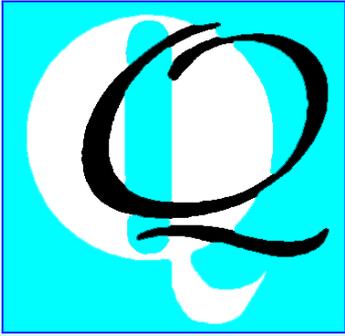


<p><b>Year XIII n 1</b></p> <p>Periodico Trimestrale di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie) e SIMG sezione di Verona.</p> <p><b>Comitato editoriale:</b> M.Grassi, P.Quattrocchi, P.Schianchi, A.Vaona</p> <p><b>Collaboratori:</b> A.Battaglia, A.DallaVia, S.Girotto, G.Gottardi, M.Valente, G.Visentin</p> <p>Sito Web: <a href="http://www.rivistaqq.it">http://www.rivistaqq.it</a> In collaborazione con <a href="http://www.netaudit.org">http://www.netaudit.org</a></p>	 <p><b>La Qualità e le Qualità In Medicina Generale</b></p>	<p>Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95</p> <p><b>Proprietario ed Editore:</b> Assoc. "Qualità Medica"</p> <p><b>Direttore Responsabile:</b> Roberto Mora</p> <p><b>Direttore Editoriale:</b> Enzo Brizio</p> <p><b>Direttore Scientifico:</b> Francesco Del Zotti <a href="mailto:francesco.delzotti@tin.it">francesco.delzotti@tin.it</a></p> <p><b>Editorialista:</b> Mario Baruchello <a href="mailto:mario.baruchello@tin.it">mario.baruchello@tin.it</a></p> <p><b>Collaboratori Internazionali:</b> Julian Tudor Hart, Paul Wallace</p> <p><b>Direzione:</b> Via dell'Artigliere, 16 – Legnago (VR)</p> <p><b>Redazione:</b> c/o Ordine dei Medici di Vicenza, Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza</p>
---	--	---

**EDITORIALE**

**EDUCAZIONE ALLA SALUTE E  
RAPPORTI CON L'AMBIENTE**

**Mario Baruchello**

Oggi, come medici, non abbiamo più solo un ruolo nel rapporto individuale con il paziente ma anche una innegabile funzione sociale, con un obbligo etico legato alle responsabilità nei confronti della collettività e della organizzazione sanitaria.

Questo è ancor più vero per il medico di famiglia che da tempo riflette sui determinanti ambientali della salute in una visione allargata della medicina, ponendo particolare attenzione alla prevenzione individuale e di comunità e basando il suo operato sui profondi rapporti di fiducia che lo legano ai suoi pazienti.

I medici sono comunque degli *opinion leader* e finalmente anche il nostro Codice Deontologico inserisce all'articolo 5 un richiamo preciso al dovere di "promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile"

([http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach\\_3819.pdf](http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_3819.pdf)).

Fattori di rischio individuale, comportamenti collettivi e salubrità ambientale sono elementi strettamente collegati in una visione ecologica della vita che va rilanciata in un mondo occidentale, autore di cambiamenti terribilmente negativi per la qualità del vivere quotidiano.

Anche l'Italia si allinea quindi ad una linea di riflessione che i medici in tutto il mondo da molto tempo perseguono come momento fondamentale della propria formazione e dell'esercizio professionale.

Ricordiamo che la *World Medical Association* - la più importante associazione medica mondiale di Etica medica, cui oggi l'Italia vergognosamente non aderisce ma che ha avuto nel 1984 come suo Presidente un medico di famiglia vicentino - ha sin dal 1976 diffuso i suoi statement in tema di difesa dell'ambiente con approfondimenti sull'inquinamento, sulla difesa dal rumore, sulla salvaguardia dell'acqua e dell'aria in un

rapporto diretto con la promozione della salute umana.  
(<http://www.wma.net>)

Un campo di impegno civile si apre a tutti noi ed è significativo che la FNOMCEO abbia stretto rapporti di collaborazione con una società scientifica - ISDE - che si è fatta onore in questi ultimi anni pur con un numero limitato di aderenti (<http://www.isde.it>) ma con una caratterizzazione di equilibrio e di competenza tematica non comuni.

È una sfida coraggiosa che ci deve vedere impegnati dentro e fuori gli ambulatori e che ha avuto in questi mesi, antesignani, gli Ordini dei Medici di Modena e Padova che si sono confrontati con i poteri forti non solo della economia ma anche del Palazzo subendo gli anatemi di vari Ministri della Repubblica, solo per aver raccomandato di applicare il principio di precauzione in merito a scelte di termovalorizzatori in Emilia Romagna.

1	<b>Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente</b>
2	<b>La gestione domiciliare della TAO</b>
4	<b>Net-Prostata: Audit sull'ipertrofia prostatica benigna di 621 pazienti</b>
9	<b>Short Netaudit sulla prescrizione del test HIV in soggetti superiori a 18 anni</b>

In questo numero leggerete un lavoro del gruppo Netaudit sulla Iperprostatia Prostatica Benigna con una casistica numerosissima per la letteratura italiana.

Ci possono colpire, per una patologia così diffusa, la mancanza dell'uso di due tecnologie semplici alla portata di ognuno di noi: 57 MMG su 63 non fanno di routine una visita rettale ai pazienti (poco tempo e ambulatori affollati? riluttanza dei pazienti che preferiscono lo specialista? medicina difensiva? mancanza di attrezzature? Ruolo crescente e "dittatoriale" del PSA?). Va sottolineato che rinunciare alla semeiotica fisica rischia di impoverire il professionista. Oramai parecchi di noi non praticano una visita pelvica e non guardano nella bocca del paziente ove con uno sguardo veloce potrebbero fare una importante prevenzione dal cancro orale. Anche il non utilizzo del questionario IPSS è un punto problematico; dovremmo incoraggiarne il suo semplice utilizzo, in grado di precisare rapidamente e monitorare nel tempo la

IPB. Lo sforzo di avere poche fotocopie sul tavolo potrebbe anche essere sostituito dal tenere una copia del questionario sul PC: vedi ad es.:

<http://www2.radio24.ilsole24ore.com/esserebenessere/IPSS.doc>.

Il gruppo Netaudit ha già fornito sostegno ai suoi membri in questa direzione.

Il controllo della TAO rappresenta un atto medico dal quale possono derivare danni, transitori o permanenti, al paziente anche in seguito ad una non corretta gestione del trattamento. In generale, ciascun medico dovrebbe mettersi nelle condizioni di poter dimostrare che il controllo della TAO viene eseguito in modo corretto, sulla base delle conoscenze più attuali derivanti dalla letteratura medica e dalle raccomandazioni delle autorità scientifiche e sanitarie. Ogni paziente deve avere registrati nella propria cartella clinica i dati dell'esame clinico iniziale, i successivi controlli clinici e di laboratorio, con le prescrizioni della terapia e le convocazioni per i controlli successivi. L'educazione del paziente ad una corretta conduzione della TAO rientra tra i vari compiti di chi è responsabile del monitoraggio della terapia.

