

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

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



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

## EDITORIALE

### Mario Baruchello

La ricerca qualitativa è peculiare terreno della medicina generale. Recentemente J.D.Maeseneer e C.V.Weel hanno ricordato che... *Quantitative research methods certainly have their place. But sometime,when explanatory model are unclear,quantitative research may contribute a lot to the understanding of what really happens in our daily practice.* (European Journal Of General practice,Vol 7,September 2001).

Ce ne dà testimonianza lo spunto di approfondimento di Franco Del Zotti che illustra anche sofisticati strumenti clinico-diagnostici disponibili e consultabili sul pc nella pratica quotidiana.

È nostra intenzione valorizzare questi contributi che invitiamo a farci conoscere.

Inseriremo nei prossimi numeri di QQ anche foto di qualche studio con elementi di Layout distintivi e caratterizzanti che possono incidere attraverso il modello organizzativo sulla qualità delle prestazioni.

Audit, studi descrittivi, case report, strumenti operativi inseriti con rigoroso spirito metodologico riportano a una pratica quotidiana che riteniamo essere più aderente alla realtà.

Una recente revisione Cochrane (<http://www.update-software.com/abstract/it/it00259.htm>) conferma, se qualcuno di noi non ne fosse ancora convinto, che gli interventi di feedback e audit hanno il potenziale di modificare la pratica professionale degli operatori sanitari.

Le descrizioni che escono da ricerche di tendenza realizzate con grandi mezzi da accademici di molti Paesi del Nord Europa e dai grandi contenitori epidemiologici anche nazionali a volte ci sembrano spersonalizzanti rispetto al singolo medico e alla sua relazione medico paziente.

Per le ricerche che in QQ trovano spazio, tutti i partecipanti sono protagonisti e non ci sono utili portatori d'acqua.

In una recente riflessione epistemologica Andrea Gardini Presidente della Società Italiana per la Qualità della Assistenza sanitaria scrive "Accompagnare professionisti più o meno esperti nel complesso mondo del "senso" del loro lavoro (è questa l'esperienza fondamentale della valutazione di qualità) e nello sforzo per migliorarlo richiede un approccio diverso dal modello cartesiano di scienza. La scienza di derivazione meccanicistica esclude lo studio delle relazioni deboli non misurabili (perché manca di strumenti di misura adatti allo scopo), le relazioni fra le persone, fra queste e le Istituzioni o gli apparati e punta alla oggettività".

La medicina generale che leggerete nelle pagine di questo numero di QQ ha in sé la ricchezza di questa varietà di approcci.

La soggettività cercata nei motivi di ricorso al Pronto Soccorso da parte dei cittadini (Falasca et al.), l'obiettivo di educare al corretto uso di farmaci importanti (Campanini et al.), il focus group come strumento di riflessione metodologica organizzativa (Mazzi et al.) si affiancano ad un importante e finalmente compiuto Audit italiano che conferma l'esistenza di corretta adesione a linee guida nell'uso di ASA nel postinfarto. (Grassi et al.)

La prevenzione allargata del rischio cardiovascolare ha un costo e il suo impatto economico contribuisce a devastare in questi mesi il bilancio delle ASL: Laurora et al. ne fanno un modello previsionale di cui vedremo gli sviluppi futuri.

L'esperienza di Corteleone conferma come anche l'intervento di un singolo medico di comunità possa smuovere le montagne ottenendo outcomes tangibili in termini di salute di popolazione.

Insomma, il numero presenta il caleidoscopico aspetto della Qualità e delle Qualità in MG, che ha ispirato anni fa il titolo della nostra rivista.

## PARMA Conference 2002

( <http://www.parmaconference.3000.it> )

### Mattino:

moderatore: Dott. G. Visentin

- Prof. F. Dobbs: "La ricerca in MG in Gran Bretagna ed in Europa"
- Dott. F. Del Zotti: "L'esperienza italiana di Netaudit"
- Prof. R. Grol: "La verifica di qualità in MG in Olanda e in Europa"

moderatore Dott. M. Baruchello

- Dott. F. Carelli: "L'esperienza di Euract, gruppo europeo dei docenti di MG"
- Dott. A. Campanini, Dott. G. Passerini: "L'esperienza in EQuIP, gruppo europeo per la verifica di qualità"
- Dott. G. Boldrocchi: "La sperimentazione clinica controllata in MG (DM 10.5.01)"

### Pomeriggio:

- Dott. P. Falasca: "Studio dell'appropriatezza degli accessi al PS da parte dei medici generali"
- Tirocinanti del Biennio di formazione in MG: "Stato di compenso del paziente in trattamento cronico con anticoagulanti orali e consapevolezza della terapia: è possibile migliorarli con un intervento educativo nello studio del mmg?"
- Dott. N.R. Laurora: "Dall'audit alla clinica. Impatto dei trials sulla pratica del mmg"
- Dott. M. Grassi: "Audit sul trattamento con ASA nei pazienti infartuati in MG"
- Dott. E. Brizio: "Audit sul trattamento dell'asma"
- Dott. P. Quattrocchi: "Corteolona 2000 - Progetto cittadella della salute"
- Dott. P. Pavone: "Esperienza di una metodologia di ricerca e formazione in MG" (\*)
- Dott. M. Bolognesi: "L'impatto del counselling di attività fisica attraverso il programma P.A.C.E. sullo stile e qualità di vita di pazienti obesi e in sovrappeso nell'ambito delle cure primarie" (\*)
- Dott. M.P. Mazzi: "Focus group fra otto mmg sull'utilizzo di un opuscolo sulla prevenzione"

(\*) i testi di questi interventi sono consultabili sul numero di marzo 2001 di QQ

( [http://www.rivistaqq.it/index\\_ita.html](http://www.rivistaqq.it/index_ita.html) )

Non sono certo mancati argomenti su cui riflettere ai partecipanti al Congresso: **LA RICERCA IN MEDICINA GENERALE IN ITALIA ED IN EUROPA**, svoltosi a Parma il 20.04.2002

Significative le prolusioni sincere e appassionate di Università, Ordine e Autorità patrocinanti.

L'incontro ha approfondito due grandi aree tematiche, distinte se pur strettamente collegate: tradizione e attualità della ricerca in medicina generale in Italia ed in Europa da una parte e nuova prospettiva della sperimentazione clinica controllata dei farmaci negli studi dei MMG, resa possibile in Italia dal decreto 10.05.2001 dall'altra.

A sua volta il tema della ricerca è stato ulteriormente esteso fino a comprendere una panoramica della situazione europea in tema di Promozione della Qualità (VRQ) e di Formazione della Medicina Generale, tematiche strettamente collegate a quella della ricerca.

Per questo oltre a due illustri esponenti della medicina generale accademica europea quali il **Prof. Frank Dobbs**, docente a Plymouth, ex-vicepresidente di EGPRW, e il **Prof. Richard Grol** docente a Nijmegen e Maastricht, chairman di EQuIP, erano stati invitati i rappresentanti nazionali nei network europei: **Francesco Carelli** (EURACT), **Franco Del Zotti** (EGPRW), **Angelo Campanini** e **Gianluigi Passerini** (EQuIP) e ci si è avvalsi della moderazione di **Giorgio Visentin**, rappresentante presso WONCA del CSERMEG.

Il **Prof. Dobbs** ha tracciato un'ampia panoramica sulla situazione della ricerca in MG nei vari paesi europei, soffermandosi sulle scelte strategiche necessarie per farla progredire in aree (come la nostra) dove essa è meno organizzata: la necessità di apprendere "sul campo", con pazienza, tecniche e metodologie, lo sforzo di trovare collaborazioni (soprattutto nell'università) quale supporto tecnico ed organizzativo e la ricerca dei fondi necessari.

