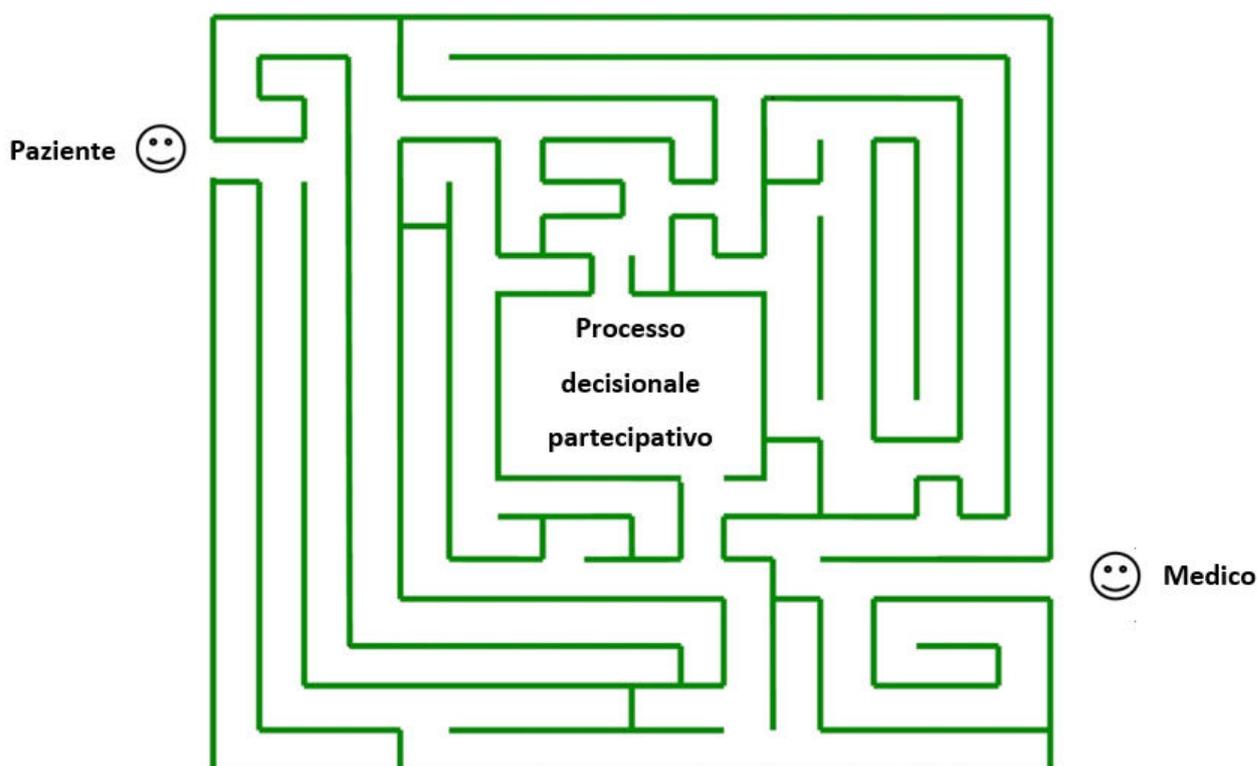


# Linee guida per la moderazione di circoli di qualità

## Processo decisionale partecipativo in caso di malattie infettive potenzialmente autolimitanti

Adrian Rohrbasser, Reto Auer, Melinda Toth



<b>Processo decisionale partecipativo in caso di malattie infettive potenzialmente autolimitanti .....</b>	<b>3</b>
<b>Contesto .....</b>	<b>3</b>
Prescrizione di antibiotici nell'ambito della medicina di base.....	3
Decisioni partecipative: di cosa si tratta? .....	3
<b>Schede informative per medici .....</b>	<b>3</b>
<b>Strumenti d'ausilio per le consultazioni .....</b>	<b>3</b>
<b>Modelli di rappresentazione del caso .....</b>	<b>4</b>
<b>Processo interno al circolo di qualità.....</b>	<b>4</b>
<b>Sensibilizzazione sul tema .....</b>	<b>4</b>
<b>Discussione dei casi ed esercitazione del processo decisionale partecipativo .....</b>	<b>4</b>
Esempi di casistica.....	4
Pratica del processo decisionale attraverso il gioco di ruolo.....	5
<b>Letteratura .....</b>	<b>7</b>

