

RIVISTA QQ

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

Editor-in-Chief: Roberto Mora

Senior Editors: Enzo Brizio, Mario Baruchello, Francesco Del Zotti

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

Senior Assistant Editors: Alessandro Battaglia, Vittorio Caimi, Alessandro DallaVia, 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

QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

A PROPOSITO DI CHIRURGIA MINORE DELLO STUDIO DI
MEDICINA GENERALE IN ITALIA2

RESOCONTO DELLA DISCUSSIONE TRA I MEMBRI DEL II
VIDEO- INCONTRO DELL'AULA MULTIMEDIALE
"CLAUDIO CAROSINO" DI NETAUDIT9

NET BPCO, BRONCO PNEUMOPATIA CRONICA
OSTRUTTIVA, TRA 33 MMG ITALIANI LISTA
NETAUDIT.....11

POSITION PAPER EUROOHNET RETE DI RICERCA
EUROPEA PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLE
CURE PRIMARIE.....16

NET SMOKE AND PILL PILLOLA E FUMO NELLE DONNE
ULTRATRENTACINQUENNI.....21



QUALITÀ E RISCHIO CLINICO: A PROPOSITO DI CHIRURGIA MINORE DELLO STUDIO DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA

Il video-incontro "Aula Carosino " di Netaudit: Presentazione e sintesi della discussione

A CURA DI MARIO BARUCHELLO

Le slide della presentazione sono visibili al link:<https://www.box.com/s/e1nabikdafbiwkmhnz0>

Queste note nascono da uno dei tanti spunti di discussione con i colleghi di Netaudit che si chiedevano quale fosse la pratica di piccoli atti di chirurgia minore nella pratica quotidiana e se vi fosse un accordo su una minimum equipment list.

Un rapido esame della letteratura italiana e anglosassone ha evidenziato come spesso gli atti che in Italia il singolo medico di famiglia svolge siano delegati all'estero al nursing che affianca i general practitioners, nelle group practice tanto che vi sono descrizioni dettagliate di procedure nei manuali per la qualità e la sicurezza per il personale ausiliario di UK, AU, NZ, ma non specifiche per i medici.

E bensì vero che esiste una ampia variabilità delle prestazioni chirurgiche

erogate nelle cure primarie sia in Italia che in altri paesi.

Ciò che si sottolinea è comunque una grande attenzione alla sicurezza soprattutto in merito alla diffusione di infezioni crociate.

Nel 1996 il NHS inglese autorizzava alcune pratiche chirurgiche nelle cure primarie e i documenti di consenso prevedevano anche la formazione attenta degli operatori al fine di ottenere una certificazione formale.

E' però impensabile realizzare nei nostri contesti operativi interventi di safenectomia, o sigmoidoscopia come in UK e Olanda o di legatura delle emorroidi come in Germania!

E' importante sottolineare invece la necessità di disporre di linee guida anche per le procedure operative semplici in studio, con particolare attenzione alla prevenzione delle infezioni, per le emergenze mediche e per i rischi ambientali connessi ai rifiuti sanitari.

Cosa può fare un MMG italiano per convenzione ?

L'ACN per la medicina generale prevede che il medico possa eseguire a rimborso dal SSN le seguenti prestazioni:

- Prima medicazione
- Sutura ferita superficiale
- Medicazioni successive
- Rimozione punti di sutura e medicazione
- Tamponamento nasale anteriore
- Flebotomi (unica eseguibile in caso di intervento di urgenza)

- Lavanda gastrica
- Iniezione di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica
- Cateterismo uretrale nell'uomo
- Cateterismo uretrale nella donna

Va subito precisato che i costi dei materiali di medicazione o dei kit appositi sono, in Italia, a carico dei pazienti ma è talmente esiguo l'ammontare dei rimborsi che molti medici hanno rinunciato a dotarsi di adeguate attrezzature o non eseguono addirittura le minime operatività previste (ad es. per le medicazioni e le rimozioni di suture).

E' poi paradossale che l'accordo per i pediatri di libera scelta preveda prestazioni di maggior impegno clinico, di fatto desuete, e che richiedono sicuramente competenze ricertificate per evitare ogni fumus di imperizia professionale come :

- Terapia iniettiva desensibilizzante
- Toilette di perionichia suppurata
- Iniezione endovenosa
- Drenaggio di ascesso sottocutaneo
- Rimozione di corpo estraneo
- Asportazione verruche

•Cosa altro potrebbe fare il medico di famiglia?

E' pratica corrente per molti medici anglosassoni eseguire con adeguato compenso professionale dei NHS:

Prestazioni di chirurgia "a minore invasività "che non richiedono aperture sierose come:

- Sutura di ferite superficiali semplici
- Drenaggio ascessi superficiali

- Tamponamento di epistassi anteriore
- Infiltrazioni di steroidi in tessuti molli
- Infiltrazioni articolari
- Asportazioni cisti o lipomi piccole dimensioni
- Sbrigliamento prepuzio
- Lavaggio auricolare
- Rimozione corpi estranei
- Biopsia escissionale di lesioni cutanee benigne
- Aspirazione di idrocele, cisti mammaria, ganglio tendineo

Il medico di famiglia italiano non offre di norma queste delicate prestazioni chirurgiche e dovrebbe peraltro avere la consapevolezza che per le suddette prestazioni in molti casi esiste un' alternativa negli ambulatori del SSN (con pagamento di parcella nullo o minime e senza impegno di spesa per i materiali) . Si tratta di atti delegabili e non urgenti che vanno quindi eseguiti solo laddove ne esistano tutti i necessari presupposti.

Prerequisiti

Riteniamo che sia il momento di aprire una discussione sulle condizioni reali in cui operano i MMG. Si dovrebbe pensare ad una survey per costruire le basi di un clinical audit che fa intravedere notevoli margini di miglioramento professionale. In questo senso riteniamo che si debbano analizzare le condizioni qui sotto elencate:

Adeguatezza della struttura: l'ambulatorio autorizzato del MMG ha requisiti minimi di dotazione che vanno considerati necessari e sufficienti (Art. 36 ACN). Solo se si esce dalla pratica corrente

della medicina generale va posta grande attenzione al layout dell'ambulatorio anche per la estrema discrezionalità che caratterizza l'operato dei Dipartimenti di Prevenzione nelle verifiche certificative. Gli ambulatori di medicina di gruppo potrebbero prevedere locali dedicati a pratiche chirurgiche con adeguata asepsi.

Corretta selezione pazienti e consenso informato esplicito e formale : il medico di medicina generale, per le caratteristiche specifiche della propria professione , è in una posizione privilegiata per osservare e gestire la salute del cittadino, perché conosce l'assistito, la sua famiglia, le sue abitudini di vita, le sue condizioni cliniche, la sua possibilità di compliance, il suo lavoro, il suo livello socio-culturale e può utilizzare questo bagaglio di conoscenze per individualizzare e ottimizzare gli interventi. Ogni medico sa capire chi sono i propri pazienti e deve ispirare l'operato professionale a grande prudenza, per non includere malati noti come problematici, affetti da polipatologie complesse, ad alto rischio CV, in TAO, e con rischio infettivo-immunitario. Sono indispensabili moduli specifici di consenso (ad es. per mesoterapia, infiltrazione, anestesia locale), firmati, dopo esplicita spiegazione. Proprio nella area della medicina generale la comunicazione è fondamentale per rafforzare il rapporto di fiducia a tutela della relazione medico-paziente.