Intervento cruciale della mattinata è stato quello con cui **Franco Del Zotti** ha presentato al congresso la storia, la filosofia, ed infine i dati dell'esperienza di **NetAudit**, la rete informatica di ricercatori da lui ideata ed alla quale molti di noi collaborano da circa un anno.

Assieme ai poster affissi all'ingresso ed alle comunicazioni del pomeriggio l'intervento ha voluto significare **che la ricerca è possibile anche qui ed ora**, pur tra mille difficoltà e con qualche consapevole scelta pragmatica di semplificazione di procedure accademiche tradizionali.

Si è respirata proprio l'esperienza della pratica quotidiana, dell'urgenza dei problemi assistenziali, della mancanza di tempo, fattori che non possono mai essere dimenticati quando si progettano ricerche da effettuarsi nel setting della medicina generale.

Il **Prof. Grol** ci ha illustrato le tecniche e le esperienze più attuali nel campo della verifica e del miglioramento della qualità dell'assistenza, partendo dalla storia di un paziente concreto, con l'obiettivo di arrivare a migliorarne l'assistenza e la cura.

Ci ha così ricordato l'importanza e i limiti delle linee guida (i Paesi Bassi hanno in questo campo forse la più vasta esperienza al mondo in MG), l'utilità delle tecniche di Audit (non bastano i semplici feedback informativi...), fino alle avanzatissime esperienze delle "visite alle practices da parte di un trainer addestrato (medico od infermiera)" per fornire ai MMG una fotografia delle performance e dell'efficienza del loro lavoro in un'ottica non certo "punitiva" ma di supporto e di aiuto al miglioramento. È stata una iniezione di rigore metodologico ma anche di tensione morale, di sincera passione per una professione che sappia dare il meglio per la salute del paziente.

Hanno completato il quadro di comprensione della situazione europea gli interventi di **Francesco Carelli** (EURACT) sulla didattica della MG, con il passaggio obbligato del Dipartimento accademico di MG, luogo dove la ricerca genera nuove conoscenze per la professione e dove queste vengono insegnate, e di **Angelo Campanini** (Equip) sulla interrelazione VRQ-ECM.

Si è affrontato quindi il tema "di attualità" del congresso: le nuove opportunità create con la promulgazione del decreto 10.05.2001 che riconosce la possibilità di effettuare la sperimentazione clinica controllata dei farmaci in fase III e IV anche presso gli studi dei medici di MG.

Sotto l'attenta moderazione di **Mario Baruchello** (segretario nazionale della SIQuAS-VRQ) hanno preso la parola prima **Gianluigi Passerini** che ha sottolineato rischi e benefici di questa nuova possibile attività per i MMG: benefici legati al miglioramento delle capacità critiche e delle conoscenze sulle metodologie della ricerca dei futuri medici sperimentatori, rischi conseguenti al fatto che il lavoro sui farmaci potrebbe essere guidato da mere ragioni di mercato (sviluppo di farmaci "copia", non realmente innovativi) piuttosto che dalle priorità epidemiologiche ed assistenziali).

Il **Dott. Gianluca Boldrocchi**, responsabile della formazione per l'AUSL di Parma, ha illustrato nel dettaglio il decreto ed i regolamenti applicativi, soffermandosi sulle incertezze e le difficoltà interpretative di alcuni passaggi

Il rischio è che questi "dettagli" vengano demandati alle aziende farmaceutiche, con il chiaro pericolo di un conflitto di interessi, in grado di nuocere alla credibilità ed alla trasparenza della ricerca.

La seconda parte del Convegno è stata caratterizzata dalla presentazione e dalla discussione dei lavori di ricerca originali prodotti dai MMG italiani di cui questo numero di QQ rappresenta la sintesi.

È compito di tutti noi, appassionati della ricerca, sviluppare questi temi e coinvolgere sempre più i nostri colleghi, convinti come siamo che ricercare in MG non sia uno sterile passatempo per idealisti o sognatori ma un'attività fondamentale per una disciplina che voglia dimostrare ed affermare la propria autonomia ed originalità.

**Claudio Carosino - mmg - Parma**

## **STUDIO DELL'APPROPRIATEZZA DEGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DA PARTE DEI MEDICI GENERALI**

**Pasquale Falasca<sup>o</sup>, M. Teresa Di Fiore\*, Barbara Mengolini\***

<sup>o</sup> Servizio di epidemiologia Asl di Ravenna

\* Distretto di Faenza

La registrazione e il trasferimento di informazioni cliniche è un prerequisito essenziale per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria (1).

L'esperienza dei paesi anglosassoni pone l'enfasi sui benefici della recente IT nella comunicazione per garantire che l'informazione clinica segua il paziente attraverso tutti gli episodi di cura (2). L'utilizzo e l'interpretazione dei dati da parte dei Medici Generali è ritenuto necessario al fine di promuovere la diffusione dei comportamenti prescrittivi appropriati (3).

Nell'Azienda Usl di Ravenna il problema dell'appropriatezza delle prestazioni, al fine di migliorare lo standard delle cure e rendere disponibili risorse ai bisogni realmente emergenti, è stato affrontato in un lavoro svolto dai medici di P.S. che si proponeva di modificare il comportamento operativo degli stessi medici e dei medici generali riguardo la maggiore garanzia di efficacia in quelle situazioni morbose riconducibili ai 19 DRG medici che le indicazioni della regione individuano come inappropriati dal punto di vista del ricovero ospedaliero. Ne è risultato un documento preliminare dove si prendono in esame gli aspetti clinici che determinano l'uso di risorse specialistiche in questi DRG potenzialmente impropri.

A partire da questo lavoro si vuole avviare una discussione tra professionisti di primo e secondo livello finalizzata a promuovere l'appropriatezza degli accessi al Pronto Soccorso, avvalendosi dell'interesse sviluppato da alcuni medici generali sensibili a questo problema (medicina di gruppo di Castelbolognese), della attenzione da parte dei medici di Pronto soccorso e di dati che derivano dall'archivio unificato degli accessi ai Pronto Soccorso dell'azienda.

Sono presentate le elaborazioni preliminari (74,7% degli accessi è bianco o verde, il 52,5% avviene tra le 8 e le 15 e 289 pazienti hanno effettuato in 1 anno da 6 a 20 accessi ripetuti) per sostenere la discussione e facilitare l'individuazione dei fattori critici nell'ambito della comunicazione e del processo di responsabilizzazione dei medici generali congiuntamente ai medici del Pronto soccorso riguardo l'utilizzo appropriato delle risorse assistenziali.

1) Jick H, Jick S, Derby L (1991) *Validation of information recorded on general practitioner based on computerised data resource in the U.K.* BMJ 1991; 302: 766-768

2) Ryan M, Corbett M G, Clark I R, Peters M (1991) *Clinical decision support: devolution of expertise across the GP hospital interface.* Health Care Computing; 332-338

3) O'Brien MA Thomson; AD Oxman; DA Davis; RB Haynes; N Freemantle; EL Harvey *Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes* The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software





## AUDIT SUL TRATTAMENTO CON ASPIRINA NEI PAZIENTI INFARTUATI IN MEDICINA GENERALE

**Marco Grassi - mmg - Santarcangelo di Romagna (RN) - SIMG Rimini**

**Roberto Galante - mmg - SIMG Padova**

**Marina Balestrazzi - mmg - Bari**

**Franco Bagagli - mmg - SIMG Torino**

### Background epidemiologico e razionale della ricerca

I pazienti che hanno subito un infarto del miocardio hanno un aumentato rischio di reinfarto, di morbilità cardiovascolare e di morte(1).

