

<p>Anno XVIII - n 1 - maggio 2012</p> <p>Periodico Trimestrale di Ricerca e VRQ in Medicina Generale fondato nel 1996 da SIQuAS VRQ (area Cure Primarie) e SIMG sezione di Verona.</p> <p>Comitato editoriale: M.Grassi, P.Quattrocchi, P.Schianchi, A.Vaona</p> <p>Collaboratori: A.Battaglia, V.Caimi, A.DallaVia, P.Falasca, S.Girotto, G.Gottardi, M.Valente, G.Visentin</p> <p>Sito Web: http://www.rivistaqq.it In collaborazione con http://www.netaudit.org</p>	 <p>La Qualità e le Qualità In Medicina Generale</p>	<p>Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12/12/95</p> <p>Proprietario ed Editore: Assoc. "Qualità Medica"</p> <p>Direttore Responsabile: Roberto Mora</p> <p>Direttore Editoriale: Enzo Brizio</p> <p>Direttore Scientifico: Francesco Del Zotti francesco.delzotti@tin.it</p> <p>Editorialista: Mario Baruchello mario.baruchello@tin.it</p> <p>Collaboratori Internazionali: Julian Tudor Hart, Paul Wallace</p> <p>Direzione: Via dell'Artigliere, 16 – Legnago (VR)</p> <p>Redazione: c/o Ordine dei Medici di Vicenza, Via Paolo Liroy, 13 - 36100 Vicenza</p>
---	--	--

POSITION PAPER

La diagnostica radiologica e di laboratorio, tra opportunità di razionalizzazione e rischio di razionamento: una proposta professionale "trasversale", oltre le soglie o medie di consumo

Mario Baruchello (MMG - Direttore di *Qualità Medica*)
Alessandro Battaglia (MMG – master universitario in revisioni Sistematiche della letteratura; CPU in Statistica applicata ai problemi clinici)
Clara Carpeggiani (CNR Pisa)
Francesco Del Zotti (MMG - Direttore di *Netaudit*)
Romolo Dorizzi (Direttore di Laboratorio, Cesena)
Ernesto Mola (MMG - *Wonca Italia*)
Roberto Mora (MMG e Presidente ODM Verona)
Marco Caputo (Direttore di Laboratorio, Bussolengo)
Giorgio Visentin (MMG - Presidente di *Wonca Italia*)

Nei mesi recenti diverse regioni e ASL del nostro paese hanno elaborato leggi, circolari e indirizzi che hanno l'obiettivo di fermare o almeno di rallentare l'escalation degli esami diagnostici, soprattutto laboratoristici e strumentali.

È difficilmente contestabile che questa escalation possa condurre a esami inappropriati con aumento dei costi e conseguenze negative evitabili. Basti pensare, ad esempio, ai costi biologici degli esami radiologici con maggiore esposizione, all'ansia da attesa e da falsi positivi o ai rischi indiretti derivati dall'allungamento improprio delle liste di attesa e alle possibili conseguenze per altri pazienti che hanno bisogno della procedura e all'aumento esorbitante dei costi [Patel, 2005].

Nello stesso tempo, sorge un dubbio: prendendo in esame alcuni accordi sindacali tra USL e medici scopriamo che la regola su cui basare il cambiamento è o una certa soglia (ad esempio non più di x prestazioni per paziente) o la media prescrittiva (ad esempio prescrivere un numero di Risonanze Magnetiche o Eco addome

sotto la media ASL).

Ogni MMG è anche invitato a rispettare questi parametri; se non lo fa subisce una penalizzazione economica dei compensi. Ma questi parametri regionali si basano sempre su evidenze o linee-guida rigorose o almeno su metodi di consenso rigorosi? Qualche funzionario pubblico sostiene che queste soglie non fanno altro che seguire da vicino la strada percorsa della razionalizzazione della prescrizione farmaceutica. È facile opporre un dato di fatto: il contesto diagnostico è piuttosto diverso da quello, ormai consolidato della razionalizzazione del farmaco, in cui è più facile trovare evidenze d'appoggio.

