

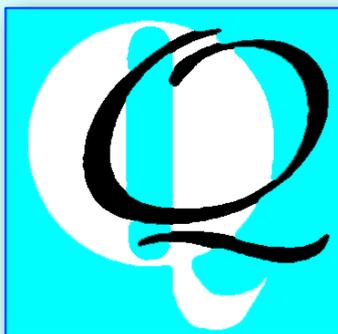
Year XV - n 1 - maggio 2010

Periodico Trimestrale di Ricerca e
VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996
da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie)
e SIMG sezione di Verona.

Comitato editoriale:
M.Grassi, P.Quattrocchi,
P.Schianchi, A.Vaona

Collaboratori:
A.Battaglia, V.Caimi, A.DallaVia,
P.Falasca, S.Girotto, G.Gottardi,
M.Valente, G.Visentin

Sito Web: <http://www.rivistaqq.it>
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>



La Qualità e le Qualità In Medicina Generale

Iscrizione Tribunale di Verona
n. 1187 del 12/12/95

Proprietario ed Editore: Assoc. "Qualità Medica"

Direttore Responsabile: Roberto Mora

Direttore Editoriale: Enzo Brizio

Direttore Scientifico: Francesco Del Zotti
francesco.delzotti@tin.it

Editorialista: Mario Baruchello
mario.baruchello@tin.it

Collaboratori Internazionali:
Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Direzione: Via dell'Artigliere, 16 - Legnago (VR)

Redazione: c/o Ordine dei Medici di Vicenza,
Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza

EDITORIALE Audit clinico e Qualità

Mario Baruchello

mario.baruchello@tin.it

È con grande orgoglio che apriamo questo numero di Rivista QQ registrando una crescita di consapevolezza della medicina generale italiana, che ora sempre più si va orientando verso un sistema di valutazione professionale mirato ad un miglioramento degli esiti, in termini di salute. Il riferimento va ad alcune iniziative di alto livello culturale che si sono svolte in questi mesi. Ci riferiamo intanto al lancio dell'applicativo dedicato all'audit e alla governance Mille GPG da parte di Millennium, il più diffuso software nella MG italiana; il Congresso dei MMG del Friuli Venezia Giulia a Grado in maggio 2010 con la presentazione del lavoro di un nucleo di ricercatori (FVG.net) coordinati dal loro centro formativo CEFORMED a costituire un data base unico regionale; il V Workshop Internazionale sull'Audit Clinico a Bertinoro cui è stato invitato come relatore Francesco Del Zotti, il che è coinciso con l'accREDITAMENTO di Netaudit da parte di Siquas VRQ, nell'ambito del progetto pluriennale nazionale sull'Audit Clinico (si veda sul sito Siquas la pubblicazione di una Raccomandazione su Netaudit).

Così Siquas VRQ presenta la rete Netaudit, che pubblica su questa rivista molti dei suoi risultati:

L'esperienza Netaudit (network di Medici di Medicina Generale istituito nel 2001 con l'obiettivo di uniformare gli strumenti e le strategie di audit e ricerca nel campo professionale della medicina generale) nasce come aggregazione volontaria di medici di famiglia in rete, senza alcun finanziamento esterno. Organizza periodicamente progetti di audit clinico su argomenti attinenti la pratica medica quotidiana e può

rappresentare un valido strumento per i Medici di Medicina Generale, tanto da essere inclusa nelle Raccomandazioni pubblicate dal Gruppo di Lavoro SIQuAS sull'Audit Clinico: http://www.siquas.it/attachments/Documenti/Raccomandazioni/R_8Audit/R_Audit_Clinico_netaudit.pdf

Ciò che ha convinto una severa giuria di esperti è la correttezza metodologica che sottende al disegno e alla conduzione degli audit (dalla scelta del tema ai criteri di riferimento), il grado di qualità EBM delle fonti di letteratura, la serietà delle elaborazioni statistiche dei dati.

1	<i>Editoriale</i>
2	<i>Short Net-Barrett</i>
4	<i>Il farmaco miracoloso</i>
5	<i>Come la tecnologia può modificare la pratica professionale: un'analisi qualitativa</i>
7	<i>News su Net-Zoster</i>

Durante la lunga storia di Netaudit più volte è stato suggerito ai MMG partecipanti di andare a rivedere la casistica a distanza di anni - chiudendo il ciclo dell'audit - per verificare se il cambiamento auspicato si è mantenuto consolidato nel tempo: solo in questo caso potremmo parlare di outcome veramente significativi per la nostra pratica e per i nostri pazienti. È un monito di cui tenere conto per ottenere una maggiore considerazione della intera categoria, in un confronto sempre aperto nel variegato mondo della sanità.

Non è semplice parlare di audit in medicina generale in Italia, dove i professionisti pongono storicamente al centro della attività il rapporto con il singolo paziente cui sono legati da una scelta di fiducia; ciò comporta

ancora oggi una difficoltà intrinseca a vedersi invece in una dimensione organizzativa complessa di salute pubblica.