Numerose strategie, sia farmacologiche che di modifica di abitudini di vita, per prevenire questi eventi (prevenzione secondaria) hanno dimostrato di essere efficaci (vedi tabella 1).(2)

**Tabella 1**

Interventi di prevenzione secondaria	
Intervento	NNT *
Dieta mediterranea	9
Mangiare pesce ricco di omega 3	19
Smettere di fumare	21
Statine	26
Beta-bloccanti	30
Aspirina	37

Adattato da (2) \*per prevenire 1 infarto a 5 anni

La potenziale importanza della terapia antiaggregante con aspirina nei pazienti ad aumentato rischio vascolare è stata messa in luce già nel 1994 con la metanalisi dell'Anti Platelet Trialist Collaboration (APT): la metanalisi offrì le prime solide prove dell'efficacia del trattamento con aspirina o altri farmaci anti-aggreganti nella prevenzione secondaria di eventi cardiovascolari. (3).

Una più recente metanalisi (4) riassume i risultati della terapia antiaggregante nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare. In particolare, sono stati esaminati 11 trial imperniati sul trattamento con aspirina su pazienti con pregresso infarto del miocardio per un periodo di trattamento variabile fra 12 e 44 mesi: come risultato complessivo l'aspirina riduce del 3,2% il rischio assoluto (95% CI 2,2/4,2%) di reinfarto, stroke o morte per accidente cardiovascolare.

Alla luce di questi rilievi della letteratura e della rilevanza della patologia, un audit sul trattamento con aspirina nei pazienti ad alto rischio di patologia CV (o di recidiva di eventi) come sono i pazienti che hanno già avuto un infarto miocardico è indicato e rilevante per valutare la qualità del lavoro del Medico di Medicina generale.

### MATERIALI E METODI

#### Struttura dell'audit: obiettivi, criteri e standard

**Obiettivo:** diminuire il rischio di reinfarto o di altri eventi CV in pazienti con pregresso infarto mediante somministrazione di aspirina. (Livello di evidenza Ia)

**Criterio:** I pazienti con pregresso infarto dovrebbero assumere 75 mg. di aspirina/die per tre anni (grado di raccomandazione A). Dopo tre anni dall'evento dovrebbero continuare la terapia a lungo termine (grado D)

**Standard:** tendente al 100% nei pazienti che non hanno controindicazioni alla somministrazione di aspirina e infarto di recente insorgenza; 80% nei paz. Infartuati da oltre i 3 anni.

#### Metodologia e procedimento di raccolta dati

L'audit è stato realizzato da 53 mmg appartenenti alla lista telematica Netaudit ( <http://www.netaudit.cjb.net> )

#### Raccolta dei dati di baseline necessari

- Rintracciare in cartella tutti i pazienti con diagnosi di infarto (età, sesso, data di infarto, patologia concomitante)
- Verificare in cartella se assumono aspirina o altra terapia antiaggregante secondo la seguente legenda:
  - Nessun farmaco antiaggregante
  - Aspirina
  - Ticlopidina o clopidogrel
  - Altri antiaggreganti (es. indobufene)
  - TAO
  - Aspirina più uno dei precedenti
- Verificare se i pazienti che non assumono aspirina hanno controindicazioni all'uso

#### Criteri di inclusione ed esclusione dello studio

- Diagnosi:** la diagnosi di infarto accettata è stata quella esclusivamente clinico/strumentale (dimissione ospedaliera con diagnosi di infarto del miocardio, segni elettrocardiografici di pregresso infarto + anamnesi di ricovero per infarto. Sono stati esclusi i pazienti con segni elettrocardiografici di pregresso infarto con

anamnesi negativa per ricovero o sintomatologia tipica, i pazienti con coronaropatia sottoposti a rivascolarizzazione o CAGB)

2. **Assunzione di aspirina:** verifica in cartella di assunzione di aspirina per almeno 6 mesi nell'ultimo anno preso in considerazione
3. **Controindicazioni:** sono state prese in considerazione le controindicazioni alla somministrazione di aspirina secondo le seguenti modalità
  - Controindicazioni assolute: Allergia Maggiore (orticaria, edema angioneurotico, ecc), ulcera gastrica o duodenale ATTIVA
  - Controindicazioni relative: pregressa ulcera peptica (ulcera gastrica o duodenale non attiva da anni, o eradicata) intolleranza gastrica e/o gastrite e/o esofagite), sporadiche perdite ematiche tipo melena o ematemesi; allergie minori (es: eritema da farmaci)

## RISULTATI

### I partecipanti all'audit

Hanno partecipato 53 MMG per un totale di 74143 pz assistiti (media di 1398 assistiti per medico)

I MMG partecipanti erano così suddivisi per aree geografiche: 32 (60,4%) al Nord, 11 (20,8%) al centro e 10 (18,9%) al sud (figura 1). L'85% dei partecipante erano medici maschi.

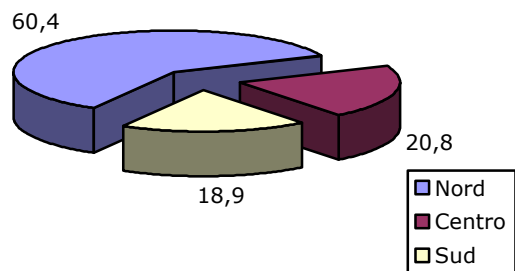


Figura 1: Provenienza dei MMG

### I pazienti infartuati

Sul totale della popolazione assistita si sono riscontrati 836 pazienti infartuati con una prevalenza dell'1,12%. Prevalenza più bassa di circa mezzo punto percentuale rispetto ai dati conosciuti sulla prevalenza dell'infarto in Italia (Circa il 2,5% negli uomini e 0,5 % nelle

Farmaco	Epoca dell'infarto		Totali
	<3 anni	>3 anni	
ASA	204	336	540
Ticlopidina/Clopidogrel	25	58	83
Altri antiaggreganti	11	34	45
TAO	12	48	60
Nessuna terapia	27	81	108
<b>Totali</b>	<b>279</b>	<b>557</b>	<b>836</b>

donne al di sotto dei 75 anni).(5). Parte della discrepanza con i dati italiani citati può essere ascritta ai diversi metodi di diagnosi (diagnosi anamnestica nei dati di prevalenza italiani, diagnosi clinico-strumentale-laboratoristica in questa ricerca).

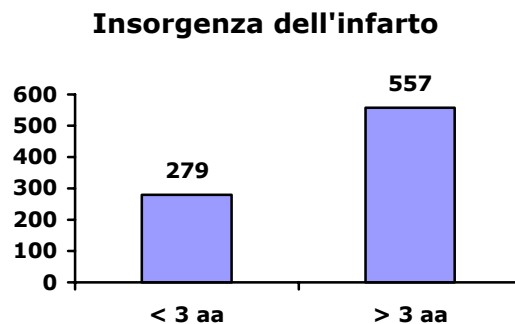
Tabella 2: Infartuati suddivisi per sesso e classe di età

Classe di età	Maschi	Femmine	Totali
< 60 anni	165	16	181
60 - 70 anni	209	48	257
70 - 80 anni	194	73	267
> 80anni	69	62	131
<b>Totali</b>	<b>637</b>	<b>199</b>	<b>836</b>

Si può notare la netta prevalenza dei maschi sulle femmine in ogni classe di età (ad eccezione degli ultraottantenni dove la prevalenza è sovrapponibile) in un rapporto di 1/10 nei più giovani (età <60 anni) e 1/4 - 1/3 nelle successive decadi di età. Complessivamente gli infartuati maschi sono 3 volte più numerosi delle donne, in accordo con tutte le statistiche di morbilità cardiovascolare.