1	POSITION PAPER: la diagnostica radiologica e di laboratorio. Una proposta professionale "trasversale", oltre le soglie o medie di consumo
4	L'aumento di esami radiologici inappropriati e la necessità sia di una nuova assunzione di responsabilità da parte dei decisori politico-istituzionali sia del dialogo tra medici e tra medici e pazienti
5	NET-XANTELASMI
6	EBM e NBM: andata e ritorno della medicina basata sul buon senso
10	Resoconto della prima videoconferenza dell'aula multimediale "Claudio Carosino" di netaudit (www.netaudit.org): la depressione in MG oltre i numeri con virgola: qualità e complessità come sfide per nuove tipologie di audio e Netaudit

A questo proposito, possono essere utili gli incroci con i dati epidemiologici. Classico è il caso degli indicatori di neoplasia. In alcune regioni sono disponibili Registri Tumori molto affidabili. Se in Romagna i casi di cancro del pancreas censiti dal Registro Tumori per il 2010 sono stati 185 e le richieste di CA19-9 che il Laboratorio Unico della Romagna ha ricevuto nello stesso anno sono state 41.000, il laboratorio, i medici di medicina generale e i medici ospedalieri hanno due importanti punti di riferimento per definire uno Standard professionale oggettivo e condivisibile da tutti. Solo in casi di questo genere possono essere proposti e utilizzati “standard di consumo” per valutare la qualità. Non possono e non devono esistere, di norma, “standard di consumo” per il MMG avulsi dai dati dei loro colleghi ospedalieri e specialisti.

Nel 2007 la Guardia di Finanza ha deferito alla Corte dei Conti l'8% (564) dei MMG lombardi. Alla fine sembra che siano stati condannati solo due MMG. Come è potuta accadere una simile sproporzione? Probabilmente comportamenti colposi o dolosi non riguardano colleghi con una certa distanza dalla media prescrittiva; piuttosto essi potrebbero essere concentrati in una piccola minoranza, nelle parti estreme, oltre le due Deviazioni Standard della curva gaussiana. I comportamenti prescrittivi hanno un'inevitabile e importante quota di variabilità. E anche tra gli estremi (le inapproprietezze consumistiche degli iper-prescrittori o le inapproprietezze da rischio di sotto-diagnosi degli ipo-prescrittori) possono presentarsi le non poche situazioni particolari, tipiche della MG, che vanno esaminate attentamente prima di esercitare su di esse pressione o condanna.

Un esempio chiarirà meglio la questione: la spesa media per farmaci contro l'ipertensione e lo scompenso cardiaco corrisponde in Italia a 49.17 euro lordi pro-capite (dati OSMED 2010). La prevalenza dell'ipertensione in Italia corrisponde all'incirca al 31%. Assumendo che la spesa pro capite (data l'enorme differenza in termini di prevalenza territoriale delle due patologie) sia sostenuta soprattutto dai farmaci dedicati agli ipertesi, allora la spesa media attesa per un medico con 1500 scelte corrisponderà al prodotto tra le due cifre: 73.755 euro all'anno.

L'utilizzo di questo valore come standard di appropriatezza prescrittiva potrebbe produrre risultati aberranti.

Infatti, ad una prevalenza di ipertensione pari al 31%, un campione della popolazione sufficientemente numeroso da fornire una prevalenza simile a quella della popolazione generale corrisponderebbe ad un campione atteso, su cui fondare statistiche attendibili, di 8.315 soggetti: numerosità ben lontana quindi dai 1.500 pazienti che rappresentano il bacino di utenza del medico. *(Questo calcolo è stato prodotto assumendo una fiducia del 95% che il risultato non sia dovuto al caso e una precisione della stima di prevalenza compresa tra i limiti 30% e 32%).*

