

- Studi sul territorio: Valutazione dell'impatto di un corso relativo alla prescrizione di farmaci antimicrobici
  - Sorveglianze nazionali -L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia
  - Istruzioni per gli autori
- 

## **Studi sul territorio: Valutazione dell'impatto di un corso relativo alla prescrizione di farmaci antimicrobici**

Pasquale Falasca, Franco Gianelli, Maria Vittoria Novi, Davide Resi - Azienda Usl di Ravenna

Nella realtà italiana, nell'ambito della medicina generale, si ha un'elevata propensione all'utilizzo di farmaci antimicrobici ad ampio spettro. Negli ultimi anni, il problema della razionalizzazione dell'utilizzo di antimicrobici è stato ritenuto di importanza prioritaria per fronteggiare le segnalazioni sempre più frequenti di antibiotico-resistenze (1). Si avverte quindi la necessità di interventi di tipo formativo sui medici di medicina generale (MMG), al fine di promuovere la diffusione di comportamenti prescrittivi appropriati (2).

Partendo, quindi, da questa esigenza, durante l'autunno del 1999 un gruppo di 6 medici associati, appartenenti alla rete di San Pietro in Vincoli dell'Azienda Usl di Ravenna, che conta 6900 assistiti, ha partecipato a un corso (due serate, della durata complessiva di 6 ore), condotto da uno specialista in malattie infettive, sull'utilizzo razionale dei farmaci antimicrobici. Durante i due incontri sono state illustrate le caratteristiche di sensibilità agli antibiotici dei germi più comunemente coinvolti nelle infezioni solitamente trattate dai MMG, con particolare riferimento alle infezioni delle vie aeree. Nello specifico, si è focalizzata l'attenzione sui germi epidemiologicamente rilevanti nel territorio della Usl (in base a dati forniti dal Laboratorio di Microbiologia). Sono state condivise le linee guida aziendali, già diffuse in due riprese (all'inizio del 1997 e nell'aprile del 1999) a tutti i MMG dell'Azienda. Tali linee guida indicano come farmaci di prima scelta nella maggioranza delle infezioni delle vie aeree le penicilline per via orale.

Sempre nell'ambito del corso, sono state analizzate le prescrizioni di farmaci antimicrobici per uso sistemico a carico del Servizio Sanitario Nazionale in due periodi epidemiologicamente significativi e omogenei per l'incidenza delle malattie delle vie respiratorie, prima e dopo il corso di formazione. I periodi considerati sono il primo trimestre 1999 e il primo trimestre 2000. L'analisi è stata effettuata sull'intera Azienda e sul gruppo di medici partecipante al corso di formazione.

I dati di prescrizione sono quelli relativi ai farmaci antimicrobici a uso sistemico (J01 della classificazione ATC). E' stato effettuato, nell'ambito dei due periodi presi in considerazione, un confronto fra il gruppo di 6 medici e tutti i 300 MMG dell'Azienda, in termini di soggetti trattati (esposti/1000assistibili), di volume globale prescritto (DDD/1000assistibili/die) e di spesa per assistibile e per giornata di terapia.

**Tabella - Indicatori di utilizzo e volumi di prescrizione di farmaci antimicrobici a uso sistemico.**

Indicatore	Rete di S.Pietro in Vincoli			Azienda			
	Farmaci	1999	2000	Differenz a%	1999	2000	Differenza %
<b>Trattati per 1.000 assistibili</b>		216	171	-20,8%	215	191	-11,2%
<b>Spesa x per assistibile (in lire)</b>		11002	8557	-22,2%	10253	9662	-5,8%
<b>Spesa/DDD (in lire)</b>		6008	4359	-27,4%	5868	6585	12,2%
<b>DDD per 1.000 assistibili/die</b>		20,4	21,6	6,0%	19,5	16,5	-15,2%
<b>Penicilline</b>		11,9	15,6	30,7%	9,2	8,0	-12,8%
<b>Cefalosporine</b>		2,2	0,8	-62,9%	2,5	1,8	-28,9%
<b>Macrolidi</b>		2,7	2,2	-19,3%	4,7	3,9	-17,8%
<b>Chinolonici</b>		2,4	1,7	-28,5%	1,8	1,7	-6,5%

Il tasso di prevalenza (trattati/1000 assistibili nel trimestre), corrispondente al numero di soggetti esposti ad antimicrobici per la rete di San Pietro in Vincoli (nel 1999 sovrapponibili a quelli aziendali) mostra un calo più consistente (20% rispetto all'11% aziendale). Il dato aziendale di spesa per assistibile mostra una diminuzione del 5,8% rispetto al 1999; la rete di medici, avente inizialmente un valore più alto rispetto a quello aziendale nel primo trimestre 1999.

