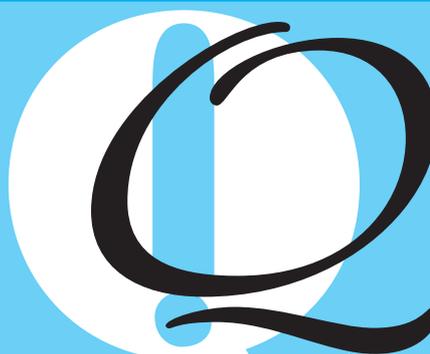


Periodico Trimestrale di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da S.I.V.R.Q. (area Cure primarie) e SIMG sezione di Verona
Comitato di Redazione: Mario Baruchello, Alessandro Battaglia, Franco Del Zotti, Bruno Franco Novelletto, Daniele Giraldo, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi, Roberto Mora, Nicolò Seminara, Michele Valente, Attilio Dalla Via



La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Proprietario ed Editore: Associazione Qualità medica
Direttore Responsabile: Roberto Mora
Collaboratori Internazionali: Julian Tudor Hart, Paul Wallace
Proprietario: Associazione QM
Direzione: Via dell'Artigliere, 16 37045 Legnago (VR)
Redazione: p/so Ordine dei Medici di Vicenza Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza
Stampa: Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)
Sito: www.2.netbusiness.it/simg/qq.html
e-mail: mario.baruchello@tin.it - delzotti@libero.it

Qualche novità

Con questo numero QQ continua le sue pubblicazioni ma noterete che la proprietà è stata cambiata. Ragioni di opportunità economica e fiscale, di facilitazione postale e prospettive di sviluppo hanno imposto la creazione di una associazione culturale "Qualità Medica" che coordinerà l'attività del nostro gruppo fondatore della NewsLetter.

Su questo numero viene riportato il progetto sperimentale di assistenza territoriale avviato nella A.S.L. 20 il progetto sulla demenza avviato nella stessa A.S.L., un caso clinico e una ricerca sulle polmoniti contratte in comunità. Cambiano insomma solo le etichette ma l'impegno è e resterà costante. Ricordiamo ancora che il giornale è aperto al contributo di chiunque.

Il progetto sperimentale di assistenza territoriale dell'Ulss 20 Verona

S. Giroto*, A. Donini*, G. Lombardo* e G. B. Gottardi**
*MMG-Verona
**MMG-Vicenza, Società Italiana VRQ

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO (a cura di *)

Il Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale (denominato "PSAT") è iniziato operativamente il 01.06.1999, dopo 2 anni di studio da parte di una commissione tecnica proposta dal Comitato Consultivo dell'ULSS di Verona, composta da medici di famiglia e da medici dell'ULSS stessa. L'ULSS 20 di Verona serve 418.000 cittadini ed ha nel suo territorio 7 distretti dove lavorano 334 medici di famiglia,

53 pediatri, 200 medici dipendenti e 100 medici specialisti. Fanno capo a questa ULSS 2 ospedali, dislocati perifericamente, mentre i 2 grandi ospedali di Verona sono autonomi e raggruppati nell'Azienda Ospedaliera di Verona. Gli elementi caratterizzanti il progetto veronese sono:

• L'offerta di un "pacchetto di servizi" differenziato:

- 1) strutturale,
- 2) preventivo,
- 3) diagnostico-terapeutico,
- 4) assistenziale,

incentivato economicamente ai medici partecipanti con un compenso aggiuntivo rispetto alla convenzione nazionale e agli accordi regionali, di tipo forfettario (12.500 lire/paziente). In questo modo è completamente abbandonata la logica del pagamento a prestazione.

• Gli incentivi sono obbligatoriamente ed esplicitamente slegati dai risparmi ottenuti eventualmente a livello d'azienda.

Qui di seguito ecco elencati i **principali elementi (criteri)** suddivisi per aree e tipologie d'intervento.