Se guardiamo all'analisi dei processi assistenziali notiamo che nella MG quasi mai si tratta di singoli episodi circoscritti senza un carattere diacronico; la continuità assistenziale in tal senso, assieme alla difficile codifica dei problemi dei pazienti, contribuisce a rendere complessa l'analisi dei singoli episodi all'interno del ciclo di cura. Le basi di dati non sono semplici da organizzare ed esistono inoltre profonde differenze nelle classificazioni nosografiche fra i vari contesti (ICPC, ICD-9). Giova ricordare inoltre la grande importanza rivestita dalle determinanti relazionali qualitative che dominano lo scenario della medicina generale, a scapito di quelle quantitative. Difficile è infatti ricondurre ad una linearità di scelte i comportamenti professionali vincolati come sono alle *storie* dei pazienti. In sintesi si potrebbe dire che le narrazioni (registrate e, spesso, non registrate) superano di gran lunga gli accumuli dei dati quantitativi nelle cartelle dei MG. Ciò non toglie che l'approccio del miglioramento qualitativo debba comunque passare attraverso una rigorosa raccolta di dati.

(Audit clinico in medicina Generale, a cura di G.B. Gottardi e M. Baruchello, in press).

Per venire poi al concreto degli articoli pubblicati su questo numero, inizieremo a citare il **Net-Barrett**. Un eccesso di inibitori protonici caratterizza la pratica terapeutica in questi anni. Alle autorità basta il controllo della spesa con misure di governo dei brevetti e dei costi che hanno portato a ridurre gli esborsi, mentre lo short Net-Barrett che vi invitiamo a leggere vuole ricondurci alla ricerca della appropriatezza perduta.

Troppo spesso alcune patologie esofagee non vengono adeguatamente studiate e poi monitorate con il rischio di tragiche conseguenze per i pazienti. Il Net-Barrett risulta da un parte indicare un Alert per i MMG; dall'altra mettere in evidenza la difficoltà di alert come questi per disturbi ad apparente bassa prevalenza. A questo proposito, scrive F.Franzoso in un recente scambio di opinioni telematiche: "se trovo una bassa prevalenza di questo disturbo nella mia casistica rispetto al dato atteso in letteratura questo potrebbe rappresentare un momento importante del self-audit: sono pochi pazienti perché casualmente ho una prevalenza bassa di patologia o perché ho molto casi non diagnosticati ed ai quali posso arrivare applicando il protocollo del progetto o le LG ai miei pazienti?".

Lo studio **Net-zoster** ha in sé caratteristiche di studio epidemiologico alla portata dei MMG (si tratta di uno studio di "incidenza cumulativa") e caratteristiche dell'Audit. In effetti la maggiore tempestività della terapia antivirale nell'Herpes Zoster è l'obiettivo di

alcune puntualizzazioni che Net- Zoster ci propone e che ognuno di noi potrà facilmente applicare da domani nel suo studio. Si tratta di una variabile che dipende in parte da noi ed in parte da un contesto esterno (educativo; familiare e psicosociale) che a noi spetta identificare ed altri cambiare.

Il numero presenta un intermezzo solo apparentemente dilettevole. Il case report di De Mola è in realtà uno stimolo alla riflessione profonda, che riesce a cogliere la sintesi tra "auto-interventi" sconosciuti (l'abitudine al camminare per motivi famigliari) e il consiglio acuto e "opportunistico" del MMG. "La vita è movimento; il movimento è vita" (Aristotele 384-322 ac) e il gustoso case report di C. De Mola ce ne tratteggia argutamente l'attualità.

Infine, l'articolo di Rigon rivitalizza la II "Q" della nostra rivista, quella della ricerca qualitativa, quella delle tante qualità nascoste nei nostri atti e dilemmi. A Trento alcuni anni fa è stata fondata la società italiana per l'Health Technology Assessment SITHA e da Trento G. Rigon ci porta i risultati di una ricerca qualitativa sulla ricaduta della telematica sanitaria pubblica (in particolare: l' accessibilità dei dati di laboratorio, radiologici e delle dimissioni) sul vissuto degli operatori. Le aspettative degli attori di un un processo organizzativo nella sanità sono multiformi, spesso non coincidenti, e una adeguata valutazione di efficacia non deve essere data per scontata, ma prevista e realizzata in continuum, con studi esemplari come questo.



SHORT NET-BARRETT

Il BARRETT e la medicina generale: analisi di 46 casi di 33 medici di medicina generale (MMG) italiani

Coordinatori: Francesco Del Zotti, Enzo Brizio per **NETAUDIT** (www.netaudit.org)

Partecipanti: Artebani A, Arzenton E, Augruso A, Baruchello M, Belleri G, Bertolusso L, Brizio E, Ciolina G, Dalla Via A, De Bari A, De Luigi G, Del Zotti F, Dolci A, Fatigati D, Franzoso F, Gironda G, Lippolis O, Massignani DM, Merlino A, Milani L, Nebiacolombo C, Negrini A, Pasculli D, Ranzani L, Rubicini G, Sabbi D,

Scala A, Schianchi P, Suzzi F, Valente B, Visentini E, Zannini G, Zauli G

L'esofago di Barrett è una condizione a rischio, legata all'insorgenza di tumore esofageo. In realtà la forza di questo legame negli ultimi tempi viene vista in maniera dissimile tra autore ed autore. Inoltre non sono ancora del tutto condivise le metodologie endoscopica e istologica del criterio di ingresso "metaplasia intestinale" o l'indicazione di periodicità dell'esofago-gastro-duodenoscopia o se l'uso cronico di Inibitori di pompa riduca il rischio di evoluzione verso il cancro dell'esofago.