## Processo decisionale partecipativo in caso di malattie infettive potenzialmente autolimitanti

### Contesto

#### Prescrizione di antibiotici nell'ambito della medicina di base

L'antibiotico-resistenza è un problema crescente, riconducibile all'eccessiva prescrizione di antibiotici che è frequente nell'ambito della medicina di base. Con una ridotta prescrizione di antibiotici da parte dei medici di famiglia, lo sviluppo della resistenza batterica dovrebbe rallentare.<sup>1-4</sup>

Sebbene la Svizzera abbia emanato linee guida per la prescrizione di antibiotici, nel nostro Paese molti medici di famiglia ne prescrivono ancora troppi per infezioni comuni, spesso virali o batteriche autolimitanti.<sup>5-12</sup> I motivi potrebbero risiedere nel fatto che il medico di famiglia si sente messo sotto pressione da parte dei suoi pazienti o che né il medico né i pazienti sono consapevoli dei rischi di un'eccessiva prescrizione di antibiotici, così come delle opzioni terapeutiche alternative.<sup>13-16</sup> La sensibilizzazione dei medici di famiglia sull'eccessiva prescrizione di antibiotici, le informazioni sulle alternative terapeutiche nonché il sostegno fornito ai pazienti durante le spiegazioni possono abbassare il tasso di prescrizione degli antibiotici.

- Nel contesto di un processo decisionale congiunto con i loro medici di famiglia, i pazienti possono essere efficacemente sensibilizzati.
- Se ben informati, i pazienti ricorrono meno frequentemente a opzioni terapeutiche che prevedono la somministrazione di antibiotici.<sup>17-21</sup>

#### Decisioni partecipative: di cosa si tratta?

Nell'ambito del processo decisionale partecipativo, il paziente e il medico di famiglia cercano insieme, durante il colloquio, di pervenire a una decisione ottimale per il paziente. Tale processo decisionale deve tenere in considerazione tanto i **dati medici** (idealmente basati sull'evidenza), l'**esperienza** e le **conoscenze** del **medico di famiglia** quanto le **esperienze**, i **desideri** e i **valori** del **paziente**. La responsabilità della scelta riguardo alle modalità di diagnosi o di trattamento è così condivisa e può quindi discostarsi dalla possibilità inizialmente reputata migliore dal medico di famiglia.<sup>22</sup>

Due elementi chiave del processo decisionale sono l'indagine sulle **preferenze del paziente** e la **condivisione delle conoscenze** tra il medico di famiglia e il paziente.<sup>23</sup> Il presupposto è che entrambi concordino sul fatto che sia possibile e necessaria una valutazione medica della situazione, che occorra prendere una decisione e che entrambi vogliano delineare insieme le opzioni diagnostiche e terapeutiche, collaborando alla pari.<sup>24</sup> L'obiettivo è illustrare ai pazienti le diverse possibilità, sempre basate sull'evidenza, e i rispettivi vantaggi e svantaggi, in una forma per loro comprensibile. Lo scopo è rafforzare il processo decisionale dei pazienti secondo i loro obiettivi e consentire loro una scelta autonoma fondata sulle migliori informazioni riguardanti le diverse opzioni terapeutiche, con tutti i «pro» e i «contro».<sup>25</sup>

#### Schede informative per medici

Le schede informative per medici contengono le informazioni più importanti su una specifica malattia e sono suddivise nelle seguenti sezioni: **epidemiologia**, **quadro clinico**, **diagnosi** e **opzioni terapeutiche con e senza antibiotici**. Le schede informative fungono da guide riepilogative per il medico di famiglia.

I circoli di qualità (CQ) possono utilizzare i modelli di rappresentazione già formulati o i propri esempi di casistica per tenere presenti i tipici quadri clinici, l'epidemiologia, i sintomi clinici, le «bandiere rosse» (segnali d'allarme), i rischi di complicanze – senza e con la terapia antibiotica, nonché gli effetti e i rischi della terapia antibiotica.

## Strumenti d'ausilio per le consultazioni

Gli strumenti d'ausilio per le consultazioni (**StrAC**) sono consultabili al seguente link:

[https://www.biham.unibe.ch/research/tools\\_to\\_facilitate\\_shared\\_decision\\_making/index\\_eng.html](https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html)

Abbiamo redatto specifici StrAC per le infezioni delle vie urinarie (IVU), il mal di gola, l'otite media acuta (OMA), la rinosinusite e la tosse infettiva acuta.

