTE, diabete etc.)

Le esenzioni tracciate sono: i) “Esenzioni per reddito”, include le esenzioni ‘E01’, ‘E02’, ‘E03’, ‘E04’, ‘E05’, ‘E12’, ‘E14’; ii) “Esenzioni per malattia cronica”, include le esenzioni ‘E30’ ed ‘E40’ e le esenzioni per patologia; iii) “Invalidit ”, include i pazienti con invalidit  certificata.

Le modalit  di contatto presenti nel modulo sono raggruppabili in contatti di persona e da remoto. I contatti di persona sono: i) “Presentazione in ambulatorio senza appuntamento”; ii) “Appuntamento programmato (altro)”, ovvero appuntamento ambulatoriale prenotato con metodi tradizionali (fissato durante la visita precedente o al telefono); iii) “Appuntamento programmato online”, ovvero appuntamento ambulatoriale prenotato online; iv) “Appuntamento programmato a domicilio”, ovvero ADI/ADP/PSD. I contatti da remoto sono: i) Telefono (sia del medico sia della segreteria); ii) E-mail; iii) WhatsApp/SMS; iv) Agenda Online⁴.

Le prestazioni effettuate, ovvero il motivo del contatto/interazione tra MMG e assistito sono riassunte in quattro categorie: a) “Attivit  medica di prescrizione e revisione”: prescrizione e visione esami, consulto telefonico; b) “Attivit  di studio”: visita ambulatoriale per patologia cronica o acuta, visita domiciliare; c) “Informazioni, prescrizioni per cronici, prenotazioni appuntamenti”: orientamento al paziente e condivisione di informazioni, prescrizioni di medicinali, presidi o altro, prenotazione di appuntamenti, prestazioni di particolare impe-

⁴ Si precisa che per “Appuntamento programmato online” si intende un’interazione di persona tra medico e paziente, avvenuta tramite un appuntamento ambulatoriale che era stato precedentemente prenotato online. Questa interazione   diversa dall’interazione “Agenda Online”, che rappresenta un contatto da remoto di un paziente che accede all’agenda online per prenotare un appuntamento.

gno professionale (PIPP)⁵; d) “Attività di certificazione”: certificazioni varie, certificazione INPS.

Una volta ultimata la raccolta dati da parte dei MMG, i ricercatori hanno riunito tutte le osservazioni raccolte dai medici per procedere con le elaborazioni statistiche descrittive presentate nel paragrafo dei risultati. Nella compilazione, è stato chiesto ai rispondenti di annotare tutte le interazioni avvenute nel corso delle cinque giornate. Per questo motivo, i contatti mappati non coincidono con il numero di pazienti, in quanto un singolo paziente potrebbe essere entrato in contatto con il medico e il personale di studio attraverso più interazioni e attraverso diversi canali durante la rilevazione.

12.3 Risultati

12.3.1 Caratteristiche dei medici rispondenti e dei loro pazienti

Il campione dei MMG aderenti alla ricerca è composto da 78 medici distribuiti come segue: 39 medici appartenenti al territorio della ASST di Lecco, 21 della AUSL Romagna (in particolare, nell’area di Ravenna e di Forlì-Cesena) e 18 della ASL Napoli 1 Centro (in particolare, medici delle 2 AFT di Scampia). Il campione può essere analizzato secondo le caratteristiche di età, sesso, bacino di pazienti iscritti e forma associativa del medico, riassunte nella Tabella 12.1.

In termini di sesso in tutti e tre i contesti i campioni sono bilanciati vista l’ampia partecipazione da MMG di sesso sia femminile sia maschile. In termini di età, invece, si notano alcune differenze tra i tre contesti analizzati: i campioni di Lecco e della Romagna sono, infatti, ben distribuiti fra professionisti con meno di 35 anni, professionisti fra i 36 e 55 anni e professionisti over 55. Nel contesto campano, invece, si nota una maggiore rappresentazione dei medici con più di 55 anni. Guardando al bacino d’utenza dei medici, in tutti i contesti la fascia di professionisti più rappresentata è quella con un numero di iscritti superiore ai 1.500. Il dato è ancora più netto in Campania, dove tutti e 18 i MMG partecipanti alla ricerca risultano essere massimalisti. La forma associativa prevalente sia in Romagna che a Lecco è la medicina di gruppo (rispettivamente l’86% e l’82% dei medici nei due contesti). A Napoli, invece, la più frequente è la medicina in rete⁶; inoltre, si registra un numero maggiore di medici in for-

⁵ Le PIPP sono prestazioni aggiuntive eseguite in sede di servizio o a domicilio del paziente come medicazioni, vaccinazioni, fleboclisi, terapia endovenosa, applicazione o rimozione di punti di sutura, cateterismo maschile e femminile, tamponamento nasale anteriore, iniezioni sottocute desensibilizzanti etc.

⁶ Mentre la medicina di gruppo prevede che i medici i MMG operino insieme in uno stesso luogo fisico, condividendo strumenti e risorse, la medicina di rete implica una collaborazione tra

Tabella 12.1 **Caratteristiche dei MMG partecipanti alla ricerca**

Caratteristiche MMG		Lecco	Romagna	Napoli
Sesso	<i>Femminile</i>	64%	62%	44%
	<i>Maschile</i>	36%	38%	56%
Età	<i>Professionisti < 35 anni</i>	46%	24%	11%
	<i>Professionisti tra i 36-55 anni</i>	18%	38%	39%
	<i>Professionisti over 55</i>	36%	38%	50%
Bacino di utenza	<i>Bacino d'utenza piccolo (<1200 pazienti)</i>	15%	24%	0%
	<i>Bacino d'utenza medio (1201-1500 pazienti)</i>	13%	24%	0%
	<i>Bacino d'utenza grande (1500+ pazienti)</i>	72%	52%	100%
Forma associativa	<i>Medico singolo</i>	5%	0%	28%
	<i>Medicina di rete</i>	13%	14%	55%
	<i>Medicina di gruppo</i>	82%	86%	17%
Supporto amministrativo	<i>Supporto amministrativo assente</i>	13%	24%	11%
	<i>Supporto amministrativo contenuto (<30 ore/settimana)</i>	15%	28%	89%
	<i>Supporto amministrativo alto (30-60 ore/settimana)</i>	64%	24%	0%
	<i>Supporto amministrativo molto alto (60+ ore/settimana)</i>	8%	24%	0%

ma singola (28%) rispetto ai casi romagnolo e lombardo, dove la percentuale è decisamente più prossima allo zero (0% e 5%, rispettivamente). Guardando, infine, al supporto amministrativo, si nota che a Lecco il 72% dei medici può contare su una presenza delle segreterie per più di 30 ore a settimana (di cui l'8% per più di 60 ore), in Romagna il 48% (ma il 24% per più di 60 ore), mentre a Napoli un alto numero di medici (89%) usufruisce di un supporto amministrativo contenuto (per meno di 30 ore) e i rimanenti di nessun supporto.