C. Strumentazione appropriata (si vedano anche TABELLA 1 e 2: esistono infinite possibilità di predisporre una

dotazione minima di strumenti per la piccola pratica chirurgica. Ci sono oggi kit monouso di discreta qualità che però non potranno mai sostituire attrezzature professionali: spero non vi sia mai capitato di provare la estrema fragilità della pinzetta di plastica per togliere le graffe metalliche o la dolorosa esperienza di strappare dei punti di sutura con forbici senza affilatura. In appendice viene fornito un elenco con i prezzi di una buona strumentazione che permette di farsi una idea dei costi da affrontare per avere soluzioni adeguate e dignitose.

D. Competenza e professionalità: la formazione è indispensabile e non è difficile aggiornare le manualità richieste; inoltre è opportuno il possesso di certificazione sia con attestati BLSD che per ECM. Se si esce dalla pratica corrente esercitata secondo l'Accordo Collettivo Nazionale è opportuno pensare agli eventi gravi che possono capitare come Lipotimia (ipoglicemia), Sincope, Shock anafilattico (scala di Muller).Indispensabile avere a pronta disposizione un carrello farmaci emergenza o una borsa medico completa ed un Kit emergenza (con pallone Abu). Non è da escludere la presenza anche di defibrillatore semiautomatico.

E. Procedure standardizzate formalizzate. Oggi esistono linee guida molto chiare per tutta la operatività prevista nei casi di chirurgia minore in ambulatorio ed è bene lavorare con metodo e rigore. Su questa base si può

pensare sia elemento qualificante anche il partecipare a Audit Clinici collegati.

F. Assicurazione RC: Le aspettative dei pazienti sono in continuo aumento e la possibile litigiosità anche legale è oggi a livelli esplosivi; è quindi necessario disporre di adeguate garanzie e controllare la completezza delle coperture, preferendo polizze collettive di categoria ben studiate a coprire i veri rischi assunti. È di questi giorni l'obbligo di legge di segnalare in carta intestata e fatture la propria Assicurazione di riferimento.

4. Layout dello studio: Sembrano tempi assai lontani quelli in cui il collega Caimi così descriveva la procedura di riordino dell'ambulatorio: "...Per quanto riguarda a pulizia dei locali vale la pena sottolineare l'importanza di dare ai propri pazienti e ai frequentatori dello studio una immagine di ordine e pulizia." (V. Caimi, L'Organizzazione del lavoro in medicina generale, UTET 1999, pag. 32). Oggi è più che mai necessario ragionare in termini di rischio clinico ed affrontare questo aspetto del lavoro di MMG alla luce delle norme regolatorie della sicurezza negli ambienti sanitari cioè il DL 626/94 e le modifiche intercorse con il D.Lgs. n. 81/2008.

5. Attrezzature e materiali: non si può parlarne che in termini di sicurezza per tutti i soggetti coinvolti. È in una ottica di prevenzione che è stato redatto il "Manuale per la formazione dei MMG e dei pediatri di famiglia" (25.3.2010) che

partendo dalla corretta registrazione delle attività arriva alla identificazione dei possibili rischi sottolineando la necessità di lavorare con approccio proattivo e una grande attenzione alla Qualità con corrette metodologie. Per quanto generico va ricordato un cenno diretto (pag. 54) alla presenza in studio di autoclave per sterilizzare i ferri.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1232_allegato.pdf

7 La sicurezza del medico e del paziente. Tutti i pazienti vanno considerati a rischio. Il rischio infettivo - evidenziato con la completa anamnesi del paziente - deve essere in primo piano nella attenzione del MMG a partire da una rigorosa Igiene delle mani sino al rispetto scrupoloso di procedure per il RISCHIO INFETTIVO degli STRUMENTI e le infezioni crociate. In allegato abbiamo aggiunto una sintetica descrizione che parte da decontaminazione e deterzione, e attraverso disinfezione e igienizzazione porta alla sterilizzazione. Aggiungiamo in bibliografia alla voce "Linee guida per il corretto utilizzo degli antisettici - disinfettanti" due linee guida che chiariscono in modo esaustivo i quesiti che quotidianamente un medico di medicina generale si pone in termini di procedure appropriate.

Le misure di protezione individuale con la adozione dei dispositivi appropriati e a norma CE (guanti, mascherina, occhiali) sono elementi qualificanti della sicurezza.

Non va infine trascurata la necessità di vaccinare tutto il personale che opera in ambulatorio per l'epatite B. Tra le procedure di emergenza per il personale c'è in primis quella per ferita accidentale con taglienti (aghi, bisturi, forbici).

8. Ambiente. Le norme di legge sui rifiuti partono dalla considerazione che i locali di lavoro per MMG configurino la situazione giuridica di studio medico (ex art. 2229 C.C./Sentenza n.1488 /95 Cassazione) e non di ambulatorio. La giurisprudenza consolidata di cui viene qui citato solo un riferimento (Circolare Min Ambiente 14.12.99) assimila i rifiuti prodotti dal medico di medicina generale a rifiuti urbani e quindi il conferimento ai sistemi di raccolta è assai semplificato.

Nella ipotesi invece di prestazioni chirurgiche strutturate la disciplina dei rifiuti è assai diversa secondo le norme della L.16.11.2001 n.405. Ci limitiamo a considerare che la maniera più semplice di conferimento per rifiuti sanitari pericolosi può essere attuata con la disinfezione dei rifiuti x 72 ore o sterilizzazione in autoclave. Rimandiamo per precisione ad una puntualizzazione di fonte autorevole: <http://www.fimmgve.it/smaltimento.asp>

Conclusioni

Le parole chiave di questo nostro breve excursus potrebbero essere queste. La piccola chirurgia nello studio di un medico di famiglia è una pratica corrente che deve essere riconsiderata alla luce di una serie di criteri di Qualità. Le priorità sono la sicurezza per paziente e operatore

alla luce di scelte professionali che tengano conto anche per la medicina generale della gestione del rischio clinico. Adeguatezza della struttura, corretta selezione pazienti e consenso informato esplicito e formale, strumentazione appropriata, competenza e professionalità, procedure standardizzate, assicurazione RC e tutela dell'ambiente sono gli elementi da considerare per ottenere risultati appropriati e evitare errori e danni. Si impone una valutazione attraverso audit clinici delle situazioni esistenti nella consapevolezza di margini di miglioramento notevoli.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen KW, Humphreys H, Sims-Williams RF. Sterilization of instruments in general practice: what does it entail? *Public Health*. 1997 Mar;111(2): 115-7.
2. Smyth ET, McIlvenny G, Thompson IM, Adams RJ, McBride L, Young B, Mitchell E, MacAuley D. Sterilization and disinfection in general practice in Northern Ireland *J Hosp Infect*. 1999 Oct;43(2): 155-61.
3. McNally O, Thompson IM, McIlvenny G, Smyth ET, McBride N, MacAuley D. Sterilization and disinfection in general practice within university health services. *J Hosp Infect*. 2001 Nov; 49(3):210-4.
4. Norman C. Lake, *Minor Surgery and the General Practice*, *BMJ*, Dec 11, 1937 – 1179
5. RACGP Practice Support Standards for general practices 4th edition. mht Criterion 5.2.1 Practice equipment
6. Lesly Finn, Sarah Crook, *Minor surgery in general practice - setting the standards*; *Journal of Public Health Medicine* Vol. 20, No. 2, pp. 169-174

7. Hoffman PN, Cooke EM, Larkin DP, et al. Control of infection in general practice: a survey and recommendations. BrMedJ 1988; 297: 34-37.

