

RIVISTAQQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale - Periodico di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS-VRQ e

Editor-in-Chief: Roberto Mora

Senior Editors: Mario Baruchello, Francesco Del Zotti (Science Editor)

Managing Editor: Giulio Rigon

Assistant Editors: Marco Grassi, Paolo Quattrocchi, Giulio Nati, Paolo Schianchi, Alberto Vaona

Senior Assistant Editors: Alessandro Battaglia, Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via, Pasquale Falasca, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Michele Valente, Giorgio Visentin

International Committee: Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Web: rivistaqq.org info@rivistaqq.org

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>

Direzione: Via dell'Artigliere, 16 Legnago (Verona)
Redazione: c/o ODM di Vicenza,
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica

INDICE

| | |
|---|----|
| EDITORIALE..... | 2 |
| RESPONSABILITÀ MEDICA: SPUNTI DI INTERESSE PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DOPO LA RECENTE LEGGE GELLI..... | 4 |
| INTEGRAZIONE DI VITAMINA D: PANACEA, PLACEBO O UNA VIA DI MEZZO? ?..... | 9 |
| NET-MAKREMA: NETAUDIT SU EMATURIA MACROSCOPICA IN MEDICINA GENERALE..... | 12 |
| PROPOSTA DI UN NUOVO STRUMENTO PER LA MAPPA DELLA TIPOLOGIA DI VISITA E DEGLI ITEM PROFESSIONALI AMBULATORIALI IN MG..... | 16 |



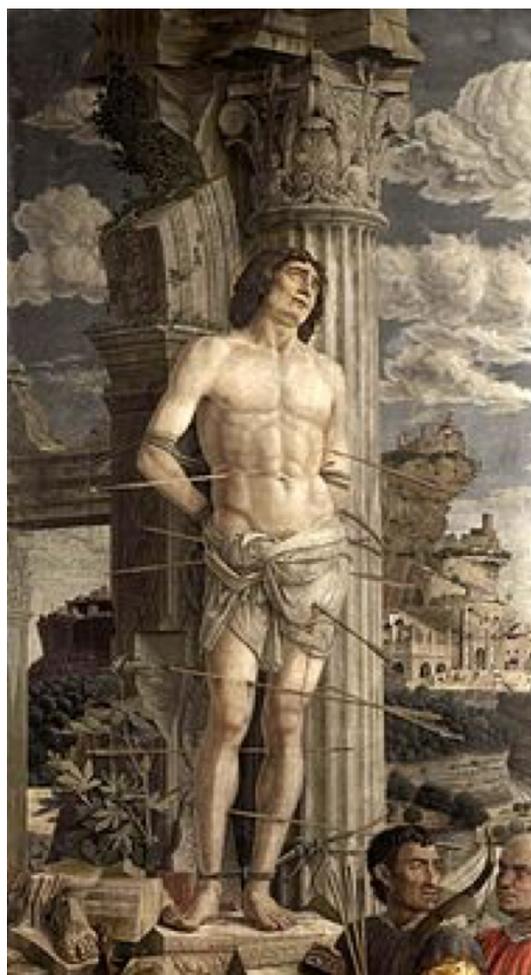
EDITORIALE

A cura di Mario Baruchello
MMG Vicenza

Accogliamo in questo numero per la prima volta un contributo che ha come firma lo pseudonimo San Sebastiano. L' iconografia su questo martire è sconfinata (da Caravaggio a Cima da Conegliano) e se qui lo troviamo raffigurato dal Mantegna infisso da una miriadi di frecce in nostro riferimento vuole andare invece alla leggenda che lo fece sopravvivere a tanta tortura continuando la sua opera di apostolato. Forse è quello a cui voleva accennare il medico di famiglia-autore che tratta un argomento spinoso come la responsabilità medico legale di un professionista cui sta cambiando velocemente lo status giuridico. Il richiamo è rivolto da una parte ai medici affinché si assicurino da pericoli molto reali di denunce di pazienti e dall'altra affinché si apra un dibattito sulla evoluzione di convenzioni e rapporti con il SSN alla luce della recente giurisprudenza.

A proposito di vitamina D il monito dell'articolista è di prescrivere in modo appropriato anche il semplice ma inflazionatissimo dosaggio della Vitamina D per non poi indurre un esagerato uso di questa come integratore. L'AIFA stessa indica la necessità di un ripensamento critico, alla luce delle evidenze, sull'utilità terapeutica degli integratori di vitamine e

minerali, come peraltro sostenuto con forza da numerosi clinici su *Annals of Internal Medicine*. In un editoriale titolato in maniera inequivocabile *Enough is Enough: Stop Wasting Money on Vitamin and Mineral Supplement*, gli autori fanno notare che *'la prescrizione di integratori di Vitamina D, è un'area di ricerca ancora aperta, in particolare per quanto riguarda le persone carenti. Gli studi clinici sono ambigui e talvolta contraddittori'*. Ma aggiungono che *sono necessari studi futuri per chiarire l'uso appropriato degli integratori di Vitamina D.*



Il Netaudit sulla macro ematuria è una occasione per ricordare alcuni fondamentali della attività del medico di famiglia: annotare con cura ogni sintomo, predisporre degli alert in cartella per problematiche che potrebbero essere foriere anche a distanza di anni di complicanze importanti (ad esempio neoplasie o danni d'organo), prevedere un follow up per situazioni cliniche di allarme come questa spiegando al paziente anche con uso di flyer la importanza delle problematiche indagate, ricorrere alla consulenza specialistica in modo appropriato sia per visite che per concordare la strategia diagnostica migliore, esigere che indagini aperte da noi o in consulenza ci vengano restituite per non lasciare problemi aperti senza una risposta.

Il lavoro originale sulla visita della Scuola di Formazione Specifica in MG propone un'interessante riflessione metodologica sugli aspetti peculiari dei motivi/ modalità di accesso dei pazienti in uno studio di medicina generale. Del Zotti ha molto scritto sulla prospettiva biopsicosociale. Superando il modello della Person/Patient centred medicine teorizzato da Balint negli anni '60 con la overall diagnosis, il messaggio di George L. Engel negli anni '70 ci ha aiutato ad integrare l'approccio al paziente con criteri non solo biologici ma legati ai determinanti ambientali in una visione multidimensionale della salute

(Definizione W.H.O. 1948) che a Verona si ridefinisce modernamente multiassiale. Molto interesse susciterà nei cultori della materia la tabella n. 1 che ci regala uno sguardo d'insieme sul mondo mai abbastanza indagato della relazione che lega in pochi minuti due persone incontratesi per confrontare spesso non solo biologia e scienza ma empatia e compassione con fiducia e speranza.