Rovesciando il discorso, la fiducia statistica con cui possiamo supporre che un campione di 1.500 scelte produca una prevalenza simile a quella della popolazione generale corrisponde solo al 58.2%:

significa in altri termini che in 4 casi su 10 la prevalenza reale del singolo medico sarà diversa per cause legate al puro effetto del caso (e quindi, *sic stantibus rebus*, alla pura sfortuna del medico). Un miglioramento delle stime potrebbe venire dalla valutazione dei dati sulla base dei consumi non tanto di una unità statistica discutibile (i 1.500 pazienti del singolo MMG) quanto della globalità dei pazienti di un Team o Aggregazione Funzionale Territoriale. Si tratta comunque di realtà e modelli ancora da costruire e testare in fase pilota.

Non dobbiamo inoltre dimenticare che la distribuzione territoriale delle patologie non è legata solo all'effetto del caso ma anche ad elementi di aggregazione diversi dalla pura casualità (ad esempio un MMG specialista in cardiologia potrebbe attirare più pazienti ipertesi di un MMG non specialista). È quindi indispensabile pensare a sistemi di ‘pesatura della popolazione’ più raffinati del semplice aggiustamento per sesso ed età e più legati al reale case-mix assistenziale. L'esempio prodotto per la spesa farmaceutica vale ovviamente anche per altre componenti di spesa (quali la spesa diagnostica e la spesa ospedaliera).

Senza giustificazioni professionali e scientifiche salde, cresce il pericolo che dalla razionalizzazione della spesa diagnostica si passi velocemente verso vere pratiche di razionamento.

La semplice analisi di consumo oltre la media od oltre alcuni definiti tetti di spese rischia di penalizzare o addirittura “criminalizzare” i MMG più impegnati con pazienti fragili, affetti da comorbilità e quindi più “pesanti”, con un case mix, ove si concentrano pazienti con patologie gravi o con polimorbilità.

Senza un chiaro criterio per ridurre le prestazioni inappropriate, si rischia di distinguere (o, peggio, discriminare) tra i pazienti piuttosto che tra le prestazioni. Potrebbero pagarne le spese i pazienti più deboli, a minore capacità di contestazione del nostro operato: magari anziani fragili soli o extracomunitari otterrebbero meno del necessario, mentre probabilmente pazienti più aggressivi o più protetti da maggiori livelli socio-culturali otterrebbero più prestazioni del necessario.

ALCUNE PROPOSTE

Giunti a questo punto della disanima della diverse e delicate situazioni in cui può cadere chi vuole ridurre le prescrizioni inappropriate di esami diagnostici, dobbiamo dare per sconfitto l'impegno per razionalizzare in maniera rigorosa questa tipologia di prestazione?

No. Siamo convinti che il tentativo vada perseguito, a patto che abbandoni le acritiche medie prescrittive globali e che circoscriva il campo a settori della diagnostica ove esista la compresenza della maggior parte dei fattori che ora andiamo ad elencare: a) presenza di evidenze o almeno Linee-guida accreditate da organismi professionali e scientifici, il più possibile indipendenti sia dagli interessi di aziende private sia dalle pressioni delle aziende pubbliche; b) esami con rischi sanitari (ad esempio TAC) richiesti in condizioni a basso rischio clinico; c) possibilità di un'alternativa

ragionevole e praticabile, che non comporti aumento di rischi o costi per i pazienti (si veda il caso di esami laboratoristici *me-too*); d) chiara e documentata dimostrazione di eccesso di uso pregresso, confrontabile con popolazioni epidemiologicamente simili a seconda dei casi provinciali e regionali ovvero extra-regionali ed extra-nazionali o valutato rispetto ad outcome di salute.

