

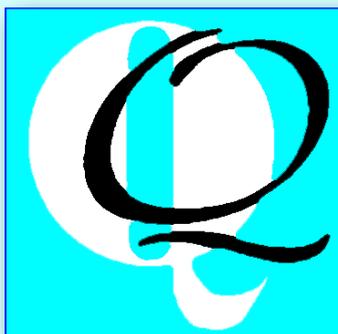
Year XIV - n 2 - agosto 2009

Periodico Trimestrale di Ricerca e  
VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996  
da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie)  
e SIMG sezione di Verona.

Comitato editoriale:  
M.Grassi, P.Quattrocchi,  
P.Schianchi, A.Vaona

Collaboratori:  
A.Battaglia, A.DallaVia,  
S.Girotto, G.Gottardi,  
M.Valente, G.Visentin

Sito Web: <http://www.rivistaqq.it>  
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>



## La Qualità e le Qualità In Medicina Generale

Iscrizione Tribunale di Verona  
n. 1187 del 12/12/95

Proprietario ed Editore: Assoc. "Qualità Medica"

Direttore Responsabile: Roberto Mora

Direttore Editoriale: Enzo Brizio

Direttore Scientifico: Francesco Del Zotti  
[francesco.delzotti@tin.it](mailto:francesco.delzotti@tin.it)

Editorialista: Mario Baruchello  
[mario.baruchello@tin.it](mailto:mario.baruchello@tin.it)

Collaboratori Internazionali:  
Julian Tudor Hart, Paul Wallace

Direzione: Via dell'Artigliere, 16 - Legnago (VR)

Redazione: c/o Ordine dei Medici di Vicenza,  
Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza

### EDITORIALE INFORMAZIONI E CONOSCENZA IN TEMPI DI CAMBIAMENTO

Mario Baruchello

**"In tempi di cambiamento, chi continua ad imparare erediterà la terra: chi ha smesso di farlo sarà preparato per agire in un mondo che non esiste più"** - Eric Hoffer (July 25, 1902 - May 21, 1983) American social writer and philosopher.

**"We are drowning in information but starved of knowledge"** - John Naisbitt (born on January 15, 1929, in Salt Lake City, Utah) American author and public speaker.

Sempre più spesso incontriamo colleghi medici di medicina generale che esprimono apertamente il loro disinteresse e una sorta di sofferita abitudine per il lavoro che svolgono. Non si può dire che lavorino male, non si sottraggono infatti ai loro doveri e hanno anche imparato a non lamentarsi della fatica. Semplicemente non fanno nulla di più e di diverso da quanto è loro richiesto, senza entusiasmo, senza dedizione, senz'anima. Dicono che il lavoro è routinario. Ascoltandoli, si ha la convinzione che questo stato di cose vada loro tutto sommato piuttosto bene. Nessuno controllerà mai il loro custodito orticello: mai uno scatto, un'iniziativa, una frequentazione a circoli medici o iniziative di cambiamento professionale. Non cercano niente di diverso perché non desiderano realmente niente. Il lavoro è la modalità, sgradevole ma inevitabile, con cui si procurano da vivere; la loro realizzazione sembra essere altrove, perché altrove abitano le loro esperienze interessanti. Fuori dal lavoro, il loro ritmo di vita può a volte essere molto intenso per attività sportive, divertimenti, hobby... sembrano personaggi della Fortezza Bastiani (il tenente Drogo e il maggiore Tronk, così ben descritti da Dino Buzzati nel "Deserto dei Tartari"), rassegnati; non attendono ordini da lontano per non dover cambiare una vita tutto sommato tranquilla.

Ma conosco e frequento anche altri amici medici di medicina generale. In questi c'è una energia continua che si traduce in un attivismo a tutto campo. Leggono, scrivono, fondano associazioni, vivono nella comunità, viaggiano per interesse professionale, coltivano rapporti epistolari non certo in stile sms o twitter.

Il successo anche economico non è mai il centro dei loro interessi.

*No grazie pago io!* sembra essere un comune denominatore di una responsabilità profonda. In loro quella che favorisce il nascere di intuizioni veramente geniali è un'insoddisfazione diversa, è una sana inquietudine che scaturisce dall'amore per il proprio lavoro e lo fa vivere come una vocazione.

Diceva Primo Levi: *"Amare il proprio lavoro è la miglior approssimazione al paradiso possibile su questa terra"*

Chi riesce a vivere la propria professione come una **vocazione**, la ama, non sente fatica, ogni giorno vuol scoprire che si può imparare dalla vita e donare qualcosa agli altri.

1	<b>Editoriale: Informazioni e conoscenza in tempi di cambiamento</b>
3	<b>INFORMA-TOS (SURVEY): questionario sull'informazione in merito alla TOS fornita alle donne in menopausa dai MMG</b>
6	<b>Teutonica obbedienza</b>
7	<b>Short-statine: audit nei pazienti infartuati e nei diabetici di età uguale o superiore a 40 anni in 28 MMG della lista Netaudit</b>
9	<b>Dall'informatica rocciosa all'informatica acquee: appunti per l'evoluzione delle cartelle computerizzate in medicina</b>

*"Il termine 'vocazione' indica la condizione vitale di ciascuno, che suppone relazione a qualcun altro. In lingua tedesca, il termine per dire professione è 'beruf', che porta dentro di sé il verbo 'rufen', che vuol dire 'chiamare'. Lo stesso termine indica 'vocazione' e*

*'professione', che equivale a dire che ciò che facciamo non è un caso, così come non è casuale la funzione che svolgiamo nella società, ma risposta a un appello*" - Atti del convegno "Etica e senso dell'operare nel mondo degli affari: responsabilità e azione tra limite e speranza", relazione di Giacomo Canobbio.

Ma c'è dell'altro. Osserva infatti James Hillman (*Il codice dell'anima*, Adelphi, Milano):

*"I personaggi eminenti la cui vita mostra gli esempi più notevoli di vocazione sono caratterizzati, secondo lo studio sulla creatività condotto da Albert Rothemberg, professore di psichiatria ad Harvard, da un fattore sopra tutti gli altri. Dopo aver esaminato e scartato l'intelligenza, il temperamento, il tipo di personalità, il grado di introversione, l'ereditarietà, l'ambiente infantile, l'ispirazione, l'ossessione, il disturbo mentale (tutti tratti che possono essere presenti o meno, dare il loro contributo, essere magari dominanti), l'unico elemento veramente generale, presente in tutti, è la motivazione"*.

Credo si possa dire, senza la pretesa di una definizione esaustiva, che è la motivazione è la capacità di stare dentro ciò che si fa, vivendo intensamente e con gioia ogni momento, ed *esserci* con tutto se stesso. È intima convinzione circa la necessità, il valore e la bontà di un'azione; è concentrazione e slancio; è gioia di fare; è certezza contagiosa di riuscire e resistenza alla frustrazione di fronte all'insuccesso; è saper apprendere dagli errori e vivere i problemi come opportunità; è serenità nello sguardo e nel linguaggio, comunicazione serena e coraggiosa, ascolto profondo; è rapida percezione delle emozioni proprie e degli altri; è apertura al nuovo come orizzonte che si dischiude all'avventura.

Cambiare i comportamenti degli altri è difficile, in un'era che sembra vederci tutti in contatto mentre siamo invece pianeti lontani; ma attraverso i propri comportamenti responsabili ed etici ciascuno può confidare che anche gli altri decidano di cambiare i loro. Penso al lavoro paziente e oscuro che alcune persone compiono per influenzare positivamente i comportamenti dei loro colleghi. Penso alla loro capacità di valutare gli effetti di quel che fanno e di quel che dicono. Penso alla loro determinazione e a come sanno resistere allo scoraggiamento quando sono costrette a constatare che la loro influenza non è significativa come vorrebbero o le necessità del momento richiedono. Penso alla loro resistenza alla frustrazione, alla capacità di sopportare le critiche di chi è disturbato dalla loro disciplina, coscienziosità e tenacia. Penso a loro come a dei leader responsabili, che si fanno carico di un onere non sancito da un organigramma, eppure straordinariamente prezioso.

Leggiamo allora con grande interesse quanto vi abbiamo preparato in questo numero di QQ.

Franco Del Zotti ha distillato uno dei capitoli migliori della sua sapienza. Verrebbe da citare l'anonimo: *"L'esperienza è il tipo di insegnante più difficile. Prima ti fa l'esame, e poi ti spiega la lezione"*.

La sua riflessione ci fa ancora una volta capire che la attuale configurazione dei software nella medicina generale sta facendoci perdere nella atomizzazione dei dati verso una deriva specialistica che rischia di travolgere la visione olistica della medicina di famiglia. La sua creatività allora fornisce una serie di spunti che potrebbero radicalmente cambiare la attività quotidiana solo che la organizzazione del sistema ce ne desse la possibilità.

Di fronte invece pare di avere il Moloch della ASL e le sue procedure infernali.

*"L'ufficio numero uno scriveva, l'ufficio numero due rispondeva; quando l'ufficio numero due aveva risposto, bisognava darne comunicazione all'ufficio numero uno, e la cosa migliore era promuovere un abboccamento diretto; quando l'ufficio numero uno e l'ufficio numero due erano arrivati a un accordo, si constataba che non si poteva dar corso a nulla; così c'era continuamente qualcosa da fare"*. Robert Musil: *L'uomo senza qualità*.

Altri due contributi ci introducono alla disseminazione di corretti comportamenti codificati da linee guida che dovrebbero essere patrimoni comune.

Ernesto Mola è riuscito a raccogliere i comportamenti di 304 Medici di Medicina Generale a proposito di TOS e, anche se in percentuale elevata (> 75 %), questo campione riesce a consigliare la donna in menopausa: emergono ancora i rischi potenziali legati alla lunga durata di questi trattamenti, assieme alla necessità di perseverare con attività di *Continuing Medical Education*.

La lista NetAudit invece riprova dopo 5 anni a vedere come e a chi prescriviamo le statine in una popolazione di oltre 30.000 italiani. Dovrebbe essere chiaro che in termini di rischio cardiovascolare la diagnosi di diabete corrisponde ad avere un infarto, ma questi pazienti non ricevono ancora l'attenzione che importanti studi (HOPE) ci forniscono.

Infine Roberto Mora con il suo interessante case report eleva il monito a non distribuire genericamente i consigli ai pazienti, ma adattarli al singolo paziente, soprattutto se anziano.



**INFORMA-TOS (SURVEY):  
QUESTIONARIO  
SULL'INFORMAZIONE IN MERITO  
ALLA TOS FORNITA ALLE DONNE IN  
MENOPAUSA DAI MMG**

**Ernesto Mola e Giovanni Greco**, MMG, Associazione Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC)

## INTRODUZIONE

In seguito alla pubblicazione dello studio WHI<sup>(1)</sup> nel 2002, è emerso il rapporto negativo tra beneficio e rischio quando si somministra per lunghi periodi una terapia ormonale sostitutiva con estrogeni o estrogeni più progestinici. Lo studio WHI è stato precocemente interrotto dopo 5.2 anni per l'aumento di incidenza di tumore al seno, di stroke, tromboembolia polmonare, cancro endometriale e morte improvvisa nel campione di donne selezionato rispetto al controllo trattato con placebo (16.608 donne con età compresa tra 50-79 anni senza nessun tipo di alterazione uterina). Vi è stata anche una riduzione delle fratture d'anca e di tumori al colon ma nel complesso la terapia ormonale sostitutiva presentava più rischi che benefici.