8. 9^o British Medical Association. Minor surgery in general practice. Guidance from the General Medical Services Committee and the Royal College of General Practitioners. London: BMA, 1996

SITOGRAFIA

• <http://www.infezioniospedaliere.it/protocolli.html>

• http://www.infezioniospedaliere.it/pdf/protoc_comportam/processo_ster.pdf

• http://www.infezioniospedaliere.it/pdf/protoc_comportam/igiene_mani.pdf

• http://www.infezioniospedaliere.it/pdf/protoc_comportam/SZ_02_level_disinfez.pdf

• http://www.infezioniospedaliere.it/pdf/protoc_comportam/SZ_03_glossario.pdf

• www.racgp.org.au/infectioncontrol

• www.racgp.org.au/pandemicresources

• <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/PracticeSupport/StandardsforGeneralPractices/Standards4thEdition.pdf>

RIFIUTI

• <http://www.fimmgve.it/smaltimento.asp>

• http://www.fimpcalabria.org/rifiuti_sanitari.html

Tabella 1: 10 suggerimenti per la piccola chirurgia in medicina generale

- ☼ Definire con cura ogni procedura operativa
- ☼ Lavarsi sistematicamente le mani
- ☼ Usare DPI: guanti e mascherine in tutte le situazioni a rischio
- ☼ Considerare ogni paziente potenzialmente a rischio infettivo
- ☼ Sterilizzazione è diverso da disinfezione
- ☼ Preferire materiali monouso
- ☼ Lo studio deve essere mantenuto pulito e si deve saper creare uno spazio a basso rischio per piccola chirurgia
- ☼ Tenere pulite tutte le superfici ove si utilizzano materiali per piccola chirurgia
- ☼ Verificare le disposizioni per personale di assistenza
- ☼ Avere cura della raccolta differenziata dei rifiuti
- ☼ Vaccinare medico e personale studio per epatite B

Tabella 2: 10 scelte professionali per una corretta gestione del rischio clinico

Preferire

Abbandonare

- Autoclave classe B
- Strumentario chirurgico (forbici, pinze) di alta qualità
- Cute : Clorexidina, Iodopovidone (Betadine)
- Superfici :soluzioni di ipoclorito
- Kit rianimazione completo di pallone Ambu

- Sistemi di igienizzazione fisica (stufe,UV) o chimica
- Strumentario plastica monouso
- Alcool denaturato per superficie cute
- Ammoniaca per ambienti (pavimenti)
- Semplici cannule orofaringee

MATERIALE CHIRURGICO PER PICCOLA CHIRURGIA IN MEDICINA GENERALE

A cura di M. Baruchello

Link: <https://www.dropbox.com/s/yb6l3esbjg3xpp3/Materiale%20Chirurgico.pdf>

RESOCONTO DELLA DISCUSSIONE
TRA I MEMBRI DEL II VIDEO-
INCONTRO DELL'AULA MULTIMEDIALE
"CLAUDIO CAROSINO" DI NETAUDIT

Partecipanti al Video-incontro del
Febbraio 2012

M. BARUCHELLO (VI), L. CAMERRA (MI), F.
DEL ZOTTI (VR), R. TULINO (LI), R.
MARROCCHIELLA (VR), GL PASSERINI (SO), G
RIGON (VR), D. SABBI(CN)

Gli 8 partecipanti alla videoconferenza hanno confermato la estrema variabilità organizzativa che caratterizza la medicina generale in Italia.

Dopo aver ascoltato l'intervento del dr Baruchello e visionato le sue slide i partecipanti sono inseriti o in " Solo Practice " o in " Group Practice " o in UTA o in Medicine di Gruppo; questa varietà si traduce poi in variabilità della presenza e ruoli di personale : per la disinfezione e la piccola chirurgia, una cosa è aver assunto solo una segretaria; tutt'altra cosa è avere un'organizzazione più complessa, con la presenza di infermiere/i (propri o del SSN).

La distanza da strutture ospedaliere caratterizza le pratiche ove le attività di piccola chirurgia sono maggiori; in effetti, con una infermiera del Distretto in una UTAP si possono anche fare sino a 3000 medicazioni all'anno per 4 medici di famiglia distanti 50 km da un ospedale.

Resta un problema: quello del consenso dei pazienti per l'utilizzo di personale ausiliario anche per mansioni semplici, utilizzo che nei paesi anglosassoni è la norma.

Inoltre, dalla discussione nel focus group del video incontro si deriva l'impressione che nel grande gruppo dei MMG esiste un gruppo non minuscolo di MMG che non sono inclini a svolgere prestazioni, anche minime come le rimozioni di suture o semplici medicazioni a piatto di ferite chirurgiche. Ciò può dipendere anche dalla remunerazione offerta dalla convenzione: quasi risibile e ferma a 15 anni fa, a livelli offensivi per qualsiasi professionista, e non poche volte inferiore alle spese.

La sicurezza dai rischi delle emergenze, garantita dalla pronta disponibilità di presidi per urgenze e da addestramento specifico professionale , è ritenuta la priorità.

Una casistica insufficiente viene correlata al rischio di bassa qualità.

In merito alla polemica in corso con le autorità che pensano di ottenere un minore accesso dei cittadini ai Pronto Soccorso nel caso in cui la medicina generale allargasse le sue operatività alle emergenze dei codici bianchi e verdi ,un coro di sorrisi ironici ha sommerso i presenti.

Tutti concordano che gli investimenti delle istituzioni alla MG sono realmente sotto-dimensionati : scarso è e non a livelli di molti altri Paesi europei è il

finanziamento per la formazione e gli strumenti relativi ai suddetti emergenti compiti. La loro implementazione non può basarsi solo sulla variabile buona volontà del singolo. Essa necessita di condivisione e pianificazione, rispetto agli obiettivi di garanzia della sterilità, standardizzazione del seppur limitato numero di tipologie di medicazione e chirurgia minori, e ai rari casi di emergenza. Non vi è impegno e attenzione da parte delle autorità, a fronte di sempre maggiori richiami di assunzione di responsabilità dei MG, con conseguenti polizze di responsabilità civile allargate e più costose.

Più che l'afflato totalizzante di moda (il MMG 24 ore al dì), la MG ha bisogno di attenzione interstiziale ad una serie limitata e specifica di provvedimenti, come quelli descritti nel videoincontro.