In Italia a questo proposito è sorto un gruppo di lavoro che valuterà meglio l'ampiezza e le caratteristiche del rischio. Si tratta dello studio EBRA.

(<http://www.esofagobarrett.org>)

Tra tante incertezze, esistono comunque alcuni punti fermi o più documentati, utili alla MG:

a) ogni paziente con GERD di lunga durata e con età maggiore di 50 anni dovrebbe essere sottoposto a esofagogastroduodenoscopia, per valutare l'esistenza del rischioso Barrett.

b) fondamentale è la diagnosi iniziale istologica: vi è Barrett solo se esiste METAPLASIA INTESTINALE documentata alla gastroscopia e/o all'istologia;

c) è importante valutare se nell'istologia vi è DISPLASIA, che indica un maggiore pericolo di progressione verso il cancro (vedi Post-scriptum 2).

Infine, secondo un recente studio del NEJM del 2009 (Shaheen et al), i pazienti con Barrett e Displasia potrebbero giovare di un'ablazione a radio-frequenza, che riduce il rischio di progressione, soprattutto nelle displasie ad alto grado. Questa tecnica si affianca ad un'altra egualmente efficace, ma più invasiva: la resezione endoscopica della zona con displasia o neoplasia iniziale.

METODO dello Short Net-Barrett

Sono stati estratti dalla cartella computerizzata di ogni MMG PC tutti i pazienti che hanno in cartella un codice ICD di BARRET. Per ognuno dei pazienti estratti è stata compilata, in forma anonima, una scheda. I MMG che nel periodo non hanno estratto neanche un Barrett sono stati invitati a partecipare egualmente e a segnalare lo "zero casi" ed il loro numero totale di assistiti.

RISULTATI

Numero MMG partecipanti: 33 con 46.336 pazienti. In particolare: 21 MMG hanno almeno 1 caso (range 1-5) e 12 MMG zero casi. La media di assistiti per ogni MMG è di 1.404; non vi è significativa differenza tra la media-pazienti dei MMG con zero casi rispetto a quella del MMG con almeno 1 caso.

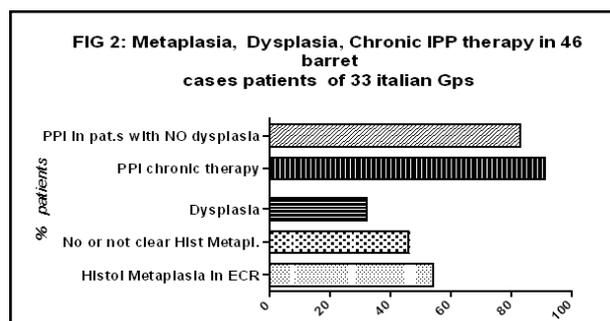
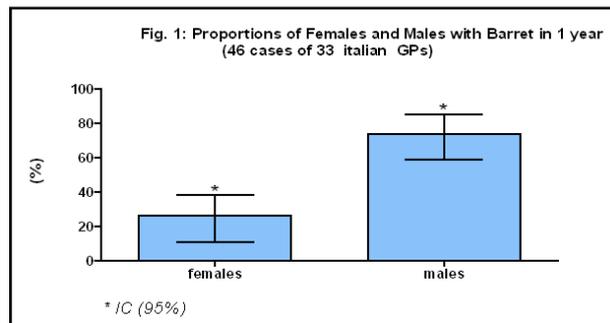
PAZIENTI con Barrett per tutti e 33 MMG: 46 casi, il che equivale ad una Prevalenza del 46/46336 (1'1 per mille; CI: da 0.7 per mille a 1.3 per mille); vedi fig. 1

SESSO dei pazienti: i maschi prevalgono; 34 maschi contro 12 femmine, pari al 74% di maschi (CI: da 60% a 85%)

ETÀ alla diagnosi: Mediana: 59 anni; Minima: 25 anni; Quartile inferiore: 50 anni; quartile superiore: 70aa

Metaplasia e displasia intestinale: Solo in 25 casi (il 54%) è presente in cartella una chiara indicazione di "metaplasia intestinale". Ricordiamo che ogni Barrett dovrebbe essere diagnosticato solo se è presente metaplasia intestinale almeno alla gastroscopia, e, meglio, alla gastroscopia e all'istologia. Per quanto riguarda la Displasia, sono presenti in cartella dati sulla sua presenza in 15 casi, pari al 32%

Terapia cronica con Inibitori pompa protonica (IPP): la stragrande maggioranza dei pazienti (42/46; il 91%) pratica terapia cronica. Il 41% dei pazienti pratica terapia cronica a dosi piene, in genere doppie di quelle minime abituali: vedi fig. 2



TERAPIA CRONICA e DISPLASIA: in pratica, la terapia è somministrata cronicamente sia che vi sia displasia (100%), sia che non vi sia displasia (82%).