Nel 2003, per ottimizzare il flusso di informazioni circolanti sulla corretta applicazione della TOS, il Comitato per le specialità medicinali (CPMP) dell'EMA ha divulgato alcune raccomandazioni<sup>(2)</sup>:

- il rapporto rischio/beneficio della TOS per il trattamento della sintomatologia menopausale che influenza sfavorevolmente la qualità della vita è positivo; deve essere utilizzata la dose minima efficace per il più breve tempo;

- per la prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture nelle donne con fattori di rischio o osteoporosi conclamata il rapporto rischio/beneficio della TOS come trattamento di prima scelta non è favorevole;

- il rapporto rischio/beneficio della TOS nelle donne in buona salute senza sintomi climaterici è generalmente sfavorevole.

Ciononostante l'informazione intorno al rapporto rischio/beneficio della TOS nelle donne in menopausa è fortemente contraddittoria, anche in ambito medico. La *Genève Foundation on Medical Education and Research* enumera un alto numero di linee-guida nei diversi Paesi in merito alla TOS: solo nella Gran Bretagna segnala 9 linee-guida tra il 2003 e il 2007 e negli Stati Uniti ne troviamo ben 23 tra il 2004 e il 2007<sup>(3)</sup>. Una ricerca bibliografica su Pubmed ha riportato 173 review con le parole "*Hormone Replacement Therapy Guideline*". Spesso inoltre le linee-guida riguardano aspetti o effetti limitati della TOS (osteoporosi, sintomi climaterici, cancro della mammella) favorendo la contraddittorietà delle informazioni.

Anche in Italia c'è una varietà di posizioni e raccomandazioni formulate da molte istituzioni e associazioni scientifiche, spesso non in accordo o addirittura conflittuali con la letteratura scientifica più autorevole. Associazioni e gruppi di cittadini inoltre pubblicano materiale divulgativo sulla TOS, le cui

indicazioni sono spesso in contrasto con le conoscenze disponibili.

Alla fine del 2002 un gruppo numeroso di Società Scientifiche Italiane della Medicina Generale pubblicò una *Position Paper* (PP) in merito alla TOS in menopausa, partendo dalle conclusioni del WHI<sup>(4)</sup>. Altre società scientifiche della cardiologia e della epidemiologia condivisero e sottoscrissero il documento, che fu pubblicato su riviste mediche e diffusa attraverso le associazioni presso i medici italiani, con lo scopo di informare sui risultati dello studio WHI e raccomandare un atteggiamento prescrittivo in linea con le acquisizioni scientifiche<sup>(5)</sup>.

Nel maggio 2008, allo scopo di definire un orientamento condiviso, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, l'Agenzia per il giornalismo scientifico Zadig, e l'Istituto Superiore di Sanità hanno promosso una consensus conference sull'informazione in merito alla TOS, coinvolgendo istituzioni sanitarie, società scientifiche e di consumatori e producendo un documento conclusivo dopo una procedura rigorosa<sup>(6)</sup>.

In Italia la TOS è rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale su prescrizione sul ricettario SSN da parte del Medico di Famiglia.

## SCOPO DELLO STUDIO

Le donne in menopausa generalmente si rivolgono al proprio medico di famiglia per comunicare semplicemente la cessazione delle mestruazioni o per consultarlo su quanto hanno appreso dai mass media oppure per chiedere consiglio su come trattare gli eventuali sintomi o anche soltanto per ottenere la prescrizione gratuita del farmaco; così la qualità delle informazioni data dai medici di famiglia alle pazienti appare molto importante nell'effettiva utilizzazione della TOS.

Per questo motivo la Associazione Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC) ha promosso una survey per valutare le conoscenze e i comportamenti dei medici di famiglia in merito alla TOS.

## OBIETTIVI

Primario: valutare la qualità dell'informazione che il MMG fornisce alle sue pazienti in merito alla TOS.

Secondari: 1) verificare se la *position paper* delle società scientifiche italiane della medicina generale del 2002 abbia influito sui comportamenti prescrittivi e sull'informazione data alle pazienti

2) verificare se i principali studi internazionali principali in merito alla TOS - WHI e WISDOM<sup>(7)</sup> - sono conosciuti dai medici di famiglia.

## FASI DELLO STUDIO

### Fase Preparatoria

Dopo aver individuato le principali aree conoscitive, è stata strutturata una scheda di raccolta dati organizzata su 4 livelli di variabili:

- Variabili personali (iniziali medico, sesso, residenza, modalità di organizzazione del lavoro, numero assistiti, iscrizione a società scientifica, animatore di

formazione, tutor di medicina generale, specialità in ginecologia)

- Variabili attitudinali (qualità delle conoscenze della letteratura)
- Variabili conoscitive (conoscenze degli studi internazionali e della posizione delle società scientifiche italiane in merito alla TOS)
- Variabili comportamentali (approccio alle pazienti, comportamenti prescrittivi)
- La scheda di raccolta dati è stata completata da 2 domande circa la numerosità delle pazienti in terapia con TOS e la durata della stessa.

### Fase operativa

Nei mesi di febbraio e marzo 2008 sono stati distribuiti - in maniera opportunistica - i questionari attraverso i canali informativi di ASSIMEFAC (sito internet, sezioni locali) ed in occasione di eventi formativi (esclusi quelli che riguardavano la TOS o la menopausa) in diverse aree geografiche, anche da parte di un'altra associazione (AIMEF). Nel mese di Aprile si è provveduto all'elaborazione dei dati. In maggio la survey è stata presentata a Torino alla Consensus Conference sulla TOS.

## RISULTATI

### Variabili personali

Hanno compilato i questionari anonimi 304 medici di medicina generale, con età media 52 anni, il 76.6 % maschi e il 23.4% femmine. Sono stati raccolti da tutto il territorio nazionale ma in prevalenza dalle regioni del Sud Italia (72.5%). Il 72.3% dei medici ha più di 1000 assistiti, il 17.8 % tra 500 e 1000 e il 9.9% meno di 500 assistiti.

Il 50.0% dei medici è iscritto ad una società scientifica, il 27.3% è animatore di formazione e il 35.5% tutor di medicina generale, mentre il 37.8% non ha particolari interessi nel campo della formazione o di tipo scientifico. Infine il 5.4% dei medici ha la specializzazione in ginecologia.

### Variabili attitudinali

La domanda principale in merito alla qualità dell'informazione posseduta dal medico si riferiva alle opinioni dei medici in merito alle indicazioni della TOS. Il medico poteva scegliere una o più di 4 risposte possibili.

Gli intervistati pensano che sia utile prescrivere la TOS

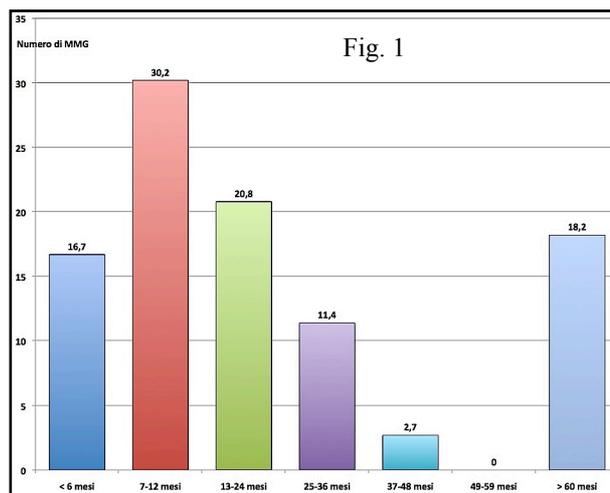
1. nel trattamento della sintomatologia menopausale (149: 49%)
2. nella prevenzione dell'osteoporosi postmenopausale (99: 32.6%)
3. nella menopausa precoce, naturale o chirurgica (179: 58.8%)
4. per la prevenzione delle malattie cardiovascolari (40: 13.1%)

Il 2.6% (8) dei questionari non riportava nessuna delle 4 indicazioni.

In realtà la prima e la terza indicazione, per le quali c'è pieno accordo nelle letteratura internazionale, hanno ottenuto i maggiori consensi, mentre solo 1/3 dei MMG dichiara di condividere l'indicazione per la prevenzione dell'osteoporosi e 1/7 crede nell'indicazione della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Un'inchiesta simile condotta tra i ginecologi di alcune regioni del Nord Italia<sup>(8)</sup> ha mostrato una più alta propensione al trattamento. In quella survey infatti il 91% degli intervistati afferma che la TOS è indicata per la prevenzione dell'osteoporosi o delle fratture ed il 38% per la prevenzione delle malattie cardio-vascolari.

Invece più lunga rispetto alla letteratura risulta, nel nostro campione di MMG, l'indicazione di durata della TOS. Se prendiamo ad esempio il dato riguardante il trattamento dei sintomi menopausali il 46,9% del campione prevede una durata inferiore o uguale a 12 mesi, ma il 18,2% fornisce l'indicazione addirittura di una durata superiore a 60 mesi (figura 1).

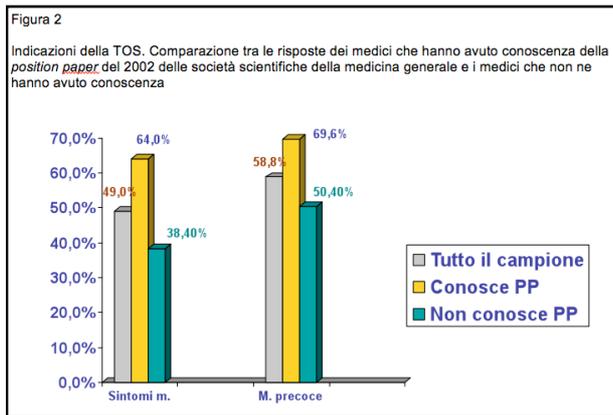


### Variabili conoscitive

2 item si riferivano alla conoscenza dei medici dei principali studi internazionali in merito alla TOS. Il 42% del campione ha conoscenza dello studio WHI e il 29% del più recente studio WISDOM.

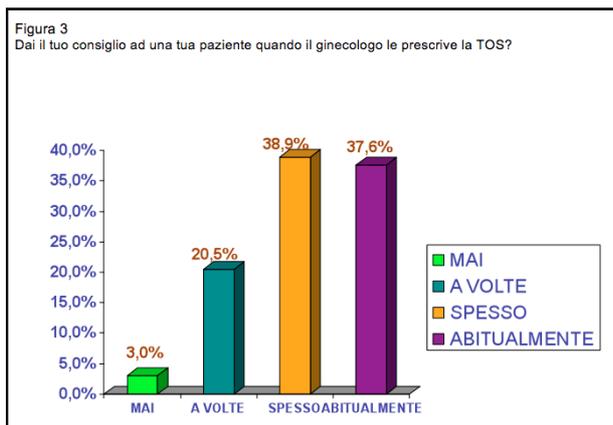
Una domanda era orientata ad indagare l'influenza che la *position paper* delle Società Scientifiche del 2002 ha avuto sui comportamenti dei medici di famiglia. Il 42% del campione dichiara di averla conosciuta e di questi l'84% dei medici ritiene di esserne stati influenzati nella pratica quotidiana.