NET-BPCO

Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva
Tra 33 MMG italiani lista NETAUDIT

COORDINATORI NET-BPCO:

FRANZOSO F, BRIZIO E, FARINARO C,
DEL ZOTTI F

MMG NETAUDIT PARTECIPANTI

Caraceni Luciano, Cianca Mario, Ciolina Giovanni, De Bari Antonio, De Luigi Giovanni, De Mola Cosimo, Dolci Alberto, Giordano Egidio, Lidia Tondi, Lippa Luciano, Lippolis Orazio, Lupi Lorenzo, Mangione Paolo, Marafetti Claudio, Marchetto Barbara, Marulli Carlo Fedele, Mazzola Vincenzo, Milani Luigi, Pasculli Domenico, Ranzani Luca, Savino Andrea, Scala Antonio, Tonello Paolo, Valente Biagio, Valletta Domenico, Visentini Emanuele, Visonà Eugenio

Siamo oramai tutti consci dell'impatto che hanno le patologie croniche nella nostra attività quotidiana in termini di richiesta di risorse; le malattie respiratorie, sia per l'aumento della aspettativa di vita media sia per l'aumento dell'abitudine tabagica associata ad elevati livelli di inquinamento atmosferico, saranno sempre più diffuse a livello mondiale ed in particolare la BPCO sarà nel 2020 la terza causa di morte al mondo.

E' chiaro che un adeguamento ed una ottimizzazione del processo assistenziale per questi pazienti così complessi e con frequenti comorbidità, deve prevedere un'analisi dei dati che la medicina generale, oggi, è in grado di produrre, fotografando

il quadro assistenziale attuale e, se possibile, paragonarlo agli standard ideali che le prove di efficacia hanno da tempo prodotto. Per la BPCO abbiamo voluto analizzare una serie di indicatori che sono riconosciuti dalla letteratura internazionale quale espressione di un'adeguata presa in carico dei pazienti affetti da questa patologia (Tabella 2).

METODI E RISULTATI

Indicatori di "sensibilità" al problema BPCO :

Saturimetro: tra tutti i 33 Medici di Medicina Generale (MMG) aderenti al progetto di audit, 24 usano spesso il saturimetro, 2 lo usano raramente mentre 7 medici non lo usano.

Questionari: sempre nello stesso campione 2 medici usano spesso questionari (es. LG GOLD: Tabella1) comprendenti sintomi – storia clinica compatibile con presenza di BPCO. 14 medici li hanno usati qualche volta, 14 medici non li hanno mai usati, 3 medici non conoscono questi questionari.

Questionario GOLD per l'identificazione precoce dei pazienti con BPCO		
Hai tosse e catarro frequentemente?	SI	NO

Questionario GOLD per l'identificazione precoce dei pazienti con BPCO		
Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei?	SI	NO
Hai limitato l'attività fisica per questo?	SI	NO
Hai più di 40 anni?	SI	NO
Sei un fumatore o lo sei stato?	SI	NO
Se risposta SI a 3 o più domande richiedere spirometria		

Tabella 1: Questionario Gold per identificazione precoce soggetti con BPCO

Conoscenza dati inquinamento atmosferico: relativamente alla sensibilità del problema inquinamento atmosferico, fattore di rischio per riacutizzazioni e aggravamento della BPCO, alla domanda: 'conosci o puoi ottenere i dati dalla agenzia ARPA della tua zona i dati relativi al PM10?'. Solo 5 medici hanno risposto di essere a conoscenza di tali dati, mentre 9 affermano di non essere a conoscenza dei dati ma di sapere come ottenerli, mentre ben 19 affermano di non conoscere i dati e di non sapere come fare per ottenerli.

Indicatori: tra ottobre e novembre 2011 abbiamo raccolto i dati inviati da 33 medici di medicina generale, omogeneamente diffusi a livello nazionale, con un totale di 43462 pazienti in carico (media 1317 pazienti/medico).

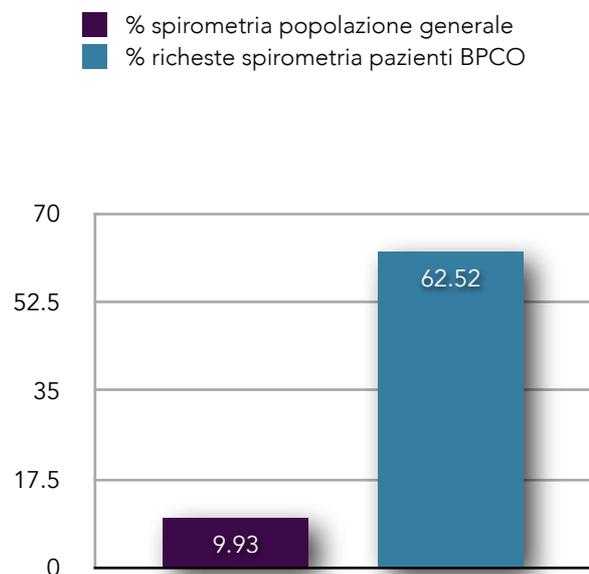
Prevalenza: i pazienti affetti da BPCO risultano essere 1422 corrispondenti al 3,3 % della popolazione del nostro database.

Fumo: Il dato fumo è correttamente imputato nelle nostre cartelle nel 6424, 53%; in questo sottogruppo i fumatori risultano essere il 23,5%.

BMI: il BMI risulta correttamente imputato nel 40,1% di tutti i pazienti, mentre nei pazienti con diagnosi di BPCO nel 48,3% dei pazienti il dato è stato rilevato.

Spirometria (Figura1), c'è una percentuale di richiesta spirometrie del 9,9% nella popolazione in generale, mentre tale percentuale nei pazienti affetti da BPCO aumenta al 62,5 (Figura 1).

Figura 1: % Spirometrie nella popolazione generale e nei soggetti con BPCO



CONCLUSIONI

I dati che abbiamo raccolto ben si correlano con quello che si riscontra in letteratura, ed in particolare se paragonati con i risultati dell'analisi di HealthSearch, il più grosso database della medicina generale formato dalla raccolta regolare dei dati di oltre 900 medici di medicina generale diffusi su tutto il territorio nazionale.

Emerge chiara la necessità di indurre una maggiore sensibilità al problema, anche attraverso la formazione dei MMG per migliorare quegli indicatori che sono spia di una globale e corretta presa in carico di questa patologia. Una precoce diagnosi supportata dalla sistematica richiesta della spirometria con test di reversibilità nei pazienti con segni o storia clinica sospetta (Tabella2), potrà sicuramente permettere di attuare tutte le strategie necessarie per un corretto

trattamento e followup della patologia con sicuro beneficio da parte del paziente.

Un miglioramento della percentuale dei pazienti con dato fumo imputato in cartella è sicuramente auspicabile poiché è chiaro che un intervento (minimal advice di 3 minuti o modello 5A) dovrebbe essere effettuato per ogni paziente fumatore, e proposto con maggiore convinzione e forza in questi pazienti affetti da un quadro morboso respiratorio così importante.

Relativamente all'uso di modelli che possano aiutare ad effettuare una diagnosi precoce e possano aiutare il clinico a gestire correttamente il paziente con BPCO, ci pare utile segnalare il modello a quadranti 4Q elaborato dal gruppo Area Respiratoria della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), nella quale si cerca di rappresentare il paziente affetto da BPCO e il paziente a rischio di sviluppare la BPCO stessa, nelle modalità con le quali si presenta nell'ambulatorio di medicina generale:

SCENARIO 1: paziente che non ha una diagnosi di BPCO e che non denuncia sintomi compatibili per presenza di malattia; in caso di pazienti > 40 anni di età, fumatori, somministrare il questionario GOLD¹ e, se risposta affermativa a tre o più domande, richiedere la spirometria.

