

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Year XII n 2</b></p> <p><b>Proprietario ed Editore:</b> Assoc. "Qualità Medica"</p> <p><b>Direttore Responsabile:</b> Roberto Mora<br/><b>Direttore Editoriale:</b> Enzo Brizio</p> <p><b>Direttore Scientifico:</b> Francesco Del Zotti<br/><a href="mailto:francesco.delzotti@tin.it">francesco.delzotti@tin.it</a></p> <p><b>Editorialista:</b> Mario Baruchello<br/><a href="mailto:mario.baruchello@tin.it">mario.baruchello@tin.it</a></p> <p><b>Collaboratori Internazionali:</b><br/>Julian Tudor Hart, Paul Wallace</p> <p><b>Direzione:</b> Via dell'Artigliere, 16 - Legnago (VR)<br/><b>Redazione:</b> c/o Ordine dei Medici di Vicenza, via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza</p> |  <p><b>La Qualità e le Qualità<br/>in Medicina Generale</b></p> | <p>Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95</p> <p>Periodico Trimestrale di Ricerca e<br/>VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996<br/>Da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie)<br/>e SIMG sezione di Verona.</p> <p><b>Comitato editoriale:</b><br/>M.Grassi, P.Quattrocchi,<br/>P.Schianchi, A.Vaona</p> <p><b>Collaboratori:</b><br/>A.Battaglia, A.Dalla Via,<br/>S.Girotto, G.Gottardi,<br/>M.Valente, G.Visentin</p> <p><b>Sito Web:</b> <a href="http://www.rivistaqq.it">http://www.rivistaqq.it</a><br/>In collaborazione con <a href="http://www.netaudit.org">http://www.netaudit.org</a></p> |
|---|--|--|

## COMUNICAZIONE FRA MEDICI E INTEGRAZIONE NELLE CURE: MITO O REALTÀ?

### Mario Baruchello

Sin dai Piani Sanitari del 1998 le autorità sanitarie italiane preconizzavano una risposta dell'ospedale che prevedesse "attività di post-acuzie e di lungodegenza riabilitativa"; contemporaneamente le Regioni avrebbero dovuto investire massicciamente nel territorio offrendo forme di assistenza in grado di evitare così parte dei ricoveri ospedalieri.

Assistenza Domiciliare Programmata e Integrata (ADP e ADI) dovevano garantire ai pazienti fragili una sorveglianza clinico-assistenziale con cui la medicina generale avrebbe fatto un salto di qualità integrandosi con attività infermieristiche diffuse, interventi specialistici a casa e interventi sociali appropriati. (1)

In realtà dobbiamo ammettere che questo sogno si sta realizzando solo in parte in una Italia con grandi squilibri e inequità ove troppo sovente è ancora una volontaria dedizione personale a fare la differenza e non un preciso modello organizzativo standardizzato e condiviso.

Così Ospedale e territorio restano due mondi sanitari che continuano ad usare linguaggi diversi e a dialogare in modo inadeguato.

Una comunicazione inaccurata o carente fra medici ospedalieri e medici di medicina generale comporta una serie di conseguenze sfavorevoli per il paziente che andrebbe oggi analizzata in termini di *clinical governance* e affrontata di petto con la logica della gestione del rischio clinico.

Innanzitutto, la maggior parte dei pazienti che afferrisce ai nosocomi in un sistema sanitario nazionale ancora tutto centrato sull'ospedale è in realtà affetta da una pluralità di severe patologie croniche (in una definizione riduzionistica ancora oggi intesa come "malattia di durata superiore ai tre mesi e non autolimitante"). (2)

*L'ospedale per acuti* così come lo vogliono le recenti definizioni programmatiche, finisce in realtà per non assolvere i suoi compiti rispetto ai bisogni clinici veri dei malati; è infatti orientato ad una visione puramente "curativa" della medicina e, travolto dagli enormi costi della degenza, tende a risparmiare in appropriatezza. "È quello che gli anglosassoni chiamano *quicker and sicker*, cioè il dimettere il paziente troppo velocemente (*quicker*) e quando non è ancora stabilizzato (più sofferente, *sicker*)". (3)

La comunicazione tra medici curanti a questo punto diviene la chiave di volta di una corretta gestione dei problemi dei pazienti e una modalità di perseguire un lavoro integrato.

Il trasferimento di informazioni anamnestiche con report che completino un sospetto diagnostico di invio al medico ospedaliero da parte del medico di famiglia è indispensabile (4) (5) e deve basarsi su *data base aggiornati* che oggi sono fondamentali nel lavoro quotidiano sul territorio e il cui uso potrebbe anzi concorrere ad un vero sistema di certificazione di qualità per i professionisti.

|   |  |
|---|--|
| 1 | <i>Editoriale</i>  |
|   | <i>Nei FAI-2: audit su 229 grandi obesi da parte di 20 MMG italiani: un'occasione mancata per la MG?</i> |
|   | <i>Gli indicatori di qualità applicati alla gestione dei pazienti con diabete mellito di tipo 2</i>      |
|   | <i>Sel-Audit sulle fratture osteoporotiche in donne anziane in una popolazione ambulatoriale</i>         |

Nella pubblicazione su QQ abbiamo sempre sostenuto che la informatica medica in questa logica, non è solo la chiave per l'automatizzazione dei compiti burocratici ma fornisce il supporto qualitativo dell'attività professionale del medico di medicina generale al fine di raccogliere dati per audit, statistiche e ricerche cliniche.

La cartella clinica informatizzata e compilata con criteri scientifici è la risposta e soprattutto è in grado di evidenziare in pochi istanti almeno i seguenti item: (6; modif.)

| <b>Lettera di ricovero in Ospedale dal parte del medico curante</b>                          |
|--|
| Motivi del ricovero: diagnosi o sospetto diagnostico, descrizione di sintomi e segni         |
| Problemi attivi del paziente, con data di inizio della patologia e diagnosi certa o sospetta |
| Problemi pregressi importanti (neoplasie, infarto...)  |
| Farmaci continuativi con inizio dell'assunzione e posologie                                  |
| Intolleranze a farmaci e mezzi di contrasto  |
| Accertamenti eseguiti collegati al problema sotteso e con relativa risposta/referto          |
| Dati di base: peso, altezza, circonferenza vita, fumo, alcool, lavoro                        |
| Anagrafica, stato civile, istruzione   |
| Familiarità significative  |
| Ricoveri e diagnosi collegate  |
| <i>Life events</i> e eventuali note relative al rapporto personale con la salute             |

Se poi esaminiamo il versante relativo ai medici ospedalieri, potremmo concordare con gli Autori olandesi che giudicano lo specialista ospedaliero particolarmente interessato alla collaborazione con il medico di famiglia, perché, in un sistema sanitario simile al nostro, lo considera responsabile dell'invio dei pazienti al secondo livello di cure (funzione di *gate keeping*). In virtù delle sue specifiche competenze specialistiche spesso non considera su un piano di eguaglianza il medico di famiglia. Ritiene così di aver qualche cosa da insegnare e non percepisce che potrebbe avere qualche cosa anche da apprendere dal collega che esercita in altre condizioni ambientali e vede una patologia con modalità di presentazione diverse. Solo la conoscenza diretta a seguito di rapporti professionali occasionali, anche se informali, induce lo specialista a considerare più realizzabile un rapporto collaborativo stretto con la medicina del territorio. (7)

Cosa ci aspettiamo invece noi medici di famiglia ogni giorno nella normale pratica fra sentimenti di indignazione e di rabbia difficilmente contenuta di fronte alle informazioni portate dal malato dimesso da un Ospedale? Kripalani e colleghi hanno provato a riassumere i punti chiave utili a organizzare le priorità assistenziali del malato: (8)

| <b>PUNTI CHIAVE DI UNA LETTERA DI DIMISSIONI</b>  |
|---|
| Diagnosi principali e secondarie  |
| Storia medica correlata al ricovero e esame fisico del paziente   |
| Date del ricovero, trattamenti effettuati   |
| Risultati delle procedure diagnostiche e dei test di laboratorio  |
| Conclusioni di ogni consulenza  |
| Informazioni fornite al paziente e ai familiari   |
| Stato funzionale del malato in uscita   |
| Terapie all'ingresso e in dimissione, con motivo di ogni modifica   |
| Dettagli sul follow-up  |
| Test ancora in esecuzione con appuntamenti e chiare procedure   |
| Nome del medico responsabile del ricovero e riferimenti di tutto il personale della Divisione Ospedaliera interessata |

E pensare che, per rimanere con i piedi per terra, quando mi illudo di aver scoperto qualcosa di nuovo, tengo sul tavolo una vecchia copia del *Journal of the Royal College of General Practitioners*, con un agile articolo che sottolineava già nel 1981 esattamente queste esigenze e poneva la *Ability to Communicate* accanto agli altri tre fattori chiave della qualità in medicina generale: *Professional Values*, *Accessibility* e *Clinical Competence*. (9)

Leggete dunque con curiosità questo numero di QQ perché da Attilio Dalla Via non solo i MMG ma anche gli Ospedalieri possono imparare sia il self-audit sia la prudenza con i farmaci attivi sul metabolismo osseo spesso così generosamente prescritti.