Attraverso la survey sono state tracciate oltre 22.000 interazioni dei MMG con i loro pazienti. È importante sottolineare che i dati raccolti si riferiscono alle singole interazioni tra MMG e assistiti; pertanto, il numero totale di interazioni potrebbe non corrispondere al numero di pazienti con cui ciascun MMG ha interagito. Il focus dello studio è stato specificamente orientato alla misurazione e analisi degli input ricevuti dai MMG, piuttosto che al percorso del paziente.

Sono state osservate tre caratteristiche principali degli assistiti dei MMG partecipanti alla ricerca (riassunte nella Tabella 12.2): età, sesso ed esenzioni per reddito, patologia o invalidità. In tutti e tre i contesti, le interazioni più frequenti dei MMG si sono verificate con pazienti di età superiore ai 55 anni (con percentuali del 64% a Napoli, 65% in Romagna e 60% a Lecco). Come anticipato, tali percentuali non rappresentano la composizione del bacino degli assistiti dei MMG ma la frequenza delle interazioni avvenute, in quanto un assistito può aver avuto più di un'interazione con il MMG. Quindi questo non

MMG che lavorano in sedi diverse ma sono connessi attraverso un sistema informatico comune, permettendo lo scambio di informazioni cliniche e una gestione coordinata dei pazienti.

Tabella 12.2 **Caratteristiche degli assistiti dei MMG partecipanti**

Caratteristiche assistiti		Lecco	Romagna	Napoli
Sesso	<i>Femminile</i>	56%	58%	58%
	<i>Maschile</i>	44%	42%	42%
Età	<i>16-24 anni</i>	7%	6%	7%
	<i>25-54 anni</i>	33%	29%	29%
	<i>55-64 anni</i>	17%	17%	21%
	<i>+65 anni</i>	43%	48%	43%
Esenzione*	Nessuna	25%	39%	18%
	Reddito	17%	18%	41%
	Patologia	51%	30%	29%
	Invalidità	7%	13%	12%

Si precisa che per il calcolo delle percentuali le esenzioni sono state considerate singolarmente anche nei casi di assistiti con più di una esenzione (ad esempio reddito e patologia).

significa che, ad esempio, a Napoli il 64% degli assistiti del nostro campione di MMG sia over 55, ma che il 64% delle interazioni registrate a Napoli sono state con pazienti over 55 anni. Inoltre, si osserva un buon bilanciamento tra sesso maschile e femminile degli assistiti che hanno interagito con i medici in tutte le aree considerate. La presenza di esenzioni collegate ai pazienti è stata osservata per comprendere se essi fossero affetti da almeno una patologia cronica o da invalidità e per avere indicazioni sul loro status economico. La percentuale maggiore di pazienti in possesso di esenzione per patologia cronica si registra a Lecco (51% del campione), mentre a Napoli l'esenzione più frequente registrata è quella per reddito (41%). In Romagna la categoria più frequente è “nessuna esenzione” (39%) seguita da “cronicità” (30%). La descrizione del campione rispetto alle caratteristiche dei medici aderenti alla ricerca e dei loro assistiti fornisce informazioni utili da correlare successivamente con le modalità di interazione tra MMG e pazienti.

12.3.2 Il numero di contatti registrati

Quantificare il numero di contatti tra i MMG e i loro pazienti permette di stimare il carico di lavoro dei medici. Per fare ciò, come anticipato nella sezione di metodologia, è importante rilevare qualsiasi tipo di contatto ricevuto dai MMG, da quelli tradizionali a quelli tramite strumenti digitali.

Durante il periodo di rilevazione, sono stati registrati complessivamente 22.738 contatti nei tre contesti regionali analizzati. Di questi, 9.778 contatti sono stati rilevati a Lecco, 6.328 in Romagna e 6.632 a Napoli.

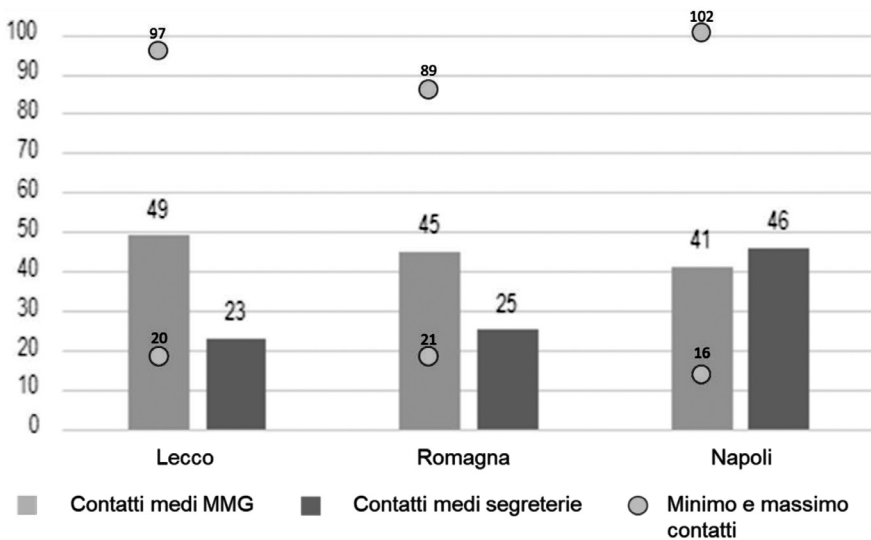
Sebbene vi siano lievi differenze, il numero medio giornaliero di contatti appare sostanzialmente allineato nei tre contesti: Lecco ha registrato una media di 49 contatti al giorno, seguita dalla Romagna con 45 e Napoli con 41.

Questi dati assumono una dimensione ancor più rilevante se si considerano anche le interazioni gestite dal personale amministrativo, dove disponibile⁷. Infatti, considerando anche i contatti transitati attraverso le segreterie, il numero medio giornaliero di contatti aumenta rispettivamente a 72 a Lecco, 70 in Romagna e 87 a Napoli (di cui rispettivamente il 65%, il 64% e il 47% gestiti direttamente dal medico).

