

Periodico Trimestrale di Ricerca e  
VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996  
Da S.I.V.R.Q. (area Cure Primarie)  
e SIMG sezione di Verona.

**Comitato di redazione:** Mario Baruchello,  
Alessandro Battaglia, Enzo Brizio,  
Attilio Dalla Via,  
Franco Del Zotti, Bruno Franco Novelletto,  
Daniele Giraldi,  
Sandro Giroto, Giobatta Gottardi,  
Marco Pietro Mazzi,  
Roberto Mora, Nicolò Seminara,  
Michele Valente



**Proprietario ed Editore:** Associazione Qualità Medica  
**Direttore Responsabile:** Roberto Mora  
**Collaboratori Internazionali:** Julian Tudor Hart,  
Paul Wallace  
**Proprietario:** Associazione QM  
**Direzione:** Via dell'Artigliere, 16 - Legnago (VR)  
**Redazione:** c/o Ordine dei Medici di Vicenza  
Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza  
**Sito:** [www.rivistaqq.it](http://www.rivistaqq.it)  
**e-mail:** [mario.baruchello@tin.it](mailto:mario.baruchello@tin.it) - [delzotti@libero.it](mailto:delzotti@libero.it)

## Editoriale

### Rimini: l'orgoglio di essere italiani

**Mario Baruchello**

Si è svolto a Rimini il 5/6 ottobre il Convegno Nazionale "La ricerca in medicina Generale". Nato da una nostra idea condivisa con la Scuola Emiliano-Romagnola di medicina generale e organizzato da SIMG e Health Search ha visto oltre 450 medici di famiglia partecipare attivamente ai lavori. Con Franco del Zotti abbiamo coordinato una intera sessione assieme a Paul Wallace della London University e troverete in questo numero le sue importanti conclusioni. Complesso ma entusiasmante è stato il lavoro del Comitato Scientifico che ha scelto con cura fra i molti studi presentati quelli da valorizzare con comunicazioni orali o poster e che verranno immessi nel sito [www.simg.it](http://www.simg.it) in questi giorni.

Con Fabio Samani e Massimo Bevilacqua abbiamo definito criteri di appropriatezza scientifica che hanno permesso di classificare i lavori secondo la originalità, la coerenza del metodo con le conclusioni, l'impatto sociale, le dimensioni del campione, le caratteristiche epidemiologiche (studi osservazionali, caso controllo...), i dati gestionali e le ricadute organizzative.

È stato ufficialmente presentato il progetto di Ricerca in Rete "Netaudit" e non pochi colleghi della lista hanno presentato lavori degni di nota.

La formula adottata è consistita in brevi presentazioni seguite da valutazioni tutoriali di metodo da parte nostra realizzando con le domande dei presenti una forte integrazione di grande impatto e successo come già negli scorsi anni avevamo visto in scala minore ai meeting di Verona.

Nel mio intervento introduttivo ho sottolineato come la ricerca in medicina generale in Italia stia raggiungendo livelli adeguati alla realtà europea con progetti a largo respiro, inizi a pubblicare sulla stampa qualificata internazionale e si stiano concretando sia iniziative *top down* di gruppi organizzati (vedi le reti a cura SIMG....) sia *bottom up* di singoli medici o aggrega-

zioni autogestite (Netaudit di cui potete qui leggerete il lavoro sui diabetici).

Non siamo certo alla esperienza inglese con l'84 % dei GP che ha partecipato ad attività di ricerca e audit, il 9 % ha pubblicato su riviste autorevoli, il 6 % ha trovato fondi, il 3 % ha partecipato a corsi di formazione specifica alla ricerca (Br J Gen Pract 2000; 50: 387-9)

Ma possiamo con orgoglio dire che sono stati presentati studi clinici che rispondevano alle caratteristiche di:

- ❖ Essere orientati al paziente con outcome rilevanti sul piano clinico
- ❖ Riferirsi a problemi comuni della medicina generale
- ❖ Fornire risultati destinati modificare la pratica medica con una trasferibilità dei dati totale e immediata sul singolo partecipante

(Ebell MH. Finding POEMs in the medical literature J Fam Pract 1999;48:350-5)

Sono i criteri cui vorremmo continuare a ispirare la nostra QQ, che da questo numero si avvale della collaborazione grafica del collega Enzo Brizio.

Eleviamo un pensiero alle vittime del Terrorismo e della violenza che sta sconvolgendo il mondo ; non dimentichiamo che il nostro lavoro cerca di costruire senza barriere una comunità di uomini di umanità e di scienza uniti dalla unica aspirazione di acquisire e manifestare la conoscenza e le sue applicazioni .

