


<p><b>Year XII n 1</b></p> <p><i>Periodico Trimestrale di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 Da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie) e SIMG sezione di Verona.</i></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><b>Sito Web:</b> <a href="http://www.rivistaqq.it">http://www.rivistaqq.it</a> <b>In collaborazione con</b> <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 <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 - Presidente QM:</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) <b>Redazione:</b> c/o Ordine dei Medici di Vicenza, Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza</p>
---	--	---

## Editoriale

**Mario Baruchello**

Networking Persons

Medici di famiglia assediati in preda ad un delirio di connessioni ovvero il trionfo della comunicazione?

Hai provato ad osservarti in una delle tue abituali mattinate in ambulatorio?

È entrato il paziente con la figlia e si siede davanti a noi...

Lavoriamo usando simultaneamente più tecnologie.

I due PC sul tavolo hanno aperte più finestre.

Sul primo si apre la cartella della famiglia, che dà inizio alle danze giornalieri..

Il secondo ha una veloce linea ADSL Flat a 150 Mbps.

Abbiamo accanto a noi uno o due cellulari (personale e dello studio) e oramai arrivano in mattinata più SMS dell'amico che reclama attenzione inviando messaggi insistenti e chiamate anche su queste onde.

In sottofondo la radio si diffonde nei vari ambienti dello studio e rasserena i pazienti in sala d'attesa intrattenendo le segretarie al lavoro.

Arrivano le mail dei colleghi della associazione in rete che segnalano il disservizio del giorno o chiedono lo specialista migliore di riferimento.

Il collega più giovane ti manda una foto perché non è sicuro che le vescicole siano di Herpes zoster e non vorrebbe dare farmaci a caso al 60enne: esige una risposta veloce.

La segretaria porta gli esami arrivati via fax dal paziente che, in ufficio lontano da casa, vuole certezze.

Il telefono anche se professionalmente filtrato e dilazionato dalle segretarie squilla comunque, interrompendo un dialogo già distratto con i miei due interlocutori.

La porta si apre per poter firmare alcune ricette...

Il web è troppo invitante... scorrere i titoli della cronaca locale, sbirciare il panorama del giorno, aprire la webcam della montagna tanto desiderata; ma ci fa anche ritornare al quesito dei due pazienti seduti e meravigliati, con cui cercare in rete un chiarimento scientifico al quesito che pongono.

È la maniera per ritrovare con un *coup de foudre* autorevolezza professionale: "... come vedete l'intervento che vi è stato proposto è eseguibile nella vicina Università ove c'è un centro di riferimento che espone qui i risultati di una casistica di eccellenza..."

Non so quanti di noi vivano davvero in questo modo ma credo che mettendo in fila le attività che più o meno simultaneamente ci impegnano ogni giorno ce ne discostiamo sempre meno e che sarà per tutti solo una questione di tempo.

Chissà cosa succede dei nostri processi di attenzione, in questo saltare da un oggetto ad un altro, mescolando relazioni di lavoro, di ricerca, di studio, di svago.

Saremo ancora in grado di leggere un libro, fra qualche anno?

O forse anche i libri diventeranno una cosa diversa?

Stiamo imparando a governare con calma questa frammentazione prima che le troppe connessioni ci travolgano? Anche gli studi neuropsicologici più recenti confermerebbero che la specie umana, medici cinquantenni o giovani studenti ha un calo di performance importante in presenza di compiti / attività che si vengano a sovrapporre.

Sfruttiamo con intelligenza le occasioni di relazioni anche umane che la rete ci offre? E' assolutamente necessario creare priorità e sequenze temporali che prevedano anche durante il nostro frenetico lavoro " pause " di ristoro della mente.