Come mostrato dalla Figura 12.2, i dati medi presentano una certa convergenza tra contesti, con l'eccezione dei contatti giornalieri attraverso le segreterie che in Campania sono quasi doppi rispetto agli altri due contesti. Questo dato è in contrasto rispetto alla disponibilità di supporto di segreteria di Napoli, che è minore rispetto agli altri due contesti (l'89% dei MMG a Napoli ha dichiarato di avere attiva la segreteria per meno di 30 ore a settimana). Ciò può significare che a Napoli il lavoro delle segreterie sia caratterizzato da maggiore intensità poiché viene concentrata nelle ore disponibili la gestione di alto numero di interazioni.

Si osserva invece una certa variabilità interna di contatti tra MMG di uno stesso territorio. Infatti, il numero minimo e massimo di contatti si discosta significativamente dalla media, suggerendo l'esistenza di differenze organizzative e strutturali, che potrebbero riflettere non solo la dimensione e la

Figura 12.2 **Confronto dei contatti giornalieri ricevuti dai medici e dalle segreterie nei tre contesti**



⁷ Si precisa che i contatti ricevuti dalle segreterie sono stati conteggiati solo come "contatti segreteria" solo quando l'interazione non ha richiesto l'intervento del medico. Qualora, al contrario, dall'interazione con la segreteria ne sia seguita una con il medico, sono state conteggiate due interazioni.

complessità della popolazione assistita, ma anche le risorse a disposizione dei MMG e le modalità di interazione adottate dai medici e dalle segreterie nei tre contesti.

12.3.3 Le modalità di interazione tra MMG e assistiti

L'aggregazione delle modalità di interazione in due categorie principali – quelli che richiedono un'interazione di persona e quelli che possono essere gestiti da remoto – rivelano una evidenza chiara. In tutti e tre i contesti, infatti, i contatti da remoto appaiono essere i più frequenti, superando quelli di persona. Questa prevalenza è particolarmente evidente a Lecco, dove il 69% delle interazioni avviene da remoto, mentre solo il 31% richiede un'interazione fisica. Anche in Romagna le interazioni da remoto rappresentano una percentuale significativa (66%) e a Napoli superano la metà (57%), nonostante l'alta incidenza degli accessi in ambulatorio senza appuntamento. Occorre evidenziare che questi dati mostrano unicamente la suddivisione dei contatti dei MMG tra presenza e remoto in termini di numerosità, e non intendono stimare il tempo assorbito dagli uni o gli altri. Infatti, risulta evidente la varietà dei canali di interazione e la prevalenza dei contatti da remoto, tuttavia, è verosimile che non tutte le tipologie di contatto abbiano lo stesso peso in termini di minutaggio (le interazioni in presenza potrebbero assorbire più tempo rispetto a quelle da remoto). Approfondire il tempo impiegato per ciascuna modalità di interazione esula dallo scopo della presente ricerca.

Figura 12.3 **Confronto delle percentuali di interazione di persona e da remoto nei tre contesti**

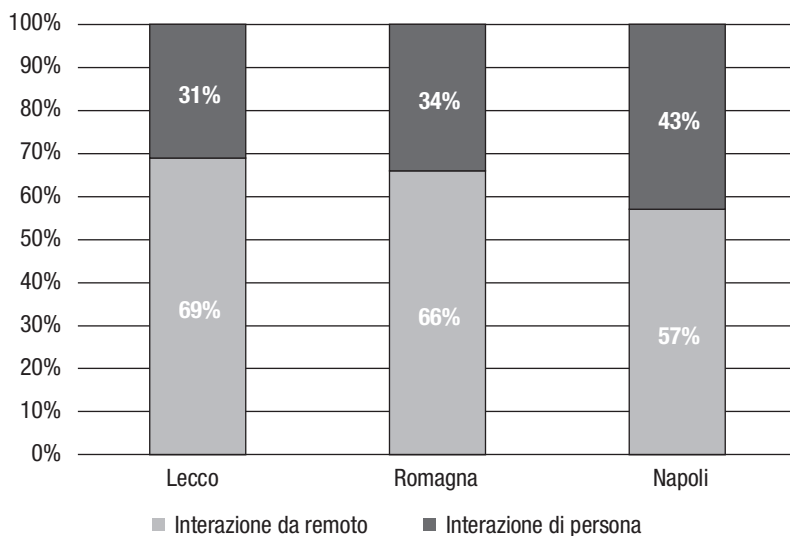
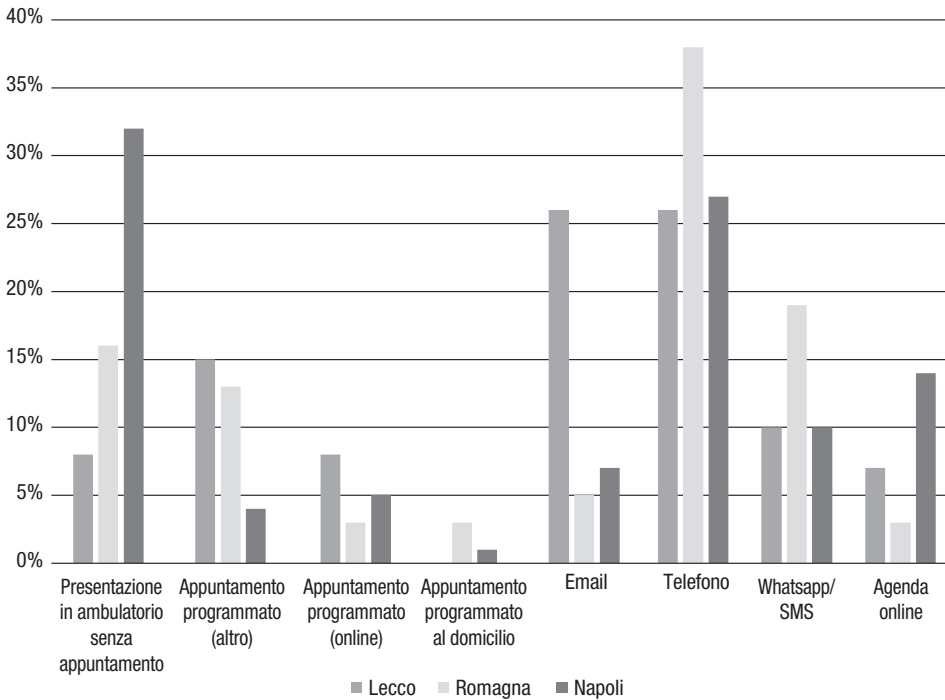