RESPONSABILITÀ MEDICA: SPUNTI DI INTERESSE PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE DOPO LA RECENTE LEGGE GELLI

SanSebastiano
Medico di Medicina Generale,
20 Aprile 2017

Sono consapevoli i medici di famiglia delle responsabilità che ogni giorno sono chiamati a vivere nella sempre più frequente ipotesi di dover rispondere per colpa nell'operato nella professione quotidiana?

La legge Balduzzi pochi anni fa (DL. 189 / 2012) aveva modificato la responsabilità medica, per come fino allora delineatasi in materia penale e civile. La giurisprudenza interpretativa aveva infatti escluso la rilevanza penale della colpa lieve nel caso in cui il sanitario nello svolgimento della propria attività si fosse attenuto alle linee guida e alle buone pratiche terapeutiche (art. 3 comma 1).

I medici avevano sperato in una presunzione di non-responsabilità connessa all'applicazione delle linee guida, affidandosi sovente acriticamente a un'operatività seriale delle stesse in autotutela e indulgendo sovente in strategie di overtreatment.

Ma i giudici criticando le linee guida costruite in sede locale, regionale e poche volte nazionale senza severi crismi di Evidence Based Medicine hanno molto

spesso sanzionato anche i comportamenti che i medici intendevano allinearsi a queste raccomandazioni di pratiche condivise.

L'intervento normativo di riordino della materia introdotto dalla recentissima legge 24/2017 c.d. Legge Gelli si poneva ottimisticamente l'obiettivo di raggiungere un equilibrio fra tutela del paziente e limiti al contenzioso per combattere il fenomeno della *medicina difensiva*. Questa rappresenta l'eccesso di zelo che alcuni medici dimostrano prescrivendo numerose visite, test diagnostici ed esami, di dubbia necessità (con costi per il SSN se si pensa che nel 2008 il Ministro della salute Fazio stimasse che il costo fosse allora fra 12 e 20 miliardi di Euro) al fine principale di cautelarsi da eventuali denunce dei pazienti.

La dimensione del contenzioso giudiziario avverso i medici ha, infatti, raggiunto dimensioni molto ragguardevoli. Alla genesi di tale contenzioso, indubbiamente, contribuiscono talvolta in maniera significativa campagne pubblicitarie che associano, automaticamente, la mancata risoluzione di un problema di salute all'errore di un medico, alla sua responsabilità e alla sua colpa. I costi per tutta la società di questo vero e proprio conflitto sociale sono altresì enormi e misconosciuti. Di là da quelli economici è la rottura del rapporto di fiducia che è densa di valenze negative sugli esiti delle cure per un'intera comunità e le perplessità ingenerate nel

pubblico hanno contribuito a minare l'immagine pubblica e la stima sociale del medico.

I medici sono, infatti, chiamati a rispondere anche e sempre più spesso di responsabilità dovute a difetti estranei alla propria sfera di competenza e non riportabili ad un loro intervento diretto quali ad esempio le carenze strutturali e organizzative. Ci riferiamo al grave fenomeno delle liste di attesa per esami, ricoveri o interventi medici o alle estenuanti attese nei Pronto Soccorsi di cui i medici sono ritenuti causa invece che vittime, assieme ai propri pazienti.

Per i medici di medicina generale, in più, valga la considerazione che esiste l'errata consapevolezza di essere dei liberi professionisti o tutt'al più attori di un rapporto contrattuale parasubordinato quando invece davanti al Giudice – per invalsa giurisprudenza - sarà richiamata una posizione giuridica parificata oramai al rapporto di dipendenza. Sempre più, infatti, l'attività quotidiana è costretta da norme regionali e di azienda, circolari provenienti dai più disparati Servizi e Dipartimenti, ordini di servizio, percorsi diagnostico- terapeutici, Lea, Linee Guida, protocolli e raccomandazioni vincolanti che sono vissuti stranamente come pesanti vincoli burocratici invece che indurre a profonde riflessioni sullo status giuridico che hanno, di fatto, modificato, in peius.

A ciò si aggiunga la disciplina delle forme associative (team, medicine di gruppo etc.) che hanno di fatto stravolto il

profilo legale e contrattuale del medico di famiglia soprattutto nella interpretazione dei Giudici, qualora entrino nel merito in caso di controversie con i pazienti.

Di questo non v'è che timida traccia nei dibattiti culturali, sindacali, ordinistici e professionali in Italia.

La società italiana ha dimenticato che l'attività medica ha un evidente rischio intrinseco: interveniamo in contesti patologici alla ricerca di soluzioni appropriate in situazione di totale incertezza, prestando attenzione ai molteplici fattori che interagiscono in modo differente da individuo a individuo, consapevoli di non riuscire spesso a evitare esiti infausti. Non dimeno, orgogliosi che la Costituzione tuteli la vita, la salute e l'integrità fisica come beni fondamentali siamo gli unici professionisti ad assumerci la responsabilità etica e professionale di agire in un contesto di elevatissimo rischio.

Vi è però anche nelle nuove norme un'indifferenza alle istanze della classe medica, almeno sullo sfondo, riscontrabile in una incapacità del legislatore di sottrarsi alla logica della ricerca del capro espiatorio, propria della società contemporanea.

La veloce trasformazione della società nell'epoca della globalizzazione e la novità degli strumenti di comunicazione di massa (si pensi al web e all'avvento del digitale) hanno contribuito in maniera decisiva ad aumentare in maniera irrealistica le proprie aspettative in termini di salute e il senso

di inadeguatezza dell'individuo a dominare gli eventi, con la conseguente necessità di individuare sempre e comunque un responsabile esterno, anche a fronte di eventi imprevedibili nella difficile logica della vita.

E' la tendenza a trasformare l'Unghluck (accidente, fortuito, disgrazia) in Unrecht (errore, colpa); in altri termini quello che lo psicologo J.B. Rotter nel 1954 definiva, in sostanza, come avere un locus of control esterno nella visione del mondo.

