

# RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale Periodico di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS-VRQ e SIMG

**Editor-in-Chief:** Roberto Mora

**Senior Editors:** Mario Baruchello, Francesco Del Zotti

**Managing Editor:** Giulio Rigon

**Assistant Editors:** Marco Grassi, Paolo Quattrocchi, Giulio Nati, Paolo Schianchi, Alberto Vaona

**Senior Assistant Editors:** Alessandro Battaglia, Enzo Brizio, Vittorio Caimi, Alessandro Dalla Via, Pasquale Falasca, Sandro Giroto, Giobatta Gottardi, Michele Valente, Giorgio Visentin

**International Committee:** Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Web: [rivistaqq.org](http://rivistaqq.org) [info@rivistaqq.org](mailto:info@rivistaqq.org)

In collaborazione con <http://www.netaudit.org>

Direzione: Via dell'Artigliere, 16, Legnago (Verona)  
Redazione: c/o ODM di Vicenza,  
Via Paolo Lioy, 13, 36100 Vicenza  
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95  
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica

## INDICE

### EDITORIALE

IL CODICE DEONTOLOGICO È UN PATRIMONIO DI TUTTI I MEDICI ITALIANI.....2

LA GESTIONE DEI PAZIENTI IMMIGRATI DA PARTE DI UN GRUPPO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI ROMA E PROVINCIA.....5

NET CALCIO FASE I E II: I FATTI DELL'IPERCALCEMIA .....12

UN' INTRODUZIONE ALL'IPERCALCEMIA CORRETTA E ALL'IPERAPARATIROIDISMO.....16

DALLE SOGLIE DELL' LDL AL RISCHIO GLOBALE, MA LA NOTA DOMINANTE NON CAMBIA: INCREMENTARE LE STATINE AD ALTA POTENZA.....19



# IL CODICE DEONTOLOGICO E' UN PATRIMONIO DI TUTTI I MEDICI ITALIANI

A CURA DI MARIO BARUCHELLO

L'estate 2013 ha visto arrivare sui media la bozza del nuovo Codice Deontologico dei medici. I consigli degli Ordini dei medici erano stati coinvolti in modo marginale e non avevano poi allargato il dibattito alla nutrita platea dei 350.000 iscritti. Il Presidente Fnomceo Sen.PD Amedeo Bianco da solo reggeva il confronto, reclamato sul web attraverso la rete MIR da una piccola frangia di colleghi curiosi e attenti al proprio destino professionale, in particolare da Stefano Alice e Luca Puccetti. Il diritto a interloquire in modo costruttivo su un documento per alcuni aspetti rivoluzionario è stato così ripreso da autorevoli sanitari, da società scientifiche ma anche dai cittadini. In primis ha stupito la sostituzione, pensiamo unica al mondo, del termine malato/ paziente con persona assistita. Noi medici di famiglia che più di tanti altri abbiamo il paziente – che ci ha scelto in un libero rapporto di fiducia- al centro di ogni relazione di cura, possiamo testimoniare quanto sia inopportuna quella che sembra essere solo una

questione terminologica. Sui giornali a larga tiratura abbiamo dovuto subire il sarcasmo e l'irrisione di tutta una categoria, come avessimo già abdicato a principi ritenuti universali e condivisi per la medicina in tutto il mondo. In realtà anche altre proposte sono state considerate controverse e attenti osservatori hanno posto in attenzione quanto si afferma nella bozza a proposito di: medicina potenziativa, di sostituzione del dovere di assistenza con una generica esortazione a prestare soccorso, di esercizio professionale finalizzato alla salute della collettività, di esaltazione di un principio di autodeterminazione assoluta a proposito della relazione medico-paziente nell'art.20. Sorpresa ha infine destato la risposta del Dott. Bianco di fronte a motivate prese di distanza. Viene da pensare che in Fnomceo la partecipazione attenta dei medici italiani a un documento così importante non sia giudicata una risorsa. Noi medici invece reclamiamo che Ordini e Federazione siano una casa di vetro in cui si possano utilizzare strumenti di democrazia diretta specie quando le decisioni sono destinate a cambiamenti importanti. Non dimentichiamo che il Codice deontologico è anche lo strumento dell'Ordine come magistratura.

Abbiamo quindi chiesto e qui oggi riconfermiamo con decisione l'opportunità di consultazioni allargate di vera condivisione ,oggi possibili online, come ha scelto di fare ad esempio l'Ordine di

Latina. Vi sono sistemi per condurre una discussione serena e ordinata, che permette di “cooptare” i soggetti che fanno proposte attraverso questionari e documenti commentabili aperti al contributo di tutti.

Il sito [www.partecipa.gov](http://www.partecipa.gov) è un esempio virtuoso che sta permettendo ai cittadini italiani di contribuire al rinnovamento della Costituzione.

Crediamo che da processo di co-design (vedi la via italiana alla [social innovation agenda](#)) si potrà arrivare a un vero processo deliberativo online (e-deliberation come l'esempio di [liquidfeedback](#), [Airesis](#), [Tuparlamento](#)). La Finlandia in questo senso sta percorrendo altri paesi nella costruzione di una “democrazia aperta” attraverso [consultazioni digitali](#). Noi medici potremmo veramente recuperare terreno dimostrando concretezza, equilibrio e maturità a tutto il Paese se ci fosse permessa questa opportunità e la volessimo cogliere.

In questo numero Nati e colleghi hanno indagato alcuni aspetti gestionali, clinici e relazionali del problema “Immigrati regolari” nel Lazio su un cospicuo campione di oltre 90.000 pazienti.

Si osserva una difficoltà nella continuità assistenziale con cartelle cliniche meno accurate e minore aderenza a programmi di prevenzione e di controllo clinico rispetto alla popolazione italiana

normalmente assistita. Va sottolineato che nonostante le roboanti dichiarazioni di principio l'Italia è uno strano paese dove l'equità nelle cure latita. Possiamo testimoniare personalmente che, se la situazione degli immigrati regolarmente iscritti agli elenchi dei medici di medicina generale è critica per l'assenza di iniziative di formazione anche autogestite – pochi leggono i contenuti del sito [saluteinternazionale](#) e ancora meno quello della [Società Italiana di medicina delle migrazioni](#) - c'è solo il lavoro di pochi medici volontari ad affrontare un esercito stimato di oltre 700.000 irregolari.

La calcemia in medicina generale è stata la sfida di un NetAudit in due fasi con rilevazioni a distanza di oltre un anno. Le difficoltà di completare cicli di audit complessi che prevedono implementazioni del proprio software e una continuità di interesse fra professionisti lontani sono emerse tutte anche di fronte ad un indicatore apparentemente semplice. La situazione generale italiana vede l'Audit Clinico lontano dalla pratica corrente, non inserito in una dinamica di carriera o di ricertificazione, senza facilitazioni organizzative e senza incentivi e questo può spiegare le criticità emerse anche fra colleghi particolarmente motivati.