L'esperienza positiva di Parma raccolta da Paolo Schianchi dimostra, come altre realtà in rapida espansione in Italia, le potenzialità della medicina generale nel gestire pazienti complessi. Aiutare il cittadino nello studio e a domicilio può portare a:

- Maggiore efficienza dei processi clinici
- Riduzione dei tempi d'attesa
- Rapidità e semplicità d'accesso ai servizi
- Aumento della capacità di soddisfare la domanda di salute sul territorio
- Facilitazioni nella continuità delle cure e nella presa in carico del paziente
- Integrazione tra soggetti del sistema sanitario.

Di fronte a investimenti economici importanti in *health technology*, sorgono alcune considerazioni: 1) anche senza software sofisticati molti medici di famiglia, stabilizzato il paziente in fase iniziale, sono in grado di decidere le variazioni di dosaggio degli anticoagulanti orali sulla base di criteri logici derivati dalla comune pratica clinica e lo fanno quotidianamente

2) il software dedicato, comunque, ci stimola a registrare tutti i dati nel PC e ciò potrebbe dare un forte impulso all'Audit della TAO

3) I problemi più spinosi restano nell'area logistico-relazionale: insufficiente collaborazione del paziente o del care-giver con errori nell'assunzione; interazione con altri farmaci; assunzione con la dieta di elevate quantità di vitamina K; alterazioni metaboliche (ipotiroidismo, ipercolesterolemia).

Infine il basso tasso di esecuzione di test HIV nel gruppo Netaudit propone una riflessione significativa sulla proposizione attiva di misure preventive in medicina generale. Sono in corso campagne di comunicazione su larga scala sia a cura del Ministero della Sanità che degli assessorati regionali, mentre la medicina generale rischia di stare alla finestra. L'AIDS continua a rappresentare una seria minaccia per la salute con oltre 3.500 nuovi

casi di contagio l'anno, e le malattie sessualmente trasmissibili ogni anno colpiscono in Italia oltre 500 mila persone.

<http://www.ministerosalute.it/hiv/paginaDettaglioHiv.jsp?id=185&menu=test>

La Legge italiana (135 del giugno 1990) garantisce che il test sia effettuato solo con il consenso della persona e giustamente il report del gruppo Netaudit accenna alla necessità di un counselling adeguato nel momento in cui si deve parlare di comportamenti a rischio. Per eseguire il test, nella maggior parte dei servizi, non serve ricetta medica: è gratuito e anonimo. Le persone straniere, anche se prive di permesso di soggiorno, possono effettuare il test alle stesse condizioni del cittadino italiano e vi sono website ottimi (anche in 9 lingue) cui medici e cittadini possono fare riferimento. Ma è necessario ed auspicabile che i medici di famiglia ne parlino con i loro pazienti.

<http://www.helpaids.it/wContents/Helpaids/prevenzione/testcounseling/counseling.aspx>



## LA GESTIONE DOMICILIARE DELLA TAO

**Paolo Schianchi** - MMG - Felino (PR); **Paola Demicheli** - Tirocinante (Università di Parma); **Cesare Manotti** - Responsabile progetto TAO - ASL Parma

Si chiama "Web Parma" la rete telematica che, in provincia di Parma, può consentire ai pazienti in terapia anticoagulante orale (TAO) di effettuare i controlli e ricevere le prescrizioni, direttamente dal proprio medico di famiglia, risparmiando viaggi e ore di attesa.

Il progetto pilota è stato finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, Azienda Sanitaria e Azienda Ospedaliera di Parma.

I medici di medicina generale accedono direttamente al database del Centro Emostasi di Parma, contenente i dati di tutti i pazienti scoagulati (3.500 all'anno, il più grande Centro Emostasi d'Italia per numero di pazienti seguiti) ed utilizzano il software P.A.R.M.A. (Programma per l'Archiviazione Refertazione Monitoraggio Anticoagulati) per ottenere l'indicazione terapeutica personalizzata.

Web PARMA consente in modo semplice al paziente di

recarsi dal proprio medico ed eseguire la misurazione dell'INR su prelievo capillare, attraverso l'utilizzo di un coagulometro portatile. Il medico si collega quindi via Internet al server dell'Ospedale di Parma, accede alla scheda del paziente, inserisce il dato rilevato ed ottiene in risposta la prescrizione completa (dosaggi del farmaco e data del successivo controllo). Non resterà che stamparla. Tempo necessario: circa 10 minuti. Ogni medico è identificato da una utenza personale che gli permette di vedere solo le schede dei propri pazienti. La presenza dei dati sul web permette tuttavia la condivisione delle informazioni con i colleghi specialisti del centro, in caso si debba ricorrere ad eventuali consulenze.

In Italia le persone afflitte da malattie tromboemboliche e cardiovascolari sono circa mezzo milione; 7.000 nella sola provincia di Parma. La metà di queste è seguita dal Centro Emostasi.

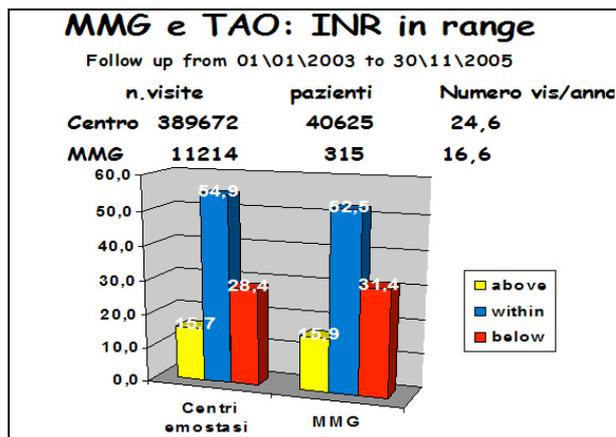
L'adesione dei medici di medicina generale al progetto Web Parma è volontaria e inserita nell'accordo locale 2005-07: ogni medico aderente viene fornito dell'attrezzatura occorrente da parte dell'ASL e riceve un compenso economico pari a 220 euro/paziente/anno.



Nel progetto sono attualmente attivi circa **60 medici** (Fig. 1), mentre altri 20 sono in formazione; l'obiettivo è quello di raggiungere 100 medici aderenti, un terzo dei medici di medicina generale di Parma.