Poiché la maggior parte degli studi sugli effetti protettivi della terapia antiaggregante nell'infarto ha follow up limitati (mediamente 3 anni), abbiamo voluto distinguere i pazienti con infarto più recente (inferiore a 3 anni) in cui l'efficacia della terapia antiaggregante è direttamente dimostrata, dai pazienti con infarto insorto da più tempo (> a 3 anni).

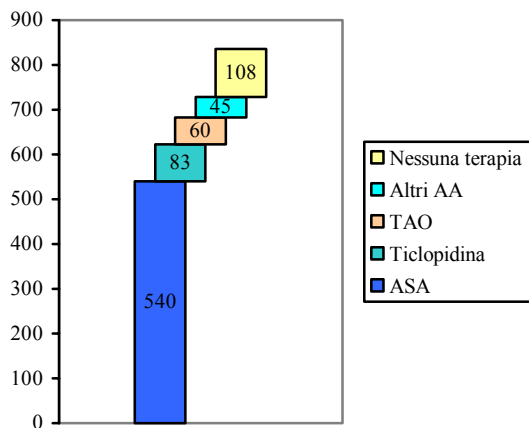
Suddivisione per data di insorgenza dell'infarto



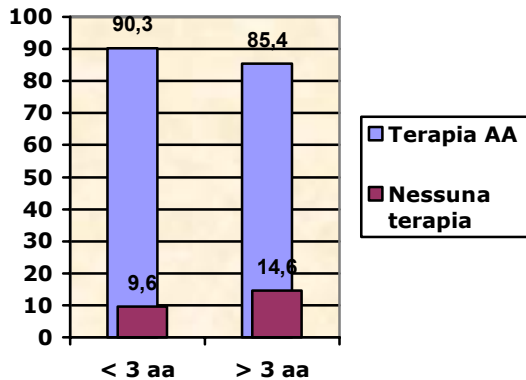
### La Terapia

Lo scopo principale dell'audit è stato quello di verificare se il paziente con pregresso infarto assume una terapia antiaggregante, terapia che si è dimostrata efficace nel prevenire eventi cardiovascolari. Sul totale di 836 pz. infartuati considerati, solo il 12,9% dei pazienti non assume alcuna terapia antiaggregante o anticoagulante. Il rimanente campione assume terapia come specificato in tabella 3. In particolare, i 3/4 dei pazienti in terapia antiaggregante assume aspirina, il farmaco con il miglior rapporto costo/beneficio.

Tabella 3: Farmaci utilizzati



**Grafico 5:** Terapia di tutti i pazienti infartuati



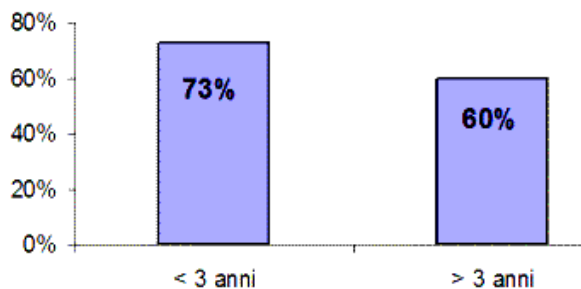
**Grafico 6:** Terapia ed età dell'infarto

Come si può notare dal grafico 6, la percentuale di infartuati che continua ad assumere aspirina o altra terapia antiaggregante piastinica o TAO passati 3 anni dall'insorgenza dall'infarto è molto alta (superiore allo standard prefissato) e non si discosta di molto dalla percentuale di pazienti con infarto più recente.

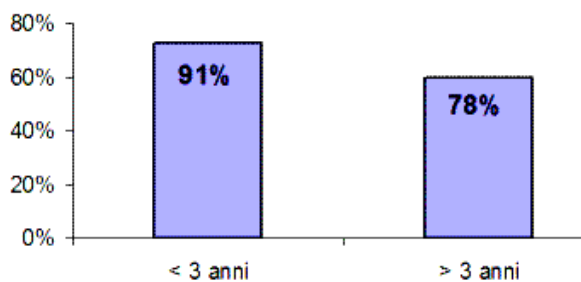
In considerazione della diversa forza delle raccomandazioni delle linee guida riguardo all'assunzione di aspirina in rapporto all'epoca di insorgenza dell'infarto e dei conseguenti diversi standard proposti, si è verificato con una analisi per sottogruppi se e quale percentuale di pazienti con infarto recente non assumesse aspirina a causa di chiara controindicazione all'assunzione del farmaco.

È risultata controindicata l'aspirina in 10 dei 27 pazienti con infarto recente che non assumevano alcuna terapia. Sottraendo quindi questi pazienti dal totale (27 pazienti senza terapia), la percentuale di infartuati recenti che non assume alcune terapia antiaggregante si riduce dal già ottimo 9,6 % al 6%.

Analoga analisi effettuata sui pazienti con infarto > 3 anni rileva come depurando il numero di pazienti senza terapia dai pazienti con controindicazioni all'ASA, la percentuale di pazienti senza terapia antiaggregante si abbassa sotto il 10%. (31 pazienti che non assumono alcuna terapia hanno controindicazioni all'ASA). I grafici 7 e 8 rappresentano graficamente la percentuale di tutti gli infartuati che assume aspirina e la percentuale degli infartuati senza controindicazioni che assume aspirina.



**Grafico 7:** % di infartuati che assumono ASA

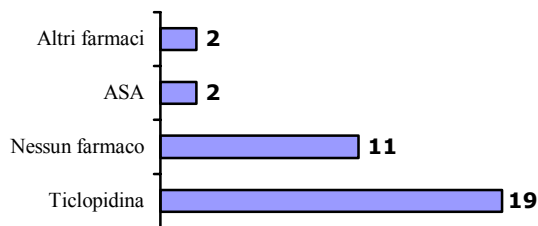


**Grafico 8:** % di infartuati senza controindicazioni che assumono ASA

Analizzando però tutto il campione preso in esame e suddividendolo nei due sottogruppi con controindicazioni assolute e relative all'ASA si evince che la controindicazione all'ASA non è il solo motivo per cui non si è prescritta una terapia antiaggregante ai pazienti infartuati. Ne risulta infatti che nei 34 pazienti con controindicazione assoluta all'ASA solo in 1/3 si è optato per nessuna terapia, mentre in più della metà si è prescritta ticlopidina e addirittura in 2 pazienti si è prescritta ugualmente aspirina. Ancora maggiore l'interventismo terapeutico nei 146 pazienti con controindicazioni relative all'ASA, dove solo il 20% dei pazienti è stato lasciato senza terapia (vedi figure 2 e 3).

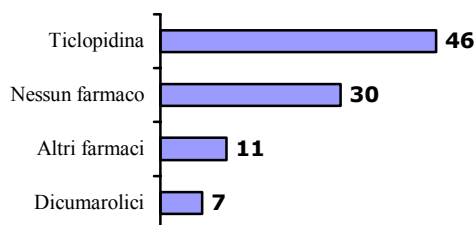
Resta pertanto ancora un piccolo spazio di intervento per migliorare ulteriormente la già notevole performance dei medici partecipanti all'audit.