Mentre il dato relativo alla spesa per assistibile è influenzato anche dal numero di soggetti trattati, il dato espresso in spesa per giornate di terapia è esclusivamente in funzione del costo dei farmaci utilizzati. I dati riportati in Tabella mostrano come la rete abbia utilizzato nel 2000 farmaci meno costosi rispetto al 1999 e che la riduzione globale della spesa non è solo dovuta a una diminuzione del numero di soggetti trattati, come invece succede a livello aziendale. La natura di questo cambiamento è visibile se si analizza il tipo di antibiotici utilizzati nei due periodi presi in esame.

L'aumento nel gruppo di medici di San Pietro in Vincoli delle DDD/die, che sono invece diminuite nell'Azienda, si spiega verosimilmente col passaggio a farmaci per uso orale rispetto a farmaci iniettabili che sono venduti anche in confezione monodose.

In conclusione, nel periodo di osservazione, i medici della rete di San Pietro in Vincoli hanno notevolmente modificato la loro modalità di prescrizione di farmaci antimicrobici. In particolare, sia il tasso di esposizione (diminuito) che la propensione alla prescrizione di antimicrobici classici (aumentata) hanno subito cambiamenti notevoli. Tali cambiamenti sembrano ascrivibili al fatto di avere partecipato al corso di formazione, essendo i dati di prescrizione del gruppo di partecipanti al suddetto corso differenti da quelli del resto dell'Azienda.

I risultati a nostra disposizione confermano che la formazione continua in medicina generale può essere un ottimo strumento da affiancare a provvedimenti di tipo normativo, al fine di migliorare l'approccio terapeutico del singolo medico e l'utilizzo razionale dei farmaci. L'esperienza positiva ha infatti portato la Usl di Ravenna a sviluppare iniziative di carattere formativo rivolte sempre ai MMG.

## Il commento

Pierluigi Morosini, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

Recenti rassegne comparse sulla Cochrane Library (2) e un articolo di sintesi (3) fanno il punto su quello che si sa sull'efficacia dei diversi interventi per migliorare la pratica professionale medica. Sono poco efficaci la distribuzione di opuscoli e di altro materiale informativo. La partecipazione a progetti di miglioramento continuo della qualità (MCQ) e di audit (valutazione seguita da feedback senza altri accorgimenti) avrebbe un'efficacia modesta anche se non trascurabile. I miglioramenti più significativi si otterrebbero con raccomandazioni sostenute attivamente da un leader del campo, con le cosiddette *outreach visits* (ossia con visite negli studi medici da parte di personale appositamente preparato, una sorta di informatori medici inviati però non da case farmaceutiche, ma da centri di formazione, come le università) e con l'inserimento di promemoria in moduli o in programmi informatici.

Il lavoro di Falasca, Gianelli, Novi, Resi dell'Azienda Usl di Ravenna è un buon esempio di miglioramento della pratica professionale di prescrizione degli antibiotici ottenuto con un progetto di MCQ, con qualche elemento delle *outreach visits* e con il coinvolgimento di un leader del settore, visto che il corso sugli antibiotici è stato tenuto, solo per sei medici associati, da un autorevole specialista.