1) **Area "strutturale"** (i cui criteri hanno costituito il prerequisito per partecipare alle fasi successive):

1.1) orario di apertura di almeno 1h15' per 5 giorni /settimana. Tale impegno riguarda il singolo medico anche se svolge attività in forma associata;

1.2) orario su prenotazione, per almeno mezza giornata/settimana;

1.3) informatizzazione obbligatoria, con modem;

1.4) disponibilità diurna, dalle 8.00 alle 20.00, nei prefestivi dalle 8.00 alle 10.00, anche organizzandosi in forma associata ed avvalendosi delle attuali tecnologie;

1.5) partecipazione obbligatoria agli appositi corsi di aggiornamento (inerti, cioè, il percorso collaborativo).

2) **Area Prevenzione:**

2.1) vaccinazione antinfluenzale di almeno il 50% degli assistiti over 65 (indicatore obiettivo);

2.2) rafforzare individualmente la partecipazione delle proprie assistite alla campagna degli screening del cancro della cervice uterina e della mammella, contribuendo a raggiungere l'adesione di almeno il 70% nel primo caso e il 60% nel secondo (indicatori obiettivi);

2.3) attività fisica nell'anziano: viene rilevata la quota di assistiti over 65 che praticano attività fisica continuativa.

3) **Area Diagnostico-Terapeutica:**

3.1) costruzione, implementazione con le strutture di II° livello e applicazione nella pratica quotidiana di linee-guida sulle seguenti patologie: Diabete Mellito, Ipertensione Arteriosa, Malattia Peptica, Polmoniti, Scompenso Cardiaco; prescrizioni farmaceutiche: contenere l'effetto MIX entro il 2.5 % invece del 5.48 % previsto.

4) **Area Assistenziale:** il MMG è tenuto a partecipare all'ADI secondo le modalità definite nella trattativa aziendale.

Ciascun obiettivo deve essere raggiunto nel suo complesso dal gruppo dei MMG che hanno sottoscritto il contratto e non necessariamente dal singolo. Ogni medico partecipante, comunque, non potrà discostarsi dall'indicatore obiettivo di ciascun punto di più del 20% senza valida giustificazione.

COMMENTO (a cura di **)

Si tratta di un progetto "globale" con interventi migliorativi che hanno la loro base su alcuni presupposti sia di tipo scientifico che di tipo prettamente organizzativo. Le cosiddette "condizioni di accesso" utilizzate per la selezione "a

INDICE

- 1 Qualche novità
- 1 Il progetto sperimentale di assistenza territoriale dell'Ulss 20 - Verona
- 2 Il progetto veronese sulla Demenza
- 3 Le polmoniti contratte in comunità (CAP): uno studio clinico sull'utilizzo delle linee-guida ATS e della terapia antibiotica parenterale domiciliare nella medicina generale
- 4 Il MMG e lo pneumologo danno la sveglia all'Apneico: CASE REPORT

priori” dei partecipanti, in realtà, in chiave VRQ, si possono definire “modifiche normate e/o migliorative” delle strutture e delle procedure. Si riferiscono in particolare all’accessibilità dei cittadini (punti 1.1, 1.2, 1.4), ma anche alle dotazioni (rete informatica, punto 1.3). Queste stesse condizioni di accesso sono in realtà già di per sé uno strumento migliorativo di tipo incentivato, inducono cioè di per sé un cambiamento nella speranza di ottenere da parte del medico un beneficio futuro dalla partecipazione. Alla fine si tratta di una vera e propria azione di cambiamento partecipata di forte impatto e costituisce un obiettivo di miglioramento vero e proprio, per cui si può passarle di “rango”. La divisione degli obiettivi specifici in aree è utile dal punto di vista della chiarezza nosografica, ma in chiave VRQ andrebbe pesata diversamente. Meglio mettere in risalto la progettazione “hard” di valutare il progetto ponendosi degli obiettivi di miglioramento degli esiti assistenziali. In questa ottica e più conveniente proporre quindi la seguente divisione:

- a) progetti che mirano a migliorare esiti assistenziali: 2.3, 2.2, 2.1, 4 (la cura integrata delle disabilità migliora esiti assistenziali, Bernabei, in un recente RCT fatto a Rovereto -TN, BMJ 1999) e “costringere” i MMG a farla dovrebbe garantire la sua diffusione;
- b) progetti che mirano a migliorare le procedure assistenziali: 3.1, 3.2, 1.3;
- c) progetti ad impatto sulle strutture: 1.1, 1.2, 1.3;
- d) progetti ad impatto sulla qualità percepita dagli assistiti (in parte esiti assistenziali): 1.1, 1.2, 1.4, 4.

Circa gli indicatori proposti, sempre dal punto di vista metodologico, si possono fare le seguenti osservazioni:

- 1) alcuni indicatori sono di progetto: 2.3 (giustamente non definito nel dettaglio), 3.1, 4 (anche se non definito, ma pare che possa essere un on/off o a criterio esclusivo o 100%);
- 2) altri si riferiscono ai risultati “insiti” nella progettualità: 3.2, 2.1, 2.2.

In sintesi, si tratta di un ottimo impianto, il cui successo è garantito a patto anche di una forte coesione dei partecipanti, “pressati” come saranno dai non partecipanti.

J progetto veronese sulla Demenza

**Dott. Alessandro Battaglia
per la Commissione per la Demenza**

Nell’ambito di un progetto Regionale rivolto a sviluppare un piano assistenziale per le persone affette da demen-

za si è costituito a Verona un Gruppo di Studio per la Demenza rappresentato da esponenti delle SOCIETÀ SCIENTIFICHE della Medicina generale (SIMG, CSERMEG), della NEUROLOGIA dell’AZIENDA OSPEDALIERA (Ospedale maggiore di Borgo Trento), dell’Azienda ULSS 20, della FIMMG, del SUMAI, del CUMI e dello SNAMI. L’intenzione di questa Commissione è creare un **gruppo pilota multidisciplinare** con lo scopo di elaborare “linee guida” condivise per la gestione della demenza in generale e della malattia di Alzheimer in particolare. Se l’iniziativa sarà coronata da successo il modello operativo potrebbe essere esportato in un secondo tempo in tutte le strutture assistenziali della Regione Veneto. Il termine “linee guida” è sostituito in questo documento dal termine “Percorsi Assistenziali”. Mentre le “linee guida” rappresentano infatti “raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche” il termine “Percorso aziendale di cura ed assistenza” (più brevemente qui definito: “percorso assistenziale”) identifica “la miglior sequenza temporale e spaziale possibile sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione su un determinato territorio delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente o di un gruppo di pazienti”. In questa ultima definizione viene fortemente accentuata la **dimensione territoriale delle raccomandazioni**, che essendo riassunte e selezionate dagli stessi operatori che poi le adotteranno rappresentano un adattamento flessibile dei risultati dei trial internazionali alle risorse umane e tecnologiche di una specifica realtà territoriale. I “Percorsi” rappresentano in altri termini la traduzione operativa delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida nazionali e internazionali. Il “progetto Demenza” prevede all’inizio l’elaborazione di una versione provvisoria dei Percorsi destinata ad essere successivamente perfezionata tramite il coinvolgimento multidisciplinare di tutte le figure professionali e non coinvolte nella gestione di questi pazienti. Saranno inizialmente analizzati i bisogni formativi e relazionali di tutti questi attori: medici specialisti territoriali, medici specialisti ospedalieri, personale infermieristico, assistenti sociali, personale dei Distretti, Care Givers, familiari dei pazienti, Volontariato. Lo strumento per realizzare ciò è rappresentato da una serie di questionari appositamente strutturati. Il questionario destinato ai medici di medicina generale sarà distribuito nel mese