In realtà se parliamo del dato riguardante le indicazioni della TOS dei medici che dichiarano di conoscere la PP con quelle dei medici che non la conoscono, vediamo che la percentuale dei medici che scelgono le indicazioni in linea con la letteratura internazionale è più alta per i medici che hanno conosciuto la PP: 64% di questi dichiara che la TOS è utilmente prescritta per il trattamento dei disturbi menopausali contro il 38% dei medici che ignora la PP; per il trattamento della menopausa precoce il 69.6% dei medici che hanno conosciuto la PP suggerisce la prescrizione contro il 50.5% dei medici che la ignorano (figura 2).



### Variabili comportamentali

I medici del campione che prescrivono direttamente la TOS alle pazienti, indipendentemente dalla consulenza ginecologica, sono il 37%, mentre il 76.5% dei medici dichiara che spesso o abitualmente dà il suo consiglio alla paziente quando il ginecologo le prescrive la TOS, intervenendo quindi attivamente nella scelta di avviare il trattamento (figura 3).

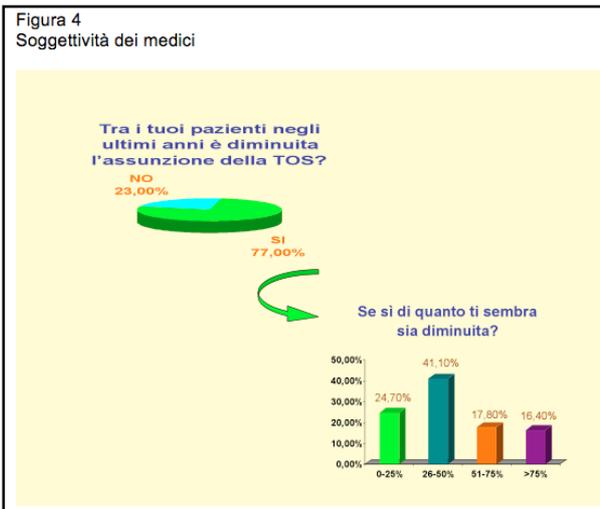


Il 55.4% del campione poi dichiara di condividere la prescrizione della TOS alle sue pazienti da parte del ginecologo "spesso" o "abitualmente", mentre il 38.3 % è d'accordo soltanto "a volte" ed il 6.3% non è mai d'accordo con la prescrizione della TOS.

Abbiamo comparato, in merito alle variabili comportamentali, le risposte dei medici di sesso femminile con quelle dei medici di sesso maschile. Non emergono sostanziali differenze, la più grande riguarda la domanda "Dai il tuo consiglio ad una tua paziente quando il ginecologo le prescrive la TOS?". Rispondono "spesso" o "abitualmente" l'81.5% delle femmine contro il 75.1% dei maschi.

### Percezioni soggettive dei medici

Il 77% dei medici del campione ritiene che negli ultimi anni tra le proprie pazienti l'assunzione della TOS sia diminuita e di questi la maggioranza indica tra il 25 ed il 50% l'entità della riduzione, in linea con i dati di vendita<sup>(9)</sup> (figura 4).



Infine alla domanda "Quante tue pazienti approssimativamente assumono in questo momento la TOS?" i 304 medici intervistati hanno indicato complessivamente 3.227 donne in trattamento, con una media di 12.1 pazienti per medico, il che risulta in linea con analogo studio condotto dalla lista Netaudit<sup>(10)</sup>; e infine una durata media del trattamento di 22.1 mesi.

### CONCLUSIONI

Pur nelle limitatezze del questionario (non randomizzato), la numerosità delle risposte fa intravedere alcune linee di tendenza:

- Le conoscenze dei MMG intervistati riguardo alle indicazioni della TOS in menopausa appaiono in generale adeguate.
- La durata del trattamento indicata dagli intervistati è tendenzialmente troppo alta, non in linea con le raccomandazioni della letteratura.
- La conoscenza della *position paper* delle società scientifiche del 2002 è stata ampiamente conosciuta dai medici di famiglia intervistati ed ha influenzato i loro comportamenti.
- I medici di famiglia in grande maggioranza danno il loro consiglio alla donna in menopausa in merito alla TOS (76.5%).
- Migliorare la formazione dei medici di famiglia in merito alla TOS può portare ad un innalzamento della qualità dell'informazione resa alle pazienti in menopausa.
- Non si evidenziano sostanziali differenze nei comportamenti tra MMG maschi e femmine.

*Lo studio è stato finanziato dalla Associazione Scientifica Interdisciplinare e di Medicina di Famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC). Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti d'interesse.*

### BIBLIOGRAFIA

- 1 - Writing Group for the WHI Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288:321-33.
- 2 - EMEA, Post-authorization Evaluation of Medicines for Human Use, Public Statement on Recent Publications Regarding Hormone Replacement Therapy, London, EMEA/

33065/03 <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pus/3306503en.pdf>

3 - Geneva Foundation for Medical Education and Research, Obstetrics, gynecology and reproductive medicine guidelines, Menopause, hormone replacement therapy, [http://www.gfmer.ch/Guidelines/Menopause\\_osteoporosis/Menopause\\_hormone\\_replacement\\_therapy.htm](http://www.gfmer.ch/Guidelines/Menopause_osteoporosis/Menopause_hormone_replacement_therapy.htm)

4 - Position Paper, A proposito di terapia ormonale sostitutiva in menopausa, CSERMEG and other Associations, [http://zamperini.tripod.com/terapia\\_ormonale\\_sostitutiva\\_menopausa.htm](http://zamperini.tripod.com/terapia_ormonale_sostitutiva_menopausa.htm)

5 - Editoriale, Società della medicina generale. Una voce di chiarezza su ormoni in menopausa, *Occhio Clinico* 2002; 9:

6 - Conferenza di Consenso, Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?, Documento definitivo di Consenso, 2008, <http://www.partecipasalute.it/cms/files/Documento-definitivo-consenso.pdf>

7 - Vickers MR, Martin J, Meade TW; WISDOM study team. The Women's international study of long-duration oestrogen after menopause (WISDOM): a randomised controlled trial; *BMC Womens Health*. 2007 Feb; 26;7:2.

8 - Giorgino F.L., Galletto L., Conoscenza, attitudine e comportamenti prescrittivi sulla Terapia Ormonale Sostitutiva, 2007; [http://www.partecipasalute.it/cms/files/07\\_Giorgino.pdf](http://www.partecipasalute.it/cms/files/07_Giorgino.pdf)

9 - Zola P. Quale informazione per la donna in menopausa, Gruppo di lavoro clinico Conferenza di Consenso, Torino, 2008; [http://www.partecipasalute.it/cms/files/05\\_Zola.pdf](http://www.partecipasalute.it/cms/files/05_Zola.pdf)

10 - Diminuzione delle donne in Terapia ormonale Sostitutiva: analisi di due periodi di 7 mesi in 43 MMG della lista Netaudit: *QQ* - vol. 8 n 2 - Novembre 2003



Tallinn: The Oldest Pharmacy in Europe - by Enzo Brizio

## TEUTONICA OBEDIENZA

**Roberto Mora** - MMG Legnago (VR)

Il soggetto è un operaio di 65 anni, in pensione, di lingua tedesca. Convive con una italiana che lavorava in Germania, anche lei in pensione. Hanno deciso di venire a vivere in Italia e da cinque anni circa sono il loro medico di famiglia.

*Ha subito un intervento di angioplastica coronaria dieci anni fa circa, due anni fa è stato operato di Tromboendarteriectomia sulla Carotide interna destra, è iperteso, ipercolesterolemico, ha un'esofagite da reflusso con esofago di Barrett. Tre anni fa ha avuto un episodio di fibrillazione atriale che si è risolto con l'assunzione di verapamil. È in terapia con simvastatina*

*20 mg die, esomeprazolo 40 mg die, sotalolo 80 mg x 3 die, ramipril 10 mg die, atorvastatina 20 mg die, lercadipina 20 mg die. La sua pressione arteriosa è discretamente controllata, ma in passato vari tentativi di introdurre un diuretico (HCT) in terapia erano stati abbandonati perché provocavano pericolose ipopotassiemie.*

**Quattro mesi fa il paziente ha avuto, nel giro di due mesi, tre episodi di perdita di coscienza.** Nella prima occasione è stato accompagnato al P.S. dove l'ematochimica ha rivelato la presenza di **iposodiemia** (116 mEq/l; v.n. 136-145), ipocloremia (83 mEq/l; v.n. 98-109), normale potassiemia (4,5 mEq/l; v.n. 3,5-5,1 mEq/l). Nella norma gli enzimi cardiaci, l'ECG, l'emocromo, la creatinina e la glicemia.

Il cardiologo che l'aveva visitato aveva consigliato di indagare i motivi della disionia in quanto il paziente non assumeva diuretici.

L'episodio si era ripetuto due giorni dopo ed anche in quella occasione l'ematochimica al pronto soccorso rivelava iposodiemia (125 mEq/l; v.n. 136-145), ipocloremia (91 mEq/l; v.n. 98-109), normale concentrazione del K sierico (4,7 mEq/l) e normalità degli altri parametri ematochimici.

Il terzo episodio, avvenuto un mese dopo, aveva indotto un ricovero in neurologia dove si era ipotizzato un evento ischemico cerebrale.

Nel frattempo il paziente aveva eseguito un ECG dinamico che aveva rivelato la presenza di extrasistoli sopraventricolari frequenti con tratti di tachicardia sopraventricolare a 140 bpm e tratti di breve fibrillazione atriale a risoluzione spontanea, un eco addome ed un Rx torace risultati normali ed una TAC encefalo (quest'ultima durante il ricovero in neurologia) che mostrava ipodensità puntiformi del talamo destro e della capsula esterna omolaterale "compatibili con aree di malacia parenchimale".

Le indagini ematochimiche avviate per indagare l'iposodiemia mostravano la persistenza dell'iposodiemia (133 mEq/l) e dell'ipocloremia (93 mEq/L) con normale concentrazione del potassio sierico (4,1 mEq/l), ridotta concentrazione di ADH nelle urine delle 24 h ( 13 pmol/24 h; v.n. 30-80 pmol/24 h) e ridotta osmolarità urinaria (167 mOsm/Kg; v.n. 500-1200 mOsm/Kg).

Le alterazioni registrate all'ECG dinamico inducevano ad un ricovero in cardiologia durante il quale un secondo ECG dinamico mostrava questa volta periodi di fibrillazione atriale ma anche pause di asistolia di 4800 ms. in corso di massaggio del seno carotideo.

Nell'ipotesi di una *Sick Sinus Sindrome* al paziente veniva impiantato un pacemaker. Da allora il paziente non ha più presentato perdite di coscienza.