Ma anche i grandi obesi sono alla porta dei nostri studi e l'invito di Del Zotti, Brizio, Arzenton e Marulli ad affrontare di petto e con competenze nuove la grave questione è pressante. Organizziamoci subito una rete di relazioni professionali con nutrizionisti, internisti e chirurghi seri.

Tutti infine dovrebbero scaricare il software proposto da Di Lecce per la gestione dei diabetici: è un vero gioiellino che sfida grandi progetti in corso da parte di Società Scientifiche della MG e della Diabetologia. In una visione di sanità pubblica integrata (*shared care*) permetterebbe di incrociare i dati sulla prevalenza della patologia che provengono da Schede di dimissioni ospedaliere, Esenzioni Ticket, Prescrizioni farmaci e presidi, con quelle che dormono nei nostri archivi: capiremmo che di una vera epidemia di tratta, con tassi anche del 12 % sulla popolazione degli ultrasessantacinquenni.

(1) *Massimo Chiantini - Assistenza domiciliare integrate. Una sfida per la sanità del futuro. Toscana medica, n.5/07 pag. 20-22*

(2) <http://urlin.it/d3c3>

(3) <http://urlin.it/d3ef>

(4) *J.Campbell: Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors - Journal of the Royal Society of medicine vol. 94 - Dec 2001 pag. 628-31*

(5) *Kieran J et al - Referrals to hospital by general practitioners: a study of compliance and communication. BMJ vol 297, 12 Nov 1988; 1246-48*

(6) [www.simg.it/servizi/servizi\\_riviste2006/04\\_2006/8.pdf](http://www.simg.it/servizi/servizi_riviste2006/04_2006/8.pdf)

(7) Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists - a qualitative study, A.Berendsen et alii, BMC Health Service Research 2006, 6:155 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/155>

(8) Kripalani S et al. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA. 2007;297:831-841.*

(9) *What sort of doctor?* JRCGP; 698, 702 November 1981



**NETFAT-2: AUDIT SU 229 GRANDI OBESI DA PARTE DI 20 MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG) ITALIANI: UN'OCCASIONE MANCATA PER LA MEDICINA GENERALE?**

*Franco Del Zotti (VR), Enzo Brizio (CN), Ermanno Arzenton (VI), Carlo Fedele Marulli (TE), Vincenzo Mazzola (PA), Ranzani Luca (TO) e Lista Netaudit (<http://www.netaudit.org>)*

## BACKGROUND

Una revisione Cochrane del 2005 e altri importanti articoli scientifici (1,2,3,4) da una parte hanno messo in evidenza per i "grandi obesi" il possibile impatto sulla sopravvivenza di un approccio integrato dietetico, clinico e, nel caso in cui i trattamenti conservativi non abbiano avuto successo, della Chirurgia; dall'altra parte ha stimolato la MG a valutare il

grado di sorveglianza clinica e soprattutto di *counselling* per questa tipologia di pazienti ad alto rischio cardio-vascolare.

## OBIETTIVI

a) Valutare quanto siano presenti nelle cartelle dei pazienti con “morbid obesity” (con BMI  $\geq 40$ ; in quelli con BMI da 35 a 39,9 e con una co-morbilità) dati sul monitoraggio clinico dei fattori di rischio cardiovascolare.

b) valutare nei suddetti pazienti l'eventuale presenza di contro-indicazioni alla chirurgia

c) valutare in quanti casi il paziente eleggibile per approccio intensivo e/o chirurgico e' stato indirizzato a centri specializzati.

d) valutare in quanti casi il MMG ha spiegato vantaggi/svantaggi della Chirurgia a pazienti eleggibili per la chirurgia.

## METODO

Sono stati inclusi pazienti con un'età compresa tra 21 e 60 anni che alla media degli ultimi 2 BMI o alla valutazione dell'unico BMI abbiano un BMI  $\geq 35$ . Sono stati esclusi pazienti già operati per Obesità. Ogni MMG ha valutato sino ad un massimo di 15 pazienti. In particolare i MMG hanno incluso tutti i loro pazienti con BMI  $\geq 40$ , se presenti nei loro elenchi in numero non superiore a 10. In caso contrario, i MMG con più di 10 casi di pazienti con BMI  $\geq 40$  sono stati assistiti (da una procedura centralizzata organizzata online da Netaudit) a randomizzare solo 10 pazienti. Sono stati altresì randomizzati i restanti pazienti tra coloro che avevano un BMI tra 35 e 39.99.

Il Data entry dei dati è stata realizzato mediante l'utilizzo di un file ad hoc realizzato con il software freeware *Epidata*. L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando i software Epi-info e Statsdirect.

## RISULTATI E CONCLUSIONI

L'analisi dei dati ha riguardato 229 pazienti di 20 MMG della Lista italiana *Netaudit*, di cui 103 con BMI  $\geq 40$  e 126 pazienti con BMI  $\geq 35$  e  $<40$ .

### Monitoraggio clinico del rischio cardiovascolare

In questi 229 pazienti, la valutazione dell'elevato rischio cardiovascolare correlata all'obesità di stadio avanzato è stata valutata attraverso la frequenza di compilazione in cartella della Pressione Arteriosa, del campo glicemia e colesterolo. (Tabella 1)

|          | Blood pressure | Glycemia  | cholesterol |
|----------|----------------|-----------|-------------|
| <1 year  | 119(52)        | 136(59.4) | 101(44.1)   |
| <3 years | 182(77.5)      | 187(81.7) | 161(70.3)   |

Tab. 1

La proporzione di almeno 1 valore in cartella *nell'ultimo anno* di almeno un dato è stata rispettivamente del 52% 59%

e 44%. Le percentuali crescono se si considera “*almeno 1 rilevazione negli ultimi 3 anni*”: rispettivamente 77%, 82%, 70% (Fig 1)

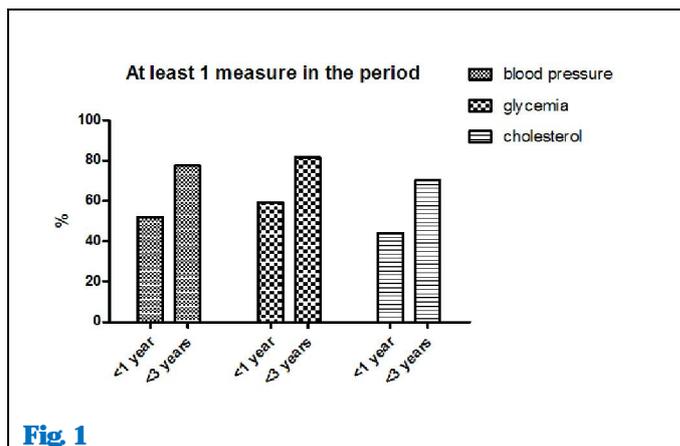


Fig 1

Per quanto riguarda l'anamnesi, l'ultima compilazione campo fumo corrisponde a “*non fumà*” in 133/229 paz. (58,1%; IC tra 51% a 64%); “*fumà*” in 46 paz. (20,1%; IC tra 15% e 26%); “*non dati in cartella*” in 50 paz. (21,8%; IC tra 17% e 28%)

### Pazienti con indicazioni alla chirurgia

Secondo le indicazioni delle Linee-guida citate hanno indicazione all'intervento sia tutti i 103 pazienti con BMI  $\geq 40$  sia i pazienti con BMI da 35 a 39,99 con almeno 1 co-morbilità: 72/126 (57%) .

Sulla somma di 175 pazienti con indicazione chirurgica sono stati riscontrati solo 12 casi con controindicazione all'intervento (7%; *Intervallo di confidenza* : da 4% a 12%); in particolare: 6/103 per pazienti con BMI  $\geq 40$  e 6/72 per pazienti da 35 a 39,99.

Restano quindi eleggibili per intervento chirurgico (dopo fallimento dell'approccio integrato di un centro specializzato) 163 casi.

Tra questi 163 pazienti si verifica una prevalenza di femmine (104 pari al 63,8%; IC: da 56% a 71%). L'età media è risultata 51 anni.