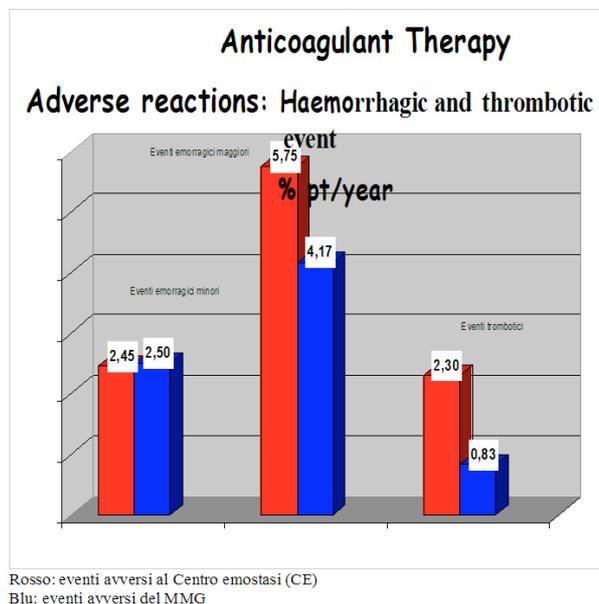
Tutti i medici coinvolti nel progetto ricevono uno specifico addestramento: nell'ultimo anno è stata sperimentata un'ulteriore formazione a distanza (FAD), che prevede, accanto a due lezioni frontali, 14 ore di formazione e-learning su apposito portale web.

I **dati di qualità del progetto** sono raccolti centralmente. Quelli attualmente disponibili si riferiscono ai primi 11 medici arruolati, tutti operanti in provincia. Essi verosimilmente vanno incontro "fattivamente" alle difficoltà dei propri assistiti, anziani e affetti da polipatologie, che altrimenti dovrebbero percorrere anche diverse decine di chilometri per accedere al centro emostasi. I medici aderenti al progetto lavorano tutti in provincia di Parma: *Marcello Bergonzani (Collecchio), Giorgio Bernier (Medesano), Enrico Bertani (Berceto), Giuseppe Ercolini (Sala Baganza), Andrea Manotti (Corcagnano), Rodolfo Mingolla (Sorbolo), Mariangela Rigoni (Felino), Paolo Rodelli (San Secondo), Roberto Salsi (Collecchio), Paolo Schianchi (Felino), Andrea Zorandi (Medesano).*



Nella Fig. 2 i valori dell'INR sono stati separati in base al range: in blu sono quelli nei limiti, in giallo quelli sopra al range, in rosso quelli sotto. Come si può vedere non ci sono grosse variazioni tra controlli eseguiti nei centri ospedalieri rispetto a quelli eseguiti negli ambulatori dei Medici di Medicina generale (MMG). Unico dato meritevole di segnalazione è il numero di visite/anno, sensibilmente ridotto nell'ambulatorio medico. La spiegazione risiede nella presa in carico del paziente da parte del curante una volta che la coagulazione sia stabilizzata, quindi mediamente dopo 2-3 mesi dall'inizio del trattamento.

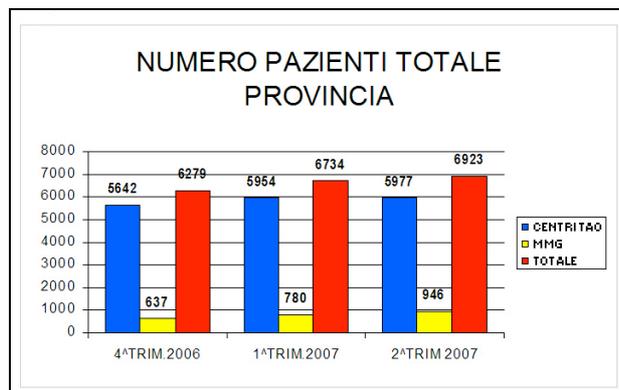
Gli *eventi avversi* sono stati separati in eventi avversi emorragici, maggiori e minori, e in eventi trombotici (Fig. 3). Si può notare che i dati sono sovrapponibili nel confronto tra i due gruppi in esame: Centro e MMG.



Interessanti, ai fini della validità del progetto, sono i dati dei pazienti scoagulati. Il numero dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO) aumenta progressivamente nella provincia di Parma, come nel resto d'Italia, a motivo delle indicazioni di questa terapia nella fibrillazione atriale.

Questo andamento in progressione vede tuttavia stabile la presenza dei pazienti afferenti al Centro Emostasi,

mentre l'incremento numerico complessivo risulta coperto dall'aumento di pazienti (da 637 a 946 nel 2006) in carico presso i medici curanti del territorio (Fig. 4).



**In conclusione**, questa positiva esperienza di Parma dimostra le potenzialità della medicina generale nel gestire la complessità del paziente scoagulato. Grazie agli sviluppi dell'informatica, è possibile seguire tali pazienti sul territorio, riducendo loro i disagi dei periodici trasferimenti verso il centro cittadino, e gestirli nello stesso modo e con gli stessi mezzi dello specialista, per altro senza concorrenza con quest'ultimo, ma in fattiva collaborazione.



**NET-PROSTATA: AUDIT  
SULL'IPERTROFIA PROSTATICA  
BENIGNA DI 621 PAZIENTI**

*Barbara Marchetto \**, *Filippo Seren \**, *Stanislao Caputo \*\**, *Luciano Bertolusso \*\*\**, *Enzo Brizio \*\*\**, *Franco Del Zotti \*\*\*\** e lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))

\* MMG Este (PD); \*\* MMG Molfetta (BA); \*\*\* MMG (CN); \*\*\*\* MMG Verona

**BACKGROUND**

L'ipertrofia Prostatica Benigna, disturbo della terza età, è una malattia sempre più frequente in un Paese, l'Italia, che in Europa ha il primato demografico per le fasce di età avanzate. Sebbene non comprometta la quantità di vita, essa può agire sulla qualità di vita e sull'uso di risorse mediche e chirurgiche. Spesso i MMG hanno delegato la patologia allo specialista, ma la necessità di gestire nei decenni le informazioni sulla vigile attesa, su

alcuni test diagnostici comuni, sui farmaci (gli  $\alpha$ -bloccanti, in primis; e poi gli inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi, in casi selezionati), sulle indicazioni del timing e sulle conseguenze di eventuali interventi chirurgici (TURP, ad es.) impongono un ricupero di ruolo della MG.

**OBIETTIVI**

a) rilevare nei database dei MMG la prevalenza del problema e la sua variabilità tra i vari MMG di Netaudit.

b) dopo una ricognizione delle migliori Linee-Guida ed evidenze disponibili, valutare il modo in cui i MMG di netaudit si relazionano al problema ed i modi in cui registrano in cartella i dati "decisionali" più rilevanti, di tipo diagnostico e terapeutico.

c) valutare il grado di informazione e counselling al paziente in merito alla necessità che egli sia protagonista delle opzioni terapeutiche, in un campo in cui i rischi per la vita sono bassi per un disturbo per cui le LG indicano nel paziente il decisore principale.