Ritardate dai due ricoveri mi sono giunte a distanza di 20 giorni dall'ultima dimissione le indagini chieste per indagare l'iposodiemia.

Cloro 95 mEq/l (98-109), Sodio 130 mEq/l (136-145), Potassio 4,1 mEq/l (3,5-5,1), Clearance della creatinina 66 ml/min (95-145), proteinuria di 24 h 0,33 g/24h (0,0 - 0,15), osmolarità plasmatica 268 mOsm/kg H<sub>2</sub>O (v.n. 500-800), osmolarità urinaria 417 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O ( v.n. 275-295).

Ridotta osmolarità plasmatica e urinaria in presenza di

ADH inibito.

Sono stati questi dati a farmi sorgere il dubbio.

Quello che poteva sembrare un diabete insipido (inibizione dell'ADH con ridotta osmolarità urinaria) non era supportato dalla bassa osmolarità plasmatica (che nel diabete insipido avrebbe dovuto essere elevata).

I dati coincidevano invece con una pratica non frequente ma pur sempre causa di alterazioni del bilancio idroelettrolitico: la polidipsia.

Per questo, tramite la moglie che mi funziona da interprete, ho chiesto al paziente quanto bevesse.

La risposta è stata: "tre bottiglie di acqua".

"Bottiglie da un litro?" ho chiesto.

"No, da due litri", la risposta.

Dopo un attimo di perplessità ho chiesto, sempre tramite la traduzione della moglie, al paziente il perché.

La risposta è stata: "perché me lo ha consigliato il dottore".

Durante l'estate il paziente era stato in Germania dove aveva sofferto di un episodio di cistite: il vecchio medico curante gli aveva consigliato, oltre all'antibiotico, di bere molto.

Il nostro paziente, con teutonica obbedienza, stava ancora seguendo i consigli ricevuti.

Dopo quel colloquio, il paziente beve ora solo quando ne ha bisogno; la sua Sodiemia è rientrata nella norma come pure la Cloremia.

Non si sono più verificati episodi di perdita di coscienza (questi perché ora è protetto dal Pace Maker).

Quello che è sicuro è che d'ora in poi quando mi ritroverò con un sodio basso la prima cosa che chiederò al paziente è "quanto beve?"; specie se quello che ho davanti è uno che può prendere alla lettera i consigli dei dottori. Il caso ci insegna che l'implementazione dei consigli non è mai neutra: essa dipende strettamente dalla tipologia del medico *consigliori*, da quella del paziente-consigliato e infine da quella della relazione tra i due.



Mikhail Nesterov: Portrait of Surgeon Sergio Yudin - Tretyakov Gallery - Moscow

## SHORT-STATINE: AUDIT NEI PAZIENTI INFARTUATI E NEI DIABETICI DI ETÀ UGUALE O SUPERIORE A 40 ANNI IN 28 MMG DELLA LISTA NETAUDIT

David Coletta (Empoli), Luigi Milani (Roma), Luca Ranzani (La Loggia - TO), Lidia Tondi (Modena), Alessandro Zadra (Brescia), Enzo Brizio (Fossano - CN) e Francesco Del Zotti (Verona) e aderenti (\*) alla lista NETAUDIT ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))

### BACKGROUND

Le attuali evidenze scientifiche e le principali linee guida internazionali indicano che il trattamento con statine riduce il rischio di eventi cardiovascolari in pazienti a rischio con o senza malattia coronarica, a condizione che l'utilizzo sia continuativo e non occasionale. La prescrizione a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) delle statine è però soggetta a regolamentazione restrittiva in vari paesi, tra cui l'Italia.

Nel nostro Paese, la concedibilità delle statine a carico del SSN prevede, in prevenzione primaria, che il rischio cardiovascolare globale assoluto (RCGA) debba essere superiore al 20% a dieci anni, sulla base delle carte del rischio elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). In prevenzione secondaria (infarto del miocardio, coronaropatia documentata, ictus, diabete, arteriopatia obliterante periferica) le statine sono concedibili in "fascia A" a carico del SSN a prescindere dal calcolo del RCGA.

Studi osservazionali condotti in vari contesti italiani mostrano importanti problemi di persistenza nell'uso di questi farmaci: in media dopo 6 mesi dall'inizio la terapia è continuata solo dal 50% dei soggetti.

Questi dati stimolano ad organizzare Audit che analizzino la prescrizione su base continua di statine, soprattutto nei pazienti ad alto rischio (infartuati e diabetici).

### OBIETTIVI e METODI

In prevenzione secondaria (e in particolare nei pazienti post-infartuati e/o diabetici) ci si aspetta che la totalità dei pazienti faccia uso in modo continuativo di statine. Alla luce di quanto sopra abbiamo condotto uno short-audit di baseline con i seguenti obiettivi:

A) individuare i pazienti con pregresso IMA; individuare i diabetici di età  $\geq 40$  anni.

B) in tutti i costoro (infartuati e diabetici  $\geq 40$  anni) valutare la percentuale d'uso delle statine in modalità continuativa nell'anno 2007.

Per l'estrazione dalle proprie cartelle computerizzate ogni MMG ha usato i criteri logici sopra riferiti attraverso frasi SQL o di logica booleana appositamente preparate e diffuse ai partecipanti.

È bastato, quindi, valutare-marcare nel tabulato per un anno solare (01/01/2007 - 31/12/2007) tutti i pazienti infartuati e/o diabetici in terapia cronica, distinguendoli in:

a) Infartuati, siglando IS=Infartuati-Statine; IN=Infartuati-No statine

b) diabetici  $\geq 40$  anni, siglando con DS (Diabetici-Statine); DN (Diabetici-No statine)

Quindi:

DENOMINATORE: A) Tutti i pazienti infartuati; B) tutti i pazienti diabetici  $\geq 40$  anni.

NUMERATORE: A1) tutti i pazienti infartuati con statine; B1) tutti i pazienti diabetici  $\geq 40$  anni con statine.

Ed infine, due ulteriori note metodologiche:

a) Chi è **sia infartuato che diabetico** è stato classificato nel gruppo infartuati, visto che per gli infartuati vengono considerati più alti la classe di rischio e/o il consenso in merito all'uso di statine.

b) **Per terapia cronica** si è inteso terapia senza soluzione di continuità e quindi almeno 1 prescrizione di statine per quadrimestre. Per non appesantire lo short-audit, e per consentire l'utilizzo pieno dell'estrazione automatica (SENZA entrare nella visualizzazione "paziente per paziente"), abbiamo ritenuto "su base continua" una terapia in cui abbiamo la prima data di

Sono stati esclusi dal computo i pazienti che hanno subito un infarto da meno di 6 mesi, e cioè in una data successiva al 30 giugno 2007.

## RISULTATI e CONCLUSIONI

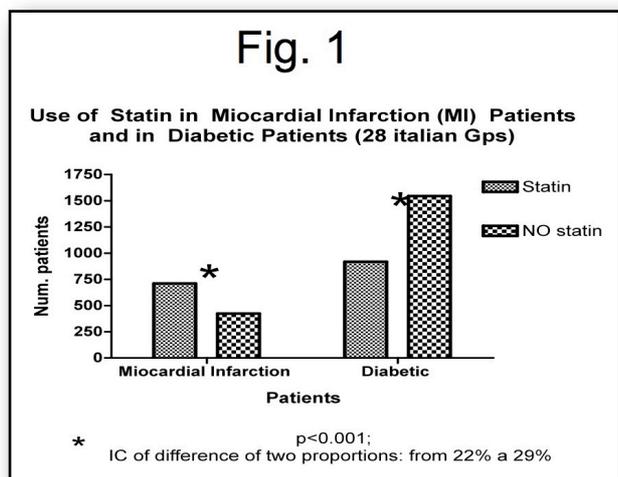
Hanno aderito 28 MMG della Lista Netaudit (<http://www.netaudit.org>), che hanno in carico 37.211 (in media 1.328 pazienti per medico).

La statistica descrittiva della **tabella 1** (vedi in fondo all'articolo) evidenzia i numeri assoluti dei pazienti infartuati e diabetici ed il rispettivo uso su base continua e annua delle statine.

In particolare:

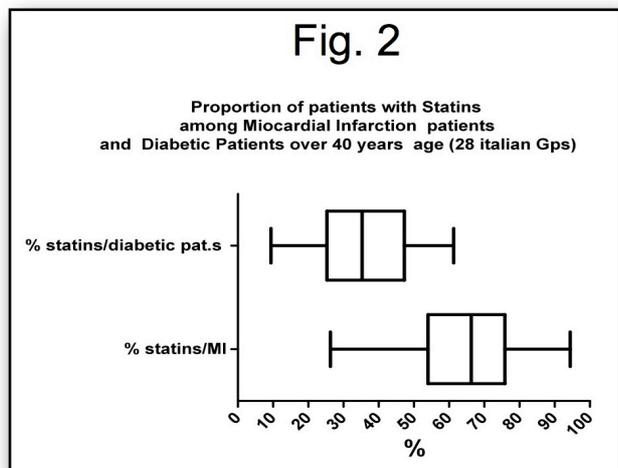
**STATINE nei pazienti con IMA:** i 28 MMG assistono 1135 infartuati, di cui 711/1135 (62%; IC: 60%-65%) in terapia su base annuale continuativa.

**STATINE nei pazienti diabetici  $\geq 40$  anni:** i 28 MMG assistono 2463 diabetici, di cui 918/2463 (37%; IC: 35%-39%) sono in terapia con statine su base annuale

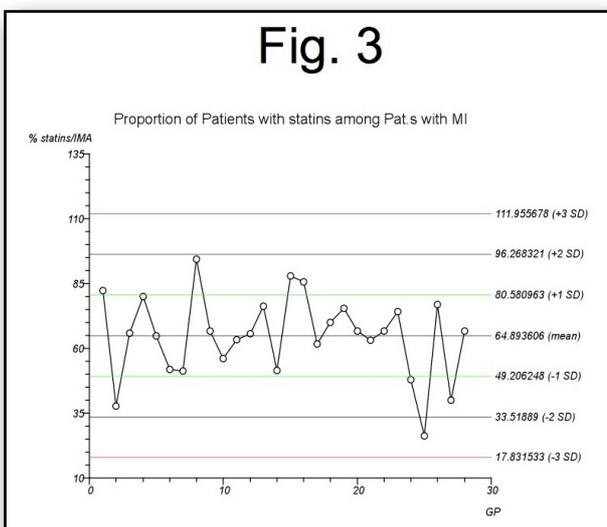


prescrizione nel I quadrimestre e l'ultima nel III quadrimestre o almeno una terapia per ognuna degli ultimi 2 quadrimestri.

Sono stati esclusi i casi in cui le prescrizioni sono solo in



un quadrimestre o solo nei primi 2 quadrimestri dell'anno e non nell'ultimo.



continuativa.

