

Volume 3 - Numero 2
Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona

Periodico Trimestrale di Ricerca e
VRQ in Medicina Generale
Comitato di Redazione: Mario Baruchello,
Franco Del Zotti, Daniele Giraldi, Sandro Giroto,
Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,
Roberto Mora, Michele Valente, Alessandro Battaglia



**La Qualità e le Qualità
in Medicina Generale**

Anno III n. 2 Dicembre 1998
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95

Direttore Responsabile: Roberto Mora
Collaboratori Internazionali: Julian Tudor Hart,
Paul Wallace
Proprietario: Roberto Mora
Direzione: Via dell'Artigliere, 16
37045 Legnago (VR)
Redazione: p/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza
Stampa: Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)
**Stampato con il contributo della Società
Italiana di V.R.Q.**



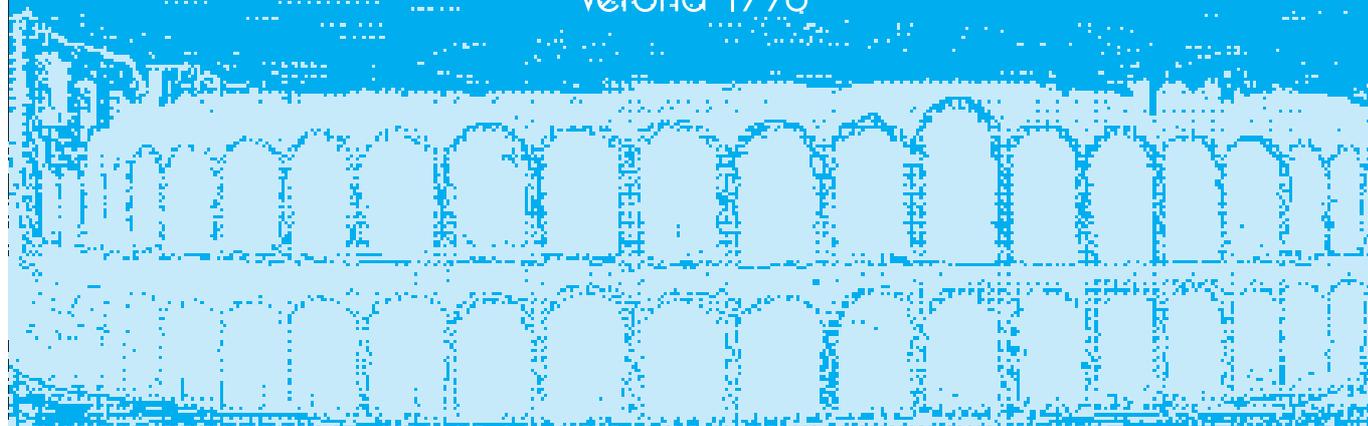
S I M G
SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
Sezione di Verona



SOCIETÀ ITALIANA PER
LA QUALITÀ DELLA
ASSISTENZA SANITARIA
(VRQ)

Primo Seminario internazionale
**LA RICERCA IN
MEDICINA GENERALE**

Atti del Seminario
Verona 1998





**La Qualità e le Qualità
in Medicina Generale**

Periodico Trimestrale di Ricerca e VRQ in Medicina Generale

*Anno III n. 2 Dicembre 1998
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95*

*Volume 3 - Numero 2
Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona*

Comitato di Redazione

*Mario Baruchello, Franco Del Zotti, Daniele Giraldi,
Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,
Roberto Mora, Michele Valente, Alessandro Battaglia*

Direttore Responsabile

Roberto Mora

Collaboratori Internazionali

Julian Tudor Hart, Paul Wallace

*Proprietario: Roberto Mora
Direzione: Via dell'Artigliere, 16
37045 Legnago (VR)*

Redazione

*p/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza*

Stampa

Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)

Stampato con il contributo della Società Italiana di V.R.Q.

Del Zotti Franco (Verona)

Da circa 1 anno e mezzo colleghi di Verona e Vicenza hanno deciso di intraprendere una joint venture: una newsletter di ricerca in MG, "la Qualità e Le Qualità in MG - QQ" - un bollettino di 4 fasciate che come scopi fondativi ha:

- A) incoraggiare la pubblicazione di semplici ricerche audit (di una due pagine) da parte di MG;
- B) incoraggiare ricerche di tipo qualitativo, oltre che quantitativo (focus group, ecc.) su tematiche tipiche della MG (ad es: relazioni con gli specialisti; la gestione della "morte" e della sessualità in MG);
- C) legare questi tentativi italiani alla supervisione di illustri amici anglosassoni, che si legano ad una pluridecennale tradizione britannica in questo campo. Da questi punti di vista, la newsletter si è fregiato sin dal primo numero della consulenza esterna dei prof. Wallace e Prof. Hart.

Per coronare la fondazione di questa giovane rivista abbiamo pensato di chiamare in un workshop di 2 giorni i due Prof. britannici. Entrambi hanno risposto entusiasti alla "chiamata", anche se purtroppo all'ultimo momento il prof. Hart, per gravi motivi di salute, ha dovuto annullare il volo.

Quindi, il 29 e 30 Maggio di quest'anno a Verona abbiamo organizzato un microevento storico: un seminario interamente dedicato alla Ricerca in MG gestito da MMG.

In realtà negli anni scorsi molte volte è stato consentito presentare ricerche in congressi Nazionali ma questi ospitavano anche sessioni di altro genere; molti Mmg si sono imbarcati in Corsi nazionali di ricerca pianificati e guidati da noti ricercatori, comunque non Mmg. Questa volta gli appassionati cultori della ricerca in MG hanno potuto trovare in uno spazio interamente dedicato a loro, guidati da un esperto della materia, il prof. Wallace. Questi ha tre importanti caratteristiche: è MMG; è anglosassone e quindi appartiene ad una tradizione di ricerca in MG; è un perfetto bilingue dote assai rara per un inglese.

I Colleghi Mmg hanno risposto con entusiasmo a questa iniziativa.

Abbiamo avuto ospiti 40 colleghi da quasi tutte le regioni italiane con circa il 50% dei convenuti con una relazione scientifica. I temi dei lavori presentati hanno interessato un vasto spettro di argomenti: Farmaco-economia, Prevenzione, Questionari e test rapidi in MG, Audit, Assistenza domiciliare, Conoscenza e pratica dei metodi contraccettivi e per il controllo della fertilità.

Tutti i lavori sono stati presentati nell'arco di 10-15 minuti; quindi nei successivi 15 minuti sono stati commentati prima da 2-3 colleghi italiani dalla platea ed infine, magistralmente, dal prof. Wallace.

Il Venerdì pomeriggio la serie dei lavori scientifici è stata preceduta da una stimolante panoramica sulla ricerca in Italia ed in Europa, del dr. G.L. Passerini.

Il confronto con il prof. Wallace è stato assai utile non solo per i MG, ma anche per la delegazione dell'Università di Verona (Professori Corrocher e Vantini) che ha potuto constatare, in una tavola rotonda a fine giornata del venerdì, condotta assieme ai colleghi Gottardi e Passerini, che in Inghilterra la ricerca del MG non è su base volontaristica ma è legata al sostegno di Dipartimenti di MG che in Italia non partono. Gottardi e Passerini hanno denunciato un rischio: per quel che riguarda i dipartimenti di Mg, il nostro Paese rischia di essere la Cenerentola dell'Europa dell'ovest e dell'est. Per darvi una dimensione delle "differenze", vi basti sapere che il prof. Wallace oltre a fare il MMG riesce a guidare a Londra 200 persone (sic!) nel suo Dipartimento di Primary Care di cui è Direttore.

A chiusura del corso il sabato mattina, dopo le relazioni scientifiche, il dr. Verlatto dell'Istituto di Igiene dell'Università di Verona ha presentato all'uditorio il software Einfo dell'OMS, che ha 2 importanti caratteristiche: è gratuito e facilmente "scaricabile" da Internet. Si tratta di un programma completo, che assiste anche ricercatori "in erba" come i MMG, ed inoltre è aggiornato continuamente sotto la supervisione dell'OMS.

Un'importante caratteristica del corso è stata quella delle Società titolari dell'organizzazione. In genere una sola Società di MG si fa promotrice di Convegni o corsi. Questa volta, invece, due Società hanno collaborato per la riuscita del corso: la SIMG provinciale veronese e la Società di VRQ, soprattutto nella sezione vicentina.

I partecipanti hanno dichiarato entusiasmo e apprezzamento per l'iniziativa. Una semplice prova di ciò è insita

in una loro richiesta: ripetere il Seminario internazionale l'anno prossimo. Questo da una parte mi gratifica molto, dall'altra mi preoccupa. Tra una visita domiciliare e l'altra non è facile organizzare congressi come questi. Gli universitari non solo sono protetti dai mass media ma hanno il "tempo protetto".

I Mg devono "rubarlo" alla famiglia. Ma - si sa - l'entusiasmo per la "Ricerca" può servire anche a donarci il tono e le parole giuste per convincere le nostre affezionate compagne di vita.

J Medici generali hanno "voglia" di ricerca

Prestinai Anita

Tratto da: "Medico e Paziente" n. 6/98

Nei giorni 29 e 30 maggio si è tenuto a Verona presso il Centro Congressi Glaxo-Wellcome il seminario internazionale "La ricerca in Medicina generale" organizzato dalla SIMG (sezione di Verona) e dalla Società Italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria (VRQ). L'incontro, riservato a quaranta partecipanti, ha dato l'opportunità di confrontare le esperienze tra pari e di sottoporle a una valutazione tutoriale di uno dei massimi esperti europei nel campo della medicina generale, il professor Paul Wallace.

I lavori, coordinati in maniera davvero efficiente dai colleghi Franco Del Zotti, segretario provinciale Simg e segretario scientifico del Convegno, e Mario Baruchello, medico di Medicina generale e consigliere della VRQ, hanno permesso a più di quindici medici di famiglia di presentare e discutere, soprattutto sul versante metodologico, le ricerche da loro svolte su vari temi (prevenzione cardiovascolare, ipertensione, patologia da reflusso gastroesofageo, diabete, faringite, assistenza agli anziani, prescrizione farmaci, asma) sia come self-audit, sia come studio epidemiologico di popolazione. "La novità che ha caratterizzato il nostro incontro" ha sottolineato il dottor Del Zotti, "è che ognuno vi ha potuto esporre la propria esperienza senza essere legato strettamente a un tema particolare.

Ed è emerso che, tra i medici di famiglia, c'è voglia di fare ricerca". Nel corso dell'evento si è discusso in modo anche molto partecipato della formazione specifica in Medicina generale e del ruolo dei tirocinanti, del rapporto con l'università e degli elementi costitutivi della ricerca in Medicina generale. Proprio su questo punto, a conclusione dei lavori, è stata formulata una dichiarazione ricca di spunti interessanti. "Uno degli obiettivi della ricerca in Medicina generale" ci spiega Del Zotti, "deve essere quello di migliorare la qualità dell'assistenza al paziente, e questo va fatto soffermandosi non soltanto sugli indicatori strettamente tipici della medicina clinica, ma anche sugli indicatori relazionali". Il successo che il seminario di Verona ha riscontrato tra i colleghi porterà gli organizzatori a rendere annuale l'appuntamento.

Dichiarazione di Verona sulla ricerca in Medicina generale

- 1) La ricerca in Medicina generale è strutturalmente legata alla qualità dell'assistenza e della professione (il medico assicura le qualità delle cure se fornisce un piano di trattamento il più appropriato, cioè il più efficace, meno doloroso, con meno effetti collaterali, con amabilità, attenzione, dedizione, in uno spirito di solidarietà con il paziente, tenuto conto dei livelli scientifici attuali e che questa è anche umanità e arte.
- 2) La ricerca è curiosità organizzata e meraviglia per la realtà.
- 3) la ricerca è prima di tutto osservazione.
- 4) La ricerca è formazione, ma esige una formazione specifica alla ricerca.
- 5) La ricerca è arte, ma si deve avvalere di metodo e strumenti scientifici.
- 6) La ricerca in Medicina generale si rivolge a persone e non solo a pazienti o popolazioni.
- 7) L'etica del rapporto medico-paziente deve guidare ogni scelta del ricercatore.
- 8) La ricerca in Medicina generale deve: migliorare la qualità dell'assistenza; migliorare la soddisfazione del medico generale; migliorare la visibilità, il ruolo e la dignità dei medici generali.
- 9) La ricerca deve: nutrirsi della originalità dei singoli; arrivare a creare una rete di relazioni umane, di rapporti professionali, di interessi culturali che possa moltiplicare le potenzialità di ognuno.
- 10) La ricerca in Medicina generale ha bisogno di: supporti organizzativi ed economici; collegamenti con le istituzioni; partnership istituzionali pianificazione sul lungo termine.

Congresso SIMG, Verona 29.05.98

La ricerca in MG in Italia

Passerini Gianluigi - MMG, Sondrio
Vice Presidente E.G.P.R.W.
(European General Practice Research Workshop)

FARE RICERCA PERCHÉ?

Il viaggio della ricerca in medicina generale (MG) è partito dalla descrizione dei fenomeni per poi passare alla valutazione delle cause, alla descrizione della storia naturale delle malattie, alla valutazione degli interventi, del processo e dell'efficacia dell'erogazione dell'assistenza, per giungere allo studio della relazione medico-paziente ed alla valutazione dei risultati. Vari studi, che hanno contribuito al progresso della medicina clinica, sono stati effettuati in MG, il cui ambito è ampio e quindi potenzialmente ricca di spunti di contributo alla ricerca. A qualche (quanti?) medici di medicina generale (MMG) piace "cercare di scoprire i fenomeni attraverso l'investigazione critica" o "organizzare la propria curiosità" o "vivere con i dubbi anziché con le certezze" nella propria attività professionale? La MG è arte o scienza? È più vicina alla medicina clinica o ad una scienza comportamentale? I suoi contenuti possono essere definiti, misurati e valutati criticamente? Anche se la relazione medico-paziente può costituire un bias, io credo che in essa vi è spazio per la ricerca.

PRESUPPOSTI PER LA RICERCA

Per fare ricerca servono:

- Motivazione (che non nasce spontaneamente, ma che deve essere costruita o stimolata).
- (meglio se anche) Incentivazione.
- Un ruolo riconosciuto di osservatorio epidemiologico e clinico nel contesto di un SSN in cui la MG è integrata funzionalmente (cioè una legittimazione scientifica del ruolo stesso).
- Un sistema informativo adeguato (cartelle, registri, ecc) in ogni ambulatorio.
- Strumentazione e staff (computers?, segretaria?).
- (preferibilmente) Supporto esterno per la gestione/input dei dati.
- Supporto metodologico per le competenze epidemiologiche, statistiche, cliniche sdc, ecc.
- Adeguata preparazione ai metodi della ricerca (cioè corsi di metodologia).

Tutto ciò da solo però non basta: serve anche un contesto culturale/organizzativo/normativo/strutturale del SSN che lo permetta e questo non lo si può inventare di colpo ma solo costruire nel tempo.

La MG italiana (o meglio i MMG) possono potenzialmente esprimere contenuti di ricerca notevoli, se si creano alcuni fondamentali presupposti.

COSA È STATO FATTO IN ITALIA?

Dai primi anni 80 (quando sono comparsi i primi lavori di ricerca in Italia) alcuni temi principali di ricerca sono stati:

- La descrizione dell'attività e dei carichi di lavoro
- L'organizzazione del lavoro (ad es. gli strumenti informativi, la piccola tecnologia, le visite per appuntamento, la medicina di gruppo, gli ambulatori per problemi), la relazio-

ne e la comunicazione con gli specialisti

- La prevenzione
- Uso dei farmaci, farmacoepidemiologia e problemi legati alle prescrizioni
- Alcuni settori dell'assistenza (ad es. gli anziani, le cure palliative, l'assistenza domiciliare)
- Studi collaborativi

I disegni sono stati prevalentemente osservazionali e non qualitativi.

Quasi mai la ricerca in MG italiana ha varcato i confini, anche se ha partecipato a studi europei.

COME È STATA FATTA LA RICERCA

All'inizio sono stati i MMG "fortemente motivati" ad iniziare a titolo volontaristico in assenza di ogni intervento delle istituzioni. Successivamente si sono aperte delle collaborazioni con istituti di ricerca ed università ed anche con le case farmaceutiche. Solo isolatamente alcune USSL hanno coinvolto i MMG in attività di ricerca, principalmente valutazione dei costi dei farmaci, con l'obiettivo di razionalizzare/contenere la spesa farmaceutica. I corsi di Formazione per la MG hanno fornito una possibilità per stimolare i giovani MMG in formazione a produrre dei dati di ricerca, nel contempo permettendo ai MMG tutors di fare ricerca, che senza i tirocinanti non avrebbero effettuato. Per ultimo la comunità scientifica accademica ha iniziato a guardare alla MG come ad un possibile ambito di raccolta dati di ricerca (più, a dire il vero, come ad uno sfruttamento dei MMG e dei dati da loro raccogliibili, che ad un discorso collaborativo e paritario). Le iniziative di formazione alla ricerca sono state e sono qualitativamente molto valide, ma quantitativamente inadeguate al fabbisog-

gno.

COMMENTI SU COSA È STATO FATTO (e ruolo delle società scientifiche di MG) Il SSN è sicuramente il maggior responsabile della non sufficiente diffusione della cultura alla ricerca in quanto, pur avendolo affermato a parole, nella pratica non ha mai implementato nulla. Il nodo politico limitante maggiore è verosimilmente stato il non adeguamento alle direttive europee, che prevedevano già dal 1984 l'apertura di Istituti di Medicina Generale nelle Università, non solo con fini di insegnamento pre e post laurea, ma anche di stimolo/coordinamento/supporto della ricerca (cioè centri logistici della ricerca). Le società scientifiche hanno verosimilmente fatto quanto possibile nel contesto della MG, del SSN e delle normative esistenti: forse avrebbero potuto gestire di più il settore, offrendo un supporto ai MMG che hanno effettuato ricerca e permettendo l'effettuazione di studi collaborativi multicentrici. Molti più MMG, di quelli che hanno pubblicato i loro lavori, hanno prodotto dati interessanti (poi finiti nei cassette), non solo per difficoltà a trovare siti dove pubblicare. Le società scientifiche avrebbero potuto fornire un supporto metodologico ed un coordinamento ad es. di coloro che raccoglievano dati di ricerca sullo stesso argomento (rafforzando quin-

di la consistenza/evidenza dei risultati).

IL RIFERIMENTO EUROPEO

La lezione che viene dall'Europa può essere sintetizzata in 3 punti, in parte sequenziali ma verosimilmente contemporanei. Gli istituti universitari (ma a volte anche extra universitari, come ad es. in Spagna ed in Portogallo) hanno funto da motori metodologici e da riferimento ideativo/organizzativo. I Colleges dei MMG hanno fortemente voluto focalizzare ed incentivare la ricerca come uno dei loro obiettivi prioritari. In genere essi hanno attivato Unità Centrali (e periferiche) di ricerca, promosso direttamente studi di ricerca e fornito la metodologia (corsi di ricerca) ed a volte anche il supporto di lavoro. I paesi che hanno prodotto di più hanno anche creato (solitamente attraverso i Colleges) le riviste mediche di MG per fornire la scena su cui presentare i lavori di ricerca. Interessante è il fatto che questo percorso è stato (o è in corso di) implementato "rapidamente" nei nuovi paesi dell'Europa post muro di Berlino. La Slovenia, la Repubblica Ceca e l'Estonia possono essere presi come esempi da cui possiamo imparare, nonostante la loro MG sia da ritenersi appena "neonata": subito e contemporaneamente alla riorganizzazione dei sistemi sanitari basati sulla MG, questi paesi hanno istituito gli Istituti

di Ricerca e Formazione per i MMG.

PROSPETTIVE E PROPOSTE

Gli istituti di MG (Universitari?, non-universitari?) sono il primo e fondamentale passo da fare (l'esperienza di tutti i paesi europei, inclusi quelli dell'Est Europeo lo insegna). Dobbiamo chiederci il perché essi non esistono tuttora e di chi sono le responsabilità in merito. Le Società scientifiche possono assumere un ruolo ancora più attivo, meglio se in coordinamento tra di loro. Le ASL possono essere stimolate ad aprire delle Unità di Ricerca in MG, nell'ottica di studiare/razionalizzare/contenere l'erogazione dell'assistenza, aspetti di cui vi è grande bisogno di valutazione/intervento ed a cui i MMG possono cooperare fattivamente ed efficacemente.

La collaborazione con le case farmaceutiche può comunque rappresentare una possibilità, a condizione che esse accettino che siano i MMG a predisporre gli obiettivi, i disegni ed i protocolli degli studi, e che gli studi siano approvati da comitati ad hoc indipendenti per quanto riguarda scientificità ed eticità (e che non siano pseudo ricerche miranti ad indurre la prescrizione di specifici farmaci). La MG in Italia ha bisogno di (ed è potenzialmente in grado di) effettuare studi collaborativi, meglio se randomizzati, su argomenti di vasta prevalenza e di notevole interesse medico

FIRST EUROPEAN NETWORK ORGANISATIONS OPEN CONFERENCE

Palma de Mallorca, Spain, May 19-22, 1999

QUALITY, EDUCATION AND RESEARCH WORKING TOGETHER FOR GENERAL PRACTICE

Dear colleagues,

It is a great pleasure for me, on behalf of the Spanish Society of Family and Community Medicine (semFYC) to announce the celebration of the FIRST EUROPEAN NETWORK ORGANISATIONS OPEN CONFERENCE - WONCA '99. During the past few years, we have witnessed the development of a strong European Society of Family Medicine - WONCA Europe (ESGP/FM) and the achievements we have attained have been possible through the three network organisations, EQuiP, EURACT and EGPRW.

Now for the first time in our history, the three organisations join forces to organise this experience, which we are sure will be an important event for the development of the ESGP/FM and for the future of Family Medicine in Europe. The Conference will also count with the support of the recently created EUROPREV, the European Network for Prevention and Health Promotion.

The Spanish Society of Family and Community Medicine (semFYC) looks forward to a successful Conference in Palma, both from a scientific and organisational point of view. We will work hard for this success.

We also hope you enjoy the city of Palma, its people and its traditions through the social programme we will provide to all those attending the Conference.

Juan M. Mendive

Della Vedova Roberto
(Gradisca D'Isonzo, Gorizia)

INTRODUZIONE

La depressione è una condizione molto frequente nel paziente anziano, secondo alcuni studi sarebbe la patologia psichiatrica più frequente tra i pazienti di età compresa tra 65 e 80 anni (1), comunque la prevalenza della depressione è maggiore nell'età geriatrica rispetto alle altre età della vita (2). Il paziente anziano raramente si rivolge al suo medico denunciando di essere depresso, è più probabile che lo faccia lamentando un disturbo fisico come manifestazione della depressione stessa.

È perciò molto difficile per il MMG discriminare, tra tutti i pazienti anziani che manifestano questi disturbi coloro che sono affetti da una malattia depressiva.

Anche la demenza è piuttosto frequente e nelle fasi iniziali della malattia i suoi sintomi possono confondersi con quelli della depressione o con il normale invecchiamento. Perciò possono essere di valido aiuto al MMG alcuni test psicometrici in quanto possono permettere di svelare deficit cognitivi o sindromi depressive allo stadio iniziale e fare dei confronti in tempi diversi.

Mentre la valutazione dell'uso dei test psicometrici in medicina generale è molto sviluppata all'estero (3, 4), non si sono trovate pubblicazioni di esperienze italiane, siamo a conoscenza di esperienze in corso (Danti G. comunicazione personale).

La nuova convenzione per la medicina generale prevede che sulla base di accordi regionali possano essere richiesti al MMG "interventi sanitari nell'età anziana" "mediante test psicoattitudinali, test verbali e non, per valutazione cognitiva".

Questo lavoro è nato per cercare di capire se l'utilizzo delle scale di valutazione per l'identificazione dei pazienti dementi e dei pazienti depressi in un ambulatorio di medicina generale italiano è una attività fattibile, e se questo tipo di approccio è accettato dai pazienti stessi. Un altro obiettivo del lavoro è quello di conoscere le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti risultati depressi e dementi con i test. Si va inoltre a valutare se una scala abbreviata di valutazione della depressione possa dare dei dati sufficientemente attendibili da poterla

consigliare come primo approccio di screening.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto sulla popolazione dei pazienti ultra sessantacinquenni di un medico di medicina generale nel periodo in cui il suo ambulatorio era frequentato da un tirocinante del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Gli strumenti di indagine

Per condurre lo screening per la depressione e la demenza abbiamo cercato dei mezzi di indagine che fossero facilmente utilizzabili in un ambulatorio, che non richiedessero un tempo troppo lungo di applicazione, che fossero facilmente interpretabili e al tempo stesso, clinicamente affidabili.

Per quanto riguarda la valutazione della depressione abbiamo usato la Geriatric Depression Scale (GDS), una scala particolarmente adatta al paziente anziano (5). La scelta di utilizzare la GDS è stata principalmente determinata dal fatto che richiede una semplice risposta SI o NO quando le altre scale (p. es. la scala di Zung) richiedono una graduazione delle risposte ponendo spesso gravi difficoltà di comprensione all'anziano. Sulla base dei dati della letteratura (6) i pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi: non depressi (con uno score da 0 a 10), moderatamente depressi (con uno score da 11 a 20) e sicuramente depressi (con uno score da 21 a 30).

Tale test inoltre presenta come dimostrato da Brink, Yesavage et al. (5) il miglior bilanciamento tra sensibilità (certezza che il paziente affetto da depressione riporti un punteggio pari o superiore al cut-off) e specificità (certezza che il paziente non depresso riporti un punteggio inferiore al cut-off). La GDS presenterebbe anche il possibile vantaggio di essere autosomministrabile, il che può risultare utile in una fase di screening, tuttavia si è preferito, in questa esperienza, somministrare il test per non creare discrepanze legate al diverso grado di scolarità dei pazienti che, provenendo per la maggior parte da un ambiente rurale, non presentano nel complesso un elevato livello di scolarità.