<http://netaudit-storie.blogspot.com/>

Chiara Sommajni, *Il sole 24 ore*, Domenica 29 Aprile 2007 pag. 2 n. 117: *Condividere o frantumarsi.*

1	<a href="#">Editoriale</a>
2	<a href="#">Net-FAT</a>
4	<a href="#">Non solo gli scoiattoli accumulano scorte per l'inverno!</a>
5	<a href="#">Modalità, frequenza e soglie dell'LDL in 4051 diabetici afferenti a 49 medici di medicina generale</a>

Questo numero di QQ ospita l'interessante ricerca sui grandi obesi fra i nostri pazienti. Nell'**European Health report 2002**, il rapporto sulla salute in Europa nell'anno 2002, pubblicato dall'Ufficio Regionale Europeo

dell'OMS, l'obesità è definita come una vera e propria epidemia. *In molti Paesi europei - si legge - più della metà della popolazione adulta si trova al di sopra della soglia di "sovrappeso" e circa il 20-30% degli individui adulti rientra nella categoria degli obesi ("clinically obese").*

La prevalenza che abbiamo trovato, la dichiarata scarsa conoscenza di centri integrati da parte dei MMG, la discreta distanza dallo specialista nutrizionista e da servizi dietetologici, oltre che la rarità di centri integrati dall'ambulatorio del MMG fanno emergere il bisogno formativo per i MMG .

Il caso LDL evidenzia ancora una volta uno scollamento tra sviluppo del binomio "Ricerca-Evidenze" e coinvolgimento dei pazienti e degli operatori sul campo. Ancora una volta il MMG è chiamato ad alzare il proprio livello di attenzione aiutando il paziente a corretti stili di vita che nel caso delle patologie croniche possono giocare un ruolo fondamentale. Stiamo però attenti a considerare come sia problematico affrontare senza una visione prioritaria e collaborativa i numerosi fattori di rischio dei pazienti.

Infine il collega Bastianon fa riflettere come nella attività domiciliare si rivela la vera sfida della medicina delle misure semplici. Insomma, quando in un campo si nota un continuo abbassamento di valori-soglia dovrebbe scattare la consapevolezza che forse esiste uno scollamento tra sviluppo del binomio "Ricerca-Evidenze" e relativa riduzione di coinvolgimento dei pazienti e degli operatori sul campo che un buon medico di famiglia deve affinare con l'intuito del detective.

La discontinuità del trattamento con farmaci nelle patologie *long term* è un fenomeno da indagare e approfondire in un contesto come il nostro in cui la aderenza assoluta ai trattamenti non è perseguibile.

*Bandolier. Adherence update,*

[www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band146/b146-5.html](http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band146/b146-5.html)



**NET-FAT: PREVALENZA DI OBESITÀ SEVERA IN DUE FASCE DI BMI (35-40 ANNI; OLTRE 40 ANNI) E CONOSCENZA DELLE STRUTTURE PROFESSIONALI PER LA CURA INTEGRATA E/O LA CHIRURGIA TRA 39 MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) ITALIANI DELLA LISTA NETAUDIT ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))**

**Francesco Del Zotti (VR); Enzo Brizio (CN); Angelo Cervone (NA); Giovanni De Luigi (TO) - Lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))**

## BACKGROUND

L'obesità severa, con un BMI superiore a 35 rappresenta una reale discontinuità rispetto al semplice sovrappeso o all'obesità iniziale. I rischi cardio-vascolari e le malattie secondarie crescono in maniera esponenziale e si accorcia la speranza di vita. Ed in effetti le fonti più accreditate sostengono che questo tipo di pazienti necessita non di un singolo specialista, ma di una task force multi-disciplinare e integrata che guidi la regia della combinazione di interventi clinici su vari assi, nonché di interventi psicologici e dietetologici. Inoltre, negli ultimi anni alcune revisioni della Cochrane Library (1) hanno dimostrato l'utilità dell'approccio chirurgico in centri specializzati, in particolare nei casi in cui coesistano le seguenti tre condizioni:

- BMI > 40; oppure compreso tra 35 e 40, in presenza di co-morbilità
- Qualora sia già stato attuato, senza successo, un approccio conservativo da parte di un'equipe specializzata
- Se non vi sono importanti controindicazioni cliniche alla chirurgia, né abuso di alcool o droghe

## OBIETTIVO

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di avere una semplice ricognizione da una parte della frequenza del problema "grande obesità" in MG e dall'altra della conoscenza e possibile utilizzo - da parte dei MMG della Lista Netaudit - dei servizi moderni per una gestione di qualità di questo gruppo di pazienti.