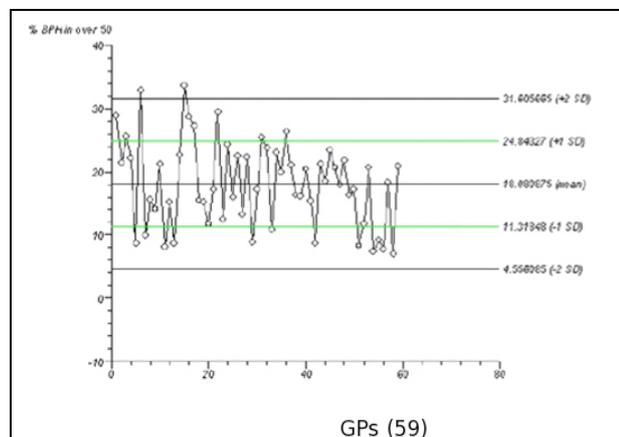
**I FASE: Prevalenza e Questionario per MMG**

In una prima fase 63 MMG di Netaudit hanno fornito i dati di prevalenza e risposto ad un semplice questionario MMG in merito ad alcune manovre semeiotiche o strumentali e all'uso di  $\alpha$ -litici e inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi.

L'età media dei MMG partecipanti è stata di 51,2 anni (minimo 42; massimo 57); il sesso dei partecipanti è stato in gran parte maschile (60/63). Ogni MMG ha in media 52.7 casi di IPB, (minimo 15; max 116).

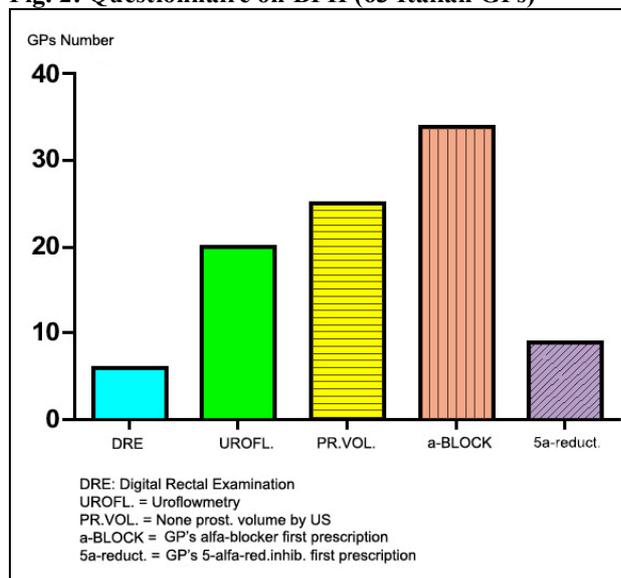
La prevalenza media dei casi di ipertrofia prostatica tra gli ultracinquantenni è stata del 18%, con una forte variabilità tra i MMG, andando da un minimo del 7% fino ad un massimo del 33,7% ed un coefficiente di variazione del 37%

**Fig.1 : Variabilità delle proporzioni di pazienti con IPB tra gli ultracinquantenni di 59 MMG della lista NetAudit**



Sono state quindi valutate le risposte dei 63 MMG ad alcune questioni aperte:

**Fig. 2: Questionnaire on BPH (63 Italian GPs)**



**Propensione alla pratica dell'ESPLORAZIONE RETTALE:** la gran parte dei MMG (57/63) ha dichiarato di non avere l'abitudine di praticare l'esplorazione rettale.

**RICHIESTA di UROFLUSSIMETRIA prima dell'invio allo specialista:** solo circa un terzo (20/63) dei MMG ha l'abitudine di richiedere questo test prima dell'invio allo specialista.

**RISCONTRO DI VOLUME PROSTATICO** nelle risposte ecografiche: in una discreta proporzione (25/63) i MMG lamentano assenza di questo dato nelle risposte dei radiologi.

**RICHIESTA DI FARMACI:** un po' più della metà dei MMG 34/63 dichiara di usare gli  $\alpha$ -litici, prima di ricorrere al parere specialistici; mentre solo 9/63 MMG dichiarano di usare in prima battuta gli inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi, prima di ricorrere allo specialista.

## Il fase: l'Audit

### Variabili e Indicatori

Sono state prese in considerazione sia variabili Descrittive, per meglio perimetrare l'argomento, in genere poco esplorato dalla MG, sia variabili di Audit, derivate dalle evidenze (*vedi il box su glossario e bibliografia*). In particolare sono state valutate le seguenti variabili: età, sintomatologia, questionario, PSA, uroflussimetria, ecografia pelvica con ristagno post-minzionale, in riferimento a diversa severità del quadro e conseguente correlazione alle opzioni terapeutiche (vigile attesa;  $\alpha$ -bloccanti;  $\alpha$ -bloccanti più inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi; chirurgia). È stato valutato infine il livello di Counselling per il PSA e per le varie opzioni terapeutiche.

### CRITERI di Inclusione/Esclusione nello studio

Sono stati inclusi pazienti con età maggiore di 50 anni, assistiti dal MMG da almeno 6 mesi, con una diagnosi in

cartella di Iperptrofia Prostatica Benigna. Sono stati esclusi dementi, cerebrolesi, terminali e infine pazienti già operati di prostata con chiari segni clinici o strumentali di Tumore prostatico.

### CRITERI e STANDARD dell'Audit.

La patologia non compromette la quantità di vita e questo è un primo audit di ricognizione del problema, ove molte delle pratiche sono presenti in una percentuale inferiore al 50%. Comunque, allo scopo di definire una pietra di paragone (benchmark), una particolare attenzione è stata data alla verifica di:

- percentuale di uso del Questionario (almeno 1 volta in cartella);
- percentuale di presenza in cartella di almeno un dato di Qmax (uroflussimetria);
- percentuale di presenza in cartella di almeno un'ecografia sovrapubica con relativo dato sul volume prostatico;
- percentuale di presenza in cartella di prescrizione di  $\alpha$ -bloccanti;
- percentuale di terapia combinata con inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi nei pazienti con PSA > 4 o con volume prostatico > 40 ml, a rischio di progressione e complicanze;
- percentuale di dati in cartella sul counselling sul PSA;
- percentuale di dati in cartella sul counselling "strategico" sulle varie opzioni terapeutiche e sul ruolo decisivo, nell'IPB, delle preferenze del paziente.

### CARICO di LAVORO e Randomizzazione

Ogni MMG ha valutato, scheda per scheda, sino ad un massimo di 15 pazienti con IPB, randomizzandoli. Chi ha in carico solo 15 pazienti (o meno) con IPB non ha avuto, ovviamente, bisogno di randomizzazione. I casi sono stati selezionati con l'abituale metodo di web-randomizzazione, messo a punto negli anni scorsi dal gruppo Netaudit.