Infine il dotto commento metodologico di Franco del Zotti sull'eterno problema delle statine ci riporta ai corni di un dilemma attuale per la medicina generale:

- Da un parte la difficoltà di una ricerca " vera" su end-point cardiovascolari legati a effetti pleiotropici sconosciuti di questa classe di farmaci (come suggerito da A.Battaglia in un recente dibattito in rete)

- Dall'altra il vero significato in termini quantitativi dell'abbassamento delle soglie per situazioni come ipertensione, diabete e ipercolesterolemia. Kaplan nel 2007 calcolò che il 100 % degli adulti americani rientrava almeno per un parametro tra i soggetti patologici per i quali era proponibile un intervento sanitario, il più volte di un farmaco. (Rationale and Public Health Implications of Changing CHD Risk Factor Definitions Annual Review of Public Health Vol. 28: 321-44 Robert M. Kaplan and Michael Ong Departments of Health Services and Medicine, University of California, Los Angeles)

Ma fare di più non significa fare meglio!

[www.Choosingwisely.org](http://www.Choosingwisely.org)

[www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

# LA GESTIONE DEI PAZIENTI IMMIGRATI DA PARTE DI UN GRUPPO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI ROMA E PROVINCIA

GIULIO NATI, FEDERICA RINALDI  
PER IL GRUPPO DATAMEG\*, ROMA

Negli ultimi anni si è assistito in Italia ad un graduale e continuo aumento della presenza di immigrati: le stime più recenti parlano di 5.000.000 di persone regolarmente immigrate e conseguentemente iscritte al SSN ed assistite dal loro MMG. Una piccola percentuale di stranieri proviene da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), ma la grande maggioranza proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e presenta logiche difficoltà di integrazione nella vita della nostra nazione, per motivi sociali oltre che più strettamente economici. Queste difficoltà, in particolare, potrebbero riflettersi sulla fruibilità dei diritti civili, tra cui quello della salute<sup>1</sup>.

La capacità del Sistema di garantire equità di accesso e di fruizione del servizio, a questa particolare fascia di popolazione, dipende molto dall'atteggiamento, dalla disponibilità e dall'organizzazione dei Medici di Medicina Generale<sup>2</sup>.

Recentemente, l'ISS ed il CINECA hanno pubblicato una ricerca nella quale si mostra come non vi siano differenze nei consumi di farmaci tra pazienti provenienti da PFPM o italiani. Questo studio è basato su un database delle prescrizioni detenuto dal CINECA. I database dei MMG, invece, consentono di associare, a queste informazioni puramente descrittive, alcuni aspetti clinici e gestionali, che permettono di meglio definire i problemi sanitari<sup>3</sup>.

## MATERIALI E METODI

Da tempo alcuni MMG di Roma e provincia, che utilizzano il software gestionale MilleWin, hanno deciso di unire i loro dati in un unico grande database (DataMeG) allo scopo di avviare progetti di audit e di ricerca sul territorio. Il database copre un periodo che va dal 2002 a tutto il 2011. Il progetto DataMeG è stato approvato dal Comitato Etico del Policlinico Umberto I con prot. 456/12.

Considerata l'importanza dei problemi legati alle persone migranti, ci si è quindi riuniti per cercare di dare risposte, in particolare descrivendo le differenze tra le coorti di pazienti provenienti da PFPM e da PSA rispetto ai pazienti italiani riguardo a:

- I. Prevalenza attuale e variazioni nel tempo
- II. Numero medio di visite

- III. Rilevazione di dati anamnestici, obiettivi e di laboratorio consigliati in prevenzione primaria
- IV. Follow up di patologie croniche

I dati sono stati stratificati, ove necessario, per sesso, età e per area geografica di provenienza. Il gruppo ha identificato alcuni indicatori, utili per descrivere le aree di cui sopra.

1. L'osservazione degli andamenti delle iscrizioni dà idea dei flussi migratori e del carico di lavoro che riguarda i MMG; le macroaree di provenienza rendono conto delle differenze culturali con le quali ci si deve confrontare.

a. % di pazienti iscritti al 31/12/2012 stratificati per coorti (Italiani, provenienti da PFPM e PSA)

b. Iscritti provenienti da PFPM al 31/12/2012 stratificati per decenni di età (alla data di iscrizione) e sesso

c. Andamento numerico delle iscrizioni stratificate per triennio e macroarea geografica d'origine

d. Durata media delle iscrizioni per coorti

2. Il numero medio di visite è una proxy dell'accessibilità agli studi dei MMG. Si è scelto di utilizzare il criterio "visita" anziché "contatto", perché tutti hanno almeno una apertura della cartella, se non altro che per inserire i dati anagrafici. In particolare abbiamo analizzato:

- (i) Numero medio di visite concluse con almeno una prescrizione di farmaci e/o accertamenti e/o rilevazione della PA in tutta la popolazione e per coorti e fasce di età (alla data della prima visita)
- (ii) Numero medio di visite per coorti e fasce di età (alla data della prima visita) per anno di iscrizione
- (iii) % di pazienti con nessuna visita o con una sola visita

3. In tutte le cartelle sanitarie abbiamo altresì alcuni dati di base che dovrebbero essere sempre presenti; in particolare le Linee Guida indicano di eseguire una glicemia in tutti i pazienti oltre i 35 anni ogni 3 anni ed un colesterolo totale ogni 5. Abbiamo quindi preso in considerazione i

- i) % di pazienti con almeno una rilevazione del BMI, dell'abitudine tabagica e della PA
- ii) % di pazienti di età oltre i 35 anni (alla data di iscrizione) con almeno una rilevazione della glicemia e del colesterolo

seguenti criteri:

4. I pazienti affetti da patologie importanti (croniche) (in particolare ipertesi e diabetici) dovrebbero avere delle misure di appoggio al momento della diagnosi (i relativi parametri più di una volta l'anno). Da ciò abbiamo derivato:

- i) % di pazienti con diagnosi di ipertensione ed almeno una rilevazione della PA nel primo anno dalla diagnosi rispetto al totale degli ipertesi
- ii) % di pazienti con diagnosi di diabete ed almeno una prescrizione di Emoglobina Glicata nel primo anno dalla diagnosi rispetto al totale dei diabetici

### ESTRAZIONI DATI E STATISTICHE

I dati provengono dal database DataMeG; il programma EpilInfo v3.5.1 è stato utilizzato per le valutazioni statistiche.

### RISULTATI

**NUMEROSITA CAMPIONE:** In tutto il database compaiono 90855 pazienti iscritti, di cui 8584 (9.44%) provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e 1283 (1.41%) da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

**NAZIONALITA DEGLI ISCRITTI e Andamento Iscrizioni (figura1 e figura 2) :** Al 01/01/2012 risultano iscritti 58694 pazienti di cui 53344 (90.9%) italiani, 4530 (7.7%) provenienti da PFPM, 820 (1.4%) provenienti da PSA diversi dall'italia, per un totale di 5350 immigrati (9.1%) . La stratificazione per età degli iscritti al 31/12/2013 mostra un numero più elevato di iscritti stranieri nelle fasce più giovani, fino ai 60 anni.