## RISULTATI

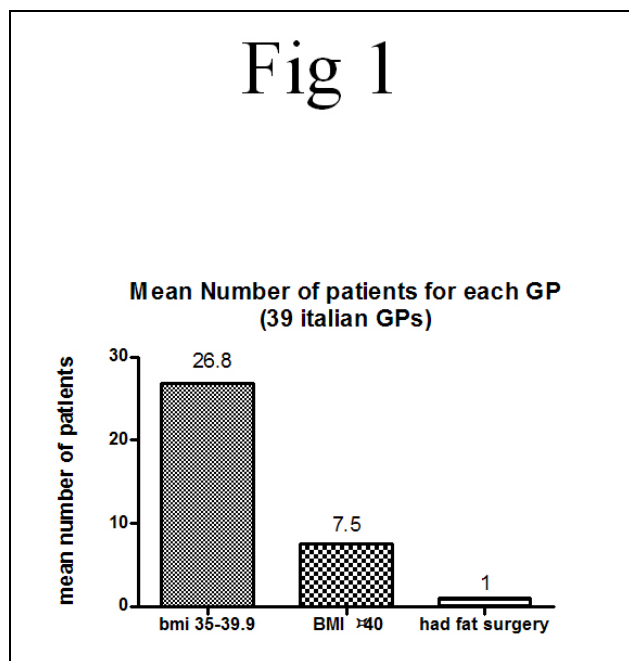
Hanno partecipato allo studio 39 MMG della Lista netaudit, che assistono complessivamente 52.308 pazienti (Media: 1341 pazienti per ogni MMG). I medici hanno nei loro elenchi 40 pazienti già operati, pari ad una mediana di 1 paziente operato per MMG (minimo 0; massimo 4).

**Conoscenza di centri multi-team:** In merito alla conoscenza di un centro *multi-disciplinare* per la grande obesità e relativa distanza dal proprio ambulatorio principale più della metà dei MMG (21/39) dichiara di non conoscere alcun centro multi-disciplinare orientato alla gestione integrata dell'obeso; per 6 MMG il centro risulta piuttosto distante (in 3 casi oltre i 100 km; in 3 altri da 50 a 100 km ); 12 medici hanno un centro a meno di 50 km.

**Conoscenza e apprezzamento di un/a dietologo/a convenzionato/a:** solo 7 MMG su 39 (18%) dichiarano di consultare regolarmente e con fiducia un professionista della dietologia convenzionato; invece 32 MMG o non consultano mai simili professionisti (7) o li consultano raramente (15) oppure solo qualche volta e senza grande fiducia (10).

**Numero di pazienti potenzialmente destinati ad interventi complessi e/o chirurgia**

**BMI ≥ 40:** complessivamente i 39 MMG hanno in carico 294/52.308 pazienti con tali valori di BMI, dato pari al 5 per 1000 dei pazienti in carico; in media ogni MMG ha 7,5 pazienti con tale alto valore di BMI, che le linee-guida indicano come soglia per eventuale chirurgia; un numero quindi più di 7 volte maggiore di quello, unitario, di pazienti già operati (fig. 1).

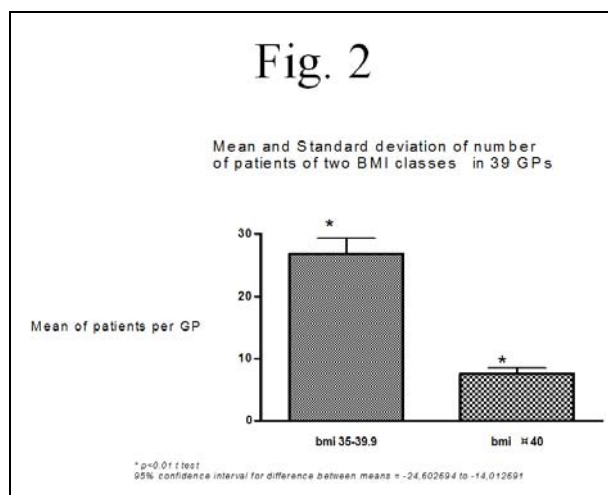


**BMI da 35 a 39.9:** in questa fascia di BMI si collocano 1047 pazienti, pari al 2% dei pazienti in carico; in media ogni MMG ha in carico 26,8 pazienti in tale fascia di BMI che le linee-guida indicano come a rischio di chirurgia (in questa fascia, comunque, è necessaria la constatazione di assenza di co-morbilità, prima di orientarsi all'intervento chirurgico). Il numero di pazienti con tale classe di BMI è significativamente maggiore rispetto a quella di pazienti con BMI > 40 (fig. 2)