Per quanto riguarda la valutazione della demenza ci siamo invece avvalsi del noto Mini Mental State (MMS) che è un test di screening di base per i deficit cognitivi che richiede un minimo dispendio di tempo ed è solitamente ben accettato dai pazienti (7). Sulla base della letteratura i pazienti sono stati divisi nei seguenti gruppi: non dementi (con uno score da 30 a 24), pazienti con lieve deficit (con uno score da 23 a 21), pazienti con deficit medio (con uno score da 20 a 11),

pazienti con deficit grave (con uno score ≤ 10).

Per valutare l'accettabilità dei test da parte dei pazienti abbiamo fatto in modo che l'infermiera dello studio medico, alla fine dell'intervista, durante la misurazione della pressione, ponesse al paziente queste tre domande:

- 1) Si è sentito a disagio o imbarazzato nel rispondere alle domande?
- 2) Ha avuto difficoltà a capire le domande?
- 3) Ha avuto difficoltà a rispondere sinceramente alle domande?

Si è scelto che fosse un operatore diverso dal primo a porre le domande che valutavano l'accettabilità dei tests, in modo che i pazienti non si sentissero in imbarazzo a rispondere o desistere dalle risposte non sincere per compiacere il medico che aveva condotto l'intervista.

Lo svolgimento dell'indagine

Lo studio si è svolto nel periodo dal 2/1/96 al 30/4/96 proponendo a tutti i pazienti di età superiore a 65 anni che si presentavano spontaneamente in ambulatorio per qualsiasi problema, di rispondere ai quesiti del MMS e del GDS spiegando loro che si trattava di due test volti alla valutazione delle loro capacità mentali e dello stato dell'umore e che erano liberi di accettare o rifiutare.

Ai pazienti consenzienti venivano quindi somministrati i due test da parte del medico tirocinante e successivamente poste le domande di accettabilità da parte dell'infermiera.

Per ogni paziente che ha aderito allo studio è stata redatta una scheda di reclutamento riportante i seguenti dati: cognome, nome, data di nascita, sesso, stato civile, convivenza, scolarità.

RISULTATI

Sono stati reclutati 131 pazienti di cui 44 uomini e 87 donne. Di questi 3 non hanno accettato di aderire allo studio per cui sono stati esaminati 128 soggetti, 42 uomini e 86 donne. L'età media dei pazienti contattati è stata di 74,7, quella dei pazienti reclutati di 74,6, quella delle femmine di 74,9 e quella dei maschi di 74,2 (Tabella 1).

Tabella 1. Età e sesso dei pazienti

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE	ETÀ MEDIA
RECLUTATI	87	44	131	74,7
ESAMINATI	86	42	128	74,6
ETÀ MEDIA	74,2	74,9		

Fattibilità

Il primo obiettivo di questo studio era di valutare la fattibilità dei test. La somministrazione dei due test non pone alcuna difficoltà all'esaminatore, ha richiesto in media dai 20 ai 30 minuti,

di cui 5 per il MMS e dai 15 ai 25 per il GDS, a seconda anche dell'opportunità concessa al paziente di approfondire certe risposte. L'esaminatore ha per esempio osservato che la domanda dei "rimpianti", la n° 18 del GDS (ricordi della vostra vita passata vi preoccupano spesso?), era in grado di suscitare un certo desiderio del paziente di raccontare fatti salienti della propria vita e quindi di andare oltre ad una semplice risposta SI o NO. Accettabilità

Il secondo obiettivo di questo studio è stato di valutare se i test somministrati erano ben accettati dai pazienti.

In totale il 20.3% dei pazienti si è sentito a disagio durante i test, il 18% ha avuto difficoltà a capire le domande e il 7.8% ha avuto difficoltà a rispondere sinceramente alle domande. Si è avuta inoltre una certa relazione tra bassi risultati nel MMS e tutte e tre le domande, mentre tale correlazione è meno importante per quanto riguarda elevati punteggi al GDS.

Risultati dei test

Depressione

Dei 128 pazienti sottoposti ai test sono risultate depresse, avendo espresso un punteggio al GDS30 ≥ 21 , 16 persone (12,6%) di cui 12 donne e 4 uomini, moderatamente depresse 45 persone (35,1%) di cui 38 donne e 7 uomini e non depresse 67 persone di cui 36 donne e 31 uomini. (Tabella 2) Come si vede la frequenza della depressione franca o moderata è molto elevata e nettamente superiore tra le donne, il 58,1% di esse risulta depressa contro il 26,2% dei maschi. Nell'ipotesi di valutare l'utilizzo di questi test come screening e quindi avendo necessità di disporre di un mezzo che sia agile ed associ a buona attendibilità abbiamo poi confrontato i risultati del GDS in versione completa (GDS30) con quelli che avremmo ottenuto utilizzando la versione abbreviata, cioè il GDS15, che consta della metà dei quesiti, e quindi richiede meno tempo per la somministrazione. Come si vede dalla tabella 3 il GDS15 considerando come valori positivi per

depressione dei valori numerici superiori o uguali a 5 presenta un buon grado di sensibilità (85.2%) e di specificità (89.5%), e discreti valori predittivi positivo e negativo, rispettivamente, 88.1% e 86.9%.

Abbiamo quindi correlato i dati ottenuti con il GDS30 in versione completa con alcune caratteristiche socio-demografiche della nostra popolazione. La prima correlazione è quella tra situazione depressiva e stato civile, la depressione è meno frequente e meno grave tra i coniugati (6,1% depressi e 25,7% moderatamente depressi) che tra i vedovi, i mai sposati [10 pazienti] e i divorziati [1 paziente] (19,3% depressi e 45,2% moderatamente depressi).

Abbiamo valutato anche il rapporto tra depressione e condizione di convivenza, avendo chiesto ai pazienti se vivevano soli, con il coniuge o con altri. Anche in questo caso la condizione di convivenza con il proprio coniuge, con o senza figli, costituisce un fattore protettivo rispetto alla depressione (6,1% sono depressi) se confrontata con coloro che vivono soli (19,4% sono depressi) e anche con quelli che vivono con altri (compresi i residenti in casa di riposo) (19,2% sono depressi). Il maggior numero di donne depresse si trova tra coloro che vivono sole.

Demenza

Per quanto riguarda la demenza, sono apparsi con medio deficit cognitivo 8 persone (6.3%), 5 donne e 3 uomini, con lieve deficit cognitivo 15 persone (11.7%), 12 donne e 3 uomini, con valori normali di MMS 105 persone, 69 donne e 36 uomini.

Nessun paziente ha avuto un punteggio nella categoria 0-10, lo score più basso è stato di 16 punti. Anche in questo caso le donne appaiono un po' più compromesse, anche se di poco, e in generale i pazienti con deficit maggiore hanno un'età più elevata (Tabella 4).

Il livello di compromissione cognitiva (punteggio tra 11 e 20 al MMS) in relazione allo stato civile mette in evidenza un minor numero di persone con deterioramento mentale tra i coniugati (4,5%) che le persone senza coniuge (8,1).

Tra gli anziani che vivono soli o con il coniuge non vi sono sostanziali differenze di condizione mentale, mentre hanno dei punteggi peggiori coloro che vivono con altri (residenti in casa di riposo). I soggetti con maggior deficit cognitivo, della categoria di punteggio 11-20 del MMS, hanno un basso livello di sco-

Tabella 3. Sensibilità e specificità del GDS 15

	GDS 30 (≥ 11)	GDS 30 (≤ 10)	Totale
GDS 15 (≥ 5)	52	7	59
GDS 15 (< 5)	9	60	69
Totale	61	67	128

Sensibilità = 85.2%

Specificità = 89.5%

Valore predittivo positivo = 88.1%

Valore predittivo negativo = 86.9%

larità (4,25 anni), i pazienti con modesto deficit hanno in media 4,93 anni di scolarità, mentre i soggetti senza deficit hanno un livello di scolarità media di 7,36 anni.

Abbiamo infine cercato eventuali correlazioni tra positività al test per la depressione e positività al test per la demenza trovando che un limitato numero di depressi presenta deficit cognitivo mentre molti pazienti con deficit cognitivo sono depressi (Tabella 5).

DISCUSSIONE

I limiti di questo studio sono dati dal fatto che si basa su una popolazione poco numerosa, appartenente ad un solo medico e quindi non può certo ritenersi rappresentativa della popolazione geriatrica italiana.

Nessuna valutazione è stata fatta per valutare se il campione di pazienti sottoposti ai test sono rappresentativi dell'intera popolazione di soggetti anziani di cui fa parte. Non era obiettivo dello studio di offrire un'immagine epidemiologica attendibile dell'andamento della depressione e della demenza tra gli anziani.

In accordo con altri autori (3), che hanno rilevato che gli operatori non trovarono difficile l'utilizzo del test, l'esperienza acquisita con questo studio permette di affermare che i due test sono facilmente somministrabili e mentre il MMS si può somministrare in pochi minuti il GDS 30 può richiedere un tempo abbastanza lungo per essere utilizzato durante la normale attività ambulatoriale.

Il GDS richiede un po' più di tempo del MMS anche perché talvolta i pazienti hanno iniziato ad esporre fatti emotivamente importanti della loro vita. Questo può richiedere un po' più di tempo ma offre anche la possibilità, apprendendo nuove cose sul paziente, di conoscerlo meglio.

Nel nostro caso è possibile che vi sia stato un eccesso di questi "sfoghi" in quanto il medico intervistatore non era il medico abituale del paziente, che quindi avrebbe potuto essere già a conoscenza di alcuni di questi fatti, ma il tirocinante.

Il MMS prevede uno score di 30 all'interno del quale punteggi inferiori a 24 sono di solito indice di un deterioramento cognitivo anche se il test risen-

Tabella 2. Distribuzione della depressione per età e sesso

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE	ETÀ MEDIA
DEPRESSI				
GDS 30 (21-30)	12 (13.9%)	4 (9.5%)	16 (12.6%)	75.5
MOD. DEPRESSI				
GDS 30 (11-20)	38 (44.2%)	7 (16.7%)	45 (35.1%)	76.2
TOTALE DEPRESSI				
GDS30 (≥ 11)	50 (58.1%)	11 (26.2%)	61 (47.7%)	
NON DEPRESSI				
GDS 30 (≤ 10)	36 (41.9%)	31 (73.8%)	67 (52.3%)	73.3
TOTALE	86	42	128	74.6

Tabella 4. Distribuzione del deficit cognitivo per età e sesso

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE	ETÀ MEDIA
DEFICIT MMS (11-20)	5 (5.8%)	3 (7.15%)	8 (6.3%)	79.1
MODESTO DEFICIT MMS (21-23)	12 (13.9%)	3 (7.15%)	15 (11.7%)	77.5
TOTALE DEFICIT MMS ≤23	17 (19.7%)	6 (14.3%)	23 (18%)	
NON DEFICIT MMS (24 - 30)	69 (80.3%)	36 (85.7%)	105 (82%)	73.9
Totale	86	42	128	74.6

te, in parte, del grado di istruzione del soggetto esaminato. Valori che siano di poco inferiori al suddetto limite vanno interpretati con cautela mentre valori tra 20 e 11 indicano un deficit sicuramente presente, e valori inferiori a 11 indicano un deficit grave.

La buona correlazione trovata tra i risultati del GDS30 e del GDS15, in linea con i dati di letteratura (8) consente di sostenere che il test GDS nella sua versione abbreviata, comportando un minor dispendio di tempo per l'operatore, potrebbe diventare anche in Italia un test di base da utilizzarsi come screening della depressione nell'età anziana, mentre la versione integrale potrebbe essere riservata alla valutazione dei pazienti borderline o quelli per i quali il medico in base al suo giudizio clinico durante una visita per altri motivi sospetti essere affetti anche da depressione.

In questo studio abbiamo riscontrato una prevalenza di depressione molto alta, 47,7%.

La ridotta dimensione del campione limita l'accuratezza della stima di prevalenza, inoltre il nostro campione è dato da persone che hanno richiesto una visita medica e quindi presumibilmente in peggior stato medio di salute rispetto ad un campione randomizzato.

In letteratura in questa fascia di età la prevalenza varia dal 13% al 50% a seconda degli stati in cui sono svolte le indagini e dei metodi diagnostici utilizzati (7). Come c'era da aspettarsi abbiamo riscontrato una maggior percentuale di persone depresse tra le donne, tra i vedovi e tra coloro che non vivono con il coniuge, in particolare tra

Tabella 5. Correlazione tra deficit cognitivo e depressione

	DEFICIT COGNITIVO MMS (≤23)	NON DEFICIT MMS (24 - 30)	Totale
DEPRESSI GDS 30 (≥11)	14	47	61
NON DEPRESSI GDS 30 (≤10)	9	58	67
Totale	23	105	128

coloro che vivono sole. L'età media delle persone depresse è un po' più elevata dei non depressi, mentre la scolarità è più bassa. Non abbiamo valutato la presenza di patologie concomitanti né se i pazienti erano o meno in terapia con farmaci che possono indurre depressione con farmaci che curano la depressione.

Solo 3 pazienti rifiutarono di partecipare, ma un quinto circa dei pazienti si è sentito a disagio o ha avuto difficoltà durante i test anche se solo il 7,8% ha avuto difficoltà a rispondere sinceramente.

Rispetto a quanto riportato da altri autori questi valori sono piuttosto alti, anche se dobbiamo dire che questi stessi autori hanno somministrato solo il GDS15 e hanno avuto una percentuale inferiore di positività (8). Riteniamo i nostri dati attendibili sia perché vi è una più alta incidenza di disagio e di difficoltà tra chi è più depresso e soprattutto tra chi ha un maggior deficit cognitivo, sia perché la domanda è stata posta da una persona diversa dall'intervistatore.

Il disagio può essere stato elevato anche perché l'intervistatore non era il medico di famiglia dei pazienti ma il tirocinante.

Sono necessari ulteriori studi con una maggior numerosità del campione e a diffusione nazionale per poter fornire dei dati affidabili di prevalenza della depressione e demenza nella popolazione dei pazienti affluenti allo studio del medico di medicina generale in Italia, per definire le correlazioni con la terapia farmacologica assunta dal paziente, nonché per definire quanto questi test correlino con il giudizio clinico del medico.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Copeland JMR, Dewey ME, Wood N et al. "Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Leeverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry* 1987; 150:815-823
- 2) Gurland BJ. The comparative frequency of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 1976; 31: 283-292
- 3) Iliffe S, Mitchley S, Gould M, Haines A. Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression and problem drinking among elderly people in general practice. *British Journal of General Practice*, 1994; 44: 503-507
- 4) Brink TL, Yesavage JA, Lum O,

Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontologist* 1982; 1: 37-43

- 5) Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. "Mini-Mental State" *Journal of Psychiatric research* 1975; 12: 189-198
- 6) Sheikh JA, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent findings and development of a shorter version. In Brink TL. (ed.) *Clinical gerontology. A guide to assessment and intervention* New York; Howarth Press, 1986
- 7) Jack MA, Stobo SA, Scott LA, Sahgal A, Jachuck SJ. Prevalence of depression in general practice patients over 75 years of age *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1988; 38: 20-21
- 8) D'Ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, detection and management of depression in elderly primary care attenders. 1: The acceptability and performance of the 15 item Geriatric Depression Scale (GDS!) and the development of short versions *Family Practice* 1994; 11: 260-266

Valutazione della gestione del problema ipertensione in uno studio di Medicina generale

Giustetto Guido

Medico di Famiglia Pino Torinese (TO) ASL 08 Regione Piemonte
Tutor per la formazione in Medicina Generale

Colaneri Claudio - Medico Tirocinante

PREMESSA

L'ipertensione arteriosa rappresenta il maggior fattore di rischio cardiovascolare, modificabile, per morbilità e mortalità. Si stima che ne sia affetto il 20% circa della popolazione generale, con punte del 50% negli ultrasessantenni. Essa si associa ad altre patologie quali lo stroke, le coronaropatie, l'insufficienza cardiaca.

Queste patologie sono spesso la conseguenza dell'ipertensione arteriosa non adeguatamente trattata ed oltre ad essere inabilitanti richiedono fre-

quenti ricoveri in ambiente ospedaliero, terapie e programmi di riabilitazione altamente costosi.

È stato calcolato da dati derivati dallo studio di Framingham che un soggetto con pressione arteriosa > 180/95 ha un rischio aumentato rispetto a chi ha la pressione normale per la patologia cardiovascolare che va da una volta e mezza per l'arteriopatia periferica a 6 volte per lo stroke, a seconda dell'età e del sesso.

In base ai dati epidemiologici citati da M. Tombesi ("I fattori di rischio cardiovascolare in medicina generale" CIS Editore Milano 1995), l'ipertensione arteriosa è la causa del 35-40% degli ictus e del 20-25% degli eventi coronarici.

L'abbassamento della pressione abituale, ha ridotto gli ictus, nei diversi trials, del 35-50 %, così come ha portato una significativa riduzione degli eventi coronarici, se pure inferiore all'attesa.

Nonostante la misurazione della pressione arteriosa sia uno degli atti più comuni e "inflazionati" dell'attività clinica e si concordi sulla necessità di effettuare lo screening dell'ipertensione arteriosa nei soggetti adulti, tanto che misurare sistematicamente la pressione arteriosa ai propri assistiti sarebbe compito di ogni medico generale, è stato rilevato (Tombesi, op.cit.) che vi sono almeno tre gravi lacune nella gestione di questa patologia:

- 1) la proporzione di pazienti ai quali la pressione arteriosa è misurata regolarmente è intorno al 50% della popolazione;
- 2) la proporzione dei soggetti trattati varia tra il 70% e il 90% degli ipertesi;
- 3) la percentuale di pazienti in compenso, a seconda dell'obiettivo terapeutico scelto (140/90 o 160/90), varia tra il 20 e il 50% dei trattati.

A questo proposito si è anche parlato di regola della metà: solo il 50% degli ipertesi riceve un trattamento e solo il 50% dei trattati ottiene il controllo pressorio.

A queste si aggiungono altre tre problematiche inerenti:

- 1) la regolarità del follow-up in ordine al tipo di accertamenti e alla loro periodicità;
- 2) l'appropriatezza con la quale sono classificati i pazienti ipertesi nei diversi livelli di gravità, soprattutto ai fini della scelta terapeutica;
- 3) la scelta della classe farmacologica basata su criteri di efficacia e di efficacia - costo.

L'occasione della ricerca e i suoi

obiettivi. Nel corso del 1997 ha frequentato lo studio medico, per la sua formazione specifica, un medico tirocinante. Partendo dal presupposto che l'attitudine alla ricerca rappresenti uno dei momenti di formazione del futuro medico di famiglia, e che in Medicina Generale sia più "educativo" cercare di applicare correttamente indicazioni note, piuttosto che scoprire novità, è stato valutato di comune interesse per tutor e tirocinante condurre una ricerca per verificare la situazione del controllo pressorio tra i pazienti.

Gli scopi della ricerca erano dunque per il tutor di self-audit e di confronto dei dati tratti dalla letteratura con quelli della propria popolazione, e per il tirocinante di apprendimento della gestione del paziente iperteso con applicazione pratica, con verifica dello scostamento tra quanto si dovrebbe fare (linee guida sulla tecnica di misurazione della pressione, sull'inquadramento clinico, sul follow-up) e quanto si fa e infine come esperienza, seppure limitata, di ricerca in medicina di famiglia.

Pertanto si è stabilito di misurare la pressione arteriosa a tutti i pazienti con più di 18 anni che venissero in studio, per qualsiasi motivo, in due giorni della settimana, secondo i criteri della medicina di opportunità. La ricerca è stata condotta dal mese di marzo al mese di giugno 1997, in 27 giorni lungo 15 settimane.

È stata controllata la pressione arteriosa a 354 assistiti. Si è cercato di rispondere alle seguenti domande:

A quanti pazienti era già stata misurata la pressione arteriosa negli ultimi due anni?

Quanti hanno una misurazione superiore alla soglia di 140/90 e 160/90?

Quanti di questi sono già noti come ipertesi?

Quanti pazienti ipertesi noti sono in terapia?

Quanti, tra questi ultimi, hanno valori pressori soddisfacenti?

Risultati della valutazione

Nella tabella sono riportate le risposte agli interrogativi in valori assoluti e percentuali.

Commento ai risultati

1) Sono innanzitutto necessarie alcune specificazioni sul campione della popolazione offerita allo studio.

Non è un campione casuale: essendo i pazienti reclutati per il fatto di avere necessità di una visita medica, verosimilmente sono stati selezionati gli assistiti con bisogno

di salute maggiore (patologie croniche), o maggiormente percepito o quelli per i quali l'accessibilità, anche culturale, allo studio del medico è migliore (orario delle visite, sistema per appuntamenti...). Un'ulteriore selezione può essere avvenuta sulla base della frazione d'anno considerata.

La distribuzione percentuale nei due gruppi di età considerati (<65 anni e ≥ 65 anni) è molto diversa tra la popolazione degli assistiti e il campione rappresentato dai pazienti giunti in studio: gli anziani sono il 32% degli assistiti, ma il 45% dei visitati.

La distribuzione percentuale tra maschi e femmine è sovrapponibile tra campione e popolazione (rispettivamente 49.8/50.2 e 49.1/50.9) e non si modifica all'interno dei sottogruppi dei pazienti con controllo pressorio soddisfacente e insoddisfacente (in quest'ultimo 47.8/52.2).

- 2) La percentuale di pazienti senza misurazione di pressione negli ultimi due anni, è il 38.7%, inferiore a quanto riportato in letteratura: poiché si riferisce a pazienti che sono spontaneamente venuti in studio, c'è da pensare però che nell'intera popolazione questo valore sia più alto; va sottolineato che si considerava avvenuta la misurazione della pressione, solo se questa era stata registrata nella cartella clinica (quindi il dato potrebbe essere sovrastimato).

La differenza tra le due classi di età è molto spiccata: oltre l'80% degli anziani ha già avuto una misurazione, contro il 44.6 dei "giovani".

In ogni caso, poiché nel corso di un intero anno oltre l'80% di tutti gli assistiti ha un contatto con il medico di famiglia (per esempio nel 1996 ciò è avvenuto per 1229 assistiti su 1500), l'ipotesi di inserire il controllo della pressione arteriosa in un'iniziativa di medicina di opportunità viene confermata.

- 3) È molto più alta dell'attesa, soprattutto nel sottogruppo dei "giovani", la percentuale di pazienti ai quali sono stati riscontrati valori pressori superiori alla soglia 140/90 e anche 160/90. Questi pazienti non possono essere definiti tout-court "ipertesi", in quanto in questa ricerca sono riportati i dati di una prima misurazione, seppure effettuata con la qualità richiesta dalle indicazioni

OMS/ISH, 1993, mentre la diagnosi di ipertensione arteriosa deve essere effettuata dopo ripetuti controlli effettuati nel corso di mesi.

Un riesame di questi pazienti, condotto successivamente, porta a stimare in un 15% circa i casi di valori pressori rientrati "spontaneamente" nella normalità. La selezione del campione, dalle caratteristiche richiamate sopra (popolazione anziana con problemi di salute), può ulteriormente giustificare la possibile sovrastima.

Nonostante queste considerazioni la percentuale di pazienti con valori pressori superiori alle soglie comunemente considerate normali rimane superiore a quelle riportate in letteratura, ad eccezione dello studio SPAA sulla prevalenza della ipertensione arteriosa nei pazienti anziani ambulatoriali in Italia (The Practitioner, (ed.it.) 1987), che presenta dati molto simili a questi anche nelle percentuali di pazienti trattati e di quelli con risultato soddisfacente.

La diversa incidenza nelle classi di età si distribuisce secondo l'attesa di un maggiore presenza di ipertesi tra gli anziani.

- 4) È alta la percentuale di assistiti con valori pressori elevati e *non noti come ipertesi*, soprattutto nel sottogruppo dei giovani con soglia 140/90: oltre il 40%.
Pur immaginando di abbassare questa percentuale, per tenere conto delle cautele (e dei bias) richiamate al punto precedente, vi è la conferma che un buon numero di ipertesi, con la modalità or-

ganizzativa degli studi medici "a domanda", rimane sconosciuta al proprio medico di famiglia.

- 5) Appaiono paradossalmente contraddittori, ma in accordo con la letteratura, i due ultimi dati, sulle percentuali di pazienti in trattamento e, tra questi, di quelli con risultato soddisfacente.

Infatti a fronte di una buona percentuale di ipertesi trattati (tra il 73.6% e il 91.1% a seconda delle classi di età e delle soglie), la percentuale di risultati soddisfacenti, soprattutto per la soglia 140/90 è intorno al 20%.

Quest'ultimo dato fa pensare che, fatta la diagnosi di ipertensione arteriosa e scelta la terapia, manchi un'attività costante del medico di famiglia volta a raggiungere l'obiettivo terapeutico, anche mediante una maggiore compliance del paziente.

Conclusioni

Questa ricerca ha portato ad alcune considerazioni, le più rilevanti delle quali sembrano le seguenti due.

- 1) Non è possibile svolgere ricerca in Medicina di Famiglia senza delle risorse e del tempo dedicato, che in questo caso, si sono concretizzati nella presenza del medico tirocinante, senza la cui collaborazione, non sarebbe stato portato a termine il lavoro.
- 2) L'attuale organizzazione del lavoro dei medici di famiglia non permette di fare fronte come è richiesto dalle istituzioni e dalle indicazioni della buona pratica clinica (e come si potrebbe) al

controllo del problema ipertensione (e forse anche delle altre patologie croniche).

Bisogna immaginare e sperimentare qualche strumento ad hoc almeno per il controllo periodico della pressione arteriosa a tutti gli assistiti e per il follow-up degli ipertesi (medicina d'iniziativa con ambulatorio dedicato" in orario diverso da quello del ricevimento dei pazienti?).