Nei progetti di miglioramento (ciclo MCQ - miglioramento continuo della qualità - o PDCA (PLAN-DO-CHECK-ACT)) di solito ci si limita ad accertare se si sono ottenuti i miglioramenti voluti mediante un confronto pre-post. Il maggior pregio di questo lavoro sta nel fatto che al confronto pre-post nel gruppo di medici associati è stato affiancato il confronto pre-post negli altri medici generali dell'Azienda. Si è potuto così dimostrare che la razionalizzazione nell'uso degli antibiotici da parte del gruppo di medici associati era in gran parte dovuto al loro particolare percorso formativo e non ad altri cambiamenti più generali. Si è così eliminata una delle principali sorgenti di confondimento nell'interpretazione dei risultati. Si sono però osservati miglioramenti, anche se più ridotti, anche negli altri medici dell'Azienda. Gli Autori non specificano a quale fattore debba essere attribuito tale miglioramento, il quale potrebbe essere dovuto al fenomeno che, in epidemiologia, è chiamato "contaminazione": l'effetto che sui colleghi potrebbe avere avuto la conoscenza che i 6 medici associati erano impegnati in questo sforzo di arricchimento culturale.

In conclusione, un piccolo gioiello da imitare altrove, visto che in valutazione e miglioramento di qualità non ci sono problemi di plagio o di ridondanza.

1. Traversa G. Notiziario Ist. Super. Sanità 2001; 14(1): iv.
2. O'Brien Thomson MA, Oxman AD, Davis DA, et al. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.
3. Bero L, Grilli R, et al. BMJ, 1998; 317: 465-8.

# Sorveglianze nazionali -L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia

*Angela Spinelli e Michele Grandolfo -Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica*

Nel 1978 è stata approvata in Italia la Legge 194 "Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" che regola le modalità del ricorso all'aborto volontario. Grazie a essa qualsiasi donna, per motivi di salute, economici, sociali o familiari, può richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle regioni. Dal 1980 è in funzione presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, il sistema di sorveglianza epidemiologica dell'IVG. Tale sistema si basa sulla rilevazione trimestrale effettuata dagli uffici competenti degli Assessorati regionali alla Sanità, in cui i dati, contenuti nei modelli D12/ISTAT, vengono aggregati su appositi questionari. Tale aggregazione è effettuata in funzione delle principali caratteristiche socio-demografiche delle donne (età, residenza, stato civile, storia riproduttiva) e secondo le principali caratteristiche dell'intervento (settimana di gestazione, urgenza, luogo di certificazione, luogo e tipo di intervento, durata della degenza e complicanze immediate). Queste informazioni vengono inviate all'ISS, che provvede al controllo dei dati e alla loro analisi, per valutare il trend spazio-temporale del fenomeno e l'evoluzione delle caratteristiche delle donne che abortiscono. Sulla base delle analisi di questi dati viene predisposta annualmente dall'ISS e dal Ministero della Sanità una relazione che il Ministro della Sanità presenta al Parlamento. L'Italia è attualmente uno dei Paesi al mondo che dispone dei dati più accurati e aggiornati.

In questi anni, dopo un incremento iniziale dell'incidenza del fenomeno, fino a 234 000 IVG nel 1982 (pari a un tasso di abortività di 17,2 per 1 000 donne in età 15-49 anni e a un rapporto di abortività di 380,2 per 1000 nati vivi), si è osservata una costante diminuzione, arrivando a 139 000 IVG del 1999 (tasso di abortività pari a 9,9 per 1 000 e rapporto di abortività pari a 266,9). Questa riduzione corrisponde a una variazione percentuale di -42% per il tasso di abortività e di -30% per il rapporto nell'arco di 15 anni e a circa 100 000 donne in meno che ricorrono annualmente all'IVG.

L'incidenza del fenomeno è simile a quella di altri Paesi dell'Europa nord-occidentale (i tassi di abortività variano da 6,5 per 1 000 in Olanda a 18,7 in Svezia), ma di molto inferiore ai dati dei Paesi dell'Europa orientale (che presentano spesso tassi intorno a 50 per 1 000) e degli Stati Uniti (22,9 per 1 000).