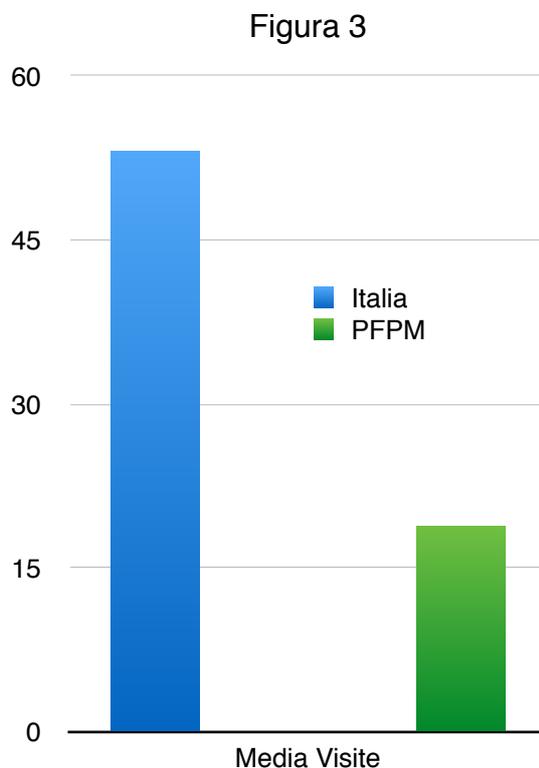
L'osservazione dell'andamento delle iscrizioni per triennio e per macroarea

geografica mostra un forte aumento dal 2006 delle immigrazioni da paesi dell'Est Europa e dell'Asia ed un aumento più contenuto degli immigrati dal Centro-Sud America. In tutti i trienni considerati il rapporto femmine/maschi si aggira intorno a 2/1.

La durata media delle iscrizioni risulta essere di 160 mesi per gli italiani, di 91 per gli immigrati provenienti da PFPM ( $p < 0,001$  vs italiani) e 131 per quelli provenienti da PSA.

Differenze negli Indicatori tra Italiani e cittadini di Paesi a Forte Pressione Migratoria:

**MEDIA di Visite (figura3):** La media delle visite concluse con almeno una



prescrizione di farmaci e/o accertamenti e/o rilevazione della PA in tutta la popolazione è : di 53 per i pazienti italiani e 19 per gli immigrati da PFPM ( $P < 0,01$  ;

Intervallo di Confidenza della differenza: da 3% a 36% .

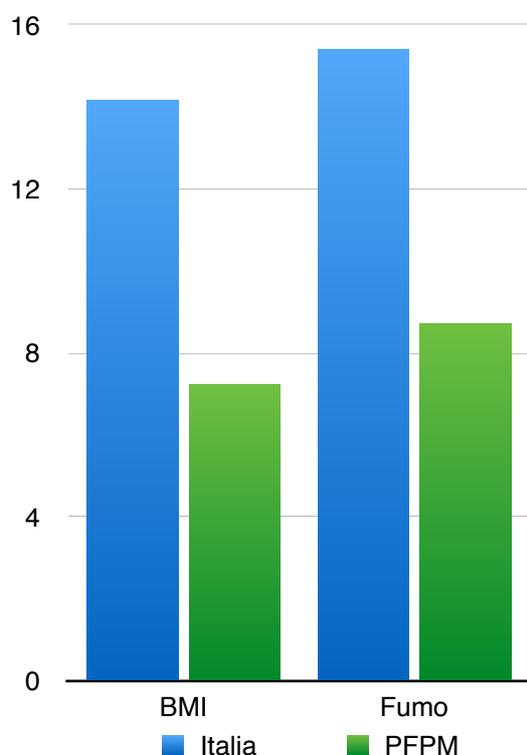
La stratificazione per età mostra un andamento simile per tutte le fasce .

La media dei contatti per ogni anno di iscrizione è di 5.4 per gli italiani e di 4.5 per gli immigrati (P < 0,001); inoltre, la stratificazione per età non mostra evidenti differenze salvo che nelle classi più avanzate (oltre i 60 anni).

NESSUN CONTATTO in tutto il periodo di iscrizione: La percentuale di pazienti con 1 o nessun contatto è di 18.1% per gli italiani e raggiunge il 26.9% per gli immigrati

REGISTRAZIONI Variabili CLINICHE (figura 4 e figura 5): Nelle due coorti, le

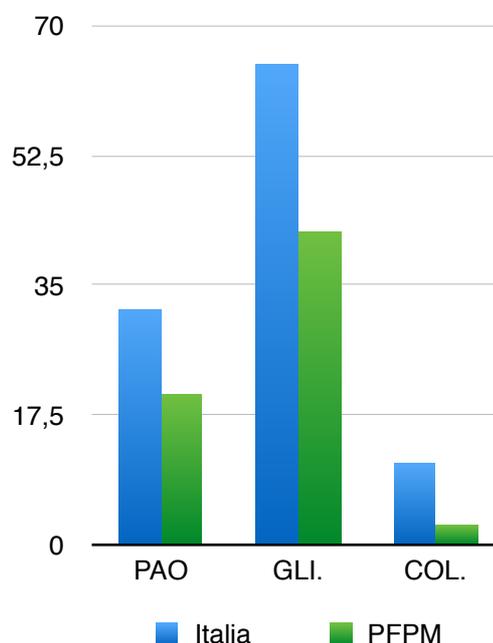
Figura 4



registrazioni di BMI (14.2 e 7.2), del dato sull'abitudine al fumo (15.4 e 8.7), della PA (31,7 e 20,4), della glicemia in soggetti di

più di 35 anni (64,7 e 42,2) e del Colesterolo totale (10,9 e 2,6), sono tutte

Figura 5



inferiori in modo statisticamente significativo negli immigrati (p<0.05).

Nei pazienti con diagnosi di Iipertensione, viene riportato una misura della PA nel primo anno dalla diagnosi nel 36,5% degli italiani e nel 38,9% degli immigrati.

Nei pazienti con diagnosi di Diabete, viene riportata una Emoglobina Glicata nel 45,1% degli italiani e nel 36% degli immigrati (P<0,001).

## DISCUSSIONE

Questi risultati confermano la rilevanza delle problematiche assistenziali relative alla popolazione immigrata nella pratica clinica del MMG. In particolare, la crescita continua delle immigrazioni da PFPM pone problemi gestionali, clinici e relazionali del tutto particolari. Il problema più grave da affrontare pare essere la continuità assistenziale, resa complicata dalla elevata mobilità di queste persone; poco meno del 10% dei soggetti immigrati in più rispetto agli italiani ha 0 o 1 visita e questo pone problemi per quanto riguarda l'accessibilità.

I pazienti immigrati hanno spesso cartelle meno accurate e complete rispetto a quelle degli italiani<sup>4</sup>, soprattutto rispetto alcune procedure di diagnosi e prevenzione, che presuppongono un atteggiamento proattivo e non passivo. Questa carenza può essere dovuta a difficoltà di comunicazione, ma sembra probabile che giochi anche il fatto che il MMG ha a disposizione meno occasioni per farsi promotore dei processi di mantenimento della salute. Anche le particolari condizioni di vita e di lavoro di questa fascia di popolazione, che lasciano meno tempo al "superfluo", possono svolgere il loro ruolo.