**Scelta terapeutica in infartuati con controindicazione assoluta all'ASA (34 paz.)**



**Figura 2**

**Scelta terapeutica in infartuati con controindicazione relativa all'ASA (146 paz.)**



**Figura 3**

### Discussione e conclusioni

Con questo audit, che possiamo definire completo secondo la definizione di Derry (6) anche se manca una fase formale di implementazione del cambiamento (stesura di un progetto di modifiche comportamentali tese alla applicazione pratica degli standard adottati), sono stati raggiunti gli standard proposti: 95% di pazienti infartuati da meno di 3 anni e 90% di pazienti infartuati da più di tre anni in terapia con aspirina o con antiaggreganti piastrinici di pari efficacia.

Come già rilevato in sede di presentazione dei risultati esiste ancora un piccolo spazio di miglioramento del risultato per quei pazienti ancora non in terapia con ASA e che non hanno controindicazioni all'uso della molecola. In considerazione dell'alto tasso di aderenti alla terapia con ASA e del piccolo margine di miglioramento possibile non si ritiene pertanto necessario proporre un piano di adeguamento agli standard (già ampiamente raggiunti) né è necessario un re-audit, lasciando ai singoli medici il compito di mantenere nel tempo gli standard raggiunti.

### Bibliografia

1. Moher M. Evidence of effectiveness of interventions for secondary prevention and treatment of coronary heart disease in primary care. NHS Executive Anglia and Oxford, 1995
2. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Cholesterol and coronary heart disease: screening and treatment. Effective Health Care Bulletin 1998; 4(1): 1-16

3. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomised trials of antiplatelet therapy-I: prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ* 1994; 308: 81-106
4. University of Newcastle upon Tyne. Centre for Health Services Research, University of York. Centre for Health Economics. Aspirin for the secondary prophylaxis of vascular disease in primary care. Evidence Based Clinical Practice Guideline. 1998. 1-47.)
5. Giampaoli S., Vanuzzo D, Gruppo di ricerca dell'osservatorio epidemiologico cardiovascolare, laboratorio di epidemiologia e biostatistica, Istituto Superiore di sanità, Roma - *G Ital Cardiol* vol 29, suppl.2, 1999
6. Derry J, Lawrence M, Grew K. Auditing audits: the method of Oxfordshire Medical Audit Advisory Group. *BMJ* 1991;303:1247-1249)

### Medici partecipanti

ARDUINO G., AUGRUSO A., BAGAGLI F., BALESTRAZZI M., BARUCHELLO M., BERTOLUSSO L., BONETTI D., BRIZIO E., BUSSOTTI A., CALISESI R., CAMPANINI A., CAROSINO C., CAVICCHI G., DALLA VIA A., D'AMBROSIO G., DE BARI A., DEL ZOTTI F., FANTINI M., FRANCHINI C. A., GALANTE R., GALASSI S., GARDINI L., GIUNTI G., GLAVIANO B., GRASSI M., MARCHETTI R., MARULLI C. F., MEROLA G., MOSTACCILO F., MURARI T., NARGI E., NOVELLETTA FRANCO B., PAOLINI I., PAPANDREA G., PAPINI G., PARADISI P., PASQUATO P., QUATTROCCHI P., RANZANI L., ROMANI G., RUBICINI G., RUSSO V., SALLADINI G., SALVATORE C., SANI E., SAVINO A., SCHIANCHI P., SIMIONI G., STRAMENGA C., TAJANI R., TARALLO N., TORTI G., TRAVAGLINI R.

\*\*\*\*\*

### DALL'AUDIT ALLA CLINICA: IMPATTO DEI TRIAL SULLA PRATICA DEL MMG

**Dott. N. Renzo Laurora - Membro VRQ e SIMG - Area Cardiovascolare - SIMG Venezia**  
**Dott. Massimo Fusello - Membro SIMG - Area Management - SIMG Venezia**

**INTRODUZIONE:** Le malattie cardiovascolari e il diabete sono in continua crescita, sia come causa di morte che come impatto economico sulla spesa sanitaria dei paesi industrializzati.

E' necessario quindi porre attenzione a tutti quei farmaci che dimostrano la capacità di ridurre complicanze come infarto, ictus o nefropatia diabetica.



**OBIETTIVI:** Ricercare fra i propri assistiti i soggetti considerati "a rischio" secondo i criteri di arruolamento in due trials internazionali come lo studio HOPE e lo studio HPS, verificare se sono stati loro prescritti i farmaci oggetto del trial nel periodo 1997-2000 e confrontare questi dati con il semestre ottobre 2001-marzo 2002 per evidenziare differenze prescrittive.

**DISEGNO:** Self Audit

**MATERIALI E METODI:** Ricerca da parte di due MMG nel data-base del proprio programma di gestione informatizzata dell'ambulatorio di Medicina Generale (Millenet-Datamat), usando Mille Utilità per le selezioni di ricerca sui problemi tabellati, sui farmaci prescritti e sugli esami di laboratorio pertinenti. Sono stati pertanto individuati, secondo i criteri dello studio HOPE, i pazienti arruolabili per età, malattie cardiovascolari o diabete complicato ed è stata verificata la percentuale di soggetti cui erano stati prescritti ACE-I e, più precisamente, Ramipril. Questi dati sono stati successivamente confrontati con gli omologhi degli ultimi sei mesi.

E' stata inoltre verificata la causa di morte dei pazienti a rischio e la loro appartenenza o meno al gruppo dei trattati.

Con la stessa metodologia, sono stati individuati gli arruolabili secondo i criteri dello studio HPS e verificata, allo stesso modo, la prescrizione della Simvastatina e gli eventuali cambiamenti prescrittivi influenzati dai dati via via emergenti.



**RISULTATI:** Sono stati individuati, selezionando il quinquennio 1997-2001, 24 soggetti (12.3%) su un totale di 195 eleggibili per età e patologia, secondo i criteri HOPE, che assumevano Ramipril e 16 (3.6%) secondo i criteri HPS, che assumevano Simvastatina. In nessuno dei due gruppi alla fine selezionato il dosaggio era pari a quello indicato dai trials. Il confronto con l'ultimo semestre ha fatto rilevare dei dati immo-

dicati sia per l'uso di Ramipril che della Simvastatina nel gruppo HPS.

**CONCLUSIONI:** La percentuale dei pazienti trattati con Ramipril e con Simvastatina è ancora bassa rispetto ai numeri che ci si potrebbero attendere dopo le conclusioni dei due studi in questione e il trattamento indiscriminato di tutti i pazienti arruolabili porterebbe ad un dissennato incremento della spesa sanitaria. Si nota comunque nel comportamento prescrittivo di entrambi i Medici un incremento significativo nell'impiego sia di Ramipril che di Simvastatina nei soggetti che più potrebbero trarne giovamento (sottogruppo dei soggetti diabetici con fattori di rischio cardiovascolari).

Dall'incrocio dei dati suddetti, sembra quindi possibile, oltre che utile, estrarre un sottogruppo di pazienti che potrebbe essere non etico non trattare in modo combinato con entrambi i farmaci.