Ha scritto bene Alain De Benoist nel 1997 : "**La ricerca** presuppone il tempo dello spirito, della memoria, della intelligenza, della immaginazione, della emozione e della condivisione. "

**Auguriamo ai nostri lettori Buone Feste**

# La ricerca nella MG in Italia

(riflessioni di un osservatore internazionale)

**Prof. Paul Wallace**

Ho seguito con interesse ed entusiasmo lo sviluppo di QQ sin dall'inizio alcuni anni fa, e sono onorato di essere stato incluso nel board editoriale come uno dei collaboratori internazionali.

Nel Regno Unito io lavoro come medico di famiglia in un ambulatorio di gruppo molto attivo a Londra, dove ci occupiamo di oltre 10.000 persone. Inoltre insegno e faccio ricerca in qualità di professore di Primary Health Care, e sono responsabile di un Dipartimento Universitario che ha oltre 120 persone nello staff.

Da settembre 2001 ho avuto il privilegio di poter svolgere un periodo sabbatico di 9 mesi presso l'OMS a Roma.

Durante la mia carriera ho avuto un forte interesse nello sviluppo della medicina generale a livello universitario non solo in GB ma anche a livello internazionale occupandomi sia di EGPRW (European General Practice Research Workshop) di cui sono stato presidente, sia lavorando in ESGP/FM (European Society of General Practice and Family Medicine) Wonca regione Europa, di cui sono stato membro fondatore.

Per ragioni personali ho, da molti anni, una speciale attenzione nello sviluppo della medicina generale in Italia, e sono lieto di avere avuto la opportunità di partecipare a iniziative disegnate per promuovere la ricerca in questo stimolante e importante campo medico.

Per questa ragione sono stato doppiamente lieto che mi abbiano offerto la possibilità di prendere parte al Meeting sulla ricerca che si è tenuto a Rimini nel mese di ottobre sotto l'egida di SIMG, dirigendo una sessione plenaria e coordinando la sessione poster.

Quello che mi ha colpito in maniera rilevante è stato sia il livello di entusiasmo e di partecipazione attiva dei presenti, che la qualità e la rilevanza delle ricerche condotte, spesso attraverso gli sforzi di piccoli gruppi di singoli medici di famiglia senza finanziamenti esterni o reale supporto istituzionale.

È stato chiaro che la esistenza delle iniziative legate a QQ sia il Bollettino che Netaudit hanno contribuito a rendere fortemente efficace il lavoro in rete.

Netaudit sembra essere particolarmente efficace nell'incoraggiare lo scambio di idee di ricerca e la condivisioni di dati clinici e sono rimasto favorevolmente impressionato dalla quantità di ricerche di valore già realizzate con questo mezzo.

Questa iniziativa è molto originale e vorrei fortemente supportare il suo ulteriore sviluppo.

C'è una ricchezza di progetti di ricerca su una vasta scala di argomenti, molti dei quali possono avere un alto livello di rilevanza nella pratica di tutti i giorni.

Uno dei più grandi vantaggi della ricerca fatta dal medico di famiglia più che dallo specialista ospedaliero o dall'epidemiologo, è che il problema analizzato è più facilmente correlabile al lavoro quotidiano dei medici di medicina generale e alle necessità vere dei pazienti.

Nella mia opinione questa è una delle ragioni più importanti per incoraggiare la formazione e il supporto di quei medici di famiglia che voglio interessarsi di ricerca e attività accademica.

Sono rimasto colpito da tutta la attività di ricerca, ma anche impressionato dalla mancanza ancora oggi di infrastrutture di supporto ai medici generali e agli altri membri dei team di cure primarie che desiderano affrontare la ricerca e altri aspetti del lavoro accademico. L'Italia è rimasto uno dei pochi paesi in Europa dove non c'è presenza istituzionale di un medico di medicina generale nella Università.

Nonostante il numero di esperienze di ricerca di piccole dimensioni, di cui sono venuto a conoscenza diretta, il parere dei protagonisti è che le cose difficilmente cambieranno in un futuro immediato.

Mentre da un lato ho constatato con soddisfazione il coinvolgimento della SIMG nella promozione della ricerca nella medicina generale testimoniato dalla sponsorship del meeting di Rimini, da un altro lato ho avuto la sensazione di incertezza su quale strategia adottare.

Mi è sembrato che la dirigenza SIMG e alcuni dei partecipanti non abbiano ancora deciso quali energie dedicare alla promozione di una ricerca che rifletta alle ragioni profonde epistemologiche della attività professionale del medico di famiglia e quanto impegno ad una ricerca invece più concretamente legata alla industria farmaceutica.

Nonostante questa mia impressione, non ritengo ci sia nulla di sbagliato nelle opportunità aperte dalla evoluzione della legislazione italiana in materia di ricerca legata allo sviluppo del farmaco, ma non dovrebbe essere l'obiettivo principale della ricerca e delle attività accademiche che invece necessitano di una focalizzazione sulle questioni chiave che sono di importanza vitale per il lavoro del medico e del paziente cui ci dedichiamo (e che non sono spesso correlate alla farmacoterapia).