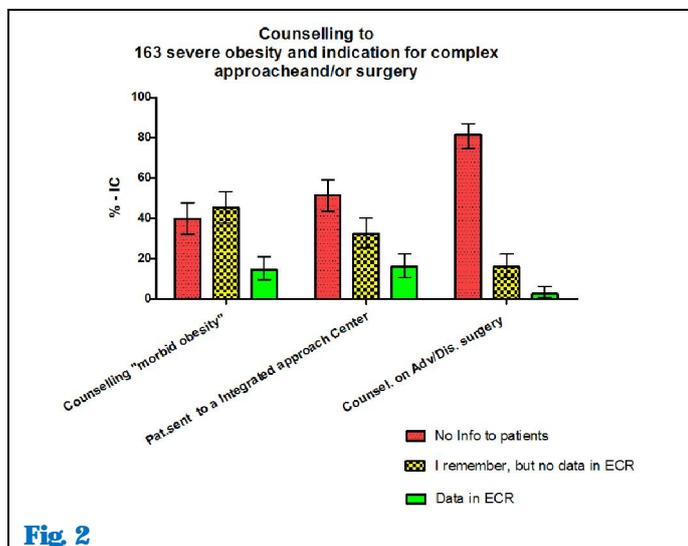
### Counselling nei 163 pazienti eleggibili per chirurgia

1) *Invio a Centro Specializzato*. solo in 26/163 casi (14,7%; IC da 32% a 48%) è presente in cartella qualche dato sull'invio a Centri Specializzati per grandi obesi. Gli altri casi si distribuiscono pressappoco a metà tra le risposte “*ricordo aver parlato, ma non dati in cartella*” e “*mai parlato e non dati in cartella*”

2) *Counselling su vantaggi/svantaggi della chirurgia*. **mai parlato e non dati**: 133/163 (81,6%; IC: da 75% a 87%);

“**ricordo di aver parlato, ma non dati**” in 26 casi (16,0%; IC da 11% A 22%);

“**Si, presenti dati in cartella**” (2,5%; IC: dall' 1% al 6%) in 4 casi. (Fig 2)



## CONCLUSIONI

Dal precedente lavoro di netaudit ([www.rivistaqq.it](http://www.rivistaqq.it); maggio 2007) emergeva già la sproporzione tra aumento della prevalenza dei grandi obesi (ormai al 2.5%) e la relativa impreparazione del sistema sanitario e dei MMG alla gestione dell'insita complessità clinica e decisionale. In questo studio si afferma ancora di più un vasto spazio professionale, sia per la potenziale indicazione ad approcci più aggressivi e/o chirurgica in tutti i pazienti con almeno 40 di BMI e in più della metà dei pazienti con BMI da 35 a 40, sia per la bassa frequenza di contro-indicazioni all'intervento, sia infine per l'impatto che questa condizione può avere non solo sulla sopravvivenza ma sul senso di auto-stima nel sesso che è risultato in questo studio prevalente, quello femminile, ove queste dinamiche sono ancora più sentite.

Nello stesso tempo si nota un' appena sufficiente abitudine dei MMG a monitorare il rischio clinico e una decisa carenza del nostro ruolo nell'assumere/fornire informazioni e counselling ai grandi obesi; per un invio strutturato a Centri specializzati; per la valutazione dei costi/benefici della chirurgia.

Molto probabilmente in breve tempo si affermerà l'offerta del ricco mercato specialistico, su basi cognitivo-comportamentale e/o chirurgica. Esso potrebbe avere un impatto tremendo su un gruppo di pazienti su cui gravano sia rischi reali sia potenti pressioni sociali. Urge quindi un contraltare: una maggiore preparazione e consapevolezza dei MMG.

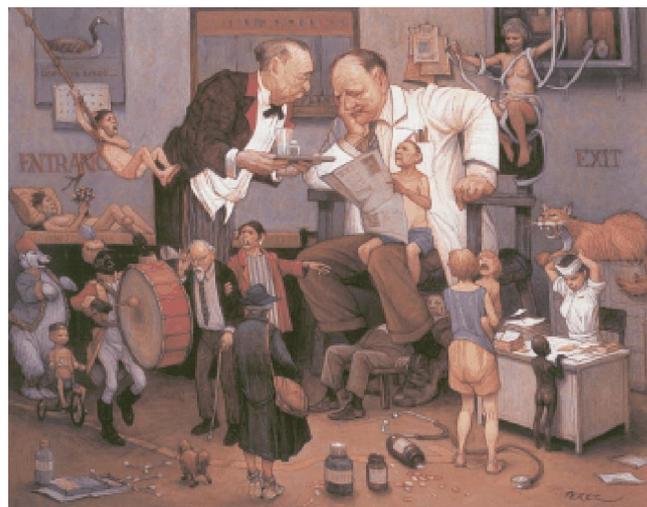
## BIBLIOGRAFIA

- <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band130/b130-5.html>
- H Buchwald et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. JAMA 292: 1724-1737
- Clegg A, Colquitt J, Sidhu M, Royle P, Walker A. Clinical and cost effectiveness of surgery for morbid obesity: a systematic review and economic evaluation. Int J Obes Relat Metab Disord 2003;27: 1167-77.
- Colquitt J, Clegg A, Sidhu M, Royle P. Surgery for morbid obesity. Cochrane Database Syst Rev 2003;(2): CD003641.

Partecipanti a netfat2:

ARZENTON Ermanno - AUGRUSO Angelo -  
BATTAGLIA Alessandro - BRIZIO Enzo - CERVONE

Angelo - DE BARI Antonio - DE MOLA Cosimo - DEL ZOTTI Francesco - DELUIGI Gianni - DOLCI Alberto - FARINARO Carmine - LIPPA Luciano - MARULLI Carlo Fedele - MAZZOLA Vincenzo - RANZANI Luca - RIGON Giorgio - SFRAGARA Ignazio - STRAMENGA Carlo - UBALDI Enzo



## GLI INDICATORI DI QUALITÀ APPLICATI ALLA GESTIONE DEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 2

**Gianfranco Di Lecce** - MMG - Modugno (BA)

### LA QUALITÀ SI PUÒ MISURARE?

Probabilmente non esiste una risposta esaustiva a questa domanda, perché tante sono le "definizioni di qualità" ed ancora più numerosi i "punti di vista" da cui può essere valutata.

Eppure alcuni "indicatori parziali" si possono individuare per misurare talune performance considerate significative. La spesa farmaceutica o il numero di ricoveri o il numero di esami di laboratorio prescritti non sono altro che indicatori parziali di qualità. In un periodo storico in cui TUTTI, dagli amministratori pubblici alle associazioni di consumatori fanno a gara per misurare e giudicare l'operato dei medici, è necessario che proprio tra noi si sviluppi un dibattito su questa nuova dimensione della nostra professione, per imporre opportuni "paletti" a giudizi "troppo parziali": va bene misurare la spesa, ma non "a prescindere" dal risultato ottenuto; è certamente più bravo un operatore che risparmia ma a parità di risultati e non a prescindere da essi!

### A CHI GIOVA?

Verrebbe da dire che misurarci può servire solo a chi deve giudicarci, un po' come l'odiato voto sulla pagella scolastica. Ma a ben guardare l'indicatore è uno strumento asettico che può servire a "condannare" come ad "aiutare" noi operatori: per esempio a scoprire le falle della nostra organizzazione, in cosa abbiamo bisogno di migliorare e di quanto, se i correttivi attuati funzionano, ecc.

### VANTAGGI E LIMITI

Come ogni strumento, o ogni farmaco, gli indicatori hanno lati positivi ed "effetti collaterali". Saperli usare e non "farsi usare" significa conoscerne i pregi e i limiti.

## VANTAGGI:

- 1) controbilanciare una valutazione basata solo sulla spesa
- 2) passare dal METODO al RISULTATO, cioè sottolineare che la performance del medico si deve misurare sugli obiettivi di salute raggiunti e non sul metodo di lavoro (in gruppo, da soli, in rete, di giorno, di notte, con segretaria, senza segretaria, ecc)
- 3) valutare la riuscita di interventi correttivi sugli operatori (ECM) o sulla popolazione (screening, campagne di informazione)
- 4) monitorare gli obiettivi raggiunti e quelli non raggiunti in una macro-area: un distretto, una ASL.
- 5) stimolare tra gli operatori la discussione sui traguardi da raggiungere

