

RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



ANNO 2025
NUMERO 1

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Roberto Mora

Senior Editors

Mario Baruchello,

Francesco Del Zotti (Science Editor)

Managing Editor

Giulio Rigon

Senior Assistant Editors

Alessandro Dalla Via (PD), Ferdinando Petrazzuoli (CE), Sandro Girotto (VR), Giobatta Gottardi (VI), Giovanni Merlino (PA), Giorgio Visentin (VI), Gianluigi Passerini (SO), Renato Tulino (GR), Andrea Virga (PA), Diego Sabbi (AL), Angelica Salvadori (TO), Sonia Zenari (VR)

International Committee

Hans Thulesius, Christos Lionis

Julian Tudor Hart †, Paul Wallace †

*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
Contatti: info@rivistaqq.org
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

INDICE RIVISTA QQ NUMERO 1 ANNO 2025

EDITORIALE.....	2
IL VOCABOLARIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA.....	5
STRUMENTI INFORMATICI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.....	6
INDAGINE DI PREVALENZA DELLE SINDROMI POLIENDOCRINE AUTOIMMUNI IN UNA POPOLAZIONE AMBULATORIALE.....	16
PRIMARY HEALTH CARE: EXPLORING DATABASES.....	19
FARMACIA DEI SERVIZI.....	22
POLITERAPIA NELL'ANZIANO DAI 65-84 ANNI: STUDIO TRA 23 MMG ADERENTI AL GRUPPO NETAUDIT.....	24

EDITORIALE

A cura di Mario Baruchello

"Ongaro fa il medico; la sua pacatezza rassicurante e la sua mite e ferma precisione danno subito un senso di sollievo ai pazienti che vanno da lui con le loro ansie, i fantasmi dell'insonnia e del panico, le ossessioni coatte, il vuoto di una vita che sembra risucchiata nel buio. Lui ascolta, disponibile, senza fretta; qualcosa, nel suo viso e nel suo tratto, ricorda la linda dirittura e la malinconica bontà di Freud, corrette da una sorniona ironia. Si addentra nelle spirali dell'angoscia con la paziente leggerezza di un gatto; saggia il terreno con domande discrete, suggerisce un farmaco senza promettere miracoli, ma la zampa felina non si lascia scappare la serpe dell'ansia, l'afferra senza parere e la tira fuori, e spesso, dopo qualche tempo, le persone braccate dai demoni ritornano capaci di vivere". In questa citazione da *Microcosmi* (1996) di Claudio Magris possono essere racchiuse alcune chiavi della medicina nei suoi universali valori di umanità e pratica.

E' stato un giovane medico, Andrea Furnari, che ci ha riportato a queste caratteristiche universali con il suo contributo *"Il vocabolario del medico di famiglia"*. Evidentemente non sempre i giovani sono affascinati dall'intelligenza artificiale, ma si rifanno anche ai principi che abbiamo diffuso, anche con Rivista QQ, alla definizione europea di medicina generale e al codice ippocratico. <https://www.aprirenetwork.it/book/wonca-2022-valori-e-principi-della-mg/>

Viviamo ciclicamente nella storia la crisi del modello di medicina che già David Rothman (30/4/1937 - 31/8/2020) denunciava come progressivo allontanamento dei medici dai pazienti descrivendo un *"estraneo al capezzale"*. Tuttavia il quadro non è completo, se non si aggiunge che l'ingresso di altre figure ,sanitarie e non, nello scenario della decisione clinica è stato preceduto dal progressivo estraniamento dei medici stessi rispetto ai pazienti. *"Il medico è diventato un estraneo... Il livello della fiducia è diminuito... La tecnologia porta i medici a mettere le loro mani sulle tastiere, piuttosto che sui pazienti"*: sono alcuni dei flash con cui Rothman descrive il cambiamento dei rapporti — tra medici e pazienti, nonché tra medicina e società — ai quali il movimento delle medical humanities prima e la bioetica cercano ancora oggi di porre rimedio (Rothman D.J., *Strangers at the bedside. A history of how Law and Bioethics transformed medical decision making*, Basic Books, New York 1991).

I cittadini vorrebbero ancora scegliere il medico di famiglia basandosi sulla sensazione che il professionista sia disposto a prendersi cura di loro nel modo in cui essi desiderano. La scelta vorrebbe essere legata a solide basi comunicative in cui la lealtà, la fedeltà e la fiducia dovrebbero essere i presupposti. Il messaggio allora potrebbe essere che alla gente sta a cuore la guarigione che dipende dal rapporto con il proprio medico oltre ai risultati della tecnologia, delle innovazioni mediche o delle teorie sulla equità e sulla giustizia in merito alla appropriatezza nel campo della salute(...) (Lantos J., *Riformare la sanità americana: le lezioni di un'esperienza*, in *L'Arco di Giano*, n. 15, 1997, pp. 83-91).

Non possiamo che augurarci che Ordini dei Medici, Società Scientifiche e culturali, Sindacati e SSN ripensino al loro ruolo fondamentale che consiste nel discutere con tutti i professionisti dei codici deontologici. Alla società non serve solo la scienza, la medicina digitale e la Intelligenza Artificiale serve un medico che abbia solidi codici morali e cui sia permesso di esercitare la propria arte con libertà, competenza e responsabilità.

IL VOCABOLARIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

Andrea Furnari, MMG Verona

In occasione dell'evento "Medico di Famiglia per Sempre" tenutosi lo scorso novembre presso il Teatro Filarmonico di Verona, mi è stato chiesto di intervenire per esprimere il mio punto di vista sul passaggio del testimone che inevitabilmente avviene da una generazione a un'altra.

E allora io questo testimone me lo sono immaginato così: come la nostra celebre borsa del medico, compagna fidata della quotidianità. Una borsa forse un po' sgualcita dal tempo e dall'usura, ma sempre pronta a custodire ciò che rende unico il nostro mestiere. Una volta aperta, non ho trovato solo strumenti per la pratica clinica, ma un insieme di valori che ci accompagnano e guidano in ogni incontro, ogni sguardo, ogni parola. In quella borsa c'è l'Empatia, la capacità di comprendere e condividere le emozioni del paziente, e c'è l'Umanità, il calore e la sensibilità che diventano fondamentali, soprattutto nei momenti di maggiore vulnerabilità.

Non può mancare l'Ascolto, quell'attenzione attiva che coglie non solo le parole, ma anche le preoccupazioni e i silenzi. A tutto questo si unisce la Comunicazione, fatta di chiarezza e semplicità, per costruire un dialogo sincero. Ma non solo. La nostra borsa custodisce anche la Competenza, costruita con fatica e costanza alimentandosi di un aggiornamento continuo, e l'Etica, che guida le nostre decisioni nel rispetto dei principi morali e deontologici a tutela della vita e della dignità di ogni persona. Accanto a questi valori ci sono la Collaborazione, che ci lega agli altri professionisti per offrire una cura integrata, e la Resilienza, che ci aiuta a gestire lo stress e il carico emotivo, inevitabili in una professione così intensa. E poi c'è la Prevenzione, che ci spinge a guardare oltre l'immediato, alla salute e al benessere del paziente nel lungo termine. Infine, c'è la Fiducia, quella relazione unica che si instaura lentamente, giorno dopo giorno, quel legame solido e rispettoso che ci permette di costruire un rapporto autentico con ogni persona che incontriamo.

Questi valori non sono solo parole. Sono il cuore della medicina di famiglia, una medicina che non si accontenta di curare, ma che si prende cura. Una medicina che guarda alla persona nella sua totalità, con le sue paure, le sue speranze, il suo vissuto. Portare avanti questa borsa significa accettare una sfida. Significa accettare la responsabilità e, insieme, la bellezza del nostro ruolo. Significa credere ancora in una medicina che non si perde nei numeri e nella burocrazia, ma che guarda dritto negli occhi delle persone. Ogni passo, anche il più piccolo, è un atto di fiducia in un cambiamento possibile, che si costruisce con fatica ma che dura nel tempo. Credo sia necessario, e anzi

doveroso, afferrare questo testimone per la nostra generazione. E continuare a portare questa borsa là dove è destinata ad arrivare: a casa del nostro prossimo paziente.

Post scriptum In ultimo, ma non per importanza, credo sia bene ricordare sempre che il nostro lavoro è forse il più facile da fare male e allo stesso tempo il più difficile da fare bene. Vale la pena ripeterselo di tanto in tanto, a maggior ragione quando ci sentiamo scarsamente apprezzati e compresi malgrado il nostro più profondo e sincero impegno.

RUBRICA: PARLANO UTENTI E RESPONSABILI SINGOLE SOFTWAREHOUSE

Comitato Editoriale Rivista qq

Già dal numero precedente la nostra rivista ha deciso di dare voce a responsabili e utenti di prodotti di cartelle computerizzate.

La volta scorsa vi è stato l'intervento del responsabile tecnico di un'azienda veneta, Eumed, che ha prodotto, su richiesta di Netaudit, un modulo di estrazione Booleana.

In questo numero sotto potrete leggere l'intervento di un MMG, il dr. Domenico Pasculli, molto esperto di una parte del software Millewin: GPG.

Come leggerete GPG è un approfondito strumento di analisi dei dati, con indicatori costruiti in genere centralmente da una commissione scientifica a Firenze. Si tratta di uno strumento flessibile che serve sia a gestire gli indicatori del singolo caso sia a paragonare gruppi di MMG di una stessa regione o di diverse regioni. È per certi versi complementare a Netaudit, che è multiplatforma, slegato da una singola piattaforma computerizzata. Netaudit valuta indicatori e processi di Audit, con un processo bottom-up, collettivo. È ovvio che chi ha il programma Millewin e partecipa a Netaudit può avvantaggiarsi della complementarietà dei due strumenti.

STRUMENTI INFORMATICI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Domenico Pasculli, MMG Bari

Il giorno 1° ottobre 2001 ho partecipato a Rimini al Congresso Nazionale SIMG "La ricerca in Medicina Generale". Quel giorno ha segnato profondamente la mia attività professionale che da allora è stata fortemente orientata alla prevenzione e alla ricerca, e alla massima qualità possibile in MG. Il gestionale di studio allora adottato e gli add-on che sono successivamente stati resi disponibili mi hanno dato l'opportunità e la possibilità di misurare, verificare, dimostrare l'attività clinica e migliorare la qualità dell'assistenza.