Non è facile delineare soluzioni semplici al complesso problema che crea lo sviluppo della medicina generale a livello universitario in Italia.

*Ma forse il più importante contributo singolo che potrebbe essere espresso è quello di coordinare gli sforzi di molti e diversi gruppi italiani che si occupano non solo di audit e ricerca ma anche di formazione continua e formazione specifica.*

In molti paesi in Europa, USA e altri parti del mondo coordinazione e promozione della qualità di queste attività sono realizzate dalla collaborazione fra i College dei medici di famiglia e i

Dipartimenti Universitari di medicina generale.

In ogni paese le responsabilità sono distribuite in maniera leggermente diversa, ma l'effetto generale è lo

stesso: ciò assicura lo sviluppo e il mantenimento di un quadro di insieme appropriato per queste importanti attività e nello stesso tempo garantisce un adeguato supporto istituzionale ai medici che desiderano occuparsi di lavoro accademico.

Nello stesso tempo fornisce i mezzi per attrarre fondi pubblici e privati e indirizzarli effettivamente a supporto di attività accademiche che riflettano le necessità e i desideri dei medici di famiglia piuttosto che solo quelli del governo e dell'industria.

Non sarà facile instaurare un modello collaborativo di questo tipo in Italia ma io credo che i miei colleghi nelle organizzazioni scientifiche europee come ESGP/FM Wonca Europa, EGPRW, EURACT e EQUIP saranno felici di supportare ogni sforzo verso questa collaborazione.

E mi sembra chiaro che finché non sarà raggiunta, il cospicuo numero di medici di famiglia entusiasti ricercatori - molti dei quali presenti attivamente a Rimini - continueranno a sentire insoddisfatti i loro sforzi di spostare avanti l'orizzonte della conoscenza nella nostra importante disciplina.

#### Prof. Paul Wallace

Visiting Scientist  
WHO Collaborative Centre for Environment and Health  
Roma

---

# Audit

## Il dato "Fumo" in cartella Uno strumento grafico: Il semaforo-sigaretta

**Pizzillo C. (AV), Laringe M. (NA), Tarallo N. (SA),  
Del Zotti F. e Franchini C.A. (VR)**

Una delle variabili più importanti della cartella del paziente è la registrazione dei dati sul fumo di sigarette. Sappiamo che questo dato extra-clinico non viene raccolto sistematicamente e pertanto abbiamo provato a costruire delle frasi di programmazione SQL per interrogare il database del software da noi utilizzato (millewin) e per valutare se il campo è stato riempito almeno una volta oppure no, e se sì quale sia l'ultimo valore (fumatore; non fumatore). Abbiamo quindi deciso di usare un'immagine di feedback che ci faccia capire immediatamente quale sia la posizione del singolo MMG nel gruppo e quale la media dell'intero gruppo: si tratta cioè di un istogramma orizzontale che chiameremo "semaforo a sigaretta", ove l'area verde-filtro rappresenta la % di pazienti non-fumatori, l'area gialla la % di pazienti di cui non esiste dato in cartella, l'area "accesa", rossa, rappresenta la % di pazienti fumatori.

### Risultati

7619 Pazienti registrati nel database millewin di 5 MMG

Fuma ?	Numero e %
NON Fuma (verde)	1979 (26%)
Non so (giallo)	4793 (62,9%)
Fuma (rosso)	847 (11,1%)

"Semaforo a sigaretta" delle quote di Fumatori, Non fumatori e "dato non registrato" di 5 MMG

### Conclusioni

Per analizzare questo piccolo Audit sul fumo la pietra di paragone potrebbe essere nei dati nazionali e internazionali autorevoli recentemente ripresi su "Epidemiologia e Prevenzione"

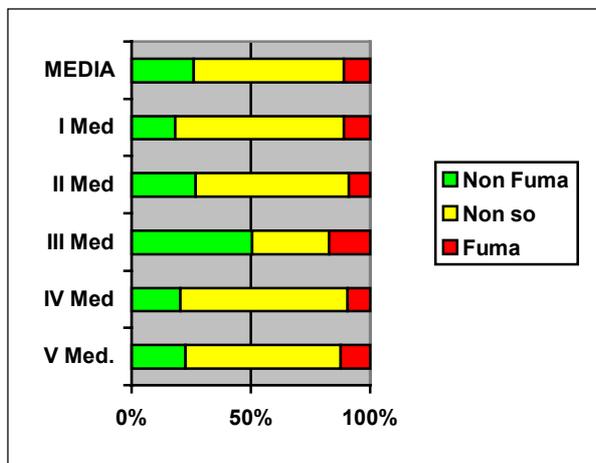
(marzo -aprile 2001) da La Vecchia: 30% di Maschi Fumatori (MF) ed il 18% di femmine fumatrici (FF) per il Nord; cifre molto simili per il Centro; un 35% di MF e 10-12% per le FF al Sud (fonte: Pagano R, La Vecchia C, Decarli A, Tumori, 1995). Negli USA nel 1998 risulta negli adulti un tasso del 24% (26% MF e 22% FF).