## LIMITI:

- a) generalmente sono auto-refenziali, nel senso che sono ancora pochi gli studi che ne dimostrano l'utilità
- b) generalmente non comprendono il punto di vista del paziente, teoricamente al centro del SSN
- c) più che di esito sono indicatori di processo, cioè di aderenza alle linee guida. Gli indici di esito sono di difficile interpretazione. (interessante il caso del Veneto [http://www.arssveneto.it/html\\_pages/documents/RisultatiPrevention.pdf](http://www.arssveneto.it/html_pages/documents/RisultatiPrevention.pdf) in cui a fronte di una riduzione, avvenuta negli ultimi anni, dei ricoveri per le complicanze della maggior parte delle patologie croniche e delle complicanze a breve termine del diabete, vi è stato un evidente incremento dei ricoveri per le complicanze a lungo termine: forse curare meglio il diabetico vuol dire aumentarne la sopravvivenza e quindi la esposizione a complicanze a lungo termine!)
- d) inducono a credere che l'aderenza alle linee guida sia sempre la scelta migliore per il paziente. Ma nella realtà vi sono molte situazioni particolari in cui il giudizio complessivo sul paziente porta a non seguire le linee guida!
- e) indicano DOVE operare una correzione, ma non COME farlo, per cui da soli non risolvono il problema

## COSA MISURARE

Gran parte del nostro lavoro è dedicata alla cura delle patologie croniche. Tra ipertesi, diabetici e bronchitici cronici ogni medico di famiglia assiste mediamente tra i 200 ed i 400 pazienti cronici, vero "zoccolo duro" del nostro lavoro sia in termini di impegno che di spesa sanitaria. Noi non siamo i medici dell'urgenza (non lavoriamo in un pronto soccorso!), non siamo né i medici delle "diagnosi brillanti" (ce ne capitano due o tre in tutta la carriera!), né i medici dei sani (che non frequentano assiduamente i nostri studi!). **Noi siamo soprattutto i medici dei cronici**, perché sono tanti e sono impegnativi, sono costosi ma danno soddisfazione: tanti e tanti sono i pazienti che potremo salvare dalla morte o dall'invalidità se faremo bene il nostro lavoro! E solo noi possiamo gestire al meglio questi pazienti sia per la frequenza "imbattibile" con la quale li vediamo (quasi ogni settimana), sia per il tempo (decenni) in cui li accompagniamo, sia per il tipo di rapporto "collaborativo" che sappiamo instaurare.

**L'ultima convenzione dei Medici di famiglia del Regno Unito** (General Practitioners, GPs) ha stabilito che il medico va premiato se raggiunge alcuni standard di performance sulle patologie croniche ed ha individuato alcuni indicatori. I

colleghi della **SIMG** ne hanno stilato una versione italiana. Assieme ad un informatico ho ideato **una query, per il software millewin, che calcola questi indici**, relativamente alla sola **patologia diabetica** (prototipo delle patologie croniche) prelevando direttamente i dati dall'archivio di MW, e li rappresenta graficamente. Inoltre **eseguendo questa estrazione periodicamente** (per esempio una volta al mese) è possibile osservare l'andamento dinamico degli indicatori, che vanno corretti se deficitari ma vanno anche mantenuti aggiornati perché la query è impostata per prelevare solo dati recenti.

**Per la malattia diabetica gli indici sono 18, divisi in 6 gruppi, e per ognuno di essi vi è un range, tra un livello accettabile ed uno ideale, nel quale collocarsi.**

**OBIETTIVO: migliorare la prevalenza, ridurre i casi di diabete mellito tipo 2 misconosciuti**

**Percentuale di pazienti diabetici tipo 2** su tutti i pazienti in carico

**OBIETTIVO: definizione e controllo del Rischio Cardiovascolare**

Percentuale registrazione dato **fumo** nei pazienti diabetici  
Percentuale registrazione indice di massa corporea (**BMI**) nei pazienti diabetici

Percentuale dei pazienti diabetici con **indice di rischio cardiovascolare** calcolato nei pazienti diabetici

**OBIETTIVO: instaurare un efficace FOLLOW-UP**

Percentuale dei pazienti diabetici con dosaggio della **microalbuminuria** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con **fundus oculi** negli ultimi **24 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con dosaggio del **colesterolo LDL** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con una misurazione della **Pressione Arteriosa** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con una registrazione dell'**HbA1c** negli ultimi **6 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con registrazione della valutazione dei **polsi periferici** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con comorbilità ipertensiva con ultimo valore registrato di **PA < 130-80** mmHg

Percentuale dei pazienti diabetici con ultimo valore registrato di **HbA1c < 7%**

Percentuale dei pazienti diabetici con ultimo valore registrato di **colesterolo totale < 190** mg/dl

**OBIETTIVO: favorire le modificazioni positive dello stile di vita**

Percentuale dei pazienti diabetici fumatori con **un intervento per favorire la disassuefazione al fumo** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici sovrappeso o obesi con **un intervento per favorire la riduzione del peso** negli ultimi **12 mesi**

Percentuale dei pazienti diabetici con **un intervento per favorire l'attività fisica**

**OBIETTIVO: TERAPIA FARMACOLOGICA CON ANTIDIABETICI ORALI NEI SOGGETTI OBESI-SOVRAPPESO**

Percentuale dei pazienti diabetici **in terapia con metformina** (anche in associazione)

**OBIETTIVO: Ridurre morbilità mortalità per complicanze cardiorespiratorie causate dall'influenza**

Percentuale dei pazienti diabetici **vaccinati per l'influenza** negli ultimi **12 mesi**

Dopo averli letti vi sarete certamente resi conto di un grosso problema di fondo che riguarda la **formalizzazione e memorizzazione nei nostri archivi di alcuni particolari parametri** come “elargizione di consigli” su fumo, alimentazione ed attività fisica o “l’esame dei polsi periferici” che non siamo abituati ad archiviare. In realtà i campi specifici generalmente sono presenti nei nostri software (almeno in MW), bisogna solo abituarsi ad usarli.

### LA QUERY

(inserita in un software per Millewin, scaricabile dal Link <http://www.netaudit.org/diabet-dilecce4.zip>)

**Per estrarre i dati** da MW abbiamo usato una serie di query (circa 100 query a cascata) che lavorano in ACCES (che deve essere installato nel computer) e trasferiscono i dati ad EXCEL. Abbiamo usato ACCES come “motore” della estrazione per andare oltre i limiti imposti dalle estrazioni in MW ed EXCEL per avere libertà nella esposizione grafica.

**La tabella finale EXCEL** contiene molti più dati di quelli necessari per la elaborazione degli indici, è analitica (riporta i dati di tutti i pazienti con nome e cognome e non solo le percentuali) e rappresenta il vero strumento di lavoro. Riporta età, sesso, esenzione, terapie, comorbidità e complicanze, esami quadrimestrali ed annuali, se sono scaduti e da quanti giorni. Abbiamo usato anche i colori e i simboli per comunicare il significato dei parametri:

**Per terapie, comorbidità e complicanze:** i colori **verde/giallo** stanno per **positivo/negativo**. Un “?” comunica invece una incongruenza (per esempio se non è stato attivato il problema dislipidemia nella cartella del paziente con un colesterolo fuori norma) che va risolto aggiornando la cartella del paziente in MW.

**Per gli esami** il colore del carattere **nero/rosso** comunica se il valore è **normale/anormale** mentre lo sfondo è **giallo** se l’esame è scaduto. Un “?” comunica come sempre una incongruenza che di solito in questo caso è causata dall’assenza dell’esame.

Il “?” ed il gioco dei colori **positivo/negativo** e **normale/anormale** sono in effetti due utilissimi strumenti di lavoro pensati per evidenziare in modo analitico tutte le correzioni da operare nella gestione dei nostri diabetici. La tabella non sarà mai completamente priva di dati anormali o di punti interrogativi ma il lavoro di correzione sarà certamente premiato da un miglioramento tangibile degli indici di qualità.

**Tutte queste spiegazioni, e molte altre, sono comunque riportate analiticamente nella tabella excel sotto forma di commenti alle singole celle.**

Nello stesso file EXCEL esiste un altro foglio chiamato “**GRAFICI**” nel quale vengono elaborati numericamente e graficamente gli “indicatori”. Per ogni indicatore sono visualizzati gli ultimi 12 valori con la notazione del mese di rilevazione per seguirne l’andamento in un anno. Il range accettabile è racchiuso tra una linea verde ed una blu.

Si può avere una parziale idea dei risultati osservando la figura in calce all’articolo.

### INVITO ALLA DISCUSSIONE

Questo articolo vorrebbe soprattutto essere di stimolo alla discussione:

1) **Ma si può misurare la professione medica con numeri e percentuali?** A qualcuno sembrerà stupido o blasfemo misurare “l’arte medica” con numeri e percentuali: un modo per svilire e volgarizzare una delle professioni più prestigiose del mondo! Ma forse non ci si è accorti che tutta la medicina è basata su indicatori di qualità: quando si valuta l’efficacia di un nuovo antitumorale sulla percentuale di remissioni, o si esamina l’accuratezza di un nuovo mezzo diagnostico su parametri di sensibilità e specificità, o si giudica l’efficienza di un centro trapianti dalla percentuale di sopravvivenza, non si fa altro che usare indicatori numerici per quantificare la validità di una procedura medica!