## PROGETTO DI PREVENZIONE IN UNA COMUNITÀ DI 1800 CITTADINI DAL 1994 AL 2001

Eseguito in collaborazione con

- Policlinico San Matteo Divisione di Cardiologia
- Azienda Sanitaria Locale 12 -Pavia
- Università di Pavia - Facoltà di Medicina  
Dipartimento di Medicina Preventiva, I cattedra di  
Chimica Biologica
- Fondazione Salvatore Maugeri - Servizio  
oncologico di prevenzione- Pavia
- Ordine dei Medici di Pavia

Coordinatore del Progetto prof. **Italo Richichi** -  
Responsabile locale dell'attuazione dr. **Pietro  
Quattrocchi, MG**

Corteolona è una cittadina di circa 2000 abitanti, con le caratteristiche della popolazione tipiche della società moderna e contemporanea, con bioritmi ed abitudini simili a quelle di migliaia di comuni dell'Italia settentrionale e centrale. La scelta di questo comune per fare la **Cittadella della Salute** è stata basata sui seguenti criteri:

- Caratteristiche sociali simili a quelli di molti comuni d'Italia
- Compliance dei cittadini molto elevata
- Disponibilità completa degli amministratori locali
- Collaborazione completa coi medici locali

Già in passato i Cittadini di Corteolona avevano dimostrato il massimo interesse alla Prevenzione Cardio-vascolare, con ottima adesione al **Progetto Policentrico Lombardo**.



Questi presupposti e il contributo di sponsor di natura privata, come Fertilvita, Galbani, Credito commerciale, hanno determinato l'interesse ad organizzare un modello cittadino per arrestare ed invertire il trend delle principali malattie della società pavese lombarda ed italiana.

Le **finalità generali del progetto** sono:

- Crescita della cultura sanitaria
- Riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari
- Diminuzione della mortalità cardiovascolare
- Diminuzione della mortalità per neoplasie
- Diminuzione della mortalità generale
- Miglioramento della qualità della vita.

Il protocollo è stato avviato nel 1994 ed è terminato nel 2001.

### **Gli adulti**

Ogni persona **dai 20 ai 65 anni** è stata convocata nell'ambulatorio del Distretto ASL 12 di Corteolona e sottoposta alla seguente indagine:

1) Visita medica con anamnesi familiare, oncologica, patologica

2) ECG

3) Prelievo ematico per:

emocromo, indici lipidici, azotemia, glicemia, VES, transaminasi, GGT, markers dell'epatite, se enzimi alterati, elettroliti serici, fibrinogeno

#### **Dai 20 ai 39 anni**

controlli previsti dopo 5 anni.

#### **Dai 40 ai 65 anni**

controlli ripetuti annualmente.

#### **Dopo i 65 anni**

controlli stabiliti di volta in volta dal medico curante.

#### **Dopo i 40 anni**

eseguito ogni 2 anni l'esame delle feci per la ricerca del sangue occulto e solo per le donne lo striscio vaginale. Tutti i cittadini sono stati prenotati per lettera per eseguire le visite ed i prelievi nei giorni e negli orari stabiliti.

In attesa di elaborare tutti i dati concentrati sul database, sono stati elaborati solo i dati relativi ai cittadini fra i 40 ed i 65 anni che si sono presentati ad almeno 4 dei sei controlli effettuati.

Questi i dati rilevati (parliamo sempre di cittadini che chiameremo "costanti" dell'età fra 40 e 65 anni)

- Il numero dei "costanti" si è mantenuto nei cinque controlli valutati fra 339 e 342
- L'età media va dai 55 anni del 1996 ai 58 anni del 2000
- I diabetici valutati per glicemia superiore a 126 mg/dl sono diminuiti dal 7% al 6%
- I fumatori sono diminuiti dal 24% al 19%
- Il consumo di bevande alcoliche ha visto diminuire i bevitori adeguati ma ha visto aumentare gli astemi per cui in generale è diminuito il consumo di bevande alcoliche
- Invariata è rimasta la percentuale di ipertesi
- È aumentata la percentuale di soggetti con BMI compreso fra 26 e 29, mentre è rimasta invariata percentuale di BMI > a 30, questo dato può essere

dovuto al calo dei fumatori, all'aumento dell'età media soprattutto per le donne.

- Le ipercolesterolemie con colesterolo totale oltre i 250 mg/dl sono diminuite dal 26% al 15%
- Le ipertrigliceridemia per trigliceridi superiore a 160 sono diminuite dal 27% al 18%
- In generale i Dislipidemici sono diminuiti dal 56% al 41%
- Sono stati presi in considerazione tre fattori di rischio principali BMI >30 Ipertensione e Dislipidemia: i soggetti con fattori di rischio sono diminuiti da una percentuale dell'83% ad una del 75%
- La mortalità Generale è diminuita in assoluto da 187 morti nei sette anni precedenti il progetto a 147 morti nei sette anni in cui si è eseguito il progetto.
- In particolare la mortalità per 1000 abitanti è diminuita da 15,3 al 11,6 ed in particolare la mortalità per affezioni cardiovascolari è scesa da 31 a 15 quella per IMA da 12 a 8 per ICTUS da 11 a 8 pressoché invariata quella per TUMORI.

### **Conclusioni**

Si può concludere che la maggior parte delle finalità del progetto sono state rispettate, in particolare la mortalità cardiovascolare è drasticamente diminuita a dimostrazione del fatto che un tale modello di prevenzione effettuato su una popolazione è di facile attuazione e dà risultati notevoli dal punto di vista qualitativo e quantitativo.



## **STATO DI COMPENSO DEL PAZIENTE IN TRATTAMENTO CRONICO CON ANTICOAGULANTI PER OS E CONSAPEVOLEZZA DELLA TERAPIA: E' POSSIBILE MIGLIORARLI CON UN INTERVENTO EDUCATIVO NELLO STUDIO DEL MMG?**

**Autori:** I tirocinanti del Biennio di formazione specifica in Medicina Generale 2000-2002. Classe di Modena. I docenti del seminario "La ricerca in medicina generale" dott. A. Campanini e dott. C. Carosino

### **Background:**

E' convinzione diffusa che il fattore principale di successo di una terapia anticoagulante orale (TAO) cronica sia il grado di collaborazione del paziente. Mancano studi sui fattori che influenzano la regolarità

del trattamento nell'ambito della medicina generale e sull'efficacia di interventi educativi in questa sede.

#### **Obiettivi:**

1. Verificare l'esistenza di una correlazione tra lo stato di compenso dei pazienti e il loro livello di informazione sulla terapia
2. Verificare l'efficacia di un intervento educativo mirato, svolto nel setting della medicina generale, sulla regolarità dei livelli di scoagulazione.

#### **Metodi:**

Gli allievi del corso di formazione specifica in MG intendono svolgere la ricerca durante il periodo di frequenza dello studio dei tutors, con il consenso e la collaborazione di questi ultimi. Lo studio si compone di quattro fasi: 1) arruolamento e questionario conoscitivo, 2) fase retrospettiva, 3) intervento educativo, 4) fase prospettica.

##### *1) arruolamento e questionario conoscitivo:*

Ci si propone di arruolare tutti i pazienti in TAO cronico (da almeno due anni) del medico tutor (calcolando una media di 20-25 pazienti in TAO per un medico massimalista si dovrebbe agevolmente raccogliere una popolazione di 200-250 soggetti) e di sottoporre a tutti un questionario volto a verificare il grado di conoscenza della terapia in atto ed il possesso di informazioni adeguate per affrontare nel modo corretto i più comuni imprevisti durante il trattamento.

##### *2) fase retrospettiva:*

Intendiamo quindi verificare in modo retrospettivo lo stato di compenso di ogni paziente nel corso dell'anno precedente, ricercando nell'anamnesi eventuali episodi emorragici o di recidiva tromboembolica e servendoci dei due parametri utilizzati diffusamente per esprimere la regolarità del trattamento: la percentuale di controlli con valori di attività protrombinica (INR) all'interno del range previsto rispetto al totale ed il numero dei giorni trascorsi con valori di INR all'interno del range (calcolato con apposito algoritmo).