Nel nostro studio la % di Fumatori è risultata inferiore, l'11%. Ciò è comprensibile se si analizza la dimensione % dell'area del non-dato, area gialla (in media del 62,9%). Se si lavorerà intensamente per ridurre l'area gialla sarà facile raggiungere le medie più autorevoli. Questa grande estensione del giallo è dovuto sia alla difficoltà di un MMG, che lavora il più delle volte "opportunisticamente", nell'essere sistematico per quanto riguarda le variabili epidemiologiche come il fumo, o il peso, sia alla difficoltà di avere una efficiente "manutenzione" del database (molti deceduti o trasferiti sono ancora nel database). È interessante dire che grazie alla comparazione dei "semafori" abbiamo visto facilmente come un MMG (il III Medico) abbia una proporzione di area gialla nettamente inferiore rispetto agli altri MMG. Quel medico riferisce che da mesi per la compilazione di quel campo usa sia una strategia di "avvisatori" nel PC, sia il lavoro della segretaria; il tutto combinato ad un contemporaneo minicounselling.

Per finire, il "semaforo-sigaretta" può fornire in maniera immediata una serie di stimoli: a) a ogni MMG viene subito data l'idea di quale sia il modo in cui tratta il dato fumo nell'intero suo database e viene fornito un feedback sulla qualità complessiva del Database; b) risulta chiaro così che l'area di responsabilità del MMG non riguarda solo il tasso di fumatori attuali, ma anche la grande quota di fumatori potenziali nascosti nell'area gialla. In effetti l'"area di responsabilità" della "registrazione fumo" nel nostro database rappresenta la somma delle area gialla e rossa e quindi equivale al 73%; c) il MMG attraverso l'audit -istogramma di cui sopra può conoscere sia il numero sia il nome dei propri fumatori e pianificare così interventi ad Hoc; d) in una medicina di gruppo o in una USL, il semaforo

sigaretta può infine un sistema simpatico per stimolare i colleghi verso una “competizione preventiva” anti-fumo.

Le frasi SQL utilizzate saranno inserite nell’area files della Lista di netaudit ([www.netaudit.cjb.net](http://www.netaudit.cjb.net))



# Ricerca

Quota di prescrizioni indotte di Accertamenti e Ricoveri da parte di un MMG nel periodo dal 01/01/2001 al 20/07/2001.

**Dr. Pietro Quattrocchi - Corteolona PV**

Si è voluto valutare, per tale periodo, l’andamento prescrittivo soprattutto riguardo alla spesa indotta. Si sono volutamente prese in considerazione solo le prescrizioni di Accertamenti per la facilità della corretta esecuzione. Si è utilizzato il software Millewin che permette l’immissione del suggerimento in un particolare campo *memo*. Tutti gli accertamenti indotti sono stati segnati come suggeriti da “origine spesa”; la ricerca è stata fatta con una interrogazione SQL.

Si sono estratti dal database gli accertamenti prescritti TOTALI e gli accertamenti prescritti INDOTTI.

Si sono suddivisi gli **accertamenti per gruppi** (es. Laboratorio, RX, RMN, TAC, Visite, ECO, ...).

Si sono valutati con particolare riguardo i **Ricoveri ospedalieri** e i **Ricoveri in Day Hospital**.

Nelle tabelle e figure qui sotto vedete un’analisi dettagliata

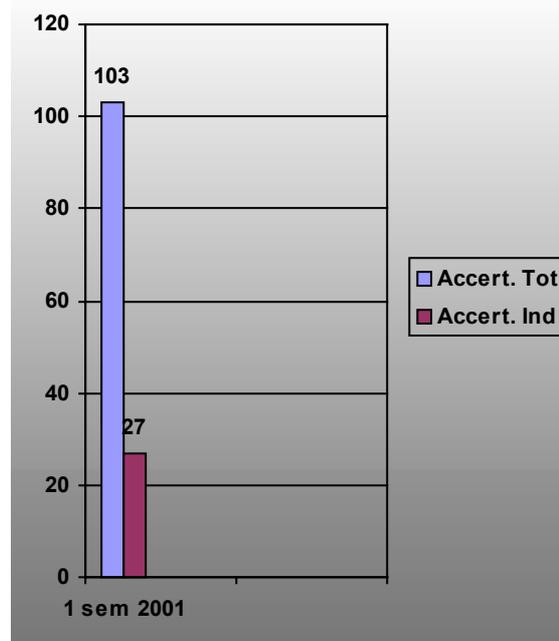
# Aforisma

*Ho diviso in tre parti la mia vita  
Nella prima ho imparato la mia professione  
Nella seconda l'ho potuta insegnare  
Nella terza l'ho vissuta  
con profonda soddisfazione.*