Essi fungono da supporto decisionale partecipativo per il paziente, devono essere illustrati dal medico al paziente e quindi discussi insieme.

## Modelli di rappresentazione del caso

Prima dell'incontro del CQ, le domande e i modelli di rappresentazione del caso di ogni malattia infettiva potenzialmente autolimitante vengono inviati ai partecipanti al CQ per introdurli alla materia. I temi vertono principalmente sul decorso spontaneo, sui rischi con e senza terapia antibiotica e sui rischi della terapia antibiotica stessa. Se le risposte alle domande sono fornite prima del CQ, il moderatore può presentare una sintesi dei risultati al gruppo.

In alternativa, le domande possono essere esaminate anche all'interno del gruppo, come introduzione e sensibilizzazione sul tema (cfr. sotto).

## Processo interno al circolo di qualità

### Sensibilizzazione sul tema

Sensibilizzazione sul tema attraverso la sintesi grafica (elenco Excel) delle risposte dei partecipanti al CQ da parte del moderatore.

Sensibilizzazione sul tema attraverso l'esame delle domande e dei modelli di rappresentazione predisposti. È ipotizzabile, per esempio, che i partecipanti immettano le loro risposte tramite smartphone e che la loro condivisione possa essere visualizzata all'interno del gruppo.

### Discussione dei casi ed esercitazione del processo decisionale partecipativo

Riunione, discussione e valutazione del contenuto delle schede informative per medici (**Evidence-based Summary Information, EBSI**), sulla base dei propri casi clinici, dei modelli di rappresentazione inviati prima del CQ o degli esempi di casistica descritti di seguito.

Leggere e comprendere gli StrAC. Esercitare il processo decisionale partecipativo nel gruppo CQ mediante giochi di ruolo sulla base degli esempi di casistica. Il medico di famiglia e il paziente hanno a disposizione gli strumenti d'ausilio per le consultazioni.

### Esempi di casistica

#### Caso 1: IVU non complicata

Una donna di 29 anni (senza fattori di rischio) si presenta nel Suo studio e Le chiede aiuto per i seguenti sintomi, che persistono da 2 giorni: urgenza minzionale, pollachiuria, bruciore e dolore durante la minzione, senza perdite vaginali né febbre. Si sente male, ma lavora comunque perché non può permettersi assenze dal lavoro, motivo per cui vorrebbe guarire velocemente. Ieri ha assunto paracetamolo 3 x 500 mg per il dolore, ma non ha ancora agito sulla possibile causa dei disturbi.

#### Caso 2: mal di gola

Un insegnante di 50 anni (senza malattie preesistenti) riferisce mal di gola e dolore alla deglutizione da ieri. Inoltre si sente un po' fiacco e stamattina presto aveva febbre (37,8°C). Dal momento che deve parlare molto durante le lezioni e non vorrebbe in nessun caso diventare ancora più rauco, Le richiede un antibiotico contro il suo fastidioso mal di gola. Durante la visita si evidenziano tonsille arrossate con essudato.

### Caso 3: dolore auricolare acuto

Otto, che ha 14 mesi e cresce regolarmente, a detta di sua madre presenta naso chiuso, colante e con secrezione purulenta da circa 1 settimana. Da 2 giorni, Otto piange e continua a toccarsi l'orecchio sinistro. È più irrequieto da sdraiato rispetto a quando la madre lo porta in giro. Otto ha anche avuto un rialzo febbrile, transitoriamente sopra i 38,5°C. Al momento, benché piagnucoloso, Otto segue piuttosto attentamente ciò che gli accade intorno. All'esame otoscopico, il timpano sinistro appare rosso e sporge in avanti, a destra appare ugualmente rosso, ma in sede.

### Caso 4: rinosinusite

La signora Sini, 45 anni, giunge in ambulatorio lamentando un raffreddore che persiste da 1 settimana, con ostruzione nasale, perdita dell'olfatto e cefalea. Si sente esausta poiché dorme male a causa dell'ostruzione nasale. Due giorni fa ha avuto febbre (38,3°C), ma nel frattempo si è risolta. La signora Sini teme una sinusite cronica e vorrebbe sapere da Lei se una terapia antibiotica possa avere senso. Finora ha effettuato quotidianamente dei suffumigi di camomilla, ma ha bisogno di qualcosa di più forte.