SCRITTI DI DEONTOLOGIA, ETICA E FORMAZIONE NELLA PROFESSIONE MEDICA

*Un medico diventa medico completo,
quando sia tecnicamente competente,
abbia una formazione psicologica
che gli conferisce l'arte di intessere
il dialogo privilegiato
con il malato che in lui nutre fiducia,
e quando la sua scienza
e la sua arte siano illuminate
dalla legge morale
che le proietta verso uno scopo.
È dunque l'etica che trasforma
il tecnico della medicina
in medico vero, cioè in un uomo
capace di intervenire su una singola
persona per promuovere la salute
e curarne la malattia.*

Bruno Baruchello
(Padova 1915 - Vicenza 1996)

	Totale		<65 anni (68.5% degli assistiti)		≥65 anni (31.5% degli assistiti)	
Pazienti visitati	354	100 %	195	55.1 %	159	44.9 %
Pazienti che avevano già una registrazione PA negli ultimi 2 anni	217	61.3 %	87	44.6 %	130	81.7 %
Pazienti con PA > 140/90	218	61.6 %	91	46.7 %	127	79.8 %
Pazienti con PA > 160/90	190	53.7 %	81	41.5 %	109	68.5 %
Ipertesi già noti/su tutti i pazienti con PA >140/90	147	67.4 %	53	57.6 %	94	74 %
Ipertesi già noti/su tutti i pazienti con PA >160/90	141	74.2 %	51	62.9 %	90	82.6 %
Pazienti trattati / ipertesi noti PA >140/90	121	82.3 %	39	73.6 %	82	87.2 %
Pazienti trattati / ipertesi noti PA >160/90	121	85.8 %	39	76.5 %	82	91.1 %
Pazienti trattati con PA ≤140/90	27	22.3 %	9	23.1 %	18	21.9 %
Pazienti trattati con PA ≤ 160/90	57	47.1 %	14	35.8 %	43	52.4 %

Sperimentazione di fattibilità
Progetto S.P.E.S.
Servizio di Promozione ed Educazione
alla Salute in Medicina Generale

Mazzi Marco Pietro*,
Cacchi Umberto*, Cressoni Maria
Chiara*, Del Zotti Franco**,
Fioretta Anna*, Leoncini Moreno*,
Sandri Paolo**

* MG SIMG Verona Asl 22
** MG SIMG Verona Asl 20

SCOPO DELLO STUDIO

Sperimentare un modello di scheda, cartacea individuale finalizzata alla pianificazione della promozione ed educazione alla salute, negli ambulatori di medicina generale dell'ASL 22, della Regione Veneto.

Introdurre, nel sistema informativo (S.I.) dei medici sperimentatori, una scheda operativa (SPESMOD®) adatta al monitoraggio (M) e valutazione (Q.A.) degli atti opportunistici di prevenzione ed educazione alla salute svolti dal medico generale per i propri assistiti.

Produrre un "Test di fattibilità/efficienza/preliminare alla realizzazione di un progetto più ampio e informatizzato denominato: "PROGETTO S.P.E.S.", studiato dalla Società Italiana di Medicina Generale e proponibile anche in sede di accordi Regionali o di USL, come modello di pacchetto per la attività: Servizio Preventivo ed Educativo alla Salute in Medicina Generale.

OBIETTIVI DEL TEST DI FATTIBILITÀ

1) MODIFICARE IL SISTEMA INFORMATIVO dei medici partecipanti allo studio, introducendo la scheda cartacea (modspes®), da gestire in modalità opportunistica, per monitorare i rischi e gli atti di prevenzione ed educazione alla salute operati dal MG in favore degli assistiti di età compresa tra 12 e 65 anni.

2) SPERIMENTARE L'IMPATTO OPERATIVO di tale modello uniforme e pianificato nell'ambito della attività ambulatoriale routinaria, misurato in termini di carico di lavoro per giornata lavorativa, facilità di compilazione, criteri di gradimento del medico e dei pazienti.

3) MISURARE LA PERFORMANCE PREVENTIVA mediante analisi dei tassi di compilazione per le varie parti della scheda raffrontando i livelli di monitoraggio con quelli dei tre anni precedenti alla introduzione della scheda Modspes®.

4) FORNIRE PREMESSE D'ESPERIENZA e FATTIBILITÀ per un modello standardizzato - uniforme di monitoraggio della attività preventiva ed educativa alla salute da introdurre successivamente come progetto istituzionale nelle trattative regionali della Medicina Generale integrative al contratto convenzionale col SSN.

5) FORNIRE SPECIFICHE per l'implementazione della scheda informatizzata come database interno al programma MILLENNIUM della SIMG e ad altri software maggiormente utilizzati dai medici generali italiani.

SCELTA DELLE LINEE GUIDA E DEL PROTOCOLLO

La scelta dei test e del protocollo di monitoraggio per età adulta (12 - 65 anni) è basata sulla analisi delle raccomandazioni delle principali autorità internazionali di riferimento. Il gruppo di studio ha apportato alcune modifiche originali, introducendo test anamnestici ritenuti "sintomi o segni sentinella" molto utilizzati nella pratica, per la diagnosi precoce.

Partendo dalle raccomandazioni di queste e di altre autorità scientifiche i singoli test preventivi sono stati ad uno ad uno analizzati con una griglia di simulazione di impatto.

Su queste basi, mediante numerose riunioni in peer-review (utilizzando la metodica Delfi per il raggiungimento del consenso) si è proceduto a formalizzare definitivamente un protocollo di linee guida punto di consenso culturale ed operativo scegliendo:

STRUTTURA DEL PROTOCOLLO LINEA GUIDA

- 1) **Eventi patologici prevenibili.**
- 2) **Target di età e di popolazione.**
- 3) **Test strumentali - anamnestici obiettivi da monitorare.**
- 4) **Frequenze routinarie di monitoraggio dei test.**
- 5) **Indicatori di selezione per aumento di rischio.**
- 6) **Frequenze selettive di monitoraggio per i soggetti a rischio.**
- 7) **Simboli utilizzabili per uniformare il rilevamento.**

MATERIALI E MEZZI

MEDICI SPERIMENTATORI:

6 (Maschi: 4 Femmine: 2)

Età media: anni 42

Media di attività convenzionata: anni 10

POPOLAZIONE TARGET: 7600 pazienti

CRITERIO DI INCLUSIONE PAZIENTI:

Maschi e Femmine dai 12 - 65 anni.

MODALITÀ DI INCLUSIONE: casuale,

opportunistica (attività di iniziativa libera del medico durante i normali accessi dei pazienti all'ambulatorio).

DATA INIZIO: 01 Settembre 1996

DATA FINE: 01 Dicembre 1996

DESCRIZIONE DEI MATERIALI e MODALITÀ di REGISTRAZIONE:

I materiali e strumenti utilizzati nello studio sono inseriti in un pacchetto di utilità che contiene:

- scheda SPES (MODSPES®)
- istruzioni e schedario contenitore da tavolo
- tabella mnemonica delle linee guida preventive (TABSPES®).
- protocollo di intervento preventivo concordato (PROTSPES®).

La scelta operativa pratica è caduta su una griglia cartacea in A4

- Per la difformità nei supporti informatici (specchio della situazione esistente di disomogeneità nel territorio).

RIFERIMENTI SCIENTIFICI DEL PROGETTO SPES

- **CTF** **The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination** (Nova Scotia CANADA)
- **USPSTF** **The U.S. Preventive Services Task Force** (Washington DC U.S.A.)
- **CDC** **The Center for Disease Control and Prevention.** (Atlanta U.S.A.)
- **CNR** **Consiglio nazionale delle Ricerche** (Roma Italy)

Fig. 2

- Per l'inadeguatezza dei programmi software per la MG, a gestire i flussi informativi di monitoraggio preventivo individuale.
- Per l'inopportunità di attuare costose modifiche sul software dei MG tester prima di aver espletato l'analisi di fattibilità del progetto.

La scheda non sostituisce la cartella del paziente ma la affianca.

È parte integrante come database di lavoro per favorire la memorizzare rapida, organizzata e standardizzabile di:

- 1) Familiarità del paziente per la malattia obbiettivo di prevenzione.
- 2) Selezione del paziente per i fattori di rischio e decisione del medico di modificare il ritmo di attenzione preventiva standard per un ritmo selettivo (persone a rischio).
- 3) Risultato del test preventivo, la sua eventuale positività o negatività o il rifiuto da parte del paziente alla sua esecuzione.
- 4) Programmazione di ricontrollo del test.
- 5) Bisogno educativo specifico del paziente (mirato a fattori rischio individuali).
- 6) Attività di counselling breve di educazione sanitaria mirata (relativa alle malattie target eseguita mediante fogli educativi preordinati e personalizzabili).
- 7) Eventuale comparsa di malattia target.
- 8) Eventuale decesso per malattia target.

Con l'utilizzo di pochi segni il medico generale riesce ad avere sotto controllo in modo rapido e globale ed ergonomico, per diversi anni, la situazione complessiva della attività di promozione di salute a favore del paziente.

DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio di fattibilità aperto, osservazionale, longitudinale ha previsto tre fasi:

FASE 1: Apertura della scheda individuale SPES. (3 mesi) in modalità opportunistica (durante un accesso casuale del paziente all'ambulatorio) con registrazione dei dati retrospettivi della attività preventiva ed educativa eseguita nei tre anni precedenti.

FASE 2: Monitoraggio della attività preventivo/educativa individuale, nelle visite successive, mediante scheda SPES, sempre in modalità opportunistica.

FASE 3: Analisi statistica delle schede attive per la valutazione di impatto, e fattibilità del progetto.

RISULTATI

Nei tre mesi di studio sono state aperte n. 505 schede: 224 (44,35 %) su pazienti Maschi e 281 (55,64%), su pazienti femmine alla media giornaliera di 1,4 nuove schede al giorno.

CONCLUSIONI

Tutte le aree sono state utilizzate in varia misura dal medico generale eccetto quelle relative alla prevenzione di eventi psichiatrici e invalidità, probabilmente per la brevità del periodo test (tre mesi) e la maggior difficoltà (per tempo necessario) di utilizzare gli strumenti specifici scelti come test preventivi per queste aree: (a) scheda multidimensionale di Parkside, b) Test di CAGE per la percezione di alcolismo, c) Test di STAY 2Y per la patologia ansiosa di tratto, e) Scala di Zung per la depressione.)

Molto interessante è anche il livello percentuale di registrazione di familiarità per malattie target indotto dall'utilizzo di SPES, che è certamente molto elevato.

Potranno essere in futuro disponibili con l'informatizzazione, ulteriori dati indicatori del grado di modifica quali quantitativa della attività preventiva educativa desunti dal database tuttora in funzione, in particolare:

- 1) Misurazione del tasso di incremento /decremento del numero delle valutazioni di rischio registrate per paziente prima e dopo l'introduzione della scheda SPES diviso per area di rischio .
- 2) Il livello di rispetto del protocollo di riferimento standard adottato dal gruppo di studio.

Si può affermare che la sperimentazione di fattibilità ha ottenuto un risultato globalmente positivo, dimostrato dalla alta percentuale di utilizzo della scheda nelle parti relative alla selezione di rischio per familiarità e alla percentuale di registrazione di copertura del test.

Gli alti punteggi ottenuti in tutte le aree di giudizio soggettivo di fattibilità dei

tester e dal fatto che la maggior parte degli sperimentatori dichiarano la decisione di mantenere il sistema di registrazione SPES nel proprio ambulatorio anche dopo la fine del periodo di osservazione.

Indicatori forti emersi dalla esperienza sono:

- 1) La necessità di una Authority Nazionale condivisa e partecipata dalla Medicina Generale a livello culturale, che proponga ufficialmente linee guida scientifiche sperimentate in termini di fattibilità, utili ai medici generali nella attività professionale.
- 2) La necessità di disporre strumenti informatizzati per il management della prevenzione individuale in MG. Considerando preventivamente la necessità di frequenti elaborazioni statistiche di self audit e di produzione dati di attività e processo, nonchè le variazioni cui sono oggetto i test, nel tempo, a causa delle nuove insorgenze scientifiche, si ritiene che il progetto definitivo debba essere strutturato come kit di strumenti informatizzati validato per il medico generale.
- 3) La necessità di disporre di strumenti per il lavoro di educazione della salute: testati specificamente per il setting medico generale. es.: guide individuali alla salute, libretti educativi, fogli educativi stampabili integrati nella procedura informatica.
- 4) Il bisogno di riconoscimento culturale e professionale della peculiarità del lavoro promozionale alla salute eseguito dal Medico Generale.
- 5) La possibilità di inserire la promozione ed educazione alla salute come standard di lavoro qualificante in un modello lavoro che preveda remunerazioni differenziate per attività, nei vari livelli di contrattazione professionale: nazionale o integrativa regionale agli accordi Convenzionali della Medicina Generale .

Medico	Schede M	%	Schede	%	N° schede	Media die
	M	F	F	(medico)		
1	36	39,13	56	60,87	92	1,53
2	46	43,81	59	56,19	105	1,70
3	43	48,31	46	51,59	89	1,53
4	37	48,05	40	51,95	77	1,28
5	26	41,94	36	58,06	62	1,03
6	36	45,00	44	55,00	80	1,33
TOT.	224	44,35	281	55,64	505	1,40

- 6) La elaborazione statistica valutativa automatica dotata di criteri epidemiologici ed indicatori di processo e di qualità (orientati nel breve periodo, alla valutazione di processo-performance promozionale ed educativa alla salute quindi, nel lungo periodo, all'impatto su percezione dei livelli rischio diagnosi precoce e diminuzione delle morti evitabili).

BIBLIOGRAFIA

- 1) Vittorio Ghetti "La Prevenzione: Un problema da governare" Fond. Smith Kline Franco Angeli ed. 1991.
- 2) AAVV. "Health screening examination "The patient Perspective". Arch. Fam.Pract. 1984.
- 3) AAVV. "Screening procedures in the asymptomatic adult: comparison of Physicians recommendations, patient desires, published guidelines and the actual practice. J. Fam. Practice, 1988.
- 4) AAVV. "Programma l'Europa contro il cancro": GU.C50,26.2., 1987.
- 5) Harold C.Sox ,Jr.,M.D. "Preventive health services in Adults, N.22, Vol. 330, N.Eng J.Med, June, 1994.
- 6) Canadian Task Force on periodic Health examination."The periodic health examination": 2,1994 update.
- 7) Preventive Service Task Force . "Guide to clinical preventive service: report of the U.S. Preventive Task Force. Baltimore: William & Wilkins, 1994 update.
- 8) Prevenire il Cancro SIMG, The Open University ,SEMG ,European School of Oncology Leonard Ed. 1995.
- 9) AC Dowell, et al "Prevention in practice: result of a 2-year follow-up of routine health promotion and interventions in general practice." Family Practice Vol.13, N° 4 357-362 2,1996.
- 10) AC Dowell, et al "Prevention in practice: result of a 2-year follow-up of routine health promotion interventions in general practice." Family Practice Vol.13, N° 4 357-362 2,1996.
- 11) Stefano Ciatto. Screening in medicina Il pensiero scientifico editore 1996.
- 12) Geoffrey Rose. Le strategie della medicina preventiva Il Pensiero Scientifico ed. 1996.
- 13) AAVV. CNR Basi scientifiche per la definizione di linee guida in ambito clinico 1996.

Niddm e qualità della vita

Passamonti M., Pigni M., Calori G.*,
Colombo L.°, Sacchi E.°, Testolin E.,
Mauro D., Torri C.

Medicina di Gruppo - Fagnano Olona (VA),
*Unità di Epidemiologia IRCCS S. Raffaele (Milano)
°Medico Tirocinante II° Corso Formazione
Medicina Generale Polo Didattico Busto A.
Regione Lombardia

Il miglioramento della Qualità della Vita (QdV) del Paziente diabetico (DM) rappresenta l'obiettivo principale del trattamento. Scopo: valutare la QdV del DM in un setting di Medicina di Famiglia (Mdf) utilizzando il questionario Well-being Enquiry for Diabetes (WED), noto valido strumento di misura dello stato di benessere bio-psico-sociale. Il WED è costituito da 50 items con un punteggio per ogni risposta. Più alta la somma, migliore è la QdV. Abbiamo sottoposto al WED 98 NIDDM, selezionati in modo randomizzato sul totale dei DM noti nelle liste dei Medici, (44M/54F-Età media±DS 64.6±9.5 - Durata del diabete 8.3±6.0 anni). Per ciascun DM si sono rilevate le seguenti variabili: età, sesso, durata della malattia, tipo di terapia, presenza di complicanze micro-macroangiopatiche e l'importanza di questi fattori sulle risposte al questionario è stata indagata tramite i Tests di Mann Whitney e Kruskal Wallis. Il WED-score era diverso nei due sessi ($p=0.28$) né con l'età ($p=0.15$). Lo score era più basso nei DM con complicanze ($81.6±10.4$ e $78.7±11.3$, $P=0.19$) anche se non statisticamente significativo. Allo stesso modo vi era un trend dello score nei gruppi di terapia (dieta: $84.1±10.4$, ipoglicemizzanti $80±10.5$, insulina $78.1±11.2$, $p=0.11$) che non raggiungeva, però, la significatività statistica. All'analisi multivariata il WED-score totale è risultato correlato al sesso ($p=0.0001$) e con la presenza di complicanze ($p=0.049$). Conclusioni: la QdV è, come atteso, correlata alla variabile complicanze sintomatiche, malgrado nel campione di DM selezionati non fossero presenti casi di cecità, end-stage renal failure, esiti di stroke e amputazione delle estremità degli arti inferiori. L'assenza di associazione con l'età è imputabile al ridotto valore di DS della media del campione. Come in altri studi, il sesso femminile presenta un WED-score inferiore al maschile, imputabile probabilmente alla maggiore morbilità psichiatrica. Il questionario si è rivelato un affidabile strumento di misura della QdV del soggetto con NIDDM in Mdf.

Società Italiana di Medicina Generale
Sezione di Bergamo

Progetto di prevenzione primaria delle malattie cardio-vascolari

Zappa Mario (Casazza, Bergamo)
Filippi A. (SIMG, Bergamo)

OBIETTIVI:

- * individuare soggetti asintomatici con rischio cardio-vascolare superiore al 20% in 10 anni
- * attuare un programma preventivo con lo scopo di ridurre i principali fattori di rischio C-V
- * valutare applicabilità e utilità del programma

METODI

Per determinare il rischio cardiovascolare di soggetti afferenti all'ambulatorio di Medicina Generale sono stati contattati maschi fra 40 e 74a e femmine fra 50 e 74a, calcolando il punteggio di rischio secondo le tabelle dello studio di Framingham.

I soggetti ad alto rischio C-V (oltre 20% in 10 a) sono stati arruolati per l'applicazione del programma di prevenzione primaria. Periodicamente verranno rilevati i punteggi di rischio e gli eventi Cardio-Vascolari maggiori (t.i.a., ictus, angina, infarto e arteriopatie periferiche) dei soggetti arruolati. La valutazione dell'applicabilità e dell'utilità del programma preventivo verrà effettuata mediante confronto fra i dati reali dei rilevamenti ed il "risultato teorico massimo".

PARTECIPANTI: 12 Medici di M.G. della Provincia di Bergamo

PERIODO: raccolta dati iniziale fra ottobre e dicembre '97
raccolta dati dopo 6 mesi, 1 anno, 2 anni, oltre?

RISULTATI:

È stata ultimata la prima raccolta dati ed è attualmente in corso di svolgimento la seconda raccolta. Sono stati contattati 1124 soggetti con caratteristiche idonee. Sono stati valutati 1042 soggetti (543 femmine e 499 maschi) di età media circa 60 anni e rischio C-V medio di 12.6% a 10a. Di questi 175 (133 maschi e 42 femmine, pari al 16.8% dei soggetti valutati) hanno un rischio C-V superiore al 20% in 10 anni ed una età media di circa 65 anni. Risultano in trattamento

antipertensivo e/o antidiplidemico 450 sogg. (43.2% del totale, 66% dei soggetti ad alto rischio). 82 sogg. (7.3% dei soggetti contattati) non hanno potuto essere valutati per incompletezza dei dati utili al calcolo del rischio.

COMMENTO:

Si vogliono ricordare le FINALITÀ che hanno indotto i M.G. della Sezione S.I.M.G. di Bergamo a promuovere l'iniziativa, proposta durante un corso di V.R.Q. e realizzata in seguito:

- motivare un gruppo di Colleghi ad interessarsi e a conoscere i metodi di Miglioramento della Qualità dell' Assistenza;
- utilizzare questa occasione per promuovere un processo di Verifica e Revisione di Qualità dell'Assistenza, su un argomento clinicamente rilevante scelto dai partecipanti;
- organizzare un gruppo di M.G. disponibili a partecipare ad iniziative di RICERCA in M.G., anche per il futuro;
- migliorare la professionalità dei singoli M.G. partecipanti nella gestione della prevenzione primaria cardio-vascolare;
- valutare la applicabilità ed utilità dell' iniziativa sia nel modificare i comportamenti dei M.G. partecipanti, sia nel ridurre il rischio e/o gli eventi cardio-vascolari.

Si possono fare alcune considerazioni generali sul Progetto:

- I M.G. partecipanti al Programma Preventivo, 12 sui 20 che avevano partecipato al Corso V.R.Q., non sono rappresentativi della media dei M.G. della Provincia, dato che erano particolarmente motivati e, in buona parte, Animatori di Formazione;
- la popolazione controllata nello studio non può essere rappresentativa della popolazione generale di pari età, sia per la scelta dei M.G. partecipanti, sia per le modalità di reclutamento dei soggetti (medicina di opportunità);
- la scelta dei fattori di rischio su cui concentrare gli sforzi e la modalità di calcolo del rischio cardio-vascolare possono rappresentare una semplificazione o essere in parte discutibili.

I dati raccolti sinora suggeriscono la possibilità di migliorare la gestione del rischio cardio-vascolare nei nostri pazienti, sia intensificando gli interventi non farmacologici e farmacologici, ove necessario, sia limitando la prescrizione di farmaci nei casi a rischio cardio-vascolare molto basso. Una discreta percentuale dei soggetti contattati sembra non essere sufficientemente sensibile al problema cardio-

vascolare o poco motivata (dal proprio M.G.?) alla prevenzione primaria.

INTRODUZIONE e OBIETTIVI

Nell'ambito di una serie di incontri finalizzati alla promozione della Qualità Assistenziale in Medicina Generale, sollecitato e organizzato dalla Sezione S.I.M.G. di Bergamo, cui hanno partecipato circa venti Medici di Medicina Generale della Provincia, si è deciso di definire, di utilizzare e sottoporre a verifica di applicabilità e utilità un Progetto di Prevenzione Primaria delle Malattie Cardio-vascolari.

La SCELTA dell'ARGOMENTO si è basata sull'importanza ormai nota di tali patologie in termini di morbilità e mortalità, e sulla constatazione che una parte rilevante del lavoro in M.G. è rivolto alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie cardiovascolari.

Si voleva quindi formulare una PROPOSTA di LINEE GUIDA (L.G.) di gestione della prevenzione primaria nel settore C-V, cercando di razionalizzare l'impiego di risorse (impegno, tempo e costi). I M.G. partecipanti sono stati impegnati sia in lavori di gruppo, sia in discussioni plenarie, con lo scopo di definire:

- il tipo di popolazione da sottoporre a controllo
- i principali fattori di rischio modificabili dal M.G.
- il tipo di dati necessari e le modalità di rilevazione
- gli interventi farmacologici e non f. auspicabili
- le modalità di verifica dei risultati

Sono stati delineati i seguenti OBIETTIVI del PROGETTO:

- 1) INDIVIDUARE SOGGETTI ASINTOMATICI CON RISCHIO C-V >20% in 10a
- 2) INTERVENIRE SUI PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI di QUESTI SOGGETTI con i seguenti SOTTOBIETTIVI SPECIFICI
 - * P.A.non superiore a 140/90
 - * COLESTEROLO T.non superiore a 200
 - * B.M.I.non superiore a 30
 - * FUMO ABOLIZIONE

* ATTIVITÀ FISICA ... non meno di 3 periodi di 30'/sett

- 3) OTTENERE UNA RIDUZIONE DEL RISCHIO C-V COMPLESSIVO
- 4) VALUTARE APPLICABILITÀ e UTILITÀ del PROGRAMMA PREVENTIVO

N.B.: Pur considerando il diabete come uno dei più importanti F.R. si è deciso di NON includerlo fra i F.R. modificabili dal M.G. perchè frequentemente la gestione di tali pz. NON è del M.G.

Attualmente abbiamo ultimato la prima fase di raccolta dei dati sulla popolazione interessata e di arruolamento dei soggetti ad alto rischio cardio-vascolare.

SELEZIONE DEI CASI/CALCOLO DEL RISCHIO/RACCOLTA DEI DATI

POPOLAZIONE DA SOTTOPORRE A CONTROLLO

Dai dati della nostra indagine preliminare (vedi tabelle) si nota che nella popolazione ambulatoriale asintomatica di > 40 anni, il riscontro di condizioni tali da rappresentare un rischio C-V >20% si verifica in circa un quarto dei soggetti.

Nella popolazione più giovane la percentuale PROBABILMENTE si riduce a valori che NON giustificano un coinvolgimento di tali sogg. nel programma (sappiamo che l'opportunità di attuare programmi di prevenzione, valutata in termini di benefici/costi, è tuttora discussa).

Inoltre abbiamo considerato che le DONNE hanno un rischio C-V che può essere approssimato a quello dei MASCHI di 10 anni più giovani.

Per questi motivi si propone di sottoporre a controllo i MASCHI DA 40 A 74 ANNI e le FEMMINE DA 50 A 74 ANNI Il limite superiore di età è stato fissato considerando che i dati della letteratura non sono del tutto concordi nel valutare la necessità o l'utilità della riduzione dei F.R. considerati nella popolazione dei grandi anziani.