Questa tendenza dell'uomo contemporaneo a trasformare gli eventi avversi in *ingiustizie* non è più un fenomeno di costume che riguardi la cultura USA come la filmografia americana ha continuato a sottolineare con efficacia ma è oramai pervasiva se pensiamo che un gruppo di 25 società scientifiche della medicina (fra cui SIC, ANAO, SIU, SIGO) ha costituito un network AMAMI (Associazione di medici accusati ingiustamente di malpractice) ed ha diffuso un video dal titolo significativo "Medici, pazienti, avvoltoio" <https://www.youtube.com/watch?v=VvOAjCQ8l08>

Il riferimento va ai 246.786 di avvocati che esercitano nel Belpaese. In Italia si contano 333 avvocati ogni 100mila abitanti, in Francia solo 75; per ogni magistrato ci sono 27 legali, in Francia 7, nel Regno Unito 3.

Così avviene che centinaia di avvocati si offrano con intense campagne pubblicitarie di patrocinare *gratuitamente* cause improponibili in altri Paesi Europei

(che trattano la responsabilità medica in ambiti disciplinari peculiari e riservati), alla caccia di negoziazioni con le assicurazioni che tutelano la responsabilità civile, con un conseguente enorme aumento dei costi delle polizze.

I loro obiettivi potrebbero non essere moderati dalla novità, contenuta nella Legge Gelli, che prevede l'obbligo di assicurazione per le strutture sanitarie e i liberi professionisti, la garanzia postuma dei contratti assicurativi (cinque anni elevati a dieci in caso di cessazione dell'attività) e la azione diretta del paziente danneggiato. Il paziente che si ritiene danneggiato ha oggi diritto di agire direttamente nei confronti dell'impresa assicuratrice fino al limite del massimale previsto in polizza, con facoltà di rivalsa della stessa nei confronti del proprio assicurato.

Si è poi creato un doppio binario della responsabilità medica decretando che la responsabilità civile dei singoli sanitari è di natura extracontrattuale con termine di prescrizione quinquennale mentre per la struttura sanitaria la responsabilità è contrattuale e si prescrive in dieci anni. Sembrerebbe quindi che siano i pazienti "danneggiati ad avere l'onere della prova di colpevolezza nei confronti dei medici e questo dovrebbe essere un elemento destinato a moderare richieste assurde.

Ma è di questi giorni la richiesta di risarcimento per presunta danno da ritardo diagnostico ad un medico di famiglia che, attenendosi a precise linee guida

nazionali e internazionali (<http://www.snlg-iss.it/lgn> <https://www.nice.org.uk/>) aveva prescritto una RNM non urgente per un paziente con una semplice lombalgia ribelle.

Non si placherà quindi assolutamente la marea montante di richieste di risarcimento verso tutti gli operatori sanitari.

E' oramai esperienza quotidiana vedere le richieste per presunti danni, salire dal basso a partire dal medico di famiglia per coinvolgere la ASL dopo la recente Cassazione Civile, sez. III, sentenza 27/03/2015 n° 6243 che ha inaugurato un nuovo indirizzo giurisprudenziale. Infatti si afferma la responsabilità ex art. 1218 c.c. dell'ASL per l'errore commesso dal medico di base e se ne invoca la copertura assicurativa che le ASL non hanno mai inteso estendere sino ad oggi fino a coprire l'attività dei medici convenzionati ora invece assimilati dai giudici ai fini assicurativi ai dipendenti del SSN.

D'altro canto le richieste scendono dall'alto a coinvolgere il medico di medicina generale in qualsiasi chiamata a responsabilità alla ASL con richiesta di indennizzo, originata da una pratica ospedaliera anche superspecialistica.

Vale infatti la pena di ricordare cosa è successo a Firenze nel 2011 sebbene la Cassazione 5 anni dopo abbia ribaltato la sentenza.

Una vicenda dolorosa, una sentenza che prevede un risarcimento altissimo, un'intera categoria in fibrillazione. Dopo le

condanne per omicidio colposo inflitte ai due medici che seguirono il caso della bambina di Molin del Piano poi morta al Meyer per una peritonite, c'è un elemento che scuote pediatri e dottori di famiglia toscani e non solo. Si tratta dell'aspetto civilistico. Il giudice ha infatti obbligato al versamento di un anticipo di risarcimento del danno di quasi tre milioni di euro e ha previsto che la responsabilità civile oltre che dei due medici condannati si estenda ad un terzo. Si tratta della pediatra di famiglia, che quando la bambina si sentì male si trovava all'estero in ferie. In quel periodo si era fatta sostituire da una collega, che parlò tre volte per telefono con i genitori della piccola ipotizzando una influenza. La pediatra titolare è finita sotto processo a Firenze con un dottore della guardia medica.

Nel lontano 2001 F.Introna scrisse un articolo in Rivista italiana di medicina legale, p.879;Un paradosso: con il progresso della medicina aumentano i processi contro i medici.

Lungi dal cambiare la pluridecennale storia dell'indiscriminato intervento penale nel settore sanitario la recente Legge Gelli pare suscitare in molti commentatori grandi perplessità sul piano giuridico e molte attese tradite. Molto meno attenti ad analisi approfondite appaiono ad oggi i veri protagonisti: i medici.

Va osservato che i profondi disagi denunciati dalla classe medica nascono

non dalla condanna definitiva in sede penale (le sentenze di legittimità che coinvolgono sanitari sarebbero poche) bensì dalla sola esistenza di un procedimento di chiamata legale a responsabilità per numerose ragioni:

a) La totale impreparazione psicologica e pratica ad uno scenario di conflitto legale e il senso di isolamento che attanaglia la persona oggetto di chiamata a responsabilità per colpa;

b) Lo stigma rappresentato, a livello sociale e professionale, dalla pendenza di un siffatto procedimento con il pregiudizio della reputazione;

c) I tempi delle controversie talmente prolungati da cambiare intere esistenze familiari;

d) Gli enormi costi per la preparazione della propria difesa;

e) L'abnorme aumento dei premi assicurativi per i rischi legati all'esistenza di tale contenzioso;

f) Il timore per le eventuali conseguenze pregiudizievoli scaturenti da una pronuncia di condanna sia in termini di libertà personale in senso lato, che per il patrimonio

Cosa fare?

Una adeguata copertura assicurativa per la responsabilità civile professionale e per la collegata tutela legale è oggi indispensabile. Se saranno la Federazione degli Ordini dei medici e degli Odontoiatrici o i Sindacati di categoria a garantirne la serietà e la copertura di ogni prevedibile rischio le polizze potranno

veramente assolvere il compito di dissuadere avvocati e pazienti da aprire conflitti ingiustificabili.