**CONCLUSIONI**

Raggruppando i pazienti con BMI nell'intervallo tra 35 e 40 assieme a quelli con BMI > 40 abbiamo 1341 pazienti, pari al 2,5% (Intervallo di Confidenza 2,4%-2,7%) di tutti i pazienti in carico (52.308). Quindi, un MMG con 1500 pazienti può aspettarsi di avere almeno 30-35 pazienti con alta obesità, e con potenziale necessità di intervento integrato e/o chirurgia. Si tratta di un dato che assume un contorno epidemiologico simile a quello di malattie come

il diabete.



La proporzione nettamente maggiore di pazienti con BMI tra 35 e 40, rispetto a quelli con BMI > 40, pone in evidenza il ruolo decisivo del MMG nella delicata valutazione delle co-morbilità, prima di qualsiasi decisione chirurgica.

La prevalenza non trascurabile, la dichiarata scarsa conoscenza di centri integrati da parte dei MMG, la discreta distanza di numerosi centri integrati dall'ambulatorio del MMG e infine lo scarso rapporto con terapisti dell'alimentazione fanno intravedere nel futuro sia il bisogno formativo per i MMG, sia il fabbisogno di professionisti e centri integrati per la cura dell'obesità di alto grado, sia infine l'esigenza di miglior raccordo tra questi centri, tali professionisti ed i MMG.

**BIBLIOGRAFIA**

Colquitt J, Clegg A, Loveman E, Royle P, Sidhu MK. Surgery for morbid obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4.

**Membri della Lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org)) partecipanti a Net-FAT:**

- ARZENTON Ermanno, AUGRUSO Angelo, BARUCHELLO Mario, BATTAGLIA Alessandro, BELLERI Giuseppe, BRIZIO Enzo, CERVONE Angelo, COVANTI Massimo, DE BARI Antonio, DE MOLA Cosimo, DEL ZOTTI Francesco, DELUIGI Gianni, DOLCI Alberto, FARINARO Carmine, FUSELLO Massimo, GRANZOTTO Stefano, GRASSI Marco, LAZZARI Giorgio, LIPPA Luciano, LOGLIO Adriana, MAGLIOZZO Francesco, MARCHETTI Roberto, MARCHIONNE Maurizio, MARULLI Carlo Fedele, MASSIGNANI Dino Mario, MENARDO Antonio Maria, NOVELLA Guido, QUATTROCCHI Piero, RANZANI Luca, RIGON Giorgio, RUBICINI Giuseppe, SCHIANCHI Paolo, SFRAGARA Ignazio, STRAMENGA Carlo, TONDI Lidia, TONELLO Paolo, UBALDI Enzo, VISENTINI Emanuele



## Non solo gli scoiattoli accumulano scorte per l'inverno!

*(Medici oggi: attenti alla spesa ed informatizzati, ma non sempre basta...)*

**Giampaolo Bastianon** - MMG - Tezze sul Brenta (VI)

Emblematico è il caso che mi è successo in questi giorni, ma immagino che non sia l'unico.

La signora Domenica di 79 anni che seguivo in assistenza domiciliare programmata, affetta da:

- BPCO in O2 terapia continuativa
- Diabete mellito insulino-trattato
- Cardiopatia ipertensiva
- Arterite di Horton

Dalla signora regolarmente ogni mese passavo per un controllo delle condizioni fisiche e nell'occasione prescrivevo i farmaci che in base alla terapia da seguire e alle prescrizioni registrate e monitorate nel record personale nel mio PC, dovevano essere necessari per il mese successivo. Tutto questo da circa un paio d'anni.

Premetto che la paziente vive sola in quanto i rapporti con il figlio e la nuora si sono incrinati ed è seguita da una badante, che non dura in media più di 6-7 mesi. In genere per questioni economiche o per incompatibilità di carattere queste persone vengono allontanate e rimpiazzate.

Difficile, pertanto, anche creare un rapporto di fiducia e di collaborazione che si protragga nel tempo con la stessa persona.

Le condizioni fisiche della signora in questi ultimi due anni si sono mantenute stazionarie e ai controlli specialistici cui si è sottoposta è stata sempre confermata la terapia in atto.