Da circa un anno sono in pensione, ma sono stato ricercatore di Health Search, l'Istituto di ricerca della SIMG ed ho collaborato con Millennium e Genomedics contribuendo a realizzare e migliorare strumenti utili a supportare la professione. Nel 2010 al Congresso Nazionale della SIMG a Firenze ho avuto l'onore di presentare un innovativo e forse unico, strumento informatico per l'audit e la governance in Medicina Generale, GPG - General Practice Governance, con moduli capaci di dimostrare quello che il medico di medicina generale fa, come lo fa e cosa ottiene in termini di risultati di salute (outcome) e con quali

costi. Non solo, GPG legge i dati registrati in cartella e li traduce in indicatori di performance, individua e identifica i pazienti con criticità gestionali; fornisce gli strumenti per ottimizzare e attuare gli interventi correttivi. Uno strumento, dunque, per l'audit clinico e la governance dei processi, orientato al miglioramento continuo della qualità delle cure erogate dal Medico di Medicina Generale (MMG).

Il sistema GPG

GPG è stato pensato in origine come strumento per il self audit del MMG e vede la luce in un periodo connotato da profondi cambiamenti del panorama sanitario italiano: allungamento della vita media e invecchiamento della popolazione, aumento epidemico delle malattie croniche e delle complessità cliniche, aumento dei bisogni di salute, aumento dei costi per il sistema sanitario nazionale, costantemente sottofinanziato, aumento rilevante del carico burocratico (misto, cartaceo e informatico), ricambio generazionale dei MMG. Tutti questi fattori hanno determinato, e determinano ancora oggi, notevoli problemi di gestione nell'ambito delle cure primarie con ripercussioni problematiche sulla governance complessiva e in particolare sulla qualità delle cure. Per tali motivi nell'ambito della SIMG si è sentita forte la necessità di dotare i MMG di strumenti che potessero aiutarli a governare i processi e verificare la qualità delle cure erogate; permettessero di intensificare la medicina proattiva e preventiva; migliorare la gestione delle malattie croniche con interventi di medicina di iniziativa o di opportunità; migliorare l'appropriatezza terapeutica e diagnostica; ridurre lo spreco di risorse; contribuire attivamente alla sostenibilità del sistema sanitario. Il MMG ha dunque a disposizione uno strumento di semplice utilizzo che senza eccessivo impegno permette di misurare, verificare, dimostrare l'attività svolta, i costi sostenuti ed i risultati di salute ottenuti. Non solo, dunque, meri bilanci economici che valutano la spesa corrente (che è la quasi unica valutazione praticata da parte delle aziende sanitarie), ma l'accountability. Essa rispecchia la spesa rapportata ai risultati ottenuti, applicando i principi della governance clinica: efficacia, efficienza, sicurezza, economicità, sviluppo professionale, apertura, cooperazione e condivisione.

GPG fa tutto da solo: misura i processi e gli esiti in medicina generale e permette di migliorare continuamente la qualità delle cure erogate utilizzando il processo dell'audit clinico caratterizzato da osservazione e misurazione della pratica corrente (quello che si fa) con indicatori evidence based confrontati con standard espliciti e condivisi, individuazione delle criticità gestionali (quello che non si è fatto), adozione di idonee misure correttive anche di aggiornamento o formative (intervento), verifica dei risultati delle azioni correttive, produzione di report. Tutto questo avviene in un processo continuo ("ciclo dell'audit") di miglioramento della qualità professionale, verificabile e verificata.

Anche GPG ha subito profondi cambiamenti nel corso degli anni: partendo dal self audit è da subito divenuto strumento per l'audit in gruppo: medici in associazione o in rete, cooperative, gruppi spontanei, locali e no, progetti aziendali, regionali o nazionali fino all'audit in grande gruppo nell'ambito di GPG Network, la più grande rete di MMG, utilizzatori del GPG, che offre la possibilità di confrontare le performance del singolo sia con gli standard ed i benchmark, sia con le performance degli altri MMG a livello nazionale, regionale o provinciale, oltre ad eseguire confronti tra realtà differenti (regionali o provinciali). E non ci si è fermati qui; il software è stato dotato di nuove funzioni: GPGTutor, un tutor virtuale sempre disponibile e ricco di contenuti formativi e informativi, tutti costantemente aggiornati e indicizzati, collegati al problema clinico in

quel momento oggetto di analisi (es. collegamenti diretti a Standard italiani per la cura del Diabete 2024 o Linee Guida ADA 2024 mentre si stanno analizzando gli indicatori del Diabete di tipo 2), e Self Service un potente strumento di analisi che permette di estrarre coorti di pazienti o creare nuovi indicatori, diversi da quelli presenti nel programma, sulla base di personali necessità. Inoltre, GPGTutor permette di accedere ad una piattaforma che rende disponibili corsi FAD ECM utilizzabili per colmare eventuali lacune cognitivo-pragmatiche e acquisire crediti formativi: forse uno dei rari esempi di formazione tarata sui bisogni, certificata perché verificata sul campo sulla base del miglioramento degli indicatori di performance. E non è finita: nel futuro ormai prossimo si prevede anche l'AI applicata alla produzione di report caso-specifico e alla creazione delle coorti.

GPG, dunque, in quanto strumento per l'audit, in ambito di medicina di iniziativa permette di attuare interventi con approccio di popolazione su specifici gruppi di pazienti con criticità gestionale, in particolare nelle forme organizzate di assistenza primaria (Gruppi, AFT, Case della Salute, UCCP etc.). GPG, inoltre, è utile per il self audit e permette di attuare anche interventi in ambito di medicina di opportunità sui singoli assistiti durante la visita. In effetti nella visita occorre avere ben chiaro il profilo del paziente che si ha di fronte.

Figura1

La cartella clinica, da sola senza GPG, non è sufficiente date le caratteristiche tipiche della medicina generale (incontri ripetuti, approccio olistico, longitudinale, di lunga durata), di solito è ricca di dati clinici. L'analisi della cartella può richiedere tempi lunghi, a volte non conciliabili con i ritmi stringenti del lavoro di ogni giorno; può in qualche caso riuscire

difficile dare risposte immediate ai bisogni del paziente, specie se clinicamente complesso, con multiple comorbidità, poli trattato, "low attender". Occorre inoltre considerare l'ormai insopportabile carico burocratico che, riducendo ulteriormente il tempo da dedicare al paziente, incide pesantemente sul rischio di errore per disattenzione, sottovalutazione, omissione, dimenticanza [Figura1].

GPG Patient

Per tutte queste multiple e complicate ragioni GPG può rivelarsi un buon ausilio. Durante il colloquio con il paziente, oltre al supporto [Figura 2] fornito dal gestionale e dal DSS (sistema di supporto decisionale integrato nella cartella clinica), GPG mette a disposizione del MMG anche GPGPatient, uno strumento di sintesi, di grande utilità nella pratica clinica. GPGPatient analizza i dati di popolazione presenti nel database del GPG ed estrae le principali criticità gestionali eventualmente presenti su ciascun assistito creando per ognuno di essi un elenco facilmente visualizzabile durante la visita. Grazie ad una stretta interazione con il gestionale, quando il MMG apre la cartella di un qualunque assistito, in visita in studio, a domicilio, o per consultazione, GPGPatient, richiamato direttamente dall'interno del gestionale, permette di visualizzare immediatamente le criticità di quel singolo paziente. Una volta avviato GPGPatient resta attivo, segnalato da un'icona di colore arancio nella barra delle applicazioni di Windows; ad ogni cambio di cartella GPGPatient in background renderà disponibili automaticamente le informazioni dei successivi pazienti e, all'occorrenza, la scheda potrà essere richiamata e visualizzata con l'icona di Windows.

SAVERIO
Età: 47 anni

Sintesi delle valutazioni

- Difterite, Tetano, Pertosse (dTpa) **2**
- Influenza **2**
- Pneumococco **3**
- Tetano **1**
- Epatite B **1**

Rischio Clinico

- Rischio Malattia Renale Cronica **3**

Criticità (Gestione patologie)

- Diabete Mellito di tipo 2 **7**

Prevenzione primaria

- BMI (IMC) **1**
- Attività Fisica **1**

Esporta il report di valutazione

Paziente a rischio di infezione (malattia epatica cronica, cirrosi, epatite C, dialisi, IRC, anemia di Cooley, emofilia, abuso e dipendenza da droghe, diabete, HIV) non vaccinato per l'epatite B
Temporalità: ever

Rischio Clinico

Rischio Malattia Renale Cronica

- Paziente a rischio di MRC (con Diabete Mellito), senza registrazione di creatinina e/o microalbuminuria
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente a rischio di MRC, senza misurazione della PA
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente a rischio di MRC, senza registrazione di proteinuria
Temporalità: ultimi 12 mesi

Criticità

Diabete Mellito di tipo 2

- Paziente con DM2 e con ultimo valore di colesterolo LDL $\geq 1,81$ mmol/l (≥ 70 mg/dl), senza prescrizione di statine
Temporalità: ultimi 6 mesi
- Paziente con DM2 senza registrazione del BMI
Temporalità: ultimi 24 mesi
- Paziente con DM2 e con ultimo valore di colesterolo LDL $\geq 1,81$ mmol/mol (≥ 70 mg/dl)
Temporalità: ultimi 15 mesi
- Paziente con DM2, senza registrazione dell'esame del fondo oculare e/o visita oculistica
Temporalità: ultimi 27 mesi
- Paziente con DM2, senza vaccinazione antinfluenzale
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente con DM2, senza registrazione di HbA1c
Temporalità: ultimi 12 mesi
- Paziente con DM2, senza misurazione della PA
Temporalità: ultimi 12 mesi

Figura 2

La scheda GPGPatient contiene due campi: a sinistra una Sintesi delle valutazioni eseguite, a destra l'elenco completo dei principali indicatori che presentano criticità gestionali. Le valutazioni o gli indicatori sono raggruppati in base alle macroaree del GPG che li contengono. La Sintesi delle valutazioni visualizza in alto i dati anagrafici del paziente; seguono al di sotto alcuni campi corrispondenti ai moduli del GPG cui si riferiscono le valutazioni (Appropriatezza, Rischio clinico, Patologie, etc.); ciascun campo visualizza le aree con criticità e il loro numero. Chiude l'elenco un link che permette di visualizzare stampare o salvare un report specifico per il paziente in esame, contenente la lista delle valutazioni da utilizzare ad es. a domicilio qualora non si disponga di PC o altro sistema idoneo alla visualizzazione dei dati. Il campo a destra contiene l'elenco dettagliato e la descrizione degli indicatori che presentano criticità gestionali, anche essi raggruppati in base ai moduli del GPG cui appartengono. Cliccando sulla descrizione di ogni singolo indicatore è possibile visualizzarne il dettaglio con il valore personale dell'indicatore ove presente, il numero di pazienti identificati con criticità, i criteri utilizzati con possibilità di visualizzare le relative codifiche (ICD9-CM, codice nomenclatore, ATC). Il clic su ciascuna delle voci del campo Sintesi delle valutazioni permette di visualizzare solo gli indicatori appartenenti a quella determinata area problematica, semplificando così la valutazione sulla base di specifici obiettivi.