E' pertanto auspicabile costituire team di medici legali specializzati nelle singole branche della medicina che hanno specificità cliniche, organizzative e metodologiche peculiari. Ci riferiamo in particolare all'ambito della medicina generale che con l'elevatissimo numero di prestazioni e l'assenza di linee guida particolareggiate può offrire la occasione di un numero elevato di *errori* professionali.

Questo potrebbe contrastare i problemi del contenzioso legale oggi così esteso nel nostro paese contribuendo a ridurre fenomeni di ingiustificate pretese di indennizzo e rasserenando un ambiente professionale oggetto di un vero e proprio conflitto sociale.

INTEGRAZIONE DI VITAMINA D: PANACEA, PLACEBO O UNA VIA DI MEZZO?

Giulio Rigon, Claudio Andreoli
MMG Verona

La vitamina D è un tema di ricerca che negli ultimi anni riscuote molto successo fra i ricercatori, ma i messaggi degli studi sono contrastanti circa la sua utilità e la sicurezza.

Il titolo dell'articolo è infatti una inchiesta del 2015 apparsa sul Washington Post (1), che metteva in dubbio alcuni studi sull'integrazione di vitamina D come fattore protettivo per il diabete, la depressione e la sclerosi multipla. Il filone di ricerca arriva fino alla riduzione dei sintomi influenzali e alla prevenzione delle infezioni delle vie aeree superiori, come mostra questa metanalisi uscita qualche settimana fa sul BMJ (2).

Al di là delle analisi specifiche su questi nuovi fronti di ricerca è certo che la vitamina D e la richiesta di esame laboratoristico di vitamina D siano tra le voci di spesa farmacologica maggiori in Italia negli ultimi anni, con un aumento pari al 20% per anno (3). Questi aumenti fanno pensare che la prescrizione della vitamina D sia in una certa quota inappropriata, così come la misurazione della vitamina D, sia nelle donne all'inizio della menopausa, sia in quelle con osteoporosi in terapia con bifosfonati.

Cosa suggeriscono le Linee Guida

Vitamina D in pazienti a rischio: con o senza supplemento di calcio?

La carenza di vitamina D è un fattore favorente il rischio di fratture e di cadute, e la sua carenza è un importante fattore nell'osteoporosi e nel controllo terapeutico di questa malattia, poiché la causa più comune di mancata risposta alla terapia farmacologica dell'osteoporosi è la carenza di calcio e/o vitamina D. Infatti negli studi che hanno evidenziato l'efficacia anti-fratturativa dei bisfosfonati i pazienti assumevano anche supplementi di calcio e vitamina D, che devono essere raccomandati a tutti i pazienti in trattamento o in procinto di essere trattati con bifosfonati (4). (Raccomandazione grado A).

La carenza di vitamina D è diffusa in Italia, specie in età avanzata. Va ricordato che solo il 20% del fabbisogno deriva dall'alimentazione; la componente principale deriva dalla sintesi endogena a livello cutaneo in seguito all'esposizione solare ai raggi UVB, peraltro sempre più inefficace con l'avanzare dell'età. Ne consegue la frequente necessità di una supplementazione, specie in età senile. La supplementazione con vitamina D, se associata ad un corretto introito di calcio, negli anziani si è rivelata utile persino in prevenzione primaria (4). (Raccomandazione grado A).

Di contro una metanalisi (5) del 2014 di 15 trials per un totale di 28,271 soggetti (fra i 50 e gli 85 anni), ha confrontato l'effetto della supplementazione con sola vitamina D versus placebo e versus nessun trattamento; i risultati non indicano che la supplementazione possa ridurre il rischio di frattura vertebrale, se non nel caso dell'alfacalcedolo.

Inoltre i pazienti che assumono vitamina D o analogo, con o senza calcio, non hanno mostrato alcuna differenza nel rischio di morte rispetto ai pazienti trattati con placebo.

In un recente dibattito su questo argomento pubblicato sul bmj si ribadiva come i dati delle recenti metanalisi e RCT permettono di sostenere che sia poco utile continuare a condurre ulteriori studi clinici randomizzati, sostenendo che le recenti metanalisi di studi randomizzati hanno dimostrato che i soli supplementi di vitamina D sono in gran parte inefficaci.

Test laboratoristico della vitamina D

Le raccomandazioni delle linee guida così come la Choosing Wisely suggeriscono una maggiore attenzione nell'esecuzione de test della vitamina D. "Non misurare **1,25-diidrossivitamina D** a meno che il paziente non abbia ipercalcemia o una funzione renale ridotta" (6).

In particolare il test andrebbe prescritto solo in caso di reale rischio di carenza (vedi

tabella 1), e non è indicato per lo screening generalizzato della popolazione, soprattutto anziana.

Anche le linee guida NICE sostengono la stessa posizione (7): il monitoraggio di routine dei livelli sierici di 25 (OH) D è inutile, ma può essere appropriato dopo 12 settimane dall'inizio del trattamento in cui i pazienti sono ancora sintomatici, e soprattutto quando è presente malassorbimento, o si sospetta scarsa aderenza. I pazienti che non rispondono dopo 12 settimane di trattamento possono essere considerati per il rinvio alle cure di secondo livello.

Tabella 1: Indicazioni test Vitamina D

- Diagnosi accertata di rachitismo,
- osteomalacia, osteoporosi
- Insufficienza renale cronica
- Insufficienza epatica
- Malassorbimento intestinale
- Iperparatiroidismo
- Farmaci (antiepilettici, glucocorticoidi, antifungini, antivirali per HIV, colestiramina)

Se non esistono le indicazioni indicate nella tabella 1 per eseguire il test, le linee guida SIOMMS(4) suggeriscono in approccio più pragmatico, indipendentemente da sesso e dall'età del paziente. Per quanto riguarda il monitoraggio viene indicata la valutazione di 25(OH) vit D dopo almeno 2 anni di supplementazione (4).

| | |
|--|--|
| < 60 anni e normale esposizione solare | NO test NO supplementazione |
| Individui tra 60 e 70 anni | Approccio pragmatico: eseguire test e vit. D 1000 UI/die |
| > 70 anni la carenza è 100% | Supplementazione senza dosaggio preliminare |

Inoltre va ricordato che il sovradosaggio di Vitamina D (ad esempio con dosi di 300.000 U) può essere dannoso dal momento che aumenta il rischio di frattura.