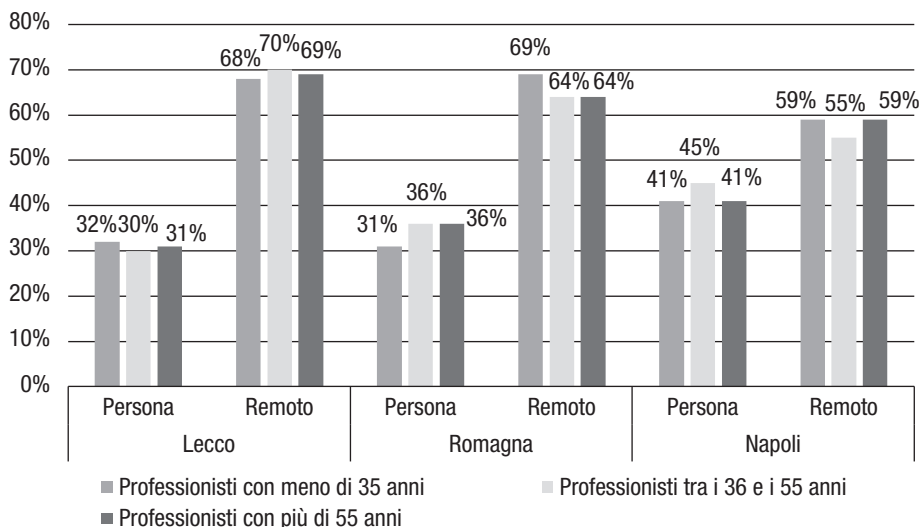
Figura 12.4 **Confronto delle frequenze dei metodi di contatto nei tre contesti**

Guardando invece in modo analitico alle otto differenti modalità di interazione fra medico e paziente (si veda il § 12.2 per il dettaglio di ciascuna modalità di interazione) mostrate in Figura 12.4 si può notare una certa eterogeneità a seconda dei contesti geografici. A Lecco, i canali più utilizzati sono l'E-mail e il telefono, entrambi scelti con la stessa frequenza dai pazienti. In Romagna, invece, il mezzo preferito è il telefono, seguito dalla messaggistica WhatsApp/SMS e dall'accesso in ambulatorio senza appuntamento. A Napoli, i pazienti prediligono l'accesso in ambulatorio senza appuntamento e il contatto telefonico, il che potrebbe riflettere una diversa organizzazione territoriale dei servizi o una minore familiarità con alcuni mezzi digitali.

12.3.4 Le modalità di interazione e le caratteristiche dei medici

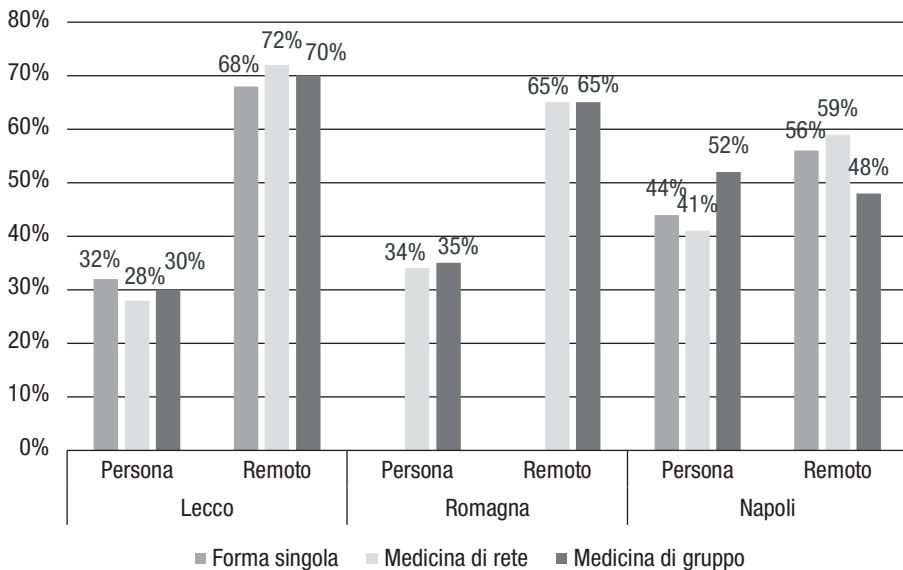
Il paragrafo precedente ha mostrato le caratteristiche delle modalità di contatto tra medico e paziente in modo aggregato, da cui è apparsa in modo evidente la prevalenza di interazioni da remoto rispetto a quelle di persona. Nel presente paragrafo sono analizzate le interazioni totali intermedie dagli studi (medico e relativa segreteria) sulla base di alcune caratteristiche dei medici.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei medici, è possibile esaminare se le

Figura 12.5 **Modalità di interazione per età del medico**

diverse modalità di contatto (remoto vs di persona) variano a seconda dell'età del medico, della dimensione del suo bacino di utenza e della forma associativa di cui fa parte. Rispetto all'età del medico, come mostra la Figura 12.5, si nota come per ognuna delle tre fasce di età (professionisti under 35, professionisti tra i 36 e i 55 anni e professionisti over 55 anni), in tutti e tre i contesti analizzati la prevalenza di interazioni da remoto è sempre confermata. In altri termini, il fenomeno di interazioni gestite principalmente attraverso telefono, E-mail, messaggi o piattaforme online si verifica sia per medici giovani sia per medici con anzianità lavorativa, in ognuno dei contesti geografici oggetto di studio.

In secondo luogo, un elemento che potrebbe influenzare la decisione del medico di interagire maggiormente con i propri assistiti di persona piuttosto che da remoto potrebbe essere la dimensione del suo bacino di iscritti. Infatti, medici con un bacino di assistiti più ristretto potrebbero dedicare più tempo a contatti di persona, viceversa medici massimalisti potrebbero scegliere di utilizzare maggiormente strumenti digitali per gestire i numerosi contatti in modo efficace. I dati mostrano che, nel nostro campione, queste ipotesi non sono confermate: al variare del bacino di assistiti permane stabile la maggior frequenza di interazioni da remoto. Ciò accade sia a Lecco, dove le interazioni da remoto a seconda che il bacino di utenza sia piccolo (meno di 1.200 pazienti), medio (tra 1.200 e 1.500 pazienti) e grande (oltre 1.500 pazienti) si attestano rispettivamente a 71%, 63% e 69%, sia in Romagna (dove le interazioni da remoto per ciascun bacino sono pari rispettivamente a 67%, 64% e 66%). Non è possibile effettuare questa analisi a Napoli, in quanto i medici del campione osservato sono tutti massimalisti.

Figura 12.6 **Modalità di interazione per forma associativa dei medici**

Infine, anche la forma associativa dei MMG potrebbe influenzare le modalità di interazione tra medico e paziente: medici in gruppo tendono a condividere, oltre allo spazio fisico e al personale di segreteria o infermieristico, anche strumenti come piattaforme e applicativi online. Si potrebbe quindi supporre che i medici in gruppo abbiano più interazioni da remoto rispetto ai medici singoli o in rete⁸. Anche in questo caso, come mostra la Figura 12.6 Modalità di interazione per forma associativa dei medici, i dati non confermano tale ipotesi, in quanto le interazioni da remoto sono le più frequenti in tutti e tre i contesti a prescindere dalla forma associativa. Queste analisi indicano pertanto che la prevalenza delle interazioni da remoto non è collegata alle caratteristiche dei medici.