2) **Meglio usare indicatori di processo o di esito?**

Come già accennato, non c’è accordo su quale categoria di indicatori sia meglio usare: se siano più utili quelli di processo (cioè quantità e frequenza di esami eseguiti, terapie praticate ecc. in ottemperanza alle linee guida) o quelli di esito finale (frequenza delle complicanze, dei ricoveri, durata media della vita, qualità percepita della vita ecc.), o ancora quelli di “esito intermedio” (valori di glicemia, emoglobina glicata, creatininemia, proteinuria, ecc). Gli epidemiologi tendono fortemente a spostare l’attenzione sugli indicatori di esito finale, perché sarebbero più vicini al risultato desiderato dall’utente (paziente) e dal committente (SSN), mentre quelli di processo (aderenza alle linee guida) sarebbero una problematica tecnica, interna alla categoria medica. Personalmente penso che così come, da un punto di vista legale, il medico non è tenuto “all’obbligo del risultato” ma solo all’obbligo di una buona pratica, per la natura molto complessa della sua professione, parimenti gli unici indicatori accettabili sono quelli di aderenza alle linee guida ed a limite quelli di esito intermedio. Gli indicatori di esito finale andrebbero invece nettamente rifiutati perché nessuno può garantire l’esito di una terapia, perché le linee guida sono in continua evoluzione (quindi quelle in uso oggi contengono errori di cui ci accorgeremo solo in futuro), perché le variabili in gioco nel determinare il risultato finale sono molte di più del previsto e non tutte dipendono dalla terapia e dal medico, infine perché gli esiti finali spesso sono imprevedibili (curare meglio un malato cronico aumentandone la sopravvivenza di 10-20 anni incrementa o riduce il numero totale delle complicanze e dei ricoveri nel lungo periodo? Incrementa o riduce la prevalenza della malattia? Incrementa o riduce la spesa complessiva legata a quella patologia?).

3) **Il primo indicatore presente nella lista della SIMG è la “PREVALENZA” del diabete fra i nostri pazienti.** È la prima problematica con la quale “impatta” chi vuole “misurarsi” con gli indicatori ed impone alcune riflessioni:

Cosa esprime in realtà questo indice: la diffusione del diabete tra i nostri pazienti o la sensibilità diagnostica del medico? Probabilmente la seconda, quindi il primo traguardo da raggiungere è aumentare la prevalenza correggendo la nostra tendenza alla “sotto-diagnosi” di molti casi border-line (le iperglicemie post-natalizie o quelle degli obesi o quelle dei golosi rei confessi!).

Qual è la prevalenza reale del diabete II tra i nostri pazienti? Spesso si fa l’errore di applicare quella che viene ritenuta la prevalenza della malattia nella popolazione generale (circa il 6%) ai nostri pazienti. Ma a ben guardare la prevalenza sale nelle varie fasce di età essendo quasi uguale a 0 nei bambini ed arrivando al 12% negli over 65. Nella popolazione da noi assistita manca tutta la fascia di età infantile e ciò fa inevitabilmente lievitare la prevalenza della malattia, ma a

quale valore? Certo sarà un valore compreso tra 6 e 12, proporzionalmente più grande a seconda dell'età media dei nostri pazienti, che spesso è proporzionale all'età del medico! Potremmo quindi mettere in relazione prevalenza del diabete ed età del medico curante?

4) **Il primo indicatore presente nella mia tabella (e non in quella della SIMG) è la "COMPLIANCE"** del singolo paziente espressa come percentuale di esami dell'ultimo anno che hanno una risposta di qualsiasi tipo (pallino colorato, valore numerico o commento), rispetto agli esami rimasti senza risposta. Serve ad individuare i pazienti con bassa compliance (quelli con tanti orologi blu!). Consiglio quindi di non cancellare mai gli esami rimasti senza risposta poiché sono un buon indice di scarsa aderenza del paziente! Anche questo indicatore potrebbe sollevare alcune interessanti quesiti:

Come vanno trattati i pazienti con scarsa compliance? Vanno rispettati (ovverossia abbandonati!) nella loro volontà di non seguire le cure? (Ma se così fosse, sarebbe giusto escluderli nel calcolo degli indicatori!) Oppure vanno sempre inclusi nel calcolo, in modo da far comprendere al medico che ormai il "counselling" è un'opzione terapeutica, al pari della insulina, che non si può misconoscere?

5) **Sindrome metabolica e calcolo del rischio CV:** sono utili o superflui nei pazienti diabetici già considerati pazienti ad alto rischio? Potrebbero servire ad identificare una sottoclasse di diabetici a rischio altissimo in cui mettere in atto una terapia aggressiva: LDL <70, antipertensivo

sempre, antiaggregante sempre, insulinizzazione precoce, ecc?

6) **Dalla parte del paziente.** Nessun protocollo, nessuna linea guida sul diabete che ho potuto esaminare, ha inserito il pur minimo indicatore "dalla parte del paziente": qualità percepita della vita, facilità di accesso alle prestazioni mediche, disponibilità degli operatori sanitari, clima collaborativo anziché direttivo, ecc. Eppure tutte, senza eccezione, recitano... il paziente è al centro di ogni strategia sanitaria...!

*Come già scritto chi vuole cimentarsi in questa sfida può scaricare il software all'indirizzo*  
<http://www.netaudit.org/diabet-dilecce4.zip>

*Requisiti del sistema: Windows XP con installato Office 2003 completo di Access ed Excel*  
*Sono graditi commenti e suggerimenti: [mwutility@libero.it](mailto:mwutility@libero.it)*