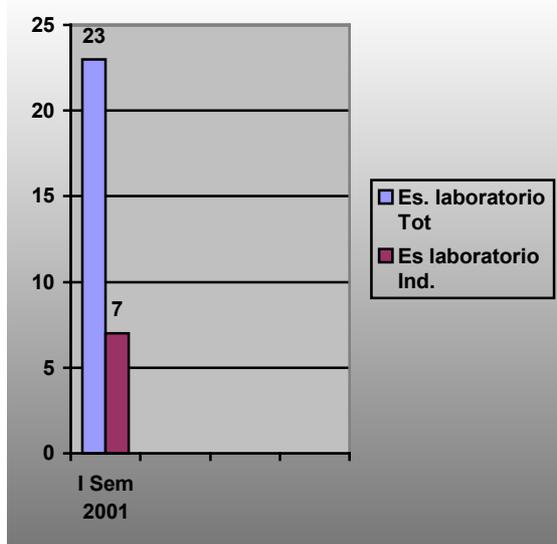
John Bland – Sutton  
( 1855 – 1936 )

The Physician's Creed  
C.C.Thomas Publisher  
Springfield – Illinois – USA - 1973

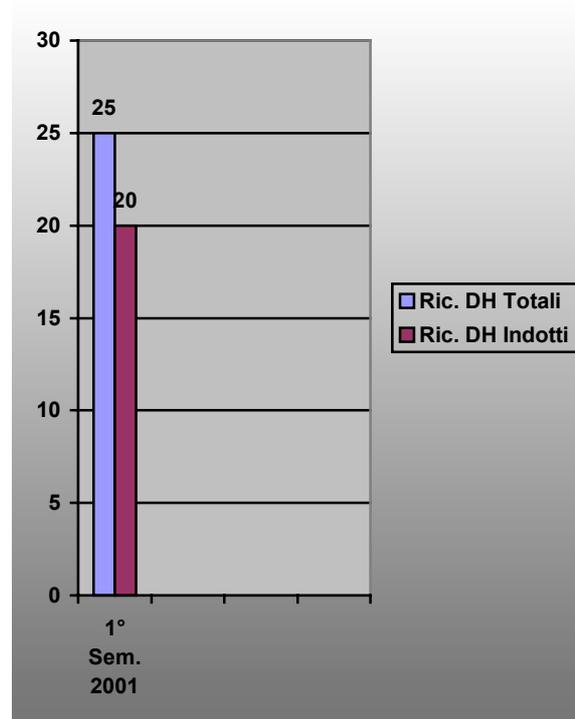
Totale accertamenti	103.510.739	100%
Totale accertamenti indotti	27.304.419	26%



Esami laboratorio totali	23.615.339	100%
Esami laboratorio indotti	7.017.719	30%



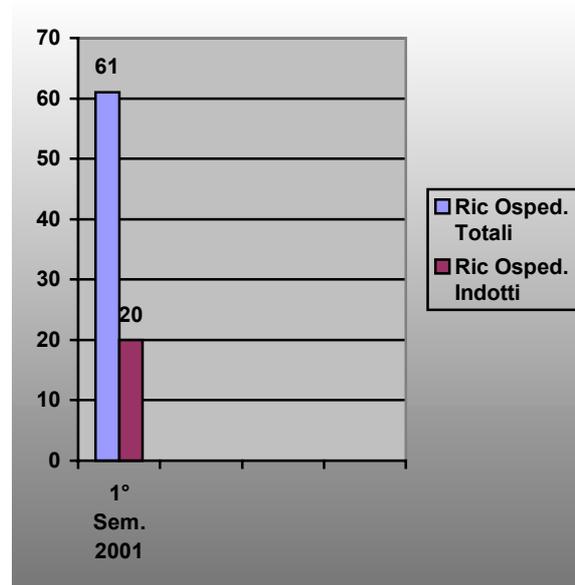
Ricoveri DH totali	25	100%
Ricoveri DH indotti	20	80%



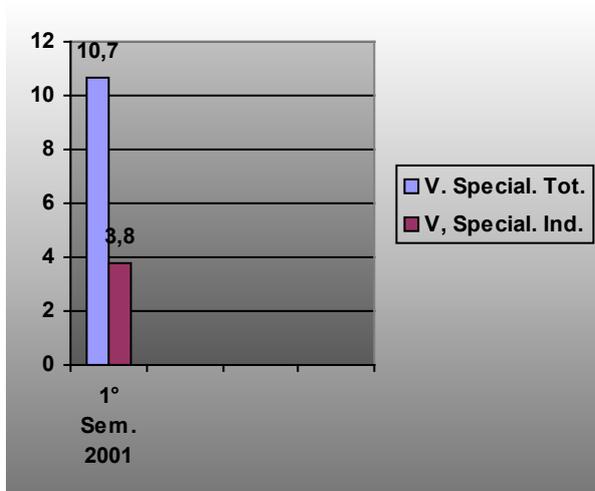
#### Analisi Particolareggiata Esami Strumentali