Come per molti altri fenomeni sanitari esistono delle differenze all'interno del Paese tra regioni e tra aree geografiche: nel 1999 il tasso di abortività è risultato essere 9,6 per 1 000 al Nord, 11,0 al Centro, 10,5 al Sud e 7,8 nelle Isole. La diminuzione del fenomeno si è osservata ovunque e vi è una tendenza all'assottigliarsi delle differenze nel tempo (Tabella). I maggiori decrementi si sono verificati nelle regioni dove è stato più elevato il ricorso al consultorio familiare per la certificazione pre-IVG. Inoltre, l'ISS ha stimato, con modelli matematici, la persistenza di una certa quota di aborto clandestino (27 000 nel 1998) che si distribuisce in maniera eterogenea sul territorio nazionale con una maggior frequenza nelle regioni del Sud. Applicando le stesse procedure nel 1983 erano stati stimati circa 100 000 aborti clandestini. Quindi, anche per questo fenomeno è stata stimata una diminuzione di due terzi (1, 2).

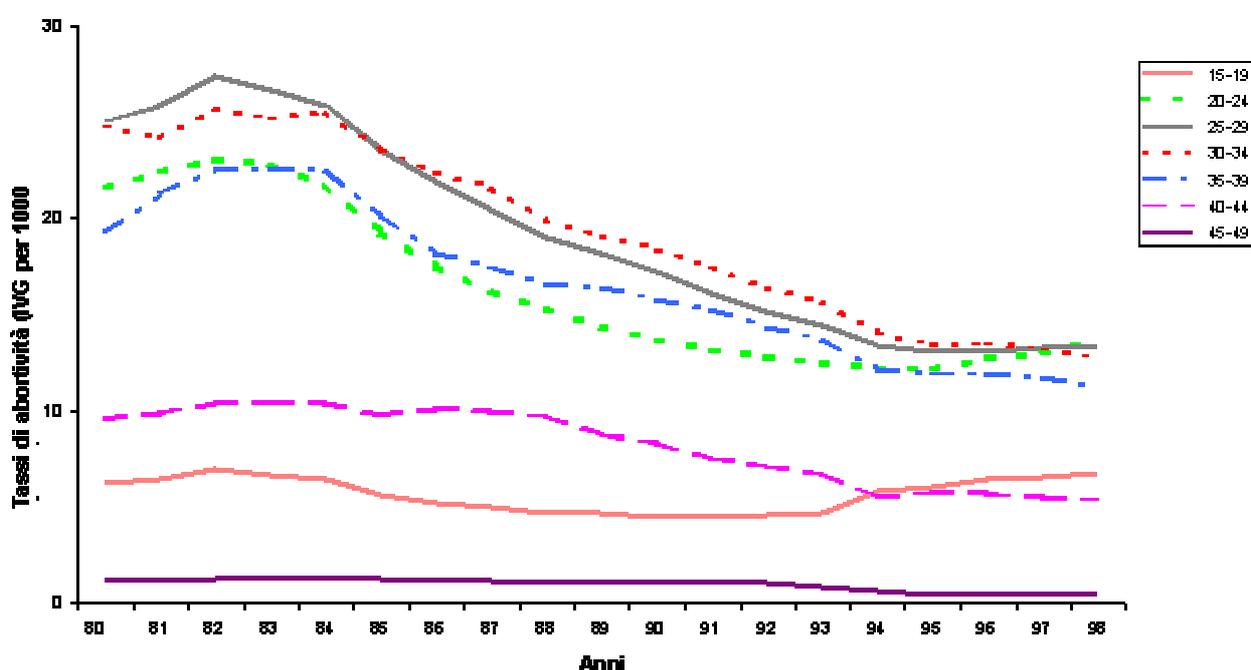
**Tabella - Numero di IVG e tasso di abortività. Italia, confronto 1983-98**