INDICAZIONI E COUNSELLING chirurgici: 2 pazienti sono stati in passato operati per Barrett; per 7 pazienti (15%) non vi è stato intervento, ma esso è stato preso in considerazione nella relazione MMG-paziente. Questo dato è da mettere in relazione con quello del 32% di displasia, possibile indicazione all'ablazione (ma la nostra numericamente piccola ricerca pilota non ha analizzato la gravità di grado della displasia).

CONCLUSIONI

Il primo dato che colpisce dall'analisi risultati è quello della prescrizione elevata, quasi rituale, di inibitori protonici, spesso a dosi alte, per tutti i tipi di Barrett, indipendentemente dalla presenza di displasia. Come si diceva nell'introduzione si tratta di una "copertura" ancora oggetto di discussione da parte dei cultori della materia. A fronte di questo rischio di eccesso terapeutico si nota, invece, una prevalenza che risulta nettamente più bassa rispetto a quella attesa. In effetti, gli studi referenziati (in particolare lo studio epidemiologico svedese di Ronkainen et al 2005 che indica l'1,6%) si

riferiscono a percentuali tra 1% e 2%. Ebbene dai nostri dati qui vedete che il nostro gruppo, pur essendo un gruppo “storico” volontario ed in genere motivato, ha una prevalenza di circa l'1 per mille (10 volte meno). Perché?

Studi più approfonditi potranno esplorare le cause di questo gap, magari valutando sia la frequenza di gastroscopia tra i pazienti con dispepsia nei pazienti con età maggiore di 50 anni dei MMG sia le modalità esplicite di classificazione da parte dei gastroscopisti (è indicata la “metaplasia”?) sia le modalità della risposta dell'esame istologico.

Quindi, in MG sembra ci sia l'urgenza di ulteriori ricerche e audit più vasti, che valutino sia metodi per identificare criteri diagnostici più solidi e consensuali sia sistemi per la valutazione di una prevalenza accurata di Barrett e di displasia. Il dato del grado di displasia, spesso mancante o nelle risposte degli specialisti o nelle nostre cartelle, è importante, visto che esso merita maggiore sorveglianza o interventi di radio-ablazione o chirurgici.

Per concludere, per un disturbo che può avere grande importanza come marcatore pre-canceroso, resta l'opportunità, per il MMG, non solo e non tanto di sorvegliare i pazienti con tale alterazione, quanto di rimanere aggiornati sulle evidenze correnti e future. Fondamentale, infine, sarà per la MG esplorare, nel campo del Barrett, le modalità delle azioni professionali e di ricerca di gastroenterologi, gastroscopisti, anatomopatologi; ed in particolare le interazioni tra di loro e quelle con la MG.

SITOGRAFIA

<http://emedicine.medscape.com/article/171002-overview> (2009). Si tratta di una review sul Barrett

BIBLIOGRAFIA

Gopal D.V et al. Risk Factors for Dysplasia in Patients with Barrett's Esophagus (BE): Results from a Multicenter Consortium Digestive Diseases and Sciences, Volume 48, Number 8, August 2003 , pp. 1537-1541(5)

Pech O, Manner H, May A, Pohl J, Ell C. Endoscopic therapy in 1059 patients with high grade dysplasia and early adenocarcinoma in Barrett's esophagus - lessons we have learned. Gastrointest Endosc 2009;5:AB114-AB115.

Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, Johansson SE, Lind T, Bolling-Sternevald E, et al. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. Gastroenterology. Dec 2005;129(6):1825-31. [Medline].

Shaheen N. et al. Radiofrequency Ablation in Barrett's Esophagus with Dysplasia - NEJM. Volume 360:2277-2288, May 28, 2009



IL FARMACO MIRACOLOSO

Cosimo De Mola - MMG Bari

Life is like riding a bicycle - in order to keep your balance, you must keep moving.

Albert Einstein

“The miracle drug”, è il titolo di un editoriale apparso in questi giorni su Canadian Family Medicine (1). L'attività fisica, sostiene l'autore è un farmaco che noi medici dovremmo prescrivere con maggior convinzione, preferibilmente praticandola noi stessi e spiegando ai nostri pazienti come ottenere gradatamente un buon livello di forma.

La lettura dell'articolo mi ha ricordato una storia che voglio raccontare.

Giuseppe, un simpatico pensionato di 77 anni, è diabetico da molti anni.