GPG patient è anch'esso un modulo di GPG; se avviato dall'interno del programma visualizza l'elenco degli assistiti in carico in ordine alfabetico con indicazione per ognuno di sesso, età, indice HSM (Health Search Multimorbidity Index: uno score composito di multimorbilità sviluppato in Heath Search, che valuta la complessità clinica di ciascun assistito e permette di spiegare la variabilità nell'uso di risorse sanitarie), Charlson Index (score composito di comorbilità calcolato in base alla complessità clinico-epidemiologica della popolazione, connotato da indicazioni sulla speranza di vita a 10 anni), tasto che permette di visualizzare la cartella clinica del paziente (a condizione che il gestionale sia

avviato) e tasto GPG Patient che apre la pagina degli indicatori con criticità relativi al paziente selezionato.

Integrazione tra GPG e GPGpatient

Il gestionale e GPGPatient sono dunque integrati tra loro a doppia via in modo da poter valutare le criticità gestionali sia con approccio di popolazione tipico del GPG sia con approccio orientato al singolo paziente, tipico di GPGPatient. Mentre GPG fornisce strumenti utilizzabili nell'ambito della medicina di iniziativa, GPGPatient ottimizza l'intervento in ambito di medicina di opportunità; quest'ultimo, grazie all'esport delle valutazioni, è utilizzabile anche al di fuori dello studio del MMG, per visite domiciliari o in ADI o ADP, a pazienti istituzionalizzati etc. GPGPatient nella pratica fornisce una panoramica delle principali criticità del paziente in esame e permette di valutare le comorbilità, le situazioni di fragilità, la speranza di vita, e offre le basi per definire le strategie e le priorità di intervento: una reale e completa presa in carico del paziente. La descrizione di un caso clinico, simulato (ma con caratteristiche simili a svariati casi reali) può aiutare a meglio comprendere l'utilizzo e i vantaggi di GPGPatient nella pratica clinica del MMG (vedi Box 1).

Saverio (nome di fantasia), un paziente "difficile": visita a domiciliare del MMG

Telefona Saverio, di età intorno ai 45 anni, tetraplegico spastico dall'età dei 20 anni. Fumatore, obeso, in terapia tra l'altro con cannabis per sindrome neuropatica spastico-dolorosa. A causa di malattia da reflusso gastro esofageo circa 7 anni or sono ha eseguito iatoplastica con beneficio. Ha diagnosi di DMT2 da circa 5 anni; non tollera metformina (diarrea) e neppure semaglutide orale (dispepsia); è attualmente in terapia con insulina basale come da indicazione diabetologica. Vive assistito da un badante part time e non ha sostegno familiare. Richiede visita a domicilio perché da circa un anno accusa nuovamente sintomi dispeptici importanti non responsivi alla terapia associati a riacutizzazione della sua ansia.

A casa del paziente visualizzo la cartella clinica; ho con me il PC. Non vedo Saverio da diversi mesi. La lista dei problemi attivi evidenzia: tetraplegia, vescica neurologica, dolore neuropatico, dolico colon con alvo irregolare, diabete tipo 2 in IFG, obesità di I classe, iperuricemia, dislipidemia, MRGE con esofagite, stato ansioso, colecistectomia per colelitiasi e pregressa infezione asintomatica da SarsCov2 Covid19. L'ultimo controllo glicometabolico, unico dopo la diagnosi di DMT2 nel 2019, risale a oltre 12 mesi orsono. Altre richieste di accertamenti, comprese le indagini di inquadramento iniziale del DMT2 e la consulenza diabetologica, sono senza esito. È in terapia con insulina basale, prescritta da diabetologo consultato privatamente oltre un anno fa; riferisce occasionali glicemie da automonitoraggio, non documentate, nella norma. La diabetologa aveva sconsigliato gliflozine per presenza di batteriuria. Per lo stato ansioso, oltre a benzodiazepina associato a un antispastico per le vie intestinali, riferisce assunzione inveterata di diazepam 6 gocce la sera "per dormire", ma da alcune settimane non è più tranquillo. Dopo una visita specialistica, suggerita da amici per il reflusso GE, l'ansia è aumentata divenendo insopportabile e lo fa stare molto male. Lo specialista gastroenterologo

avrebbe attribuito tutti i suoi sintomi a esaurimento nervoso e non alla malattia da reflusso a più riprese diagnosticata con ripetute endoscopie. Ha anche fatto intervento! La diagnosi del collega, a suo dire, ha alterato il suo equilibrio già precario; ora è confuso; i disturbi dispeptici sono peggiorati e aumentano il suo stato di irrequietezza. Era in attesa di nuovo controllo endoscopico per una ridefinizione della diagnosi, ma ora non sa più che fare. Tra l'altro ha letto (Dottor Google) che lo stress peggiora il reflusso e questo ha ulteriormente aggravato lo stato ansioso. Ha saputo anche di un gastroenterologo che pratica un intervento miracoloso: potrebbe fare il refluxstop così risolverebbe una volta per tutte il problema, ma, a causa della sua condizione, dovrà necessariamente ricoverarsi. Intanto ha pensato ad un trattamento aggiuntivo per l'ansia... per rilassarsi e stare meglio!? Ritieni che i farmaci assunti siano ormai inefficaci; deve calmare l'ansia: come può fare? Ha pensato di aumentare le "gocce" della sera!!

Torno sulla cartella: Saverio presenta indubbiamente numerose criticità gestionali oltre al motivo della visita. Quante e quali sono? Quali sono le priorità?

Il gestionale è integrato con un supporto clinico decisionale. Il box Follow-up visualizza numerosi messaggi (mancano i controlli di laboratorio e strumentali previsti dal PDTA del DMT2) e i target di cura, oltre 12 mesi fa, non erano ben controllati. Il box appropriatezza e aderenza visualizza alcuni messaggi di allerta. Il box prevenzione evidenzia in rosso un indice di fragilità: il Charlson Index. Lo score è alto, con aspettativa di vita a dieci anni ridotta; ci sono segnalazioni sulle vaccinazioni e molto altro. Tanti messaggi, tante criticità; è da tanto che non vedo il paziente e poi siamo in campagna vaccinale; è evidente, concludi, che Saverio è poco compliant. Occorre gestire il problema che lo fa star male, ma, penso sia opportuno cogliere l'occasione della visita per rivalutare le comorbidità e intervenire sulle criticità.

Come impostare gli interventi correttivi? Come creare una lista delle principali criticità e delle priorità, in modo da sfoltire le segnalazioni del DSS?

Apro la scheda GPGPatient, forse può aiutarmi?!

La sintesi delle valutazioni a sinistra mostra numerose segnalazioni: le criticità più rilevanti e numerose riguardano il diabete, oltre a rischio clinico, appropriatezza, vaccinazioni. Cliccando sulla voce Diabete mellito tipo 2 visualizzo nel campo a destra solo gli indicatori relativi alla patologia che al momento sono 7, ma poiché non vedo Saverio da oltre un anno probabilmente sono solo i più importanti e ve ne saranno ancora altri. Gli indicatori critici riguardano processi ed esiti intermedi, causati da assenza dei controlli previsti dal PDTA e provvedo agli opportuni interventi correttivi (richiesta emoglobina glicata, assetto lipidico, fundus, controllo PA, counselling vaccinale), ma intanto rilevo che le criticità di Saverio riguardano numerosi altri pazienti. Verifico ancora gli indicatori di appropriatezza che riguardano la nota AIFA 100 e richiedo la creatinina e la microalbuminuria per rivalutare la funzione renale. Saverio ha fatto un controllo cardiologico recente che esclude problemi acuti e in anamnesi non sono rilevati eventi CV, ma è diabetico obeso e ESCScore2 DM in precedenza era alto. Numerose segnalazioni riguardano le vaccinazioni raccomandate negli adulti, in particolare se con fattori di rischio, e colgo l'occasione per ricordare l'utilità delle vaccinazioni antinfluenzale, anti Zoster, antipneumococcico e anti-Covid19. Il Rischio clinico evidenzia criticità nella prevenzione della malattia renale cronica, frequente complicanza del diabete, ma ho già provveduto alla richiesta degli esami necessari (creatinina, microalbuminuria) e ho misurato la PA. Le ultime due valutazioni riguardano infine la prevenzione primaria e

secondaria. Saverio è obeso, non fa attività fisica ed ha problemi per controllare il peso: valuto possibili soluzioni ... Le segnalazioni relative a Prevenzione Secondaria riguardano lo screening per Epatite C e la familiarità per diabete e ipertensione, già registrati in cartella.

Le criticità rilevate su gran parte degli indicatori visualizzati, riguardano anche altri e più numerosi pazienti. Per Saverio ho già provveduto; ho adottato le prime misure correttive, ma, ora inizio a pormi qualche domanda: e se le criticità rilevate fossero solo la punta di un iceberg? È possibile, ad esempio, che non presti sufficiente attenzione alle raccomandazioni delle linee guida riguardo a frequenza dei controlli di follow-up e obiettivi terapeutici nel diabete?

Le criticità gestionali riguardano solo il problema diabete o sono presenti anche nell'ambito di altri problemi clinici? Quali sono? Quanti sono i pazienti problematici? Chi sono? E più in generale, come mi sto comportando nella gestione dei miei pazienti affetti da malattie croniche?

Domande legittime che un MMG che ha a cuore la salute dei suoi assistiti può porsi nel corso dell'attività professionale. GPG offre gli strumenti per eseguire un'ampia e approfondita ricognizione di un corposo numero di indicatori che valutano la qualità delle cure erogate nella maggior parte dei problemi clinici di più frequente riscontro in medicina generale.