**Software utilizzati:** per il data entry è stato utilizzato Epidata©; per l'analisi dei dati Epi-info© e Statdirect©.

### RISULTATI II parte (tabella 1 e figura 3)

#### MMG Partecipanti

43 i MMG partecipanti, con un totale di 621 pazienti prostatici randomizzati, la cui età media è risultata 69,9 (SD: 9.5; minimo: 50 – massimo: 95aa)

#### Diagnostica

Il dato più rilevante che risulta in questo settore è quello dell'assai scarso utilizzo del questionario: il questionario IPSS è stato utilizzato solo in 47 casi.

Per quanto riguarda l'uroflussimetria, utile per la diagnostica e per il follow-up, il dato del flusso massimo (Qmax) è presente solo in 76 pazienti; la Media del Qmax è stata di 13,6 ml/sec. Prendendo in considerazione le risposte con valori numerici si è constatato che 26/76 (34%) hanno in cartella un Qmax patologico (inferiore 10 ml/sec)

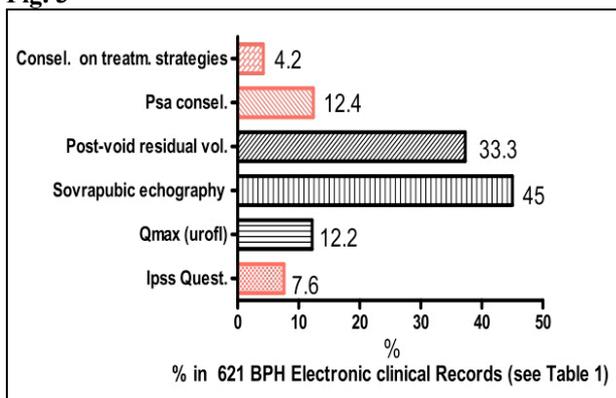
<i>Variable in in Electronic clinical record (ECR)</i>	<i>Number/ Total</i>	<i>% (Confidence Interval)</i>
IPSS Questionnaire (presence)	47/621	7.6% (6%-10%)
Qmax (uroflussometry) presence	76/621	12.2% (10%- 15%)
Sovrapubic echography	279/621	44.9% (41%-49%)
Post void residual urine volume data	232/621	37.3% (33%-41%)
Alfa-blocker drugs.	248/621	40% (36%-44%)
5alpha-reductase inhibitor drugs in patient with > volume or PSA>4	19/57	33.3% (21%-47%)
PSA counselling	77/621	12.4% (10%-15%)
treatment strategies	26/621	4.2% ( 3%-6%)

**Tabella 1: Audit Variables**

In merito al PSA, utile sia per la diagnosi differenziale sia per valutare l'ingrossamento dell'organo, si è visto che il PSA è mancante solo in 67/621 cartelle (10.7%: CI da 8% al 13%). La media dell'ultimo PSA in cartella è di 3.4 (SD:3,5). Da notare che 380/621 pazienti hanno un PSA da 1.4 (indicatore di ipertrofia) in su; 157 con valore superiore a 4 (primo livello di allarme per eventuale presenza di tumore); solo 32 pazienti presentano un valore maggiore di 10 (allarme alto).

Limitato appare l'impiego dell'ecografia sovrapubica, che è stata richiesta in meno della metà dei casi; la richiesta specifica di valutazione del ristagno post-minzionale è avvenuta in un numero di pazienti ancora inferiore (232).

**Fig. 3**



### Terapia farmacologia

**NESSUN FARMACO:** 203 pazienti non usano farmaci.

**ALFA-BLOCCANTI:** per la terapia le linee-guida indicano utilità degli  $\alpha$ -bloccanti in presenza di sintomi ostruttivi. Ma in genere la compilazione dei sintomi e dei dati sulla qualità di vita è piuttosto flebile, come si evince anche dalle carenze suddette in merito a uso del questionario e dell'uroflussimetria.

Per questi motivi il dato che presentiamo sull'uso degli  $\alpha$ -bloccanti ha solo un valore di "ricerca descrittiva" più che di valutazione di qualità: 248 pazienti utilizzano questi farmaci, su 621 (40%, con un intervallo da 36% a 44%), in mono-terapia o associati ad inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi.

### Terapia con inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi

Le considerazioni precedenti valgono in buona parte anche per questi farmaci. In effetti, seguendo le fonti referenziate, si evince che questi farmaci andrebbero somministrati quando la prostata ha un certo volume; e cioè quando il volume è maggiore di 40 ml o quando il PSA fa pensare ad un ingrossamento o ad una possibile evoluzione chirurgica (valore 4 o superiore). Sappiamo che questi dati sono raccolti in maniera del tutto insufficiente, sia per ragioni esterne (risposte degli ecografisti) sia per ragioni interne. Al momento, quindi, come per gli  $\alpha$ -bloccanti i dati che presentiamo hanno una valore più descrittivo che di verifica di qualità.

Solo 57/621 casi avevano una delle due caratteristiche citate (volume>40 o PSA>4). Tra i 57 con sospetto volume ingrossato solo un terzo (19 pazienti): IC 21%-47% assumono inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi da soli o in combinazione con  $\alpha$ -bloccanti.

Vi è da notare che il numero dei pazienti con in cartella qualche dato sull'ipertrofia è discretamente inferiore a quelli che assumono questa categoria di farmaci, in monoterapia o in associazione: 148 casi. Comunque, i pazienti con indicazione a questi farmaci ricevono proporzionalmente più inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi (19/57) di quelli senza indicazione (con PSA<4 e volume prostatico<40: 58/322): 33% rispetto al 18%, con intervallo di confidenza della differenza che va dal 4% al 28%.

Nei pazienti in terapia, la maggioranza dei casi è stata gestita secondo le linee-guida che consigliano una terapia che vada oltre i 6 mesi: 127/148 pazienti sono stati curati per almeno 6 mesi.

### Il Counselling pre-PSA

Le linee-guida raccomandano che la somministrazione del PSA sia preceduto da un counselling appropriato. Sebbene la stragrande maggioranza dei casi abbia almeno un PSA in cartella, pochi sono i casi in cui vi è documentazione di questo tipo di counselling in cartella: 77.

**Il counselling su vigile attesa e strategie terapeutiche:** solo in una esigua minoranza di cartelle (26/621) è presente qualche elemento che faccia intravedere un

counselling che attivi le decisioni del paziente sulle varie possibilità in relazione alle condizioni cliniche: (vigile attesa;  $\alpha$ -bloccante;  $\alpha$ -bloccante più inibitore della 5 $\alpha$ -reduttasi; chirurgia).