In cartella clinica il problema “diabete” riporta come data di inizio il 1993. Per anni, il paziente ha mostrato un discreto livello di compenso metabolico senza che gli prescrivessi alcuno farmaco. Più in dettaglio, negli ultimi 6 anni, i valori di emoglobina glicosilata - sei misurazioni in tutto - si sono mantenuti costantemente sotto il 7%. Poi qualche mese fa Giuseppe mi ha consegnato un esame dell'urine da cui risultava una glicosuria marcata. Gli esami ematici hanno confermato un diabete decisamente scompensato. Ho indagato meglio e ho scoperto che da alcuni mesi la vita di Giuseppe è cambiata; è morta la madre, quasi centenaria ma che conservava lucidità e immutata capacità di

controllo sul figlio; e da allora il figlio s'è ritirato in casa trascorrendo intere mattinate davanti al televisore. Prima era costretto ad andare dalla madre tutti i giorni, festivi compresi, **a piedi**. Per raggiungere la sua abitazione, nel quartiere Libertà, che si trova in una zona opposta al quartiere Japigia in cui Giuseppe risiede ed io lavoro, il paziente doveva coprire ogni giorno un tragitto di circa 5 km all'andata ed altrettanti al ritorno. Tutti i giorni, pur di evitare - in caso di defezione - i duri rimproveri dalla madre. Una dura, regolare attività fisica che per anni ha mantenuto sotto controllo il suo diabete senza necessità di assumere alcun farmaco. Attività fisica terminata, purtroppo, con la morte della madre.

Via Crispi, nella mia città, Bari, è nota a tutti come la via del Cimitero e dista dal quartiere di Giuseppe solo alcune centinaia di metri. Ho consigliato al signor Giuseppe che... andare a ri-trovare la madre anche solo due volte la settimana, potrebbe aiutarlo a riportare sotto controllo il suo diabete. Nonostante manchi l'imperio della madre, pare che il paziente abbia accettato il mio consiglio.

L'esercizio aerobico regolare è un compito difficile da far accettare ai pazienti; forse, però, dedicare più tempo alla ricerca di motivazioni nascoste, improbabili, potrebbe produrre risultati "miracolosi".

1. Vol 56: may 2010 *Canadian Family Physician* •



Giulio Rigon - MMG, Verona

BACKGROUND

Questa ricerca ha origine da una tesi di specializzazione in medicina generale prodotta durante il corso 2006-2009 nella Scuola di Formazione di Trento. Fulcro della ricerca è stato il progetto Ampere. Tale progetto nasce nel 2007 nella Provincia Autonoma di Trento, come una rete di collaborazione che utilizza la connettività informatica tra l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento ed i medici di medicina generale ed i pediatri, con lo scopo di migliorare il flusso di informazioni sanitarie e rafforzare la continuità e l'appropriatezza delle cure erogate. Ampere permette a ogni medico che aderisce lo scambio dei dati anagrafici relativi agli assistiti (comprese le esenzioni per patologia), la refertazione diagnostica

radiologica, laboratoristica e anatomo-patologica e le dimissioni ospedaliere. Ad oggi il flusso di dati avviene in modo unidirezionale dal server aziendale verso i medici. Lo sviluppo del progetto porterà ad un interscambio di dati completo.

OBIETTIVI

Obiettivo della ricerca è stato l'analisi dell'impatto di nuove tecnologie per l'integrazione dei dati clinici tra sistemi ospedalieri e territorio, su alcuni aspetti delle pratiche professionali dei medici. L'ipotesi alla base della ricerca è che la ricezione di tutta la documentazione sanitaria di un paziente da un certo momento in avanti possa aver mutato le dinamiche comunicative e relazionali con il paziente. In particolare, si è focalizzata l'attenzione sul rapporto con la formazione in campo informatico e con il tempo e gli spazi dedicati all'utilizzo dello strumento; sulla comunicazione dei referti ai pazienti, su problemi legati alla privacy e alla gestione dei dati in arrivo.

MATERIALI E METODI

Con la collaborazione della Facoltà di Sociologia dell'Università di Trento si è messo a punto un metodo per l'analisi dell'impatto del sistema Ampere sui medici di medicina generale. Per la valutazione dell'impatto di una nuova tecnologia come l'Ampere, sono state scelte come tecniche qualitative l'osservazione sul campo e l'intervista aperta, approcci induttivi che potessero mettere in luce aspetti non ancora indagati della medicina generale. Dal punto di vista della scelta dei casi, si è fatta una scelta di medici di medicina generale che utilizzassero il sistema Ampere, in diverse condizioni locali, cittadine e di paese, e che avessero diversi livelli di informatizzazione. Inoltre si è tenuto conto delle differenze di genere. Sono stati così valutati con una osservazione sul campo due medici con livello informatico diverso, con una collocazione geografica diversa. Una volta emerse le aree tematiche di maggior interesse, è stata preparata un'intervista aperta a quattro altri medici di medicina generale, che è stata somministrata, registrata e trascritta. Dall'analisi delle osservazioni e delle interviste sono emerse alcune aree tematiche concettuali comuni che sono il risultato della ricerca.