TABELLA DATI RIASSUNTIVI I^a FASE: CONTATTO e ARRUOLAMENTO

MEDICI PARTECIPANTI.....	12
TOTALE SOGGETTI CONTATTATI.....	1124
TOTALE SOGGETTI VALUTABILI	1042 (499 M, 543 F)
SOGGETTI NON VALUTABILI	82 (7.3 %)
ETÀ MEDIA	60 aa
RISCHIO CARDIOVASCOLARE MEDIO.....	12.6 %
PAZIENTI IN TRATTAMENTO.....	450 (43.2 %)
(anti-ipertens./dislipi.)	
PAZIENTI ARRUOLATI	175 (15.56%)

TABELLA DATI PAZIENTI ARRUOLATI (rischio C-V > 20%)

TOTALE PAZIENTI.....	175		
ETÀ MEDIA.....	64.8 aa	MEDIANA.....	66
MASCHI.....	33 (76%)	FEMMINE.....	42 (24%)
DIABETE.....	69 (39.4%)	FUMO.....	46 (26.3%)
P.A.S.> 140.....	145 (82.9%)	MEDIANA.....	150
P.A.D.> 90.....	68 (38.9%)	MEDIANA.....	85
COLEST.TOT.>200.....	143 (81.7%)	MEDIANA.....	237
HDL-COLEST.<47.....	109 (62.3%)	MEDIANA.....	42
ATT. FISICA <3.....	109 (62.3%)	MEDIANA.....	2
I.V.S.....	24 (13.7%)	F.A.....	8 (4.6%)
SCOMPENSO CARDIACO.....	4 (2.3%)		
TRATTAMENTO A-IPERTENSIVO.....	99 (56.6%)		
TRATTAMENTO A-DISLIPIDEMICO.....	18 (10.3%)		

Questo non significa che il M.G. non dovrebbe occuparsi della Prevenzione C-V nei sogg. giovani o molto anziani, ma semplicemente che le fasce di età in cui ci si può attendere migliori risultati di prevenzione, almeno per quanto riguarda il rapporto benefici/costi, sono quelle indicate. Tutti i soggetti eseguiranno: ANAMNESI, P.A., ed ESAMI di BASE.

ANAMNESI

In particolare si devono indagare:

- * FAMIGLIARITÀ per EVENTI C-V MAGGIORI o per DISLIPIDEMIE
- * IPERTENSIONE, DIABETE, DISLIPIDEMIE
- * FUMO, SEDENTARIETÀ
- * PAT. CARDIO-VASCOLARI (criterio di esclusione)

PRESSIONE ARTERIOSA

Per le modalità di misurazione, inquadramento diagnostico, ecc. si può fare riferimento alle LINEE GUIDA S.I.M.G. 1997 (vd.all)

ESAMI DI BASE

Sono quelli ritenuti "il minimo indispensabile":

- * COLESTEROLO Tot., HDL-Colest., TRIGLICERIDI, GLICEMIA altri esami a giudizio del curante se necessari per altri motivi

RISCHIO CARDIO-VASCOLARE

Viene calcolato mediante le tabelle di Framingham (vedi allegato) sia in fase di reclutamento dei sogg. (rischio > 20%), che per valutarne l'eventuale riduzione al momento della verifica.

Solo i sogg. con RISCHIO > 20% proseguiranno l'iter preventivo.

ESAME OBIETTIVO MIRATO

Deve valutare la presenza di reperti patologici del cuore, delle carotidi e dei polsi periferici (criterio di esclusione). Inoltre verrà calcolato il B.M.I.

INTERVENTI COMPORTAMENTALI E FARMACOLOGICI/FLOW CHART

COUNSELING come ATTIVITÀ PREVENTIVA

Si intende fornire un minimo di standardizzazione a questo tipo di interventi, preordinando almeno le modalità con cui vanno poste le domande e rilevate le risposte dei soggetti in esame. L'intervento di counseling ai fini preventivi viene poi lasciato alla libera scelta del singolo M.G., fornendo materiale didattico di supporto, da consultare come riferimento.

OBESITÀ /DIETA: si ritengono utili i seguenti obiettivi:

- * ridurre il peso corporeo se necessario
- * ridurre la quota di grassi saturi
- * ridurre l'uso del sale

FUMO e ATTIVITÀ FISICA: vedi materiale S.M.G. allegato

IPERTENSIONE A.: vedi LINEE GUIDA S.I.M.G. '97 allegato

DISLIPIDEMIA: vedi materiale S.M.G. allegato

CONTROLLI PERIODICI

Il monitoraggio di parametri clinici non stabilizzati o esami necessari per altri motivi sono lasciati al giudizio del M.G. tenendo però presenti le esigenze legate alle VERIFICHE (vedi).

FLOW CHART E ALTRA DOCUMENTAZIONE

Le fasi progressive di realizzazione del Programma Preventivo sono rappresentate in una FLOW CHART (allegata), che sarà accompagnata dalla descrizione dettagliata di ogni parte, in modo da uniformare quanto possibile il comportamento dei M.G. partecipanti e ridurre il rischio di interferenze sui dati.

Sono previsti anche un ELENCO NO-

MINATIVO dei sogg. contattati, una SCHEDA RACCOLTA DATI, note informative su IPERTENSIONE A., DISLIPIDEMIE, FUMO e ATTIVITÀ FISICA, come supporto per il raggiungimento dei singoli sottobiettivi. Verrà anche segnalata la bibliografia di riferimento.

MODALITÀ DI RILEVAMENTO DEI DATI

Sono necessari ALMENO TRE momenti di raccolta dei dati clinici:

- in fase INIZIALE (reclutamento e dati di base)
- dopo 6 MESI (primo momento di verifica)
- dopo 12 MESI (seconda verifica)
- ogni 12 MESI (verifiche periodiche?)

I DATI CLINICI potrebbero essere inizialmente registrati sulla cartella clinica cartacea o magnetica del pz., come d'abitudine tenendo però un ELENCO NOMINATIVO dei sogg. reclutati.

In occasione dei momenti di verifica i dati verranno trascritti sulla SCHEDA di RACCOLTA DATI (vedi allegato) per essere inviati alla elaborazione.

RECLUTAMENTO, VERIFICA, SOGGETTI ATTIVI

Il RECLUTAMENTO dei sogg. dovrebbe avvenire, in un'ottica di MEDICINA DI OPPORTUNITÀ, contattando TUTTI i sogg. idonei per sesso ed età, che si presentano in ambulatorio per qualunque motivo, ad eccezione del semplice rinnovo di ricetta, dato che non sempre i M.G. trascrivono personalmente tutte le ricette.

Si vorrebbero raggiungere, nella prima fase di reclutamento, ALMENO 400 CASI, in un periodo orientativamente di c. 4 sett. (in media 20 o 25 soggetti per ogni M.G. partecipante).

La PRIMA VERIFICA verrà effettuata 6 MESI dopo il termine del reclutamento e avrà una DURATA DI 3 MESI, durante i quali verranno registrati i dati relativi ai SOLI SOGG. GIÀ RECLUTATI.

Sarebbe opportuna una casistica di ALMENO 250 SOGG., in caso contrario, si prevede un adeguato prolungamento del periodo.

METODO DI VALUTAZIONE

Viene calcolato il RISCHIO CARDIO-VASCOLARE dei singoli soggetti all'inizio del Programma e ai momenti della VERIFICA (6 e 12 m).

L'eventuale RIDUZIONE del RISCHIO C-V viene espressa in termini ASSOLUTI (differenza di % del rischio iniziale e di controllo).

Inoltre si può valutare il risultato in ter-

mini RELATIVI, cioè come RIDUZIONE DELLA QUOTA DEL RISCHIO MODIFICABILE, confrontando il valore ASSOLUTO di riduzione del rischio, con il MAX. TEORICO, cioè il miglior risultato possibile: ciò che si sarebbe potuto ottenere IN QUEL SOGG. dopo aver conseguito TUTTI I SOTTOBIETTIVI cioè PA<140/90, COL.T<200, BMI<30, ATT.FISICA>90min/sett., FUMO=0

È ANCHE possibile valutare la riduzione dei SINGOLI F.R. in modo da evidenziare eventuali settori di intervento POCO efficace.

Altre valutazioni possibili riguardano:

- numero di sogg. contattati in un mese
- numero di sogg. con rischio C-V>20%
- tempo dedicato dal M.G. al Programma

SOGGETTI ATTIVI DEL PROGETTO

Il Progetto nasce come iniziativa dei Medici S.I.M.G.- Bg., ma si ritiene importante, vista la rilevanza dell'argomento e lo impegno richiesto ai M.G. partecipanti, di prendere contatto con la Struttura Pubblica interessata alla PREVENZIONE, al fine se possibile, di coinvolgerla sia per la stesura definitiva del Progetto, sia per una collaborazione alla raccolta e alla elaborazione dei dati di verifica e valutazione. In alternativa, sembra comunque utile richiedere la consulenza esterna di un collaboratore per la parte di elaborazione dati. Si valuterà anche la possibilità di un sostegno economico. stesura a cura.

BIBLIOGRAFIA

- B.M.J. 1996, 312: 1265-1278
- Langham et Al. "... the Oxcheck study"
 - Wonderling et Al. "...the British family heart study"
 - Wonderling et Al. "What can be concluded from the Oxcheck and British family heart study..."
- Eur. J. Gen. Pract. 1996, 2: 117-125
- Wiesemann et Al. "Improving cardiovascular health in the German CINDI area: methods and results of the practice-based THREE-LEVEL STRATEGY"
- Family Practice 1996, 13: 357-362
- Dowell et Al. "Prevention in practice: results of a 2-year follow-up of routine health promotion interventions in general practice"
- Br. J. Gen. Pract. 1996, 46: 571-575
- Foss et Al. "Missed opportunities for the prevention of cardiovascu-

ELENCO SOGGETTI "CONTATTATI" SIA RECLUTATI CHE NON RECLUTATI

(tutti i soggetti M 40-74a e F 50-74a presentatisi in studio per motivi diversi dalla semplice ricettazione)

INIZIALI	TELEFONO	SESSO	ETÀ	RECLUTATO
1).....		M F	ANNI	SI NO
2).....		M F	ANNI	SI NO
3).....		M F	ANNI	SI NO
4).....		M F	ANNI	SI NO
5).....		M F	ANNI	SI NO
6).....		M F	ANNI	SI NO
7).....		M F	ANNI	SI NO
8).....		M F	ANNI	SI NO
9).....		M F	ANNI	SI NO
10).....		M F	ANNI	SI NO
11).....		M F	ANNI	SI NO
12).....		M F	ANNI	SI NO
13).....		M F	ANNI	SI NO
14).....		M F	ANNI	SI NO
15).....		M F	ANNI	SI NO
16).....		M F	ANNI	SI NO
17).....		M F	ANNI	SI NO
18).....		M F	ANNI	SI NO
19).....		M F	ANNI	SI NO
20).....		M F	ANNI	SI NO
21).....		M F	ANNI	SI NO
22).....		M F	ANNI	SI NO
23).....		M F	ANNI	SI NO
24).....		M F	ANNI	SI NO
25).....		M F	ANNI	SI NO
26).....		M F	ANNI	SI NO
27).....		M F	ANNI	SI NO
28).....		M F	ANNI	SI NO
29).....		M F	ANNI	SI NO
30).....		M F	ANNI	SI NO
31).....		M F	ANNI	SI NO
32).....		M F	ANNI	SI NO
33).....		M F	ANNI	SI NO
34).....		M F	ANNI	SI NO
35).....		M F	ANNI	SI NO
.....				
.....				
.....				

Data..... Dr.M.G.

N.B.: L'elenco si ferma dopo almeno 25 soggetti "reclutati".

Una copia di questo elenco, privata dei n. telefonici, sarà inviata insieme alle schede di raccolta dati per l'elaborazione "Percorso di Prevenzione Primaria delle M. Cardio-Vascolari in soggetti ad alto rischio nella pratica ambulatoriale di Medicina Generale (a cura della Sezione SIMG di Bergamo)

lar disease among British hypertensives in primary care"

ALLEGATI:

- FLOW CHART e PRECISAZIONI per l'USO
- TABELLA di CALCOLO del RISCHIO C-V
- ELENCO SOGGETTI "CONTATTATI"
- SCHEDA RACCOLTA DATI CLINICI
- LINEE GUIDA "IPERTENSIONE A." SIMG '97
- NOTE INFORMATIVE S.M.G. '97 per DISLIPIDEMIE, FUMO e ATTIVITÀ FISICA

ELENCO PARTECIPANTI:

Massimo CAREGNATO
Alessandro FILIPPI
Giuliana GIUNTI
Giorgio LAMERA

Marzio MAZZOLENI
Pasquale PATA
Monica ROVELLI
M.Rosaria RUTILI
Paola TAGLIABUE
Maria VALDEVIT
Giovanna VENTURI
Mario ZAPPA

ALLEGATO 1: PRECISAZIONI PER L'UTILIZZO DELLA FLOW CHART

I M.G. che aderiscono all'iniziativa si impegnano nel tentativo di applicare nella PRATICA QUOTIDIANA le indicazioni proposte in questo progetto, in modo che divengano abituali. Si vuole cioè ottenere una MODIFICA COMPORTAMENTALE. La popolazione da sottoporre al controllo iniziale è costituita da TUTTI i SOGGETTI MASCHI di 40-74

M 40-74a + F 50-74a

**ANAMNESI + P.A.
ESAMI BASE**

uscita ——— - RISCHIO C-V
+
E.O. MIRATO

uscita ——— + PATOLOGIA C-V
-
PROGRAMMA DI PREVENZIONE

VERIFICA DEI RISULTATI

SOGG. DA CONTROLLARE: Maschi 40-74 a.
+ Femmine 50-74 a.

ANAMNESI: - FAMILIARITÀ per: dislipidemie o eventi C-V maggiori (CUF) DIABETE, IPERTENSIONE A., DISLIPIDEMIE, OBESITÀ /SEDENTARIETÀ, FUMO PATOLOGIE CARDIO-VASCOLARI (*)

ESAMI BASE: Colesterolo tot., HDL-Col., Trigliceridi, Glicemia

RISCHIO C-V: superiore (+) o inferiore (-) al 20% in 10 aa (calcolato secondo tabella di Framingham)

E.O. MIRATO: cuore, torace, polsi p.

(*) PATOLOGIE CARDIO-VASCOLARI (su base aterogena): Angina/Infarto, Ictus/TIA, Arteriopatie periferiche (tali patologie escludono il sogg. dal programma p.)

anni e FEMMINE di 50-74 anni, che si presentano nell'ambulatorio di M.G. per qualsiasi motivo, ad ESCLUSIONE della semplice TRASCRIZIONE DI RICETTE.

- 1) Compilare un ELENCO dei sogg. contattati sia RECLUTATI che NON di cui una copia sarà inviata all'elaborazione con le schede
- 2) Raccogliere per TUTTI una ANAMNESI CARDIOVASCOLARE FAMILIARE E PERSONALE (fattori di rischio e/o patologie c-v note) e misurare correttamente la PRESSIONE ARTERIOSA (vedi linee guida)

PAT. CARDIO-VASCOLARI

Obiettivo: valutare il rischio c-v.
Anamnesi FAMILIARE POSITIVA se vengono riferiti

- EVENTI CARDIOVASCOLARI MAGGIORI IN SOGG < 55a (angina/infarto m., ictus, arteriopatie p.)
- oppure una DISLIPIDEMIA

Anamnesi PERSONALE POSITIVA se il sogg. HA o HA AVUTO una delle citate patologie cardiovascolari.

DIABETE - Obiettivo: sensibilizzare il sogg.

- ha mai saputo di avere la glicemia alta o il diabete?
- è mai stato in cura per questo problema?

un DIABETE in trattamento farmacologico va segnalato in scheda, **INDIPENDENTEMENTE** dagli attuali valori di glicemia.

FUMO - Obiettivo: ABOLIZIONE

- (o importante riduzione)
 - nell'ultimo mese quante sigarette al giorno ha fumato?
 - oppure: quanti giorni le dura di solito un pacchetto?
 - non ha mai cercato di smettere?
- si registra il numero di sigarette fumate al giorno

ATTIVITÀ FISICA - OBIETTIVO: almeno 3 periodi di 30min/sett.

- che lavoro fa?
- fa anche attività fisica per svago?

- cosa fa e quante volte alla settimana?
- cosa potrebbe o le piacerebbe fare?

si registra l'equivalente in PERIODI 30'

DIETA/OBESITÀ - Obiettivi: ridurre sodio, grassi saturi e l'eventuale sovrappeso

- di solito preferisce i cibi "saporiti" o ben salati?
- di solito utilizza burro, margarina o olio?
- quanto ne consuma?
- quante volte alla settimana consuma formaggi? E pesce?
- pensa di essere "un po' su di peso"?
- non ha mai provato a cambiare le sue abitudini alimentari?

- 3) Richiesta degli ESAMI di BASE (è possibile utilizzare dati già noti, se sono normali e/o eseguiti da meno di 12 mesi).

SCHEDA RACCOLTA DATI

I^a II^a

Cognome e Nome..... ETÀ SESSO.....

ALTEZZA..... PESO..... DIABETE..... SI NO

PAS..... PAD..... FUMO (s./die)

Colesterolo Tot..... HDL-Col..... LDL-Col..... TGR.....

ATTIVITÀ Fisica (periodi di 30 min./sett).....

* Ipertrofia V.S. (solo se in possesso di ecg) SI NO

* Fibrillazione A. Cr. SI NO

* Scompenso Cardiaco SI NO

FARMACI Anti-DISLIPIDEMICI SI NO - NORME CUF SI NO

FARMACI Anti-IPERTENSIVI SI NO

FARMACI Anti-AGGREGANTI SI NO

PUNTEGGIO DI RISCHIO (vd.tabella)

----- + ----- + ----- + ----- + ----- + ----- + ----- = -----
età Col.T HDL-C PAS fumo diab. IVS punti

ANNOTAZIONI:

.....

Data..... Dr.M.G.

(*) IVS, F.A. e S.C. NON sono criteri di esclusione

OBIETTIVI DELL'INIZIATIVA

- P.A. non superiore a 140/90
- COLESTEROLO T. non superiore a 200
- B.M.I. non superiore a 30
- ESERCIZIO Fisico almeno 3 PERIODI / sett.
- FUMO sospensione (o importante riduzione)
- DOCUMENTATA RIDUZIONE DEL PUNTEGGIO DI RISCHIO

- 4) Si calcolerà poi il RISCHIO CARDIO-VASCOLARE del soggetto secondo le tabelle di Framingham, in base ai dati ottenuti.

SOLAMENTE I SOGG. CON RISCHIO OLTRE 20% PROSEGUIRANNO L'ITER.

- 5) Questi sogg. saranno sottoposti ad un ESAME OBIETTIVO MIRATO sulle PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI in particolare si valuteranno:
- VASI del COLLO (soffi carotidei e turgore giugolare)
 - CUORE e POLMONI (rumori patologici)
 - ADDOME (soffi da stenosi arterie renali)
 - POLSI PERIFERICI (palpazione e auscultazione)
 - CALCOLO del B.M.I.

ESCLUDEREMO dal programma SOGGETTI CON PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI SU BASE ATEROGENA (ictus/tia, angina/infarto, arteriopatie p.)

- 6) I DATI DEI PRIMI 25 SOGGETTI RECLUTATI DA OGNI M.G. SARANNO TRASCRITTI SULLA SCHEDA DI RACCOLTA DATI

Alla voce ANNOTAZIONI della scheda si indicano situazioni cliniche o di carattere generale che si vogliono segnalare

- 7) I soggetti reclutati riceveranno assistenza da parte del M.G. sia per quanto riguarda il COUSLING COMPORTAMENTALE (vedi) sia per gli eventuali trattamenti farmacologici necessari.

Per quanto riguarda la GESTIONE di QUESTI SOTTOBIETTIVI sembra OPPORTUNO cercare di UNIFORMARE i COMPORTAMENTI, seguendo le indicazioni dei vari ALLEGATI, pur rispettando la libertà di decisione del SINGOLO M.G. nei confronti del SINGOLO SOGGETTO.

- 8) La FREQUENZA dei CONTROLLI PERIODICI (visita o esami), viene decisa dal M.G. in base alle necessità cliniche del soggetto possibilmente uniformandosi alle linee guida allegate.

- 9) AI MOMENTO DELLA VERIFICA cioè DOPO 6 MESI e DOPO 12 MESI (e ogni 12 mesi x 5 anni?) si registrano i dati più recenti

I DATI CLINICI relativi alle VERIFICHE vengono trascritti sulle SCHEDE DI RACCOLTA DATI e inviati alla ELABORAZIONE STATISTICA.

I dati della prima verifica serviranno anche a valutare la necessità /opportunità di modificare il Progetto.

J *l comportamento dei medici di famiglia italiani nei riguardi dei problemi della salute della donna e in particolare del controllo della fertilità (Contracezione ed RNF)*

Giroto Sandro*, Del Zotti Francesco*, Baruchello Mario*, Gottardi Giobatta*, Valente Michele*, Battaglia Alessandro*, Rosa Bianca*, Fedrizzi Paolo

La tendenza ospedalocentrica che ha dominato la cultura medica e la gestione dei servizi sanitari durante tutto questo secolo ha subito in questi ultimi anni un'inversione verso il territorio, spinta da una necessaria e non più procrastinabile razionalizzazione delle risorse economiche.

Il medico di famiglia, si trova quindi oggi a gestire in prima persona molte situazioni che prima delegava all'ospedale ed allo specialista. Anche nel campo della fertilità umana esso si trova ad avere nuovi compiti non solo di diagnosi e cura, ma soprattutto di prevenzione e di educazione. Questo studio si colloca quindi in questo nuovo contesto con l'obiettivo di indagare le conoscenze e i comportamenti del medico di famiglia italiano nel campo della salute della donna, in particolare della Pianificazione Familiare (PF), attraverso una ricerca qualitativa su un piccolo gruppo di medici di famiglia ed un questionario inviato a 500 medici di famiglia in tutta Italia.

I risultati del focus group sono riassunti in ostacoli e proposte che il MdF trova nell'operare in questo settore.

Gli ostacoli sono dati insieme dalla complessità del tema e al contempo dalla sua specializzazione. Viene risposto che il MdF è il medico della persona e quindi e quindi del com-

plesso e che non deve rinunciare a conoscenza ed abilità minimali su temi che comunque gestisce con lo specialista. I risultati del questionario (121 risposte = 24.2%) evidenziano come il MdF italiano sia attualmente svantaggiato in termini di conoscenze e di logistica ma che comunque desidera fortemente riappropriarsi di questa parte di professionalità che sente profondamente sua nell'ambito di una gestione educativa/consulenziale di questi e di altri problemi e patologie della persona moderna

Premessa

Nell'attuale contesto culturale e professionale della salute, in cui sotto la spinta di una razionalizzazione delle risorse economiche che ridisegnerà il Welfare State in tutto il mondo occidentale, si manifesta sempre più evidente l'inversione di vecchie tendenze centrate sull'ospedale e sullo specialista. In tale situazione il medico di famiglia si vede riaffidati molti compiti di gestione del paziente.

Si allargano soprattutto le aree della prevenzione e dell'educazione e sempre più pazienti richiederanno consigli riguardanti il controllo della fertilità umana sia per evitare che per conseguire una gravidanza.

Il medico di famiglia assumerà quindi un ruolo non soltanto di consulente di fronte ad un problema, quello della pianificazione familiare, che l'Assemblea Mondiale Medica (Madrid 1967, Parigi 1969 e Venezia 1983) [1] ha stabilito essere un "diritto fondamentale dell'uomo", ma anche e soprattutto di educatore, consigliando alla donna/coppia di conoscere il proprio corpo ed in particolare il ciclo mestruale con i suoi ritmi, come esperienza preliminare per ogni donna che si accinge a vivere la sessualità e la vita familiare in maniera consapevole.

Questo è il motivo per cui vogliamo conoscere e analizzare le conoscenze e i comportamenti riguardanti la Pianificazione Familiare e in particolare la Regolazione Naturale della Fertilità (RNF) del medico di famiglia italiano, al quale, secondo la legge di Riforma Sanitaria del 1978, afferisce tutta la popolazione italiana. D'altra parte, rare sono le ricerche centrate sul solo medico di famiglia [2] o comunque sui medici riguardanti questo specifico argomento [3,4,5,6].

Scopi

Gli scopi di questa ricerca sono: 1) valutare alcuni elementi tecnico-conoscitivi (ciclo mestruale, indici di

fertilità, indice di Pearl, etc.); 2) analizzare il comportamento attuale del medico di famiglia riguardo la salute della donna e in particolare modo il controllo della fertilità (contraccezione e RNF); 3) identificare le cause di un'eventuale resistenza a cambiare il suo atteggiamento nei confronti della RNF; 4) individuare percorsi di incontro/incremento della sua curiosità; 5) verificare la disposizione individuale verso la gestione sia dei comportamenti sessuali che di altri comportamenti, soprattutto per quanto riguarda la gestione farmacologica del paziente.

Metodi

Abbiamo diviso l'indagine in 2 parti: I) ricerca qualitativa (focus group) [7,8] fatta seguendo una griglia di riflessione in 4 punti: a) contesto socio-culturale attuale, b) comportamento delle donne, c) comportamento del medico di famiglia, d) conoscenza specifica riguardante la contraccezione e i metodi RNF. A questo gruppo di discussione hanno partecipato 8 medici di famiglia (di cui 1 è anche ginecologo) e 1 psicologo; II) ricerca attraverso un questionario di 19 domande inviato a 500 medici di famiglia scelti a caso fra i destinatari di un giornale di aggiornamento, su un indirizzario di 1.300 nomi (1 solo invio), comprendente i quadri culturali e sindacali dei medici di famiglia di tutta Italia. Il questionario, in 19 domande, chiedeva: a) conoscenza del ciclo mestruale, b) conoscenza degli esami di laboratorio per follow-up della pillola, c) conoscenza e comportamento in tema di contraccezione e metodi RNF, d) comportamento di fronte ai problemi dell'adolescente.

Il questionario è stato preceduto da un test di fattibilità che ha permesso di migliorare e calibrare le domande. Le elaborazioni statistiche relative ai dati del questionario sono state fatte con il programma statistico SPSS [9].

Risultati

I) Abbiamo riassunto nella tabella 1 gli ostacoli e le relative proposte concernenti i problemi della sessualità e della pianificazione familiare in 7 punti: 1) Complessità del tema: la cultura della società attuale, e la rapida evoluzione delle conoscenze e dei comportamenti in campo sessuale da una parte, la tradizione, i comportamenti inveterati e i valori personali e familiari dall'altra, costituiscono la complessità.