Per quanto riguarda il follow up delle patologie croniche studiate, si evidenzia una sostanziale parità di trattamento per quanto riguarda la misurazione della PA (ed anche dei target raggiunti, dato non

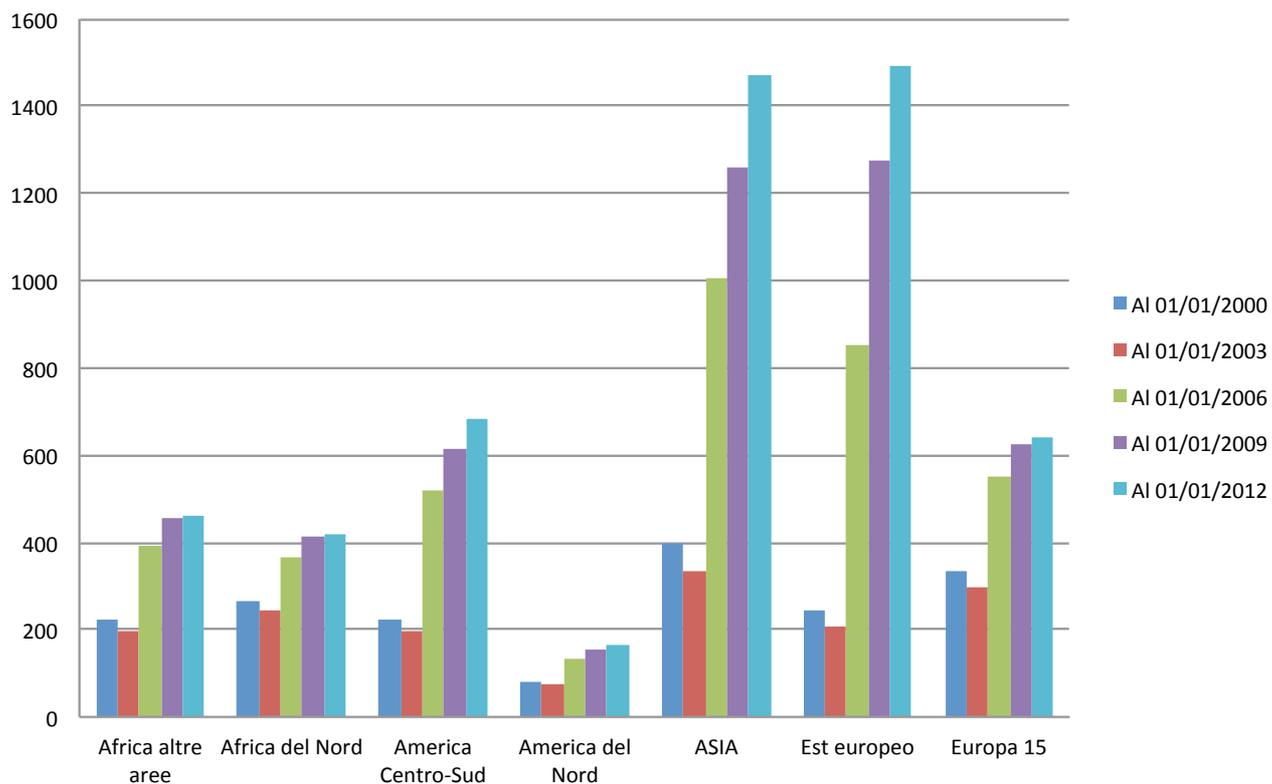
pubblicato) nei pazienti ipertesi. Nei diabetici si nota una situazione assai diversa; il 20% di pazienti immigrati rispetto agli italiani ha una Emoglobina Glicata registrata nel primo anno dalla diagnosi. E' possibile, in questo caso, che situazioni esterne, come i ticket, l'effettuazione stessa degli esami o l'integrazione con i centri diabetologici, possano influenzare questo outcome intermedio<sup>5</sup>.

Sicuramente, questi dati dovrebbero spingere i MMG ad una maggior attenzione nei riguardi dei loro pazienti provenienti da PFPM, soprattutto al fine di saper sfruttare i pochi incontri a disposizione anche per la promozione della salute, oltre che per la soluzione dei problemi contingenti. Inoltre, questi pazienti dovrebbero essere aiutati nel seguire i percorsi stabiliti anche fuori alle mura dello studio, ad esempio con la semplificazione degli iter delle prescrizioni o con la accurata selezione delle prestazioni per le quali siano garantite solide prove di efficacia.

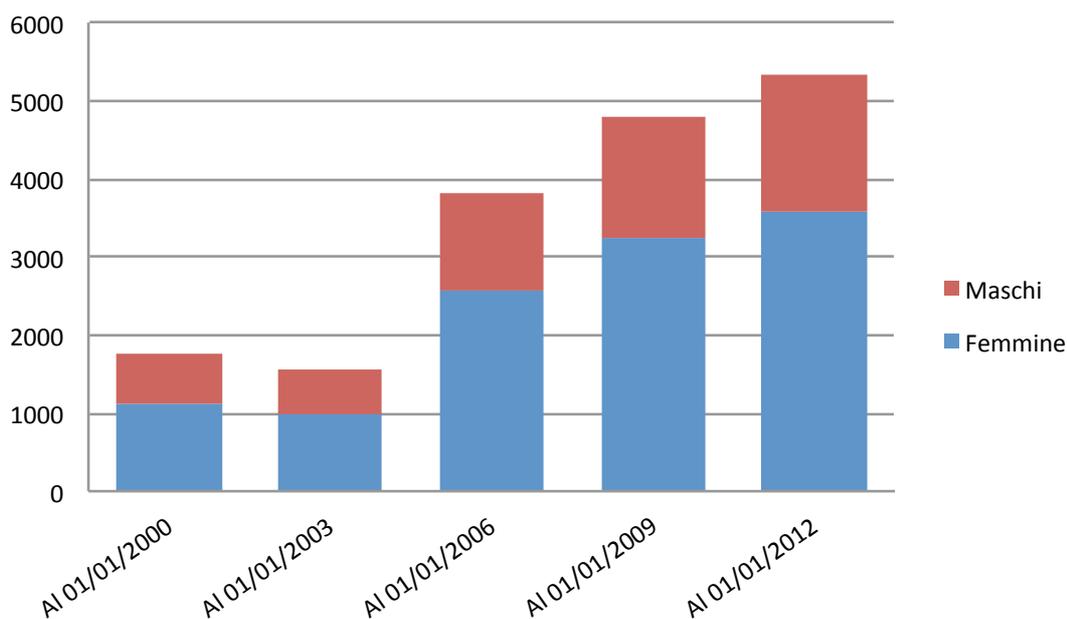
### \*GRUPPO DATAMEG:

Assorgi Giuseppe, Fanelli Renato,  
Fiorillo Alfonso, Giovannetti  
Paola, Mei Massimo, Merletti  
Emilio, Moscatelli Marina, Pagano  
Loris, Palermo Margherita,  
Sabatini Massimo, Severi Maria  
Loretta, Spalletta Luciano

**Figura 1 : Iscritti per Area geografica di provenienza**



**Fig .2 : Prevalenza femminile tra gli immigrati nel triennio**



## BIBLIOGRAFIA

1: Gostin LO. A framework convention on global health: health for all, justice for all. *JAMA*. 2012 May 16;307(19):2087-92. doi: 10.1001/jama.2012.4395. PubMed PMID: 22665108.