Tutto sembrava regolare senonché una soffiata fatta da uno dei familiari mi ha portato a scoprire un tesoretto di farmaci che la signora aveva accumulato nel tempo e che custodiva gelosamente nell'armadio della propria camera, nella paura che la "manna" del tutto gratis potesse improvvisamente finire visto i tempi di vacche magre che si stanno avvicinando.

Messa alle strette la signora Domenica ha aperto l'armadio dove mi son trovato ben stipate :

- 10 confezioni di Oxivent aerosol
- 10 confezioni di Cordarone compresse
- 10 confezioni di Deltacortene compresse
- 10 confezioni di Zanedip compresse
- 20 confezioni di striscette per la determinazione della glicemia

La paziente candidamente si è difesa dalla mia rammaricata sorpresa affermando che aveva ridotto di sua iniziativa la terapia, sentendosi bene, e aveva messo da

parte i farmaci in abbondanza prevedendo tempi peggiori.

L'episodio ha annullato tutto il mio orgoglio e prima del crollo anche della autostima mi son posto delle domande:

1. Siamo sicuri che al medico basti essere informatizzato per poter controllare le prescrizioni e la spesa sanitaria? Dal caso sopra descritto pare non sia sufficiente. Ora ho imposto alla paziente di tenere anche un regolare diario della glicemia e ho aperto nella sua cartella una pagina flash con l'annotazione di tutti i farmaci trovati in casa. La **compliance** (adesione) è condizionata da molti fattori, ma non dall'età di per sé. Tuttavia, circa il 40% dei pazienti più anziani non assume i suoi farmaci come indicato dal medico, solitamente assumendo meno farmaci rispetto a quelli prescritti (compliance insufficiente): vedi <http://www.msdi-italia.it/altre/manuale/sez22/3042786b.html>
2. Le terapie a volte complesse con cui i nostri pazienti escono dalle geriatriche e dalle medicine, che spesso vengono addirittura aumentate nelle successive consulenze specialistiche sono veramente sempre necessarie? Il caso della signora Domenica sembra mettere molti dubbi nel nostro lavoro quotidiano

I livelli di appropriatezza nell'uso di farmaci delicati e costosi possono oggi essere valutati mediante l'uso di Banche Dati create dalle ASL per scopi amministrativi. PDD (Dose Giornaliera Prescritta), RDD (Dose Giornaliera Ricevuta), DDD (Dose per una giornata di trattamento) sono diventate in questi anni la misura della nostra adesione ad una medicina EBM basata sulla conoscenza e la adesione a Linee Guida.

<http://www.astrazeneca.it/ncmprintchapter.aspx?type=article&param=523027>

La mia assistita per due anni si è automedicata riducendo di un terzo la terapia e non ha avuto alcun scompenso in barba al delirio di onnipotenza che talora coglie i medici tutti preoccupati di curare scientificamente ogni patologia diagnosticata, indipendentemente dall'equilibrio funzionale che in ogni organismo si crea nel corso del tempo.



# MODALITÀ , FREQUENZA E SOGLIE DELL'LDL IN 4051 DIABETICI AFFERENTI A 49 MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Francesco Del Zotti (VR), Enzo Brizio (CN), Carmine Farinero (CE), Di Paolo Anna Rita (AQ), Dolci Alberto (VI), lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))

## BACKGROUND

Il diabete rappresenta un noto rischio cardio-vascolare. Lo studio HPS ha mostrato come al di là del valore del colesterolo di partenza risulta decisivo usare statine per abbassare almeno di un terzo il rischio di infarto nei pazienti diabetici. Secondo le Linee-Guida più accreditate il marker di una terapia efficace è l'LDL. In particolare le Linee-Guida sostengono che nei diabetici sia richiesto almeno un LDL all'anno e che idealmente il suo valore sia inferiore a 100 mg/dl o almeno non superiore a 130 mg/dl. La linea di tendenza è verso il basso e qualche autore si spinge a consigliare LDL sotto gli 80 mg/dl, in particolare nei pazienti con diabete e disturbi cardio-vascolari<sup>(1,2,3)</sup>.