Le proposte emerse dal gruppo di studio partono dalla considerazione che il MdF è il medico della persona,

Tabella 1

Sessualità e Pianificazione Familiare: ostacoli e proposte nella General Practice

OSTACOLI	PROPOSTE
1) Complessità del tema	1) a) <i>Il MdF è medico della persona e quindi del complesso</i> b) <i>necessità di formazione/aggiornamento sul modello bio-psico-sociale</i> c) <i>obiettività/neutralità rispetto all'emotività che può scaturire dalla complessità</i>
2) Logistica: lo studio del MdF è affollato. Sono argomenti che richiedono tempo	2) a) <i>visita su appuntamento</i> b) <i>aiuto di personale non medico</i> c) <i>volantini e materiale educativo</i>
3) La maggior parte dei MdF sono maschi	3) a) <i>è più semplice per il MdF donna</i> b) <i>dipende da come si instaura il rapporto di fiducia (educazione e prevenzione)</i> c) <i>utilizzo di personale di sesso femminile</i>
4) Gestione della sessualità e della Pianificazione Familiare come "guadagno individuale". Avere il "proprio ginecologo" è essere emancipate.	4) a) <i>il MdF non è escluso</i> b) <i>è il ginecologo che funge da consulente</i> c) <i>il MdF sceglie ed indirizza al suo ginecologo di fiducia ("rete di specialisti di riferimento")</i>
5) Temi tecnico-specialistici	5) a) <i>sono temi che coinvolgono tutta la persona, la coppia, la famiglia</i> b) <i>recupero di conoscenze e abilità minimali</i> c) <i>nel caso della PF il MdF deve essere completo ed obiettivo</i>
6) Contraccezione: scarsa conoscenza degli effetti collaterali / follow up	6) a) <i>nel monitoraggio degli effetti collaterali è la persona più indicata perché conosce a fondo la paziente e la segue nel tempo</i>
7) RNF: scarsa conoscenza in assoluto	7) a) <i>necessità di pacchetto informativo per il MdF e per la donna/coppia</i> b) <i>selezione della persona candidata alla RNF</i> c) <i>ruolo educativo, consulenziale e comportamentale del MdF</i> d) <i>metodi educativi per la coppia e rispettosi della persona</i>

del "totus". In questo senso è necessaria un'ampia revisione della formazione e dell'aggiornamento del MdF. 2) Problemi organizzativi: il grande carico di lavoro quotidiano, l'affollamento degli studi medici e la mancanza di tempo e di personale; costituiscono i problemi logistici dell'attuale MdF italiano.

La soluzione è da ricercare nella riorganizzazione del setting dell'MdF, sull'esempio di altre esperienze (v. Gran Bretagna). 3) La maggior parte dei MdF è maschio, anche se negli ultimi decenni le cose stanno cambiando e la medicina di famiglia è una delle aree mediche con il maggior numero di donne.

Non è comunque obbligatorio essere donna per affrontare questi problemi, dipende dalla preparazione e dalla disponibilità/sensibilità del medico verso questi temi. 4) Gestione della sessualità e della PF come "guada-

gno individuale", come "emancipazione" ("il mio ginecologo"). Il MdF non è escluso dal rapporto ginecologo/donna anzi, dovrebbe essere il ginecologo che funge da consulente, al quale l'MdF indirizza, come fa nel caso di altri problemi o patologie (rete di specialisti di riferimento). 5) Temi tecnico-specialistici: richiedono una specifica preparazione ed esperienza.

La proposta è che, essendo temi che coinvolgono tutta la persona, profondamente, e hanno risvolti biologico-medici, sociali, psicologici, familiari ed etici, il MdF è e resta sempre il consulente di primo riferimento.

Il MdF inoltre dovrebbe recuperare conoscenze (fisiologia e semeiotica del ciclo mestruale, funzionamento della pillola E/P e suoi effetti collaterali, etc.) e abilità (visita pelvica minima, pap-test, etc) e dare consigli con obiettività e onestà. 6) Contrac-

Tabella 2**Conoscenza del ciclo mestruale**

1) Ciclo mestruale regolare (r/m)	- < 25 giorni	13.2 %
	- 25 - 35	53.5 %
	- 28 - 32	57.0 %
	- 28	58.8 %
	- > 35	7.9 %
2) Ovulazione (r/s)	- subito dopo le mestruazioni	0.0 %
	- a metà ciclo	18.0 %
	- al 14° giorno del ciclo	26.1 %
	- pochi giorni prima della mestruazione	0.0 %
	- tra il 12° e il 16° giorno che precede la mestruazione	55.9 %
3) Il muco cervicale preovulatorio è funzione di: (r/s)	- E	62.3 %
	- Pg	17.9 %
	- FSH	9.4 %
	- LH	10.4 %
4) Il rialzo termico è funzione di: (u/a)	- E	15.5 %
	- Pg	69.1 %
	- FSH	2.7 %
	- LH	12.7 %

cezione: viene consigliata e somministrata direttamente anche se spesso è il ginecologo a farlo.

Scarsa è la conoscenza degli effetti collaterali e di come fare correttamente il follow-up. Il MdF (proposta) è la persona più adatta per seguire una paziente che solo lui conosce a fondo. 7) RNF: scarsa conoscenza in assoluto.

C'è comunque grande interesse nel recuperare conoscenze di fisiologia e di semeiotica del ciclo mestruale, basi fondamentali dei metodi RNF,

che vengono percepiti come metodi molto educativi della coppia e rispettosi della persona (ecologia della persona). (Tab. 1). Il) I questionari anonimi arrivati nel primo mese dalla spedizione sono stati 121 su 500 (24.2%).

Separatamente sono arrivate anche richieste nominative di approfondimento della RNF, già da noi predisposte come coupon a parte nell'invio del questionario (tot. 76, pari a 62%).

Abbiamo diviso le risposte del que-

stionario in 6 parti: 1) Conoscenza del ciclo mestruale (tab. 2).

La maggior parte considera regolare il ciclo mestruale (risposta multipla) quando va abitualmente da 28 a 32 giorni (57%) e dai 25 ai 35 giorni (53.5%), una certa percentuale dà per regolare anche cicli < 25 giorni (13.2%) e > 35 giorni (7.9%).

Per quanto riguarda il periodo in cui cade l'ovulazione nessuno lo colloca pochi giorni prima della mestruazione o subito dopo.

Il 56% lo colloca tra il 12° e il 16°

Tabella 3**Pianificazione Familiare in generale**

1) Nella tua general practice dai consigli circa i metodi PF? (u/a)	- mai	0.9 %
	- qualche volta	56.6 %
	- spesso	38.1 %
	- sempre	4.4 %
2) Quali consigli? (m/a)	- Pill E/P	97.3 %
	- IUD	81.3 %
	- barriera	70.2 %
	- RNF	53.3 %
3) Efficacia dei metodi PF	- Pill E/P	96.4 %
	- IUD	36.9 %
	- barriera	50.5 %
	- RNF	31.5 %

Tabella 4

Pianificazione Familiare in generale

1)	Conosci i metodi RNF? (u/a)	- per nulla - poco - sufficientemente - bene	2.7 % 48.7 % 42.5 % 6.1 %
2)	Quali metodi RNF conosci? (m/a)	- Ogino-Knauss - BBT - Billings - STM	87.2 % 82.6 % 67.9 % 16.5 %
3)	Fonte della tua conoscenza (m/a)	- corsi universitari - corsi aggiornamento post-grad. - colleghi - corsi specifici RNF - pazienti - libri, riviste, etc.	57.8 % 15.6 % 2.8 % 7.8 % 11.9 % 70.6 %
4)	a) vantaggi b) svantaggi	non uso farmaci scarsa efficacia	
5)	Li consigli? (u/a)	- mai - raramente - spesso	27.3 % 64.3 % 8.2 %
6)	I metodi RNF sono: (m/a per ogni punto)	a) molto/abbastanza educativi b) poco efficaci c) poco accettabili abbastanza accettabili	84.5 % 65.1 % 45.0 % 37.3 %
7)	Se li consigli, a chi lo fai? (m/a)	cicli regolari adolescenti premenopausa dopo la pillola motiv. etico/relig. senza figli	82.1 % 9.5 % 6.3 % 22.1 % 78.9 % 27.4 %
		cicli irregolari relazione stabile allattamento per gravidanza mot. sanitarie/ecol con più figli	5.3 % 61.1 % 6.3 % 51.6 % 66.3 % 14.7 %
8)	Ritieni che il MdF sia la persona giusta per una corretta informazione sulla RNF?	- SI - NO	95.5 % 4.5 %
9)	Chi dovrebbe insegnarli? (u/a)	- ginecologo - MdF - insegnante RNF (operatore sanitario) - insegnante RNF (generico)	19.8 % 60.4 % 21.7 % 10.4 %
10)	Sei interessato a saperne qualcosa di più sulla RNF?	- SI - NO	83 % 17 %

giorno che precede la mestruazione. Sul muco cervicale e sul rialzo termico (risposta unica) estrogeni (63.1%) e progesterone (69.1%) vengono bene identificati come diretti responsabili in buona percentuale. All'FSH ed LH viene dato un ruolo importante (dal 15 al 25%); (Tab. 2) Family Planning in generale (tab. 3). Una buona parte (42.5%) dei MdF consiglia la PF, anche se la maggioranza (56.6%) lo fa solo qualche volta.

La Pillola E/P è la più consigliata (97.3%). La RNF è in ultima posizione (53.3%). Sull'efficacia abbiamo dovuto fare una media approssimativa di tutte le percentuali date: 1° la pillola (96.1%), ultima la RNF (31,5%). (Tab. 3) I metodi RNF (tab. 4). Pochi (risposta unica) (6.1%) conoscono bene la RNF. La maggior parte conosce il metodo Ogino-Knauss (87.2%). Il metodo sintotermico è il meno co-

nosciuto (16.5%). Libri riviste, etc, sono la fonte principale di conoscenza di questi metodi. I vantaggi di questi metodi sono riconosciuti nella mancanza dell'uso di farmaci. Lo svantaggio più segnalato è la scarsa efficacia. Pochi medici (8.2%) li consigliano. Vengono interpretati come metodi educativi anche se poco efficaci e di non grande accettabilità. Vengono consigliati solitamente a donne con cicli regolari (82.1%), a

Tabella 5**Contracezione**

1)	Nel follow-up della Pill E/P quali esami bioumurali richiedi sempre?	
	<i>Fegato:</i>	AST (89.9 %), ALT (95.4 %), Bil (58.7 %), GGT (63.3 %), ALP (36.7 %)
	<i>Metabolismo:</i>	BG (88.3 %), TC (96.4 %), HDL-C (55.9 %), LDL-C (23.4 %), TG (58.6 %), UA (11.7 %)
	<i>Coagulazione:</i>	ATIII (92.6 %), FBNG (54.6 %), PT (50.9 %), PTT (41.6 %), PC (4.6 %), PS (4.6 %), ACP R (4.6 %), FDP (4.6 %)
2)	Interessati a sapere di più sulla Pill E/P (m/a)	
	- modalità d'azione	39.5 %
	- efficacia	39.5 %
	- effetti collaterali	86.5 %

donne che hanno motivazioni etico-religiose (78.9%), donne con motivazioni sanitarie-ecologiche (66.3%), a donne con relazione stabile (61.1%) e nella ricerca di una gravidanza (51.6%). Ritengono comunque che il MdF sia la persona giusta per una corretta informazione sulla RNF (95.5%) e la maggior parte (60.4%) ritiene che dovrebbe essere il MdF ad insegnarli. L'83% è interessato a saperne qualcosa di più. (Tab. 4) Contracezione (Tab. 5).

Per quanto riguarda gli esami richiesti nel follow-up, i più richiesti sono: CT (96.4%), GPT (95.4%), ATIII (92.6%), GOT (89.9%), Glicemia (88.3%), GGT (63.3%), Bilirubina (58.7%), TG (58.6%), CHDL (55.9%), Fibrinogeno (54.6%), PT (50.9%). La maggior parte (86.5%) è interessata a sapere di più circa gli effetti collaterali. (Tab. 5) Adolescenti e sessualità (Tab. 6).

La maggior parte (77.2%) ritiene che ogni adolescente maggiore di 15 anni dovrebbe trovare disponibile il suo MdF per il counseling in tema di sessualità. Soltanto l'1.8% risponde che ogni adolescente femmina dovrebbe essere indirizzata ad un ginecologo di fiducia. (Tab. 6) Terapia comportamentale vs terapia farmacologica (Tab. 7).

L'approccio comportamentale viene individuato come preponderante nell'affrontare i problemi alimentari (87% vs 13%), così anche per i problemi sessuali (78% vs 22%) e in misura minore per i fattori di rischio cardiovascolare (65% vs 35%).

Nella PF prevale l'approccio farmacologico (57% vs 43%). (Tab. 7)

Discussione e conclusioni:

La ricerca qualitativa (focus group) fatta seguendo una precisa griglia di

riflessione ha evidenziato quali sono gli ostacoli e le proposte per superarli, sintetizzate nella tab. 1. I colleghi che hanno partecipato al focus group sono tutte persone attorno ai 40 anni, quasi tutti maschi (era presente una donna) professionalmente preparati e culturalmente impegnati. La sessualità e Pianificazione Familiare sono temi finora trascurati dal MdF, delegati allo specialista, per motivi "culturali" e di opportunità professionale.

Il MdF moderno è deciso a riappropriarsi, almeno in parte, della gestione di questi problemi. Sessualità e PF sono temi complessi e specialistici, ma per affrontarli non basta lo specialista da solo.

Il MdF, medico della persona e della famiglia, dovrebbe avere una solida impostazione internistica ("the last internist"), integrata da conoscenze e abilità, almeno minimali, su tutti i campi cosiddetti specialistici, fra cui la ginecologia e l'ostetricia.

Nel consigliare poi i metodi di Pianificazione Familiare deve tener conto obiettivamente di tutte le opzioni e della persona che ha davanti, che solitamente lui conosce bene. C'è un certo allarme sulla pillola E/P e sugli effetti collaterali relativi alla coagulazione, rari ma spesso assolutamente imprevedibili.

C'è una scarsa conoscenza della RNF, unita ad un convinto desiderio di saperne di più per informare in maniera diretta e completa le pazienti.

Le informazioni provenienti dal questionario sono molte ed interessanti. Sul ciclo mestruale le conoscenze elementari richieste non sono ottimali, anche se il MdF si orienta abbastanza bene, infatti solo il 21.2% ritiene regolari cicli < 25 o > 35 giorni,

nessuno colloca l'ovulazione a ridosso della mestruazione e il 60-70% attribuisce ad estrogeni e progesterone un ruolo corretto nell'espressione di muco e rialzo termico.

Sui metodi di Pianificazione Familiare il MdF interviene per consigliarli ma ha un'idea molto approssimativa della loro efficacia specialmente per quanto riguarda IUD, metodi di barriera e RNF. Su questi ultimi poi ha scarse conoscenze (solo il 6.1% li conosce bene), li considera scarsamente efficaci, però nel complesso educativi.

E comunque il MdF ritiene di essere lui stesso la persona indicata per una corretta informazione (95.9% vs 4.5%) e addirittura per insegnarli (60.4% > 21.7% operatore sanitario, 19.8% ginecologo, 10.4% insegnanti dei Metodi Naturali non operatori sanitari).

C'è quindi una apparente contraddizione tra l'interesse verso la RNF da parte del MdF e la sua scarsa considerazione verso questi metodi. Ciò può essere dovuto al fatto che il MdF comprende che la RNF comporta una forte propensione ad un ruolo educativo-consulenziale che è proprio e che dovrà diventare sempre

Tabella 6**Adolescenti e sessualità: a chi indirizzarli?**

1)	servizi consultoriali	14.9 %
2)	ginecologo di fiducia	1.8 %
3)	MdF che sia disponibile	77.2 %
4)	MdF che invita direttamente	6.1 %

Tabella 7

Terapia comportamentale vs terapia farmacologica

	farmacologico %	comportamentale %
problemi alimentari	13	87
problemi sessuali	22	78
fattori di rischio CVD	35	65
Pianificazione Familiare	57	43

più di competenza del MdF. La stragrande maggioranza (83% vs 17%) vuole saperne di più e probabilmente tutti vorranno saperne di più quando vedranno la RNF come un metodo scientifico, moderno. In questo senso conclude uno studio fatto coinvolgendo molti MdF [3].

Il gap si potrà colmare non soltanto operando sulla formazione e sull'aggiornamento ma soprattutto quando la logistica sarà diversa (orari più lunghi, visite su appuntamento, personale sanitario) e permetterà al MdF italiano di dedicare più tempo al counseling del paziente, specialmente in quei settori dove l'approccio comportamentale è preminente o potrebbe diventarlo.

In questo senso l'esperienza di altri colleghi in Gran Bretagna è molto significativa [2].

Sulla pillola E/P identificata come la più scientifica per la sua efficacia [3] il MdF manifesta qualche dubbio e qualche lacuna che vorrebbe comunque colmare specialmente per quanto riguarda gli effetti collaterali.

In conclusione: 1) il MdF italiano non è bene informato sulla fisiologia riproduttiva, sulla PF ed in particolare sulla RNF; 2) si avvicina ai metodi di controllo della fertilità con grande interesse, ma con evidente coscienza dei suoi limiti culturali e professionali in questo campo; 3) potrà approfondire il suo interesse e arricchire la sua pratica se adeguatamente aggiornato e supportato logisticamente; 4) è molto disposto, se si verificano le condizioni di cui al punto 3), ad una gestione sempre più comportamentale e meno farmacologica di certe patologie o situazioni; 5) già fin d'ora il MdF può diventare fondamentale, più di ogni altra categoria medica, nella corretta informazione e diffusione della RNF.

References:

1) *The World Medical Association: Statement on "Family Planning"* (Madrid 1967, Paris 1969, Venezia 1983). WMA, 28 av. Des Alpes 01210 Ferney - Voltaire. France

2) *Clubb E.M., Pyper C.M. and Knight J.: A Pilot Study on Teaching Natural Family Planning in General Practice.* In Queenan, J.T., Jennings, V., Speiler, J., von Hertzen, H., (editors) *Natural Family Planning: Current Knowledge and New Strategies for the 1990s*; December 10-14; Washington D.C., Georgetown University.

3) *Snowden R., Kennedy K.I., Leon F., Orense V.C., Perera H.W., Phillips R., Askew J., Flynn A. and Severy L.I.: Physicians' views of periodic abstinence Method: a study in four countries.* *Studies in Family Planning* 19,4, 215-226, 1988.

4) *Fehring R.J.: Physician and Nurses Knowledge and Use of Natural Family Planning.* *Linacre Quarterly*, Nov. 1995,22-28.

5) *Mc Donald O.P., Hardee K., Bailey W., Clyde M. and Villinsky M.T.: Quality of care among Jamaican private physicians offering family planning services.* *Advances in Contraception* 1995, 11:245-259

6) *De Irala J.: Metodos Naturales de Regulacion de la Fertilidad: Conocimientos, Atitudes y Practicas de los Medicos.* Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Navarra. Pamplona, Diciembre 1990.

7) *Armstrong D., Colman M. and Grace J.: Research Methods for General Practitioners.* Oxford University Press, Oxford 1990.

8) *Whittaker D.: Qualitative methods in general practice research: experience from the Oceanpoint Study.* *Family Practice* 1996; 13:310-315.

9) *Nie N.H., Hull C.H., Jenkins J.G., Steinbrenner K., Bent D.H.:* SPSS: Statistical Package for the Social Sciences, 2nd ed. Mc Graw Hill, N.Y. 1983.

10) *Cormack, M. Marinker, D. Merrell: Practice: Clinical Management in General Practice.* Longman Group Ltd, London 1989.

* Medici di Medicina Generale (Verona, Vicenza, Trento)
Eventuale corrispondenza: Giroto Sandro - via Pisano 46, 37131 Verona

J *l progetto ulcera peptica-reflusso gastroesofageo nella Ulss 20 del Veneto*

Coordinatori: Battaglia Alessandro, Del Zotti Franco (medici di medicina generale SIMG - Soc. Italiana VRQ - Practice Club Verona).

Si ringraziano per la preziosa collaborazione il Dott. Bozzini Luigi e la dottoressa Salmasso Anna (Settore Farmaceutico della ULSS 20, Verona).

Si ringraziano altresì per il prezioso contributo i Medici della Commissione Ulcera/RGE del Practice Club Distretto 2: Barbalaco Roberto, Bruni Leonardo, Corsato Marisa, Dal Cortivo Gianni, De Vito Umberto, Rigon Giorgio, Sfragara Ignazio, Simonazzi Alberto, Volpi Attilio

I farmaci inibitori della secrezione cloridropeptica sono oggi importanti sotto due aspetti.

In primo luogo la razionalità o meno del loro impiego è in parte legata alla rivoluzione introdotta in terapia dalla scoperta dell'*Helicobacter Pylori*; in secondo luogo si tratta di farmaci usati in genere per lunghi periodi di tempo e su una vasta fetta della popolazione e quindi in grado di influenzare non poco l'andamento spesa farmaceutica territoriale.

La spesa lorda per i farmaci antisecretori nel primo semestre del 1997 nelle 16 ULSS venete per esempio (23.589.323.100 lire) ha inciso per il 6,3% sul totale complessivo di farmaci a carico del SSN (lire 374.756.635.979).

Il progetto Ulcera peptica-Reflusso Gastroesofageo è nato quindi con lo scopo di ottimizzare l'uso di queste molecole in base a criteri di Evidenze Based Medicine e conseguentemente anche la spesa farmaceutica territoriale da esse indotta.

Oltre ai due coordinatori hanno partecipato alla ricerca alcuni medici di medicina generale della ULSS 20 del Veneto reclutati su base volontaria e il Settore Farmaceutico della stessa ULSS.

Lo studio si articola in tre fasi. La prima fase, completata, era rivolta alla individuazione dei pazienti che nel periodo di un anno (1 giugno 1995-1 giugno 1996) avevano consumato farmaci antisecretori. Il Centro elaborazione dati della ULSS ha fornito ai singoli medici in forma riservata i nominativi di tutti i pazienti a cui nel periodo di studio era sta-

ta fatta almeno una prescrizione di farmaci inibitori dei recettori H2 o di inibitori di pompa protonica. Al fine di garantire la necessaria riservatezza nella fase elaborativa il gruppo di ricerca ha nominato un Garante. Per evitare ai partecipanti allo studio il disagio di esternare il proprio stile prescrittivo il Garante si è impegnato ad elaborare i dati aggregandoli senza fornire informazioni sull'operato dei singoli medici. Ovviamente sarebbe stata garantita anche la riservatezza nei riguardi della ULSS, che conosceva i pazienti a cui erano stati prescritti i farmaci ma non le diagnosi che avevano giustificato le prescrizioni.

Nel periodo dello studio il bacino di utenza degli otto medici era caratterizzato da un numero medio di 9.130 assistibili.

Il numero medio di assistibili è stato calcolato dalla formula: (numero assistibili al 1/6/95 + numero assistibili al 1/6/96)/2. L'ULSS 20 ha individuato 831 pazienti "assistiti" (=trattati con farmaci antisecretori) nello stesso periodo, con un rapporto assistiti/assistibili pari quindi a 9,1%. La spesa lorda sostenuta per le prescrizioni di farmaci antisecretori corrispondeva per gli 831 pazienti individuati a 204.038.700 lire.

Ciascun medico ricercatore doveva confrontare i nominativi dei pazienti ricevuti dalla ULSS con i propri archivi cartacei o elettronici, attraverso i quali sarebbe risalito alle diagnosi che avevano giustificato le prescrizioni.

Come indicatore di qualità delle prescrizioni sono stati usati i criteri indicati dalla nota 48 della CUF. Si è definita "ulcera peptica (UP) gastrica (UG) o duodenale (UD) certa" ogni ulcerazione cronica o ricorrente della mucosa gastroduodenale non associata all'uso di FANS e dimostrata con criteri strumentali. Si è definita "malattia da reflusso gastroesofageo (RGE) certa" ogni condizione caratterizzata da presenza di almeno un sintomo patognomonico (rigurgito o piroisi) e di reflusso gastroesofageo dimostrato con criteri strumentali (o almeno sospettabile in base a criteri strumentali) e/o di lesioni anatomiche esofagee riferibili a reflusso. Si è definita "ulcera peptica incerta" o "malattia da reflusso gastroesofageo incerto" ogni condizione diagnosticata anamnesticamente e/o clinicamente e senza l'apporto di indagini strumentali". I ricercatori dovevano individuare anche i casi in cui la prescrizione era stata eseguita per "gastroprotezio-

ne". Si sono definite "congrue" le prescrizioni giustificate da diagnosi di "UP incerta" o da "RGE certo". Si sono definite "incongrue" le prescrizioni giustificate da "UP certa" o da "RGE incerto" o da Gastroprotezione o da qualsiasi altra indicazione. Si è definito "long-term" ogni trattamento protratto per almeno il 60% dei giorni di un anno (=per oltre 219 giorni); "a cicli" ogni trattamento di durata inferiore.

Sono risultate "congrue" il 46,6% delle prescrizioni (spesa: lire 95.002.880) e "incongrue" il 53,4% (spesa: lire 109.035.820). Tra i singoli medici la percentuale di prescrizioni "incongrue" era distribuita in un ampio "range" (da 39% a 85%) e la spesa media per caso trattato variava da lire 120.306 a lire 290.361; i due parametri risultavano correlati ($r=0,66$ $p<0,05$). Circa la preferenza data alle singole molecole, al primo posto nel periodo considerato si collocavano le prescrizioni di omeprazolo e di ranitidina; era stata preferita la ranitidina (53,6%) nelle prescrizioni "congrue" e l'omeprazolo (51,5%) nelle prescrizioni "incongrue".

L'85% delle prescrizioni erano "a cicli"; il 14,2% "long-term".

Tra gli 831 pazienti trattati le diagnosi erano così distribuite: RGE: 18,7%; UD: 14,3%; UG: 4,81%; UD+RGE: 3,24%; UG+RGE: 0,24%; UP incerta: 9,5%; RGE incerto: 8,3%; Gastroprotezione: 14,3%; Altre indicazioni: 26,7%.

La seconda fase della ricerca rappresenta il periodo di intervento.

Attraverso una tecnica di brain storming sono state evidenziate le paure ed i bisogni dei singoli medici connessi con le prescrizioni dei farmaci inibenti la secrezione gastrica. Attraverso una analisi collegiale sono state focalizzate linee guida per il trattamento dell'UP e del RGE. Per l'ulcera peptica si è deciso di adottare il modello "Medical Treatment of Peptic Ulcer Disease - Consensus Statement-Soll AH JAMA 28/2/96. Per la malattia da reflusso si sono adottate le linee guida di Tytgat GN (J Gastroenterol. 1995 30 Suppl. 211:39-43).