2: Khunti K, Ganguli S, Baker R, Lowy A. Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes. *Br J Gen Pract*. 2001 May;51(466):356-60. PubMed PMID: 11360698; PubMed Central PMCID: PMC1313998.

3: Geraci S, Rossi E, Tognoni G, Traversa G. *Farmaci e immigrati. Rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un paese multietnico*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2013

4: Schillemans L, De Muynck A, Van der Stuyft P, Saenen R, Baeten R. Assessment of patients' health status in family medicine. *Qual Assur Health Care*. 1990;2(2):161-70. PubMed PMID: 2151753.

5: Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, Saxena S, Millington H, Eliahoo J, Le Feuvre P, Holmes A. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A&E attenders. *BMC Health Serv Res*. 2006 Nov 29;6:153. PubMed PMID: 17134491; PubMed Central PMCID: PMC1698917.

## 31 MMG A latere:

### I FATTI dell ipercalcemia

### NET CALCIO – I e II fase

Membri partecipanti a Netcalcio I  
FASE del Gruppo NETAUDIT  
(www.netaudit.org)

#### **Autori Netcalcio I:** Artebani Adriano, Augruso

Angelo, Baruchello Mario, Cianca Mario, Ciolina

Giovanni, De Bari Antonio, De Luigi Giovanni,

Del Zotti Francesco, Farinaro Carmine,

Franzoso Federico, Grassi Marco,

Lippa Luciano, Lippolis Orazio, Lupi Lorenzo,

Magliozzo Francesco, Mangione Paolo,

Marafetti Claudio, Marrocchella Raffaella,

Marulli Carlo Fedele, Merlini Giovanni,

Negrini Augusto, Pasculli Domenico,

Pastacaldi Guido, Sabbi Diego,

Scala Antonio, Scatena Sandro Luigi,

Tangorra Francesco, Tedeschi Luca,

Tondi Lidia, Tulino Renato, Valletta Domenico,

#### **Membri partecipanti a Netcalcio II FASE :**

Bernardino Bruno, Ciolina Giovanni,

Del Zotti Francesco, Donato Giuseppe,

Farinaro Carmine, Lippa Luciano,

Sabbi Diego, Tulino Renato

### BACKGROUND

Un articolo di revisione del NEJM sull'iperparatiroidismo (Claudio Marocci et al NEJM, 365:25 – 2011) ha mostrato ai MMG italiani un limite della nostra pratica professionale e dei nostri software di cartella computerizzata per la MG in merito all'esame della **calcemia**, primo passo per diagnosticare l'iperparatiroidismo e gli altri disturbi da ipercalcemia.

Un punto di svolta indicato dalla recente letteratura sta nella preliminare valutazione del **calcio corretto** (in base all'Albumina, che si deve richiedere se la calcemia totale è elevata (vedi oltre), sia più raramente (in caso di albumina aumentata o di paraproteinemie) del **calcio ionizzato**. Visto il generale sottoutilizzo di queste misure (il **calcio corretto** in base all'Albumina), si decide di stimolare con questo Pre-netaudit la richiesta, quando opportuno di questi esami.

#### **Netcalcio in 2 Fasi**

Nella I FASE di pre-netaudit sono state valutate:

- a) con alcune domande: il comportamento dei MMG (mantenuto sino al dicembre 2011) e delle loro softwarehouse in merito a richieste **calcio corretto** (richiesta di Albumina dopo riscontro di calcio totale elevato e uso delle formule ad hoc) e **calcio ionizzato**

- b) il numero di pazienti con almeno un **calcio totale** in cartella sino al dicembre 2011
- c) il numero di pazienti con **calcio totale** >10,4 mg

I dati sopra sono stati estratti al fine di poter implementare nei mesi successivi sia nei casi noti di **ipercalcemie totali** estratti sia nei successivi nuovi casi la richiesta di albumina e di quindi di **calcio corretto** o **ionizzato** ed infine il numero di casi con **iperparatiroidismo primitivo**.

#### ESTRAZIONE dati I Fase

Ogni software di cartella clinica dovrebbe essere in grado di estrarre la lista di Pazienti sia con **calcio totale** o **corretto** o **ionizzato**, sia con le statistiche semplici sia con l'SQL. Abbiamo quindi focalizzato l'attenzione Non sul solo sul numero di calcemie richieste ma sul numero di pazienti con almeno una richiesta di **calcio totale** o **ionizzato** ed eventuale richiesta di **calcio corretto**. L'estrazione ha riguardato tutto il database sino al 31 dicembre 2011. Sono state preparate frasi in linguaggio SQL per l'estrazione dei dati dalle cartelle computerizzate.

La I fase ha estratto tutte le richieste di **calcio totale**; la II tutte le richieste di **calcio totale** >10,4 mg/dl.

#### DOPO la I FASE

Appena dopo la I fase, da fine aprile 2012 in poi, i MMG partecipanti sono stati invitati a svolgere le seguenti operazioni:

per gli ipercalcemici identificati dal database alla I fase e per i nuovi eventuali casi di ipercalcemici, è stata consigliata una specifica procedura (si veda 'articolo a lato "i fatti dell'ipercalcemia"). In pratica, per pazienti con richiesta di calcio totale ed in particolare in quelli con **calcemia totale** >10,4 mg/dl il MMG è stato invitato a richiedere ed inserire il risultato dell'**albumina** per il calcolo del calcio corretto e/o un calcio ionizzato. Per implementare il cambiamento il MMG è stato invitato ad aggiungere all'elenco dei test nel proprio software ciò che in genere manca: il **calcio corretto** e/o il **calcio ionizzato**; se ciò non fosse possibile, il MMG è stato invitato ad usare un modo alternativo (su PC o carta) per registrare e poi estrarre a gennaio 2013 i dati relativi alla fine del 2012 su tutti i casi di calcio corretto o ionizzato.

#### RISULTATI: Net-calcio, I Fase

Presenza di **calcio corretto** nel software di cartella computerizzata: tutti i 31 MMG hanno dichiarato che nel loro software di cartella computerizzata non esiste una voce per il **calcio corretto**. Mentre 29 su 31 MMG dichiarano presente il **calcio ionizzato** nella loro cartella.

Numero MMG e pazienti: 31 MMG con un totale di ed una media di 1429 pazienti per MMG.

Richieste **calcio totale** per MMG (figura 1).  
 I 31 MMG hanno richiesto almeno un calcio totale ad una media di 306 pazienti con ampia DS di 318 (minimo: 34; 25.percentile:8; mediana: 240; 75.o percentile:420; massimo 1584).

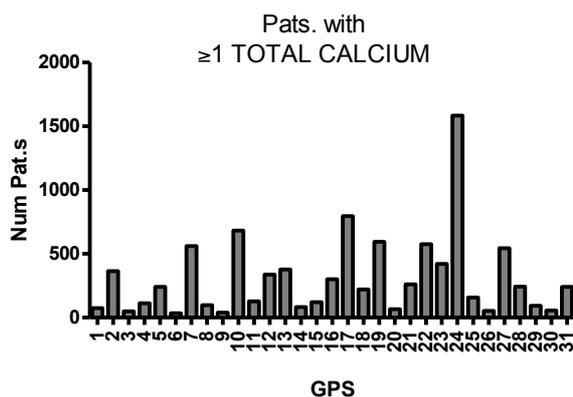


Figura 1

Numero pazienti con almeno una **calcio totale** >10.4 mg/dl ( oppure >2.6 millimol/Lt). Un totale di 366 pazienti all'analisi del database presenta ipercalcemia ; con una media di 10,7 pazienti per MMG (Standard deviation: 14,591527; Minimo.=0; Maximum: 65;Upper quartile:14; Median: 5; Lower quartile:2).