Se fumatore: consiglio breve o modello 5A (Ask - chiedere se fuma, Advice - raccomandare di smettere, Assess - identificare i fumatori destinati a smettere,

Assist - aiutare a smettere, Arrange - pianificare follow up)

SCENARIO 2: paziente senza diagnosi di BPCO con sintomi compatibili. Si indaga su tipologia e durata dei sintomi; anamnesi per esposizione al fumo; questionario GOLD per valutare l'entità della probabilità che il paziente sia affetto da BPCO. Esame obiettivo. Richiesta spirometria con test di reversibilità; eventuale invio allo specialista pneumologo. Se diagnosi confermata il paziente entra nel PDT (piano diagnostico terapeutico) dello scenario 4; se fumatore consiglio breve o proporre modello delle 5a.

SCENARIO 3: Paziente con diagnosi di BPCO ma che si presenta in ambulatorio per altri motivi o per visita di follow up: valutare conferma diagnostica con spirometria e test di reversibilità (abbiamo visto dai nostri dati che l'esame spesso manca nei nostri database); valutazione dello stadio GOLD spirometrico di gravità per corretto approccio terapeutico e di follow up; verifica il corretto uso dei farmaci prescritti; intervento in caso di paziente fumatore; programmare monitoraggio e vaccinazione antinfluenzale.

SCENARIO 4: paziente con BPCO e sintomi correlati al quadro clinico: conferma spirometrica se assente in cartella. Valutare se si tratta di una riacutizzazione o di un peggioramento graduale della malattia di base e trattarla;

valutare se necessario l'invio al pronto soccorso o richiedere il ricovero ospedaliero in particolare se saturazione < 92%; verifica il corretto uso dei farmaci prescritti. Intervento sul fumo. Verifica l'adesione al programma vaccinale. Fissa la data della prossima visita di controllo. Molto rimane ancora da fare per arrivare ad un livello di gestione e presa in carico globale di questa complessa malattia che si avvicini agli standard di letteratura. L'analisi dei dati prodotti dall'audit e la valutazione dei fattori che li determinano possono rappresentare il primo passo del percorso che mira ad ottenere una gestione più soddisfacente dei pazienti affetti da questo quadro; risultato ultimo sarà (e i dati di letteratura lo dimostrano), una miglior qualità di vita del paziente stesso, con minor compromissione delle proprie attività quotidiane, ed un minor deterioramento della funzionalità respiratoria nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.GOLD Global Initiative for chronic obstructive lung disease. Update 2010
- 2.The ATS/ERS consensus on clinical pulmonary function testing. Eur respire J 2005; 26: 1-2; 153 – 161; 319 – 338; 511 – 522; 720 – 735; 948 – 968
- 3.NATIONAL CLINIC GUIDELINE CENTER (2010). Chronic obstructive pulmonary disease management of chronic obstructive pulmonary disease in adult in primary and secondary care. London: national clinical guideline center. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/english>

4.Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: US preventive service task force recommendation statement. Ann Intern med 2008; 155: 179 – 191

5.Mannino DM, Buist SA. Global burden of COPD: risk factors, prevalence and future trends. Lancet 2007; 370: 765 – 773

6.Grupo area Pneumologica SIMG (Società Italiana di Medicina Generale); Criteri Pratici per la gestione del paziente BPCO in Medicina Generale; rivista SIMG num. 3 giugno 2009, pagg. 44 - 47

7.Anthonisen NR et al. The effects of smoking cessation intervention on 14.5 year mortality: a randomized clinical trial. Ann intern med 2005; 142: 233 – 239

8.Database HealthSearch <http://www.healthsearch.it> unità di ricerca della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG).

Tabella 2: Indicatori BPCO NetAudit e Health Search

INDICATORE	NETAUDIT BPCO	HEALTH SEARCH
Prevalenza BPCO	3,27%	4,28%
Percentuale richiesta spirometria in BPCO	62,5 %	59,5%
Rilevazione dato fumo popolazione generale	64,53 %	
Percentuale fumatori nei pazienti con dato fumo rilevato	23,51 %	
Rilevazione dato fumo nei pazienti con BPCO		83,27 %
Percentuale dato BMI rilevato in BPCO	48,31 %	29,29 %
Uso del Saturimetro	Spesso: 24 medici su 33 (72,7%) Raramente: 2 su 33 (6,1%) Mai ; 7 su 33 (21,2 %)	
Uso questionari per diagnosi BPCO	Spesso :2 su 33 (6,1%) Qualche volta 1:4 su 33 (42,4%) Mai : 17 su 33 (51,5 %)	

Position Paper EurOOHnet

Rete di ricerca europea per la Continuità Assistenziale nelle Cure Primarie

Paul Giesen, Radboud, University Nijmegen

Medical Centre, Istituto per la Qualità della Sanità,
Paesi Bassi

Gunnar Tschudi Bondevik, Centro Nazionale per

l'Assistenza Sanitaria di Emergenza nelle Cure
Primarie, Dipartimento di Sanità Pubblica e Care
Primarie, Università di Bergen, Norvegia

Morten Bondo Christensen, Unità di Ricerca per la
Medicina Generale, Università di Aarhus,
Danimarca

Roy Remmen Università di Anversa, Dipartimento
di Cure Primarie, Belgio

TRADUZIONE A CURA DI ALBERTO VAONA E
DAVID FASOLETTI

CONTESTO

Questo articolo descrive una nuova rete di ricerca europea che si propone di studiare i Servizi di Continuità Assistenziale delle Cure Primarie. Questo è un tema importante, in quanto i pazienti sempre di più presentano le loro esigenze durante l'intero arco temporale delle 24 ore. I Servizi di Continuità Assistenziale coprono fino ai 3/4 dell'arco temporale disponibile e rappresentano quindi una parte importante delle Cure Primarie. Di conseguenza, l'organizzazione dei Servizi di Continuità Assistenziale è un argomento

importante per gli operatori sanitari e per i responsabili politici in tutti i paesi europei^{1,2}. I risultati dei Servizi, nonché la soddisfazione di pazienti e operatori sono questioni che riguardano il dibattito sui modelli organizzativi più idonei per i Servizi di Continuità Assistenziale^{3,18}.

In Europa, ci sono diversi modelli di Servizi di Continuità Assistenziale delle Cure Primarie, che variano dal singolo medico a gruppi di medici di famiglia in turno a rotazione, a centri medici dedicati, a cooperative di medici di medicina generale di grandi dimensioni^{1,5,10,12}. La maggior parte dei modelli sono costituiti da un misto di approcci e alcuni paesi europei adottano fino a 9 diversi modelli organizzativi¹.

Molti paesi hanno modificato o sono in procinto di modificare i Servizi di Continuità Assistenziale da gruppi locali di medici di medicina generale organizzati a rotazione verso organizzazioni di Cure Primarie organizzate su larga scala^{1,4,10,12}. Le ragioni di questo cambiamento sono la scarsa disponibilità dei medici di famiglia a lavorare a turno, fuori orario, il crescente carico di lavoro nei Servizi di Continuità Assistenziale a causa delle molte richieste di intervento, una parte crescente di personale che lavora part-time, il crescente numero di donne tra i medici di famiglia, e -in alcuni paesi - la scarsità di medici, soprattutto nelle zone extraurbane^{2,7,8}.