Queste considerazioni dovrebbero quindi fare sì che anche il nostro approccio all'aggiunta di vitamina D sia più appropriato e meno influenzabile dalle richieste dei pazienti, facendo sì che il momento della richiesta diventi un breve momento educativo e informativo sia per il paziente che per il medico.

BIBLIOGRAFIA

1- Vitamin D supplements: Panacea, placebo or something in between? <https://tinyurl.com/gl9pz4q>

2- Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. <http://www.bmj.com/content/356/bmj.i6583>

3- Vitamina D: secondo dati AIFA consumi in ascesa e prescrizioni poco appropriate <https://tinyurl.com/zser8f9>

4- Linee guida per la diagnosi, la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi [SIOMMS], Reumatismo 2016 <https://tinyurl.com/gnc8v7m>

5- Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in postmenopausal women and older men. 2014; (4): doi:10.1002/14651858.CD000227.pub4

6- Should healthy people take a vitamin D supplement in winter months?BMJ. 2016 Nov 23;355:i6183. doi: 10.1136/bmj.i6183. <http://www.bmj.com/content/355/bmj.i6183>

7- Choosing Wisely Endocrine Society <http://www.choosingwisely.org/societies/endocrine-society>

8- Nice Vitamin D: increasing supplement use in at-risk groups 2014

NET-MAKREMA: NETAUDIT SU EMATURIA MACROSCOPICA IN MEDICINA GENERALE

Coordinatori: Francesco Del Zotti , Carmine Farinaro e Lista Netaudit (www.netaudit.org)

Membri della Lista Netaudit partecipanti: Angelo Auguruso, Mario Baruchello, Giovanni Ciolina, Francesco Del Zotti, Alberto Dolci, Carmine Farinaro, Luciano Lippa, Lorenzo Lupi, Guido Pastacaldi, Luca Tedeschi, Lidia Tondi, Renato Tulino

L'ematuria macroscopica è segno d'allarme da indagare in tempi rapidi. Le linee guida più accreditate e flow-chart ad hoc raccomandano soprattutto di escludere malattie importanti e soprattutto le neoplasie, la cui presenza si verifica tra il 15 ed il 25%. Servono test opportuni, l'invio allo specialista urologo e/o nefrologo e idoneo follow-up. I membri della Lista Netaudit hanno quindi deciso di valutare, alla luce delle migliori linee-guida ed evidenze, sia la numerosità di questi pazienti per ogni MMG sia se questi test e visite siano eseguiti in proporzione opportunamente soddisfacente o ottimale e se si verifichino variabilità.

METODI

Dal database i MMG hanno estratto, mediante una frase SQL realizzata ad hoc per i partecipanti, i casi di ematuria macroscopica presenti nel database. Sono stati esclusi:

- a) pazienti di SESSO femminile con pseudo-ematuria (mestruale; post-coitale; chiaramente legata a cistiti emorragiche);
- b) uso di farmaci come coumadin o Asa soprattutto se probabile correlazione temporale o di dosaggio;
- c) chiari segni clinico-radiologici di colica e calcolosi vie urinarie

RISULTATI (FIGURA 1-2-3)

Medici partecipanti:

12 MMG hanno partecipato e inviato dati anonimizzati

Numero di casi per MMG (figura 1):

Si assiste a discreta variabilità nella numerosità di casi per MMG. La media per MMG è di 6,2; la mediana 6; il minimo: 3; massimo:10; 25.mo percentile: 4,2; 75.mo percentile: 7,8.

Età dei casi in anni: minimo 17 anni; quartile inferiore 54; mediana 66; media: 65; quartile superiore 75; massimo: 92).

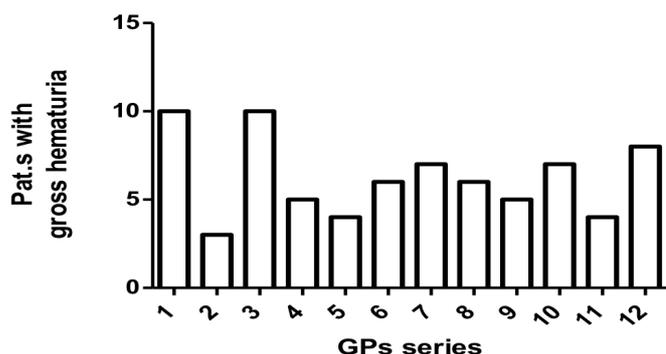


Figura 1- N°Casi per MMG

Sesso dei pazienti (figura 2):

64 maschi (85.3% ; IC da 75% a 92%) ;
Femmine (14,6%; IC da 7,5% a 24%)

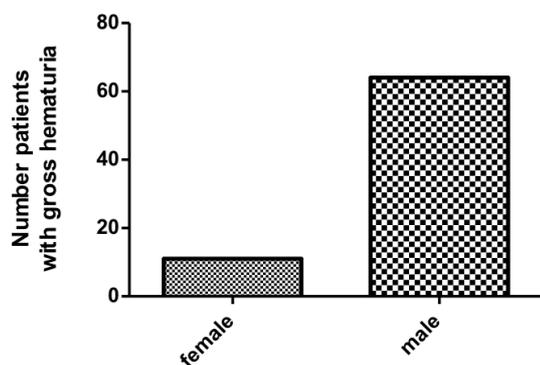


Figura 2- Distribuzione per Sesso

Creatinina (almeno 1 test nell'anno della Diagnosi) Almeno 1 test nell'anno della diagnosi è presente in 63 casi, pari all'84% dei casi (IC da 74% AL 91%)

Richiesta di alcuni o tutti i seguenti esami: Pcr, Pt, Ptt, C3,C4

Solo 24 pazienti pari al 32% (32%; IC da 22% a 44%) hanno in cartella la registrazione di almeno 2 esami su 5

Urine e Urinocoltura in cartella con risultato

In 46 casi erano presenti entrambi i risultati (61,3%: IC dal 49% al 72%); solo 1 di due in 17 casi ; nessuno dei due in 12 casi (61,3%: IC dal 49% al 72%).

Richiesta di citologia urinaria

In 47 casi è stata richiesta la citologia urinaria (63%.; IC : da 51 a 64%)).In 14 casi la citologia ha fornito almeno un risultato dubbio o positivo.