## CONCLUSIONI

Dall'analisi dei risultati appare subito evidente che l'ipertrofia prostatica benigna, pur frequente nella MG, non ha ancora un'univoca definizione e attenzione: la forte variabilità della prevalenza si staglia su un background intessuto di scarso uso degli strumenti della diagnosi: insufficiente impiego di questionario standardizzato, di uso e interpretazione dell'uroflussimetria, dell'ecografia con calcolo del volume prostatico e del ristagno post-minzionale. Se il basso impiego, dichiarato nel questionario ai MMG, appare comprensibile alla luce di problemi di "pudore relazionale", scarsa affidabilità della manovra nel contesto della MG e non forti evidenze a sostegno, indubbiamente molto resta da fare nel campo dell'educazione continua sull'IPB per le altre suddette indagini diagnostiche. Ma il miglioramento nel campo della richieste e risposte alla uroflussimetria, e ancora di più per quanto riguarda l'ecografia ed il ristagno post-minzionale, è legato anche al miglioramento delle relazioni interprofessionali con gli urologi e ad un'ottimizzazione logistica dei loro servizi.

Su queste basi non è agevole interpretare in termini di appropriatezza il comportamento prescrittivo dei MMG. Se risultano incerti o carenti in cartella i criteri della definizione diagnostica, diviene relativo attribuire qualità alla percentuale dei vari farmaci. Un primo dato in merito alla prescrizione dei farmaci merita di essere sottolineato: in una discreta parte dei casi - circa un terzo - i pazienti non assumono alcun farmaco; il che potrebbe essere dovuto sia a qualche difetto del processo diagnostico, sia alla frequente benignità del decorso. Per i farmaci usati, un'indicazione di massima la possiamo ottenere dai risultati del questionario, ove risalta la differenza tra relativa dimestichezza con gli  $\alpha$ -bloccanti e la scarsa propensione ad iniziare nell'ambito della MG gli inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi. Questo atteggiamento spiega almeno in parte le differenze in numeri assoluti di uso tra le due classi (248  $\alpha$ -bloccanti contro 19 inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi). Lo scarso uso di questi ultimi farmaci potrebbe anche spiegarsi con il timore dei MMG di entrare in contatto con le sabbie mobili del PSA. Il farmaco sarebbe una sorta di vittima collaterale della "necessità" di valutare periodicamente il PSA, con tutto il corteo di problemi di counselling e di diagnosi differenziale che ne consegue. Forse un modo per ridurre i problemi è quello di diffondere la notizia, ancora non del tutto nota tra MMG, per cui il PSA induce una riduzione fortemente "attendibile" e piuttosto precisa del PSA: 50%.

Nel campo della registrazione del counselling sul PSA, richiesto nella maggioranza di questi pazienti, molto vi è da migliorare: solo nel 12% dei casi è presente questo dato nelle cartelle.

Analoga carenza si può notare per la registrazione di un counselling sulle diverse strategie terapeutiche, che

dovrebbe divenire parte essenziale della gestione di tale disturbo, che non compromette la quantità di vita e che quindi merita una gestione guidata da parte di un paziente informato,

Probabilmente il counselling viene svolto in numerose circostanze, ma non registrato. Riteniamo che in futuro si debba incoraggiare l'aumento della registrazione in cartella, sia per motivi di documentazione e di attenzione ad eventuali dispute medico-legali sia per motivi auto-formativi e di Audit. Il potenziamento della registrazione di questi dati deve comunque essere facilitato da linee-guida tra MMG, tra MMG e urologi e da modifiche nei software per le cartelle cliniche.

Per finire, da questo studio si evince che l'IPB, pur essendo spesso un disturbo non maggiore, rappresenta nel suo "piccolo" un modello per interpretare le sfide complesse della medicina generale contemporanea.

## MMG Partecipanti alla I fase

ARZENTON Ermanno, AUGRUSO Angelo, BARUCHELLO Mario, BATTAGLIA Alessandro, BELLERI Giuseppe, BERTOLUSSO Luciano, BEVILACQUA Massimo, BONETTI Dario, BRASESCO Pier Claudio, BRIZIO Enzo, CAMPO Salvatore, CAPUTO Stanislao, CARACENI Luciano, CAROSINO Claudio, CIANCA Mario, CIOLINA Giovanni, COVANTI Massimo, DE BARI Antonio, DEL ZOTTI Francesco, DOLCI Alberto, ERRICO Cosimo Giuseppe, FARESin Florio, FARINARO Carmine, FATIGATI Domenico, FRANCHINI Carlo Andrea, FRAPPORTI Guglielmo, GIANNOBILE Filippo, GRASSI Marco, IVIS Stefano, LAZZARI Giorgio, LIPPA Luciano, LUPI Lorenzo, MAGLIOZZO Francesco, MANGIONE Marcello, MARCHETTO Barbara, MARCHIONNE Maurizio, MARULLI Carlo Fedele, MASSIGNANI Dino Mario, MAZZI Marco, MAZZOLA Vincenzo, MERLINO Giovanni, NOVELLA Guido, PAOLINI Italo, PASCULLI Domenico, PASQUATO Paola, QUATTROCCHI Piero, RIGON Giorgio, RUBICINI Giuseppe, SABBI Diego, SCALA Antonio, SCHIANCHI Paolo, SEREN Filippo, SFRAGARA Ignazio, STRAMENGA Carlo, TARALLO Nicola, TEDESCHI Luca, TONELLO Paolo, VALENTE Biagio, VALLETTA Domenico, VISENTINI Emanuele, VISONÀ Eugenio, ZADRA Alessandro

## MMG Partecipanti alla II fase

ARZENTON E., AUGRUSO A., BARUCHELLO M., BATTAGLIA A., BERTOLUSSO L., BEVILACQUA M., BRASESCO P.C., BRIZIO E., BRUNO B., CAPUTO S., CARACENI L., CAROSINO C., CIANCA M., CIOLINA G., DE BARI A., DEL ZOTTI F., DOLCI A., ERRICO C.G., FARINARO C., FRANCHINI C.A., GRASSI M., LIPPA L., LUPI L., MAGLIOZZO F., MARCHETTO B., MARULLI C.F., MAZZOLA V., NOVELLA G., PASCULLI D., QUATTROCCHI P., RIGON G., RUBICINI G., SABBI D., SCALA A., SCHIANCHI P., SEREN F., SFRAGARA I., STRAMENGA C., TONELLO P., VALENTE B., VISENTINI E., VISONÀ E., ZADRA A.

## L'IPERTROFIA PROSTATICA MINI-GLOSSARIO E RELATIVA BIBLIOGRAFIA

A cura della Lista NETAUDIT (<http://www.netaudit.org>)

### QUESTIONARIO IPSS-QoL

La scala di valutazione sintomatologica più usata è l'IPSS-QoL (International Prostate Symptom Score), di cui è disponibile una versione in lingua italiana, che tuttavia non è ancora validata.

*Interpretazione delle SOGLIE dei Valori IPSS:*

0 - 7 medi → osservazione

8 - 19 moderati → farmacoterapia

20 - 35 severi → terapia chirurgica

### VALUTAZIONE della QUALITÀ di Vita

Al di là dell'uso dell'IPSS, le fonti concordano sulla necessità di valutare la Qualità di Vita, la funzione sessuale e i desideri terapeutici del paziente (vigile attesa; terapia medica; terapia chirurgica)

### Il PSA nell'IPB

Bisogna richiederlo solo dopo informazione sui rischi del PSA e dopo Consenso Informato. Non richiederlo se l'aspettativa di vita è inferiore a 10 anni.