RX totali	13.366.500	100%
Rx indotte	1.875.500	13%
Ecografie totali	6.733.500	100%
Ecografie indotte	1.471.000	22%
TAC totali	9.292.500	100%
TAC indotte	2.911.000	32%
RMN totali	3.099.000	100%
RMN indotte	1.768.000	57%

Ricoveri ospedalieri totali	61	100%
Ricoveri ospedalieri indotti	20	33%



Visite specialistiche totali	10.741.400	100%
Visite specialistiche indotte	3.820.900	36%



#### Commenti e Conclusioni

Per prima cosa i MMG non sono poi così sprovveduti, come qualcuno vuol far credere, sanno benissimo cioè quello che fanno e come lo fanno. È evidente dall'osservazione delle varie tabelle che circa il 30% della spesa totale non è da attribuire direttamente al

MMG, e soprattutto per quanto riguarda le richieste più costose come TAC e RM. Questa mia ricerca vuole essere una semplice valutazione del lavoro che ci è chiesto fare da altri e che in qualche modo ci è imposto. Si potrebbe, in un futuro prossimo, e con i sistemi informatici che già possediamo, fare una ricerca molto più ampia del fenomeno ed allargarla senza nessuna fatica alla prescrizione dei farmaci.

### Bibliografia

Giuseppe Belleri, Prefazione a "Gli esami strumentali in medicina generale", Utet periodici, Milano, 1998  
Antonio Camerotto, Massimo Tombesi, "Gli esami strumentali in medicina generale", Cap. 3, pag 24, Utet, Milano, 1998  
Vittorio Caimi, "L'organizzazione del lavoro in medicina generale", Cap. 2, pag. 43, Utet, Milano, 1997

---

# Audit

## I DIABETICI di II Tipo OBESI e l'uso di metformina

Analisi Descrittiva di 374 Diabetici Obesi assistiti da 23 MMG

**Del Zotti<sup>1</sup> F. (VR), Augruso A<sup>1</sup> (CZ), Battain M<sup>1</sup> (TO), Falasca P<sup>2</sup> (RA), Merola G.<sup>1</sup> (PD) e MMG della Lista Netaudit (vedi elenco completo in fondo)**

Autori<sup>1</sup> = MMG; Autore<sup>2</sup> = Azienda Ospedaliera Ravenna - Responsabile Epi-Info per l'Italia

**Background:** I diabetici obesi hanno rischi assai elevati e rappresentano un particolare sottogruppo di pazienti ove è necessario approfondire idonee strategie cliniche e relazionali.

Inoltre, sempre più studi testimoniano l'importanza di usare metformina nei pazienti obesi. I risultati sull'outcome "mortalità" (vedi le voci bibliografiche 1-3) sia cardiovascolare che totale sono notevoli e sono indipendenti dallo stesso abbassamento della glicemia (agirebbe sull'ottimizzazione della funzione della Insulina).

**Obiettivi e Metodi:** I MMG hanno analizzato in maniera retrospettiva le cartelle di tutti i loro pazienti diabetici obesi (BMI >29.9) di tipo II in un periodo di 12 mesi (31/3/2000 ed il 31/3/2001); il diabete doveva essere stato diagnosticato da almeno 3 mesi.

**Criteri di ingresso:** Sono stati per prima cosa conteggiati TUTTI i diabetici di tipo II con BMI>29.9, con diabete diagnosticato da almeno 3 mesi. Per ognuno di questi diabetici è stata compilata la Scheda nel software EPIDATA, valutando le variabili Peso, Numero di Glicemie >150 (criterio di Indicazione alla Metformina),

Emoglobina Glicata, tipo di terapia. È stata inoltre valutata la frequenza di controindicazioni alla Metformina, seguendo Bailey et al (NEJM, 1996) e del tipo di Terapia e Dosaggio della Metformina nei 12 mesi considerati (31/3/2000 ed il 31/3/2001).

Abbiamo voluto scegliere un BMI di 30 o superiore a 30 per due motivi: a) analizzare un livello di Obesità indiscutibile; b) ridurre il carico di pazienti da analizzare per ogni MMG, anche per restare fedeli allo slogan di Netaudit ("ricerche per soli medici in meno di 3 ore").

**Numero e caratteristiche dei medici partecipanti:** Hanno aderito alla ricerca 23 MMG del gruppo Netaudit, che assistono 33592 pazienti, ognuno con una media di 1460.5 pazienti.