La **figura 1** mostra la netta e significativa differenza di proporzione di uso di statine tra pazienti infartuati e pazienti diabetici ( $p < 0.01$  e IC95% della differenza percentuale tra il 22% e il 29% a favore dei pazienti infartuati)

**Variabilità tra i 28 MMG:** La **tabella 1** e le **figure 1-2-3** descrivono la variabilità tra MMG. Da esse emerge in particolare una forte variabilità nell'uso di statine nei diabetici: a fronte di una mediana di 31 pazienti, esiste una differenza interquartile (tra il 25° e il 75° percentile) di 46, nettamente superiore a quella dei pazienti infartuati curati con statine.

La **figura 2** mette in evidenza sia la suddetta differenza tra pazienti infartuati e pazienti diabetici, sia la distribuzione dei percentili: in particolare per i pazienti in IMA il 25° percentile dei MMG si attesta al 54% di uso di statine; mentre per i diabetici il 25° percentile dei MMG si attesta su un dato insoddisfacente: il 25.3% di uso di statine.

La **figura 3** è una “control-chart che meglio mette in luce i singoli comportamenti prescrittivi rispetto al gruppo. In conclusione, l'uso delle statine nei pazienti ad alto rischio in *short-statine* appare migliorato rispetto ad un nostro net-audit del 2003 (1). Scendendo nel dettaglio, comunque, emerge che la terapia con statine nei pazienti infartuati è un fatto acquisito in MG, sebbene migliorabile (un terzo dei pazienti è ancora scoperto).

Meno scontato è l'uso delle statine nei diabetici, anche quando essi hanno superato i 40 anni e quindi rientrano nei criteri dello studio HOPE. Probabilmente in questo caso giocherebbe, oltre all'epoca più recente delle evidenze (4; 5), anche il fatto che i diabetici, rispetto ai cardiopatici, sono spesso pazienti che non hanno ancora subito nessun episodio serio di malattia e sono asintomatici; inoltre sono costretti ad assumere almeno altre 2-3 categorie di farmaci (ipoglicemizzanti, ACE-inibitori, Aspirina).

Forse due opportunità per migliorare questa percentuale di statine nei diabetici vengono sia dalla crescita del mercato dei farmaci generici, con il calante impatto sulla spesa pubblica o individuale, sia da recenti dati che mettono in dubbio l'uso di aspirina a tappeto nei diabetici (2).

	Minimum	Lower Quartile	Median - Average	Upper quartile	Maximum
Mioc. Infarction (MI)	10	32	40 - 37	52	98
MI with Statins	5	21	26 - 25.4	31	46
Diabetic patients (D) >= 40 years old	36	72	91 - 88	108	132
Diabetics patients with statins	9	18	31 - 33	64	45

**TABLE 1:** Descriptive Statistics of patients with infarction, diabetes and/or patients with these diseases using statins on regular basis

## BIBLIOGRAFIA

1. Fusello Massimo, Laurora Nicola Renzo, Baruchello Mario, Pierantoni Abramo e Membri della Lista Netaudit Studio di Audit sull'uso di ACEinibitori e statine in pazienti a rischio di malattie cardiovascolari - Rivista la qualità e le qualità in Medicina Generale - Maggio 2003 - <http://www.rivistaqq.it>
2. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA 2008; 300:2180-2181.
3. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, Macfarlane PW, McKillop JH, Packard CJ, for the West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. NEJM 1995;333: 1301-7
4. The Heart Outcome Prevention Study Investigators (HOPE study). Effects of an angiotensin converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. NEJM 2000; 342: 145-53.
5. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994;344:1383-1389
6. Wilt TJ et al. Effectiveness of statin therapy in adults with coronary heart disease. Archives of Internal Medicine 2004; 164:1427

### Hanno aderito al Netaudit Short-statine i seguenti MMG:

Ermanno **Arzenton** (VI), Angelo **Augruso** (CZ), Mario **Baruchello** (VI), Giuseppe **Belleri** (BS), Enzo **Brizio** (CN), Luciano **Caraceni** (MC), Mario **Cianca** (AN), Giovanni **Colina** (BS), David **Coletta** (FI), Antonio **De Bari** (TA), Gianni **Deluigi** (TO), Francesco **Del Zotti** (VR), Federico **Franzoso** (PD), Luciano **Lippa** (AQ), Orazio **Lippolis** (TA), Lorenzo **Lupi** (SP), Luigi **Milani** (RM), Domenico **Pasculli** (BA), Piero **Quattrocchi** (PV), Diego **Sabbi** (AL), Luca **Ranzani** (TO), Andrea **Savino** (SA), Antonio **Scala** (GE), Filippo **Seren** (PD), Lidia **Tondi** (MO), Emanuele **Visentini** (PD), Alessandro **Zadra** (BS).



*Ghosts - by Enzo Brizio*

**DALL'INFORMATICA ROCCIOSA  
ALL'INFORMATICA ACQUEA:  
APPUNTI PER L'EVOLUZIONE DELLE  
CARTELLE COMPUTERIZZATE IN  
MEDICINA GENERALE**

**Francesco Del Zotti** - Medico di medicina generale -  
Verona - Direttore di Netaudit ([www.netaudit.org](http://www.netaudit.org))

*In questo articolo perseguo due obiettivi:*

*a) dimostrare che la Medicina Generale (MG) ha necessità di affiancare al dilagare di misure puntuali e molecolari rappresentazioni e modelli visivi "a grandangolo".*

*b) dimostrare che lo sviluppo di strumenti logico-visuali fornirà la spinta per il rinnovo delle cartelle computerizzate, nonché nuove variabili per una diversa tipologia di Audit e Ricerca in MG.*

*Per motivi di brevità, accennerò solo e non approfondirò un'altra importante necessità del rinnovamento dell'informatica per la MG: il ricupero del diario, che ormai nelle nostre cartelle computerizzate occupa uno spazio piuttosto residuale.*

**L'agenda della MG dettata dalla molecolarizzazione funzionale delle attuali CARTELLE Computerizzate**

Sino a qualche decennio fa, il Medico di famiglia usava una combinazione di molta memoria e poca carta per sintetici appunti o brevi schede cartacee. Egli adoperava la sua memoria storico-biografica e spaziale per inquadrare pazienti singoli o famiglie della sua comunità. E la sua memoria si nutriva inoltre degli spezzoni di storie familiari offerte magari da sua madre o da qualche compaesano incontrato in piazza. Negli ultimi tre decenni, invece, per molti medici di medicina generale (MMG) vi è stata una rivoluzione: ogni MMG ha un software in cui registra codici e misure puntuali. Indubbiamente, la precisa introduzione nel PC dei codici (ad es. ICD-9-CM) o dei valori di laboratorio ha un valore indiscutibile, soprattutto quando sono presenti segni-chiave (l'ittero, il gozzo, ecc.) o alterazioni nette e ripetute di un esame. La registrazione di dati parcellari, insomma, ha fornito ai MMG strumenti algoritmici portentosi ed uno sguardo statistico-epidemiologico impagabili. Ma nella MG queste situazioni rocciose-cristalline sono in minoranza, mentre abbondano elementi di una logica meno netta.

In realtà, la "computerizzazione rocciosa" rischia di mettere in secondo ordine la continua necessità di guardare oltre, di avere uno sguardo di insieme, "a grandangolo", di possedere una logica più "acquea": un'apertura, cioè, verso misure e conte di variabili più sfuggenti, ma non per questo meno importanti.

A questo punto sorge una domanda: come è potuto accadere che il PC e le cartelle computerizzate abbiano indotto una tale trasformazione? Vi sono almeno due ragioni, una tecnologica, l'altra in qualche modo "politica". Quella tecnologica è legata alla tipologia dei primi PC e delle prime cartelle computerizzate, che

erano basati sul primordiale e spartano sistema DOS, che sfruttava una velocità di processore e una capacità di memoria più adatti a dati molecolari che a rappresentazioni di modelli visivi e matematici complessi della medicina di famiglia. Vi è poi una ragione "politica": nel mondo moderno, dominato dai numeri e dalla finanza, è assai importante paragonare ai numeri con virgola degli altri i numeri con virgola nostri, dei MMG. E allora torna comodo, per i dirigenti sindacali e societari, appoggiarsi sull'esperanto delle misure molecolari, piuttosto che sulle valutazioni più specifiche della nostra professione.

Ma è arrivato il momento di sfatare un mito. Le cartelle computerizzate della MG non sono più strumenti moderni: hanno 30 anni di vita e iniziano a mostrare le prime rughe.

Le cartelle computerizzate furono realizzate 3 decenni fa per gestire pazienti ambulatoriali, simil-ospedalieri, non fragili.

Ma sempre più emerge, per i MMG contemporanei, la necessità di funzioni legate alla gestione di disturbi comportamentali e della fragilità non solo clinica ma psico-sociale di individui o famiglie; il tutto in un contesto di emergente complessità delle relazioni tra MMG, caregiver, famiglie e le svariate figure di operatori socio-sanitari.

Insomma, le cartelle computerizzate sono assai efficaci nel seguire linee logico-numeriche, ma sono un po' miopi rispetto ai complessi volumi di parole-chiave come:

- **Comunicazione**
- **Relazioni simmetriche o complementari**
- **Comportamenti e Belief (credenze)**
- **Modelli e sistemi bio-psico-sociali**

***Ciò che manca alle cartelle computerizzate attuali: i modelli rappresentativi***

Prima di parlare concretamente delle vie del rinnovamento delle cartelle computerizzate, bisogna stabilire a quali metodi ci riferiamo. Intanto una premessa: quando in MG si parla di racconto, storia o di famiglie, tutti ammettono che qui sta il **fascino della MG; ma molti sottintendono che il fascino sia inversamente proporzionale al rigore e all'esattezza, ad esempio di una statistica.**

A mio parere, **questa visione è riduttiva**. In realtà, al di là del fascino letterario (vedi il successo in Italia di Andrea Vitali, romanziere e MMG), la complessità della MG ben si coniuga a **modelli visual-scientifici** ben più potenti di una media o di un istogramma.

Ad esempio, quando parliamo della geometria dei **Sistemi** in MG, richiamiamo la teoria generale dei sistemi, che è stata fondata da un chimico, Von Bertalanffy o la **teoria geometrica dei Frattali**, del matematico Mandelbrot.

Se parliamo di comportamento, non possiamo non evocare gli schemi visuali del modello stimolo-risposta pavloviano o quello a feedback di tipo C-R-C (*Comportamento operante spontaneo Rinforzo aumento*

di frequenza del comportamento iniziale) del condizionamento operante skinneriano.

Infine, la teoria della comunicazione e quella dei giochi relazionali più che dal teatro derivano dai lavori decisivi di due insigni matematici: Shannon e Von Neumann, che oltre ai numeri sono ricordati per gli schemi visivi simili a circuiti elettrici, atti a rappresentare i diversi feedback tra soggetti emittenti e riceventi.

Poi, per rappresentare relazioni o famiglie inserite in case o vicinati, più che numeri si possono e si devono utilizzare a piene mani Mappe relazionali e Algoritmi logici raffinati.

Insomma, non basta il numero per capire un fenomeno. A volte un modello visivo è ben più idoneo ad analizzare relazioni, come i diagrammi di Eulero e Venn o la geometria ci insegnano (Giardino e Piazza, 2008). Mendel e Darwin, ad esempio, hanno fondato la genetica e l'evoluzionismo non tanto su base statistiche ma utilizzando a piene mani schemi logico-visivi: disegni di algoritmi e flow-chart che ben descrivevano la dinamica della ereditarietà e selezione delle varie famiglie e specie.