Ogni medico si è impegnato per quanto possibile alla applicazione delle suddette linee guida e al rispetto della nota CUF 48.

Un esperto di tecniche cognitivo-comportamentali ha istruito i medici ad assumere atteggiamenti adeguati in tutte le situazioni della pratica quotidiana che potevano generare conflittualità con i pazienti in presen-

za di richieste incongrue degli stessi o in presenza di prescrizioni specialistiche non coerenti con le linee guida della letteratura.

La terza fase della ricerca è rivolta all'analisi del comportamento prescrittivo dei ricercatori a sei e a dodici mesi dopo l'inizio del periodo di intervento.

Al momento sono disponibili solo i primi dati grezzi relativi ai primi sei mesi.

La spesa lorda per farmaci antisecretori nei primi sei mesi di intervento estrapolata ad un anno risulta pari a lire 160.047.600, con un risparmio quindi del 21,5% rispetto alla spesa iniziale (204.038.700).

Nei prossimi mesi saranno a disposizione tutti i dati relativi al periodo di intervento e ciò consentirà di definire con esattezza le voci prescrittive entro il cui ambito è stato ottenuto risparmio.

Date le condizioni di partenza, che sicuramente hanno permesso di dimostrare nel gruppo carenza formativa nei riguardi della gestione dei farmaci antisecretori, è presumibile che l'adesione a criteri di good-practice e il contributo del corso di affermatività abbiano contribuito a ridurre le prescrizioni nell'area della "incongruità".

Se ciò sarà confermato la metodologia adottata dal gruppo sperimentale potrebbe essere generalizzata a tutti i medici dell'ULSS ed estesa alla gestione di altre malattie croniche responsabili di importanti voci di spesa.

È opinione degli autori che i margini di intervento in tal senso siano molto ampi, anche in considerazione del fatto che i medici che hanno aderito all'indagine non erano un campione randomizzato ma rappresentavano al contrario un gruppo di colleghi motivati e disposti a sacrificare disinteressatamente tempo prezioso per la iniziativa.

Infine ci preme sostenere che l'accoppiata "linee guida-corso di affermatività" non è solo importante nell'unica direzione del risparmio: essa può modificare carenze professionali e/o prescrittive in aree neglette della nostra pratica professionale (esempio: esofagiti croniche, asma bronchiale prevenzione, ecc) ove sono necessari ampliamenti di spesa. Il potenziamento del ruolo della Evidence Based Medicine e del ruolo delle tecniche cognitivo-comportamentali potrebbe ridare ai medici di medicina generale quella centralità indispensabile in un sistema socio-sanitario equilibrato.

Problematiche, soluzioni e qualità dell'assistenza nelle cure primarie di assistenza domiciliare

Carelli Francesco
Carnesalli Franco
Medici di Medicina generale (Milano)
Accademia Italiana dei Medici di Famiglia

Sono in atto in Italia, come nel resto del mondo, studi e iniziative per una migliore gestione della sanità pubblica e un migliore utilizzo delle risorse economiche e umane, ma soprattutto per fornire servizi efficienti e più aderenti alle esigenze dei cittadini pazienti e non.

La figura del medico di medicina generale deve avere, in questi casi una posizione preminente nella segnalazione, decisione e gestione del paziente, essendo quasi sempre il primo nel venire a conoscenza delle problematiche sociali, sanitarie e ambientali del soggetto.

Si è pensato di verificare l'efficacia di tale intervento studiando 580 pazienti residenti nel territorio della Asl 41 di Milano e segnalati da diverse figure a uno sportello dedicato, (parenti, pazienti, volontari, vicini, medici).

Un ulteriore obiettivo è stato costituito dalla determinazione quantitativa dei bisogni assistenziali di questa zona della città per una programmazione più corretta dell'assistenza e un confronto con altre realtà cittadine.

Una considerazione preliminare che emerge dai dati è l'appartenenza degli

anziani alle fasce sociali medio-basse (magari con problemi economici, familiari, figli tossicodipendenti, disadattati, disoccupati o più semplicemente disattenti ai problemi dei genitori).

In tali casi l'intervento riveste carattere prevalentemente socio-assistenziale.

Solo in pochi casi l'intervento integra una assistenza privata già in atto, per condizioni economiche già favorevoli.

La gravità di numerose patologie e la difficoltà di autonomia degli anziani rende difficile la loro gestione, anche per l'ambiente di una grande città, con il suo carico di solitudine, indigenza o solo di sofferenza fisica.

Il medico di medicina generale è il primo che, dal punto di vista sanitario, può avere una visione d'insieme del singolo caso, anche in funzione dell'assistenza dell'entourage disponibile.

Come nel resto d'Europa e del mondo egli viene decisamente rivalutato, anche perché è necessario inoltre ottenere una ottimizzazione delle risorse, oltre che un miglioramento qualitativo dell'assistenza.

Deve venire privilegiata inoltre l'home-care o ospedalizzazione domiciliare.

Dai numerosi ricoveri si deduce che molti anziani, anche con patologie gravi, sono stati efficacemente curati a domicilio con qualche accesso infermieristico e con la supervisione del medico che può anticipare il precipitare di certe situazioni a rischio, come pazienti allettati, dementi, cardiopatici al limite dello scompenso, ecc.

Anche la diminuzione di istituzionalizzazione in residenze protette va privilegiata, in quanto spesso l'anziano preferisce, se possibile, restare a casa.

Si conclude dunque col riaffermare il ruolo del MMG nel gestire risorse volte al miglioramento della qualità della vita e a una ottimale assistenza sanitaria.

Rilevazione Regionale sul "mal di gola" in medicina generale

Coordinamento Regionale
Scuola Emiliano Romagnola di Medicina Generale (S.E.R.M.G.)
Società Italiana di Medicina Generale - Emilia Romagna (S.I.M.G.)

Scientific Board
Garavina I., Preside S.E.R.M.G.
Bevilacqua M., Direttore Scientifico S.E.R.M.G.

Coordinamento Provinciale
Turri A. - Ravenna
Zocchi D. - Bologna
Fantini M. - Rimini
Frattini F. - Forlì
Boscherini G. - Forlì
Campedelli A. M. - Cesena
Zanelli N. - Cesena
Bonetti D. - Ferrara
Padula M. S. - Modena
Massarini M. - Piacenza
Della Croce F. - Piacenza

PROTOCOLLO DI STUDIO

Premessa

La faringotonsillite è una malattia endemica con picchi epidemici caratteristici di alcuni periodi dell'anno, per cui l'accesso all'ambulatorio per il "mal di gola" è molto frequente.

La faringotonsillite streptococcica è un'infezione di grande incidenza soprattutto nella popolazione pediatrica e l'indicazione al trattamento nasce dal rischio di complicanze gravi quali la malattia reumatica e le infezioni suppurative (fasciti, miositi, shock tossico). La causa eziologica può essere di origine virale o batterica, nel qual caso il germe responsabile è lo Streptococco pyogenes (80% circa), meglio conosciuto come Streptococco beta emolitico di gruppo A. La possibilità di poter identificare precocemente in ambulatorio i casi di faringotonsillite attribuibili allo S. pyogenes è particolarmente importante sia dal punto di vista clinico che farmacoeconomico.

Metodologia:

Lo studio coinvolge n. 99 medici. Allo studio sono ammessi tutti i pazienti che si rivolgono ai medici durante il giorno per un periodo complessivo di 4 settimane per i gruppi 1 e 2 (la terza settimana dei mesi di SETTEMBRE - NOVEMBRE - GENNAIO - MARZO) ed ulteriori 2 settimane per il gruppo di controllo (terza settimana di APRILE e MAGGIO) fatta eccezione per i bambini < a 6 anni.

AFORISMI

WILLIAM OSLER (1849-1919)

Osservate, annotate, classificate e comunicate

- *Annotate sempre e tenete conto dell'insolito. Mantenete e confrontate le vostre osservazioni. Comunicate o pubblicate dei brevi appunti su qualsiasi cosa insolita o nuova.*
- *Scrivete ciò che avete visto; fate un appunto al momento; non aspettate.*
- *Non vi è arte più difficile da acquisire dell'arte dell'osservazione, e per alcuni uomini è altrettanto difficile annotare una osservazione in un linguaggio conciso e semplice.*
- *È spesso più difficile sintetizzare che scrivere per esteso.*
- *Quando avete fatto e annotato l'osservazione insolita od originale, o quando avete portato a termine una ricerca nel laboratorio o nella corsia, non accontentatevi di una comunicazione verbale a una associazione medica. Pubblicatela.*
- *Non sprecate il vostro tempo in compilazioni, ma quando le vostre osservazioni sono sufficienti, non lasciatele morire con voi. Studiatele, catalogatele, cercate i punti di contatto che potrebbero rivelare la legge nascosta. Alcune cose possono essere apprese soltanto mediante paragoni statistici.*

Vengono individuati, con partecipazione randomizzata, 2 gruppi di medici sperimentatori. Il primo gruppo (GRUPPO 1) tratta i pazienti in base a valutazione clinica (Score di Breese modificato) ed effettua un TEST RAPIDO solo ai pazienti con Score di Breese = / >23; il secondo gruppo (GRUPPO 2) in base ad una valutazione diagnostica con TEST RAPIDO per lo streptococco beta emolitico. All'interno del 2° gruppo, il 20% dei medici (GRUPPO DI CONTROLLO) valuterà specificità e sensibilità del TEST RAPIDO, effettuando un confronto con tampone faringeo da inviare in laboratorio, e l'adesione alla terapia (Aprile-Maggio). Il TEST RAPIDO verrà ripetuto in caso di recidiva del "mal di gola" entro un mese dal termine della terapia. I pazienti con presenza di streptococco verranno trattati con antibiotico terapia specifica e in un sottogruppo di pazienti con partecipazione randomizzata (15 medici per circa 200 pazienti) verrà effettuata anche una valutazione dell'adesione dei pazienti alla terapia. I pazienti con score di Breese < a 23 o negativi al TEST RAPIDO verranno trattati con sintomatici.

N.B.: Il trattamento entro una settimana dall'insorgenza della faringotonsillite streptococcica previene il successivo sviluppo delle complicanze (G.L. Mandell - R.G. Douglas).

Obiettivi dello studio:

- frequenza di accesso in ambulatorio per "mal di gola"
- incidenza della faringotonsillite streptococcica
- incidenza della recidiva della faringotonsillite streptococcica trattata con terapia antibiotica
- adesione alla terapia
- valutazione dell'utilità del TEST RAPIDO nell'attività quotidiana del medico di MG ai fini della razionalizzazione dell'utilizzo dell'antibiotico terapia
- sensibilità e specificità del TEST RAPIDO

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

*Gli articoli da sottoporre al Comitato di redazione per la pubblicazione sul giornale vanno inviati a:
"Comitato di Redazione" di QQ
P/so Ordine dei Medici di Vicenza
Via Paolo Liroy, 13 36100 Vicenza
Fax 0444.594343
e-mail delzotti@intesys.it*

I primi cinque numeri di QQ sono visibili su internet alle pagine <http://www.2.netbusiness.it/job/simg>

Utilizzo della rettoscopia nella prevenzione dei tumori del colon-retto

Coronelli Maurizio (Pavia)

INTRODUZIONE

I tumori del colon-retto sono un importante problema di Sanità Pubblica. In Europa il carcinoma rappresenta la forma più frequente tra i tumori gastrointestinali, sia nel sesso maschile che nel femminile. In Italia si ammalano ogni anno di tumore maligno del colon-retto dalle 20 alle 30 mila persone; circa la metà è destinata a morire a causa della malattia. L'incidenza, in Italia, è di 30/50 nuovi casi, per anno, per 100.000 abitanti; i tassi più alti si registrano nell'Italia centrosettentrionale, quelli più bassi nel meridione. La malattia colpisce uomini e donne in eguale frequenza, sebbene i tumori del retto mostrino una maggiore prevalenza nel sesso maschile.

I tumori del grosso intestino presentano almeno tre caratteristiche che nel loro insieme non si osservano in nessun altro tipo di neoplasia:

- Fattori di rischio ambientali ben documentati (consumo di grassi animali, ingestione di carne, specie manzo, e dieta ipercalorica)
- lesioni precancerose, gli adenomi, che sono i precursori biologici della maggior parte dei carcinomi
- una sicura base genetica, almeno in una parte di questi tumori.

Non è prevedibile una consistente riduzione della mortalità per tumori del colon-retto mediante un miglioramento delle procedure terapeutiche (chirurgia, chemioterapia, radioterapia).

Una riduzione importante della mortalità è, invece, prevedibile mediante misure di prevenzione primaria (rimozione dei fattori di rischio, modifica di alcune abitudini di vita e dietetiche in particolare, adeguato trattamento di malattie non neoplastiche predisponenti, ecc.) e di prevenzione secondaria (diagnosi precoce oncologica).

BACKGROUND

L'osservare che, in 7 anni, ho riscontrato, tra i miei pazienti, 13 casi di neoplasia del colon-retto, di cui ben 9 casi originati da polipi adenomatosi degenerati; l'ormai completo accordo, fra clinici e patologi, nel ritenere che la gran maggioranza dei carcinomi

colo-rettali si sviluppi a partire da lesioni inizialmente benigne, i polipi adenomatosi, senza tuttavia escludere che una parte (seppur ridotta) di tumori colo-rettali possa anche svilupparsi "ex novo"; l'importanza che la sequenza adenoma-carcinoma può essere facilmente interrotta asportando, per via endoscopica, tali polipi consentono quindi prevenire lo sviluppo di un tumore maligno, mi hanno spinto a ipotizzare l'utilizzo della rettoscopia, da eseguire una sola volta nella vita, come test di screening per prevenire lo sviluppo di carcinomi colo-rettali.

Il razionale della rettoscopia dipende dal fatto che:

- l'Hemoccult test ha una bassa sensibilità e specificità, avendo nei confronti dei polipi una sensibilità solo del 10/20% e che numerosi sono i falsi positivi o falsi negativi
- il 90% dei carcinomi colo-rettali si verifica dopo i 55 anni
- i 2/3 dei carcinomi sporadici sono localizzati nel colon distale
- considerando la storia naturale dei tumori colo-rettali, la protezione della rettoscopia una sola volta nella vita, dura diversi anni.

PAZIENTI E METODI

Reclutamento, nell'ambito di un totale di 1028 miei assistiti, di circa 170/180 persone di età compresa tra i 55 e i 64 anni. Randomizzazione in un braccio di intervento (che farà la rettoscopia) e in un braccio di controllo. Esclusione dallo studio di quei pazienti che hanno una storia familiare di neoplasie del colon-retto, hanno malattie infiammatorie del grosso intestino (colite ulcerosa, morbo di Chron). Randomizzazione nel braccio di controllo di quei pazienti che assolutamente non se la sentono di sottoporsi alla rettoscopia.

La ulteriore scelta dei pazienti da inserire nel braccio di intervento o in quello di controllo sarà lasciata al caso.

I pazienti nel braccio di controllo, verranno seguiti solo clinicamente.

Mi sono posto come durata dello studio un periodo massimo di tre anni.

Nei pazienti sottoposti a rettoscopia, qualora venisse riscontrata la presenza di adenomi, questi verranno asportati endoscopicamente durante l'esame stesso.

OBIETTIVI

L'end-point primario è quello di verificare se la rettoscopia eseguita una sola volta nella vita, sia efficace nel ridurre l'incidenza e la mortalità.

Per questa ragione ho ipotizzato un periodo di 6 anni di follow-up, per evidenziare una diminuzione di incidenza, ed un periodo di 12 anni di follow-up, per valutare una equivalente riduzione di mortalità.

CONCLUSIONI

Da questo studio l'attesa è quella che, al termine del medesimo, si possa realmente verificare una diminuzione dell'incidenza e della mortalità per neoplasie del colon-retto. Le premesse legate alle nostre conoscenze e alla storia naturale di questa neoplasia, dovrebbero far ben sperare dal momento che, anche ponendo lo sguardo a quelli che saranno i costi/Benefici di tale studio, il costo totale non dovrebbe essere molto elevato essendo la rettoscopia di facile esecuzione, ben tollerata ed essendo un esame che richiede una semplice preparazione.

VERONA: CONVEGNO INTERNAZIONALE RICERCA IN MEDICINA GENERALE MAGGIO 1998

J *l*ricovero in ospedale.
*M*igliorare
*l*a comunicazione

Baruchello Mario (MMG Tutor)
(Tezze sul Brenta - Vicenza)
Varotto Stefano Medico Tirocinante
(Padova)

Parole chiave:

- 1) Ricovero in ospedale
- 2) Continuità assistenziale
- 3) MMG / medico di medicina generale
- 4) MH / medico ospedaliero
- 5) MCQ / miglioramento continuo qualità

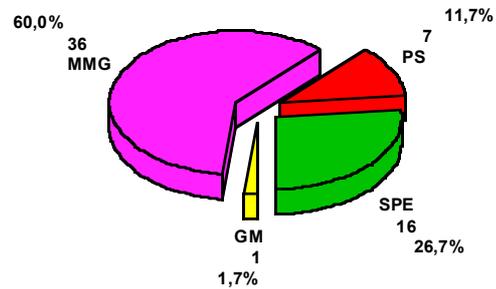
Riassunto

La continuità assistenziale, caratteristica peculiare del MMG, è fortemente compromessa in occasione del ricovero di un paziente in ospedale se la relazione terapeutica si interrompe in occasione di eventi importanti per la vita e la salute del paziente.

Ciò è in parte dovuto al modello organizzativo attuale del S.S.N. che regola i rapporti fra MMG e medici ospedalieri (MH) e non permette una gestione integrata del paziente fra professionisti.

RICOVERO IN OSPEDALE : migliorare la comunicazione

CHI RICOVERA?
MMG/Altri medici



RICOVERI IN MEDICINA GENERALE : confronto Italia/Vicenza

Visita in H da parte di MMG/Tirocinante
su totale ricoveri

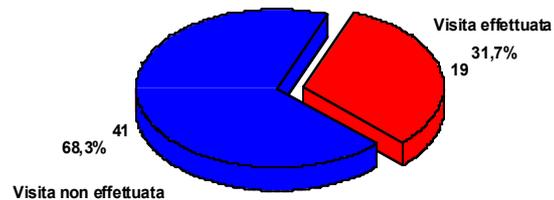


Fig. 1

È sensazione comune che la conoscenza tra MMG e MH sia spesso superficiale e conseguentemente la comunicazione risulti scadente e non efficace.

Per valutare tale aspetto è stata condotta una *survey locale* con un significativo numero di MMG 32/125 (25.76%) che conferma come il 37% (range 7 - 61) degli MH non sia conosciuto affatto dai MMG.

I rapporti professionali con i mezzi abituali -Telefono/ lettera - riguardano solo il 21 degli MH (range 5 - 40) e la conoscenza diretta e personale interessa il 42% (range 30 - 51) degli MH. Nella migliore delle ipotesi questo campione di MMG conosce personalmente il 51% degli MH e nella peggiore solo il 30%.

Fatta questa premessa dobbiamo considerare che abitualmente un MMG:

- non ha dati sul fenomeno dei ricoveri ospedalieri,
- non sa chi prescrive la degenza ospedaliera ai suoi pazienti
- non riesce a seguire l'iter clinico

del suo malato, garantendo così la necessaria continuità assistenziale

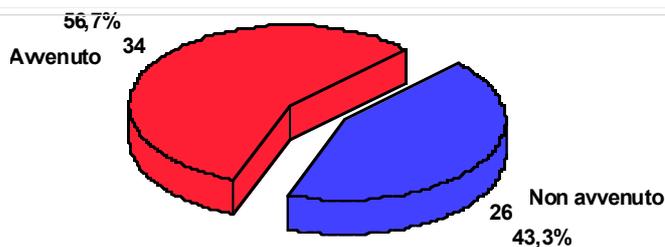
- non si pone come obiettivo il miglioramento dei rapporti professionali con gli MH e così non riesce a concordare dimissioni anticipate o evitare dimissioni incongrue.

In un ambulatorio attrezzato per la didattica, monitorare i ricoveri ha una funzione importante anche per il medico tirocinante, se viene inviato per visite ai malati in Ospedale e ai colloqui con i MH (Fig. 1).

È stato perciò predisposto un programma annuale di miglioramento continuo (mcq) della qualità della comunicazione fra MMG e MH di cui si riportano i risultati preliminari dopo 4 mesi.

Si è realizzato un apposito registro che permette di monitorare il fenomeno ricoveri; ogni ricovero viene seguito con raccolta delle lettere di ricovero, di dimissione, e di copia di ogni comunicazione scritta: fax, report del tirocinante, appunti, registrazione telefonate.

Colloqui con familiari / Totale Ricoveri



Colloqui con familiari / Ricoveri MMG

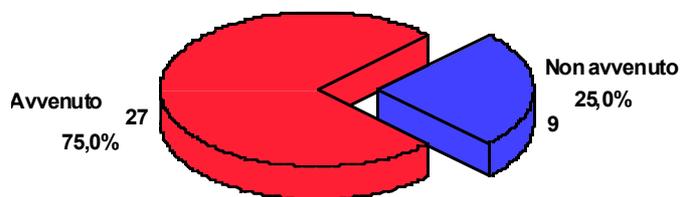


Fig. 2

È stata approntata una scheda riassuntiva della situazione ricoveri e attività collegate che permette di vedere schematicamente:

- nome del paziente
- eventuale lettera di ricovero
- data di ricovero
- data di dimissioni
- medico che ha ricoverato
- contatti telefonici con MH e famiglia
- visita in ospedale
- consultazione cartella clinica
- patologia interessata al ricovero
- eventuali telefonate da MH

Rispetto ad una recente survey italiana, il 60 % dei ricoveri è nel nostro caso attribuibile all'MMG, il 26.7% è programmata dal medico specialista, l'1.7% dalla guardia medica e il 11.7% da ricorso diretto al Pronto Soccorso (Fig.1).

In mancanza di una letteratura specifica si sono concordati con un audit interno allo studio professionale alcuni criteri di appropriatezza della comunicazione fra MMG e MH/ famiglia del paziente.

È stato ritenuto indispensabile che il ricovero dovesse essere motivato ed accolto nel 100% dei casi, e che

esistesse nel 100% dei casi una lettera di ricovero esaustiva.

Questi risultati sono stati sinora raggiunti se si considerano i ricoveri prodotti dal MMG.

Inoltre è stato ritenuto indispensabile che nel 70% dei casi vi fossero colloqui con familiari durante la degenza (ciò in relazione alle diverse condizioni cliniche che portano a ricovero); questo risultato è stato ottenuto solo nel 56.7% dei casi considerati il totale dei ricoveri e sale al 75% nei ricoveri del MMG (Fig.2).

Fra i criteri supplementari da assolvere si sono fissati inoltre:

- **Contatti telefonici con MH (Fig.3):**
 - standard 70 %
 - ottenuti sul totale ricoveri: 51.7 %
 - ottenuti sui ricoveri del MMG: 72.2 %
- **Consultazione cartella ricovero (Fig.4):**
 - standard 35 %
 - ottenuta sul totale ricoveri 28.3 % e 41.7% sui ricoveri del MMG
- **Visita al malato in ospedale (Fig.5):**
 - standard 40 %

- ottenuto sul totale ricoveri 31.7% e 47.2% sui ricoveri del MMG.

Un dato significativo è aver ottenuto dimissioni anticipate concordate nel 22.2% dei casi (Fig.6); va inoltre segnalato un 6.7% di telefonate da MH all'MMG (Fig.7) a conferma del migliorato rapporto professionale con MH.

La continuità assistenziale intesa come capacità di seguire l'iter clinico del paziente (28.3% consultazione cartella ospedaliera + 51.7% telefonate a MH) e capacità di mantenere una relazione con la famiglia (56.7% telefonate alla famiglia sul totale dei ricoveri) è un obiettivo da implementare.

Non bisogna dimenticare che nel 40% dei casi i percorsi del paziente sono autonomi saltando, nella decisione di ricorrere all'H, il MMG il quale per recuperare spazi professionali impegna la risorsa tempo in modo notevole.

Infatti nel pool dei ricoveri non dovuti al MMG (1.7% guardia medica + 26.7% specialista + 11.7% P.S.) il 75 % dei casi viene conosciuto a dimissione.

La valutazione dei dati ottenuti al momento attuale della ricerca migliorativa orienta verso queste iniziative:

- contatto con Direzioni sanitarie degli ospedali di riferimento per ottenere in tempo reale notifiche dei nostri pazienti ricoverati
- indagine sui MH interessati ai nostri ricoveri per ottenere dati sulla loro percezione della qualità della comunicazione MMG versus MH
- ricerca approfondita nelle cartelle cliniche dei ricoveri per cercare l'acquisizione delle nostre lettere di invio in ospedale e poter avere un indicatore della efficacia della comunicazione MMG/MH.
- intervista non strutturata con paziente alla dimissione da H per valutare la qualità percepita dei ns. interventi in termini di gradimento soggettivo.

Introduzione

La conoscenza fra MMG e MH, al di là di infinite dichiarazioni di rito, è spesso superficiale e conseguentemente la comunicazione fra questi due livelli di assistenza risulta scadente e non efficace.

Questo è uno dei fattori che concorre a compromettere in maniera notevole la continuità assistenziale, caratteristica peculiare del lavoro del medico di famiglia nel momento in cui un suo paziente è ricoverato in ospedale interrompendo la relazione terapeutica con tutto il setting familiare.

Per valutare questo aspetto è stata condotta una survey nel mese di Aprile

le 1998 fra 32 MMG della ASL n. 3 del Veneto con lo scopo di acquisire dati sui rapporti professionali fra medici del territorio e medici dell'Ospedale principale della ASL.

Il campione di medici pari al 25.76 % dei 125 MMG presenti aveva una età media di 47.2 anni (range 34 - 66) con un numero medio di pazienti 1142 (range 4 - 1811); il 25 % sono donne e il 75 % maschi, il 71.3 % in possesso di specializzazione.

È stato loro fornito un elenco di 98 medici su 192 che operano nell'Ospedale studiato, appartenenti a Divisioni e Servizi ritenuti di ricorso maggiore in relazione ai dati generali di morbilità.