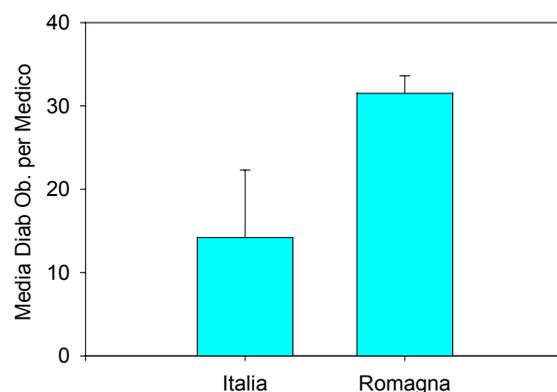
**Numero e caratteristiche dei diabetici in carico ai MMG:** I medici hanno in carico 1192 pazienti diabetici, con una media di 51,8 diabetici per MMG (SD 13,2; range: 27-77; coeff. di Variaz del 25%). Sesso ed Età dei diabetici obesi: Maschi 178 (47,9%); Femmine 196 (52%); Età Media: 65 anni (la mediana è anche 65) con range 31-93.

Sul totale di 1192 diabetici i diabetici francamente obesi (BMI ≥ 30) sono 374 (31,3%), con una diversità importante molto ampia tra MMG e MMG (range molto ampio: 2 - 33; Coeffic. di Variazione del 58%)

Tale range è bene esemplificato dalla **Figura 1**

**Figura 1**

Media Diabetici Obesi in Romagna e nel resto di Italia



Potete notare come la media tra il resto di Italia ed una regione notoriamente "edonistica", la Romagna, di diabetici obesi per singolo medico sia nettamente diversa (p<0,001), dato confermato anche da un test di 2 proporzioni del rapporto nei due gruppi di pazienti diabetici obesi sul totale dei diabetici in carico (p<0,001 con Intervallo di confidenza della chiara differenza, che va dal 9% al 25%)

### Peso pre-terapia e Attuale

In 269 su 378 pazienti erano presenti sia il peso prima della Terapia (Media: 91,7) sia il peso verso la fine del periodo considerato, in corso di terapia (Media: 88,2). Abbiamo effettuato un Test T di Student per dati appaiati:  $p < 0,001$  con intervallo di confidenza (95%) della differenza (dimagrimento) in chili che va da 2,6 chili a 4,3. Si tratta di un dato incoraggiante che mostra che in una buona parte dei casi abbiamo avuto una modifica del peso probabilmente legata al miglioramento del comportamento alimentare dei pazienti e/o a quello educativo dei MMG.

**Indicazioni:** Le indicazioni alla Metformina sono legate all'obesità (qui criterio di ingresso) e alla presenza di glicemia più volte superiore a 150. In questo gruppo di MMG la gran parte dei colleghi ha registrato in cartella almeno una glicemia superiore a 150 o prima della terapia o durante. Resta comunque da migliorare il tasso di registrazione del "campo" glicemia: 24 pazienti non hanno nemmeno una registrazione di glicemia sia prima l'inizio della terapia che durante la terapia

**Controindicazioni alla Metformina:** Solo 41 casi (11%) dei diabetici obesi avevano controindicazioni alla metformina: 9,2 % disturbi renali con creatinina elevata (seguendo Bailey: maschi con creatinina  $\geq 1,5$ ; femmine con creatinina  $\geq 1,4$ ) o insufficienza epatica, cardiaca o respiratoria; meno del 2% di casi con alcolismo o con scompenso metabolico in atto. L'Audit inoltre è servito a correggere il nostro comportamento nei rari casi in cui la Metformina veniva somministrata in presenza di una controindicazione (13 su 378)

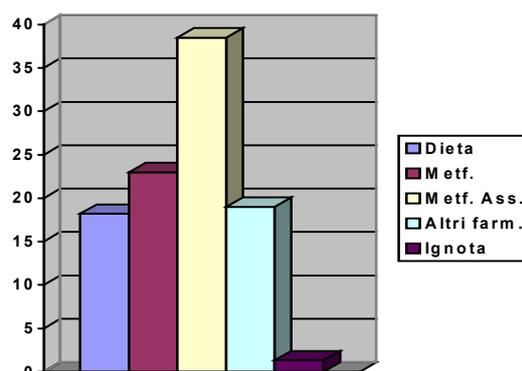
### Tipo di terapia e uso della Metformina

Nella Tabella 1 e nella Figura 2 potete osservare la frequenza dei vari tipi di terapia

Tabella 1

Value	Frequency
Solo dieta	68 (18.2%)
Metformina	86 (23%)
Metformina associata	144 (38.5%)
Altri farmaci	71 (19%)
Ignota	5 (1.3%)

Figura 2



### Dosaggio della Metformina

in 233/374 erano inseriti in cartella chiari dati riguardanti il dosaggio della Metformina. Tra questi 223 casi: 51(22%) assumono meno 1000 milligrammi di metformina; 153 (65,6%) assumono un dosaggio tra 1000 e 1500; 29 (12,4%) più di 1500.