Lo stesso racconto, infine, deve essere nobilitato e agganciato ad una tradizione inter-disciplinare, che è insieme letteraria e scientifica. Il massimo esponente di tale approccio è il neuro-scienziato Luria, che nel ricostruire la vita e i problemi funzionali di iper-mnesici o smemorati seppe coniugare in maniera eccelsa i modelli e le rappresentazioni logico-visivi della neuropsicologia rigorosa alla curiosità compassionevole verso i drammi individuali e sociali dei suoi pazienti. Sulla sua scia si iscrivono sia i contributi di Damasio tra racconto e neuro-imaging, sia, infine, i formidabili romanzi-resoconti di Oliver Sacks, neuro-poeta, non a caso figlio di un medico di famiglia inglese.

Ecco, nella MG più che di nuovi numeri, avremmo bisogno di nuovi Euclide, e cioè di una nuova Geometria della MG; di nuovi Darwin, e cioè di scienziati "visivi", ancor prima che visionari; infine di tanti meticolosi e appassionati Luria e Oliver Sacks.

**Ma come tradurre nella pratica della MG la modellistica di cui sopra? Alcuni esempi ed alcune regole.**

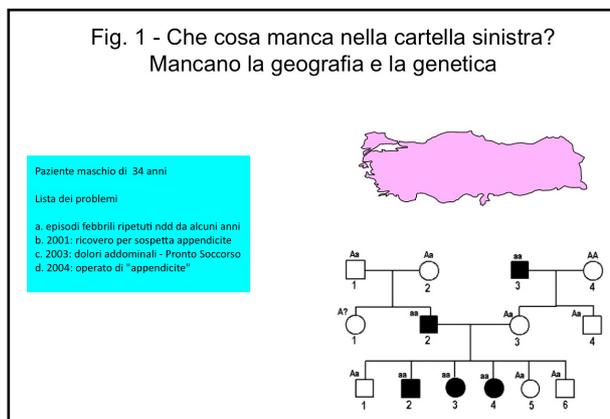
Qui non fornisco una linea-guida precisa. Parto piuttosto da problemi e casi esemplari e da lì cerco di costruire le regole e gli strumenti visuali adatti. In particolare mi soffermerò su:

- a) alberi familiari
- b) esagono bio-psico-sociale
- c) geografia della casa e delle risorse materiali e relazionali intorno al paziente o alla famiglia.

## 1) ALBERI FAMILIARI

### 1a) Febbre mediterranea (figura 1)

Immaginiamo il caso di un paziente di 34 anni, che ogni tanto presenti febbri inspiegabili e che abbia già subito una serie di pronto soccorso, ricoveri ed interventi per "addome acuto".



Solo dopo vari anni, ci si accorge, un po' alla volta, che vi è una ricorrenza di febbre e addome acuto ed interventi chirurgici (non sempre utili) in altri familiari; quindi si osserva che il paziente è turco e alla fine si realizza che ci si trova di fronte ad un caso di Febbre mediterranea, un disturbo genetico su base recessiva, che spesso ha un ritardo diagnostico di 10-15 anni e che è curabile con la semplice colchicina. Oggi, l'organizzazione dei dati clinici nelle nostre cartelle non aiuta ad anticipare la diagnosi ed evitare interventi inutili, in casi come questi. In un prossimo futuro, la visualizzazione nella cartella della mappa del paese di origine del paziente (Turchia, paese ove i geni hanno una maggiore prevalenza) e il semplice albero genealogico del paziente potrebbe facilitare diagnosi come queste. Il caso vuole illustrare la potenza degli strumenti visivi in cartella anche per la mansione che si ritiene più classica e nobile nello stesso tempo del MMG: la diagnosi clinica.

### 1b) Alberi tra geni e miti

Un paziente 40enne, a cui sono morti il padre, una zia e due fratelli per poliposi ereditaria, evita accuratamente di eseguire la colonscopia. Gli ho regalato anche personalmente degli Hemocult, ma non ha mai portato indietro il Kit. La relazione uno-a-uno MG-paziente qui non viene a capo di nulla. Il MMG, quindi, ricostruisce assieme al paziente l'albero familiare e accanto ad ogni parente stretto scrive sia l'eventuale tumore sia il comportamento nei confronti della prevenzione. Ebbene, grazie al disegno dell'albero familiare si nota subito che la frequenza del comportamento "evitare i test preventivi" è frequente quanto e più della poliposi. È ora chiaro che in questa famiglia il mito dell'imbattibilità della malattia e del fatalismo ("conviene solo aspettare") è più potente e diffuso dello stesso gene della poliposi.

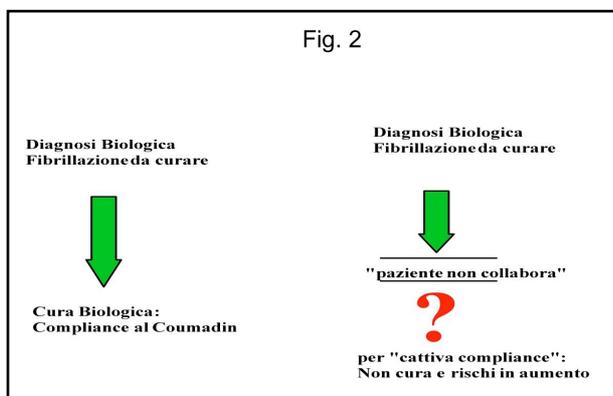
## 2) ESAGONI BIO-PSICO-SOCIALI: l'esempio della compliance al Coumadin

### 2a) Breve Introduzione al modello e all'esagono bio-psico-sociale

Il merito del modello bio-psico-sociale, introdotto dall'internista e psichiatra Engel, sta nell'aver spostato l'attenzione dal "cosa ha il paziente" a "chi è quel paziente". Ed il "chi è" a sua volta è legato alla dimensione psico-sociale, ancor prima che alla dimensione clinico-biologica. In mie opere precedenti ho descritto estesamente un mio adattamento visivo del modello: l'esagono bio-psico-sociale (Del Zotti 1993; 2004). In breve, l'esagono fornisce una mappa dei 6 vertici: le tre diagnosi e le tre terapie (biologica, psicologica e sociale). Il modello mette in evidenza la dinamica delle frecce tra i vertici: evitare le scorciatoie "uniche" (il pensare: "ciò che conta è il solo passaggio lineare dalla diagnosi clinico-biologica alla terapia chimico e/o fisica"), per individuare la giusta "allungatoia", che comprenda anche o soprattutto i vertici psicologici e sociali.

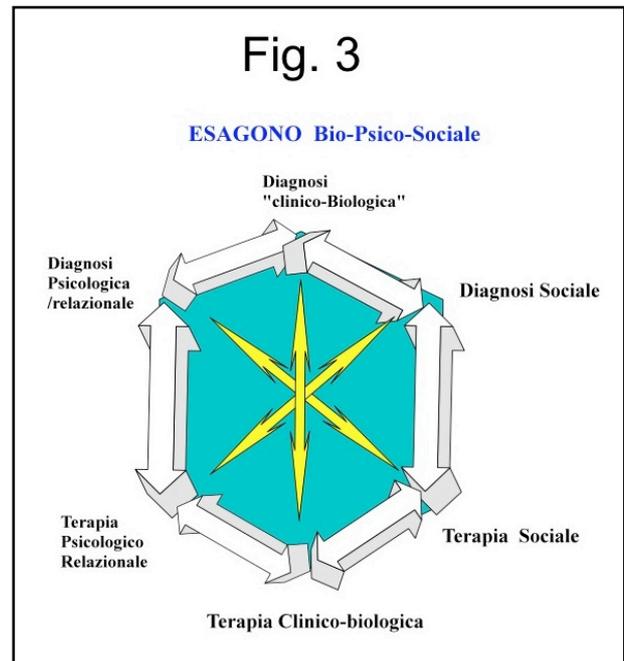
### 2b) Caso: Dalla "paziente a bassa compliance al coumadin" all'allungatoia sociopsicoclinica

Arrivano in studio un figlio ed una figlia di un'anziana fibrillante di 86 anni, a cui qualche mese fa è stata iniziata una terapia con Coumadin. Il suo INR non sta andando bene: il più delle volte è fuori range, o perché vengono saltate delle dosi o perché si saltano appuntamenti laboratoristici o perché si usano altri farmaci. Nel colloquio si evidenziano alcuni fatti: l'anziana convive con una figlia di 67 anni, che sta andando in difficoltà, per un suo carattere di base e soprattutto per la difficoltà oggettive della logistica intorno al Coumadin e all'esame INR. La figlia non sa bene come registrare i dati; sa poco delle interazioni con i FANS, che spesso somministra alla madre, affetta da anni da varie forme di dolore; infine ha difficoltà di pianificare in maniera regolare i prelievi domiciliari.



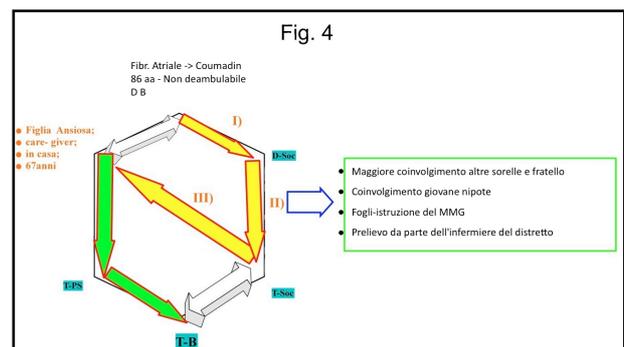
In una visione classica, prevale ciò che è mostrato nella **figura 2**: la signora ha una fibrillazione atriale, cui consegue in maniera lineare la giusta terapia (Coumadin). Se dopo mesi non si ottengono valori giusti il modello lineare prevede una spiegazione "forte"; la

paziente e/o la sua caregiver sono a scarsa compliance o "difficili" (vedi la parte sinistra della figura).



Se invece si utilizza il modello bio-psico-sociale dell'esagono (**figure 3 e 4**), allora si capisce che più che la visione limitativa "a tunnel" (diagnosi clinica -> terapia clinica), bisognerà allargare lo sguardo alle dimensioni psicologica-relazionale e sociale.