La riorganizzazione mira anche a rispondere alle difficoltà riguardo l'accessibilità, la qualità e la sicurezza dei Servizi di Continuità Assistenziale delle Cure Primarie in particolare per i casi di urgenza^{8,13}.

I costi sanitari sono in genere molto più elevati quando i pazienti si rivolgono direttamente al Pronto Soccorso in ospedale, o richiedono direttamente l'intervento dei servizi di urgenza-emergenza invece di contattare un medico di medicina generale¹⁸. È stato suggerito che è possibile ridurre i costi se il flusso di pazienti è diretto a Servizi di Cure Primarie⁸. Inoltre, l'uso appropriato dei Servizi di Cure Primarie può aumentare l'efficienza dei Servizi Ospedalieri, in quanto questi possono concentrarsi su cure altamente specializzate^{16,17}.

Attualmente, in molti paesi si assiste alla ricerca del modello organizzativo più appropriato per i Servizi di Continuità Assistenziale delle Cure Primarie. In Inghilterra, Danimarca, Paesi Bassi, e Belgio più recentemente, si è assistito alla nascita di cooperative su larga scala di medici di medicina generale. Un certo grado di centralizzazione dei Servizi di Continuità Assistenziale si visto anche in paesi meno densamente popolate, come la Norvegia^{9,11}. In questi paesi, c'è stata una crescente attività di ricerca sulle questioni relative alla Continuità Assistenziale delle Cure Primarie.

Molte sono le questioni che rimangono ancora irrisolte circa l'organizzazione e l'erogazione delle Cure Primarie al di fuori dell'orario diurno feriale. Operatori sanitari e decisori politici hanno un urgente bisogno di indicazioni operative basate su una ricerca rigorosa. Gruppi di ricerca provenienti da diversi paesi possono imparare gli uni dagli altri e stimolarsi reciprocamente per migliorare la loro attività di ricerca.

EUROOHNET

Ricercatori provenienti da diversi paesi europei hanno istituito una nuova rete: EurOOHnet, rete di ricerca europea per la continuità assistenziale delle cure primarie (www.euroohnet.eu). I prossimi argomenti di discussione e ricerca comprendono i modelli organizzativi, l'uso appropriato dei Servizi di Continuità Assistenziale, la qualità del triage telefonico, la qualità delle cure mediche, l'utilizzo di personale ausiliario, la collaborazione con i Servizi di Urgenza ed Emergenza e i Pronto Soccorso e il ruolo del Medico di medicina generale nella continuità assistenziale.

Principali obiettivi della rete sono:

1. La collaborazione nel campo della ricerca sulla Continuità Assistenziale delle Cure Primarie: condivisione e conduzione di ricerche (utilizzando protocolli uniformi), discussione dei risultati e discussione di specifici argomenti di ricerca.
2. Acquisizione di informazioni sui diversi modelli organizzativi di Continuità Assistenziale delle Cure Primarie.

La rete cercherà di individuare i punti di forza e di debolezza dei diversi modelli organizzativi, le aspettative future e le barriere per il cambiamento. Tutto ciò sarà fatto effettuando studi internazionali e visitando paesi membri per scambiare informazioni ed esperienze.

Nel 2010 EurOOHnet ha tenuto il primo incontro di Nimega (Paesi Bassi). Un secondo incontro si è tenuto nel 2011 a Bergen (Norvegia) e il terzo si è tenuto ad Anversa (Belgio) nel 2012. Nel 2013 la riunione annuale si terrà a Heidelberg (Germania).

APPARTENENZA A EUROOHNET

Ogni paese è rappresentato da una istituzione coinvolta nella ricerca sulla Continuità Assistenziale nelle Cure Primarie. L'iscrizione è di norma istituzionale e non personale. Allo stato attuale i seguenti paesi sono rappresentati in EurOOHnet: Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Slovenia, Svizzera e Regno Unito. I nuovi membri possono essere invitati dai membri EurOOHnet oppure possono contattare direttamente EurOOHnet. Per diventare membro l'istituzione dovrebbe svolgere attività di ricerca sulla Continuità Assistenziale delle Cure Primarie, preferibilmente a livello nazionale. Inoltre, i membri dovrebbero essere i ricercatori principali e i medici coinvolti nella ricerca nei rispettivi paesi. In

linea di principio EurOOHnet include un'istituzione per paese (sono possibili eccezioni in paesi di grandi dimensioni). Le future decisioni circa l'appartenenza saranno prese dal Consiglio EurOOHnet sulla base di questi criteri. Fino a quando non ci sarà un consiglio, le proposte di adesione saranno presentate via posta al gruppo EuroHnet. Se non sorgono obiezioni, l'ente proposto diventa membro. Se sorgono obiezioni, la rete cercherà di trovare un consenso attraverso la discussione.

ORGANIZZAZIONE

Fino ad ora, EurOOHnet è stata sostenuta da contributi ad hoc dei suoi partecipanti per coprire tempo e spese di viaggio. Al momento, EurOOHnet non ha una struttura ufficiale né una governance. Tuttavia, l'obiettivo è quello di formalizzare l'organizzazione in un prossimo futuro. Il Consiglio, costituito da due a quattro membri, dividere i compiti e ha il mandato di decidere sulle questioni di routine, i finanziamenti, la preparazione degli incontri, il contatto con altre organizzazioni come WONCA. Inoltre, tiene contatto con l'intero gruppo EurOOHnet per informazioni e feedback in caso di decisioni importanti.

EurOOHnet organizza un incontro di due giorni in uno dei paesi membri ogni anno. Il paese ospitante coordina la logistica del meeting e redige il programma. Un gruppo da due a quattro membri di altri paesi verificherà il contenuto delle

presentazioni e darà un feedback per garantire la qualità ottimale del programma. Ogni membro EurOOHnet sostiene le proprie spese di viaggio e di albergo, anche se su questo ci impegneremo a cercare finanziamenti a livello europeo.

Progetti di ricerca

L'istituzione che avvia un progetto di ricerca specifico è responsabile del coordinamento del progetto. L'istituzione redige una proposta iniziale di ricerca e invita i membri di altri paesi a partecipare. Il paese coordinatore decide quali paesi sono invitati a partecipare e definisce i criteri per la partecipazione (ad esempio la qualità dei dati, tempo di realizzazione, ecc.). Un progetto diventa un progetto EurOOHnet se le istituzioni di almeno due paesi partecipano. Successivamente, il principale coordinatore redige un protocollo completo di ricerca, che viene esaminato da una commissione di membri EurOOHnet al fine di garantire una qualità eccellente alle proposte di ricerca. Infine tutti i paesi membri studiano il protocollo e prendono una decisione definitiva circa la partecipazione.

I progetti devono avere scadenze chiare per la raccolta dei dati.

Al momento, due importanti progetti sono stati effettuati. Il primo progetto ha studiato la diagnostica di routine con i dati clinici provenienti dai Servizi di Continuità Assistenziale di otto paesi¹⁹. Un secondo progetto ha valutato le linee guida nazionali per la diagnosi e il trattamento

della infezioni delle vie urinarie nei Servizi di Continuità Assistenziale ed esaminerà l'adesione dei medici a queste linee guida. Un terzo progetto per quanto riguarda il flusso di informazioni ai e dai Servizi di Continuità Assistenziale sarà elaborato nei prossimi mesi.