Bisogna altresì essere consapevoli dei fattori limitanti che possono introdurre distorsioni prescrittive. In particolare ci riferiamo a:

A) peso differente per singoli MMG di pazienti con diversa comorbilità (Indice di Charlson);

B) la contiguità/prossimità di grandi centri ospedalieri o centri diagnostici convenzionati (oggi anche sotto le mentite spoglie della medicina low cost);

C) Tipologia delle relazioni MMG-specialisti nelle varie realtà con le relative modalità di piani di cura condivisi, con/senza sharing di dati informatici tra curante e specialisti;

D) diversità nelle varie realtà regionali della politica del Ticket e di eventuali premi prestazionali agli specialisti; eventuale moda di alcuni stili prescrittivi di taluni specialisti locali, particolarmente influenzati dalla pressione delle aziende di tecnologia:

<http://tinyurl.com/cyrrjma>

F) eventuali comportamenti inveterati di doctor shopping di alcuni gruppi di pazienti, magari dei centri urbani o più influenzabili dai media;

G) esenzione generali dal ticket per anzianità o invalidità ed in particolare un'eventuale revisione dei LEA, in correlazione alle ridotte risorse, dopo aver consultato le società culturali e scientifiche della MG e della medicina laboratoristica, radiologica e specialistica. La revisione dei LEA avrebbe un ulteriore non trascurabile vantaggio: spostare, almeno in parte, le tensioni verso il meccanismo decisionale legislativo, piuttosto che "stressare" le relazioni tra medici e pazienti.

Il provare a seguire alcune tracce, serie e argomentate, nel campo della diagnostica non può comunque equivalere alla loro certificazione piena: si tratta di sperimentare in maniera il più possibile controllata processi di ricerca e audit clinico delle prime fasi di implementazione di queste "razionalizzazioni". Altrimenti, il lavorare senza logiche di qualità e al di fuori di processi di formazione continua per forza di cose implicherebbe che i comportamenti dei professionisti verrebbero esaminati dall'esterno, con logiche economicistiche o burocratico/sanzionatorie invece che in modo partecipato e condiviso. Infine, vi è necessità di Comitati etici e Commissioni tecniche che sorvegliano tali implementazioni e che usino le appropriate contestualizzazioni. Ad esempio, è ovvio che la lettura dei dati del singolo MMG saranno correttamente interpretati solo se confrontati con i dati del proprio team, dei team vicini e distrettuali piuttosto che avulsi dal contesto.

CONCLUSIONI

In conclusione, riteniamo che, almeno in una prima fase, bisogna esercitare grande cautela nell'usare incentivi o disincentivi. L'analisi dei dati individuali può partire

tutt'al più dalle code estreme di stili prescrittivi, piuttosto che dalle medie del numero di prestazioni, in campi in cui vi siano linee-guida di qualità.

Per quanto riguarda il coinvolgimento della massa dei MMG bisogna in una prima fase chiedere loro di partecipare **su basi scientifiche condivise e con spirito collaborativo** che tenti di individuare, in focus group ad hoc nei team locali, le ragioni di una variabilità intra-team e tra diversi team. Inoltre, non va dimenticato che la medicina generale europea ha valorizzato oggi comportamenti di *empowerment* dei pazienti, che devono essere sostenuti da energiche e inderogabili azioni di rinforzo educativo da parte pubblica, per validare la correttezza dei messaggi sulla situazione reale del SSN e sui suoi obiettivi sostenibili.

Questa base negoziale documentata e trasparente avrà come scopo iniziale principale quello di scoprire insieme la mappa delle variabili strutturali (carenze di strutture e/o personale) o di formazione, nonché delle diverse responsabilità (*insite nella mancata e problematica relazione con il paziente, con gli altri MMG, con gli specialisti e tra gli specialisti, con i regolamenti e le circolari delle ASL e con le leggi regionali*) che possono causare eventuali inapproprietezze rimediabili. Modelli quantitativi ispirati ai principi sopra esposti potranno essere valutati solo dopo questa decisiva fase qualitativa.

BIBLIOGRAFIA

Battaglia A, Del Zotti F, Vaona A, Farinaro C, Ettore Giustini S. Oltre i tetti di spesa basati solo su età e sesso: la medicina generale e il Case-Mix secondo l'indice di Charlson come predittore della spesa farmaceutica --- *Rivista la Qualità e le qualità in Medicina Generale* <http://tinyurl.com/cjqk99n>

Battaglia A., Del Zotti F, Farinaro C, Giustini SE – Il Charlson Comorbidity Index in medicina generale. *SIMG*, Numero 5, 2006.