### RISULTATI: Net-calcio, I Fase

Nella II fase di netcalcio, dopo aver allertato un anno prima (netcalcio I fase) sull'utilità di combinare la prescrizione di calcio e albumina (soprattutto se calcemia totale ai limiti bassi o alti), siamo andati ad osservare cosa è successo alla prescrizione congiunta di calcio e

albumina.

Criterio principale da valutare:

Sul totale dei pazienti con **calcio totale** aumentato il MMG dovrebbe aver richiesto **albumina** (e quindi misurato calcio corretto) o, nei casi opportuni, **calcio ionizzato** almeno nel 60% dei pazienti (ottimale >90%) .

Intanto, segnaliamo che i partecipanti sono stati inferiori rispetto alla I fase (solo 9, di cui 8 arrivati in tempo; 7 hanno svolto anche netcalcio I fase).

Inoltre solo 2 colleghi su 8 hanno implementato nel loro software il nuovo esame **calcio corretto**.

Più in dettaglio:

Numero pazienti: 11241; media per MMG: 1405 (minimo 820; massimo 1575); MMG partecipanti a netcalcio II fase: 7 MMG prima e II fase; 1 collega solo II fase due.

Numero pazienti con almeno una richiesta di **calcio totale**: 8 MMG; Totale 1484; Media 186; minimo: 91; massimo :454

MMG e richieste **calcio corretto** o in cui è possibile il calcolo del calcio corretto (contemporanea prescrizione di calcio e albumina).

Per 2 MMG: 0 casi di calcio corretto. Per gli altri 5 : 103 casi di **calcio corretto**. Un Collega ha un massimo 48 casi ( 5 derivati dalla misura diretta dell'albumina ; e i restanti 43 da albumina calcolata percentualmente dall' elettforesi). La media di **calcio corretto** per MMG: 20,6 per MMG (se si considerano solo i 5

MMG con almeno 1 calcio corretto).

## CONCLUSIONI

Questa semplice ricerca tra l'indagine descrittiva e l'audit, ha focalizzato l'attenzione su un esame di laboratorio, la calcemia, apparentemente umile che comunque nasconde insidie e complessità interpretative; che necessita di un'associazione (richiesta di albumina) e di formula (entrambe spesso misconosciute e non inserite nei software di cartella clinica); può farci identificare pazienti con **ipercalcemia**, un problema delicato a cui sono collegati o un problema endocrinologico risolvibile (l'iperparatiroidismo) o un segno di patologie internistiche o oncologiche importanti. L'indagine è stata un'occasione per studiare "in gruppo" la relazione tra **calcio totale**, **calcio corretto** e **calcio ionizzato** (vedi la scheda i fatti dell'ipercalcemia).

Abbiamo inoltre individuato un ulteriore problema: le cartelle computerizzate sono in genere carenti per quel che riguarda il calcolo del Calcio corretto, ottenibile facilmente con una formula che integra **calcio totale** ed **albumina**. Insieme abbiamo individuato una soluzione provvisoria di questo problema: identificare il **calcio corretto** con un'estrazione SQL in cui inserire la formula citata (vedi la scheda i fatti dell'ipercalcemia), il valore di calcio corretto, una volta che sia stata richiesta

anche l'albumina e ciò almeno per i pazienti con calcio totale *borderline*.

Ed in effetti l'abbinare calcio totale e albumina (per calcolare il calcio corretto) sembra non solo fornire una valutazione più precisa del calcio totale ma anche una resa più economica rispetto al calcio ionizzato. Per inciso riteniamo poco affidabile il calcolo indiretto dell'albumina, derivato dalla percentuale di proteine dell'elettroforesi.

Al di là delle questioni specifiche dell'ipercalcemia questo studio ha fatto emergere un'altra criticità, che ha reso meno efficace la II fase dello studio. Il numero dei colleghi che hanno partecipato alla II fase di questo Netaudit è stato nettamente inferiore a quello della I fase. Si chiedeva nella I fase di inserire una nuova voce nella lista dei test (**calcio corretto**) e di rivedere il problema a distanza di un anno. Solo un piccolo gruppo di MMG ha partecipato alla II fase; e solo una esigua minoranza ha creato un nuovo campo per questo esame. Ciò indica che il completare il ciclo dell'audit è difficile all'interno di gruppi nazionali telematici di MMG.

Probabilmente servono sistemi di motivazione reciproca più tipici di gruppi umani più coesi e con poca distanza geografica tra i membri: forse serve incoraggiare anche nel gruppo nazionale Netaudit la creazione di sessioni di video-incontri che diano l'opportunità del faccia a faccia anche tra MMG lontani.

# UN' INTRODUZIONE ALL'IPERCALCEMIA CORRETTA E ALL'IPERPARATIROIDISMO

A CURA DI [NETAUDIT](#)

Valutazione bibliografica dei fatti dell'iperparatiroidismo e dell'ipercalcemia. Appunti per Net-calcio, adattati dalla lettura delle seguenti fonti

- Marcocci C et al: NEJM, 365:25 – december 22, 2011;
- Current Medical Diagnosi and Treatment – 2011- Lange ed;
- 5 Minutes consultation , 2010, Lippincot ed.
- Pallan S et al: BMJ March 2012; 344 doi: 10.1136/bmj.e1013

Secondo la recente Review di Marcocci (NEJM 2011), bisogna sospettare l'iperparatiroidismo in ogni persona con ipercalcemia  $>10,4\text{mg/dl}$  (i valori di riferimento sono i seguenti: normal range,  $8.4\text{-}10.4\text{ mg/dl}$  [da  $2.1$  a  $2.6$  millimoli/Lt]). Ergo: la porta di ingresso di come diagnosticiamo o trattiamo l'iperparatiroidismo è l'ipercalcemia. Tra l'altro la causa più frequente di ipercalcemia è l'iperparatiroidismo, Secondo gli AA, prima di procedere oltre è necessario adattare la calcemia all'albumina, secondo la formula del **calcio corretto** (vedi oltre).

Nella fonte 5 Minutes Consultation l'ipercalcemia è definita come la presenza di almeno 2 valori di **calcio corretto**  $>10.2\text{ mg/dL}$  ( $2.55\text{ mmol/L}$ ) in 2 occasioni.

**PREVALENZA:** da 1 a 4 per mille. In Svezia hanno riscontrato 2 casi su 1000 in donne tra i 50 ed i 75 anni. Tendenzialmente la prevalenza cresce negli anni, in correlazione con la diffusione della richiesta di calcio per screening (valutazioni del rischio di osteoporosi).

**SESSO:** più del 70% dei casi si riscontra tra le femmine.

**ETA prevalente:**  $>50$  anni; la maggioranza dei casi insorge nella VII decade.

**SINTOMI:** prevalgono le forme asintomatiche; possono essere riscontrate: ipertensione, stipsi, nefrolitiasi, danni ossei (in particolare al radio) sotto forma di lesioni cistiche o fratture; e disturbi neuropsichici e muscolari.