Regione	Numero IVG		Tasso di abortività		
	1983	1998	1983	1998	% Variazione
<b>Italia settentrionale</b>	<b>105 430</b>	<b>57 075</b>	<b>16,8</b>	<b>9,3</b>	<b>-44,6</b>
Piemonte	21 077	10 599	19,7	10,5	-46,7
Valle d'Aosta	517	297	19,1	10,3	-46,1
Lombardia	36 279	21 329	16,1	9,6	-40,4
P.A. Bolzano	760	552	7,1	4,8	-32,4
P.A. Trento	1 329	1 081	12,4	9,5	-23,4
Veneto	10 316	6 030	9,6	5,4	-43,8
Friuli-Venezia Giulia	5 183	2 296	18,6	8,3	-55,4
Liguria	7 790	3 998	19,0	11,1	-41,6
Emilia-Romagna	22 179	10 893	23,6	11,8	-50,0
<b>Italia centrale</b>	<b>52 423</b>	<b>29 751</b>	<b>19,8</b>	<b>11,1</b>	<b>-43,9</b>
Toscana	17 182	9 081	20,5	11,1	-45,9
Umbria	3 925	2 401	20,8	12,5	-39,9
Marche	5 169	2 723	15,4	8,0	-48,1
Lazio	26 147	15 546	20,4	11,7	-42,6
<b>Italia meridionale</b>	<b>57 441</b>	<b>38 340</b>	<b>17,3</b>	<b>10,6</b>	<b>-38,7</b>
Abruzzo	4 615	2 851	16,1	9,2	-42,9
Molise	1 259	975	16,7	12,4	-25,7
Campania	15 441	13 685	11,4	9,1	-20,2
Puglia	29 250	15 579	30,2	14,7	-51,3
Basilicata	1 648	934	11,3	6,2	-45,1
Calabria	5 228	4 316	10,6	8,3	-21,7
<b>Italia insulare</b>	<b>18 682</b>	<b>13 191</b>	<b>11,7</b>	<b>7,7</b>	<b>-34,2</b>
Sicilia	14 181	10 376	11,9	8,1	-31,9
Sardegna	4 501	2 815	11,3	6,4	-43,4
<b>ITALIA</b>	<b>233 976</b>	<b>138 357</b>	<b>16,9</b>	<b>9,8</b>	<b>-42,0</b>

Dagli studi sino a oggi effettuati (3) si è osservato che il ricorso all'IVG non è nella maggioranza dei casi una scelta di elezione, bensì una conseguenza dell'incapacità concreta di regolare la fecondità con altri metodi, nonostante vi sia una disposizione positiva verso la contraccezione (oltre il 70% delle donne che abortiscono aveva fatto ricorso a un metodo contraccettivo al momento del concepimento, prevalentemente il coito interrotto). Ciò è confermato dall'andamento delle IVG ripetute, nettamente al di sotto di quello stimato, con modelli matematici, assumendo costanti nel tempo i comportamenti per la regolazione della fecondità (4).

Esistono certamente sottopopolazioni in cui il ricorso all'aborto risulta più elevato: le donne con figli, quelle con titolo di studio più basso e le casalinghe. Le riduzioni più consistenti del fenomeno sono state osservate tra le donne coniugate, tra quelle di età compresa tra i 25 e i 34 anni (Figura) e quelle con figli (5).

**Figura - Tassi di abortività specifici per età. Italia, 1980-98**



Inoltre, negli ultimi anni si sta evidenziando un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza richiesto da donne straniere immigrate in Italia. Infatti, delle 138 357 IVG del 1998, 13 826 (pari al 10%) sono state effettuate da cittadine straniere, mentre nel 1996 le straniere che hanno fatto ricorso all'IVG sono state 9 850. L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è sicuramente dovuto all'aumento della loro presenza in Italia: i permessi di soggiorno, ad esempio, secondo i dati ISTAT, sono passati da 678 000 nel 1995 a 1 100 000 nel 1999. Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni l'ISTAT ha inoltre calcolato che il tasso di abortività in questa popolazione era pari a 28,7 nel 1998, circa tre volte superiore a quello osservato tra le cittadine italiane. Il contributo delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza del fenomeno. Infatti, se si considerano solo le cittadine italiane, l'aborto risulta essere ancora in diminuzione: 127 700 IVG richieste da donne italiane nel 1996 e 123 728 nel 1998, anni più attendibili perché i casi in cui manca l'informazione della cittadinanza sono pochi (6).

In conclusione, la riduzione del fenomeno trova giustificazioni nella sostanziale modificazione della tendenza al ricorso all'aborto a favore di un maggiore e migliore uso dei metodi per la procreazione responsabile; inoltre, un ruolo decisivo è svolto dai consultori familiari. Tenendo conto delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che maggiormente contribuiscono al fenomeno, sono ipotizzabili ampi margini di riduzione, anche attraverso un potenziamento dei suddetti servizi.