In un altro momento e con spirito critico non resta che avviare il GPG ed esplorare la sintesi degli indicatori di performance che riguardano le cronicità più frequenti e rilevanti gestite dal MMG (osservazione della pratica corrente). Un colpo d'occhio al diagramma di tutti gli indicatori è sufficiente per capire quale è il livello delle performance personali in rapporto allo standard considerato. Una prevalenza di istogrammi rossi, corrispondenti ad un elevato numero di criticità gestionali relative a numerosi problemi clinici potrebbe dare adito ad altre e ben più pesanti considerazioni. Tante criticità gestionali che riguardano più cronicità e un numero rilevante di pazienti (evenienze non infrequenti) drammaticamente svelano una serie di problemi che non possono essere sempre imputabili solo al paziente (non è compliant, non è aderente etc.), probabilmente la responsabilità riguarda anche il medico!! È infatti possibile che non vi sia una corretta e completa registrazione dei dati clinici o che vi siano problemi di comunicazione o, peggio, che sussistano lacune nelle conoscenze e competenze del medico! Occorre dunque rivedere le proprie capacità relazionali, cognitive, pragmatiche, provvedere eventualmente al proprio aggiornamento e alla formazione personale, rivedere la conoscenza del gestionale e apprendere le corrette modalità di registrazione dei dati. Il modulo GPG Tutor fornisce gli strumenti per l'aggiornamento e la formazione: corsi FAD ECM, linee guida nazionali e internazionali, flow chart diagnostiche e terapeutiche, articoli di riviste scientifiche, relazioni congressuali, la rivista SIMG e la letteratura scientifica. Tutti i contenuti di GPG Tutor sono costantemente aggiornati e sono indicizzati secondo parole chiave e al problema clinico di interesse: qualunque sia l'argomento visualizzato nel GPG, GPGTutor, nella stessa pagina, mostra la lista dei documenti collegati a quell'argomento, consultabili o scaricabili o stampabili con un semplice clic.

Definiti gli obiettivi di miglioramento e valutate le priorità degli interventi occorre solo mettersi all'opera e attuare gli interventi correttivi; nel tempo si rivaluteranno

periodicamente gli indicatori per verificare il cambiamento (variazioni delle performance) completando così il ciclo della qualità (self audit con interventi opportunistici o audit di gruppo anche con interventi in ambito di medicina di iniziativa).

Colgo dunque l'occasione dell'incontro con Saverio (opportunità) per richiedere i controlli previsti dal PDTA del diabete e fare counselling sulle vaccinazioni senza tuttavia dimenticare il motivo della visita odierna:

Saverio: sta male, la sua attenzione è centrata sui sintomi dispeptici. Il problema reflusso gastroesofageo è attivo in cartella e gli indicatori di MRGE nella sezione Patologie del GPG mostrano alcune criticità gestionali; Saverio non ha un aggiornamento del BMI negli ultimi due anni e, essendo fumatore, non ha aggiornamento del dato negli ultimi 12 mesi. La condizione di fumatore e l'eccesso ponderale suggerirebbero un intervento di counseling sugli stili di vita che potrebbero ripercuotersi favorevolmente anche sulla malattia da reflusso. Nell'ambito della prevenzione primaria inoltre, essendo fumatore, Saverio è anche un paziente a rischio di BPCO; è obeso e presenta sonno disturbato; potrebbe essere a rischio OSAS e se l'ansia fosse anche lo specchio di una depressione mascherata? Quale è il livello di rischio di depressione? Tali valutazioni sono gestite dal GPG nei moduli Carte del rischio e Prevenzione.

Saverio dunque è ansioso; vive da solo, ha pochi contatti con la famiglia e, oltre alla situazione precaria sotto il profilo sanitario e socio-relazionale, il suo stato d'ansia probabilmente è ulteriormente accentuato dal fumo e magari altre dipendenze che non solo possono peggiorare la condizione di reflusso, ma, stante la precaria situazione socio relazionale, aumenterebbero anche il rischio di dipendenza e dunque occorre attivare quell'intervento di counselling finalizzato almeno alla cessazione del fumo di sigaretta, senza dimenticare la necessità di un sostegno psicologico a domicilio.

Saverio ha HSM Index alto (29.9%) e Charlson Index 3, quindi comorbidità rilevanti, elevato impegno assistenziale, costi sociosanitari elevati, rischio di mortalità entro 10 anni del 33%; ogni sforzo deve essere profuso per migliorare la sua condizione clinica e la qualità di vita cercando di aumentare l'aspettativa di vita.

Conclusioni

GPGPatient e GPG hanno dato l'opportunità di valutare il paziente in modo accurato e completo durante la visita; hanno permesso di rivedere la situazione generale e identificare gran parte delle principali criticità gestionali che necessitano di interventi correttivi per minimizzare il rischio cardiovascolare e renale, prevenire le possibili complicanze delle infezioni e la progressione della malattia diabetica. Il medico ha avuto l'opportunità di sfruttare l'occasione dell'incontro per attivare il counselling finalizzato alla cessazione del fumo e alla prevenzione di altre dipendenze e avviare forse un percorso virtuoso per migliorare la situazione sociale e la qualità di vita del paziente. Passando poi ad un approccio di popolazione Il GPG ha permesso di analizzare i diabetici in carico e

individuare gli ambiti di maggiore criticità, sia per numero di pazienti individuati sia per carenze cognitive pragmatiche, in modo da avviare un percorso anche qui virtuoso, di miglioramento continuo, sia delle conoscenze e competenze personali, sia delle proprie performance, mediante attivazione di interventi correttivi in ambito di medicina di opportunità o iniziativa, per fornire alla popolazione le migliori cure possibili e mirare ad una medicina di famiglia di eccellenza.

GPGPatient dunque offre al medico, durante la visita, una sintesi delle criticità gestionali e gli permette di cogliere l'opportunità di discuterle con il paziente e provvedere alla loro risoluzione: carenze nel follow up delle malattie croniche, prescrizione inappropriata di farmaci, assenza di misure di prevenzione primaria o secondaria, mancata valutazione dei rischi legati ad assunzione di certi farmaci piuttosto che mancata esecuzione di esami di sicurezza, etc. GPG, "off line", non solo permette di completare l'analisi delle criticità del paziente, ma consente anche di analizzare problemi clinici e criticità gestionali con approccio di popolazione verificando, con spirito critico, le proprie conoscenze e competenze. In tal modo il medico potrà attivare le opportune misure correttive delle criticità con modalità opportunistica o di iniziativa o attivare aggiornamento e formazione per colmare eventuali lacune nelle conoscenze e competenze. L'incontro con l'assistito, dunque, diventa l'occasione per una reale presa in carico del paziente, e non solo, perché permette di affrontare e cercare di risolvere tutte le questioni aperte, magari dimenticate, o mai considerate. In altre parole, medicina di opportunità o di iniziativa, proattiva con interventi personalizzati, sartoriali, di precisione, mirati alla prevenzione e gestione delle malattie croniche, alla gestione del rischio clinico, a migliorare l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, ad elevare il livello della qualità delle cure.

Nota Comitato Editoriale

Progetto Cartella Sole – Emilia Romagna

Più volte abbiamo invitato, con email, i responsabili del Progetto Sole a partecipare al dibattito sui moduli estrattivi (booleani o SQL), che da quel che ci risulta sono o mancanti o di difficile uso da parte degli utenti finali. Non abbiamo ricevuto risposta. Per cui lasciamo sotto alcune righe in bianco, nella speranza che qualche responsabile mostri nel futuro il desiderio di partecipare al dibattito.

INDAGINE DI PREVALENZA DELLE SINDROMI POLIENDOCRINE AUTOIMMUNI IN UNA POPOLAZIONE AMBULATORIALE

Attilio Dalla Via , già Medico di Medicina Generale, Endocrinologo ed Internista - Cittadella (Pd)

Un anno fa Franco Del Zotti mi chiese di mettere su carta le ragioni della mia iscrizione al Master Pituitary and Adrenal Diseases all'Università di Padova dopo il mio pensionamento dalla Medicina Generale.

Ho deciso di approfittare del nuovo periodo per approfondire ciò che è fondamento della Medicina Generale, che non ha a disposizione immediati accessi alla diagnostica strumentale: la Clinica, che Augusto Murri seppe arricchire con la sua esperienza di Medico Condotta. Il percorso di ritorno ad una Specializzazione mai abbandonata ed esercitata come GPWSI nella mia Medicina di Gruppo, l'Endocrinologia, con il Master, mi ha permesso di approfondire aspetti metodologici deduttivi, che restano essenziali anche nell'epoca di tanti strumenti tecnicamente avanzati e dell'Intelligenza Artificiale. L'esperienza effettuata mi ha permesso di trasmettere l'amore per lo "stepwise refinement", il perfezionamento clinico deduttivo graduale, anche tra i nuovi MMG. Adesso, che l'ho concluso, presento motivi e risultati della breve tesi finale, dal titolo Indagine di Prevalenza delle Sindromi Poliendocrine Autoimmuni in una Popolazione Ambulatoriale.

Le Sindromi Poliendocrine Autoimmuni (SPA) sono malattie rare, catalogate in Orphanet e siti simili.

Sono catalogate in 4 tipi:

- Tipo 1, rarissima, comprende candidosi mucocutanea cronica grave, ipoparatiroidismo cronico, morbo di Addison

- Morbo di Schmidt, che comprende morbo di Addison, Tiroidite Autoimmune, Diabete Mellito di tipo 1°

- La SPA 3 è caratterizzata dalla contemporanea presenza di tireopatie autoimmuni associate a:

3A: altre endocrinopatie autoimmuni escluso il morbo di Addison a genesi autoimmune

3B: malattie autoimmuni del tratto gastrointestinale

3C: malattie cutanee, neurologiche ed ematologiche a componente autoanticorpale

3D: artriti, vasculiti e connettiviti

- La SPA 4 comprende le forme non classificate come, ad esempio, ipofisite autoimmune e vitiligine.

Sono, da un punto di vista evolutivo, clinicamente manifeste, subcliniche, potenziali. Pensando che forse le SPA, ed in particolare la SPA 3, potessero essere più frequenti di quanto riportato in Letteratura, ho esaminato gli ultimi dieci anni del mio database, un periodo in cui o la malattia potenziale diventa clinica o compaiono nuove positività autoanticorpali.