| ELIMINIA DATI PERSONALI |      |                     | ORBILITA'    |               | COMPLICANZE |                   |                    |                   |            |             | TERAPIE    |                     |          |            |               | ESAMI QUADRIMESTRALI |                |           |           | ESAMI ANNUALI |       |                   |              |     |     |         |             |             |      |             |     |     |     |
|-------------------------|------|---------------------|--------------|---------------|-------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------|------------|---------------------|----------|------------|---------------|----------------------|----------------|-----------|-----------|---------------|-------|-------------------|--------------|-----|-----|---------|-------------|-------------|------|-------------|-----|-----|-----|
| SESSO                   | ETA' | ESESIONE COMPLIANCE | Dislipidemia | Obesità (BMI) | Fumo        | Cardiopatia isch. | Calcolo rischio CV | Distinz. Erettile | Nefropatia | Retinopatia | Neuropatia | Vasculopatia perif. | Insulina | Metformina | Ace/Sartanico | Statina              | Antiaggregante | PAS media | PAD media | Freq. Media   | HbA1c | Cholesterolio tot | Trigliceridi | HDL | LDL | NON HDL | Albuminuria | Fibrinogeno | PCR  | Creatinemia |     |     |     |
|                         |      |                     | 47.3%        | 47%           | 10.8%       | 11.8%             | #DIV/0!            | 19.2%             | 12.9%      | 5.4%        | 5.4%       | 31.2%               | 14.0%    | 67.7%      | 59.1%         | 44.1%                | 26.9%          | 137       | 81        | 75            | 6.7   | 188               | 146          | 53  | 107 | 134     | 24.2        | 329         | 4.9  | 1.0         |     |     |     |
| F                       | 77   | 62%                 | ?            | 40            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 148       | 73        | 80            | 5.9   | 238               | 135          | 81  | 130 | 157     | 20.9        | ?           | ?    | 0.7         |     |     |     |
| F                       | 83   | 53%                 | ?            | ?             | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 140       | 92        | 99            | 5.8   | 202               | 181          | 57  | 109 | 145     | 13.3        | ?           | ?    | 6.0         |     |     |     |
| F                       | 87   | 0%                  | ?            | ?             | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 139       | 69        | 84            | 5.6   | 171               | 141          | 36  | 107 | 135     | ?           | ?           | ?    | 0.9         |     |     |     |
| M                       | 58   | 42%                 | ?            | 32            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 134       | 89        | 84            | 11.0  | 254               | 462          | 39  | ?   | ?       | 175.0       | ?           | ?    | 1.2         |     |     |     |
| F                       | 65   | 88%                 | ?            | 23            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 135       | 88        | 99            | 7.0   | 263               | 215          | 47  | ?   | ?       | 2.2         | ?           | ?    | 0.9         |     |     |     |
| M                       | 60   | 88%                 | ?            | 29            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 129       | 83        | 72            | 6.6   | 235               | 244          | 48  | 138 | 187     | ?           | 286.0       | 5.9  | 1.0         |     |     |     |
| M                       | 44   | 92%                 | ?            | 23            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 147       | 92        | 92            | 7.8   | 202               | 76           | 41  | 146 | 161     | 13.9        | ?           | ?    | 1.0         |     |     |     |
| M                       | 60   | 83%                 | ?            | 30            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 130       | 81        | 79            | 8.0   | 136               | 234          | 41  | 48  | 95      | 42.8        | ?           | ?    | 1.1         |     |     |     |
| M                       | 55   | 81%                 | ?            | 26            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 118       | 70        | 63            | 6.6   | 129               | 47           | 47  | 73  | 82      | 12.6        | ?           | ?    | 1.1         |     |     |     |
| F                       | 71   | 60%                 | ?            | ?             | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 142       | 82        | 84            | ?     | 189               | 191          | 64  | 87  | 125     | 23.0        | 355.0       | ?    | ?           | 0.7 |     |     |
| F                       | 78   | 100%                | ?            | 21            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 128       | 73        | 84            | 8.6   | 177               | 220          | 46  | 87  | 131     | 20.5        | ?           | ?    | 0.9         |     |     |     |
| F                       | 88   | 100%                | ?            | 28            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 140       | 70        | 78            | 6.3   | 228               | 179          | 56  | 136 | 172     | 75.3        | 810.0       | ?    | ?           | 1.0 |     |     |
| M                       | 60   | 9%                  | ?            | 26            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 126       | 75        | 81            | 5.7   | 146               | 327          | 51  | ?   | ?       | ?           | ?           | ?    | ?           | 0.8 |     |     |
| M                       | 73   | 100%                | ?            | 27            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 136       | 86        | 68            | 8.0   | 220               | 417          | 53  | ?   | ?       | 20.8        | 391.5       | ?    | ?           | 1.1 |     |     |
| F                       | 58   | 61%                 | ?            | 29            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 110       | 100       | 83            | 6.4   | 123               | 145          | 40  | 55  | 84      | ?           | ?           | ?    | 0.9         |     |     |     |
| M                       | 63   | 29%                 | ?            | 21            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 121       | 66        | 68            | ?     | ?                 | ?            | ?   | ?   | ?       | ?           | ?           | ?    | ?           | 0.9 |     |     |
| F                       | 70   | 85%                 | ?            | 31            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 135       | 76        | 64            | 6.4   | 153               | 162          | 38  | 83  | 115     | 5.0         | ?           | ?    | ?           | 0.7 |     |     |
| F                       | 59   | 0%                  | ?            | 32            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 153       | 93        | 62            | 6.6   | 198               | 170          | 61  | 103 | 137     | 22.0        | ?           | ?    | ?           | 0.9 |     |     |
| M                       | 65   | 7%                  | ?            | ?             | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 168       | 100       | 75            | ?     | ?                 | ?            | ?   | ?   | ?       | ?           | ?           | ?    | ?           | ?   | ?   |     |
| F                       | 83   | 0%                  | ?            | 30            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 154       | 78        | 80            | 7.9   | 176               | 77           | 59  | ?   | ?       | 3.7         | ?           | ?    | ?           | 1.0 |     |     |
| F                       | 61   | 77%                 | ?            | 31            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 129       | 86        | 64            | 6.1   | 180               | 109          | 63  | 95  | 117     | 3.4         | 289.0       | ?    | ?           | 0.7 |     |     |
| M                       | 72   | 13%                 | ?            | 33            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 139       | 82        | 91            | 6.7   | 116               | 71           | 40  | ?   | ?       | 23.0        | 321.5       | 3.5  | ?           | 0.9 |     |     |
| F                       | 80   | 90%                 | ?            | 24            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 139       | 83        | 66            | 6.3   | 190               | 210          | 68  | 80  | 122     | 8.7         | ?           | ?    | ?           | 0.6 |     |     |
| M                       | 73   | 95%                 | ?            | 28            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 133       | 74        | 72            | 5.8   | 209               | 98           | 75  | 114 | 134     | 3.5         | ?           | ?    | ?           | 1.2 |     |     |
| F                       | 64   | 91%                 | ?            | 24            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 126       | 86        | 96            | 6.7   | 195               | 125          | 54  | 116 | 141     | 33.5        | 431.0       | ?    | ?           | ?   | 0.9 |     |
| M                       | 61   | 98%                 | ?            | 26            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 114       | 73        | 66            | 6.0   | 133               | 62           | 41  | 80  | 92      | 12.8        | ?           | ?    | ?           | 0.8 |     |     |
| M                       | 58   | 45%                 | ?            | 28            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 127       | 92        | 70            | 6.5   | 214               | 129          | 42  | 146 | 172     | ?           | ?           | ?    | ?           | 1.0 |     |     |
| M                       | 75   | 55%                 | ?            | 29            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 142       | 73        | 75            | 6.3   | 134               | 90           | 46  | 71  | 89      | 15.0        | ?           | ?    | ?           | 1.0 |     |     |
| M                       | 69   | 82%                 | ?            | 32            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 139       | 86        | 85            | 6.9   | 225               | 274          | 55  | 115 | 170     | 13.0        | 359.5       | ?    | ?           | ?   | 1.2 |     |
| F                       | 47   | 73%                 | ?            | 35            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 134       | 86        | 84            | 6.2   | 152               | 66           | 50  | 88  | 102     | 14.4        | 231.0       | 3.9  | ?           | ?   | 0.9 |     |
| M                       | 37   | 0%                  | ?            | 33            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 116       | 87        | 88            | ?     | ?                 | ?            | ?   | ?   | ?       | ?           | ?           | ?    | ?           | ?   | ?   |     |
| M                       | 61   | 96%                 | ?            | 36            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 163       | 106       | 81            | 6.0   | 222               | 160          | 43  | 147 | 179     | 53.4        | ?           | ?    | ?           | ?   | 1.2 |     |
| M                       | 73   | 59%                 | ?            | 24            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 138       | 79        | 103           | 6.1   | 213               | 100          | 109 | 84  | 104     | 14.8        | 5.0         | 6.0  | 1.0         | ?   | ?   | 1.0 |
| M                       | 51   | 98%                 | ?            | 30            | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 138       | 77        | 63            | 6.5   | 269               | 122          | 44  | 201 | 225     | 17.0        | ?           | ?    | ?           | ?   | 1.3 |     |
| M                       | 94   | 99%                 | ?            | ?             | ?           | ?                 | ?                  | ?                 | ?          | ?           | ?          | ?                   | ?        | ?          | ?             | ?                    | ?              | 119       | 79        | 94            | 6.9   | 170               | 146          | 98  | ?   | ?       | 7.5         | 370.0       | 14.0 | ?           | ?   | 1.5 |     |

**SELF-AUDIT SULLE FRATTURE  
OSTEOPOROTICHE IN DONNE ANZIANE IN UNA  
POPOLAZIONE AMBULATORIALE**

**Attilio Dalla Via** - MMG - Gazzo (PD)

**INTRODUZIONE**

L'Osteoporosi è per molti versi paradigmatica dell'attività del Medico di Medicina Generale (MMG):

- § È regolamentata in questo campo da note AIFA per la terapia e LEA Regionali per la prescrivibilità a carico del SSN della Densitometria Ossea (MOC)
- § Può avere un forte impatto sociale ed economico e causa disabilità.
- § Dà al MMG possibilità di alcuni interventi preventivi, di diagnosi e diagnosi differenziale secondo criteri di

economicità, di terapia adeguata e conseguente monitoraggio degli effetti avversi

- § Pone difficoltà relative all'applicabilità delle Linee Guida in Medicina Generale, ai rapporti con diverse figure di Specialisti tra cui Ortopedici, Ginecologi, Endocrinologi e Geriatri, al pressing delle Case Farmaceutiche, ai processi decisionali tra costi, liste di attesa e Medicina Basata sulle Evidenze (EBM).