Il 37 % (range 7 - 61) dei MH non è affatto conosciuto dagli MMG; i rapporti professionali con i mezzi abituali Telefono / lettera riguardano solo il 21 % dei MH (range 5 - 40) e la conoscenza personale diretta interessa il 42 % (range 30 - 51) degli MH.

Nella migliore delle ipotesi questo campione di MMG conosce personalmente il 51 % degli MH e nella peggiore solo nel 30 %.

Aggregando i dati per divisioni e servizi si possono stilare alcuni elenchi

che pur nella loro genericità (ad es. non viene considerata la anzianità di servizio dei MH e non viene correlata con la anzianità di convenzione con i MMG) permettono di fare alcune considerazioni.

Tra i servizi meno noti vi sono la riabilitazione (1°) e l'ortopedia (4°); tenuto conto che ben l'11 % dei sintomi presentati in medicina generale (Stiassi/ AMEBEV 1988) sono dolori articolari e lombalgia, questo fa pensare a un ricorso dei pazienti a strutture diverse (privato, automedicazione, altri ospedali) e /o ad una scarsa attenzione dei MMG alle attività rieducative.

Sono bensì poco noti i MH di Laboratorio e Radiologia; ciò stride con il dato che il 12% degli accessi in medicina generale si conclude con un invio ad approfondimento diagnostico (Stiassi/AMEBEV 1988).

Altri dati sono in corso di elaborazione, hanno interesse locale e saranno oggetto di comunicazione ai colleghi MMG/MH nell'ambito di programmi di miglioramento in corso nella nostra Azienda USSL.

Atti professionali	su totale ricoveri	su ricoveri MMG 1998
lettera di ricovero	66.7 %	100 %
colloqui con familiari	56.7 %	75 %
contatti telefonici con Medico H	51.7 %	72.2 %
visita al malato in ospedale	31.7%	47.2 %
consultazione cartelle cliniche	28.3 %	41.7 %

Partendo da questi dati preliminari nell'ambito di un progetto globale di Miglioramento continuo della Qualità (=MCQ) il nostro studio, abilitato alla funzione di insegnamento tutoriale, ha deciso di attuare una serie di iniziative per migliorare la comunicazione fra medici in occasione del ricovero di un paziente in ospedale.

All'inizio del 1998 la situazione poteva considerarsi a questo punto:

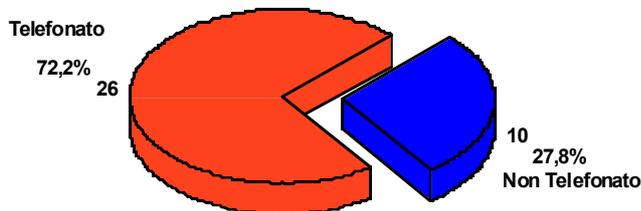
- mancavano dati sul fenomeno dei ricoveri ospedalieri
- non si sapeva chi prescrive la degenza ospedaliera ai nostri pazienti
- non si riusciva a seguire l'iter clinico del malato, garantendo la necessaria continuità assistenziale
- l'ospedale non avvisava del ricovero entro 24 ore come da norma di legge, specie se il ricovero è indotto da uno specialista ospedaliero
- la durata dei ricoveri spesso era troppo breve rispetto alla stabilizzazione delle condizioni cliniche e al completamento di un corretto iter diagnostico
- non venivano concordate dimissioni protette o anticipate non essendo negoziata una presa in carico assistenziale in modo mirato.
- spesso il paziente non accedeva in ospedale con tutti i dati clinico anamnestici che lo studio è in grado di offrire sulla base dell'efficiente archivio presente.

Esistevano quindi i presupposti di un piano di azione che, fissando standard di qualità, cercasse di unire le azioni professionali verso il paziente al programma formativo del tirocinante.

Infatti monitorare i ricoveri può avere una funzione importante anche per il medico tirocinante se esso viene coinvolto a visite ai malati in ospedale e a colloqui con i medici ospedalieri che li seguono in corsia (Comitato Permanente dei Medici della C.E.E. Bruxelles, 1969, cp 108/69).

Gli **OBIETTIVI DIDATTICI** per il tirocinante sono stati così prefigurati:

Telefonate degli MMG agli MH su ricoveri MMG



Telefonate degli MMG agli MH sul totale dei ricoveri

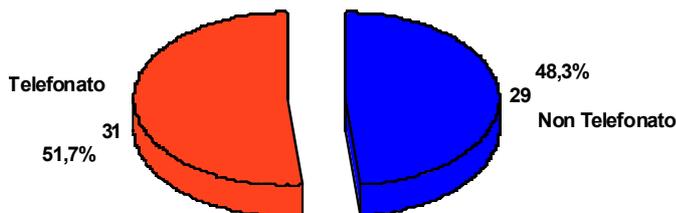


Fig. 3

Consultazione Cartella Clinica in H su ricoveri totali MMG/Tirocinante

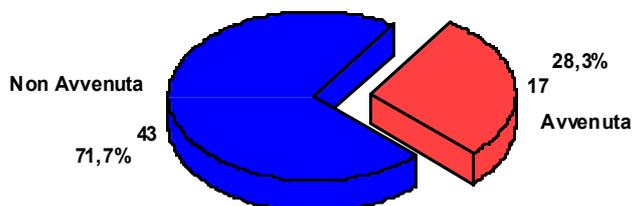


Fig. 4

- 1) seguire l'iter clinico completo del paziente che viene ricoverato, per confrontare i metodi decisionali in medicina generale e specialistica
- 2) migliorare la comunicazione con i medici specialisti - che in qualche caso potevano essere protagonisti di attività didattiche del Corso di Formazione.

Gli **OBIETTIVI PROFESSIONALI** per il *medico di famiglia* sono stati così prefigurati:

- 1) migliorare la continuità assistenziale
- 2) seguire in modo sistematico l'iter clinico del paziente ricoverato
- 3) avere dati quali/ quantitativi dei ricoveri
- 4) migliorare il rapporto professionale con gli specialisti
- 5) sapere CHI ricovera
- 6) concordare dimissioni protette e ritardare dimissioni incongrue

Si è dato corso quindi ad una serie di iniziative su base annua di miglioramento della comunicazione fra MMG e MH di cui si riportano i risultati a 4 mesi.

Materiali e metodi

Si è predisposto un registro che permette di monitorare i ricoveri: per ognuno viene raccolta la scheda di accesso, la lettera di dimissione e copia di ogni comunicazione scritta: fax, report del tirocinante dopo visita in ospedale, appunti delle registrazioni delle telefonate.

È stata approntata una scheda riassuntiva della *SITUAZIONE RICOVERI* e attività collegate che permette di vedere schematicamente (Fig.8):

- data di ricovero
- data di dimissioni
- medico che ha ricoverato
- contatti telefonici con medici e famiglia

- consultazione cartella clinica
- visita in ospedale
- patologia interessata al ricovero
- eventuali telefonate da parte del medico ospedaliero
- note: ad esempio se il ricovero è stato conosciuto solo alla dimissione.

Sono state predisposte due lettere tipo con le quali si presenta al MH l'invio del medico tirocinante nell'ambito di un progetto di MCQ e successivamente. Io si ringrazia se la comunicazione è stata soddisfacente. In mancanza di una letteratura specifica si sono concordati con un audit interno allo studio medico alcuni criteri di appropriatezza della comunicazione fra medico di famiglia e medico ospedaliero.

Tra i **criteri indispensabili** si è ritenuto che:

- il ricovero dovesse essere motivato ed accolto nel 100 % dei casi,
- esistesse una lettera esaustiva nel 100 % dei casi inviati dal MMG

- che vi fossero colloqui con la famiglia del paziente, in relazione alle varie situazioni cliniche, almeno nel 70 % dei casi.¹

Fra i **criteri supplementari** da assolvere si è fissato come riferimento:

- contatti telefonici con curante ospedaliero 70 %
- visita al malato ricoverato 40 %
- consultazione cartella clinica ricovero 35 %

Risultati

Nel periodo Gennaio - Maggio 1998 sono state ricoverati 60 pazienti di cui il 40 % da altri medici (11.7% direttamente da medico del Pronto Soccorso per accesso diretto, 1.7 % dalla Guardia medica, 26.7% da specialisti) ed il 60% dal MMG con significativa differenza rispetto ad uno studio recente su casistica italiana del 1996 (MMG 35% - Specialisti 45% - Guardia Medica 2 % - Pronto Soccorso 1.8%).

I pazienti sono afferiti a diversi ospedali: nel 36.6 % a nosocomi della ASL 3.

Il 75% dei ricoveri dovuti ad altri medici viene saputo alla dimissione.

I dati sono stati ottenuti considerando il totale dei ricoveri e disaggregando poi i risultati in relazione ai ricoveri originati da una iniziativa del MMG.

Esiste un articolato dibattito nazionale originato dalle osservazioni di numerose società scientifiche che ha denunciato come in svariate condizioni sia difficile attribuire la paternità del ricovero nella organizzazione sanitaria attuale in quanto la introduzione dei DRG ha originato:

- 1) trasformazione di consulenze spe-

Visita in H da parte di MMG/Tirocinante su totale ricoveri

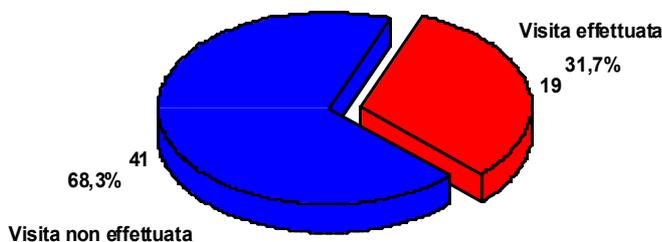


Fig. 5

Telefonate degli MH agli MMG

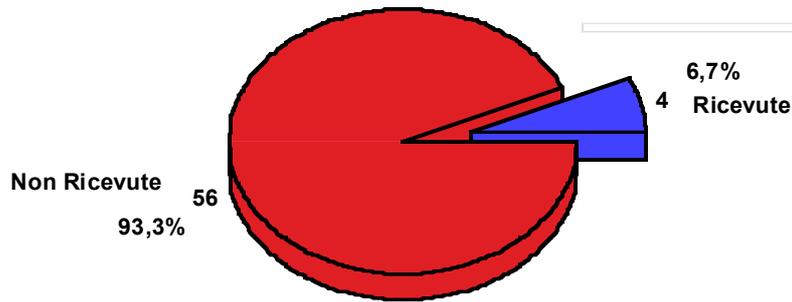


Fig. 6

cialistiche in: Day Hospital e/o ricoveri

- spezzettamento di ricoveri in più degenze con riclassificazione nosografica

Ciò tenuto conto nel periodo osservato segnaliamo:

Si sono ottenute dimissioni anticipate nel 22.2% dei casi e vi è stata un 6.7% telefonate da parte di MH a conferma di un migliorato rapporto professionale.

Discussione

Rispetto agli obiettivi prefissati possiamo osservare per il medico tirocinante:

- una migliorata capacità relazionale
- una aumentata sicurezza nei rapporti professionali passati in qualche caso da gerarchico a collegiale
- una assunzione di responsabilità dirette (mediazione con specialista in caso di dimissioni anticipate concordate)

Restano critici i seguenti punti:

- difficile il rodaggio iniziale per una esperienza totalmente nuova
- spesso il paziente in ospedale si trova in situazioni critiche (es. mancanza di consenso informato a procedure cliniche) e chiede al medico un intervento di Avvocatura Sanitaria che esige esperienza, prestigio professionale e capacità di negoziazione particolari
- il tempo richiesto per queste attività è notevole e il medico in formazione alla fine si chiede se si sia ottenuto solo un miglioramento della relazione con il paziente o con il medico ospedaliero (MH) quando ci si riprometteva soprattutto di migliorare la competenza

clinica nel seguire l'iter diagnostico - terapeutico del malato.

Per quanto attiene al medico di famiglia:

- finalmente sappiamo chi ricovera i nostri pazienti
- sicuro miglioramento dei rapporti professionali con i MH (validato anche da telefonate, prima assenti, dei MH che rappresenta un indice di Qualità)
- è migliorata la continuità assistenziale intesa come capacità di seguire l'iter clinico del paziente (28.3% consultazione cartella + 51.7% telefonate a MH su totale ricoveri) e capacità di mantenere una relazione con la famiglia (56.7% di telefonate sul totale ricoveri)
- lo strumento adottato (registro + scheda) è valido e richiede impegno minimo nella compilazione permettendo di consultare in ogni momento la situazione dei malati degenti in ospedale

Restano molti punti critici:

- il tempo da dedicare al paziente ricoverato diventa un gravoso impegno (es. difficoltà a reperire l'interlocutore giusto al telefono)
- seguire l'iter clinico è una illusione per la frammentazione delle responsabilità in ospedale l'impossibilità ad avere un interlocutore unico
- le nostre lettere di ricovero non si trovano nelle cartelle cliniche ospedaliere perchè lo specialista, forse in molti casi, non riconosce loro la dignità di comunicazione professionale
- è assolutamente difficile ritardare dimissioni incongrue mentre è possibile trovare un accordo per dimissioni protette ove il MMG si sia creato un rapporto di stima con i colleghi - ma forse anche per il concorrere di circostanze favorevoli come i DRG che mirano a ottimizzare la durata dei ricoveri.²

Conclusioni

In uno studio di medicina generale accreditato per l'insegnamento tutoriale sono state poste in essere iniziative di MCQ nell'ambito della comunicazione fra MMG e MH.

I risultati dopo soli 4 mesi di osservazione si possono ritenere soddisfacenti rispetto ad uno standard professionale che meriterebbe un consenso allargato fra più professionisti in relazione alla diverse situazioni in cui la medicina generale viene esercitata in Italia.

Spesso ciò che ha sempre un alto contenuto professionale viene percepito come un carico burocratico: ci riferiamo in modo particolare alle lettere di ricovero dei nostri pazienti che nella tradizione medica di altri paesi sono considerate strumenti quotidiani

Dimissioni anticipate protette concordate con MMG

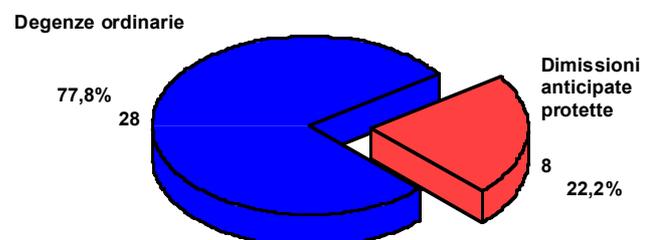


Fig. 7

di lavoro e fanno parte della tecnologia specifica a disposizione.

In questo senso si può affermare che esse possano creare i presupposti per risultati eclatanti: la riteniamo infatti, insieme alla telefonata e alla visita in corsia, lo strumento per ottenere la riduzione delle giornate di degenza.

Così pure riteniamo che la soddisfazione del paziente aumenti sensibilmente ove gli sia garantita una continuità assistenziale anche in ospedale (mediante visite in) e con il setting familiare (telefono) specie quando si tratti di situazioni cliniche di cronicità o di importanza rilevante.

Ma va rilevato che "prendersi cura" del malato e anche della sua famiglia durante il tempo della malattia significa influenzare in modo sostanziale l'atteggiamento che il paziente assume di fronte a questa esperienza.

La decisione di operare in tal senso deve essere ben valutata dal Mmg per non accrescere aspettative ingiustificate o configurare situazioni equivocate sul piano della correttezza deontologica o di medicalizzazione eccessiva della relazione con il paziente in una visione professionale paternalistica.

Sul piano concreto i primi risultati orientano verso queste iniziative:

- contatto con Direzioni sanitarie degli ospedali di riferimento per ottenere in tempo reale notifiche dei nostri pazienti ricoverati
- indagine sui MH interessati ai nostri ricoveri per ottenere dati sulla loro percezione della qualità della comunicazione MMG versus MH
- ricerca approfondita nelle cartelle cliniche dei ricoveri per cercare l'acquisizione delle nostre lettere di invio in ospedale e poter avere un indicatore della efficacia della comunicazione
- interviste non strutturate con paziente alla dimissione dall'H per valutare la Qualità percepita dei nostri interventi in termini di efficacia (=soddisfazione soggettiva)

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Weinberger M., Oddone E.Z., Henderson M.H. & W.: *Does increase access to primary care reduce hospital readmissions?*; N. Engl. J. Med. 1996; 334:1441 - 1146.
- 2) Olesen F., Mainz J., Flensted Lassen J.: *Research technology assessment, and quality assurance*; Eur. J. Gen. Pract., 1996, 2:162 - 165.
- 3) Pereyra Gray D.: *Research in ge-*

neral practice; Eur. J. Gen. Pract., 1996, 2:126 - 128.

- 4) Dell'Erba A., Dragone M., Campobasso C. P.: *Il medico di medicina generale nella Azienda U.S.L.*; Prof. San. Pubbl. Med. Pract. 1996, 2:50 - 52.
 - 5) Occhio Clinico, 1996; 4:37.
 - 6) Baruchello M., Gottardi G.B.: *La lettera di ricovero in ospedale*. Jama, Ed. It., Vol. II, n°2/1985; 78 - 80.
 - 7) Bonaldi A., Focarile F., Torregiani A.: *Curare la qualità*; 1994 Guerini e Ass. Ed. - Milano pag. 58 - 59.
 - 8) Caimi V.: *L'organizzazione del lavoro in medicina generale*, Utet. Milano 1997.
 - 9) Santosuosso A.: *La lettera di dimissione non è un regalo è sempre un dovere*. Occhio Clinico n°4/ Aprile 1998.
- 1) *Se il malato e i suoi familiari mantengono la relazione terapeutica diventano protagonisti attivi della cura: ciò li aiuterà a superare sentimenti di impotenza, passività, ineluttabilità contribuendo a migliorare la Qualità della loro vita.*
 - 2) *Ci pare importante aver ottenuto un buon numero di dimissioni concordate in assenza di incentivi economici che pure sono previsti fra i possibili obiettivi degli accordi Regionali della Convenzione Unica Nazionale per la Medicina Generale.*

Possibilità di screening nel cancro del colon

Mora Roberto
Legnago (VR)

Il carcinoma del grosso intestino rappresenta una delle cause principali di morbosità e mortalità per neoplasia in tutti i paesi occidentali ad alto sviluppo; in Italia ogni anno dalle 20 alle 30 mila persone vengono colpite da questo tipo di neoplasia e circa la metà è destinata a morire.

Il tasso di incidenza rilevato in Italia corrisponde a 30-50 nuovi casi all'anno per 100.000 abitanti. I tassi più elevati sono stati riscontrati in Italia centro settentrionale: quella meridionale sembra colpita in misura minore da tale patologia. I dati ricavati dal registro tumori della provincia di Verona indicano nella nostra provincia una incidenza della neoplasia maggiore di quella media nazionale. Tab.1

È sulla base di queste premesse che mi sono chiesto se:

- Esistono sistemi di screening facilmente utilizzabili anche nell'ambito della medicina generale?
- La prevenzione secondaria mediante screening della popolazione a rischio è in grado di ridurre la mortalità per tale neoplasia?
- Quale può essere il costo economico di tale screening?
- È ipotizzabile che l'impegno delle pur scarse risorse destinate alla prevenzione oncologica secondaria possa essere vantaggioso?
- È possibile organizzare tale screening a livello dei servizi offerti alla popolazione nell'ambito della medicina generale?

Lo screening per il cancro del colon-retto può essere effettuato direttamente mediante endoscopia (che è il sistema più sensibile ma anche il più costoso) o mediante tecniche che selezionano nell'ambito della popolazione indagata chi dovrà essere sottoposta ad esame endoscopico.

Queste tecniche utilizzano test in grado di rilevare nelle feci una perdita superiore al normale di sangue o albumina. Tutti questi test sono eseguibili nell'ambulatorio del MMG. La sensibilità e la specificità ed il costo varia a seconda del tipo di test. La Tab. 2 illustra sensibilità, specificità e costo di alcuni di questi test.

La seconda domanda mi ha portato ad una revisione della letteratura scientifica sull'argomento. Nella vastità di studi, spesso discordanti, ne esistono tre che indicano chiaramente una riduzione di mortalità per carcinoma del grosso intestino nella popolazione sottoposta a screening mediante la ricerca del sangue occulto fecale. I tre studi sono riassunti per sommi capi nella Tab. 3, 4, 5.

Tab. 1 - Dati incidenza e mortalità per carcinoma del grosso intestino nella provincia di Verona

Popolazione	Incidenza /100.000 abitanti	Mortalità /100.000 abitanti
Maschi	50,9	24,8
Femmine	45,4	22,2
Totale	96,3	42

(popolazione residente 786.900; fonte: ISTAT e Reg.Tumori della provincia di Verona 1993)

Tab. 2 – Alcuni Test di screening

Test	Sensibilità	Specificità	Costo in lire
Hemoccult II	37%	98%	5.500
Hemoccult II Senza	79%	87%	6.400
Heme Select	69%	94%	32.600

Tab. 3 – Funen, Danimarca. (1) Popolazione studiata: tra 45 e 75 anni.**Test: Hemoccult II ogni 2 anni.**

	Popolazione	Persone affette da neoplasia	Mortalità	Riduzione di mortalità
Persone sottoposte a screening	30.967	481	205	18%
Persone non sottoposte a screening	30.966	483	249	
Totale popolazione studiata	61.966			

Tab. 4 – Nottingham, UK. (2) Popolazione studiata: tra 45 e 74 anni.**Test: Hemoccult II ogni 2 anni**

	Popolazione	Persone affette	Mortalità da neoplasia	Riduzione di mortalità
Persone sottoposte a screening	74.466	893	360	15%
Persone non sottoposte a screening	76.384	856	420	
Totale popolazione studiata	152.850			

Tab. 5 – Minnesota, USA (3)

	Popolazione	Mortalità/ 1000 abitanti	Riduzione di mortalità
Persone sottoposte a screening ogni anno	15.570	5,88	
Persone sottoposte a screening ogni 2 anni	15.587	8,33	-33 %
Persone non sottoposte a screening	15.394	8,83	
Totale popolazione studiata	46.551		

Tab. 6 – Una indagine eseguita nella mia popolazione nel corso di due anni

Popolazione totale 1750 assistiti

Popolazione contattata	Età tra 45 e 65 anni	% della popolazione indagata
N. di contatti	604	
Hanno ritirato il test	260	(43% della pop. contattata)
Hanno completato il test	156	(26% della pop. contattata)
N. test positivi	16	10 %
CR colon	0	0
Polipo/i adenomatoso/i	6	3,8 %
Polipo/i iperplastico/i	1	0,5 %
Emorroidi	6	3,8 %
Rifiuto alla prosecuzione delle indagini	3	1,9 %

Tab. 7 – Una ipotesi di screening nella USL 21

Popolazione totale 162.000 abitanti

	Popolazione	Ogni anno	In 10 anni	Costo anno (migliaia di lire)	Costo in 10 anni (migliaia di lire)
Tra 45 e 75 anni	57.753				
Compliance 40%	23.100				
n. test		11.550	115.500	63.525	635.250
Test positivi anno (4%)		462	4.620		
Colonscopie		462	4.620	161.700	1.617.000
Cancro attesi		157	1.570		
Diagnosticati mediante screening		58	580		
Mortalità attesa senza screening		67	670		
Risparmio di vite		12	120		
Costo totale				225.225	2.252.250
Costo ogni vita risparmiata				18.770	18.770

I primi due studi, eseguiti in Europa, hanno ottenuto una riduzione di mortalità del 18% e 15 % nei 10 anni di durata dell'indagine.

Lo studio statunitense una riduzione di mortalità ancora superiore (33%); quest'ultimo studio tuttavia utilizzava la tecnica della reidratazione dei campioni per aumentare la sensibilità del test usato e questo aveva indotto un elevato ricorso all'esame endoscopico.

Negli studi europei la percentuale di test positivi era stata in entrambi del 4%, percentuale che rende accettabile il numero di indagini endoscopiche da eseguirsi come secondo step; la compliance al test inoltre era stata del 38% in quello inglese e del 46% in quello danese.

Nel tentativo di verificare la fattibilità di uno screening simile nel corso di due anni ho invitato con una lettera la popolazione dei miei assistiti tra i 45 ed i 60 anni ad eseguire nel mio studio il test. Per l'indagine ho utilizzato l'Hemoccult II. La tabella 6 illustra i risultati della mia indagine.

Tra le 3 persone che hanno rifiutato la prosecuzione dell'indagine, una, a distanza di 18 mesi, aveva una diagnosi di adenocarcinoma del sigma.

Per le sei persone riscontrate affette da polipi adenomatosi si è proceduto alla bonifica (polipectomia endoscopica) e all'instaurazione di un programma di sorveglianza individuale e sui familiari. Utilizzando i dati ricavabili dagli studi di Funen e Nottingham ho provato ad ipotizzare uno screening ogni 2 anni della popolazione tra i 45 ed i 65 nella mia USL. I dati sono riassunti nella tabella 7.

Ipotizzando un costo di 5.500 lire per ogni Kit Hemoccult II ed un costo di 350.000 lire per ogni esame endoscopico con un investimento annuale di 225 milioni di lire si potrebbe ipotizzare di attuare uno screening di massa con un risparmio di circa 12 vite anno. Il costo di ogni vita risparmiata sarebbe pari a circa 19 milioni di lire, costo che è di gran lunga inferiore a quello che viene riferito in letteratura in studi che hanno valutato il costo di una vita risparmiata mediante screening mammografico per il cancro della mammella.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Kromborg O. et al.; Lancet 1996; 348:1467-71
- 2) Hardcastle JD et al.; Lancet 1996; 348:1472-77
- 3) Mandel J.S. et al.; NEJM 1993; 328:1367-71

A *analisi delle prescrizioni non farmacologiche d'un MMG nell'arco di dodici mesi*

Antonio Santangelo
AUSL n° 2. POTENZA

INTRODUZIONE

La prescrizione non farmacologica (PNF), intesa come l'insieme di esami di laboratorio e strumentali, di consulenze specialistiche, di prestazioni di fisioterapia e di ricoveri ospedalieri, rappresenta una parte non marginale del quotidiano lavoro di un medico di medicina generale (MMG).