Da un database di 2603 assistibili relativo agli anni dal 2011 al 2021 mediante il software Mille Utilità della Millennium con opportune queries sono stati estratti alcuni dati per l'identificazione delle SPA.

I risultati sono stati interessanti e non previsti.

Avevo catalogato su 1507 Assistiti tre casi, due sindromi di Schimdt clinicamente manifeste ed una potenziale.

Alla fine dell'indagine retrospettiva, del tipo Audit, ho individuato, oltre ai casi già noti (3), altri 26 casi:

- 23 SPA 3 di cui 3 di tipo A (diabete mellito), 6 di tipo B (gastrite cronica autoimmune), 8 di tipo C (alopecia e vitiligine, un caso di sclerosi multipla) e 9 di tipo D (malattie reumatologiche senza particolari prevalenze)
- 3 SPA di tipo 4, una prevalenza decisamente superiore a quanto riportato in Letteratura, 2/1000 vs. 0.09/1000

L'indagine, molto limitata e con evidenti bias metodologici, offre però alcuni spunti di riflessione:

- La prevalenza complessiva riportata in Letteratura delle SPA le inserisce tra le malattie rare, ma probabilmente sono sottodiagnosticate o semplicemente non classificate correttamente, pur avendo a disposizione tutti i dati informatici necessari, in particolare per quanto riguarda le SPA3. Questa prevalenza, che si rivela maggiore di quanto atteso dalla letteratura, rende utile ai MMG, da soli o in medicina di gruppo, lo studio e valutazione di questi disturbi ed il relativo case-finding.

- La possibile comparsa a distanza di anni di altre endocrinopatie o di specifiche malattie autoimmuni rende opportuno un periodico follow-up, in particolare per malattie che possono avere rischi gravi, come l'insufficienza surrenalica.

Ma al di là di considerazioni sulla prevalenza delle malattie rare, nella pratica ambulatoriale quotidiana pensare alle SPA può aiutare il MMG. Ad esempio:

- l'ipotiroidico che non è più compensato dalla terapia può avere una gastrite APCA+, talora con aspetti preneoplastici da monitorare endoscopicamente a cui proibire assolutamente l'uso dei PPI

- la Paziente con peggioramento della qualità di vita per alopecia può avere positivi gli Ab anti TPO e TG e magari qualche macchiolina di Vitiligine

- l'astenia ingravescente o l'aumento degli enzimi muscolari nei Pazienti affetti da Sclerosi Multipla possono far sospettare una tiroidite di Hashimoto e la Tiroxina può migliorare la QoL.

Concludo ricordando come l'Endocrinologia ed in questo caso le SPA rappresentino un chiaro esempio del metodo clinico deduttivo che spero, assieme alla pratica della Semeiotica, non vengano mai messi in discussione in Medicina Generale, dall'evoluzione dei mezzi informatici, ausili possibili ma non sostituiti.

Bibliografia

1. Betterle C., Sabbadin C., Scaroni C., Presotto F. Sindrome poliendocrina autoimmune (SPA) o sindrome autoimmune multipla [SAM]: 8/2022; L'Endocrinologo 23,4:1-9
2. <https://www.malattierare.gov.it/>
3. <https://www.orpha.net/en/disease/detail/282196>
4. Hsu-Hua T., A 20-year study of autoimmune polyendocrine syndrome type II and III in Taiwan. *European Thyroid Journal*, <https://doi.org/10.1530/ETJ-23-0162>
5. Garelli S. Autoimmune polyendocrine syndrome type 1: an Italian survey on 158 patients. *J Endocrinol Invest.* 2021; 44(11): 2493–2510.
6. Husebye ES, Anderson MS, Kämpe O (2018) Autoimmune polyendocrine syndromes. *N Engl J Med* 378:2543–2544
7. Naletto L. et al. The natural history of autoimmune Addison's disease from the detection of autoantibodies to development of the disease: a long-term follow-up study on 143 patients. *European Journal of Endocrinology* (2019) 180, 223–234
8. <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00602>
9. Betterle C. et al. A rare combination of type 3 autoimmune polyendocrine syndrome (APS-3) or multiple autoimmune syndrome (MAS-3) *Auto Immun Highlights.* 2014 Jun; 5(1): 27–31. . doi: 10.1007/s13317-013-0055-6
10. Frommer L, Kahaly G.T. Autoimmune Polyendocrinopathy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 104, Issue 10, October 2019, 4769–4782, <https://doi.org/10.1210/jc.2019-00602>
11. Pereira, M.P., Mühl, S. & Ständer, S. Kleinfaserneuropathie als mögliche Ursache für chronischen Pruritus. *Hautarzt* 67, 615–621 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00105-016-3817-z>
12. Wong, L.-S.; Yen, Y.-T. Autoimmune Connective Tissue Diseases-Related Pruritus: Proper Diagnosis and Possible Mechanisms. *Diagnostics* 2022, 12, 1772.
13. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12071772>
14. Daifallah O, Farah A and Dawes JM (2023) A role for pathogenic autoantibodies in small fiber neuropathy? *Front. Mol. Neurosci.* 16:1254854. doi: 10.3389/fnmol.2023.1254854
15. Gatta E. et al. Sindrome polighiandolare autoimmune tipo 4: esperienza da un unico centro di riferimento. *Front Endocrinol (Losanna)*. 2023; 14: 1236878.
16. Autoimmune Polyendocrinopathy Type 4 (APS4). <https://www.malacards.org/>
17. <https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/jnp.2006.18.4.450>
18. <https://www.racgp.org.au/afp/2014/july/fatigue>
19. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2308743>
20. Betterle C., *Le Malattie Autoimmuni*, 2° Edizione, 6/2017, Piccin Ed.

PRIMARY HEALTH CARE: EXPLORING DATABASES

Elisa Dalla Benetta, MMG Zimella (Verona)

Lunedì 11 novembre si è svolto presso il Dipartimento di Economia di Verona il convegno "Primary Health Care: exploring databases" organizzato dalla professoressa Catia Nicodemo, professoressa di Economia Sanitaria ad Oxford e a Verona; e da tempo in ottima collaborazione con i MMG veneti ed italiani.

Sono entrata per la prima volta nel complesso universitario di Santa Marta, di Economia, vecchia caserma molto ben ristrutturata: l'ho scoperto con grande stupore e curiosità. La sensazione è stata quella di mettere piede in una università inglese, tutta in pietra, ampia, con spazi architettonicamente armoniosi e possenti, densi di storia: un ottimo esempio di riqualificazione di aree militari dismesse. Mi verrebbe voglia di iscrivermi ad economia per poter usufruire di aule confortevoli, attrezzate e belle.

La professoressa Nicodemo è stata una perfetta padrona di casa, accogliente ed informale, ha messo ciascuno a proprio agio parlando italiano, inglese e spagnolo indifferentemente.

Tutta la prima parte del convegno fino alla pausa pranzo si è svolta rigorosamente in inglese mentre la tavola rotonda del pomeriggio in italiano. Il dr Pertile, della facoltà di Economia, ha illustrato i cambiamenti tecnologici che hanno interessato anche la sanità negli ultimi decenni ed ha auspicato una sempre maggiore integrazione tra "primary and secondary care", cure ospedaliere e di base o di famiglia come preferisco chiamarle io. Un punto critico si è creato quando ha dichiarato che occorrerebbe remunerare meglio i professionisti della salute e magari provare a spendere complessivamente meno integrando maggiormente i servizi anche grazie ai "digital health services". La strada è ancora lunga, visti i mancati adeguamenti degli emolumenti dei medici, da tempo cronicamente inferiori rispetto a quelli europei, e viste non infrequenti disergonomie degli attuali servizi pubblici della "digital health"

Il gruppo di ricerca della professoressa Nicodemo è impegnato in un progetto in partnership con la medicina di famiglia Catalana, e ora anche veneta, per valutare l'effetto degli incentivi economici. Una parte dei professionisti vengono incentivati, un'altra solo informati; quindi vengono tolti gli incentivi e non vengono più fornite informazioni: perciò i professionisti non sanno se hanno raggiunto l'obiettivo e se riceveranno o meno l'incentivo. Interessante questo schema di "pay for performance (P4P)". Anche tre medicine di gruppo integrate di Verona sono state studiate riguardo gli incentivi per progetti sul diabete, le prescrizioni farmaceutiche e l'aggiornamento professionale. Il contesto italiano è molto differente rispetto a quello spagnolo ed inglese, da noi il singolo medico è responsabile direttamente del paziente, magari si condividono spazi e personale, si lavora insieme ma in realtà ognuno è direttamente responsabile dei propri assistiti. Finora non sembra essere emersa alcuna variazione

significativa delle prescrizioni in base agli incentivi. L'idea è di fare una ricerca simile sui servizi sociali della "home care nursing" in Inghilterra rispetto ai quali non ci sono ancora dati pubblicati.

Mi è sembrato molto pragmatico e razionale questo basare le decisioni politiche, l'allocazione delle risorse sui dati, su ciò che è misurabile e dimostrabile, come la realtà dei fatti possa guidare i decisori che troppo spesso, almeno da noi, sembrano costruire grandi progetti a tavolino senza nemmeno conoscere ed aver studiato a fondo l'esistente.

Due colleghi spagnoli presenti in aula, uno igienista e l'altro MMG catalani, ci hanno illustrato come in Spagna esista una App obbligatoria, per tutti i medici di famiglia, pagata dallo Stato, che gestisce e forse amplifica la contattabilità dei medici e permette anche tele-consultazioni asincrone. Un giovane collega neo diplomato alla Scuola di formazione Specifica in Medicina Generale veneta ha fatto diverse domande riguardo la qualità della vita dei professionisti ma non ci sono informazioni al riguardo, il carico di lavoro è un parametro più facilmente misurabile. Ormai sappiamo che esistono strumenti per la misurazione dello stress lavoro correlato...