PSA nei Maschi >50aa

48 pazienti su 63 maschi con ematuria macroscopica ed età uguale o maggiore a 50 anni hanno eseguito almeno un PSA: si tratta quindi del 66% (IC da 64% a 86%). 14 pazienti hanno un PSA elevato.

Frequenza della Visita Urologia e/o Nefrologica

59 pazienti (79%; IC da 68% a 87% / hanno eseguito visita specialistica (55: visita urologica; 4 sia visita nefrologica che urologica).

Frequenza di Ecografia dell'addome (per vescica e reni)

67 pazienti (89%; IC da 80% a 95%) i hanno eseguito Eco Addome.

Sono risultati positivi o dubbi 22 casi.

Frequenza di UroTAC

16 casi (21%; IC da 13% a 32%) hanno effettuato Urotac, di cui 7 con risultato dubbio o positivo.

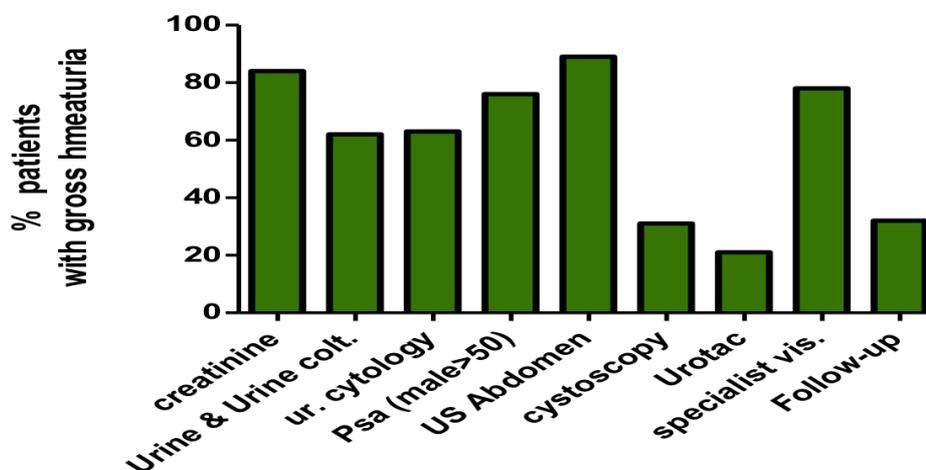
Frequenza della Cistoscopia

23 casi (31%; IC da 21% a 42%) hanno effettuato almeno una cistoscopia. 12 casi hanno ricevuto diagnosi dubbia o positiva

Frequenza del follow-up ogni 6 mesi nei casi con diagnosi non chiara (tutti i seguenti o la maggioranza tra urine, citologia urine, eco addome, cistoscopia).

Bisogna sottrarre to 16 casi ove e' stata raggiunta diagnosi e terapia già nei primi 6 mesi. Restano quindi in denominatore 59 casi. Un follow up sufficiente è stato eseguito in 19 /59 casi (32% ;IC da 20 a 45%).

Figura 3- Registrazione dati



DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il primo dato che spicca è la netta proporzione maschile. L'età media è di 65 anni.

Per quel che riguarda la qualità delle varie componenti del processo diagnostico e del follow-up e la loro relativa registrazione in cartella (Figura 3) possiamo constatare una sufficiente, ma migliorabile, richiesta di analisi specifiche di I livello (soprattutto creatinina, urine e urino-coltura, citologia urinaria, Psa nei maschi con età superiore a 50aa) . Esami ematici meno specifici ma utili, secondo le Linee-guida (pcr, ptt,pt, c3,c4) sono registrati in maniera insufficiente.

Più che sufficiente è stata la richiesta di eco addome sia la registrazione di visita urologica o nefrologica.

Chiaramente insufficienti sono invece risultati sia la registrazione di Uro-tac (che sta diventando quasi un gold standard per molti casi ematuria macroscopica) sia quella di cistoscopia sia infine degli esami e visite di follow-up. Da cosa possono dipendere queste insufficienze?

Probabilmente questi ultimi esami vengono eseguiti negli ambienti di II livello. Ma anche se così fosse sarebbe importante averne traccia vista l'importanza del follow-up nei mesi e anni successivi, compito che alla fine ricade sul MMG .

Data la rilevanza di questo segno di allarme, riteniamo che un passaggio chiave è il seguente: adoperare tutti i metodi per tenere traccia nel tempo sia

degli esami e visite eseguiti o da eseguire. Ad esempio con una visualizzazione periodica del registro di questi pazienti; ad esempio con idonei "prompting" in cartella. E, least but not last, è necessario migliorare la comunicazione con gli specialisti sia di tipo tradizionale (cartacea, telefonica) sia su auspicati e mai concretamente arrivati canali telematici di comunicazione purché realmente di qualità e realmente "protetti".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1.Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for bladder cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011; 155:246-51

2.Edwards TJ, Dickinson AJ, Natale S, Gosling J, McGrath JS. A prospective analysis of the diagnostic yield resulting from the attendance of 4020 patients at a protocol-driven haematuria clinic. *BJU Int.* 2006; 97:301-5.

3.American Urological Association. Choosing Wisely: Ten Things Physicians and Patients Should Question. American Urological Association; 2015. Accessed at www.choosingwisely.org/societies/american-urological-association

4.Nielsen M, Qaseem a, MD, for the High Value Care Task Force of the American College of Physicians Hematuria as a Marker of Occult Urinary Tract Cancer: Advice for High-Value Care From the American College of Physicians *Ann Intern Med.* Published online 26 January 2016 doi:10.7326/M15-1496

5.<http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/316.html>

PROPOSTA DI UN NUOVO STRUMENTO PER LA MAPPA DELLA TIPOLOGIA DI VISITA E DEGLI ITEM PROFESSIONALI AMBULATORIALI IN MG

Del Zotti Francesco (1), Tabarcea Natalia(2), Bernini Andrea(3), Fontana Laura(3)

(1) Mmg VERONA, Direttore di Netaudit; (2) Scuola di formazione Specifica in MG; (3) Studenti di Medicina Facoltà di Medicina Università di Verona

La MG ormai da anni non è solo un luogo di pratica professionale, ma anche un luogo di apprendimento.

Una certa quota di MMG ospita nel proprio ambulatorio o medici del corso di formazione in MG, o neolaureati in procinto di esame di stato o studenti di medicina.