Guardando l'esagono nell'angolo alto sinistro (**figura 4**), ci si accorgerà che un punto delicato sta nella relazione tra madre e figlia e nella difficoltà di quest'ultima di farsi carico da sola, emotivamente e concretamente, della gestione del problema. L'esagono nello stesso tempo ci può illuminare sull'*allungatoia* giusta: proviamo a rafforzare le risorse micro-sociali intorno alla coppia madre-figlia. Ci accorgiamo così di una serie di passi concreti da compiere:



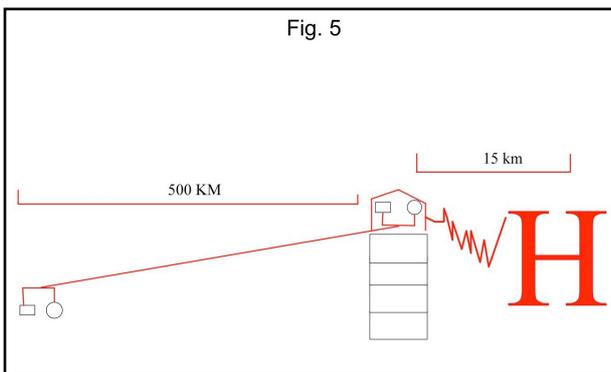
- coinvolgimento di altre 2 sorelle e di un fratello;
- disponibilità di un nipote ad occuparsi di un diario cartaceo ed elettronico per la gestione delle dosi e del calendario degli esami;
- offerta da parte del MMG di ulteriori schemi scritti e di un manuale con domande e risposte, da spedire al nipote, per posta elettronica, che poi stamperà e fotocopierà per la zia e la madre;

d) coinvolgimento maggiore del servizio infermieristico domiciliare per garantire meglio la periodicità e gratuità dei controlli domiciliari.

La figura quindi mette in evidenza una possibile via di soluzione (*si dia una sguardo alla sequenza dei numeri romani*): per vincere le barriere al cambiamento è stata attivata prima una soluzione micro-sociale che poi ha favorito un sostegno logistico ed emotivo al ruolo della caregiver principale.

### 3) LA RAPPRESENTAZIONE “GEOGRAFICA” DELLA CASA E DELL’AMBIENTE DI VITA DEI PAZIENTI

#### 3a) Gli anziani isolati ed i ponti possibili (figura 5)



Due anziani vivono soli, alla periferia anonima di una città; i loro due figli abitano a 500 chilometri di distanza. Alla moglie, già colpita anni fa da un grave episodio di glaucoma acuto all'altro occhio, insorge un forte dolore all'occhio, alle 21.30. Telefonano al loro medico, che non può intervenire immediatamente. Al di là di questo episodio, cosa servirà in futuro per questa coppia? Il MMG sa che questi anziani in genere si fanno scrupoli e tardano a chiedere aiuto, anche perché in situazioni simili hanno avuto a volte risposte non sempre soddisfacenti dalla guardia medica o dal 118 o dal

Fig. 6 - Pato-geografia gestionale



Pronto Soccorso. Essi, inoltre, coltivano come tanti altri anziani la paura di “dar fastidio” e magari chiamare il medico di guardia o un vicino. Qui, cosa serve? Che il MMG o di guardia medica conoscano bene la diagnosi e

terapia del glaucoma acuto? O non sarà meglio che il MMG visualizzi una “diagnosi complessiva” del problema? Si riuscirà così ad intravedere una coppia di anziani, al 5° piano di un “condominio delle solitudini”, isolati, lontani 15 chilometri dal primo ospedale e 500 km dai figli. Forse da ora in poi il MMG, per gestire questa fragilità sociale, dovrà magari costruire una mappa “geografica” e relazionale dei conoscenti e parenti; una semplice lista scritta di telefoni utili in caso di urgenze, e magari, con il placet della coppia, accordarsi con qualcuno di quella lista. Non solo la Guardia Medica, non solo i servizi di emergenza e tele-soccorso, che a volte rispondono freddamente e burocraticamente alle richieste di questi anziani, ma anche il paziente della porta accanto (magari anche egli suo paziente) o con il parente, o con il tassista più a buon mercato e/o disponibile.

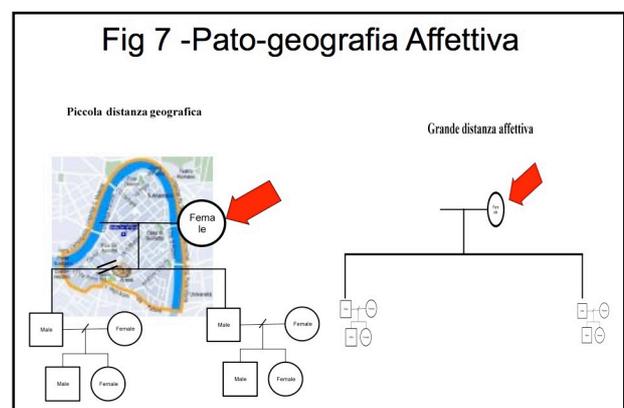
Dall’analisi del rapporto tra coppia-casa-(mancate) risorse territoriali, ci accorgiamo che pazienti simili spesso non hanno una singola malattia particolare; perciò per essi non vi è bisogno di uno specifico set di criteri diagnostici.

Si tratta piuttosto di integrare nei criteri la “visione” di vari Assi di Classificazione. Bisogna cioè incrociare i criteri clinici di quel paziente con i sistemi di classificazione del disagio psichico (ad es. il DSM) e con le scale usate dagli assistenti sociali e sociologi; e poi bisogna accordare quei criteri con una ricognizione dei difetti e abilità comunicative-comportamentali di quegli anziani e di noi stessi.

#### 3b) Distanze affettive patologiche o pato-geografia: cosa è peggio?

Le due rappresentazioni alle **figure 6 e 7** mostrano due situazioni frequenti e diverse tra loro: nella I figura si mostra il caso di donna anziana le cui condizioni mentali stanno deteriorandosi. Vive con la figlia, che lavora; suo nipote, che prima aiutava la nonna, ormai laureato sta uscendo sempre più di casa. Intanto iniziano a chiedermi consigli sul da farsi: assistenza domiciliare o casa di riposo?

La **figura 6** mostra una buona relazione affettiva tra le due sorelle, ma un’importante distanza geografica.



Nella successiva **figura 7** è illustrato invece il caso di un’anziana con tumore, da assistere a casa; ho comunque difficoltà ad organizzare l’assistenza, soprattutto perché i

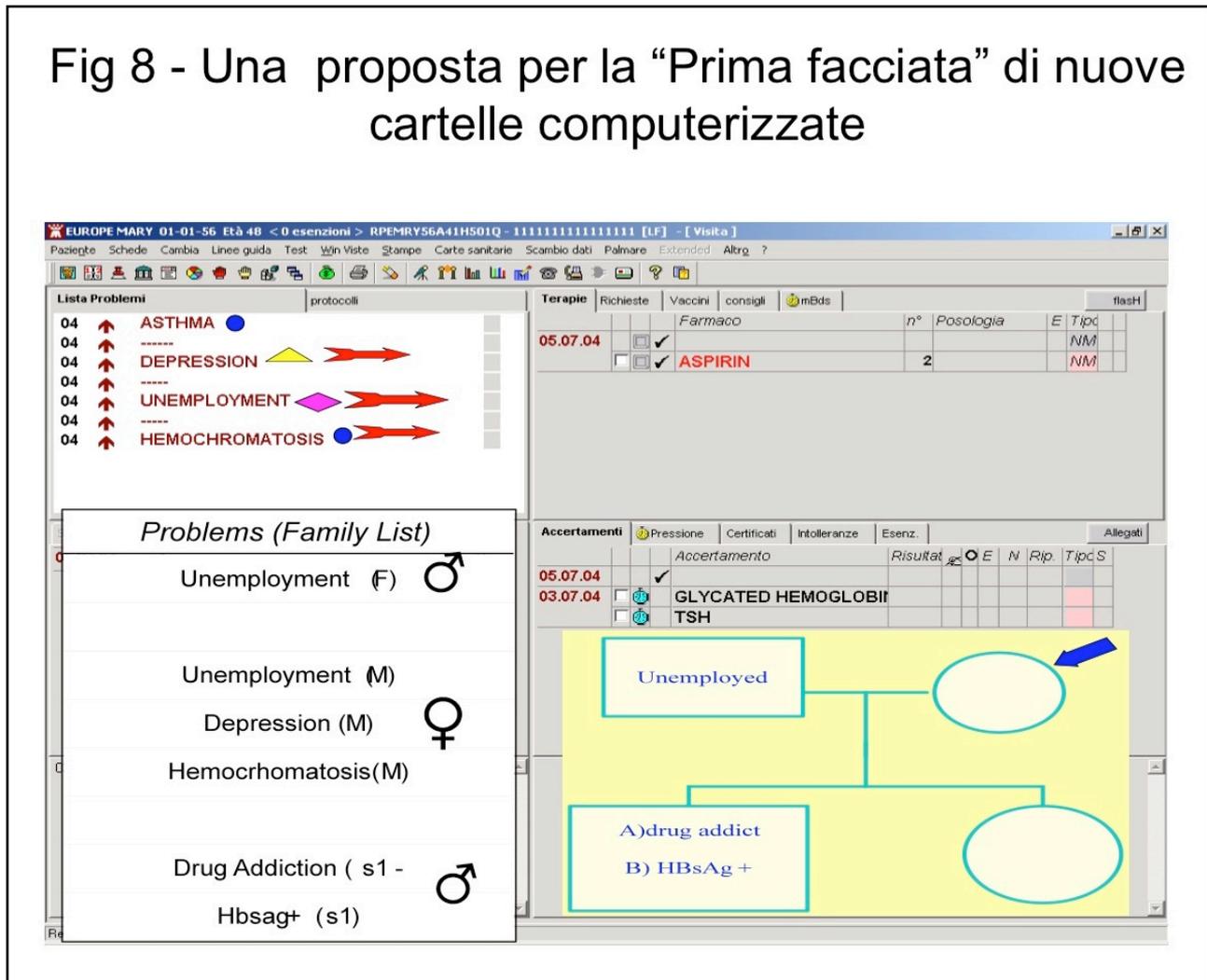
due figli e le nuore tendenzialmente non si parlano e non parlano granchè al sottoscritto: vi è una certa di freddezza e distanza relazionale.

Le due immagini immediatamente mostrano aspetti del tutto invisibili alle cartelle computerizzate odierne: le diverse tipologie di “distanza” (geografica, affettiva) e le relazioni tra le parti in causa, le pazienti e il problema.

“fisica” dei “nuclei relazionali” per poi vedere che questi liberano “energie insospettate”.

Ma qui voglio soprattutto testimoniare la possibilità di abbinare al censimento e registrazione di rappresentazioni come queste l’apertura di una nuova metodologia della ricerca in MG che, al di là degli indubbi aspetti teorici, potrebbe avere un forte impatto su scelte concrete del MMG: ricoverare?

Fig 8 - Una proposta per la “Prima facciata” di nuove cartelle computerizzate



Sorge una domanda quasi “da ricerca”: per il MMG è più facile affrontare il caso della distanza geografica o quello della distanza affettiva? È ovvio che per rispondere serve un progetto di ricerca che coinvolga l’analisi di decine e centinaia di immagini e casi simili.

Restando nel perimetro di questi soli due casi, ho constatato che:

- nel I caso, la mancanza di tempo dei familiari e la distanza geografica sono purtroppo vincoli oggettivi insuperabili .
- la distanza affettiva del II caso mi ha stimolato a tentare un incontro tra le parti; in realtà, dopo quell’incontro, é sopraggiunta una collaborazione inaspettata e ben organizzata. A volte le distanze o i contrasti affettivi sono visti dai MMG come *moloch* insuperabili; invece, qualche volta basta testare la

Istituzionalizzare? Tenere a casa?