Abbiamo avuto anche in videoconferenza due rappresentanti del Ministero della Salute spagnolo che hanno illustrato il loro "Primary Care Clinical Database". Devo dire che nel corso della presentazione fin troppo dettagliata ho pensato che da noi tutte le prescrizioni sono dematerializzate ma nessuno analizza la montagna di dati prodotta ogni giorno, nessuno dà un senso e una direzione al nostro lavoro. E' stata la drssa Ioppi, farmacista e responsabile del servizio farmaceutico dell'asl scaligera ad introdurre la variabile Garante della Privacy che da noi rappresenta un enorme scoglio per qualsiasi iniziativa di ricerca mentre in Spagna ma anche in Inghilterra nemmeno capiscono di cosa parliamo e si stupiscono del nostro sacro terrore per i dati sensibili. In Spagna l'uso dei dati amministrativi per scopi di ricerca è dato per scontato anzi utile e necessario per una razionale allocazione delle risorse. Il bello è che questi dati, più o meno aggregati, vengono tutti messi a completa disposizione dei cittadini e dei professionisti che li trovano sul portale statale. Naturalmente sono tutti anonimizzati. Arriveremo ad avere un database europeo, esiste un GDPR europeo (European General Data Protection Regulation) ma ogni stato membro ha la facoltà di implementarlo con regolamenti interni e noi brilliamo in questo. Il dr. Battaglia assieme ai colleghi Novelletto e Fusello hanno presentato il network Milleinrete che riunisce 81 MMG in Veneto, attivo dal 2001 che garantiscono alta qualità dei dati inseriti ed attendibilità ma gran parte dei progetti di ricerca sono bloccati dalla rigidità del Garante che è arrivato anche a dare multe salate, vere e proprie tragedie per intere asl o regioni colpite da tali provvedimenti. Mi ha colpito la frustrazione di questi colleghi che hanno messo in piedi un sistema dal potenziale immenso che non possono lavorare al meglio a causa di norme che non sono più al passo con i tempi, che rischiano di ritorcersi contro gli interessi degli stessi cittadini che intendono tutelare. Come avere una Ferrari e dover viaggiare ai 50 all'ora in autostrada.

Diverso è parso il piglio del professor Simon de Lusignan, medico di famiglia inglese, che insegna ad Oxford e lavora in una practice di 11 general practitioners 25 Km a sud di Londra. Non è sembrato per nulla affetto da burnout, motivato, brillante, soddisfatto del suo lavoro e del suo ruolo. Anche da loro le criticità non mancano ma l'organizzazione del lavoro è rigorosa e precisa. Esiste un sistema di total triage, una web interface che permette ai pazienti di essere indirizzati, a seconda del loro bisogno o direttamente allo psicologo o fisioterapista operante all'interno della practice stessa, o di

avere il rinnovo delle prescrizioni elettroniche o di essere visitato dal medico che sembra fare veramente solo il medico. I medici inglesi partecipano come sentinelle all'RSC (Research and Surveillance Centre) che produce report in tempo reale sull'andamento del virus influenzale, delle infezioni da SARS-Cov2, raccolgono dati cardiometabolici rappresentativi dell'intera popolazione inglese. Sono ricercatori di base a tutti gli effetti e fanno che i loro dati servono da guida alla politica sanitaria. Anche da loro è in vigore tutto un sistema di P4P (pay for performance). Sia il collega inglese che quelli spagnoli hanno auspicato collaborazioni internazionali con la validazione internazionale delle metodiche.

Inoltre vi è stata la testimonianza di una dirigente regionale della Lombardia che ha sottolineato come nella regione limitrofa alla nostra ci siano almeno 10 Apps, una per i vaccini, una per i tamponi...e che i medici non hanno accesso a dati se non aggregati. La parola d'ordine sarebbe integrazione, integrazione tra MMG ed Università ed in questo noi italiani siamo fanalino di cosa in Europa essendo gli unici a non avere un Dipartimento di Medicina Generale universitario. Su 21 regioni italiane abbiamo almeno 21 sistemi informatici diversi. Mi ha colpito che in Spagna un cittadino possa scegliere un GP anche molto lontano dalla zona in cui vive, per esempio vicino al luogo in cui lavora o scegliere il GP che considera migliore, sempre se disponibile. Non esiste pediatria di base, le practice prendono in carico il cittadino dalla culla alla tomba. Altro dato relevantissimo, secondo me, è stato che la maggior parte dei medici nelle practice lavorano part-time, altro fattore protettivo dal burnout assieme al fatto di collaborare costantemente con psicologi, fisioterapisti e nutrizionisti. Il dr Del Zotti ha portato l'esperienza preziosa di Netaudit, attivo da 23 anni sul territorio nazionale, multiplatforma. Ha messo in guardia dai pericoli della rete che non deve inficiare la relazione con il paziente. Servono dati salienti, essenziali, completi e sicuri. Attualmente nel FSE si trovano informazioni non organizzate. Il medico non può più essere l'unico responsabile della sicurezza dei dati: se un hacker viola il database dell'Asl non può rispondere il medico, ci vuole una responsabilità condivisa anche da parte degli ingegneri informatici, di tutti gli attori in gioco.

In fine la drssa Arnaboldi ha spiegato in maniera davvero intellegibile il concetto di sicurezza dinamica del dato, cosa intende il Garante per finalità di cura. Ella ha infine auspicato il superamento di alcune complessità legate alla gestione del "consenso informato". In Olanda ed in Irlanda, ad esempio, l'incrocio dei dati pubblici e di ricerca trova meno ostacoli. Ci siamo tutti augurati che grazie ad Enisa (European Union Agency for cybersecurity) gli stati europei creino sistemi interoperabili e che anche in Italia si torni a poter fare ricerca sanitaria sia con dati amministrativi che sanitari in sicurezza e serenità.

Magari ci fossero più spesso occasioni di condivisione di esperienze in Medicina Generale di respiro internazionale. Grazie professoressa Nicodemo!

FARMACIA DEI SERVIZI

Roberto Mora, MMG Legnago (Verona), già presidente Ordine Medici Verona

Il Dottor Bonuzzi, era il Farmacista di Vangadizza, il paese della bassa veronese dove sono cresciuto ed ho passato gli anni di gioventù fino alla laurea. La sua era una "bottega" che profumava di spezie, medicine e tabacco (fumava il toscano).

Nel retrobottega c'era il laboratorio, con i vasi in vetro o ceramica dove c'erano le erbe medicinali, le spezie, le bottiglie con le varie soluzioni, gli alambicchi, le provette, gli stampi di rame o di alluminio, un fornello a gas ed una bilancia di precisione. Quando non lo trovavi al banco, il Dott. Bonuzzi era là a preparare i suoi *galenici*.

Vi preparava anche una "China" che era veramente buona; me ne regalava una bottiglia tutti gli anni a Natale. Sull'etichetta c'era scritto *Elisir di China – tonico e ricostituente*.

Per farla, metteva la scorza di china in ammollo con l'alcool etilico per giorni e giorni e poi allungava il tutto con uno sciroppo di cui non mi ha mai rivelato la ricetta. Non so se l'abbia passata al Figlio Dario, anche lui farmacista nella stessa farmacia, e mio caro amico, che alla sua morte aveva preso il suo posto, ma che quella china l'ha prodotta solo per qualche tempo. La farmacia, allora, era frequentata dalla gente del paese che passava di lì non solo per i malanni minori (per quelli importanti c'era il medico condotto), ma anche per quelli degli animali domestici. I cavalli, il mulo, i buoi e le vacche. Questi erano anche la forza motrice per lavorare i campi.

La stalla con lo stallatico, insieme alla concimaia (dove spurgavano le latrine, allora quasi sempre costruite fuori dall'abitazione) forniva il concime. Il maiale ed il pollaio con le galline, non mancavano mai. In quella economia rurale scandita nei tempi dalle stagioni, dalle colture, dal duro lavoro, dalle tradizioni, maiale e galline costituivano la sicurezza alimentare. Non c'era famiglia che non ne avesse uno, che non tenesse il suo orto, che non avesse un pollaio. Le uova, oltre che risorsa alimentare, vendute al mercato erano la risorsa economica che permetteva alle massaie di sostenere le piccole spese domestiche. Questa realtà e quell'economia oggi non esistono più.

Gli agricoltori oggi vivono in fattorie con l'aria condizionata, dotate di capannoni dove stazionano giganteschi trattori con le attrezzature per lavorare la terra. Le stalle sono diventate cantine o taverne. Il pollaio con le galline, sopravvive solo per tradizione che per economia. Uova, galline, salami, bracioline e verdure oggi si comprano tutte al supermercato. Anche le Farmacie come quella del Dottor Bonuzzi oggi non esistono più.

I farmacisti, oggi, stanno in eleganti "negozi" dove le medicine sono tutte prodotte dall'industria e dove la merce esposta assomiglia più a quella di una merceria che ad una farmacia. Vi si trova di tutto, dal dentifricio alla crema abbronzante, dalle scarpe alle mutande, dai cosmetici alle tinte per capelli.

Il "retrobottega", quello dove stavano le spezie, gli alambicchi e le soluzioni, non c'è più. Il suo posto è stato preso dal "poliambulatorio" dove si eseguono prelievi, tamponi, vaccinazioni, test di gravidanza, ECG, Spirometrie, ECG dinamici, Holter Pressori, e quant'altro. Vi si alternano figure come l'infermiere, il Fisioterapista, il podologo, l'osteopata, il tricologoetc .. etc.

Ricordo che quand'ero Presidente di Ordine mi avevano segnalato il caso in cui vi praticava la "professione" persino un pranoterapeuta. La chiamano "Farmacia dei servizi". Una realtà che sembra in rapida espansione.

L'ambulatorio del medico condotto, quello che era in servizio 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno, quello a cui potevi rivolgerti sempre per i malanni fisici, ma che sapeva curarti anche lo spirito, quello che conosceva te e tutta la tua famiglia, quello come il mio amico Bepi Sartori che sul suo biglietto da visita aveva scritto *medico condotto, senza portafogli*, quel medico non c'è più. Oggi i Medici i Famiglia lavorano nelle medicine di gruppo integrate, nelle case della salute, negli "ospice". Quelli con un loro studio privato sono sempre meno. La gente li contatta per lo più via web, via e-mail, WathsApp, SMS.

Oggi invece, qualcuno il suo medico di famiglia non l'ha mai incontrato fisicamente. Perché quando si ha un malanno si va direttamente dallo specialista e si chiede di avere la prescrizione di quel tale esame o quella tale indagine. La cui prescrizione, poi, anche quella, viaggia nel web.

Quella rossa del ricettario SSN, quella che stampavo con la mia stampante ad aghi quando facevo il medico di famiglia, anche quella prescrizione oggi si è *dematerializzata* e viaggia nel web. Con tutto guadagno per gli archivi delle grandi aziende-database che poi li usano per progetti di telemedicina e tra poco per l'evoluzione dell'Intelligenza Artificiale. La mia impressione è che ad essersi dematerializzato in questi ultimi tempi, non sia stata solo la ricetta ma anche il rapporto medico-paziente.