**TIPOLOGIE** dei casi di l'iperparatiroidismo: più del 70% è legato ad un singolo adenoma; nei restanti casi si riscontra un'iperplasia o, raramente, una sindrome ereditaria multighiandolare (utile l'anamnesi familiare).

**DENSITOMETRIA:** comunemente si riscontra una riduzione sotto i  $-2,5$  di densitometria, con un frequente caratteristico coinvolgimento del radio distale o di siti ricchi di osso corticale.

## TAPPE per la DIAGNOSI

### I TAPPA: CALCIO CORRETTO

Dopo il riscontro di aumento di **calcio totale** si procede alla valutazione del **calcio corretto** dall'**albumina** secondo la seguente formula:

$\text{Ca corretto (mg/dl)} = \text{calcio totale (mg/dl)} + 0.8 \times (4 - \text{albuminemia in g/dL})$

Ecco un link ben costruito con un comodo **calcolatore del calcio corretto**:

<http://www.globalrph.com/calcium.htm>

Secondo il recente citato articolo del BMJ (Pallan 2012) è importante usare questa formula anche nel caso di **ipoalbuminemia**, ove la calcemia totale può risultare falsamente normale: dopo l'uso della formula alcune di queste normocalcemia possono diventare ipercalcemia corrette.

Il **calcio ionizzato** (esame di laboratorio da richiedere a parte), invece, è utile solo se il paziente ha iper-albuminemia, trombocitosi, macroglobulinemia o mieloma. Escluse le precedenti cause, nell'iperparatiroidismo esso risulta sopra 5,4 mg/dl.

### II TAPPA: PARATORMONE (PTH)

Si rafforza il sospetto se si riscontra o un Paratormone elevato o nella norma; si indebolisce e si esclude invece, se il paratormone risulta basso (in questo caso invece si deve escludere la possibilità di ipercalcemie secondarie a varie neoplasie). NB: valutare se il paziente assume tiazidici o Litio: entrambi possono indurre aumento di PTH.

## DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Per prima cosa ci preme parlare dell'iperparatiroidismo secondario: si verifica per condizioni che stimolano la produzione di PTH: le più frequenti sono l'IRC e la carenza di Vitamina D. In questa condizione si ha frequentemente l'abbinamento di **aumento** dei valori di **PTH** associati a **normocalcemia**.

Altre condizioni più frequentemente correlate ad Ipercalcemia o aumento di PTH:

- Neoplasie, che spesso inducono ipercalcemia da neoplasia
- Ipercalcemia e aumento di PTH indotto da diuretici (da sospendere prima dell'esame): attenzione ad associazione tra Vitamina D e Tiazidici
- Litio
- Eccesso di assunzione di calcio o Vitamina D (ipercalcemia reversibile alla sospensione)
- Ipertiroidismo (che aumenta turnover osseo e calcemia; in genere PTH e' basso, soppresso)
- Insufficienza renale cronica
- Sarcoidosi e altre malattie granulomatose
- Assunzione di bifosfonati (che aumenta la calcemia del 20% e a volte induce aumento di PTH)

## Altri usami Utili per la definizione del quadro e per il FOLLOW-UP

- Vitamina D, spesso bassa
- Calciuria 24 ore, per escludere l'ipercalcemia ipocalciurica su base famigliare
- Eco renale, per valutare calcolosi sintomatica o asintomatica
- Densitometria sia colonna e femore, sia del radio distale.
- Test di imaging in genere non sono indicati, se non immediatamente prima della chirurgia. In questo caso si usa la scinti con Tecnezio sestamibi.

## INDICAZIONI alla SORVEGLIANZA

Per pazienti per cui la chirurgia non e' ancora indicata o per per pazienti che vogliono rinviare l'intervento chirurgico:

- almeno una calcemia annuale
- b) Densitometria ogni 1-2 anni
- c) mantenere la vitamina D nei limiti di normalità, visto che l'ipovitaminosi peggiora la malattia.

## TABELLA CRITERI DECISIONALI

Basta uno solo dei seguenti criteri per andare verso l'intervento chirurgico (adattata da Marocci et al NEJM, 2011)

- Età < 50 anni
- Calcemia > 1mg/dl ( o 0.25 mmol/L) sopra i valori di riferimento
- Clearance calcolata < 60 lt/min
- Densitometria\*: T score meno di -2.5 ad almeno un sito o precedenti frattura di fragilità

La chirurgia è altresì indicata se è difficile eseguire il monitoraggio periodico.

*\* si valuta lo Z score invece del T score nelle pazienti prima della menopausa e in maschi con eta inferiore a 50 anni.*

# DALLE SOGLIE DELL' LDL AL RISCHIO GLOBALE, MA LA NOTA DOMINANTE NON CAMBIA: INCREMENTARE LE STATINE AD ALTA POTENZA

QUALE IL PARERE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)?

FRANCESCO DEL ZOTTI – MMG  
VERONA - DIRETTORE DI NETAUDIT

Le ultime Linee-guida dell'American College of Cardiology American Heart Association<sup>1</sup>(ACC-AHA), hanno rappresentato da una parte una interessante svolta, che privilegia il calcolo del rischio cardiovascolare globale, rispetto al solo LDL; dall'altra una conferma, da discutere, rispetto al ruolo crescente delle statine ad alta potenza, anche per rischi globali solo moderatamente elevati. La svolta ci indica che non e' necessario adattare la scelta di iniziare statina a crescente potenza in base al rigido target del LDL (spesso sotto gli 70-80 mg); inoltre essa ci spinge a dare molto valore al calcolo del rischio cardiovascolare globale. Infine mette seriamente in discussione l'utilità delle

statine in pazienti oltre i 75 anni o con scompenso cardiaco, quando costoro siano esenti da diabete o da eventi e malattie cardiovascolari in atto.

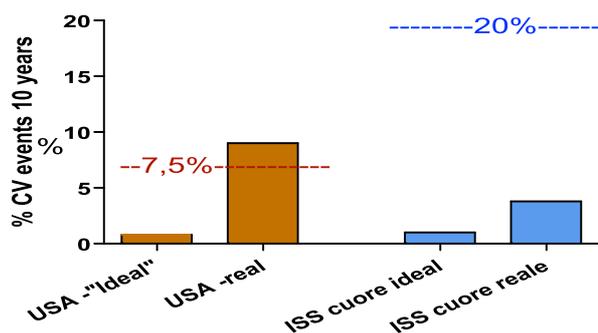
Approfondite analisi italiane sulle questioni citate si trovano nei lavori di Battaglia A. e Puccetti L.<sup>2</sup> e in Rossi R.<sup>3</sup>, che tra l'altro mettono in evidenza i limiti delle attuali Nota Aifa sulle statine.