Indagini preliminari informali tra i membri della Lista Netaudit inducono a ritenere che nella MG italiana l'LDL sia ancora insufficientemente richiesto e registrato in cartella. Tra l'altro sembra esserci una certa variabilità di modalità di richiesta e calcolo di questa lipoproteina: vi sono MMG che richiedono Colesterolo, Trigliceridi e HDL e poi magari omettono di calcolare in proprio l'LDL; altri che usano la calcolatrice o il software per le cartelle computerizzate per ottenere l'LDL; altri ancora che chiedono direttamente al laboratorio il calcolo (che per la cronaca fornisce al Laboratorio un rimborso di 0,6 euro) secondo la formula di Friedewald.

## OBIETTIVI

- valutare le modalità di calcolo e introduzione dell'LDL nel PC da parte dei MMG partecipanti
- valutare il riscontro di una misura di LDL nei diabetici, almeno una volta ogni 2 anni.
- Valutare la proporzione di pazienti diabetici con un LDL inferiore a 100 mg/dl
- Valutare la proporzione di pazienti diabetici con un LDL da 100 a 130 mg/dl

## METODO

Per estrarre i dati dal proprio database i MMG partecipanti sono stati invitati ad utilizzare un algoritmo ed una frase in linguaggio SQL ad hoc. Per eseguire la ricerca nel proprio database i MMG hanno svolto le seguenti operazioni:

- estrarre prima i pazienti diabetici
- estrarre poi la lista dei pazienti che hanno effettuato un LDL (diabetici e non diabetici) nei 24 mesi in oggetto

(2004-2005)

c) quindi, incrociando le due liste, analizzare quanti diabetici hanno nel periodo suddetto almeno un LDL con un valore numerico. Non sono state introdotte nel computo misure LDL senza risposta o con risposta nominale tipo "normale", "patologico")

d) controllare quanti diabetici hanno l'LDL sotto i 100 (ideale) e quanti tra 100 e 130 (accettabile). L'analisi dei dati è stata condotta con *Epi-info* e *Stats-direct*

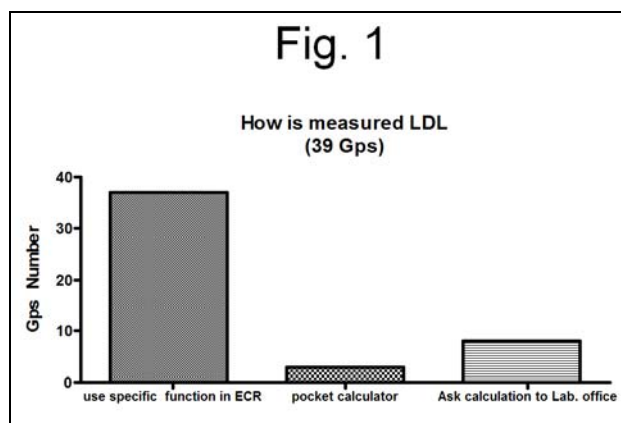
## MMG PARTECIPANTI

Hanno aderito 49 MMG italiani che hanno in carico 64.316 assistiti (in media 1.313 pazienti per MMG). La gran parte dei MMG aderenti è legata al circuito *Netaudit* (41/49) che ha promosso l'iniziativa; gli altri 8 MMG appartengono ad altri circuiti telematici dei MMG italiani (*Forum Millewin*; *Lista Ippocrate*; *Lista med-mrche*; *Lista Med-news Abruzzo*; *Lista MIR*; *Lista Simg-veneto*). I MMG hanno nelle loro liste 4.051 diabetici, pari al 6% di tutti gli assistiti e una media di 82 pazienti diabetici per MMG; la maggioranza dei MMG (41/49) usa il software *Millewin*; i restanti 8 MMG usano *Iatros* (2), *Phronesis* (2), *Profim* (1) e altri software (3).

## MODALITÀ DI OTTENIMENTO DELL'LDL

(figura 1)

La maggioranza dei MMG (37/49, pari al 75%) usa la formula automatizzata nel PC; 8 MMG chiedono al laboratorio di calcolare l'esame LDL; 4 MMG usano la calcolatrice.