Il setting è quello ambulatoriale o domiciliare: un setting "ricco", complesso ma non sempre organizzato per rilevare in maniera puntuale le variabili emergenti dal singolo incontro o singolo atto professionale.

D'altra parte si ha la sensazione che nel primo impatto dei giovani con la MG essi sappiano riconoscere subito le variabili cliniche ma che faticino ad individuare la dinamica delle decisive variabili psico-sociali, comportamentali, relazionali, famigliari, gestionali. Come potrete notare nel proseguo, gli item clinici sono solo un

terzo di tutti gli item possibili. Una mappa più estesa del "territorio" composito da percorrere potrebbe quindi dare un aiuto non irrilevante alla comprensione della disciplina "medicina generale"

Abbiamo quindi deciso di mettere a punto un strumento di rilevazione delle variabili emergenti in ogni singolo incontro, strumento che da una parte Non alteri il flusso naturale di lavoro, e dall'altra renda il giovane studente o medico consapevole della varietà e diversità dei problemi e risorse dei pazienti e famiglie e dei modi di gestirli da parte della MG.

METODI

Durante il tirocinio è stato presentato un modello base di scheda raccolta dati.

Durante le visite, il giovane, con un sistema a campione, compilava almeno i dati relativi a 5-10 visite per giorno. Dopo la singola visita o dopo un gruppo limitato di visite il medico senior ed i giovani commentavano le singole visite ed il modo di compilare lo schema concordato; in particolare si analizzava insieme, dando un colpo d'occhio su ciò che era stato registrato, l'estensione delle diverse tipologie di item professionali registrati (si vedano tabelle 1 e 2) . I giovani hanno avuto anche il compito di suggerire modifiche o aggiunte allo schema. Da questo lavoro è nata la proposta di schema che qui presentiamo

La scheda contiene dei campi fissi per ogni incontro o visita. I campi-variabili derivano da analisi precedenti presenti in

due libri e un articolo di uno degli autori (Del Zotti:1993,2004, 2009).

a) IL CAMPO TIPO DI VISITA:

In particolare, il primo campo classifica le visite secondo una definizione particolare di visita .. "Definisco VISITA l'interessamento del MdF ad un PROBLEMA del Paziente. Quindi VISITA = visitare un problema del paziente, indipendentemente dalla procedura classica ospedaliera . Per esserci una visita quindi è sufficiente una sola DOMANDA DEL/SUL PAZIENTE. Non solo. Se è sufficiente una DOMANDA, ergo: si possono visitare i pazienti indipendentemente dalla PRESENZA fisica del soggetto (oggetto della domanda). Ovviamente la domanda può essere subita dal medico (PASSIVA), o agita (ATTIVA) dal medico. Per i motivi precedenti se si parte dalla posizione del MMG posso classificare le visite in questo modo:

a1) visita Presente-Passiva (PR-PAS) :la/ il paziente e presente nella stanza delle visite ed e' lei/ lui a chiedere lumi su un suo problema medico ;

a2) visita Presente-Attiva (PR-AT) la/il paziente è presente nella stanza del medico ma è il medico ad attivare la domanda, ad esempio con l'esame obiettivo o con la richiesta di test per problema chiamato in causa dal medico;

a3) Visita Assente-Passiva (AS-PAS): un familiare, presente nella stanza delle visite, chiede lumi o riporta il problema di un suo familiare;

a4) Visita Assente-Attiva (AS-AT) : il MMG chiede informazioni ad un familiare stretto a riguardo di un suo paziente assente

b) IL CAMPO TIPOLOGIA DEL PROBLEMA EMERGENTE

La mg è caratterizzata da una congerie di problemi multi-assiali ed in particolare bio-psicosociali, relazionali, nonché da specifici problemi di management (cartella clinica computerizzata, gestione degli appuntamenti, gestione delle urgenze, del carrello dei farmaci urgenti, carrello delle medicazioni, gestione degli strumenti di office automation (pc, stampante, fotocopiatrici, fax, etc)

E' importante che lo studente o il tirocinante possa riconoscere e classificare a volo tali diverse tipologie. La proposta di simboli grafici successiva può essere ulteriormente approfondita in un articolo citato del 2009 (si veda bibliografia e sitografia) . Ecco i simboli impiegati:



Il cerchio (o ellisse) indica un problema **CLINICO**



il triangolo un **problema psicologico o un problema relazionale** a vari livelli. Ad es: del paziente; un problema relazionale del MMG con il paziente o del MMG con altre figure sanitarie; ecc



il Rombo (doppio triangolo) indica un problema Sociale del paziente



Il rettangolo (o quadrato) indica **problemi e soluzioni di management e logistica**

Ogni incontro o visualizzazione di problema può contenere uno o più problemi del paziente presente davanti a noi o di un altro nostro paziente collegato al paziente; e ciò anche in assenza di qualsiasi paziente (ad esempio la segretaria ci porta in visione un risultato di laboratorio che il paziente le ha consegnato).

c) INDIVIDUAZIONE SINGOLI ITEM PROFESSIONALI

Dopo aver individuato nel punto precedente le 4 tipologie di variabili, sono stati individuati i singoli item professionali e quindi suddivisi per la precedente tipologia di problema, si può mostrare la tabella che è stata adoperata come potete leggere nella seguente tabella 1

Nella TABELLA 2 potete leggere un esempio di compilazione che deriva dalle definizioni precedenti in merito a due casi

simulati che comunque prendono spunto da situazioni reali

CONCLUSIONI

La nostra proposta non vuole mettere un punto fermo su una materia (le visite ambulatoriali in MG) assai complessa. Vuole essere piuttosto uno stimolo ad una discussione sulla praticabilità di uno strumento del genere, magari da migliorare con il concorso di svariati tutor e tirocinanti.