### VALORI Soglia del PSA nella Valutazione dell'IPB

Valori superiori a 1.3 → correlabile a volumi superiori a 30-40 ml

Valori superiori a 4 → rischio di Complicanze dell'IPB

### UROFLUSSIMETRIA

Esame non significativo se Volume vuotato < 125 cc  
Valutare soprattutto il flusso massimo Q<sub>max</sub> (deve essere almeno 10 ml/sec)

### VOLUME PROSTATICO (con ECO sovrapubica)

Utile per la valutazione dell'eventuale terapia combinata tra  $\alpha$ -bloccanti e inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi, più indicata se il valore è maggiore di 40 ml.

### RESIDUO POSTMINZIONALE (con ECO sovrapubica)

Attenzione se maggiore di 200-300 ml o se più di un terzo del volume svuotato (decorso meno favorevole; maggiore gravità)

### VIGILE ATTESA

Più del 90% dei pazienti con LUTS di LIEVE entità sottoposti a vigile attesa non richiede altro tipo di intervento a un anno dall'osservazione iniziale. La vigile attesa non comporta risultati peggiori sui sintomi o maggior incidenza di complicanze gravi nei pazienti con sintomi di media entità. La vigile attesa, sebbene non sia in grado di migliorare il residuo post minzionale né il flusso urinario massimo, migliora il punteggio sintomatologico a un anno.

La vigile attesa è il trattamento di scelta nei pazienti in cui i LUTS sono lievi e non hanno un impatto sulla qualità della di vita; essa rappresenta un'opzione terapeutica possibile nei pazienti in cui i LUTS sono

medi e non hanno un impatto sulla qualità della vita

### TERAPIA Farmacologica

#### $\alpha$ -bloccanti

A 12 mesi gli  $\alpha$ 1-litici produrrebbero un aumento del flusso massimo di circa 2-3 ml/sec, che si mantiene nel tempo. Farmaci sintomatologici alternativi agli  $\alpha$ -litici: serenoa (evidenze contrastanti)

**TERAPIA COMBINATA** ( $\alpha$ -bloccanti e Inibitori 5 $\alpha$ -reduttasi): solo se vi è rischio di progressione (PSA >4 OR Volume>40). Gli inibitori della 5 $\alpha$ -reduttasi devono essere somministrati per almeno 6 mesi

### FOLLOW-UP

I-PSS - Uroflussometria - Volume postminzionale

### CHIRURGIA

#### INDICAZIONI

- I sintomi non rispondono alla terapia medica
- Ritenzione urinaria acuta o cronica
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Ematuria recidivante
- Insufficienza renale
- Calcoli vescicali
- Aumento del residuo post-minzionale

TURP: è l'intervento di riferimento in caso di volume ghiandolare totale inferiore a 40-50 ml; è indicato nei pazienti che abbiano sviluppato complicanze conseguenti all'IPB ed è un'opzione accettabile anche nei pazienti con ostruzione cervico-uretrale e sintomatologia medio/severa che comporti un peggioramento della qualità di vita. Riduce il punteggio sintomatologico nel 70% dei pazienti

### BIBLIOGRAFIA

Bandolier - Jan 2004-

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band119/b119-2.html>  
EBM Guideline- 2005 - MG Finland (<http://www.ebm-guidelines.com>)

Ecce-Aifa-Clinical Evidence- 2005

(<http://aifa.ecce.minsa.it>)

Linee Guida Urologi italiani 2004

([http://www.lineeguida.info/Linee\\_Guida\\_EAU\\_x.pdf](http://www.lineeguida.info/Linee_Guida_EAU_x.pdf))



## SHORT-NETAUDIT SULLA PRESCRIZIONE DEL TEST HIV NEI SOGGETTI SUPERIORI A 18 ANNI

**Coordinatori:** Francesco Del Zotti, Enzo Brizio

**Partecipanti:** Arzenton E., Augruso A., Brizio E., Caraceni L., Cianca M., Ciolina G., Dalla Via A., Del Zotti F., Farinaro C., Franzoso F., Lippa L., Lupi L., Marulli C.F., Pasculli D., Quattrocchi P., Sabbi D., Scala A., Schianchi P., Seren F. e lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org) – [www.rivistaqq.it](http://www.rivistaqq.it))

### BACKGROUND

La prevalenza di infezione per HIV continua in tutto il mondo a salire e a costituire una grave minaccia per la salute pubblica. D'altra parte negli ultimi anni la scoperta di farmaci anti-virali fornisce agli ammalati la possibilità di abbassare il rischio di morte. Pertanto, secondo gli studiosi e le autorità internazionali, diventa vantaggioso incrementare la proporzione di pazienti sessualmente attivi (di età  $\geq 18$  anni) che eseguono lo screening. (1)

Il MMG si trova in una delicata situazione, tra il non usare un atteggiamento indagatore e stigmatizzante, rischio sempre presente quando si parla di HIV, ed il consigliare una manovra che può avere importanti ripercussioni sulla salute individuale e sociale.

Si tratta quindi di cogliere con prudenza e tatto l'invito delle autorità internazionali, discutendo sull'opportunità del test con i giovani e con gli adulti eterosessuali e non solo con i pazienti a rischio, mediante un'informazione *ad personam* generale e non stigmatizzante.

Da una prima ricognizione-test dei membri della Lista italiana *netaudit* sembra che il numero di almeno 1 test HIV in cartella sia piuttosto bassa, e inferiore a quella riscontrata (almeno il 30%) in un recente survey pubblicato su MMWR (2). Lo short-netaudit intende fornire sia una panoramica più accurata sia il *baseline* per un ricontrollo dopo 12 mesi.

### OBIETTIVI

Valutare il numero di pazienti sopra i 18 anni che hanno almeno un Test in cartella, indipendentemente dal risultato (negativo, positivo, "vuoto")

- Valutare la proporzione di test eseguiti dai maschi, rispetto alle femmine, e paragonarla rispetto all'atteso (la letteratura fornisce un rapporto maschi/femmine che varia da 3:1 a 4:1).
- Le due registrazioni sono state eseguite una I volta (*baseline*) valutando l'intero database. Tra 12 mesi, a fine del 2008, effettueremo la II fase dell'audit.