di maggio a tutti i medici dell’ULSS 20 e sarà strutturato in quattro parti: diagnosi della demenza; gestione del paziente demente non istituzionalizzato; terapia farmacologia della demenza e delle sue complicanze; bisogni formativi direttamente evidenziati dal medico. In base alla analisi dei bisogni verrà elaborato un documento iniziale (la Bozza) costituito da una serie di raccomandazioni operative che rappresenteranno l’ossatura iniziale dei Percorsi Assistenziali. La selezione delle raccomandazioni sarà effettuata attraverso una rigorosa analisi della letteratura. La ricerca bibliografica sarà eseguita a questo proposito utilizzando criteri espliciti: le modalità adottate per la ricerca delle pubblicazioni, i criteri di inclusione e di esclusione degli studi, la tipologia dei lavori considerati e la qualità dei singoli disegni sperimentali saranno descritti in modo analitico e in modo altrettanto analitico sarà giudicata e quantificata la forza delle raccomandazioni ricavabili dalla letteratura selezionata.

La Bozza iniziale dei Percorsi sarà poi rimodellata e rivisitata alla luce delle esperienze e dei contributi individuali di un pool selezionato di soggetti motivati, rappresentato anche in questo caso da tutte le figure abitualmente coinvolte nei processi assistenziali: medici generici, medici specialisti, assistenti sociali, infermieri, volontariato strutturato, Care givers, Familiari dei pazienti, volontariato non strutturato. Il confronto delle singole esperienze sarà permesso dalla partecipazione di tutti i soggetti ad un apposito seminario residenziale, che verrà realizzato nell’autunno del 2000. Al seminario saranno presenti anche esperti di esperienza provata e riconosciuta a livello nazionale ed internazionale nell’ambito delle demenze in generale e della malattia di Alzheimer in particolare. Si sottolinea che lo scopo del seminario non sarà l’istruzione degli operatori da parte degli esperti ma al contrario uno scambio di informazioni nelle due direzioni “top-down” e “bottom-up” che consentirà di confrontare e intrecciare singole esperienze e conoscenze sintetizzandole in un documento finale condiviso (I Percorsi definitivi).

Ai Percorsi definitivi sarà dato alla fine il formato di un manuale operativo. In una fase successiva l’efficacia dei Percorsi - le cui raccomandazioni saranno disseminate e implementate in modo adeguato - sarà sperimentata entro l’arco di un periodo di tempo ragionevole.

L’iniziativa riassunta nel “progetto demenza” appare importante sia per la dimensione sociale e sanitaria della patologia studiata sia per la rilevanza dei temi trattati, sia per la stessa strutturazione del progetto che vede coinvolte in modo multidisciplinare figure professionali dell’Ospedale e del

territorio, dell'Azienda ULSS e dell'Azienda Ospedale, rappresentanti dei pazienti e Care givers.

I Componenti della Commissione per la Demenza sono:

Prof. Giuseppe Ferrari e Dott. Giuseppe Gambina per la Divisione Neurologia della Azienda Ospedale di Verona.

Dott. Riccardo Massotti per l'Azienda ULSS 20 del Veneto.

Dott. Alessandro Battaglia, Dott. Franco Del Zotti, Dott. Fausto Bodini per SIMG Verona.

Dott. Guido Danti per CSERMEG Verona.

Dott. Paolo Anesi per FIMMG Verona.

Dott. Vincenzo Monaco per SUMAI Verona.

Dott. Giorgio Rigon per SNAMI Verona.

Dott. Paolo Ferrari per CUMI Verona.