Questa situazione può creare conoscenze e comportamenti molto difforni nel setting delle Cure primarie; inoltre un'attenta lettura della letteratura correntemente a disposizione del Medico di Medicina Generale non sempre porta chiarimenti.

| <b>QUESTIONI APERTE</b>  | <b>RIFLESSO SULL'ATTIVITA' DEL MMG</b>  |
|--|---|
| I Bifosfonati ed il Ranelato di Stronzio hanno effetto sulla resistenza del tessuto osseo dopo terapia prolungata? | Probabilmente sì; dopo sette anni di terapia continuativa le fratture sembrano simili nel gruppo trattato e nel gruppo placebo, anche se i dati degli studi osservazionali sono di difficile valutazione. Dopo tre anni di terapia con i Bifosfonati e cinque con il Ranelato di Stronzio potrebbe essere utile la sospensione temporanea del farmaco per permettere il fisiologico rimodellamento osseo, e riprenderla quando i marker di osteolisi, come l'NTx, si elevano nuovamente.  |
| I Bifosfonati ed il Ranelato di Stronzio sono equivalenti?   | Probabilmente no. A seconda del grado di attività del processo osteoporotico sarebbero indicati:<br>- Bassa ed intermedia: Stronzio Ranelato<br>- Intermedia ed alta: Bifosfonati   |
| I Bifosfonati sono equivalenti?  | In base agli studi attualmente disponibili, sembrerebbe di no. Tutti i farmaci disponibili sono più attivi sulle fratture vertebrali che su quelle femorali, le più gravi ed inabilitanti. L'alendronato ha il maggior numero di studi. Il Risedronato possederebbe una maggior rapidità d'azione. L'Ibandronato attualmente non ha mostrato attività significativa a livello femorale. Il NNT (Number Needed to Treat) è per tutti comunque elevato: in generale bisogna trattare 46 persone per evitare un evento.                                  |
| La Radiografia tradizionale di segmenti scheletrici è da abbandonare a favore della Densitometria Ossea?           | I due esami hanno indicazioni differenti: sopra i 75 anni di età una riduzione della massa ossea è certa, per cui la radiologia tradizionale dà più informazioni, in particolare sui crolli vertebrali. La diagnosi radiologica di osteoporosi si ha per una perdita del 30% della massa ossea. Nelle donne che rispondono ai criteri di selezione la MOC andrebbe effettuata in elezione all'inizio della menopausa quando più rapida è la perdita della massa ossea (BMD); le LG non lo indicano come esame per valutare l'efficacia della terapia. |
| La ridotta densità minerale ossea (BMD) è l'unica causa di frattura nel Paziente osteoporotico?                    | No. È responsabile di circa 1/6 delle fratture. Altri fattori di rischio importanti sono ad esempio riduzione del visus e sordità, alcolismo, uso di psicofarmaci, fumo, turbe dell'equilibrio e della deambulazione, case disagiate.   |

- § L'osteoporosi può essere secondaria, in rari casi e più frequentemente nel maschio, a patologie internistiche, oppure in entrambi i sessi a terapie osteopenizzanti. La diagnosi differenziale tra le malattie osteorefacenti è talora molto complessa e i dati di laboratorio sono di difficile interpretazione anche per Medici esperti (vedi Box sull'osteoporosi al termine di questo articolo); in rari casi si rende necessaria la biopsia ossea.
- § I farmaci attivi sul metabolismo osseo hanno effetti avversi. Il Raloxifene aumentata notevolmente il rischio di fatti tromboembolici. I Bifosfonati possono dare pro-

blemi oculari ed esofagiti, per cui occorre cautela nell'iniziare la terapia in soggetti dispeptici o con problemi oculistici non ancora diagnosticati. Necessitano di chiarimenti ulteriori l'osteonecrosi della mandibola da bifosfonati e le osservazioni sui loro effetti a lungo termine sul rimodellamento osseo e l'effetto antiangiogenetico.

**AUDIT**

Per verificare la mia pratica clinica tra operatività e dubbi cognitivi e per vedere se esistessero differenti comportamenti tra i vari specialisti venuti a contatto con le

mie Pazienti osteoporotiche ho condotto questo Self Audit. Dal mio database sono state estratte tutte le pazienti **di sesso femminile di più di 65 anni** che negli ultimi cinque anni avevano riportato una frattura vertebrale, del femore, del polso dovute a trauma non efficiente.

Di tutte le Pazienti sono state valutate:

- 1) L'esecuzione di una MOC precedente l'evento traumatico
- 2) L'esecuzione di una MOC dopo la frattura o programmata ambulatorialmente o durante un eventuale ricovero ospedaliero in ambito ortopedico
- 3) La sede delle fratture riportate nei cinque anni in esame
- 4) La presenza di fattori di rischio

## RISULTATI

I risultati sono espressi nella seguente tabella:

|          | SI | NO |
|----------|----|----|
| MOC PRE  | 8  | 13 |
| MOC POST | 0  | 21 |

|                        | SI | NO |
|------------------------|----|----|
| PROBLEMI VISTA         | 1  | 20 |
| PROBLEMI UDITO         | 2  | 19 |
| PROBLEMI DEAMBULAZIONE | 13 | 8  |
| ABUSO DI ALCOOL        | 0  | 21 |
| USO DI PSICOFARMACI    | 10 | 11 |
| FUMO                   | 0  | 21 |

| SEDI     | FEMORE | COLONNA | POLSO | CAVIGLIA |
|----------|--------|---------|-------|----------|
| PAZIENTI | 11     | 6       | 2     | 2        |

|          | BIFOSFONATI         | STRONZIO RANELATO | VITAMINA D | SERMS | CALCIO | TERIPARATIDE |
|----------|---------------------|-------------------|------------|-------|--------|--------------|
| PAZIENTI | 6 MMG<br>1 GERIATRA | 0                 | 7 MMG      | 0     | 7 MMG  | 0            |

Particolarmente rilevante appare il dato della diversa prevalenza di fratture ossee tra la popolazione generale (1.4%) e le donne più anziane (13.4%; Intervallo di confidenza 8.4% - 19.7%), con un rapporto quasi di 1:10.

Dalla valutazione delle cartelle, la correlazione più evidente sembra essere con problemi di deambulazione ed uso cronico di farmaci attivi sul SNC, comprese le Benzodiazepine.

Delle Pazienti ultrasessantacinquenni solo 8 (38%) avevano effettuato una MOC prima della frattura.

Nessuna delle Pazienti ambulatoriali aveva ricevuto dagli Specialisti Ortopedici consigli terapeutici o diagnostici in relazione alla probabile marcata riduzione della BMD che aveva determinato l'evento.

In nessuna delle lettere di dimissione dalle Divisioni Ortopediche erano riportati accertamenti come MOC o esami di laboratorio per lo studio del metabolismo osseo; solo una paziente dimessa da una Divisione di Lungodegenza in cui opera un Collega che si occupa di malattie del metabolismo osseo è rientrata al domicilio con terapia con Bifosfonati.

Tre Pazienti in terapia con Bifosfonati hanno avuto effetti avversi a carico dell'esofago.

5) Se in terapia con farmaci antiassorbitivi, Bifosfonati, Raloxifene e Ranelato di Stronzio.

6) Il medico prescrittore

7) Gli effetti avversi

Oltre che con i codici ICD 9 per patologia, le parole chiave con cui è stata effettuata la ricerca per evitare la perdita di dati sono state: ricovero, Ortopedia, rimozione gesso, visita ortopedica di controllo, visita in Pronto Soccorso, Rx colonna vertebrale in toto o nei tre segmenti separatamente, Rx bacino per anche, Rx femore dx e sn e Rx polso dx e sn.

L'indagine ha riguardato **21 Pazienti con frattura a "sede osteoporotica" su 157 ultrasessantacinquenni**; l'età era compresa tra i 68 ed i 96 anni, con un'età media di circa 81 anni.

## DISCUSSIONE

La scarsa numerosità del campione consente solo alcune considerazioni iniziali, da "self-audit". Spicca dall'analisi dei dati sia la relativa frequenza del problema fratture-osteoporotiche nelle donne anziane, sia la tendenza all'insufficiente monitoraggio clinico e terapeutico, sia nell'ambito generalista, sia nell'ambito specialistico. Per molti anni i MMG hanno assistito alle alterne vicende di "competizioni" tra gruppi di specialisti (ginecologi, ortopedici, endocrinologi) che reclamavano la supremazia nella gestione del problema. Comunque, il crescente invecchiamento della popolazione, la non bassa prevalenza del problema e la presenza di linee-guida ed evidenze imporranno nel futuro ad ogni MMG un maggiore impegno sistematico nel migliorare la gestione del problema.