In questo breve articolo invece vogliamo prendere spunto da due casi presentati in un articolo recente del NEJM<sup>4</sup> che fa riferimenti alle citate Linee-guida ACC-AHA, al fine di mettere in relazione alcune serie discrepanze tra il calcolatore delle nuove linee-guida e quello del nostro progetto cuore, dell'Istituto Superiore di Sanità. Le nuove LG sembrano dare una conferma alla pressione che viene da varie direzioni verso l'utilizzo di statine ad alta potenza, che nello stesso tempo sono più a rischio e/o più costose. Esse, secondo le citate LG, non sono più da prescrivere per far scendere l'LDL sotto soglie basse; nello stesso tempo questa Linea-guida le indica in un numero crescente di casi che presentino un rischio globale oltre ad una certa soglia.

Nell'articolo si cita il caso di un maschio bianco 42enne può essere in due condizioni, una che definiremo "reale" e l'altra "ideale" (Figura 1).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Segnaliamo inoltre che i pesi delle variabili analizzate sebbene sostanzialmente uguali nei due calcolatori sono diversamente pesati

**Fig.1 2013 Guideline ACC-AHA  
and ISS Progetto cuore:  
Important difference in calculating Risk**



Il caso "reale" ha una pressione sistolica 130 non trattata, non è diabetico, è fumatore: si deriva un rischio del cardiovascolare (ASCVD) a 10 anni del 9% che supera il valore soglia del 7,5%, indicato dalle stesse LG. Secondo questa recente Linea Guida questo paziente "reale" deve essere trattato con statine ad alta potenza. Quello stesso paziente con valori ideali (Pressione 110 non trattata; colesterolo 170; HDL 50; Non diabetico, Non fumatore ) ha invece un rischio a 10 anni dello 0,8%.

Usiamo ora gli stessi due casi nel calcolatore del nostro Progetto Cuore ISS. Bene, nella I condizione, quella "reale" il paziente ha un rischio del 3,8%, secondo la formula del progetto cuore; nella condizione ideale ottiene l'1%. Ricordiamo che per il progetto cuore, i pazienti sono a rischio importante e quindi devono essere trattati con statine se hanno almeno il 20% di rischio a 10 anni.

La figura 1 chiarisce meglio le grandi differenze tra i due calcolatori. Il caso reale e ideale della coppia di colonne a sinistra è quello del calcolatore delle LG ACC-AHA: risulta una differenza percentuale tra caso reale e ideale dell'8%. Mentre nella coppia di colonne a destra, quelle con i dati del caso reale e ideale adattati al calcolatore del Progetto-cuore, risulta una differenza percentuale tra situazione reale e ideale di solo 3%.

Ma diciamo di più: mentre nel I caso reale secondo le recenti LG USA si impongono statine ad alta potenza dal momento che il loro 9% supera la loro stessa soglia che si sono dati (del 7,5%), nel caso del calcolatore del progetto cuore quel 9% equivale al 3,8%, ben al di sotto della soglia del 20% del calcolatore del progetto-cuore. Insomma si tratta di discordanze enormi che contengono il rischio di forte disorientamento tra i MMG. Basti pensare ad una delicata conseguenza: quel paziente di 42 anni dovrà sopportare decenni di statine ad alta potenza, mentre si potrebbe piuttosto implementare il counseling per il fumo.

## CONCLUSIONI

Le precedenti note e la Figura 1 ci spingono a considerazioni generali sull'applicazione delle evidenze; ed ad alcune riflessioni sui calcolatori del rischio cardio-vascolare. Alcune variabilità così

estreme nel modo di calcolare il rischio cardiovascolare da parte di fonti autorevoli possono gettare dubbi sull'intera impalcatura dell' EBM.

Penso comunque che più che sui limiti dell'EBM (già visti in qualche modo da Sackett) bisogna evitare timori reverenziali e coltivare dubbi sulla big science, sui grandi trial, sui **grandi nomi**, sulla voglia dei vari studiosi di apparire sui grandi quotidiani ancor prima che su riviste indicizzate: la grande notizia prima dell'analisi pacata dei dati. Bisogna altresì iniziare a mettere in dubbio il metodo di lavoro dei più importanti giornali scientifici, che non poche volte facilitano anche loro lo scoop, rispetto alla metodica analisi logica degli articoli.

Anche riviste autorevoli come il NEJM non sono immuni da alcune contraddizioni? Come si fa a pubblicare un articolo o una LG che mettono in dubbio i target dell'LDL nelle cure con statine (le quali, per far scendere i valori sotto le discusse soglie, devono essere ad alta potenza) e che pongono giustamente in evidenza la necessità di un rischio più articolato multi-componente , salvo poi, qualche riga più in giù, mettere in bella mostra la necessità di curare rischi che per tradizione vengono considerati bassi (il 7,5% pari al 5% del nostro ISS1) con le sole statine per di più ad alte dosi? Insomma le statine ad alta potenza alla fine sembrano tornare dalla finestra. Insomma, cambiano le

prospettive, ma ciò che sembra non cambiare è la pressione dei trial e della **big medicine** ad incrementare il numero dei casi da trattare e/o la potenza dei farmaci usati.

Non possiamo sottovalutare metanalisi e regressioni logistiche, ma ci auguriamo che esse non travalichino l'intramontabile valore dei principi di non-contraddizione e del ragionamento ipotetico-deduttivo, che ormai rischiano di essere sepolti sotto una coltre di **big data**, numeri astrusi, **big paper**.

Esiste poi una considerazione specifica che riguarda il come far emergere l'importanza del rischio cardiovascolare rispetto ai valori soglia del colesterolo o del solo LDL. Probabilmente a questo punto diventa necessario testare, con nuovi studi, in maniera comparativa i vari sistemi di calcolo , i vari calcolatori. Oltre a questi due citati dal nostro articolo (ACC-AHA e ISS-cuore) bisogna ad esempio valutare un III tipo di calcolatore, quello inglese : il qrisk2 , che risponde ad una logica diversa rispetto ai primi due: prende in considerazione non solo le solite poche variabili, ma ad esempio considera anche dati di funzione renale, il BMI, una storia di fibrillazione atriale e l'area di provenienza geografica, spesso correlata ad indici di "deprivazione sociale".

Infine, sarebbe interessante non limitarsi a prendere in considerazione i solo i fattori di rischio; ma tentare di abbinare sempre

la mappa dei rischi con la mappa delle protezioni. E' ad esempio interessante constatare un elemento questa volta positivo: nello stesso numero del NEJM citato compare un interessante articolo sul ruolo protettivo delle noci. Una certa complessità e crisi della big science può indurci ad un fondato ritornello che potrebbe aleggiare nelle nostre Mailing List: "non ci illudiamo; comunque la girano, la MG sarà sempre accusata di curare troppo o troppo poco..." Ma tutto ciò non deve comunque spingere la MG a tornare alla "pacca sulla spalla" e alla somministrazione di tanti placebo o me-too: invece come MG dobbiamo "farci avanti", "aggressivamente", nella sfera alta, per far sentire la nostra necessaria voce, di medici di MMG, che coniugano da tempo, spesso inascoltati, l'unico trinomio che serve a noi e a tutti: "scienza ragionata", saggezza, valori.

## BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1.American College of Cardiology American Heart Association (ACC-AHA) [Guidelines](#)

2. Battaglia A , Puccetti L. (2013)  
[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=18432](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=18432)

3.Rossi R (2013)  
<http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=5952>

4. Kerney F J. Et al : A pragmatic view of the New Cholesterol Treatment Guideline – NEJM - 27 November 2013