È questo forse spiega il perché fioriscano le farmacie dei servizi, che di bello hanno il fatto che sono sempre aperte, a tutto discapito della medicina di famiglia e del suo medico che per incontrarlo devi prenotarti una settimana prima.

POLITERAPIA NELL'ANZIANO DAI 65-84 ANNI

STUDIO TRA 23 MMG ADERENTI AL GRUPPO NETAUDIT

Ideatori: Giovanni Merlino (PA), Diego Sabbi (AL), Andrea Virga (PA) e Lista Netaudit (www.netaudit.org)

Partecipanti: Abbinante Michele (Ba), Antista Giuseppe (PA), Capobussi Matteo (MB), De Luigi Giovanni (TO), Di Bella Floriana (PA), Di Giambattista Nicola (UD), Donato Giuseppe (RM), Ferrari Francesca (MO), Lippa Luciano (AQ), Lupi Lorenzo (SP), Luppi Davide (MO), Merlino Giovanni (PA), Moser Andrea (VR), Ranzani Luca (TO), Repetto Ilaria (AL), Rigon Giulio (VR), Sabbi Diego (AL), Salvadori Angelica (TO), Sorrentini Lorenzo (GR), Tangorra Francesco (RM), Tedeschi Luca (PG), Tulino Renato (GR), Zenari Sonia (VR)

Coordinatori: Del Zotti Francesco (VR) – Sorrentini Lorenzo (GR)

Background

È sempre più frequente nella medicina contemporanea l'uso di più farmaci per svariati motivi: l'aumento del numero di anziani e grandi anziani; la pressione da parte di alcune aziende farmaceutiche sia con tecniche di marketing sia con l'introduzione di nuovi farmaci in commercio; il crescente ruolo dei farmacisti che hanno sempre più compiti (un tempo esclusivi dei medici); da ciò può derivare l'uso indotto di certi farmaci da banco da loro suggeriti e inoltre l'aumento del fenomeno dell'autoprescrizione e acquisto online di farmaci.

Seguendo la letteratura, ci rendiamo conto che l'abuso di farmaci è un problema sempre più diffuso: una delle sue manifestazioni è la politerapia inappropriata negli anziani. Secondo la definizione di politerapia da parte di fonti accreditate [1,2,3,4,5,6,7] per Politerapia si intende l'assunzione di più di cinque medicinali contemporaneamente. Sebbene essa possa essere utile in alcuni casi (quando i benefici potenziali superano i rischi), in genere aumenta il rischio di reazioni avverse, di compromissione delle funzioni fisiche e cognitive e di ricovero ospedaliero negli anziani. Inoltre, studi che analizzano la sospensione graduale di alcuni farmaci (deprescrizione), legati alla suddetta politerapia, mostrano che questa pratica può ridurre gli effetti indesiderati e migliorare la qualità della vita. A tal proposito, dal sito della ULS di Parma [1] leggiamo che: *"Più specificatamente si può definire la deprescrizione come un processo sistematico di identificazione e discontinuazione di farmaci o regimi farmacologici in circostanze in cui evidenti o potenziali effetti negativi ne superino i benefici correnti e/o potenziali, tenendo conto degli obiettivi di cura, del livello di funzionamento, della aspettativa di vita, dei valori e preferenze del singolo paziente [4]"*.

Pertanto, dall'analisi della letteratura disponibile emerge che, quando ritenuto opportuno, la deprescrizione di specifiche categorie di farmaci non solo non peggiora i risultati clinici e non produce sindromi associate all'abbandono degli stessi, ma, produce effetti positivi in termini sia di riduzioni di cadute sia di miglioramenti comportamentali e cognitivi [2]. Si impongono, quindi, in questo contesto, due variabili che sembrano andare di pari passo: la politerapia da una parte; l'uso di farmaci discutibili e deprecabili dall'altra, con maggiori costi (effetti collaterali; effetti tossici; costi dei farmaci) rispetto

ai benefici (qualità della vita; aumento della sopravvivenza, possibilmente con qualità di vita soddisfacente).

Come detto, in letteratura varie fonti autorevoli hanno fissato a 5 o più farmaci il rischio di politerapia nell'anziano, anche se recenti definizioni contemplano un numero superiore⁷. Nello stesso tempo abbiamo pensato che fosse opportuno incrociare questo limite (5 o più farmaci) con una lista di farmaci discutibili-depressivi, in merito al rapporto costi/benefici. Abbiamo pertanto individuato dalla letteratura una specifica lista (**Tabella 1**) e conseguentemente abbiamo chiesto ai MMG partecipanti di valutare quanti pazienti anziani (dai 65 gli 84 anni) avessero nella loro terapia cronica 5 o più farmaci *discutibili* facenti parte delle Tabella 1.

Tabella 1: farmaci, in cronico, da conteggiare nella politerapia (almeno 5)

Farmaco	Classe Farmaci	Rischi
Amitriptilina	Antidepressivo Triciclico	Effetto anticolinergico III classe
Benzodiazepine	Benzodiazepine	Decadimento cognitivo; eccitazione paradossale; cadute
Carbamazepina	Antiepilettico	Effetto anticolinergico III classe (inserire solo nei non epilettici)
Clomipramina	Antidepressivo Triciclico	Effetto anticolinergico III classe
Darifenacina	Anticolinergico	Uso in instabilità vescica, effetto anticolinergico III classe, sostituibile management non farmacologico
Doxepina	Antidepressivo Triciclico	Effetto anticolinergico III classe
Fesoterodina	Anticolinergico	Uso in instabilità vescica, effetto anticolinergico III classe, sostituibile management non farmacologico
FANS (se non Gotta o Disturbi Reumatologici)	Antinfiammatori Non steroidei	Rischi: renali, gastrici, cardiaci
Imipramina	Antidepressivo Triciclico	Effetto anticolinergico III classe
IPP in cronico (se non paz dai 75anni in su diab. o cerebrovasc in ASA)	Inibitore Pompa Protonica	Rischi maggiori dei vantaggi
Nortriptilina	Antidepressivo Triciclico	Effetto anticolinergico III classe
Oppioidi in pazienti non neoplastici, né terminali	Oppioidi maggiori o minori (codeina; tramadolo)	Rischio dipendenza e rischio sedazione, stipsi, cadute
Oxibutinina (detta anche ossibutinina)	Anticolinergico	Uso in instabilità vescica, effetto anticolinergico III classe, sostituibile management non farmacologico
Paroxetina	Antidepressivo SSRI	Effetto anticolinergico III classe
Quetiapina	Antipsicotico Atipico, spesso dato in non-psicotici	Effetto anticolinergico III classe
Statine in prevenzione primaria (in non diabetici, né con pregressi episodi cerebro-cardio vascolari)	Statine	Efficacia incerta; rischi terapia lungo termine
Sulfanilurea	Antidiabetico	Rischio ipoglicemia; esistono vari farmaci antidiabetici alternativi
Tolterodina	Anticolinergico	Uso in instabilità vescica, effetto anticolinergico III classe, sostituibile management non farmacologico

Metodo - Fasi del Protocollo

Pazienti Valutati: tutte/i le/i pazienti tra i 65 e gli 84 anni. In media i MMG partecipanti hanno da 300 a 400 pazienti reclutabili. Siccome era impensabile analizzarli tutti abbiamo randomizzato solo 15 cartelle per ciascun medico, secondo il criterio di randomizzazione spiegato al punto successivo.

Randomizzazione: i colleghi sono stati inviati a randomizzare 15 cartelle tra quelli tra i 65 e gli 84 anni, secondo un metodo ed un breve video esplicativo già immaginato ed usato da Netaudit negli scorsi Audit.

Per ognuno dei 15 casi randomizzati i MMG hanno estratto e compilato i seguenti campi:

- Età in anni compiuti tra i 65 e gli 84 anni, in carico sino al 31 maggio 2024 - Ad es: 81 (81 anni);
- Sesso: Femminile - Maschile

I MMG sono stati invitati quindi a conservare solo sul proprio PC l'elenco nominativo dei randomizzati, comprendendo, per proprio uso clinico, anche cognomi, nomi e dati sensibili, che, ovviamente, non sono stati spediti nella scheda raccolta con i dati anonimizzati. (a differenza della scheda di raccolta dati che è stata inviata dai MMG al Centro Coordinatore di Netaudit).

Per ciascun/a paziente randomizzato/a è stata valutata la presenza di politerapia cronica nei 12 mesi precedenti; ovvero 5 o più farmaci discutibili-deprescrivibili, presenti nella terapia dei pazienti selezionati, come da tabella citata, con potenziale di modificabilità e/o riduzione del numero dei principi attivi prescritti. I MMG partecipanti sono stati invitati a consultare la *Tabella 1 e il Post Scriptum* contenenti la lista dei farmaci discutibili nei quali lo svantaggio della somministrazione può essere maggiore del vantaggio; tale lista, come già anticipato, è stata compilata secondo i dati di letteratura citati, incrociando il numero di farmaci spesso suggerito dalla definizione di Politerapia (5 o più farmaci contemporaneamente) e la relativa presenza nei 12 mesi precedenti, per almeno 2 mesi,) tra questi 5 o più principi attivi in tutti i 15 pazienti randomizzati tra i 65 anni e gli 84 anni in carico al 31 maggio 2024.

Criteri di esclusione: sono stati esclusi i pazienti deceduti, trasferiti, nonché i pazienti terminali o con demenza avanzata (spesso istituzionalizzati). Sono state invece valutate come terapie opportune, e quindi da non conteggiare per la conta e definizione di politerapia, quelle terapie che, sebbene rischiose (in particolare per serio effetto anticolinergico e quindi rischio decadimento cognitivo), siano comunque somministrate in pazienti complessi: epilettici, parkinsoniani o psicotici gravi. Diversamente, sono stati inclusi nella conta i pazienti non epilettici in terapia anticonvulsiva; gli psicotici saltuari o non psicotici o gli insonni in terapia cronica con antipsicotici.