### Caso 5: tosse infettiva acuta

Il signor Lunger, un architetto di 62 anni (senza malattie preesistenti) riferisce una tosse forte e catarrosa da ormai 11 giorni. Tutto è iniziato con raffreddore e gola irritata, poi i sintomi hanno migrato verso il basso. Da allora, a causa dei frequenti accessi di tosse, ha iniziato ad accusare cefalea e dolori muscolari al torace. Non è possibile che il «raffreddore» persista così a lungo. È certo che si tratti di polmonite, anche se non ha febbre, e poiché sta esaurendo la pazienza, vuole subito una radiografia polmonare e una terapia antibiotica.

## Pratica del processo decisionale nel gioco di ruolo

Pratici i passaggi tramite giochi di ruolo, con i Suoi esempi o con quelli sopra menzionati.

In pratica, un possibile svolgimento del processo decisionale partecipativo potrebbe essere il seguente:

Un colloquio su una particolare procedura medica comprende, oltre alla comunicazione di dati medici, anche il sostegno emotivo del paziente basato sulla fiducia. I pazienti si aspettano allo stesso tempo competenza professionale, empatia, tempo, interesse genuino e rispetto.<sup>26,27</sup> Essere a disposizione quale persona di fiducia e interlocutore è parte integrante del ruolo del medico di famiglia. In questo senso, i pazienti non si aspettano che quest'ultimo sia il depositario del sapere, ma che debba e possa utilizzare degli strumenti d'ausilio.<sup>26</sup>

Per il processo decisionale si può utilizzare il «Three-talk model» di Glyn Elwyn (2012).<sup>25</sup>

### I 3 passaggi

1. **Choice talk:** affrontare l'esigenza di prendere una decisione.
2. **Option talk:** prospettare le diverse opzioni, tra cui anche quella di *non fare nulla*.
3. **Decision talk:** pervenire a una decisione tenendo conto dei valori e delle preferenze del paziente.

### Choice talk

- Faccia un riepilogo della situazione e sottolinei l'esigenza di prendere una decisione.
- Ribadisca che esistono diverse opzioni, quindi anche diverse possibilità di scelta. Talvolta i pazienti fraintendono questa informazione e hanno quindi l'impressione che il medico di famiglia non abbia la competenza e/o la preparazione sufficienti. Eviti questa situazione, per esempio dicendo: «Ci sono buone motivazioni per scegliere l'uno o l'altro approccio. Vorrei discuterle con Lei».
- Spieghi il motivo per cui desidera prendere la decisione insieme al paziente. Sottolinei l'importanza dell'attenzione dedicata alle opinioni del paziente e il fatto che in medicina non esistono certezze assolute.

### *Commenti*

Alcuni pazienti trovano snervante dover compiere una scelta. Se Lei lo intuisce o il paziente si esprime in merito, spieghi un'altra volta perché vuole coinvolgerlo nella decisione.

Rimandi la decisione alla fine del colloquio («decision talk»). Alcuni pazienti chiedono già in questa fase al medico di famiglia che decisione dovrebbero prendere. Provi a dire, per esempio: «Le illustro volentieri la mia opinione. Ma prima vorrei analizzare con Lei le varie opzioni, in modo che possa capire meglio di cosa si tratta».

### **Option talk**

- Si informi sul livello di conoscenza dei pazienti. Neppure i pazienti ben informati conoscono sempre tutte le opzioni e le loro implicazioni. Usi un linguaggio chiaro e comprensibile. Presenti le analogie («entrambe le opzioni prevedono la possibilità di assumere analgesici») e le differenze («una delle opzioni prevede il trattamento con analgesici, l'altra la somministrazione di antibiotici»). Discuta anche la possibilità di **non fare nulla**. Affronti le paure e le reticenze, spesso basate sulle proprie esperienze o sui racconti di familiari e conoscenti.
- Descriva i vantaggi e gli svantaggi delle singole opzioni. Questo è uno degli elementi cardine del processo decisionale partecipativo. Fornisca le informazioni in quantità «digeribili» e verifichi se sono state comprese («chunking and checking»).

### *Commenti*

Faccia riferimento agli strumenti d'ausilio per le consultazioni, che sono stati strutturati in modo facilmente comprensibile in collaborazione con i pazienti e sono basati sull'evidenza.

Faccia un riepilogo delle opzioni e verifichi se il paziente ha compreso le sue affermazioni chiedendo di illustrarle con le sue parole («teach back»). Questo permette di individuare eventuali fraintendimenti.