## RISULTATI (figure 2-3)

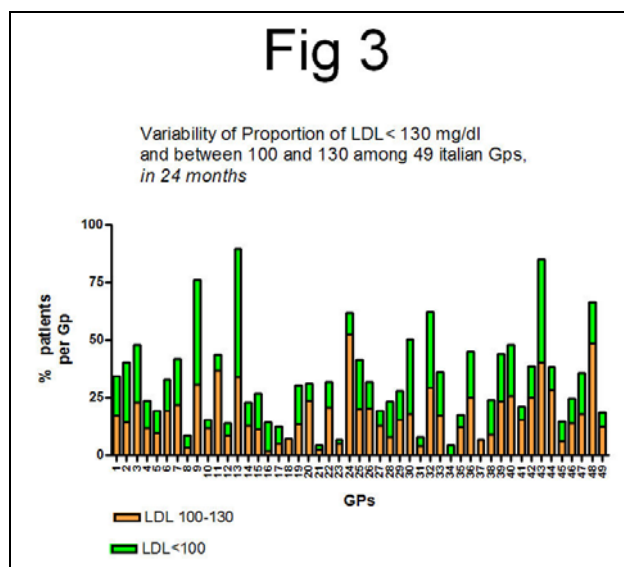
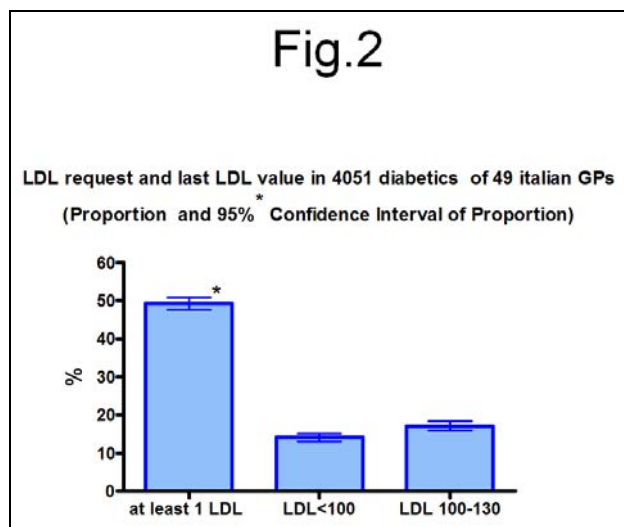
**A) Almeno 1 LDL in cartella in 24 mesi :** 1.995/4.051 pazienti diabetici hanno almeno 1 LDL in cartella, il che equivale al 49.2%: Intervallo di Confidenza al 95% da 47.6% a 50.8%

**B) Ultimo LDL inferiore a 100:** 577/4.051 pazienti (14,2%): CI 95% da 13,2% a 15,3%

**C) Ultimo LDL tra 100 e 130:** 694/4051 pazienti (17,1%): CI 95% da 15,9% a 18,3%

**D) Variabilità tra MMG:** come si evince dalla figura 3 esiste una forte variabilità nella proporzione percentuale di pazienti con LDL: il coefficiente di variazione in effetti

si attesta nel I gruppo (LDL sotto 100) all'80% e nel II gruppo (LDL tra 100 e 130) al 66%.



### COMMENTI E CONCLUSIONI

Il nostro studio mette in evidenza la distanza tra Linee-Guida e pratica quotidiana in relazione all'obiettivo di abbassare valori soglia come quello dell'LDL. Rispetto a indicazioni "ideali" di un LDL ogni 12 mesi nei diabetici e di valori inferiori a 100, i risultati di MMG pur motivati e volontari dei nostri circuiti telematici sembrano piuttosto lontani. Nel range più permissivo di 24 mesi: a) solo 1 paziente su due ha un LDL in cartella; b) solo 1 paziente su 7 ha un LDL inferiore a 100; c) solo 1 su 6 ha un LDL tra 100 e 130; d) solo il 31% dei pazienti ha un LDL inferiore a 130.