#### Riferimenti bibliografici

1. Relazione del Ministro della Sanità sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78): dati preliminari 1999, dati definitivi 1998. Luglio 2000.
2. Figà Talamanca I., Spinelli A. *Contracez Fertil Sessual* 1986; 13: 263-9.
3. Grandolfo M.E., Spinelli A., Donati S., Pediconi M., Timperi F., Stazi M.A., Andreozzi S., Greco V., Medda E., Lauria L. *Epidemiologia dell'interruzione volontaria di gravidanza in Italia e possibilità di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1991. Rapporti ISTISAN 91/25.
4. De Blasio R., Spinelli A., Grandolfo M.E. *Ann Ist Super Sanità* 1988; 24: 331-8.
5. Spinelli A., Boccuzzo G., Grandolfo M.E., Buratta V., Pediconi M., Donati S., Frova L., Timperi F. *Ann Ist Super Sanità* 1999; 35: 307-14.
6. Boccuzzo G. editor. *L'abortività volontaria in Italia. Tendenze e comportamento degli anni '90*. Informazioni n. 3. Roma: ISTAT; 2000.

## Istruzioni per gli autori

Uno degli obiettivi principali del BEN è di diffondere i risultati di esperienze effettuate a livello di Regioni e di Aziende Sanitarie, che identifichino i principali problemi di salute e le strategie appropriate per affrontarli. Il BEN accetta proposte di manoscritti da operatori impegnati nella sanità pubblica, sia a livello regionale che locale. Gli articoli possono trattare argomenti che vanno dalle malattie infettive, a quelle croniche degenerative, agli incidenti, ai programmi di prevenzione e assistenziali.

Sebbene le seguenti siano soltanto indicazioni non prescrittive, un articolo per il BEN risponde ad alcune caratteristiche:

- un'esperienza originale;
- un'informazione utile per migliorare la sanità pubblica, perché individua un problema di salute (es. Gli adolescenti non sono protetti contro l'epatite B), oppure perché individua una soluzione a un problema di salute (es. la ASL di Monza non ha più casi di morbillo dal 1991 perché ha vaccinato tutti i bambini con due dosi);
- lo studio o l'intervento devono avere carattere di esemplarità: dovrebbero essere semplici da effettuare ed economici;
- l'articolo dovrebbe essere breve (non più di 6 000 caratteri compresi gli spazi).

Ogni contributo inviato al BEN deve contenere i seguenti elementi:

- titolo: breve, ma descrittivo (es. "Incidenza delle gastroenteriti nella popolazione tra 0 e 5 anni - Pordenone, 2001");
- autori: cognome, nome per esteso ed eventuali collaborazioni. Per ogni autore o collaboratore deve essere riportato l'ente di appartenenza. Deve anche essere indicato l'autore per la corrispondenza (indirizzo, telefono, fax, E-mail);
- testo: include una parte introduttiva e la descrizione dei metodi e risultati.

Ogni rapporto di un'indagine di campo ha come introduzione un breve paragrafo che descrive il chi, il cosa, il quando, il dove, il come. Invece, in altre tipologie di contributo all'inizio deve essere introdotto il problema, e subito dopo il chi, il cosa, il quando, il dove, il come, e forse, il perché e infine una frase che riassume il senso dell'articolo.

La sezione dei metodi, breve, con non più di cinque frasi, dovrebbe descrivere l'investigazione, il survey o comunque come sono stati raccolti e analizzati i dati riportati, come è stata condotta l'indagine.

I risultati debbono riportare dati clinici, epidemiologici, di laboratorio, analitici senza interpretazioni o altri commenti. Dovrebbero essere presentati con un ordine logico, accompagnati da tabelle o figure, solo se necessarie. In altre parole è opportuno evitare sovrapposizioni di informazioni tra testo e tabelle; piuttosto è necessario riassumere nel testo dati importanti analiticamente riportati nelle tabelle oppure spiegare nel testo le figure.