Le polmoniti contratte in comunità (CAP): uno studio clinico sull'utilizzo delle linee-guida ATS e della terapia antibiotica parenterale domiciliare nella medicina generale

Serenella Longhi - Claudio Penco Nicolò Seminara (SIMG di Treviso)

Abbiamo effettuato uno studio clinico della durata di un anno che si proponeva come obiettivi:

- Validare l'utilizzo delle linee guida su diagnosi e terapia delle CAP, nate dalla rielaborazione locale del documento dell'American Thoracic Society (ATS) del 1993.
- Rilevare le attitudini prescrittive dei MMG, i tassi di ospedalizzazione, la mortalità ed i costi terapeutici delle CAP.
- Sperimentare una definizione di "polmonite severa" utile per il MMG.
- Monitorare l'utilizzo delle cefalosporine iniettabili di III^a generazione come esempio di Terapia Antibiotica Parenterale domiciliare (OPAT).

L'organizzazione dello studio ha previsto le seguenti tappe:

- 1) Pubblicazione di un documento su Diagnosi e Terapia delle CAP nato dalla rielaborazione del documento ATS del 1993.
- 2) Reclutamento di 50 MMG ricercatori, con suddivisione degli stessi in 2 gruppi: 25 al gruppo linee-guida (LG), tale gruppo ha trattato tutti i casi di polmonite diagnosticati, in adulti maggiori di 18 anni, nel periodo Dicembre 1998-Novembre 1999, seguendo le indicazioni contenute nelle linee guida; 25 al gruppo con-

trolo (C), tale gruppo ha curato le polmoniti secondo il suo standard terapeutico.

Sono stati confrontati gli esiti terapeutici tra i due gruppi allo scopo di verificare la convenienza terapeutica dell'utilizzo delle linee-guida.

RISULTATI

Sono stati rilevati 198 casi di polmonite (56.6% femmine).

Centotrenta pazienti (64.1%) maggiori di 60 anni, 29 (14.6%) ospiti di RSA. Dei 198 casi 84 sono stati curati dal gruppo LG e 114 dal gruppo C.

Sono stati prescritti 25 principi attivi per un totale di 201 prescrizioni. I 10 principi attivi più prescritti sono stati: Claritromicina 44 prescrizioni (21.8% del totale), Amoxicillina/clavulanato 39 (19.4%), Ceftriaxone 20 (9.9%), Cefotaxime 13 (6.5%), Amoxicillina 12 (5.9%), Levofloxacina 11 (5.5%), Ciprofloxacina 10 (4.9%), Iosamicina 8 (3.4%), Ceftazidime 6 (2.9%), Ceftibuten 5 (2.5%).

Le Cefalosporine con 60 prescrizioni (29.8%) sono state la classe farmacologica più utilizzata, seguita da Macrolidi con 59 prescrizioni (29.3%), Penicilline 55 (27.4%), Fluorochinoloni 22 (11.0%), altri 5 (2.5%).

Il gruppo LG ha utilizzato maggiormente Macrolidi e Penicilline (65.3%) rispetto al gruppo C (56.3%).

Nel gruppo LG tre farmaci (Claritromicina, Amoxicillina/clavulanato e Cefotaxime) rappresentano il 77.2% delle prescrizioni.

Nel gruppo C otto farmaci (Claritromicina, Amoxicillina/clavulanato, Ceftriaxone, Levofloxacina, Ciprofloxacina, Iosamicina, Amoxicillina e Cefodizime) rappresentano il 76.7% delle prescrizioni.

Sono state eseguite 104 radiografie del torace (52.5% dei pazienti). Il gruppo LG ha eseguito 61 Rx torace (72.6% dei casi), il gruppo C 43 (37.7% dei casi). Trentacinque pazienti su 198 (17.7%) sono stati ospedalizzati al momento della diagnosi.

Tredici (6.5%), entro 30 giorni (fallimenti terapeutici). In totale vi sono state 48 ospedalizzazioni (24.2%).

Il gruppo LG ha avuto 25 ospedalizzazioni primarie su 84 casi (29.7%) e nessuna ospedalizzazione secondaria.

Il gruppo C ha avuto 23 ospedalizzazioni su 114 casi (20.1%) di cui 10 (8.7%) primarie e 13 (11.4%) secondarie.