**La nuova cartella: un’immagine-stimolo, per alimentare la discussione**

Dopo l’analisi dei metodi ed esempi del lavoro dei MMG con il paziente fragile o complesso, possiamo ora tentare di immaginare un’evoluzione concreta delle cartelle computerizzate, lungo le direttrici tracciate. Non è questo il luogo più idoneo per articolare nello specifico il disegno di una nuova cartella computerizzata in MG. Qui piuttosto voglio testimoniare , con un mio esempio-immagine, uno dei possibili volti di queste future cartelle.

Nella **figura 8** potete vedere che accanto alla tradizionale lista dei problemi e di accertamenti, la

cartella individuale raccoglie caratteristiche più sistemico-relazionali:

a) ogni singolo problema ha un segno grafico indicante la prevalenza di tipologia di problema (cerchio: clinico; triangolo: relazionale; esagono o doppio triangolo: sociale).

b) accanto al singolo problema notate anche una freccia la cui lunghezza è proporzionale al grado di diffusività e impatto intra-familiare del problema, ove la diffusività è massima per problemi infettivi, relazionali-sociali, genetici.

c) sotto alla lista dei problemi individuali viene indicata la lista dei problemi e risorse familiari.

d) nell'angolo destro in basso viene visualizzato un semplice albero genetico o magari un genogramma dell'intero nucleo familiare.

### **TRE OBIEZIONI POSSIBILI ALLO SVILUPPO DI CARTELLE COMPUTERIZZATE CON MAGGIORI STRUMENTI SISTEMICO-RAPPRESENTATIVI.**

#### **I Obiezione: i software e l'hardware hanno dei limiti e non sono pronti a queste nuove esigenze richieste.**

In realtà, assistiamo sempre più ammirati agli sviluppi spettacolari del software e dell'hardware, che digitalizzano ormai senza problemi non solo grandi database relazionali, ma anche assai complessi audio e video. Insomma non è l'informatica il collo di bottiglia, ma la volontà dei gruppi professionali e delle software-house. Per l'informatica contemporanea è del tutto possibile ricostruire in maniera automatica o semi-automatica i grafici dei casi sopra descritti o i simboli o figure della I facciata delle nuove cartelle, da me testé presentata.

#### **II Obiezione: i MMG non sono pronti a questi sviluppi**

Qualcuno obietterà che questa tipologia di cartelle sarà accattivante esteticamente, ma piuttosto difficile da legare a progetti scientifici seri. Per prima cosa, si dice, l'esigenza di un arricchimento delle dimensioni sistemico-familiari è minoritaria e non è condivisa dalla comunità culturale della MG europea. Ebbene, una mia indagine tra i rappresentanti nazionali dell'EGPRN-WONCA (Del Zotti, 2005) ha mostrato che da una parte il problema della pochezza sistemico-relazionale e logico-visuale delle cartelle computerizzate è piuttosto avvertito dai leader culturali europei; dall'altra che è condivisa, tra i rappresentanti nazionali dei MMG europei, la consapevolezza delle necessità di introdurre nuove logiche e nuovi strumenti .

#### **III Obiezione: le rappresentazioni visive nelle nuove cartelle computerizzate sono utili per la formazione continua e alla discussione, ma non per ricerche rigorose in MG**

Secondo questa visione pessimistica, le mappe e di modelli possono essere utili per gestire il singolo paziente o la singola famiglia e magari a discutere tra professionisti; o per l'insegnamento, ma poco possono fare nel campo della ricerca seria.

In realtà, la spinta verso la digitalizzazione di "alberi" e "mappe" renderà possibile rappresentare schemi e

grafici al cui interno il software potrà contare/misurare non solo le solite "variabili con virgola", ma anche ad esempio

a) numero e la tipologia di caregiver,

b) proporzioni di relazioni affettive contrastate, distaccate o "positive" tra i caregiver e membri della famiglia o del team socio-assistenziale;

c) algebra bio-psico-sociale, ovvero il bilancio tra problemi e risorse di un soggetto inserito in una o più famiglie e in una rete di operatori.

d) tipologie di spazi domestici o urbanistici in cui i pazienti sono immersi.

Alla fine si potrà mettere meglio in correlazione le classiche variabili clinico-biologiche con quelle "nuove" visive, precedentemente descritte. Sarà così finalmente possibile passare concretamente dai soliti e ripetuti audit di tipo verticale (ad es: l'emoglobina glicosilata o il colesterolo) ad audit "trasversali"

(Iona Health, 2009).

#### **Proposte e Conclusioni**

Se si affermerà la "vision" prospettata da questo articolo, la MG in un prossimo futuro potrà meglio rappresentare e seguire la complessità con sintetici strumenti visivi: i MMG potranno esercitarsi nel linguaggio dell'esagono BPS, delle mappe di case-famiglie e degli alberi genetici e infine degli "alberi-genogrammi relazionali", ove, ad esempio, ogni tipo di relazione affettiva trova un simbolo diverso (si veda ad es. l'URL <http://bit.ly/FNWS4>). Assieme ai problemi clinici, i medici potrebbero così meglio godere di una chiara la mappa "situazionale" delle risorse comportamentali, familiari e sociali intorno al paziente. Se ci si limita ad esempio alla risorsa "caregiver" sorgerà sempre più l'importanza di "mappe" "geografico-cognitive" che rispondano a domande come le seguenti: chi è il caregiver? Che relazioni ha la caregiver straniera con la rete delle badanti connazionali, informazione che può tornare utile in caso di assenza e ritorno temporaneo in patria? Il paziente è disinteressato alla danza delle storie familiari o di clan della sua badante? O ne è stimolato, più che dagli ultimi neuro-farmaci? Quali il rapporto tra il MMG, il/la caregiver e le risorse distrettuali attivabili? Tra il MMG, il/la caregiver e le agenzie comunali o di volontariato o private coinvolgibili?

Insomma, si daranno così più strumenti al MMG **aperto sugli aspetti comunicativi e sociali**; e ciò non tanto per sostenere un umanesimo démodé, ma in funzione della moderna **teoria delle reti**, anche essa basata su un misto di matematica e potenza di modelli rappresentativi. Per essa, ciò che conta non è tanto che noi riusciamo a controllare magari 10 nodi su 15 della rete; ma che siano in efficienza i cosiddetti nodi iper-connettori, gente allenata a catalizzare intorno a sé il lavoro di diverse agenzie e agenzie familiari e sociali. E il primo iper-connettore è proprio il MMG.

Così, si darà al **MMG sempre più la possibilità di andare oltre la clinica standard biologica; e ciò non per spingere il MMG ad essere uno psicologo o assistente sociale in erba**. No, i metodi rappresentativi-visuali serviranno per non fermarsi alla diagnosi brillante e "impotente". La semplice diagnosi biologica

regala etichette e difficoltà ai pazienti. Essi, piuttosto, ci chiedono un **piano concreto** per farli migliorare; ed il **miglioramento di una qualsiasi malattia o fragilità è impossibile senza le leve psico-sociali.**

Lungo questa via, sarà possibile tracciare un **piano d'azione personalizzato**, che necessita di **rappresentazioni grafiche sintetiche, simili al quadro di comando di un aereo**, in cui assieme ad esempio a pressione e polso e presenza/assenza di piaghe, siano presenti anche la qualità del caregiver, il tipo di appartamento o di risorse economiche, il numero degli amici/parenti disponibili, la quantità dei rapporti affettivi positivi rispetto a quelli di distacco o di contrasto.

Insomma, i MMG da soli ed in gruppo dovrebbero iniziare a far pressione sulle software-house affinché vi sia un forte rinnovamento delle cartelle computerizzate, che possa finalmente approfittare del formidabile avanzamento dell'informatica moderna, per la quale ormai è del tutto possibile integrare in un unico prodotto modelli e rappresentazioni visive complesse, nonché relazioni tra diversi tipi di problemi, non ultimi quelli neuro-psicologici, decisivi per tarare l'intera interfaccia comunicativa MMG/paziente fragile.

**Certo, tutto ciò può apparire un po' confondente.** Ma qui per farmi capire voglio evocare la **sinestesia**. La sinestesia è quel disturbo per cui alcuni soggetti vedono sempre associato al singolo numero un singolo colore. Per loro ad esempio i 2 sono sempre visti in rosso e i 5 sempre in verde. Vedi link <http://mindbluff.com/syntest.htm>

Ciò avviene per un difetto di differenziazione cerebrale dell'area del colore da quella del numero. Eppure la sinestesia porta ad un vantaggio. Come si evince dalla visualizzazione delle immagini nel link citato, solo i sinestesici, grazie al loro "disturbo", sono in grado di individuare modelli e figure geometriche non viste da chi vede i numeri solo in bianco e nero. Non a caso, tra artisti e scienziati la sinestesia è 5 volte più comune. Insomma, fuori dall'analogia, il **fondere** o sovrapporre i diversi livelli numerici e "visivi" può fornire vertigini, ma anche una nuova e più ricca comprensione del nostro lavoro.

Per finire, il lavoro da svolgere è notevole, vista la multi-dimensionalità dei problemi e la molteplicità degli attori e agenti socio-sanitari coinvolti. Ma, un nuovo viaggio nel paese di Alice della complessità e della fragilità e delle nuove cartelle computerizzate è insieme un divertimento ed uno stimolo creativo, che può spezzare la routine e i tanti bastoni tra le ruote della MG. Questa visione può inoltre essere un antidoto contro coloro che pensano che la MG sia piatta, con un perimetro angusto, nei pressi dell'unico luogo che si vuole non piatto e complesso: l'ospedale. Costoro assomigliano ai protagonisti del libro *Flatland di Abbott*; sono incapaci di accettare che, sotto l'apparente piattezza, la MG nasconde tante "sferolandie": una pratica professionale attenta alla comunicazione e alle relazioni; un insuperabile caleidoscopio multi-dimensionale.

## BIBLIOGRAFIA

- Del Zotti, F. (1993), *Metodi di medicina generale*. Levante Editori, Bari
- Del Zotti, F., (2004) *Tra case e casi*. Levante Editori, Bari
- Del Zotti F. Electronic patient record and the family: a pilot European questionnaire. *European Journal of General Practice* 2005 Sep-Dec;11(3-4):133.
- Giardino Valeria, Piazza Mario: *Senza Parole – ragionare con le immagini* – Bompiani (2008)
- Hart Julian Tudor(1988), *A new kind of doctor*, Merlin Pr-Dublin.
- Heath Iona, Rubinstein A., Stange K., van Driel M. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity, *BMJ* 009;338:b1242

## NOTE PER GLI AUTORI

- Gli articoli proposti per la pubblicazione su QQ devono essere inviati a Francesco Del Zotti ([francesco.delzotti@tin.it](mailto:francesco.delzotti@tin.it)) ed a Mario Baruchello ([mario.baruchello@tin.it](mailto:mario.baruchello@tin.it))
- L'impaginazione deve essere ad una sola colonna
- Le figure, i grafici e le tabelle devono essere inviate in file separati dal testo dell'articolo
- La traduzione in inglese dei singoli articoli è a carico degli autori