### **Decision talk**

- Si concentri sulle preferenze dei pazienti e li aiuti a esprimerle.
- Stabilisca insieme ai pazienti se il loro livello di conoscenza è sufficiente per prendere una decisione.

### *Commenti*

Ribadisca ai pazienti che possono cambiare o annullare la propria decisione in qualsiasi momento. Questo allevia il peso della scelta a molti pazienti.

## Letteratura

1. Butler CC, Dunstan F, Heginbotham M, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. *Br J Gen Pract.* 2007;57(543):785-792.
2. Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Butler C, Howard A, Palmer S. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2007;60(1):92-99.
3. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance. *The New England journal of medicine.* 1997;337(7):441-446.
4. Gasser M, Zingg W, Cassini A, Kronenberg A. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in Switzerland. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(1):17-18.
5. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997-2009). *Antimicrob Chemother.* 2011;66 Suppl 6:vi3-12.
6. Control ECfDPa. Summary of the Latest Data on Antibiotic Consumption in the European Union. <http://ecdc.europa.eu/en/eaad/antibiotics-get-informed/antibiotics-resistance-consumption/Pages/data-reports.aspx>. ESAC-Net Surveillance Data November 2016.
7. Müller-Brodmann DH, Dagmar. Swiss Antibiotic Resistance Report 2020: Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Switzerland. Bern Nov. 2020.
8. Glinz D, Leon Reyes S, Saccilotto R, et al. Quality of antibiotic prescribing of Swiss primary care physicians with high prescription rates: a nationwide survey. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2017;72(11):3205-3212.
9. Glinz D. Verbesserungspotential beim Antibiotikaeinsatz. *Bulletin des médecins suisses.* 2018;99(45):1591-1593.
10. Glinz D, Mc Cord KA, Moffa G, et al. Antibiotic prescription monitoring and feedback in primary care in Switzerland: Design and rationale of a nationwide pragmatic randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun.* 2021;21:100712.
11. Hürlimann D, Limacher A, Schabel M, et al. Improvement of antibiotic prescription in outpatient care: a cluster-randomized intervention study using a sentinel Surveillance network of physicians. *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2015;70(2):602-608.
12. Hemkens LG, Saccilotto R, Reyes SL, et al. Personalized Prescription Feedback Using Routinely Collected Data to Reduce Antibiotic Use in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine.* 2017;177(2):176-183.
13. Weiss M, Deave T, Peters T, Salisbury C. Perceptions of patient expectation for an antibiotic: a comparison of walk-in centre nurses and GPs. *Fam.Practice.* 2004;21(5):492-499.
14. Hamm RM, Hicks RJ, Bembem DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? *J Fam Pract.* 1996;43(1):56-62.
15. Dekker ARJ, Verheij TJM, van der Velden AW. Inappropriate antibiotic prescription for respiratory tract indications: most prominent in adult patients. *Family Practice.* 2015;32(4):401-407.
16. Kianmehr H, Sabounchi NS, Seyedzadeh Sabounchi S, Cosler LE. Patient expectation trends on receiving antibiotic prescriptions for respiratory tract infections: A systematic review and meta-regression analysis. *Int J Clin Pract.* 2019;73(7):e13360.
17. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane database of systematic reviews (Online).* 2015;2015(11):Cd010907.
18. van Esch TEM, Brabers AEM, Hek K, van Dijk L, Verheij RA, de Jong JD. Does shared decision-making reduce antibiotic prescribing in primary care? *The Journal of antimicrobial chemotherapy.* 2018;73(11):3199-3205.
19. Bakhit M, Del Mar C, Gibson E, Hoffmann T. Shared decision making and antibiotic benefit-harm conversations: an observational study of consultations between general practitioners and patients with acute respiratory infections. *BMC Family Practice.* 2018;19(1).
20. Visschers V, Feck V, Herrmann A. Wie nehmen Konsumenten und Konsumentinnen Antibiotika, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch wahr? Rapport finale Einer qualitativen und einer quantitativen Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. 2018.
21. Fröhli D. Bevölkerungsumfrage zu Antibiotikaresistenzen 2020: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Adligenswil: Demo SCOPE AG; 30 settembre 2020
22. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000;50(460):892-899.
23. Waldron T, Carr T, McMullen L, et al. Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):59.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine (1982).* 1997;44(5):681-692.
25. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine.* 2012;27(10):1361-1367.
26. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. London: King's Fund. 2011.
27. Schnell MW, Schulz C. Basiswissen Palliativmedizin. Springer; 2012.