RISULTATI

Si sono raggruppati i risultati secondo alcune aree tematiche di interesse, creando un framework di argomenti, che corrispondono ai seguenti aspetti: formazione e utilizzo del sistema Ampere, tempi e luoghi di accesso al sistema, comunicazione dei risultati, privacy e rapporto con i pazienti, gestione dei dati. Di seguito si riportano alcuni esempi di frasi espresse dai medici.

Formazione e utilizzo del Sistema Ampere

B.N., medico femmina, città, 55anni, livello informatico alto, intervista

L'utilizzo del sistema è per me piuttosto semplice e non ho dovuto imparare nulla di nuovo. Se ci fossero dei corsi per aiutarmi a capire come sfruttare al meglio in sistema Ampere li farei. Io utilizzo le mail solamente come fossero degli alert.

G.B., medico maschio, paese, 50 anni, livello informatico basso, intervista

Così come era nato il sistema era molto semplice, molto intuitivo. Poi ci hanno fatto un corso su Ampere, anche se nel mio caso non è stato molto utile perché era indirizzato ai colleghi che non utilizzavano nemmeno la posta elettronica. Quindi la mia capacità di utilizzo del software non è cambiata nel tempo.

Tempi e luoghi di accesso

H.L., medico maschio, paese, 60 anni, livello informatico alto, osservazione

Il dott. H. controlla le email giornalmente, aggiornando i dati dei pazienti uno per uno... La procedura porta via circa 30-45 minuti al giorno ed è eseguita con regolarità. Normalmente prima o dopo l'ambulatorio. L'utilizzo del software avviene solo in questo momento e non durante la visita perché il medico ritiene che altrimenti si potrebbero causare distrazioni inutili.

B.N., medico femmina, città, 55 anni, livello informatico alto, intervista

"... il tempo si è allungato per quei dieci minuti che servono per vedere le mail arrivate, spesso al termine dell'ambulatorio ... nel corso della singola visita raramente vado a controllare l'Ampere, e comunque anche esaminare le cose cartacee che i pazienti portano necessita di un certo tempo. Io utilizzo solamente le mail come fossero degli alert, e poi aspetto di vedere il referto cartaceo che mi portano i pazienti. Copio il referto prevalentemente per le lettere di dimissioni e non per gli esami ... Penso ad Ampere come un affidabile archivio"

Comunicazione dei risultati

G.T., medico maschio, città, 55 anni, livello informatico basso, osservazione

A mio avviso, si può configurare un problema di tipo medico legale: se ricevo dei dati di un paziente, per esami non prescritti da me, ma che segnalano una patologia, ho comunque il dovere di intervenire? E' capitato che una mia paziente non aveva ritirato un esame che segnalava un problema molto rilevante. Io avevo ricevuto l'esame in posta elettronica (la paziente era una delle poche che aveva già firmato e registrato la privacy) ma in tutta onestà mi era sfuggito. Solo quando il medico ospedaliero ha poi cercato la paziente per avvertirla della necessità di una visita urgente, ne sono stato informato e ho visto il referto. Quindi questo mi fa pensare che la tempestività con cui si devono vedere gli esami è importante soprattutto per l'aspetto legale, e poi in seconda battuta per quanto riguarda la cura dei pazienti.

Privacy e rapporto con i pazienti

G.T. uomo, città, 55 anni, livello informatico basso, osservazione

Le segretarie hanno fatto tutte e due il corso per la gestione della segreteria negli studi medici, e nel corso hanno anche affrontato il problema della privacy. L'organizzazione dello studio fa sì che siano prevalentemente loro a gestire il contatto con i pazienti e

a dare il modulo per il consenso, spiegando che è necessario per poter ricevere i dati dall'ospedale nel caso di ricovero o esami.

G.B., uomo, paese, età 50 anni, livello informatico basso, intervista

Ho avuto un paziente che, dopo avergli spiegato il perché stavo richiedendo il consenso al trattamento dei dati informati anche a nome dell'azienda, ha negato tassativamente questa possibilità. Ma si tratta di casi eccezionali. Io ho accettato volentieri la decisione di un paziente che una volta tanto entra nel merito e magari dissente. In realtà, la gran parte della gente reagisce diversamente: firma acriticamente i tanti e tanti moduli della legge per la privacy... È diventata una prassi e spesso la gente firma senza neanche voler sentire il messaggio.

Gestione dei dati

G.T., uomo, città, 55 anni, livello informatico basso, osservazione

Sul fatto che si potranno ricevere i dati completi degli esami (soprattutto quelli radiologici) il medico dice che secondo lui comunque ci sarà bisogno di chiedere una sintesi dei dati da parte del medico di MMG: non è possibile fidarsi di referti molto lunghi, nei quali il più delle volte non risaltano le cose essenziali.

G.B., uomo, paese, età 50 anni, livello informatico basso, intervista

Per quanto mi riguarda il sistema ha migliorato il mio lavoro in maniera decisa. Ricevere i dati in anticipo ha agevolato il mio lavoro: avere tanti dati è utile e averli prima che il paziente entri in ambulatorio è utile anche perché è diverso leggere una brutta notizia su un foglio, piuttosto che riceverla entrando in ambulatorio. Il paziente ha delle informazioni più corrette in questo modo. Sono senz'altro più numerosi gli aspetti positivi, anzi credo che il sistema vada incrementato.