## BIBLIOGRAFIA

- a) Sambrook P., Cooper C., Osteoporosi, The Lancet ed. Italiana, 2,5, 288-298, 2006
- b) Abramowicz M. ed., Farmaci per la prevenzione ed il trattamento dell'osteoporosi in postmenopausa, Treatment Guidelines, 4,2,7-12, 2006

- c) Peacey S.R., Routine biochemistry in suspected vitamin D deficiency, J.R.Soc.Med., 97, 322-325, 2004
- d) WWW.worstpills.Org., Alendronate, 2000-2007
- e) Rossi R., Osteoporosi postmenopausale, Manuale di Pratica Clinica in WWW.Pillole.Org, 18/2/2006
- f) Tombesi M., La prevenzione delle fratture ossee negli anziani, in La prevenzione in Medicina Generale, 112-115, UTET, Milano, 1997
- g) Tombesi M., Densitometria ossea, in Gli esami strumentali in Medicina Generale, 103-109, UTET, Milano, 1998
- h) McWhinney I.R., Osteoporosis, in A Textbook of Family Medicine, 214-215, Oxford University Press, New York, 1997
- i) Tonus M., L'industria non molla l'osso, Occhio Clinico, 8-11, 9, 2005
- j) <http://www.aace.com/pub/pdf/guidelines/osteoporosis2001Revised.pdf>
- k) <http://www.emedicine.com/pmr/topic94.htm>
- l) <http://urlin.it/d3de>
- m) <http://www.ceveas.it/ceveas/ceveas/lineeguida/1gdistribili/Root.aspx>
- n) <http://www.gpnotebook.co.uk/simplepage.cfm?ID=2140799006>
- o) <http://www.asl.varese.it/news/2004/gifsem12>
- p) [http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/carn-bcei\\_v13n4\\_f.html#1](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/carn-bcei_v13n4_f.html#1)
- q) <http://www.farmacovigilanza.org/focus/200402/>
- r) [http://www.gibis.org/yearbook\\_2006/8.%20bisfosfonati%20effetti%20a%20lungo%20termine.pdf](http://www.gibis.org/yearbook_2006/8.%20bisfosfonati%20effetti%20a%20lungo%20termine.pdf)

## I FATTI DELL'OSTEOPOROSI

(a cura di Attilio Dalla Via)

### MALATTIE CARATTERIZZATE DA RAREFAZIONE DELLA MATRICE OSSEA

|                      | <b>OSTEOPOROSI TIPO 1</b> | <b>OSTEOPOROSI TIPO 2</b> | <b>OSTEOMALACIA</b> | <b>IPERPARATIROIDISMO PRIMITIVO</b> |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| <b>CALCEMIA</b>      | N o >                     | N o <                     | N                   | > o N                               |
| <b>FOSFOREMIA</b>    | N o >                     | N                         | <                   | < o N                               |
| <b>FA</b>            | N                         | N                         | N o >               | >                                   |
| <b>U-CA</b>          | N                         | N                         | <                   | > o N                               |
| <b>U-P</b>           | N                         | N                         | <                   | >                                   |
| <b>25-OH-D</b>       | <                         | <                         | <                   | N o <                               |
| <b>PTH</b>           | >                         | N                         | >                   | > O >>                              |
| <b>1,25-(OH)2-D3</b> | <                         | <                         | N                   | < o N o >                           |

Le fratture osteoporotiche sono frequenti nella pratica della Medicina Generale tra le Pazienti più Anziane e non sempre si ha la percezione numerica del problema. È facile sospettare l'osteoporosi applicando delle semplici tabelle di rischio, che spesso vengono fornite dalle ditte produttrici di farmaci antiassorbitivi; pochi esami confermeranno la diagnosi.

Una MOC patologica non è indicativa di osteoporosi primitiva, peraltro la più frequente. Per escludere cause secondarie di ridotta BMD sono utili alcuni semplici esami, in particolare un profilo proteico per escludere un mieloma, mentre il dosaggio di Vitamina D e Calciuria aiuteranno a differenziare un'osteomalacia, rara, da un'osteoporosi di tipo 2 e da un iperparatiroidismo primitivo.

L'iperprolattinemia della giovane, la terapia con Tiroxina (sia sostitutiva tiroidea a dosi elevate che soppressiva) e l'uso di Analoghi del GnRH possono essere cause sottovalutate di perdita di massa ossea.

Se la Paziente è stata seguita in ambito Ortopedico per un evento fratturativo di una sede scheletrica tipica sarà opportuno verificare se sia stata diagnosticata un'osteoporosi; in caso contrario sarà compito del MMG

attivare un iter diagnostico e terapeutico.

Poi prima di pensare ad una terapia con farmaci antiassorbitivi sarebbe utile:

- Verificare l'utilità di eventuali terapie psicofarmacologiche, limitandole il più possibile e verificandone periodicamente le indicazioni
  - Prestare attenzione alle terapie osteopenizzanti, in particolare al trattamento steroideo cronico ed alla terapia sostitutiva tiroidea a dosi troppo elevate.
  - Fornire indicazioni sugli ausili ortopedici per dare più stabilità durante la deambulazione
  - Accertarsi dell'acuità visiva
  - Discutere col Paziente o col Caregiver della quotidianità come calzature, tappeti e tappetini in camera e in bagno, uso di cere per i pavimenti e presenza di scale.
- Se si deciderà comunque per una terapia farmacologica :
- Si daranno al Paziente chiare istruzioni su come assumere i farmaci
  - Valutare eventuali controindicazioni
  - Richiedere il consenso informato se si prescrivono farmaci off label per via parenterale.

- Correggere il deficit di vitamina D, quando presente, non utilizzando, in linea di massima, 1,25-OH<sub>2</sub>-Colecalciferolo, ma Colecalciferolo.
- Monitorare gli effetti avversi: i più frequenti nella mia casistica limitata, ma che trovano conferma nella Letteratura, sono quelli da bifosfonati orali a carico dell'esofago. L'azione lesiva diretta sulla mucosa e la necessità di un ambiente acido per essere assorbiti rende assolutamente inutile una profilassi con Inibitori della Pompa Protonica (PPI). Particolare attenzione bisognerà porre nell'iniziare una terapia in presenza di lesioni oculari non ancora diagnosticate, in quanto durante la terapia sono state segnalate iridociclitidi ed uveiti, ed all'improvviso dolore da necrosi mandibolare,

che non sembra essere limitata ai soli pazienti oncologici in trattamento con bifosfonati parenterali.

Nella mia casistica tre pazienti in terapia con Bifosfonati hanno sviluppato esofagite sintomatica, che ha imposto la sospensione del farmaco; una di queste, attualmente in trattamento con Teriparatide (ormone paratiroideo ricombinante soggetto a particolare regime di prescrizione specialistica), ha dovuto sottoporsi ad alcune sedute di dilatazione dell'esofago ed è tuttora portatrice di esofago di Barrett.

- E infine monitorare l'efficacia della cura che dovrà durare alcuni anni, forse cinque per il Ranelato di Stronzio e tre per i Bifosfonati, seguiti da una sospensione e da una rivalutazione del Paziente

### TIPI DI OSTEOPOROSI

|  | <b>TIPO 1 POSTMENOPAUSALE</b>                               | <b>TIPO 2 SENILE</b>  |
|--|---|---|
| Età  | 55 - 75 anni  | > 70 anni (F); > 80 anni (M)  |
| Rapporto in base al sesso (F/M)  | 6/1   | 2/1   |
| <b>Fisiologia o metabolismo dell'osso</b>  |   |   |
| Patogenesi del disaccoppiamento  | Attività osteoclastica aumentata, maggior riassorbimento    | Attività osteoblastica diminuita, diminuita deposizione                                     |
| Perdita ossea totale   | Principalmente trabecolare                                  | Corticale e trabecolare   |
| Velocità della perdita ossea   | Rapida, di breve durata                                     | Lenta, di lunga durata  |
| Densità ossea (T score)  | > 2 deviazioni standard sotto la norma                      | inferiore alla norma (riferita all'età ed al sesso)   |
| <b>Segni clinici</b>   |   |   |
| Sedi di frattura   | Vertebre (schiacciamento), polso, anca (intracapsulare)     | Vertebre (cunei multipli), parti prossimali dell'omero e della tibia, anca (extracapsulare) |
| Altri segni  | Perdita dei denti   | Cifosi dorsale  |
| <b>Dati di laboratorio</b>   |   |   |
| Calcemia   | Normale   | Normale   |
| Fosforemia   | Normale   | Normale   |
| Fosfatasi alcalina   | Normale (aumentata in presenza di fratture)                 | Normale (aumentata in presenza di fratture)   |
| Calciuria  | Aumentata   | Normale   |
| Attività del paratormone   | Diminuita   | Aumentata   |
| Conversione renale della Vit. D: da 25(OH)D <sub>3</sub> a 1,25 (OH) <sub>2</sub> D <sub>3</sub> | Secondariamente diminuita per la diminuzione di paratormone | Primitivamente diminuita per la diminuita risposta enzimatica                               |
| Assorbimento gastro-intestinale di calcio  | Diminuito   | Diminuito   |

### PREPARATI COMMERCIALI A BASE DI VITAMINA D E SUOI METABOLITI

| Nome commerciale        | Composizione  |
|-------------------------|---|
| OSTELIN                 | ERGOCALCIFEROLO (D <sub>2</sub> )                   |
| ATTEN AT10              | DIIDROTACHISTEROLO (sintetico)                      |
| DIBASE                  | COLECALCIFEROLO (D <sub>3</sub> )                   |
| DEDIOL, DISEON          | ALFACALCIDILOLO (sintetico)                         |
| ROCALTROL, DIFIX        | CALCITRIOLO (1,25-OH <sub>2</sub> -D <sub>3</sub> ) |
| ASSOCIAZIONI CON CALCIO | COLECALCIFEROLO (D <sub>3</sub> )                   |
| DIDROGYL                | CALCIFEDIOLO (25-OH-D <sub>3</sub> )                |