L'aspetto qualitativo della prescrizione non farmacologica, specie il rapporto fra MMG e medico specialista, è stato oggetto di diversi articoli (1; 2).

In questi ultimi mesi si parla sempre più di frequente e a vari livelli del budget del medico di famiglia; come afferma A. Panti (3), il pericolo maggiore per la Medicina Generale è "che l'introduzione della gestione budgetaria della MG accentui la deriva ragionieristica del servizio sanitario".

Indagini sugli aspetti epidemiologici e organizzativi delle PNF sono state condotte soprattutto per quanto riguarda la richiesta di visite specialistiche (4) o la richiesta di consulenze urgenti (5).

In questo lavoro nel tentativo di fotografare la situazione di una piccola AUSL del Sud, dove prevale soprattutto la "politica del risparmio", si è voluto effettuare un'analisi quantitativa sulle prescrizioni non farmacologiche di un anno d'attività di un MMG, sui reali responsabili delle stesse e sulle implicazioni per la spesa generata dal singolo medico.

MATERIALI E METODI

L'autore è un medico generale in un paese lucano di 2.370 abitanti (Vaglio), distante 15 Km dal capoluogo di regione, Potenza, sede dell'unica azienda ospedaliera della regione Basilicata (Ospedale S. Carlo).

Nell'attività quotidiana è utilizzato come sistema informativo un program-

ma di gestione automatica dell'archivio pazienti (Millenium).

La rilevazione delle prescrizioni non farmacologiche è stata effettuata dal 01/01/96 al 31/12/96, utilizzando materiale cartaceo su cui erano segnati, giorno per giorno, il totale di contatti (ambulatoriali e domiciliari), il numero e il tipo di PNF, suddivise a seconda che le stesse fossero richieste dal paziente, da un medico specialista pubblico o privato, dal MMG.

RISULTATI

Nelle tabelle 1 e 2 sono riportati i dati generali riguardanti, il numero di pazienti, la distribuzione per sesso e per fasce d'età e i principali indicatori di un anno d'attività (1996).

Nell'anno 1996, i pazienti in carico all'autore erano 1.507, di cui 723 di sesso maschile e 784 di sesso femminile; 60 pazienti avevano un'età inferiore a 6 anni, 1145 un'età compresa fra 7 e 65 anni e 302 un'età superiore a 65 anni. I giorni lavorativi nel 1996 sono stati 294, con 9.596 visite effettuate, con una media di quasi 33 visite al giorno, 1.349 pazienti visitati (89.5% dei pazienti) e una media di visite per assistito/anno di 6.35.

La tab. 3 riassume il numero d'accessi, di visite domiciliari, di contatti seguiti da una PNF, il tutto suddiviso per singolo mese.

Delle 9.596 visite effettuate, il 12.8% in pratica 1.228 erano visite domiciliari. Nel 18.4% dei casi la visita si concludeva con una prescrizione non farmacologica. Dalla distribuzione mensile si evidenzia che fra Maggio e Ottobre (mesi con condizioni climatiche più favorevoli) aumenta il numero di PNF.

La tab.4 mostra, nell'ambito delle PNF il totale, la media mensile, la percentuale delle singole prescrizioni: esami di laboratorio, consulenze specialistiche, esami strumentali (Ecografie, Tac, RMN, Radiografie, ECG, etc.), prestazioni di fisioterapia, ricoveri ospedalieri, con le rispettive percentuali sul totale degli accessi.

Dalla tabella si nota, che nella realtà del piccolo paese di montagna il 90% delle PNF è data da esami di laboratorio e strumentali e dalle visite specialistiche. Gli accertamenti diagnostici, di laboratorio e strumentali, concludono l'12% delle visite; le visite specialistiche

Tab. 2 - INDICATORI ATTIVITÀ ANNO 1996

GIORNI D'AMBULATORIO	294
VISITE EFFETUATE	9.596
PAZIENTI VISITATI	1.349
MEDIA VISITE AL GIORNO	33
MEDIA VISITE PER ASSISTITO/ANNO	6,35

che rappresentano il 4.5% degli accessi, la richiesta di prestazioni fisioterapiche lo 0.8% e l'invio in ospedale l'1% dei contatti medico-paziente.

Nella tabella successiva (5) è illustrato nell'ambito delle singole PNF l'attore principale della prescrizione: vale a dire se la stessa è stata la conseguenza di una decisione autonoma del MMG, oppure in qualche modo condizionata dal paziente stesso o suggerita dallo specialista pubblico e/o privato.

Da questa tabella si evidenzia che il MMG ha un ruolo predominante nel processo decisionale che porta alla prescrizione di esami di laboratorio (69%), strumentali (57.1%) e di ricoveri ospedalieri (61%); mentre nell'ambito delle richieste di visite specialistiche e di prestazioni di fisioterapia il suo ruolo è marginale essendo responsabile rispettivamente solo del 29.2% e del 41.8% di tali PNF. Viceversa il peso dello specialista è predominante nella richiesta d'ulteriori consulenze (50.1%) e di prestazioni di kinesi (43%). Il ruolo del paziente stesso è piuttosto marginale rispetto agli attori precedenti, in ogni caso esso incide per il 20.7% per la richiesta di visite specialistiche, per il 17.9% per i ricoveri ospedalieri e per il 15.2% per le prestazioni di fisioterapia.

La tabella 6 riassume i dati generali circa il principale attore responsabile delle 1.763 prescrizioni non farmacologiche.

Globalmente il MMG è responsabile del 54% delle PNF, mentre nel 10.2% in qualche modo subisce i desideri o necessità del paziente e nel 35.8% dei casi è costretto ad effettuare una trascrizione per un collega specialista, con un rapporto a favore dello specialista pubblico su quello privato di 4:1. La tab. 7 prende in considerazione i

Tab.1 - PAZIENTI INSERITI IN ARCHIVIO

ARCHIVIO PAZIENTI	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	ETÀ 0-6	ETÀ 7-64	ETÀ >65
	1.507	723	784	60 (4%)	1.145 (76%)	302 (20%)

Tab. 3 - NUMERO D'ACCESSI/VIS.DOMICILIARI E PNF – ANNO '96

MESE	N. ACCESSI	N.VIS.DOMIC.	% VIS.DOMIC.	N. DI PNF	% PNF
Gennaio	858	105	12.2%	124	14.4%
Febbraio	775	121	15.6%	137	17.7%
Marzo	946	108	11.4%	140	14.8%
Aprile	921	114	12.3%	150	16.6%
Maggio	902	98	10.8%	181	20.1%
Giugno	732	87	11.8%	152	20.7%
Luglio	586	69	11.7%	130	22.2%
Settembre	837	123	14.6%	213	25.4%
Ottobre	825	117	14.2%	165	20.0%
Novembre	908	132	14.5%	162	17.8%
Dicembre	885	109	12.3%	108	12.2%
TOTALE	9.596	1.228	12.8%	1.763	18.4%

Tab. 4 - 1.763 PRESCRIZIONI NON FARMACOLOGICHE – ANNO 1996

TIPO PRESCRIZIONE	TOTALE	MEDIA MENSILE	% PNF	% ACCESSI
ESAMI LABORATORIO	619	51.6	35.1%	6.4%
VISITE SPECIALISTICHE	431	35.9	24.4%	4.5%
ACCERTAMENTI STRUMENTALI	539	44.9	30.6%	5.6%
PRESTAZIONI FISIOKINESITER.	79	6.6	4.5%	0.8%
RICOVERO OSPEDALIERO	95	7.9	5.4%	1.0%

dati complessivi della spesa non farmacologica, escluso il ricovero ospedaliero, dedotti dal programma informatico Millennium, relativa all'anno 1996.

Nonostante non sia stato possibile determinare in maniera analitica quanto della spesa non farmacologica sia effettivamente da addebitare ai singoli protagonisti, anche dai dati grezzi balza all'occhio come il 34.5% (38 milioni), sia una spesa indotta, cioè non dovrebbe essere addebitata al MMG. L'ultima tabella, 8, riporta, in ordine di frequenza, il tipo di visita specialistica rapportata al numero di pazienti che la esegue; in questo caso l'analisi della spesa è pienamente rispondente alla realtà avendo la visita specialistica un costo unitario identico per tutte le specialità, £. 26.400, eccetto la visita fisiatrica (£. 24.635).

Come si può notare, le visite richieste più frequentemente sono la diabetologica (99), l'oculistica (74), l'ortopedica (46) e l'ematologica (32), che rappresentano più del 58% del totale. Se consideriamo, invece, il rapporto fra numero di visite e numero di pazienti, vediamo che ai primi posti troviamo la visita ematologica (5.3), quella urologica (4.6), la visita diabetologica

(3.96) e quella oncologica (2.3): visite, in pratica, di pazienti con patologie croniche.

DISCUSSIONE

Dai dati presentati emergono alcuni elementi di discussione.

La prescrizione non farmacologica rappresenta, nell'attività quotidiana del MMG, un aspetto non secondario. Pur in una percentuale inferiore al 22.8% di un'analoga indagine condotta da Stiassi et al. nel 1988 (6), le PNF sono l'esito di quasi un contatto su cinque.

La redazione di una PNF rappresenta, spesso, per il MMG un momento stressante dovendo affrontare diverse problematiche: da un lato vi è l'esigenza di salvaguardare la collettività da un eccessivo ed inopportuno ricorso a prestazioni di secondo livello; dall'altro lato, spesso, si è di fronte alle attese/pretese del paziente che rincorre la moda del momento (fisioterapia per i problemi artrosici).

Inoltre un aspetto non secondario delle PNF, spesso motivo di frustrazione per il MMG, è il fatto che nel 35.8% dei casi le PNF sono suggerite dal medico specialista, per cui quest'atto assume le caratteristiche di un momento burocratico non sempre condiviso dal MMG.

Nell'ambito della tipologia delle visite specialistiche, se si analizza il rapporto fra numero di visite e numero di pazienti che effettua tale prestazione, troviamo ai primi posti la visita ematologica (rapporto di 5.3), la visita diabetologica (3.96) e quella oncologica (2.3).

Sono i casi in cui o per legge (centri antidiabetici) o per la "fortuna" del paziente (malattie oncologiche) vi è necessità di un controllo periodico. Comunque non si vede perché il paziente debba essere costretto a fare la spola fra ospedale e MMG, solo per degli atti prettamente burocratici.

Il ruolo del MMG prevale chiaramente nell'iter decisionale che porta alla prescrizione di esami di laboratorio e strumentali o nei ricoveri ospedalieri. D'altronde sono aspetti medici spesso indispensabili per una corretta diagnosi e/o terapia.

Nel considerare la spesa, è stato impossibile effettuare una analisi corretta e precisa, eccetto per le visite specialistiche.

Pur considerando la grossolanità dei dati, è da mettere in evidenza come il 35.8% delle PNF è suggerito dal medico specialista (il più delle volte di-

Tab. 5 - TIPO DI PRESCRIZIONE E ATTORE PRINCIPALE

TIPO DI PRESCRIZIONE	TOTALE	PAZIENTE	SPECIALISTA PUBBLICO	SPECIALISTA PRIVATO	MMG
ESAMI LABORATORIO	619	23 (3.7%)	111 (17.9%)	58 (9.4%)	427 (69.0%)
V. SPECIALISTICHE	431	89 (20.7%)	212 (49.2%)	4 (0.9%)	126 (29.2%)
ESAMI STRUMENTALI	539	38 (7.1%)	123 (22.8%)	70 (13.0%)	308 (57.1%)
FISIOTERAPIA	79	12 (15.2%)	21 (26.5%)	13 (16.5%)	33 (41.8%)
RICOVERI	95	17 (17.9%)	15 (15.8%)	5 (5.3%)	58 (61.0%)

Tab. 6 - PRESCRIZIONI NON-FARMACOLOGICHE PER TIPO DI ATTORE

ATTORE	N. DI PNF	MEDIA MENSILE	% SUL TOTALE
PAZIENTE	179	14.9	10.2%
SPECIALISTA PUBBLICO	482	40.2	27.3%
SPECIALISTA PRIVATO	150	12.5	8.5%
MMG	952	79.3	54.0%
TOTALE	1.763	146.9	100.0%

Tab. 7 - SPESA PRESCRIZIONI NON FARMACOLOGICHE – ANNO '96

TIPO DI PNF	SPESA 1996	PAZIENTE	SPECIALISTA	MMG
ES.LABORATOR.	45.820.251	1.695.349	12.050.726	31.615.973
VIS.SPECIAL.	11.839.318	2.450.738	5.931.498	3.457.080
ES.STRUMENT.	36.692.060	2.605.136	13.135.757	20.951.166
FISIOTERAPIA	16.089.930	2.445.669	6.918.669	6.725.590
TOTALE	110.441.550	9.196.892	38.036.650	62.749.809
		8.5%	34.5%	57.0%

Tab. 8 - TIPO DI VISITA E RAPPORTO N.PAZIENTI/N.VISITE

TIPO DI VISITA	N. di VISITE	N. di PAZIENTI	VISITE/PAZIENTI
V. EMATOLOGICA	32	6	5.3
V. UROLOGICA	14	3	4.6
V. DIABETOLOGICA	99	25	3.96
V. ONCOLOGICA	7	3	2.3
V. CHIRURGICA	29	16	1.81
V. ORL	25	14	1.78
TOTALE	431	263	1.64
V. ORTOPEDICA	46	29	1.58
V. DERMATOLOGICA	23	16	1.43
V. ENDOCRINOLOG.	14	10	1.4
V. GINECOLOGICA	19	14	1.35
V. NEUROLOGICA	16	13	1.23
V. OCULISTICA	74	73	1.01
V. FISIATRICA	4	4	1

pendente pubblico), ciò corrisponde al 34.5% della spesa relativa alle PNF (38 milioni), addebitata al MMG ma che di cui sarebbe responsabile lo specialista.

In conclusione, nel momento in cui si parla di budget per la Medicina Generale, non possono essere trascurati questi dati, sia pure grossolani.

Se gli apparati amministrativi continueranno ad ignorare che il MMG non è l'unico responsabile della propria spesa, il futuro per la Medicina Generale e per il SSN sarà sempre più nebuloso, e ciò penalizzerà sempre più l'anello debole del sistema: il paziente.

RIASSUNTO

Vengono analizzate le prescrizioni non farmacologiche (esami di laboratorio, visite specialistiche, esami strumentali, prestazioni di fisioterapia, ricoveri ospedalieri) di un anno intero (1996), suddivise a seconda che le stesse vengano richieste dal MMG, dallo specialista (pubblico o privato), dal paziente stesso. I risultati mostrano che nella prescrizione non farmacologica (1.763 su 9.596 accessi, il 18.37%), solo in poco più della metà dei casi è il MMG che decide in maniera autonoma, mentre nel 10% è il paziente stesso che lo richiede e nel 36% la prescrizione è suggerita dal medico specialista.

BIBLIOGRAFIA

- 1) D'Ambrosio G. et al.: Indagine sul rapporto tra specialista e medico generale. Atti 7° Congresso Nazionale SIMG, 1990; 208-217.
- 2) Caimi V. et al.: La visita specialistica in medicina generale: una valutazione di qualità. Ricerca & Pratica, 1995; 11:139-146.
- 3) Panti A.: Il budget e la medicina generale: qualche problema d'avvio. SIMG, 1997; 7:8-11.
- 4) Caimi V. et al.: La visita specialistica in medicina generale. Aspetti epidemiologici ed organizzativi. SIMG, 1996; 6:14-17.
- 5) Cipolla A.: Valutazione delle richieste di consulenza urgente effettuate da un medico di medicina generale. M.D., 1998; 14:31-33.
- 6) Caimi V.: L'organizzazione del lavoro in medicina generale. Ed.UTET, 1997; 17-22.

Un anno di attività di un Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico (Nodo) di medici di medicina generale nell'AUSL di Parma

Baldini A., Barabbanì G., Carosino C., Ferrari P., Gardini L., Mezzadri P., Modafferi M., Pecchini A., Rodelli P., Ronchini P., Zantedeschi P.
Medici di Famiglia in Rete
S.I.M.G. Parma

La legge regionale 29/1994 della regione Emilia Romagna istituiva uno specifico programma per favorire l'assistenza a domicilio dei pazienti neoplastici in stato terminale con la relativa copertura finanziaria. L'anno successivo è stato emanato il regolamento applicativo e si sono attivate le varie USL della regione per predisporre gli strumenti per attuarlo. Riassumiamo le principali caratteristiche del programma:

- l'unità operativa è appunto il Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico, gruppo di medici supportati da uno o più infermieri professionali ed intergrato da altre figure, quali: specialisti, assistente sociale, assistenti domiciliari, che assicura l'assistenza a domicilio del paziente oncologico con malattia avanzata.
- l'accesso al programma è subordinato ad alcuni precisi criteri: 1) MALATTIA AVANZATA

Gestione in medicina generale della patologia gastroduodenale severa correlata all'infezione da HP

* Arditi M., **Pugliese G., Torino

La Consensus Conference di Maastricht ha raccomandato l'eradicazione dell'infezione da HP nei pazienti portatori di patologia gastro-duodenale grave: ulcera duodenale (UD), ulcera gastrica (UG), adenocarcinoma gastrico (AG).

Si è voluto con questo lavoro verificare:

- la prevalenza al novembre 1997 nella popolazione assistita (1300 pazienti) delle patologie in causa, accertate mediante diagnosi Rx o endoscopica;

- la percentuale di pazienti portatori di UD, UG e AG in cui era stata eseguita la ricerca dell'infezione da HP, con tecniche istologiche, sierologiche o urea breath test (UBT);
- la percentuale di pazienti positivi all'infezione in cui era stato eseguito il trattamento eradicante e il tipo di schema utilizzato;
- la percentuale di pazienti in cui era stato eseguito il controllo sierologico o con UBT dell'avvenuta eradicazione.

I risultati sono esposti in tabella.

Scopo del lavoro è stata l'autoverifica sulla gestione della patologia gastro-duodenale severa correlata all'infezione da HP in Medicina Generale, alla luce delle conclusioni della Consensus Conference di Maastricht.

Soltanto nel 51% dei pazienti portatori di UD, UG, AG risultava eseguita la ricerca dell'infezione da HP (peraltro poi regolarmente trattata per lo più se-

condo lo schema triplice proposto a Maastricht). Gli altri soggetti, sottoposti a EGD in epoca "pre-HP" o presso Centri che non avevano provveduto alla ricerca istologica dell'infezione, non erano stati indagati né con la sierologia né con UBT.

Questo dato ha posto l'indicazione ad un intervento di medicina di iniziativa, le cui conclusioni verranno tratte tra un anno.

Soltanto nel 38% dei pazienti trattati risultava eseguito il controllo sierologico o UBT dell'avvenuta eradicazione; questo dato appare meno significativo a fronte del riscontro clinico della completa remissione in 18/19 dei soggetti trattati (benessere soggettivo, consultazioni per problemi riferibili alla patologia gastro duodenale in causa annullate, prescrizione di antisecretivi azzerata) a 6-12 mesi dalla terapia.

* Tirocinante in Medicina Generale, ** MMG

Prevalenza della patologia gastroduodenale severa (UD; UG; AG) in Med. Generale	Pazienti studiati per l'infezione da HP sul totale dei portatori di UD, UG, AG.	Diagnosi di infezione da HP nei pz studiati	Pazienti trattati con terapia di eradicazione	Controllo della avvenuta eradicazione nei pz trattati
37/1300 (2.8%)	19/37 (51%)	19/19(100%)	18/19 (94%)	7/18 (38%)

LA RICERCA IN MEDICINA GENERALE

Secondo Seminario Internazionale

a cura della rivista "QQ La Qualità e le Qualità in medicina generale"

VERONA 16 - 19 GIUGNO 1999

Programma preliminare:
PRIMO ANNUNCIO

GIOVEDÌ 16 GIUGNO 1999
p o m e r i g g i o

Workshop:

LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA FINALIZZATA AL SELF AUDIT E ALLA RICERCA

Destinatari: 20 - 30 medici di medicina generale

Condizione: Confronto fra medici di medicina generale/esperti che hanno ideato e sviluppato programmi di ricerca con cartelle computerizzate diverse (es. Millennium, Docteur, Profim)

VENERDÌ 17 GIUGNO 1999
m a t t i n a e p o m e r i g g i o

SESSIONE POSTER

SESSIONE COMUNICAZIONI:

Presentazione di ricerche ideate e realizzate da medici di medicina generale con interventi di 10-15 minuti con supervisione in aula del Prof. Paul Wallace (University of London) e domande commento di 2-3 colleghi.

Ai lavori potranno partecipare anche le migliori tesi delle Scuole Regionali di Formazione in Medicina Generale che saranno vagliate e premiate dal Comitato Scientifico del Congresso.

SABATO 19 GIUGNO 1999
m a t t i n a

TAVOLA ROTONDA:

I Trials e la ricerca clinica di fase 3^a - 4^a in Italia e nel mondo e la sua praticabilità per la medicina generale italiana.

PREMIAZIONE DELLA MIGLIORE DELLE TESI delle Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Elenco dei partecipanti

Novelletto Bruno - Cadoneghe (PD)
Arditi Marzia - Torino
Botta Primino - Vernate (MI)
Bussotti Alessandro - Sesto Fiorentino (FI)
Carelli Francesco - Milano
Carosino Claudio - Busseto (PR)
Coronelli Maurizio - Bereguardo (PV)
Dabbene Marina - Marene (CN)
D'Ambrosio Gaetano - Bisceglie
De Mola Cosimo - Bari
Mangione Marcello - Altofonte (PA)
Passamonti Marco - Fagnano di Olona (VA)
Proietto Gabriele - Pescara
Recusani Angelo - Parma
Santangelo Antonio - Vaglio Basilicata (PZ)
Schipani Amedeo - Roma
Venturi Giovanna - Dalmine (BG)
Wallace Paul - London
Zappa Mario - Casazza (BG)
Ragazzini Marco - Forlì
Gottardi Gio Batta - Tezze sul Brenta (VI)
Mazzi Marco Pietro - Valeggio s/Mincio (VR)
Valente Michele - Dueville (VI)
Bevilacqua Massimo - Ferrara
Marchetti Anna Rosa - Angiari (VR)
Sandrini Tiziano - Verona
Fazio Giovanni - Arzignano (VI)
Cavallo Eugenio - Salizole (VR)
Della Vedova Roberto - Gradisca d'Isonzo (GO)
Mora Roberto - Legnago (VR)
Franchini Carlo Andrea - Bardolino (VR)
Giraldi Daniele - Bovolone (VR)
Baruchello Marco - Tezze (VI)
Del Zotti Franco - Verona
Scola Vincenzo - Bovolone (VR)
Battaglia Alessandro - Verona
Varotto Stefano - Padova
Giroto Sandro - Grezzana (VR)
Giustetto Guido - Chieri (TO)
Iader Garavina - Gatteo (FO)
Bariani Anna - Verona
Passerini Gianluigi - Sondrio
Corallo Fabio - Verona
Vantini Italo - Verona
Corrocher Roberto - Verona
Verlato Giuseppe - Verona

Jndice degli Autori

Arditi Marzia - Torino
Baruchello Mario - Tezze sul Brenta (VI)
Battaglia Alessandro - Verona
Carelli Francesco - Milano
Carosino Claudio - Parma
Coronelli Maurizio - Pavia
Della Vedova Roberto - Gradisca D'Isonzo (GO)
Del Zotti Franco - Verona
Garavina Iader - Gatteo (FO)
Giroto Sandro - Verona
Giustetto Guido - Pino Torinese (TO)
Mazzi Marco - Valeggio sul Mincio (VR)
Mora Roberto - Legnago (VR)
Passamonti Marco - Fagnano Olona (VA)
Passerini Luigi - Sondrio
Proietto R. Gabriele - Pescara
Santangelo Antonio - Potenza
Scola Vincenzo - Bovolone (VR)
Zappa Mario - Casazza (BG)

Sommario

Presentazione

Del Zotti Franco

I medici generali hanno "voglia" di ricerca

Da "Medico e Paziente" n. 6/98

La valutazione psicometrica del paziente anziano in medicina generale

Roberto Della Vedova

Valutazione della gestione del problema ipertensione in uno studio di Medicina generale

Giustetto Guido - Colaneri Claudio

Mettere in pratica la prevenzione - Progetto S.P.E.S.

Mazzi Marco, Cacchi Umberto, Cressoni Maria Chiara, Del Zotti Franco, Fioretta Anna, Leoncini Moreno, Sandri Paolo

Niddm e qualità della vita

Passamonti M., Pigni M., Calori G., Colombo L., Sacchi E., Testolin E., Mauro D., Torri C.

La ricerca in MG in Italia

Passerini Gianluigi

Progetto di prevenzione primaria delle malattie cardio-vascolari

Zappa Mario, Filippi A.

Il comportamento dei medici di famiglia italiani nei riguardi dei problemi della salute della donna e in particolare del controllo della fertilità (Contracc. ed RNF)

Giroto S., Del Zotti F., Baruchello M., Gottardi G., Valente M., Battaglia A., Rosa B., Fedrizzi P.

Il progetto ulcera peptica-reflusso gastroesofageo nella Ulss 20 del Veneto

Battaglia Alessandro, Del Zotti Franco

Problematiche, soluzioni e qualità dell'assistenza nelle cure primarie di assistenza domiciliare

Carelli Francesco, Carnesalli Franco

Rilevazione Regionale sul "mal di gola" in medicina generale

Garavina Iader, Bevilacqua Massimo

Utilizzo della rettosigmoidoscopia nella prevenzione dei tumori del colon-retto

Coronelli Maurizio

Il ricovero in ospedale. Migliorare la comunicazione

Baruchello Marco, Varotto Stefano

Medico di famiglia e paziente insieme contro l'asma e la BPCO

Scola Vincenzo

Problematiche terapeutiche nel diabetico non confrontato metabolicamente

Proietto Gabriele

Possibilità di screening nel cancro del colon

Mora Roberto

Analisi delle prescrizioni non farmacologiche d'un MMG nell'arco di dodici mesi

Antonio Santangelo

Gestione in Medicina generale della patologia gastroduodenale severa correlata all'infezione da HP

Arditi Marzia, Pugliese G.

Un anno di attività di un Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico (Nodo) di medici di medicina generale nell'AUSL di Parma

Carosino Claudio