La mortalità globale è stata di 9 casi su 198 (4.5%). La mortalità domiciliare di 3 casi su 150 (2.0%), quella ospedaliera di 6 casi su 48 (12.5%) Il gruppo LG ha avuto 1 decesso su 84 casi (1.2%), il gruppo C 8 decessi su 114 casi (7.0%). In base alla definizione riportata nelle nostre Linee guida, vi sono stati 60 casi di polmonite "severa" (30.3%), con una mortalità del 10% (6 casi su 60).

Il gruppo LG ha avuto 17 casi di polmonite severa (11 ospedalizzati, pari al 64.7%) con una mortalità del 5.9% (1 caso su 17; il gruppo C ne ha avuti 43,

con tasso di ospedalizzazione del 25.6% (11 casi su 43) ed una mortalità del 11.6% (5 casi su 43). Quarantatré pazienti su 198 (21.7%) sono stati trattati con Cefalosporine di III^a generazione. Erano pazienti di età media di 72 anni. Il 55.8% (16 casi) ospiti di RSA, il 76.7% (33 casi) con una o più malattie concomitanti (comorbilità), 22 (il 51.1%) con polmonite "severa".

Trentanove pazienti (90.7%) sono guariti, 4 (9.3%) hanno subito ospedalizzazione secondaria, 4 (9.3%) sono deceduti. I principi attivi utilizzati (con numero di prescrizioni) sono stati: Ceftriaxone (20 prescrizioni), Cefotaxime (13), Cefodizime (7), Ceftazidime (6). Il gruppo LG ha trattato 13 pazienti su 84 (15.7%) con Cefalosporine di III generazione; il gruppo C 30 su 114 (26.3%).

Nel gruppo LG vi è stato il 100% di guarigioni (13 su 13) con nessuna ospedalizzazione secondaria e nessun decesso; nel gruppo C vi è stato l'86.7% dei guarigioni (26 su 30) con 4 casi di ospedalizzazione secondaria (13.3%) e 4 decessi (13.3%).

DISCUSSIONE

L'analisi dei dati evidenzia che le CAP sono una patologia particolarmente frequente nei pazienti ultrasessantenni che, nel nostro campione, rappresentano il 64.1% dei casi.

È possibile anche evidenziare come i MMG curano inizialmente a domicilio oltre l'80% dei casi di CAP, con una mortalità molto bassa (2%).

Le Cefalosporine con il 29.8% delle prescrizioni, sono la classe terapeutica più utilizzata, seguita dai Macrolidi (29.3%) e dalle Penicilline (27.3%).

Claritromicina, Amoxicillina/acido clavulanico, Cefotaxime, Ceftriaxone e Amoxicillina sono i principi attivi più utilizzati (nel 63.5%) dei casi.

L'utilizzo delle linee guida ATS modificate si è rivelato vantaggioso nei termini di una riduzione della mortalità rispetto al gruppo di controllo (1.2% contro 7.0%), l'assenza di ricoveri secondari per fallimento terapeutico (0% contro 11.4%), un utilizzo più razionale della diagnostica radiologica rispetto al gruppo di controllo (richiesta di Rx Torace nel 72.6% dei casi rispetto al 37.7% nel gruppo di controllo), ed un uso più omogeneo degli antibiotici.

A fronte di ciò, l'utilizzo delle linee guida ha comportato un aumento complessivo del tasso di ospedalizzazione rispetto al gruppo di controllo (29.7% contro 20.1%).

Tale fenomeno appare la conseguenza di un utilizzo corretto da parte dei MMG dei criteri generali di ospedalizzazione contenuti nel documento stesso, ed in particolare dell'individuazione di casi con indicatori prognostici più sfavorevoli. Questo stesso dato può rendere ragione della ridotta mortalità osservata nel gruppo linee guida.