12.3.5 Le modalità di interazione e le caratteristiche degli assistiti

Le analisi sulle modalità di contatto possono essere replicate, specularmente a quanto fatto con le caratteristiche dei medici, spostando il focus sulle caratteristiche dei pazienti. Se le differenze di età, il bacino di assistiti e la forma associativa dei medici non appaiono modificare le modalità di interazione, è possibile che invece alcune caratteristiche dei pazienti, come età ed esenzione,

⁸ I dati raccolti mostrano che i MMG del nostro campione che fanno parte di una forma associativa di gruppo hanno un supporto amministrativo alto nel 9% dei casi a Lecco e nel 28% dei casi in Romagna. Il supporto amministrativo è dichiarato come medio dai MMG in gruppo nel 78% dei casi a Lecco e nel 22% in Romagna. Non sono presenti medici in gruppo a Napoli.

influenzino le interazioni.

La Figura 12.7 mostra come, per ciascuna fascia di età degli assistiti del campione di analisi (16-24 anni, 25-54 anni, 55-64 anni e over 65 anni), risulta essere sempre più frequente l'interazione da remoto rispetto a quella di persona. Questo trend è confermato in tutti e tre i contesti, con una significativa convergenza tra le diverse fasce d'età. Tuttavia, a Napoli risulta essere meno netta la differenza al di fuori della fascia di età 25-54.

Le analisi mostrano inoltre come le caratteristiche dei pazienti tracciabili tramite la presenza di esenzioni per reddito, invalidità o patologia cronica non siano legate all'utilizzo maggiore di canali fisici piuttosto che canali da remoto. Il grafico in Figura 12.8 infatti, mostra come, fatte 100 le interazioni da remoto a Lecco (che, si ricorda, rappresentano il 69% del totale), il 40% di queste sono di pazienti con esenzione per patologia, il 31% con esenzione per reddito, il 24% da assistiti senza esenzione e il 5% da assistiti con esenzione di invalidità. Queste percentuali si replicano con differenza di pochi punti percentuali per le interazioni di persona. Questo significa che la modalità di interazione non varia al variare della condizione socio-economica o di salute del paziente, così come catturate dai dati sulle esenzioni, anche perché tali percentuali sono in linea con le caratteristiche generali del campione (presentato nel § 12.3.1). Lo stesso vale per il contesto della Romagna e di Napoli. I dati lo confermano anche analizzando la frequenza di interazioni da remoto rispetto a quelle di persona per ciascuna categoria (nessuna esenzione, esenzione per reddito, esenzione per patologia, esenzione per invalidità): nel caso di Lecco, per ogni categoria le interazioni da remoto risultano pari a circa il

Figura 12.7 **Modalità di interazione ed età degli assistiti**

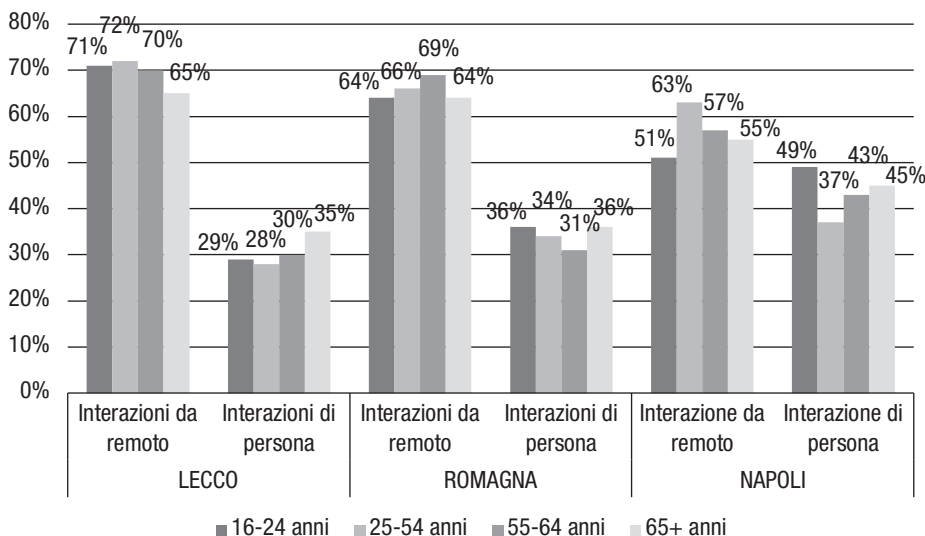
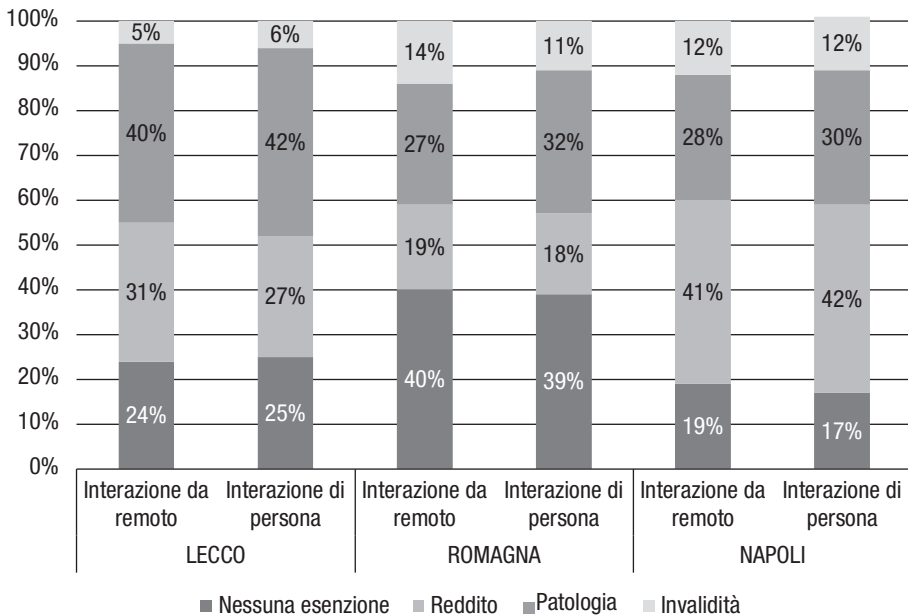