IL FUTURO

Nel corso del 2012 EurOOHnet verificherà gli appuntamenti e perfezionerà questo documento. Come passo successivo la rete farà domanda di sostegno finanziario a livello europeo per la propria organizzazione di base e per nuovi progetti di ricerca internazionale. L'orientamento di EurOOHnet sarà valutato ogni anno e sarà presa in considerazione la futura collaborazione con altri gruppi di ricerca a livello internazionale nel campo delle Cure primarie.

BIBLIOGRAFIA

1. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 2009;9:105doi:10.1186/1472-6963-9-105.
2. Grol R, Giesen P, Van Uden C. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, and The Netherlands: New Models *Health Affairs* 2006;25:1733-7.
3. Van Uden C, Giesen P, Metsemakers J, Grol R. Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GPs) in The Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. *Fam Med* 2006;38(8):565-9.
4. Giesen P, Smits M, Huibers L, Wensing M, Grol R. Quality of after hours primary care: the

Dutch solution. *Annals of Internal Medicine*. Accepted for publication 2011.

5. Christensen MB, Olesen F. Out-of-hours service in Denmark - five years after the reform. *BMJ* 1998;316:1502-5.

6. Vedsted P, Christensen MB. The effect of an out-of-hours reform on attendance at casualty wards. The Danish example. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(2):95-8.

7. Christensen MB, Skafte-Holm P, Weincke HH, Greibe J, Rem J, Sauer M, Andersen DH, Gliese MS. General practitioners' evaluation of the primary care out-of-hours service in Copenhagen County, Denmark. *Ugeskr Læger* 2005;167:3412-5 [In Danish].

8. Giesen P. Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands. Thesis. Nijmegen: Radboud University Medical Center; 2007. Available at www.acutezorg.nl/bibliotheek/bericht/39090123_quality_of_out-of-hours_primary_care_in_the_netherlands (Accessed 15 December 2010).

9. Danielsen K, Bjertnæs ØA, Garratt AM, Førland O, Iversen HH, Hunskår S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *Family Practice* 2010;11:73.

10. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskår S, Blinkenberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organization of Norwegian out-of-hours primary health care services. *Journal of the Norwegian Medical Association* 2007;127:1335-8.

11. Zakariassen E, Blinkenberg J, Hansen EH, Nieber T, Thesen J, Bondevik GT, Hunskår S. Locations, facilities and routines in Norwegian out-of-hours services. *Journal of the Norwegian Medical Association* 2007;127:1339-42.

12. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblich M, Geudens L, Bronckaers M, Meeuwis H. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care

BMC health services research 2010 Jul 30;10:222doi:10.1186/1472-6963-10-222.

13. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mokkink H, Drijver R, Van den Bosch W, Grol R. Safety of telephone triage in GP cooperatives: Do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care* 2007;16(3):181-4.

14. Giesen P, Willekens M, Mokkink H, Braspenning J, Van den Bosch W, Grol R. Quality of out-of-hours primary care: development and testing of indicators for prescribing and referring. *Inter J Qual Health Care* 2007;19(5):289-95.

15. Philips H, Mahr D, Remmen R, Weverbergh M, De Graeve D, Van Royen P. Experience: the most critical factor in choosing after-hours medical care *Quality and safety in health care* 2010;19:6doi: 10.1136/qshc.2007.024299.

16. Philips H, Remmen R, De Paep P, Buylaert W, Van Royen P. Out of hours care: a profile analysis of patients attending the emergency department and the general practitioner on call *BMC family practice* 2010;11:881-8.

17. Giesen P, Franssen E, Mokkink H, Van den Bosch W, Van Vugt A, Grol R. Patients either contacting a general practice cooperative or accident and emergency department out of hours: a comparison. *Emerg Med J* 2006;23(9):731-4.

18. Giesbers S, Smits M, Giesen P. Zelfverwijzers SEH jagen zorgkosten op. [Self referrals at A&E department increase costs] *Med Contact* 2011;66:587-9.

19. Huibers LAMJ, Moth G, Bondevik GT, Kersnik J, Huber CA, Christensen MB, Leutgeb R, Casado AM, Remmen R, Wensing M. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Fam Pract* 2011 May 13;12(1):30.

NET SMOKE AND PILL



Pillola e fumo nelle donne ultratrentacinquenni

**CORDINATORI NET PILL:
DEL ZOTTI F, FRANZOSO F,
RIGON G**

MMG NETAUDIT PARTECIPANTI

Cianca Mario, De Luigi Giovanni, Dolci Alberto, Farinaro Carmine, Francesco Del Zotti, Gironda Giuseppe, Lippa Luciano, Lupi Lorenzo, Mangione Paolo, Marafetti Claudio, Marrocchella Raffaella, Merlini Giovanni, Pasculli Domenico, Ranzani Luca, Tedeschi Luca, Tulino Renato, Visentini Emanuele

INTRODUZIONE

Le linee guida più accreditate sostengono da anni che nelle fumatrici oltre i 35 anni che assumono pillole EP aumenta in maniera moltiplicativa il rischio di eventi cardiovascolari (Zimol F, 2011). Nelle pazienti che non riescono a smettere di fumare si consiglia di : a) passare a mini-pillola solo progestinica, ad es il desogestrel (ad es: cerazette) o passare ad

altro metodo contraccettivo (in particolare IUD con/senza progestinico)

METODO E INDICATORI DI AUDIT

I) Questionario di avvio. Ai MMG partecipanti sono state rivolte poche domande di avvio per valutare comportamenti abituali dei MMG nei confronti della contraccezione, comportamenti difficilmente derivabili dall'analisi retrospettiva delle cartelle computerizzate: a) grado di valutazione anamnestica sistematica di informazioni sulla contraccezione ; b) registrazione sistematica delle ricette non mutuabili in cartella; c) consuelling sistematico su possibilità di uso di IUD, nei casi indicati; d) relazione organizzata con ginecologa/ o di fiducia per inserzione e followup di IUD

II) Indicatori dell'audit

DENOMINATORE1 (D1): numero di Donne dai 35 anni ai 50 anni

DENOMINATORE2 (D2): numero di Donne dai 35 anni in su sino ai 50 anni che usano una qualsiasi Pillola contraccettiva (solo progestinica o Pillole EP)

D3: rispetto al totale precedente (D2), Valutare il numero di donne tra 35 e 50 che usano qualsiasi pillola contraccettiva (solo progestinica o Pillole EP) e che nel contempo siano fumatrici

D4, Rispetto al denominatore (D3): Valutare il numero di donne fumatrici (dai 35 anni ai 50 anni) che usano minipillola (solo-progestinica)

D5, Rispetto al denominatore (D3): Valutare il numero di donne fumatrici che usano Pillole estro-progestiniche .

METODO

Periodo di Analisi prescrizione Pillole contraccettive: 1 gennaio 2010- 31 dicembre 2010

Sono state preparate frasi in Linguaggio SQL per rispondere ai compiti previsti. Sono state selezionate e conteggiate solo le prescrizioni croniche , con la cronicità definita in questo modo: almeno 1 prescrizione in due diversi quadrimestri dell'anno 2010

RISULTATI

MMG PARTECIPANTI: 17 MMG partecipanti hanno in carico 3641 donne tra i 35 e 50 anni (in media 214 donne per MMG) .