Nei 37 pazienti con Hb glicata  $> 8$  abbiamo notato che il dosaggio di almeno 1000 mg è presente in 26 casi (70%), di cui 22 casi con dosi sotto i 1500 e solo 4 casi con dosi  $> 1500$ .

### Conclusioni

Il nostro Audit rende "visibile" il peso nascosto dei nostri diabetici. In una era in cui imperano tecnologie diagnostiche e terapeutiche sofisticate i pazienti ed i loro medici di famiglia rischiano di non vedere dati tanto macroscopici quali il peso e l'alimentazione. Numerosi colleghi coinvolti nell'audit hanno scoperto che data la diffusione di una chiara obesità tra i propri diabetici risulta sempre più necessario un approccio relazionale più sofisticato, che eviti di dare per scontato che il diabetico capace di accettare le cure croniche con farmaci sia stato anche in grado di gestire un minimo di cambiamento nella gestione dell'alimentazione e dell'attività fisica. La valutazione del dato "curioso" regionale (FIGURA 1) ricorda che è necessario uno sforzo di contestualizzazione socio-culturale del nostro lavoro "tecnico", come tra l'altro sottolinea un recente e importante lavoro sulle difficoltà delle modifiche alimentari individuali in due gruppi etnici (vietnamita e del Bangladesh) in cui vi resiste l'abitudine al pasto collettivo.

L'audit testimonia inoltre che il gruppo dei MMG di Netaudit deve approfittare di questo baseline per modificare una prescrizione farmacologia in questo speciale gruppo di pazienti ad alto rischio, adeguandosi più estesamente alle molte Evidenze che la Metformina ha guadagnato in questi tempi. Ed in effetti i colori della FIGURA 2 mettono in evidenza una serie di elementi di discussione:

A) la dichiarazione del MMG e/o del paziente "solo dieta" quanto corrisponde alla realtà di pazienti comunque obesi e quanto è un alibi per noi per non af-

frontare il campo minato della decisiva relazione Medico-paziente sull'alimentazione?

B) Il desiderabile uso della Metformina in monoterapia è ancora insufficiente (23%), soprattutto alla luce del fatto che le controindicazioni alla Metformina sono risultate presenti solo nell'11%

C) Quanto il frequente uso di "Metformina associata" nasconde la possibilità di sottodosaggio della Metformina? In realtà la possibilità di sottodosaggio della metformina è suggerita anche dal riscontro che il 22% dei trattati con Metformina usa meno di 1000 mg e solo il 12% è trattato con dosi piene (>1500)

All'inizio dello studio i MMG hanno dichiarato come standard minimo la presenza di almeno il 30% di pazienti in monoterapia con metformina e di almeno il 60-70% di pazienti in metformina sola o associata. I nostri risultati si discostano sicuramente dagli standard minimi, soprattutto per quanto riguarda la monoterapia e inoltre indicano la necessità di maggiore attenzione ad alcune caratteristiche della prescrizione (documentazione in cartella dei valori di Glicemia e valutazione rigorosa delle controindicazioni e del dosaggio idoneo). Nello stesso tempo essi sono un potente stimolo pragmatico verso una gestione più EBM e più impegnata nei riguardi dei diabetici obesi.

#### Bibliografia

- 1) UKPDS Lancet, 1998; 352:837
- 2) UKPDS Lancet, 1998; 352: 854
- 3) UKPDS BMJ, 1998; 317:703
- 4) Linee Guida per il MMG - LG diabete, a cura di Sandro Giroto et al - Editor: Azienda USL Verona, 2000
- 5) BNF 2001
- 6) Bailey CJ NEJM 334:574-579
- 7) Culhane K et al: What listening to patients can teach us. WJM;2001; 175:313
- 8) Mull D et al: Vietnamese diabetic patients and their physicians: what ethnography can teach us. wjm 2001 175: 307-311
- 9) Greenhalgh T, Helman C, Chowdhury AC. Health beliefs and folk models of diabetes in British Bangladeshis: a qualitative study. BMJ 1998;316: 978 -983

**Elenco** completo dei MMG di Netaudit ([www.netauditcb.net](http://www.netauditcb.net)) autori dello Studio.

Per informazioni su Netaudit rivolgersi al dr Franco Del Zotti ([delzotti@libero.it](mailto:delzotti@libero.it)) o al dr Enzo Brizio ([enzo.brizio@libero.it](mailto:enzo.brizio@libero.it))

Augruso A  
Bagagli F  
Baruchello M  
Battain M  
Bonetti D  
Brizio E  
Campanini A  
Carosino C  
Cavicchi G  
Del Zotti F  
Galassi S

Gardini L  
Giunti G  
Grassi M  
Marchetti AR  
Marchetti R  
Merola G  
Navarra M  
Papandrea GP  
Papini G  
Pizzillo C  
Quattrocchi P  
Ranzani L

I più cari auguri di  
Buon Natale  
e Felicissimo 2002