Figura 12.8 **Modalità di interazione ed esenzione pazienti (100% = tot interazioni da remoto o di persona rilevate)**



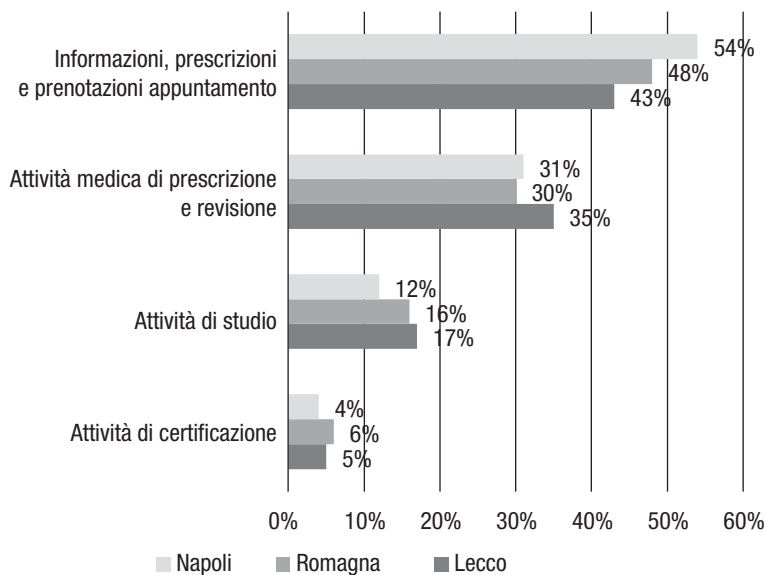
70%, ad indicare che le percentuali rilevate nel campione totale sono rispettate in ciascun cluster di esenzioni; lo stesso accade per la Romagna (le interazioni da remoto sono intorno al 65% per ogni cluster di esenzioni) e per Napoli (le interazioni da remoto sono circa il 58% per ciascun cluster di esenzioni).⁹

12.3.6 Le modalità di interazione e le tipologie di servizi erogati dai MMG

Infine, un'ultima analisi riguarda i servizi e le attività svolte dai MMG e il loro collegamento con le modalità di interazione con i pazienti.

Come anticipato nel § 12.2, i servizi erogati, ovvero le prestazioni eseguite dal medico a seguito del contatto da parte dell'assistito, sono stati raggruppati nelle seguenti categorie: a) "attività medica di prescrizione e revisione": prescrizione e visione esami, consulto telefonico; b) "attività di studio": visita ambulatoriale per patologia cronica o acuta, visita domiciliare; c) "informazioni, prescrizioni per cronici, prenotazioni appuntamenti": orientamento al paziente e condivisione di informazioni, prescrizioni di medicinali, presidi o altro, pre-

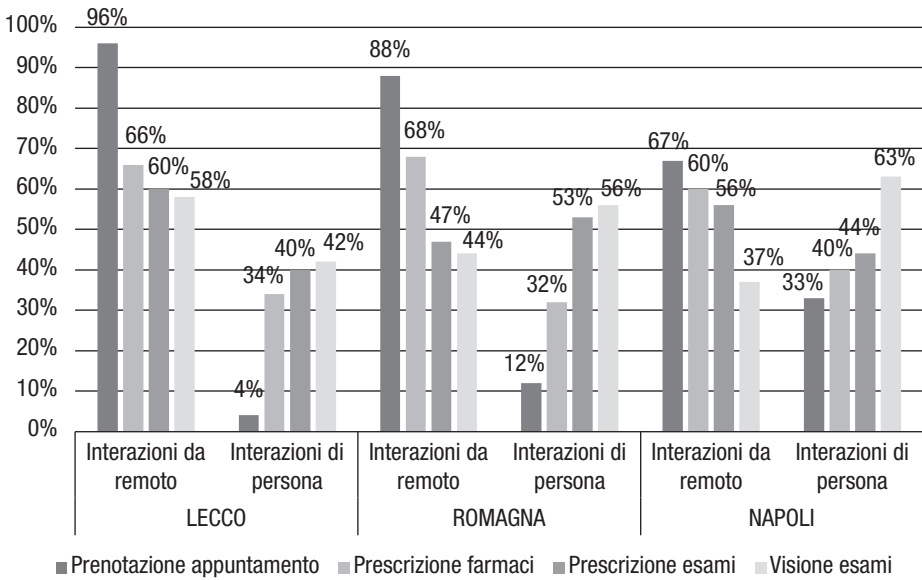
⁹ La correlazione tra tipologia di esenzione e tipologia di interazione è stata osservata isolando ogni esenzione nei casi di assistiti con esenzioni multiple.

Figura 12.9 **Attività erogate dai MMG raggruppate per macro categorie**

notazione di appuntamenti, PIPP; d) “attività di certificazione”: certificazioni varie, compresa quella INPS. I dati in Figura 12.9 mostrano come le attività seguono la stessa distribuzione nei tre contesti analizzati. I contatti avvengono in primo luogo per attività di “informazioni, prescrizioni per cronici e prenotazioni appuntamenti” (tra il 43% e il 54%), poi per “attività medica di prescrizione e revisione” (tra il 30% e il 35%), per “attività di studio” (tra il 12% e il 17%) e infine per “attività di certificazione” (tra il 4% e il 5%).

È interessante analizzare quali servizi sono erogati dai MMG in presenza e quali da remoto. Per facilitare la lettura dei risultati, sono stati selezionati quattro servizi chiave tra i 13 che compongono le categorie rappresentate in Figura 12.9. Tali servizi sono stati selezionati sia perché ricorrono con alta frequenza, sia perché possono essere svolti da remoto o in presenza: prenotazione appuntamento, prescrizione di farmaci, prescrizione di esami e visione degli esami. Incrociando questi servizi con i metodi di contatto, emerge che la prenotazione dell'appuntamento è il servizio per cui si utilizza quasi sempre un canale virtuale (96% dei contatti a Lecco, 88% in Romagna, 67% a Napoli), seguito dalla prescrizione di farmaci. Come mostra la Figura 12.10, anche per la prescrizione degli esami si utilizzano spesso canali digitali (solo in Romagna per questo servizio prevale l'interazione di persona). Infine, un'attività in cui prevale ancora l'interazione di persona in Romagna e a Napoli è la visione degli esami. Lecco è l'unico contesto dove per tutti e quattro i servizi chiave si registra una prevalenza di accessi da remoto.