L'uso dei criteri diagnostici di polmonite

severa, all'interno dell'utilizzo delle linee guida, ha favorito l'identificazione di un gruppo di pazienti a prognosi nettamente più grave (mortalità del 10% rispetto al 2% di mortalità nei pazienti trattati a domicilio), migliorandone la gestione, tramite un maggior utilizzo della ospedalizzazione nel gruppo LG (64.7% contro 25.6%), con conseguente riduzione della mortalità rispetto al gruppo C (5.8% contro 11.6%).

L'uso delle Cefalosporine iniettabili di III generazione è stato limitato ad un gruppo selezionato di pazienti (21.7% dei casi), anziani (età media 72 anni), con presenza di comorbidità nei _ dei casi e con quadro clinico di polmonite severa in circa il 50% dei casi.

L'utilizzo di questa classe di antibiotici ha comportato un ottimo risultato terapeutico, con oltre il 90% di guarigioni, un tasso di fallimenti terapeutici contenuto (9.3%) ed una mortalità inferiore a quella ospedaliera (9.3% contro 12.5%). L'uso delle Cefalosporine di III^a generazione all'interno delle linee guida, ne razionalizza ulteriormente l'utilizzo (15.7% del gruppo LG, contro il 26.3% del gruppo C), comportando una guarigione nel 100% dei pazienti, in assenza di fallimenti terapeutici e di mortalità domiciliare.

Usata in tale contesto, questa classe di antibiotici permette di curare a domicilio, con ottimi risultati terapeutici, molti pazienti che altrimenti avrebbero necessitato di un ricovero ospedaliero. Questo comporta una migliore soddisfazione del paziente ed un netto risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale.

J *U*MMG *e lo Pneumologo danno la sveglia all'Apneico: CASE REPORT*

Franco Del Zotti (MMG USL 20 Verona)
Antonio Dezio (Pneumologo USL 20 Verona)

DATI DI BASE. Un paziente di 69 anni è ormai al colmo delle sfortune: ha subito prima un ictus emorragico 4 anni fa e 1 anno fa un'amputazione di un arto inferiore per gangrena. Da molti mesi risiede, demoralizzato, sulla sedia. A dicembre del 1999 inizia una febbre persistente con un aggravamento importante della dispnea. Da qualche anno ormai il MMG (Del Zotti) misura mensilmente la saturazione di ossigeno con un ossimetro portatile. Il paziente -ex fumatore- è noto come broncopatico cronico e sino ad allora ha avuto una saturazione appena inferiore alla norma (tra il 94 ed il 95%).

IL PROBLEMA e lo STRUMENTO del

MMG (il Saturimetro): da quando è iniziata la febbre la saturazione di ossigeno - misurata con saturimetro a dito dal MMG - nei giorni successivi precipita ripetutamente a valori nettamente inferiori alla norma (90-91%). IL MMG decide di consultare i colleghi del pronto soccorso per una valutazione radiografica e clinica. Il paziente torna a casa con prescrizione di antibiotici iniettabili e di una radiografia del torace non dirimente.

Nei mesi successivi la febbre scompare ma l'ossimetria non migliora e il paziente appare sempre più sonnolento. Il MMG decide quindi di consultare il suo pneumologo di fiducia (Dr. Dezio).

LO SPECIALISTA E L'APPROFONDIMENTO della PARASONNIA: lo specialista raccogliendo la storia e analizzando il **monitoraggio notturno della saturazione di ossigeno** e la **polisomnografia** individua come causa della sonnolenza diurna una **importante sindrome da apnea notturna in russatore**. In effetti, analizzando la storia clinica in profondità, si è visto che il paziente sin da giovane è stato russatore e affetto da apnee notturne con sistematica sonnolenza post-prandiale. Il quadro cerebro-vascolare ha nel tempo aggravato questa situazione.

L'INTERVENTO. Lo pneumologo testa un apparecchio di ventilazione notturna e documenta un netto miglioramento dei dati strumentali e clinici. Il collega fornisce, quindi, indicazione di uso dell'apparecchio per 9 ore ogni notte.