Emerge quindi una contraddizione: da una parte vi è una gara degli esperti a fissare limiti sempre più bassi di LDL, dall'altra parte anche medici di famiglia motivati hanno difficoltà a raggiungere e mantenere standard sufficienti. Da un lato bisognerà incoraggiare i MMG verso miglioramenti realistici sia nel richiedere più

frequentemente la misura, sia nell'effettuare il calcolo, sia nel perseguire target terapeutici migliori; dall'altro lato gli estensori di Linee-Guida dovranno rendersi conto che questa importante differenza tra teoria e prassi nel campo dell'LDL nei diabetici è legata ad una serie di complessità. In via preliminare, bisognerebbe capire in quanti casi l'LDL è incalcolabile per valori elevati di trigliceridi; in questi casi recenti lavori mettono in evidenza l'utilità del *Colesterolo-non-HDL* che si ottiene sottraendo al Colesterolo Totale il Colesterolo HDL<sub>(4,5,6)</sub>. Inoltre si dovrebbe analizzare l'adeguamento e semplificazione delle normative di esecuzione e rimborso del Laboratorio. I MMG di Netaudit, nella loro discussione in Lista, hanno messo in evidenza che, se fosse permesso richiedere solo l'LDL invece dei 3 esami che lo costituiscono, si otterrebbe sia una semplificazione prescrittiva, sia la sistematica risposta dell'LDL. In terzo luogo, sarà importante da parte delle software-house il potenziamento di automatismi di prescrizione/calcolo dell'LDL nelle cartelle computerizzate dei diabetici. Infine, specialisti, epidemiologi, MMG e rappresentanti dei pazienti dovranno confrontarsi sull'eventuale crescita di numero e dimensione dei costi (non solo economici), legati al perseguire obiettivi ambiziosi nei valori di LDL: a) più effetti collaterali da statine (ad alte dosi o più potenti); b) una crescita delle rischiose interazioni tra statine e altre classi di farmaci; c) una notevole pressione sulla libertà e stile di vita dei pazienti. Insomma, quando in un campo si nota un continuo abbassamento di valori-soglia dovrebbe scattare la consapevolezza che forse esiste uno scollamento tra sviluppo del binomio "Ricerca-Evidenze" e relativa riduzione di coinvolgimento dei pazienti e degli operatori sul campo

### BIBLIOGRAFIA

1. Group Hpsc. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;361:2005-16.
2. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Management of type 2 diabetes mellitus*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2005 Nov. 79 p.
3. James Shepherd et al. *Effect of Lowering LDL Cholesterol Substantially Below Currently Recommended Levels in Patients With Coronary Heart Disease and Diabetes*
4. *The Treating to New Targets (TNT) study*. *Diabetes Care* 29:1220-1226, 2006 Lettera dal Laboratorio (Ospedale Maggiore - Verona) - a cura di Romolo Dorizzi - Anno numero 40 - Aprile 2007 - <http://www.netaudit.org/temp/col-nonhhd2007.pdf>
5. Cui Y, Blumenthal RS, Flaws JA et al. *Non-high-density lipoprotein cholesterol level as a predictor of cardiovascular disease mortality*. *Arch Intern Med* 2001;161:1413-9
6. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR et al. *Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome*. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52



**MMG appartenenti alla lista Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org)):**

ANDREOLI Mimmo, ARZENTON Ermanno, AUGRUSO Angelo, BARUCHELLO Mario, BELLERI Giuseppe, BRIZIO Enzo, BRUNO Bernardino, CARACENI Luciano, CIOLINA Giovanni, DE BARI Antonio, DE MOLA Cosimo, DEL ZOTTI Francesco, DELUIGI Gianni, DOLCI Alberto, FARESIN Florio, FARINARO Carmine, FRANZOSO Federico, GRASSI Marco, LIPPA Luciano, LIPPOLIS Orazio, LUPI Lorenzo, MARCATELLI Michele, MARCHETTO Barbara, MARULLI Carlo Fedele, MASSIGNANI Dino Mario, NEGRINI Augusto, PASCULLI Domenico, PESCE Gianluigi, RANZANI Luca, RUBICINI Giuseppe, SABBI Diego, SCALA Antonio, SCHIANCHI Paolo, SEREN Filippo, STRAMENGA Carlo, TEDESCHI Luca, TORTI Giorgio, UBALDI Enzo, VALENTE Biagio, VISENTINI Emanuele, ZADRA Alessandro

**MMG appartenenti ad altri circuiti telematici:**

ANTONINI Paolo, CIRCOSTA Amedeo, DI PAOLO Anna Rita, GIULIANO Maria Concetta, MILANI Luigi, PENCO Claudio, PERUGINI Mario Arnaldo, ZOCCHI Donato



*Vecchia barella in dotazione ai Vigili del Fuoco all'inizio del 1900*

**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.