CONCLUSIONI

Anche dall'analisi di questi brevi estratti si nota come ci siano aspetti della tecnologia che hanno effetti diversi sul comportamento di ogni medico. In generale si può affermare che il tempo dedicato è aumentato, nonostante alcuni medici abbiano un livello di informatizzazione elevato. Anche la gestione dei dati in arrivo è problematica per alcuni, ma bisogna anche considerare quanto le differenze territoriali modifichino i comportamenti in un territorio come il Trentino. Il progetto Ampere sembra portare con sé una serie di ambivalenze che necessitano di adeguati approfondimenti, ma permettono di suggerire alcune conclusioni. Ad esempio si è verificato il miglioramento del rapporto istituzionale con l'APSS, che ha fornito ai medici un sistema tecnologico; però, nel contempo, non vi è stata una necessaria preparazione e formazione degli stessi e soprattutto, una reale verifica nel tempo di quale fosse il suo impatto non solo in termini tecnici. I risultati si possono leggere attraverso due facce della stessa medaglia: da una parte si ritiene che il sistema Ampere sia importante e, anche se per casi selezionati, utile all'acquisizione di informazioni per il paziente.

Dall'altra, alcuni medici sostengono che per loro non sia fondamentale e che lo utilizzano solo per situazioni particolari, senza promuovere la notizia su questa novità ai loro pazienti. In buona sostanza, la ricerca non raggiunge conclusioni definitive, ma suggerisce alcune aree critiche che necessiterebbero di ulteriore analisi, sia per il migliore uso di Ampere sia per fornire ai medici un sistema che si possa integrare al meglio con il proprio ambito di pratica professionale.

BIBLIOGRAFIA

Servizio Ampere -Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento. [Online] [Riportato: 1 10 2009.] <http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=49003&h=-2147443244>.

Informatizzazione, Interconnessione, Interoperabilità - Progetto Ampere - APSS Trento. [Online] [Riportato: 1 10 2009.] http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_577186_0.pdf.

Il Consenso Privacy -APSS Trento. [Online] [Riportato: 1 10 2009.] <http://www.apss.tn.it/Public/ddw.aspx?n=49003&h=-2147442770#CONSENSO>.

Consenso al Trattamento dei Dati Personali - APSS trento. [Online] [Riportato: 1 10 2009.] http://www.apss.tn.it/Allegati/DOC_619383_0.pdf.

Mitchell, E e Sullivan, F. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97.. : BMJ, 2001, Vol. 332, p. 279-282.

Wonca Europe. The European Definition Of General Practice / Family Medicine. [Online] 2005. <http://www.woncaeurope.org/>.

Parisi G. Comunicazione e Relazione. [aut. libro] Satolli R, Tombesi M Caimi V. Medicina generale. s.l. : UTET, 2003.

Parisi, G. Valcanover, F. L'organizzazione in medicina generale. Sviluppo & Organizzazione. 1995, 148, p. 87-107.

Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers (qualitative research). BMJ, 1997, Vol. 315, p. 740-743.



È in press su rivista degli infettivologi il lavoro del gruppo Netaudit in collaborazione con il prof. Concia e la dr.ssa Conti (Malattie infettive - Università di Verona) su esordio di segni riconoscibili di Herpes Zoster (HZ) e latenza temporale prima della presentazione al MMG. Eccovi una sintesi dei primi dati.

Francesco Del Zotti, Enzo Brizio, partecipanti a Netzoster della Mailing List nazionale Netaudit (*), prof. Ercole Concia e dr.ssa Emanuela Conti (Istituto Malattie Infettive - Università di Verona)

(*) partecipanti della Lista Netaudit: ARZENTON E., AUGRUSO A., BARUCHELLO M., BRIZIO E., CARACENI L., CAROSINO C., CIOLINA G., COLETTA D., COVANTI M., DE BARI A., DE MOLA C., DEL ZOTTI F., DOLCI A., FARINARO C., FRANZOSO F., GRASSI M., LIPPA L., LUPI L., MARULLI C.F., MASSIGNANI D.M., MILANI L., NEGRINI A., PASCULLI D., QUATTROCCHI P., RANZANI L., RUBICINI G., SABBI D., SCHIANCHI P., SEREN F., STRAMENGA C., TONDI L., TONELLO P., VISONÀ E., ZADRA A., ZAULI G.

Motivazioni

Ai MMG capita di vedere frequentemente pazienti con HZ che ci consultano a distanza di svariati giorni dalla comparsa di segni patognomici. Come la letteratura ci insegna, un'eccessiva latenza diagnostica può compromettere l'efficacia dei farmaci antivirali. Tra l'altro un ritardo nella terapia antivirale potrebbe provocare l'insorgenza, in pazienti a rischio, di complicanze ed in particolare della nevralgia post-erpetica. L'analisi più approfondita di queste difficoltà dell'inizio delle cure potranno nel futuro meglio indirizzare gli sforzi o verso una più efficace educazione sanitaria intorno ai primi segni dell'HZ e alla necessità di terapia precoce o verso l'uso sistematico della vaccinazione contro l'HZ.