LE DIFFERENZE POST-INTERVENTO: dopo l'instaurazione del suddetto intervento, il MMG è tornato più volte a visitare il paziente a domicilio. Ormai la media delle saturazioni delle ultime 4 visite domiciliari rispetto ai 3 valori dei mesi precedenti è intorno al 95% (differenza significativa con periodo precedente: $p < 0,01$). E anche clinicamente il miglioramento del paziente appare assai netto: non si addormenta più appena dopo cena e, conseguentemente, il suo umore è molto migliorato.

I COMMENTI AL CASE REPORT

Spesso i case report vengono snobbati dagli esegeti dell'epidemiologia e dell'EBM. Eppure la forza del loro "racconto" contro gli schemi e paradigmi precedenti ha un valore scientifico indubitabile. Un editoriale di Family Practice (Charlton, 1999) ricorda - a questo proposito - che non è poi vero che i singoli casi non siano apprezzati nel mondo scientifico: paradossalmente essi sono più presenti sulle riviste più prestigiose (Nature, Science e sulle più qualificate riviste di neuroscienze). Tra i consigli forniti a chi si vuole avventurare tra i case report vi è quello di usare in modo rigoroso i dati oggettivi, per bilanciare il rischio ovvio della mancanza di campione statistico. Il

nostro case report tenta di rafforzare il racconto clinico mediante l'uso di dati strumentali sia del MMG che dello specialista (la saturazione, ad es.) e, usando il "tono minore", vuole raccontare qualche piccola "parabola".

A) PARABOLA INTERPROFESSIONALE. Questo studio non sarebbe stato possibile senza una lunga storia di stima e affetto reciproco tra un MMG ed uno Specialista. Lo specialista anni fa incoraggiò il MMG ad acquistare un ossimetro (ancora raro tra i MMG) e ad approfondire le patologie respiratorie più frequenti. Il MMG, forte dello strumento e dell'incoraggiamento dello specialista, ha potuto documentare un disturbo della ossigenazione e poi - sicuro della qualità professionale del collega - ha affidato il caso allo specialista per il successivo inquadramento.

B) PARABOLA: dalla "BRUTTA ABITUDINE" del paziente al PROBLEMA MEDICO GESTIBILE. La collaborazione tra MMG e l'uso di tecnologie moderne sia nella borsa del MMG (l'ossimetro ed il Picco di flusso) e la strumentazione specialistica e riabilitativa moderna dei ventilatori hanno potuto far diagnosticare e poi curare un disturbo subdolo, che si confonde con l'astenia o con la depressione; che è poco gestito nella medicina contemporanea e che infine meriterebbe l'adozione di questionari anamnestici ad hoc (Netzer, 1999). Insomma: Relazioni rinnovate, nuove tecniche diagnostiche e la possibilità di terapie efficaci sono in grado da una parte di mettere in evidenza un problema frequentemente misconosciuto, dall'altra di passare da un'accettazione fatalistica di una caratteristica quasi esistenziale del paziente ("è sempre stato russatore") ad un atteggiamento tecnico-professionale

C) PARABOLA clinico-scientifica. Un recente editoriale della rivista EBM sostiene che contrariamente alle apparenze i case report non sono solo delle comunicazioni "da clinico a clinico" ma anche delle comunicazioni "da clinico a ricercatore". Ed in effetti nutriamo la speranza che il nostro case report incoraggi Ricercatori professionisti a coinvolgere vasti gruppi di MMG e Specialisti attrezzati culturalmente e tecnologicamente, al fine di approfondire la tematica della "sleep apnea".

BIBLIOGRAFIA

- Charlton Bruce Individual case studies in primary health care - Family practice, Vol 16, Num 1, 1999.
- Haines Brian et al. Advances in evidence-based information resources for clinical practice. EBM - Vol 5 - January 2000.
- Netzer NC: Using The Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med, 1999; Oct 5; 131: 485.