Figura 12.10 **Servizi chiave e modalità di interazione**



12.4 Discussione e conclusioni

La MG, così come rappresentata dal campione analizzato, gestisce 40-50 contatti al giorno, ovvero 200-250 la settimana, ovvero 800-1.000 al mese (su 1.300 iscritti medi). Questo dato ci segnala tre evidenze:

- a. i volumi di lavoro e di impegno dei MMG sono notevoli ed è tempo di superare narrazioni aneddotiche prive di fondamento quantitativo, almeno per chi lavora a livello scientifico, di management o di *policy-making*;
- b. per riuscire a sostenere questi ritmi impegnativi (40-50 contatti diversi al giorno) necessariamente si è dovuto modificare il canale di servizio, privilegiando il remoto al fisico, sia perché permette di lavorare in asincrono, sia perché permette di comprimere i tempi di lavoro per ogni paziente. Altrimenti, gli stessi volumi di pazienti, gestiti nel modello passato, basato prevalentemente su accessi fisici, sarebbero strutturalmente insostenibili. Pertanto, all'epidemia della cronicità e all'aumento degli iscritti, la MG ha reagito modificando le modalità di accesso e il modello di servizio, al di fuori di ogni politica pubblica e narrazione collettiva consapevole;
- c. la quantità dei contatti ci segnala che il problema del reclutamento dei pazienti cronici può essere ri-collocato nell'azione diretta dei MMG, se supportati da opportune soluzioni organizzative di sostegno (personale amministrativo, strumenti informatici, stime epidemiologiche dei cronici tra i propri assistiti). Ci sono sicuramente ancora pazienti cronici che non acce-

dono al MMG, perché non sanno trasformare il bisogno in domanda, ma in percentuali contenute, alla luce dei dati presentati. Questo permette di avere uno sguardo diverso al tema del reclutamento dei cronici. Si voleva adottare il *population health management* attraverso l'analisi epidemiologica nominativa, per individuare i pazienti cronici da segnalare ai MMG per il reclutamento. Come sappiamo, ad oggi, il Garante della Privacy ha frenato questa soluzione. La così ampia esposizione della maggior parte dei cronici al proprio MMG in tempi molto contenuti ci offre una nuova, promettente e realistica prospettiva per il reclutamento dei cronici.

Il presente contributo evidenzia la forte predilezione per accessi e servizi da remoto sia da parte dei pazienti che da parte dei medici. Fondamentale è il dato che la predilezione per il remoto è invariante all'età e alle caratteristiche dei pazienti, ma anche convergente a prescindere dalle caratteristiche del MMG (età, forma associativa, numero di iscritti). Colpisce la convergenza dei dati raccolti nel contesto di Scampia con quelli emiliano-romagnoli e lombardi, seppur con qualche differenza di canale e di mix tra segreterie e medici. È pertanto possibile affermare che si tratti di un trend generale, convergente e robusto. Considerando che la maggior parte dei pochi accessi fisici rimasti riguardano il controllo di esami, o meglio l'illustrazione al paziente degli esami, è facilmente prevedibile che anche questi si sposteranno rapidamente su canali di televisita, al crescere della familiarità collettiva con gli strumenti di comunicazione digitale.

Tutto questo è avvenuto in tempi rapidi, al di fuori di qualsiasi scelta di politica pubblica, come aggiustamento spontaneo dal basso all'esplosione del bisogno in una società che invecchia e alla riduzione della capacità produttiva del SSN (minor numero di MMG). Questo dovrebbe farci riflettere su come vengono disegnate le grandi politiche del SSN, come un disegno nazionale per l'erogazione dei servizi di telemedicina, che è stato concepito senza aver indagato questi fenomeni, senza aver trovato punti di sinergia con quanto già avviene negli studi dei MMG e senza rendersi conto che si è già largamente in ritardo, perché la digitalizzazione e i servizi da remoto sono già un fatto emergente e diffuso nel SSN. Queste considerazioni aprono uno spazio di lavoro manageriale importante sia osservando il punto di vista dei pazienti, sia il punto di vista dei medici, ma anche considerando i fabbisogni di governo dei MMG.

Azioni manageriali per i pazienti

I pazienti sono esposti a una pluralità di canali di servizio o comunicazione (in questo studio ne sono stati identificati otto) tra cui scegliere. Molti MMG consapevolmente o inconsapevolmente attuano strategie di “*nudging*” a favore di un canale o dell'altro, perché risulta più reattivo, perché viene proposto

esplicitamente dal MMG al paziente, perché risulta più funzionale e semplice per il paziente. L'introduzione di questi nuovi canali è avvenuta in modo rapido e tumultuoso, e grazie proprio all'efficacia delle azioni di “*nudging*”, risulta abbastanza facile spostare i pazienti da un canale all'altro. Sarebbe utile riflettere su quali cluster di pazienti dovrebbero usare quale canale affinché: a) risulti per loro più fruibile; b) possa assolvere anche a ulteriori funzioni, come ad esempio il monitoraggio o il sostegno all'aderenza alle terapie; c) contenga anche servizi complementari di natura educativa o informativa sulla geografia dei servizi e delle opportunità; d) si integri automaticamente con l'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0. A titolo d'esempio, una app potrebbe implicitamente contenere anche un sostegno all'aderenza alle terapie, oltre ad essere una piattaforma semplice per comunicare con il MMG e permettere l'accesso al Fascicolo. Ovviamente, è necessario definire una esplicita strategia di indirizzo verso alcuni canali, concordata ad esempio tra azienda sanitaria e MMG.

Azioni manageriali per i MMG

I MMG hanno spesso scelto i propri canali in modo emergente, indirizzando i propri iscritti verso un mix di utilizzo basato su intuizioni implicite, non verificate e non sistematizzate. A questo proposito, i MMG che hanno scelto canali prevalentemente sincroni, più accessibili e di utilizzo ampio e diffuso nella quotidianità (che porta quindi a considerarli come immediati), come WhatsApp, hanno vissuto delle esperienze dolorose di sovraccarico e di eccesso di aspettative generate nei loro pazienti. Questo è stato spesso frutto di generosità professionale e di senso della missione, desiderando di essere il più possibile vicini ai propri pazienti. In questo modo, il flusso di lavoro diventa costante (7 giorni su 7, spesso anche la notte) e il carico di attività progredisce fino all'insostenibilità. All'opposto, i MMG che hanno privilegiato strumenti asincroni e percepiti come meno immediati (come l'E-mail) hanno potuto meglio regolare il loro flusso e carico di lavoro.

Questo ci insegna che i MMG vanno supportati a scegliere i canali più efficaci anche dal loro punto di vista, oltre che da quello dei pazienti.