Prescrizione in cronico: Abbiamo considerato i pazienti con 5 o più principi attivi discutibili prescritti in un anno per almeno 8 settimane. Abbiamo estratto le terapie marcate come croniche (i software gestionali dei MMG hanno la possibilità di evidenziare tali prescrizioni ripetitive) o che dall'analisi della sequenza delle prescrizioni risultano chiaramente in cronico per almeno 8 settimane. La Tabella dei farmaci in cronico da

controllare (vedi nelle tabelle accluse) , come già anticipato, contiene principi attivi in cui emerge il rischio rispetto al vantaggio nella somministrazione (vedi ad es farmaci a rischio che sono sostituibili da manovre non farmacologiche). A titolo esemplificativo, in tabella sono presenti anche farmaci con effetto anticolinergico intenso, ovvero in Classe III secondo l'ACB Scale [2], e conseguentemente affetti da alto rischio di decadimento cognitivo e demenza [8]: abbiamo ritenuto fondamentale inserirli nell'analisi per fornire uno strumento di supporto nell'eventuale fase di deprescrizione di questi principi attivi.

Risultati

MMG partecipanti e pazienti randomizzati: hanno partecipato 23 MMG con un totale di anziani dai 65 agli 84 anni pari a 8983 (media per MG: 395,5). I MMG al momento del reclutamento dovevano randomizzare, tra tutti i loro pazienti (M e F) dai 65 agli 84 anni, un minimo di 15 casi. Tutti gli MMG hanno randomizzato almeno 15 casi; 3 hanno randomizzato anche più di 15 casi (nello specifico rispettivamente 16,18,19 pazienti). Abbiamo pertanto randomizzato un totale di 353 pazienti

Usando il test "population survey" del programma "statsdirect" abbiamo stabilito che il campione randomizzato dovesse rispettare, per una prima valutazione esplorativa, almeno il livello di confidenza almeno maggiore del 90% (in realtà è prossimo al 94%) : il test ha previsto che si dovevamo analizzare almeno 341 casi. Avendo randomizzato 353 casi, siamo quindi andati oltre la soglia dei 341 previsti. Quindi il numero di 15 casi per MMG , moltiplicato 23 MMG ha rispettato un sufficiente livello di rappresentatività

Sesso delle/dei pazienti reclutate/i: femmine 193 (54,7%); maschi 160 (45,3)

Età dei pazienti reclutati (ricordando che erano inclusi solo pazienti dei due sessi dai 65 agli 84 anni): Su un totale di 353 pazienti randomizzati, l'età media dei pazienti è stata di 74 anni, con deviazione standard di 5,8. Per la mediana abbiamo rilevato lo stesso valore della media: 74 anni. Quartile inferiore: 69 anni; quartile superiore: 80 anni.

Frequenza di politerapia (Fig. 1) (in pazienti di MMG con almeno 5 farmaci "discutibili", con rischi maggiori dei benefici): si tratta di 44/353 pazienti, pari al 12,5% di tutti i pazienti (l'Intervallo di Confidenza (IC) della suddetta proporzione-12,5% - va dal 9% al 16%).

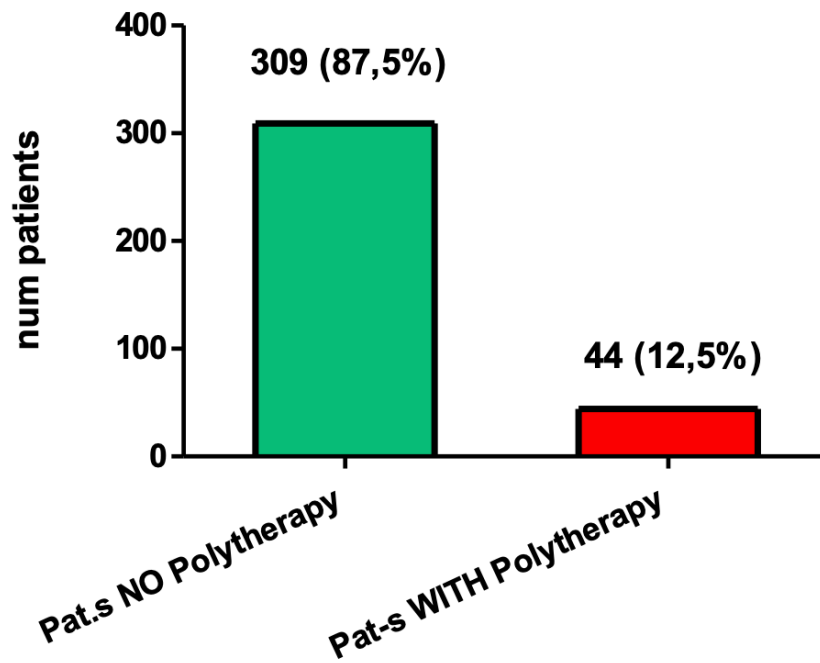


Figura 1: Proportions of old patients with or without 5 of more risky drugs among 353 randomized patients

Farmaci Emergenti tra i farmaci discutibili: ferma restando la pochezza dei pazienti in politerapia con 5 o più farmaci discutibili-deprescrivibili, emergono nettamente nei pazienti analizzati relativamente tre classi di "farmaci discutibili" secondo la tabella citata:

- al I posto: Inibitori di Pompa Protonica;
- al II posto: Statine;
- al III posto: Benzodiazepine

Conclusioni

La bassa proporzione (meno del 15% dei pazienti con 5 o più farmaci deprescrivibili perché probabilmente inappropriati) nei pazienti anziani analizzati risulta sulle prime confortante.

Ad un'analisi più approfondita, comunque, essa risulta vincolata alla soglia che in varie fonti autorevoli [1,2,3,4,5,7] definisce la politerapia: il numero 5. Questa soglia/numero sembra sopraffare l'altro polo del problema: la definizione del deprescribing, che non è legata al numero di farmaci quanto alla relativa inappropriatezza, se non al danno, di non pochi farmaci nell'età anziana.

In buona sostanza, questo nostro Audit ha messo in evidenza un fatto: nei prossimi studi sarà, probabilmente, più importante rivolgersi alla deprescrivibilità che alla politerapia. Ciò anche alla luce del fatto che l'età media della popolazione sarà ancora in aumento: aumenterà il numero di anziani multi-patologici, con una politerapia (5 o più farmaci) verosimilmente tutta appropriata. Basti fermarsi al solo esempio dello scompenso cardiaco, ove sono il più delle volte necessari e indicati dai 3 a 4 farmaci.

In conclusione, sarà più importante valutare la deprescrivibilità anche quando i farmaci discutibili sono solo ad esempio uno o due e non necessariamente 5 o più di 5. Anche con l'ausilio di algoritmi e linee guida Evidence-Based [9].

Queste considerazioni sono da una parte uno stimolo a nostri successivi Netaudit che diano meno valore al concetto di politerapia e più a quello di deprescrivibilità; dall'altra sono uno strumento per partecipare ad un dibattito tra MMG e specialisti sulle definizioni e priorità delle due definizioni in gioco, sempre in un'ottica multidisciplinare [10]. Resta aperta inoltre un'ultima importante questione: la discussione e coinvolgimento dei pazienti, per decisioni condivise, nel delicato processo di deprescrizione.

Post-Scrittum: Note ulteriori su Elenco dei Farmaci Tabella 1

Antipsicotici tipici e atipici in cronico: deprecare in particolare nei pazienti dementi o in pazienti con disturbi psichiatrici, magari solo episodici; deprecare in pazienti con insonnia.

Farmaci ad **effetto Anticolinergico** in cronico: ci siamo riferiti ad un Netaudit già svolto[1], in cui abbiamo analizzato farmaci con effetto anticolinergico a maggior rischio cognitivo (Classe III della tabella ACB, già citata e inclusa nell'articolo), ove le indicazioni non sono così strette o sono sostituibili da metodi non farmacologici. Sono da includere, come discutibili, farmaci per la stress incontinenza, con effetti anticolinergici importanti e che possono essere sostituiti da manovre o fisioterapie non farmacologiche.

Benzodiazepine in cronico: rischio assuefazione, cadute, decadimento cognitivo.

Fans in cronico: in pazienti non reumatologici o gottoni per rischio renale, gastrico e cardiaco.

Inibitori di pompa protonica (PPI) in cronico: utilizzati per il trattamento dell'ulcera peptica e del reflusso gastroesofageo; ma l'uso a lungo termine può essere associato a problemi ossei, infezioni e altri effetti collaterali. Non saranno conteggiati i pazienti ultra75enni che eseguono antiaggreganti (ASA; clopidogrel) per pregressi eventi cardio-cerebro-vascolari.

Sulfaniluree in cronico: possono causare crisi ipoglicemiche, che sono particolarmente pericolose negli anziani. Esistono alternative: o la sola dieta o altre classi di antidiabetici.

Statine in cronico in prevenzione primaria (in pazienti anziani SENZA Infarto o Angina e senza disturbi cerebrovascolari -TIA, ictus- e senza diabete).

Oppioidi in cronico in pazienti Non neoplastici e Non terminali, compresi gli oppioidi leggeri (tramadolo; codeina+paracetamolo).

Bibliografia e Sitografia

1. Bain KT, Holmes HM, Beers MH, Maio V, Handler SM, Pauker SG. Discontinuing Medications: A Novel Approach for Revising the Prescribing. *Journal of the American Geriatrics Society* 2008;56:1946–1952
2. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, et al. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging* 2008;25:1021–31).
3. Jansen Jesse et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ* 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2893> (Published 03 June 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;353:i2893
4. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couter D, Rigby D, Gnjdic D, Del Mar CB, Roughead EE, Page A, Jansen J, Martin JH. Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 2015
5. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr* 2017; 17: 230.
6. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, Myint PK. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*. 2020;11. doi:10.1177/2042098620933741
7. Lisa Kouladjian O'Donnell, Kinda Ibrahim, Polypharmacy and deprescribing: challenging the old and embracing the new, *BMC Geriatr*. 2022 Sep 7;22:734. doi: 10.1186/s12877-022-03408-6
8. Varghese D, Ishida C, Patel P, et al. Polypharmacy. [Updated 2024 Feb 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>
8. <https://www.accademiageriatria.it/farmaci-anticolinergici>
9. <https://deprescribing.org/resources/deprescribing-guidelines-algorithms/>
10. <https://www.ausl.pr.it/azienda/deprescrizione/deprescrizione.aspx>
11. https://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/assets/Clinical_Guidelines/Formulary_by_BNF_chapter_prescribing_guidelines/BNF_chapter_4/Drugs_on_the_acb_scale.pdf