##### *3) intervento educativo:*

Intendiamo proporre poi a tutti i pazienti un programma educativo in due tempi (informazione e successiva verifica dell'apprendimento + rinforzo).

##### *4) fase prospettica:*

Seguirà una fase di osservazione prospettica dello stato di equilibrio dei livelli di scoagulazione nei successivi 4-5 mesi.

Alla fine del periodo di osservazione intendiamo confrontare lo stato di compenso con la situazione nei mesi corrispondenti dell'anno precedente, avendo cura di identificare i possibili fattori confondenti.

#### **Motivo della presentazione del progetto:**

Intendiamo discutere l'utilità della ricerca, la validità del disegno e l'idoneità degli strumenti che abbiamo identificato a raggiungere gli obiettivi prefissati.

\*\*\*\*\*

## **FOCUS DI GRUPPO TRA 8 MMG SULL'USO DI UN LIBRETTO PREVENTIVO**

**Mazzi Marco Pietro, Del Zotti Franco**

**Background:** Sotto l'egida della SIMG (Società Italiana Medicina Generale) e dell'ASL 22 Regione Veneto, abbiamo costruito un laboratorio per la sperimentazione ed il self-audit dell'attività di educazione alla salute. I medici delle sette practices locali, oltre a condividere linee guida di Evidence Based Medicine per esami preventivi anamnestici obiettivi e strumentali, hanno testato un libretto tascabile di educazione alla salute per il paziente denominato "Guida personale alla salute", prodotto nel 1994 dal US Department of Health and Human Services USA, tradotto ed integrato per l'ambiente italiano. La distribuzione è stata finanziata dal Comune di Valeggio sul Mincio Verona. Dopo 2 anni dall'inizio dell'esperienza, abbiamo organizzato un primo focus group (FG) con i medici coinvolti per valutare mediante test di impatto logistico, cognitivo-comportamentale, le resistenze e le strategie dei cambiamenti intersorsi.

**Obiettivi:** 1) valutare problemi e soluzioni pratiche che ogni medico ha adottato nella pratica per implementare l'uso del booklet. 2) identificare sentimenti positivi e negativi generati nei medici dall'uso dello strumento 3) identificare le ripercussioni sul ruolo preventivo del GP.

**Metodo:** Nei due anni precedenti al FG 7 GPs hanno distribuito il booklet individualmente in modo opportunistico ai pazienti over 15 aa. Tutti i medici (n 3 M e 4 F) hanno partecipato ad un focus group (FG) di circa 3 ore ove sono stati forniti stimoli alla discussione e registrati i temi ricorrenti degli interventi sia su lavagna a fogli mobili sia su tape recorder. È stata eseguita analisi a doppia lettura indipendente delle frasi chiave ricorrenti.

#### Risultati e Discussione:

ANALISI COGNITIVA: Sentimenti Frustranti:

- 1 **"... ricevono troppi messaggi dai mass media per essere attenti o incuriositi dal libretto... o d'aver voglia di cambiare"** L'uso della guida non modifica l'atteggiamento di delega e deresponsabilizzazione di molti pazienti. Essi continuano ad identificarlo più come strumento del medico che come mezzo di management della propria salute.
- 2 **"... non eravamo preparati a gestire le implicazioni emotive della relazione MP"**  
**"...mentre lo spiegavo percepivo con frustrazione una sensazione d'inutilità, un po' demotivante..."** Il medico deve essere preparato a gestire lo stress e la frequente frustrazione nel lavoro educativo. Emozioni negative si provano per episodi di disinteresse manifesto del paziente.
- 3 **"... mi sento imbarazzato quando parlo di obiettivi o stili di vita che manifestamente io non seguo..."**

peso... attività fisica... fumo...” si deve valutare il sentimento d’imbarazzo quando lo stesso medico non riesce a modificare i propri stili di vita negativi (2 GP del FG erano fumatori)

ANALISI COGNITIVA: Sentimenti Positivi

- 4 **“... mi presento meglio come medico”**  
Valutazione unanime positiva dello strumento, come presentazione concreta del proprio ruolo, ed organizzazione per la promozione di salute.
- 5 **“... risponde alle aspettative della gente rispetto al proprio medico”** Il fatto che la guida sia validata da istituzioni internazionali sembra conferire maggior prestigio all’azione educativa del medico generale.
- 6 **“... posso personalizzare il messaggio educativo”**  
La personalizzazione è l’elemento che distingue l’educazione salute del medico di famiglia dalla informazione sanitaria.
- 7 **“... trovo più utile usare il booklet per i pazienti Low attender”** un’arma in più, per la relazione con un forte messaggio non verbale “Rispetto il tuo distacco ma da consulente offro un aiuto per auto gestirti o colloquiare con me, se lo ritieni utile, su problemi importanti”.
- 8 **“... ho trovato spontaneo cambiare il mio modello di lavoro sedendomi a fianco del paziente perché vedesse il libretto e cosa scrivevo... Sottolineando il mio ruolo di consulente...”** La guida stimola la modifica di setting e di posizione relazionale verbale e non verbale per sfuggire al modello tradizionale paternalistico, per un contesto di consulenza preventiva organizzata.
- 9 **“... ottengo più soddisfazione con la guida, mettendomi a fianco del paziente favorendo un’interazione immediata tra alleati, quasi alla pari”.**

**Disomogeneità comportamentali tra i medici**

Il livello quantitativo di consegna è accettabile, nonostante che la percentuale di pazienti raggiunti, 42% rimanga sotto il target del 60 % programmato per la fine del 2° anno. (dato quantitativo tratto da un questionario parallelo). Emergono stili diversi d’offerta, presentazione, utilizzo della guida, influenzate anche dalla logistica operativa dell’ambulatorio e dalla motivazione dei GP. Si producono modalità diverse d’illustrazione parziale o totale delle aree del booklet. Alcuni medici privilegiano solo le aree preventive “principali “ Resta assai carente e disomogenea la compilazione delle aree di personalizzazione da parte del medico e del paziente. Emerge il problema della compliance di pazienti che raramente riportano la guida alle visite successive.

**Rilevanze per EGPRW:**

Dal focus group emerge che l’utilizzo del booklet nella pratica è un’opportunità reale che apre tuttavia problematiche importanti sugli strumenti e i metodi dell’educazione alla salute in MG. Essi possono giovare di una discussione nel nostro Forum Europeo.



**NON SOLO CLINICA**  
**Una variabile sotto-valutata:**  
**i problemi sociali in MG: un caso**  
**ed una ministatistica di un MDF**

**Franco Del Zotti - MMG - Verona**

Un giovane paziente asmatico arriva all’inizio di Marzo da me per un peggioramento della tosse e per dispnea e sibili. So che è soggetto a crisi di asma e so anche che è fumatore.