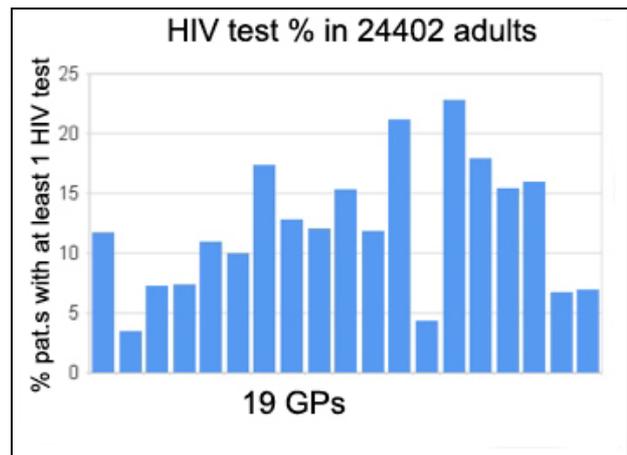
### RISULTATI

Hanno partecipato all'indagine 19 MMG italiani della Lista *netaudit*, che hanno in carico 24.402 assistiti maggiorenni (oltre i 18 anni di età).

**NUMERO di pazienti** oltre i 18 anni con almeno un test

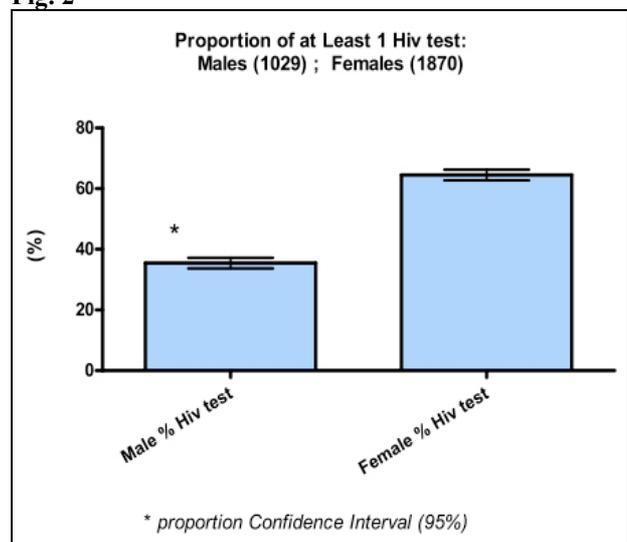
HIV in cartella: 2.899 pazienti risultano avere una prescrizione di test HIV in cartella. Si tratta quindi di una cifra percentuale piuttosto esigua: 11,8% (95% IC: 11,4% - 12,3%). Vi è una discreta variabilità tra i 19 MMG (figura 1), con una percentuale minima del 3,5% di test eseguiti da un MMG sino ad un massimo di 22% per il MMG con la percentuale più alta (coefficiente di variazione: 44%).

**Fig. 1:** Variability of % in patients with at least 1 HIV test among 19 Italian GPs



**NUMERO di Esami** e sesso dei pazienti (figura 2): le donne hanno eseguito almeno una volta il test in maniera significativamente maggiore rispetto ai maschi. Nella figura 2 si vede infatti che su un totale di 2.899 pazienti con almeno 1 test, 1.870 sono femmine (*Proportion* = 0,64505 *Exact Clopper-Pearson 95% confidence interval* = 0,62732 to 0,662487) contro 1.029 maschi (*Proportion* = 0,35495 - *Exact Clopper-Pearson 95% confidence interval* = 0,337513 to 0,37268). Il rapporto per il Test M/F risulta quindi essere di circa 1:2, ben lontano dall'atteso (>3:1).

**Fig. 2**



## COMMENTI E CONCLUSIONI

Questo studio pilota con 19 MMG mostra la notevole insufficienza delle richieste di Test HIV: meno del 12% dei pazienti adulti ha in cartella almeno 1 test HIV. Il dato è carente anche in considerazione del fatto che i MMG di *netaudit* sono auto-selezionati in un gruppo che da 7 anni svolge Audit volontari attraverso la Rete.

Ulteriore elemento di preoccupazione deriva dai dati relativi al sesso dei pazienti: i maschi, che gli epidemiologi ci dicono esposti a ad un rischio 3-4 volte maggiore, nel nostro campione risultano avere una quota di Test significativamente inferiore rispetto alle donne.

Come interpretare queste carenze? Probabilmente, buona parte dei MMG si attende che la richiesta di test debba venire o per bocca del paziente o su indicazione di specialisti legati a particolari campi: in particolare dai ginecologi, magari per il controllo della gravidanza, il che spiegherebbe il maggior dato dei test nelle donne; o dai chirurghi, ad esempio per routine pre-operatorie. Indubbiamente, il MMG potrà usare una medicina “opportunistica”, per migliorare non solo il numero di richieste ma anche di risposte in cartella, se non sottovaluterà il delicato momento della gravidanza, della chirurgia; e analogo miglioramento potrà venire se avrà un buon rapporto con i non pochi “donatori di sangue” o con gli emotrasfusi.

Ma il grande balzo potrà venire solo se ci renderemo conto che i MMG non possono eludere il counselling nei confronti non solo dei pazienti ad alto rischio, ma dell'intera popolazione di giovani ed adulti, che sono il grande serbatoio della malattia. Ciò, ovviamente, comporta uno stress relazionale non indifferente: una cosa è dare un consiglio diretto e moralistico al tossicodipendente di lungo corso, che vediamo molto lontano da noi; tutt'altra è dare un consiglio non-direttivo e non-intrusivo a pazienti che sono magari stretti conoscenti, o alla propria nipote o al proprio figlio. E bisogna gestire le ricadute di quel consiglio sui metodi preventivi da adottarsi da parte della coppia. Si tratta di trovare una via di mezzo tra un'informazione sistematica e neutra - per questo meno stigmatizzante - e la interlocuzione inter-personale più intima ma meno intrusiva e moralistica possibile. Un compito raffinato, che tra l'altro presuppone un rapporto stretto con i laboratoristi, con i colleghi infettivologi e psicologi dedicati, rapporto oggi spesso assente.

Una via difficile ma obbligata deve spingerci ad organizzare task-force tra operatori sanitari, e in questa trama al primo posto vi saranno i gruppi di Audit tra MMG. Per questo motivo abbiamo già deciso di ripetere questo Audit tra un anno, per vedere se saremo riusciti a modificare questa nostra carenza in un campo così importante.

## Bibliografia

- 1) <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>
- 2) <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5631a5.htm>
- 3) Katz M. et al - Hiv infection In: Current medical diagnosis and treatment -Lange Medical books- 2006

### NOTA PER I LETTORI

Per una migliore visione delle figure consigliamo di utilizzare l'ingranditore percentuale presente in Acrobat Reader



**L'inverno dell'albero**  
(Mario Baruchello)

### NOTE EDITORIALI PER GLI AUTORI

Gli articoli proposti per la pubblicazione su QQ devono essere inviati a Francesco Del Zotti ([francesco.delzotti@tin.it](mailto:francesco.delzotti@tin.it)) ed a Mario Baruchello ([mario.baruchello@tin.it](mailto:mario.baruchello@tin.it))

L'impaginazione deve essere **ad una sola colonna**.

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

La traduzione in inglese dei singoli articoli è a carico degli autori.