I MMG hanno anche bisogno di governare i volumi di lavoro, che stanno diventando gradualmente sempre più onerosi. La spiegazione principale è la cultura della medicina di attesa, largamente basata sulla domanda spontanea dei pazienti, che potenzialmente può diventare infinita da parte dei pazienti cronici, che già rappresentano la maggior parte degli accessi. Le aziende sanitarie possono e forse devono aiutare i MMG a omogeneizzare i volumi di consumi per pazienti con patologie e stadi di patologie identici. Questo richiede il passaggio alla medicina di iniziativa, dove proattivamente ed in modo programmato i pazienti sono chiamati dal proprio MMG, il quale prescrive e garantisce pacchetti di prestazioni *evidence-based*. La percezione di essere presi in carico e

l'accesso regolare a prestazioni programmate dovrebbero ridurre significativamente gli accessi randomici dei pazienti cronici al proprio MMG. Per rendere ciò operativo e fattibile, le aziende sanitarie devono lavorare per garantire due condizioni di fattibilità: i) la prescrizione in un unico accesso al MMG di tutto il pacchetto di prestazioni necessarie (ad esempio pacchetto annuale); ii) la reale disponibilità nelle agende erogative delle prestazioni prescritte per i cronici, in modo che a prescrizione possa corrispondere la sua reale esigibilità. Il fatto che i MMG operino prevalentemente da remoto su piattaforme digitali rende più facile scegliere “da menù” di pacchetti prescrittivi standard, collegati a singoli stadi di patologie a cui associare un meccanismo prescrittivo ed autorizzativo automatico ed unitario. Gli accessi fisici riguardano prevalentemente il commento degli esiti di esami. I MMG possono essere aiutati a trasformare anche questi momenti in visite da remoto, laddove si ravvisino una migliore fruibilità per i pazienti e spazi di maggiore efficienza produttiva per i MMG, anche integrando informazioni inviate al paziente da remoto (via WhatsApp, E-mail o app) oltre a una conversazione da remoto.

Azioni manageriali per le finalità del SSN

I MMG prescrivono già farmaci, esami e visite prevalentemente da remoto su piattaforme digitali. Questo è uno spazio di lavoro promettente per il SSN qualora si riuscisse a innestare un Clinical Decision Support System (CDSS), co-costruito con i MMG stessi¹⁰. Esso dovrebbe essere popolato da evidenze scientifiche condivise ma soprattutto da standard di intensità assistenziale (frequenza di visite ed esami) coerenti con la reale capacità produttiva del SSN, per evitare che, a causa dell'enorme distanza tra prescritto ed erogato, i consumi sanitari continuino ad essere randomici. Il CDSS del SSN sviluppato per i MMG dovrebbe aiutare a prescrivere in modo omogeneo tra pazienti simili, essere scientificamente rigoroso, coerente alle agende erogative del SSN, rendendo le prescrizioni diritti realmente esigibili. Questo trasformerebbe nettamente le logiche di controllo delle prescrizioni dei MMG da parte delle aziende sanitarie oggi effettuato ex post, in modo spesso burocratico. La condivisione di un CDSS renderebbe il supporto prescrittivo un processo ex ante, condiviso sulle finalità e sui vincoli della prescrizione, in una logica di governo clinico co-prodotto. Sicuramente si tratta di una piccola o grande rivoluzione per i Dipartimenti di Cure Primarie e per i Distretti Sociosanitari, ma rappresenterebbe un salto di qualità del loro ruolo professionale, dimostrandosi capaci di generare e alimentare un CDSS a supporto dei MMG, a vantaggio dei pazienti e della collettività.

¹⁰ A tal proposito, occorre menzionare che è in corso una procedura di dialogo competitivo per realizzare una piattaforma di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria, pensata soprattutto per le attività di diagnosi e cura.

In sintesi, dato il contesto attuale del SSN, MMG e pazienti hanno già fatto metà della strada necessaria per l'innovazione del SSN, spostando circa il 70% delle interazioni su canali da remoto. Ora rimane la parte più promettente e interessante del lavoro da fare, che è quella di valorizzare l'abitudine agli strumenti da remoto, per usarli anche come meccanismi di sostegno e monitoraggio dell'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita, lato pazienti, e come piattaforma di lavoro su cui collocare CDSS, alimentati dalle migliori evidenze scientifiche, lato MMG. Se non lo farà il SSN, lo farà sicuramente qualche altro attore, che non necessariamente avrà interessi allineati con quelli della comunità.

12.5 Bibliografia

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (2023). *Rapporto sui Medici di medicina generale*. <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicina-generale>
- Barzan, E., Petracca, Francesco, Tozzi, Valeria, D., & Zazzera, Angelica. (2019). Regione, azienda sanitaria e medicina generale: Relazione in trasformazione. In *Rapporto OASI 2019 Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano* (pp. 417-455). Egea.
- Bryce, C., O'Connell, M. D., Dale, J., Underwood, M., & Atherton, H. (2021). Online and telephone access to general practice: A cross-sectional patient survey. *BJGP Open*, 5(4), BJGPO.2020.0179. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2020.0179>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
- Croxon, C. H., Ashdown, H. F., & Hobbs, F. R. (2017). GPs' perceptions of workload in England: A qualitative interview study. *British Journal of General Practice*, 67(655), e138–e147. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688849>
- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. (2022). *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*.
- Grønning, A., Assing Hvidt, E., Nisbeth Brøgger, M., & Fage-Butler, A. (2020). How do patients and general practitioners in Denmark perceive the communicative advantages and disadvantages of access via email consultations? A media-theoretical qualitative study. *BMJ Open*, 10(10), e039442. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039442>
- Istat (2022), *Aspetti della vita quotidiana: Stato di salute – età dettaglio*, <http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=15445>
- Meurs, M., Keuper, J., Sankatsing, V., Batenburg, R., & Van Tuyl, L. (2022). “Get Used to the Fact That Some of the Care Is Really Going to Take

Place in a Different Way”: General Practitioners’ Experiences with E-Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5120. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095120>

Ministero della Salute. (2023). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=statisticheSSN&menu=annuario

Salisbury, C., Murphy, M., & Duncan, P. (2020). The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e18203. <https://doi.org/10.2196/18203>

Schäfer, W. L. A., Van Den Berg, M. J., & Groenewegen, P. P. (2020). The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: Results of a cross-sectional study in 33 countries. *Human Resources for Health*, 18(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00520-9>

Voorhees, J., Bailey, S., Waterman, H., & Checkland, K. (2022). Accessing primary care and the importance of ‘human fit’: A qualitative participatory case study. *British Journal of General Practice*, 72(718), e342–e350. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0375>

Zanaboni, P., & Fagerlund, A. J. (2020). Patients’ use and experiences with e-consultation and other digital health services with their general practitioner in Norway: Results from an online survey. *BMJ Open*, 10(6), e034773. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034773>