**Paz:** Sì, doc non dovrei fumare, ma forse queste crisi dipendono anche dal motorino... Vado al lavoro in motorino, anche con il freddo

**Med:** Non hai soldi per comprarti un’auto?

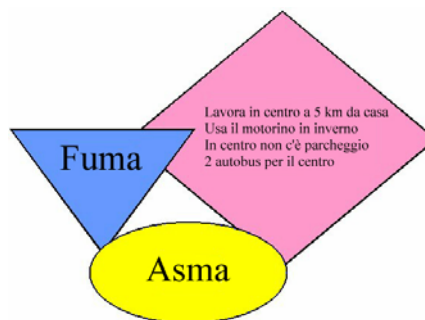
**Paz:** Doc. ho l’auto, ma non posso usarla, perché lavoro in centro e in centro non vi sono parcheggi

**Med:** Allora, perché non usi l’autobus?

**Paz:** Dovrei cambiare 2 autobus ed impiegherei il doppio del tempo

A questo punto mi arrendo e tra me e me mi chiedo: da cosa dipende il peggioramento dell’asma? Dalla sua abitudine al fumo o dalle circostanze sociali che lo spingono ad usare il motorino anche di inverno? Dal colloquio, sembra chiaro che il paziente rivendichi almeno il diritto a mantenere una causa di malattia di sua scelta (... il fumo), rispetto alle cause sociali, imposte dall’esterno... Assistiamo qui ad un ragionamento logico, ma improduttivo, che comunque è assolutamente difficile modificare con il solo paternalismo.

Nella figura sottostante potete provare ad individuare il gioco dei diversi livelli causali di malattia, con soluzioni grafiche che ben si addicono al modello bio-psico-sociale



Dimensioni ed intersezioni di variabili bio-psico-sociali:  
triangolo = variabile relazionale-comportamentale,  
ellisse = variabile clinica,  
rombo (doppio triangolo) = variabile sociale

Dalla stessa superficie delle varie figure potete intuire quanto importante sia la discussione con il paziente dell'analisi delle determinanti sociali e di eventuali tattiche per individuare micro-soluzioni o le "alleanze" o "referenze" giuste in ambito sociale. Al di là della possibilità di incidere realmente su questi processi, la partecipazione "simpatetica" del MDF (GP) può essere una pre-condizione alla successiva impostazione dell'approccio motivazionale sul problema comportamentale (fumo). State pian piano scoprendo che questo racconto di singolo caso vuole introdurre aspetti più generali della metodologia di lavoro del MDF, che non può, non deve limitarsi alla comprensione dei soli dati clinici. Ed in effetti la dimensione quantitativa delle variabili extra-cliniche nel nostro lavoro è spesso scotomizzata dai MDF. Una mini-statistica sottostante può meglio inquadrare il problema.

In un periodo di un mese (Aprile 2002) ho registrato tutte le visite ambulatoriali in cui emergeva

- un **Dilemma Diagnostico clinico** che mi costringeva a consultare, nel mio PC, almeno una delle seguenti fonti: **1)** il Software del Manuale Griffith-5 Minute Consultation; **2)** il software del sistema esperto DiagnosisPro; **3)** il software del sistema esperto per malattie infettive Gideon; **4)** Netter - Atlas of clinical Anatomy; **5)** telefonata ad esperto
- un **Dilemma sociale**, in cui la componente sociale non fosse presentata dal paziente e rappresentasse una parte fondamentale della "patogenesi" o "eziologia" del caso

Le due tabelle sottostante indicano brevemente le caratteristiche dei vari casi

#### Casi con Dilemma Diagnostico

PROBLEMA	Domanda/e	Fonti Consultate
Ginecomastia in maschio 68aa Che assume farmaci	Quali Farmaci come causa? Quali test di Laboratorio?	1; 2
Sciatica o meralgia parestesica?	Il dolore segue dermatomeri o aree di particolari nervi?	4
Intolleranza ai glucidi; ho 3 valori > 115	Devo proprio eseguire curva?	1; 2; 5
Calcio e Paratormone elevati	Esegue mini-dosi di cortisone per PMR: Iperparatiroidismo primario o secondario?	1; 2
Macule ascellari rosse	Psoriasi? Funghi? Lichen? Quale delle malattie si presenta alle ascelle?	1; 2
Riferita PUNTURA di zecca 3 giorni e zona eritematose	Era una zecca? Che esami chiedere?	1; 5
Fibrosi Polmonare; la paziente esige esami "speciali"	Utile TAC per Diagnosi Precoce complicanze?	1; 2; 5
Febbricola da 1 mese nnd	Tutti gli esami di routine sono negativi: altri esami? Ricovero?	1; 2; 3; 5

#### Casi con Dilemma sociale (M ed F: sigle dei sessi).

PROBLEMA	Causalità Sociale
Herpes Zoster (F - 45 aa - sana)	Recente introduzione di un nuovo software non privo di problemi e nuovo modo di lavorare
Dolore Pelvico e coscia (M - 22 aa)	Sportivo; non può interrompere - ha una gara importante
Colite e Gastralgia (F - 27 aa)	Extra-comunitaria: lavora come assistente ad anziana 24 ore per 6 giorni alla settimana a 40 km dalla sua prima casa
Congiuntivite allergica alla polvere (F - 53 aa)	Moquette sul luogo di lavoro
Insomnia (F - 43 aa)	Il vicino usa condizionatore rumoroso
Emicrania (F - 38 aa)	Conflitto con una nuova collega
Insomnia (F - 44 aa)	Poco tempo; lavora in ditta col marito
Dipendenza da "videogiochi": perdite economiche (M - 62 aa - pensionato)	Avrebbe un'alternativa: giocare a carte, ma l'unico bar vicino ha pochi tavoli liberi
Astenia da tempo (F - 38 aa)	Per motivi sociali condivide una casa ad "edilizia popolare" con un alcolizzato "deprimente"
Dolori muscolari (ma non nel week-end) (M - 41 aa)	Stress da super-lavoro
Onicomicosi Alluce (M - 32 aa)	Usa scarpe anti-infortunistiche
Epi-condilite in operaio (M - 42 aa)	Aumento recente di lavoro pesante (riparazione strade)
Insomnia (F - 50 aa)	Lavora dalle 5 alle 20 in un negozio con il marito; sino alle 23 lavori domestici
Insomnia (F - 66 aa)	Casa piccola - se si alza di notte disturba - resta a letto agitata
Sudori Notturni (F - 30 aa)	Lavora molto in un ristorante con meno personale del solito
Orticaria mai presente prima (F - 38 aa)	Una collega è malata e ora lavora molto di più

**Conclusioni.** Se tiriamo le somme dei casi, abbiamo in tutto 25 casi, di cui 9 con Dilemma Diagnostico e 16 con Dilemma Sociale. Dato il campione limitato non si può parlare di differenza significative, ma certo il dato suggerisce l'utilità di ulteriori studi più vasti e la necessità di un maggior aggiornamento su di un settore negletto: i problemi sociali come cause o concause di malattia. Non pochi a questo punto potrebbero obiettare: "Ma in fondo, cosa può fare un singolo MDF quando ha "diagnosticato" un problema sociale? Ben poco..." A costoro risponderei che anche nel caso di numerose diagnosi cliniche il MDF "non può far molto". Risponderei infine che spesso sottovalutiamo sia il nostro ruolo micro-sociale (certificazioni; esenzioni; rete di conoscenze sociali del MDF; il MDF come problem-solver; i MMG come cittadini-modello, ecc) sia la non trascurabile "cura e comprensione umana" ai problemi personali dei nostri pazienti-cittadini, implicita nella ricognizione delle dinamiche sociali del singolo caso.

#### Bibliografia

- Del Zotti F - Metodi di Medicina Generale - Levante editori - Bari 1993 (vedi il capitolo sul metodo biopsico-sociale)
- Il sito <http://www.amegec.it> (vedi riferimenti, testi e diapositive sul rapporto MMG - Assistenti Sociali e sul tema Mobbing)