Obiettivi e Metodo

a) **INCIDENZA CUMULATIVA:** all'inizio del periodo ogni MMG ha segnalato il numero totale dei pazienti in carico, il denominatore. Quindi, per i successivi 12 mesi, ogni MMG partecipante ha identificato e ha registrato con apposita scheda web il nuovo caso di HZ (per la diagnosi; vedi GLOSSARIO, in fondo).

È stato così ricavata per ogni MMG e per il gruppo l'incidenza cumulativa di HZ in un anno.

b) **RITARDO TERAPEUTICO e SUOI DETERMINANTI:** per ogni nuovo caso incidente di HZ, il MMG ha raccolto alcuni dati di base su **una serie di variabili che hanno inquadrato le cause del non infrequente ritardo terapeutico, oltre le 48 ore, che**

rende molto meno efficaci le terapie antivirali (in particolare il *livello di educazione e livello di conoscenza dei pazienti dei segni patognomonic*).

PRIMI DATI

I casi complessivi di Zoster incidenti in un anno sono stati 192, pari ad un'incidenza cumulativa annuale del 3,7 per mille. In una non piccola proporzione di casi (circa un terzo) la terapia antivirale è stata iniziata dopo 48 ore.

Prossimamente avrà luogo pubblicazione su rivista referenziata degli infettivologi. Vi terremo informati.

GLOSSARIO

I fatti salienti dell'Herpes Zoster a cura della Lista Netaudit www.netaudit.org

Diagnosi

Si basa sull'abbinata del dolore e delle vescicole multiple (*in genere 24-48 ore dopo l'insorgenza del dolore*) e raggruppate lungo uno o più dermatomeri, in genere sul viso o sul tronco.

Nevralgia post-herpetica: più frequente nell'HZ trigeminale e sopra i 55 anni.

Che cosa è la Nevralgia post-herpetica? Nel BMJ del 2000 un accenno alle controversie sulla definizione; la loro si riferisce alla continuità del dolore a 3 mesi dall'inizio.

Herpes zoster oftalmico: è necessaria la visita oculistica urgente? Sì, se sono presenti dolori ed eruzione vescicolare nel territorio del ramo oftalmico del V nervo cranico. Vescicole sulla punta del naso indicano l'interessamento del ramo nasociliare del V nervo e possono ancora di più predire lo sviluppo di lesioni corneali (Segno di Hutchinson)

HZ con sindrome di Ramsay-Hunt: deriva da interessamento del ganglio genicolato del nervo facciale e successiva paralisi. Si presenta con vescicole intorno o dentro l'orecchio o sul tetto della cavità orali e spesso con intenso dolore. Rispetto alla paralisi di Bell, qui il dolore è maggiore e la prognosi per la paralisi peggiore, soprattutto se non si adoperava una terapia antivirale.

HZ come segnale di possibile malattia immunitaria: se due episodi distinti in poche settimane o mesi, oppure coinvolgimento di più di un dermatomero.

UTILITÀ della TERAPIA anti-virale.

È particolarmente utile se:

a) altri fattori di rischio (diabete, malattie immunitarie, ecc)

b) dolore severo

c) HZ oftalmico o HZ con sindrome Ramsay Hunt

d) età > 50 anni

TEMPESTIVITÀ della terapia anti-virale.

È efficace se entro 72 ore dall'insorgenza (24-48 dalle vescicole). Questa tempestività diminuisce il rischio di nevralgia post-erpetica.

DURATA della terapia anti-virale.

In genere è sufficiente una settimana; nei paz. immunocompromessi si può prolungare la terapia sino a 2 settimane.

Cortisonici: Si discute ancora sull'utilità dei cortisonici nei pazienti **non** immunocompromessi. Chiaro è invece il **NO** ai cortisonici negli immunocompromessi

Bibliografia

Buntinx F, et al: Is herpes zoster a marker for occult or subsequent malignancy? Br J Gen Pract. 2005 Feb;55 (511):102-7.

R Goddard -The reawakening of a sleeping little giant . Emerg Med J 2005;22:384-386. doi: 10.1136/emj.2003.008656

Helgason S. et al: The management of post-herpetic neuralgia , BMJ 2000 321: 794

Wood MJ, Shukla S, Fiddian AP, Crooks RJ. Treatment of acute herpes zoster: effect of early (< 48 h) versus late (48-72 h) therapy with acyclovir and valaciclovir on prolonged pain. J Infect Dis. 1998 Nov;178 Suppl 1:S81-4.

NOTE PER GLI AUTORI

Gli articoli proposti per la pubblicazione su QQ devono essere inviati a:

Francesco Del Zotti (francesco.delzotti@tin.it)
ed a:

Mario Baruchello (mario.baruchello@tin.it).

L'impaginazione deve essere ad una sola colonna.

Le figure, i grafici e le tabelle devono essere inviati in file separati dal testo dell'articolo