PREVALENZA USO PILLOLA: risultano usare Pillole contraccettiva 563 donne, pari al 15% di tutte le donne tra 35 e 50 anni. .

Dalle risposte al breve questionario (Figura1) si deriva che: a) poco più della metà dei MMG (56%) indaga

sistematicamente nell'anamnesi le modalità contraccettive delle sue pazienti; b) che i tre quarti dei partecipanti registra sistematicamente le ricette "bianche" in cartella; c) che bassa è la proporzione dei MMG che dà counselling attivo nei riguardi dello IUD o che ha un ginecologo di riferimento per tale modalità contraccettiva.

Donne fumatrici che usano qualsiasi tipo di Pillola : 156 donne sono si fumatrici sia consumatrici di pillola estroprogestinica (sia solo progestinica che estroprogestinica) . Si tratta del 28% di tutte le donne che usano pillola (Intervallo di Confidenza dal 24% al 31%) . Sottraendo dal totale le donne che usano minipillola (solo progestinica) , risultano in pillola estroprogestinica 146 donne , pari al 94% delle donne fumatrici che usano una qualsiasi pillola contraccettiva (Figura 3)

Ogni MMG in media ha 8,4 donne fumatrici in terapia con la pillola (Figura 2): mediana 4; minimo 1; I quartile inferiore; 2; mediana: 4; quartile superiore: 7; massimo : 38

Donne fumatrici che usano Pillola solo progestinica (Figura 3): solo 10/156 pazienti in pillola usano mini-pillola (solo progestinica). Si tratta del 6,4% delle donne fumatrici in pillola contraccettiva (Intervallo di Confidenza dal 3% all'11%)

DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

Dalla valutazione delle risposte al mini-questionario e dai dati raccolti emerge un ruolo ancora un po' sottodimensionato dei MMG nei confronti della gestione della pillola estroprogestinica. Lo si può dedurre intanto dalla percentuale riscontrata di donne che usano la pillola contraccettiva (il 15%), che risulta lievemente inferiore a quanto documentato dall'Istat recentemente (<http://tinyurl.com/brt88ph>). Probabilmente questa differenza è influenzata sia dal fatto che le pillole non necessitano di ricetta (tutte computerizzate), ma di "ricette bianche" (gran parte delle pillole non è "mutuabile"), che magari qualche volta per la fretta vengono stilate a mano, invece che con il PC.

Dalla discussione tra i membri della Lista Netaudit sembra inoltre emergere in certe zone del Paese una certa quota di pillole concesse a volte senza prescrizione. Ma il mini-questionario mette anche in luce una sorta di timidezza nella valutazione anamnestica, che in parte è legata alla natura "sensibile" del problema (la maggior parte dei MMG è di sesso maschile) ed in parte forse alla speciale relazione un po' esclusiva tipica del rapporto ginecologo-donna. Il mini-questionario tra l'altro mette in evidenza la insufficiente attenzione dei MMG alla possibilità di usare IUD, che nelle donne con figli potrebbe mitigare il rischio

trombotico e vascolare, vista nello IUD o l'assenza di ormoni o la presenza in alcuni tipi di IUD di progestinici più sicuri.

Tutto ciò inoltre si lega ad una reale sottoutilizzo di questi utili ausili (gli IUD), così come discusso in un recente articolo del NEJM (Pace, 2011).

Per quel che riguarda le domande più specifiche di questo audit (fumo nelle donne sopra i 35 anni) abbiamo constatato che è ancora alta la proporzione di donne fumatrici con età maggiore e pillola estroprogestinica: poco meno di 1 donna su tre. Questo 30% è sicuramente oltre la ragionevole tollerabile standard percentuale (non più del 10% di donne ultra35enni con contemporaneo uso di fumo e pillola).

E' tra l'altro ben noto il rischio moltiplicativo di eventi trombotici e cardiovascolari in queste donne di età superiore ai 35 anni e questo rischio in Italia tende ad essere maggiore, vista la quota più alta, rispetto alla media nordeuropea, di pillole con progestinici di III generazione, sub judice, e visto infine lo scarso uso di minipillola (solo progestinica), più indicata in queste donne. Ed in effetti nella nostra casistica solo il 6% delle fumatrici usa la minipillola.

I precedenti insufficienti risultati e la delicatezza dei rischi delle donne fumatrici indicano che senza dubbio la situazione attuale merita un Re-audit tra 12 mesi, con gli obiettivi di ridurre la percentuale di uso

del fumo di sigaretta tra le donne che chiedono la pillola e/o di spostare la prescrizione o verso la minipillola solo-progestinica o,quando possibile, verso i device IUD.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. Lydia E. Pace et al: Contraception in Primary Care — Embracing the Institute of Medicine Challenge- N Engl J Med 2011; 365:2438-2439 December 22, 2011
2. Zimol R., Del Zotti F, L'utilizzo dei contraccettivi in una donna con più fattori di rischio - Dialogo sui farmaci - n2/2011 <http://www.dialogosuifarmaci.it/app/webroot/documents/70%20Duetti%20clin>

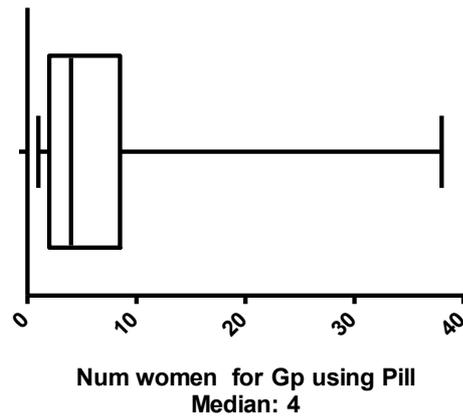


Figura 2

Figura 1

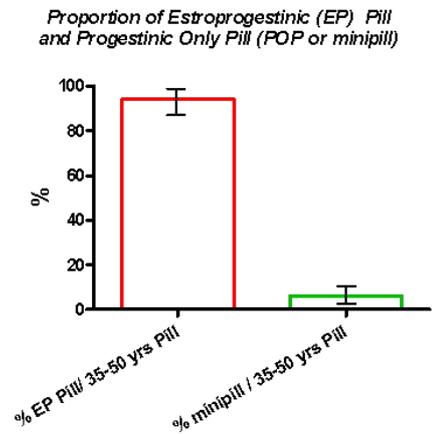
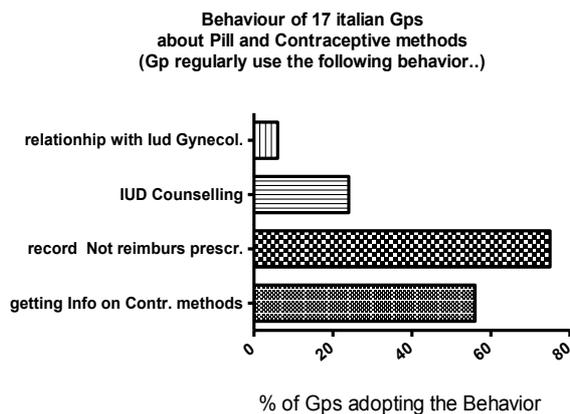


Figura 3