Lo strumento, altresì, si presta a future valutazioni metodologiche ed etiche; per fare un solo esempio : come coniugare privacy, delega a familiari e ruolo di medicina micro-comunitaria del MMG nelle valutazioni dei problemi di un proprio paziente "assente"? Insomma il nostro augurio è che la nostra proposta e schema di raccolta dati possa dare un ulteriore stimolo alla ricerca formativa, statistica o qualitativa, intorno alla MG, per studenti e giovani medici nel post –

laurea o nelle scuole di formazione specifica in MG.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1) Del Zotti F. (1993) Metodi di Medicina Generale. Levante editori

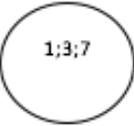
2) Del Zotti F(2004) Tra casi e case . Levante Editori

3) Del Zotti F. (2009) Dall'informatica rocciosa all'informatica acqua; appunti per l'evoluzione delle cartelle computerizzate in medicina. <http://rivistaqq.org/wp/wp-content/uploads/QQ-IT-029-8-2009.pdf>

Tabella 1

| | |
|--|--|
|  <p>Clinica</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Raccolta sintomi e segni presentati 2) Eventuali Clinical Pointer <u>essenziali</u>, invece che visione sistematica da "libro" (ad es Edema arti) 3) L'Esame Obiettivo contestuale ai punti 1 e 2 4) La lettura ed interpretazione esami, test, visite; tecnica di registrazione dati in cartella 5) La gestione degli esami di routine e degli screening "opportunistici" nel singolo paziente 6) La terapia farmacologica acuta o cronica 7) Modalità di prescrizione e scelta di Test e visite, specialisti 8) Caso e approfondimento con aggiornamento <i>ad hoc</i>, seguendo appropriatezza, LG, EBM 9) Diagnosi differenziale e priorità decisionale di un processo diagnostico-terapeutico rispetto ad un altro 10) Scelta tra Approccio Conservativo e approccio Urgente e tipo di problema e paziente: gestione del tempo e differenze con la medicina specialistica |
|  <p>management</p> | <ol style="list-style-type: none"> 11) Cartella Clinica computerizzata: modalità di gestione della Lista dei problemi; della richiesta e risposta test laboratorio, imaging, visite, allergie, ecc 12) La gestione delle medicazioni e urgenze (disinfezione, armadietto o punto urgenze; protocollo in caso di urgenza) 13) Il ruolo del personale (di segreteria e/o infermieristico) 14) Office automation in MG e sistemi di comunicazione (uso segreteria telefonica, fax, stampanti, fotocopiatrici; <u>sms</u>, email, ecc) 15) Quale micro-tecnologia in ambulatorio e come-quando viene usata 16) Audit in MG a partire dalla cartella Computerizzata |
|  <p>Aspetti Psicologici o Relazionali</p> | <ol style="list-style-type: none"> 17) Singolo paziente e background affettivo, Familiare, relazionale Il paziente ed il MMG: tra necessità di difendere sicurezza dei dati e della relazione fiduciaria e quella di condividere dati e risorse umane nei casi di seri problemi. Evoluzione di tutto ciò anche alla luce delle opportunità e rischi della telematica 18) Modalità di presentazione dei problemi del paziente ed il MMG come attore del cambiamento 19) Identificazione e gestione dello stress psico-fisico del paziente, familiari e dello stesso MG 20) La famiglia, i care giver e l'assistenza al paziente fragile 21) Il MMG come Consigliere della salute del paziente e la delicatezza e metodo di suggerire modifiche comportamentali. 22) MG e Medicina distrettuale o medicina di II livello: episodi di cooperazione e disarmonia. Identificazione dei problemi o delle risorse e percorsi di soluzione relazionale |
|  <p>Aspetti Sociali</p> | <ol style="list-style-type: none"> 23) Il paziente ed i suoi problemi o risorse sociali: identificazione e assistenza 24) La complessità delle cause e determinanti di salute e <u>malattia</u>; <u>modalità di soluzioni</u> ,<u>seguendo il modello bio-psico-sociale</u> 25) Il MMG tra ruolo di advocacy ma anche di pubblico ufficiale: le diverse <u>certificazioni</u> : inps, invalidità, patente, porto d'armi, ecc . Il MMG che avvia sostegno sociale (anche riguardo ai delicati aspetti relazionali tra MMG e paziente) 26) IL MMG e i rapporti con la Regione e lo stato con particolare riguardo a progetti, campagne <u>preventive</u>, <u>note limitative</u>. Inoltre. Relazione con la telematica pubblica: Flussi; Ricetta dematerializzata e al Fascicolo sanitario elettronico 27) Il MMG e gli altri MMG: Medicina di gruppo o AFT o reti <u>orizzontali</u>: rischi e opportunità 28) Il MMG "solitario" ed il MMG collegato a Cooperative, Sindacati, Società culturali, reti telematiche 29) Il MMG e iniziative di Istituzioni culturali della medicina collegabili alla MG (Scuola formazione in MG, ODM, Istituti di ricerca, Università) 30) Il MMG e la società intorno (ad es: conoscenza del <u>quartiere</u> e dei suoi rischi e <u>opportunità</u> ;eventuale <u>impegno civico</u> e raccordo con la professione) |

Tabella 2: esempio di compilazione della Tabella 1 (CN= Cognome e Nome) . Si veda Tabella 1 per simboli e significato

| DATA | CN | Età | Sex | Tipo Vis. | Tipo problema e descrizione |
|----------|----|-----|-----------------------------|----------------------|---|
| 1/1/2017 | XX | 51 | F | PR-PAS; PR-Att |  <p>Una signora arriva in studio e lamenta dimagrimento, <u>insonnia</u>, tachicardia. Il MMG controlla il peso (meno 5 chili rispetto al suo abituale peso), controlla la tiroide e chiede alcune analisi di controllo</p>  <p>Poi cerca di capire se vi e' stress: "è preoccupata per qualcosa ultimamente?" La moglie riferisce che e' molto preoccupata e spaventata: nell'ultimo mese l'alcolismo del marito è peggiorato e che è diventato più minaccioso. Chiede di provare a contattarlo.</p> |
| 1/1/2017 | XY | 58 | M (marito di <u>XX</u>) | Ass-Pass; Ass-Att |    <p>Il MG ha un buon e duraturo rapporto con il paziente, che comunque è un frequentatore inabituale. Dal dialogo con la moglie scopre che da circa 2 mesi il paziente ha perso il lavoro. Controlla la cartella e nota che il paziente, 58 anni, è anche fumatore e iperteso; ha una misura della Pressione in cartella di 15 mesi fa e non ha mai effettuato sangue occulto o colonscopia, pur se con storia familiare. Concorda un tentativo con la moglie: scrivere una lettera in busta chiusa al marito, invitandolo a venire per un controllo e per valutare la possibilità di esami di controllo per l'ipertensione e per altri eventuali test da concordare. Il MMG programma, inoltre, di analizzare con tatto nell'eventuale visita, le ripercussioni emotive della disoccupazione, le eventuali risorse per fronteggiarla ed eventuali certificazioni di invalidità</p> |