Del Zotti F – *Metodi di Medicina Generale* – Levante editori bari – 1993

Mola E, Visentin G (2011). Radiation risks and family medicine. *The European journal of general practice*. 17(3):190-2.

Patel, M.R.; Spertus, J.A.; Brindis, R.G.; Hendel, R.C.; Douglas, P.S.; Peterson, E.D.; Wolk, M.J.;

Allen, J.M.; Raskin, I.E. American College of Cardiology Foundation ACCF proposed method for evaluating the appropriateness of cardiovascular imaging. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005, 46, 1606-1613



L'aumento di esami radiologici inappropriati e la necessità sia di una nuova assunzione di responsabilità da parte dei decisori politico-istituzionali sia del dialogo tra medici e tra medici e pazienti

Clara Carpeggiani - CNR Pisa

Ogni anno si effettuano circa 50 milioni di esami radiologici, quasi uno per ogni abitante, bambini compresi. E la stima è destinata a crescere. Questa forma diagnostica rappresenta una delle voci di spesa più rilevanti della spesa sanitaria che appare insostenibile e si prevede che nel 2015 raggiungerà negli USA il 16% del PIL. Circa il 50% di questi esami sono di tipo cardiovascolare (1) e in base a stime recenti un terzo di questi esami sono parzialmente o totalmente inappropriati (2- 6). In particolare il numero delle TC sta aumentando vertiginosamente ma la percentuale di appropriatezza per la TC coronarica non supera il 20% (7,8).

Secondo l'*American College of Cardiology* un test di imaging è appropriato quando il beneficio atteso dall'esecuzione della procedura (valore informativo fornito) è superiore alle possibili conseguenze negative intese sia come rischi intrinseci della procedura (esposizione a radiazioni e somministrazione di mezzo di contrasto) sia come scarsa performance del test (ritardo diagnostico-terapeutico conseguente a un risultato falso negativo oppure strategie diagnostico-terapeutiche adottate conseguenti a un esito falsamente positivo) (9). In questa definizione tra i potenziali rischi dell'imaging viene esplicitato il rischio connesso all'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e tra i rischi indiretti si fa menzione a quelli derivati dall'allungamento improprio delle liste di attesa e alle possibili conseguenze per altri pazienti che necessiterebbero della procedura e all'esorbitante costo per la società (9).

Il progresso delle tecnologie nel campo della diagnostica per immagini non sempre è stato accompagnato da una crescita di qualità e razionalità nell'utilizzo e tanto meno da una corrispondente sensibilità verso i rischi che ne possano derivare. Nel 2010 l'*International Atomic Energy Agency* ha dichiarato che l'utilizzo della diagnostica per immagini deve basarsi sul principio delle 3A: audit; awareness; appropriateness (audit-consapevolezza-appropriatezza). (10,11)

Nel maggio 2010 l'FDA e il *President's Cancer Panel*, hanno identificato le radiazioni mediche come una delle sei maggiori cause ambientali di cancro (10). Il rischio di cancro è linearmente correlato alla dose radiologica ed è cumulativo: dose si aggiunge a dose, esame a esame, e rischio a rischio. Ma il rischio di cancro legato all'uso di radiazioni ionizzanti è un rischio a lungo termine che non viene sempre pesato rispetto al beneficio diagnostico immediato (12-15).

È quindi importante creare nei medici e nei pazienti una maggior consapevolezza sui test che si propongono, in termini di appropriatezza delle prescrizioni e conoscenza

dell'entità delle dosi erogate (che può variare di dieci volte per ogni singolo esame).

La risposta al problema dell'appropriatezza deve essere affrontato a vari livelli, politico e sanitario. Oggi è possibile migliorare la pratica medica mettendo in atto una serie di indicazioni quali le linee guida, i percorsi diagnostici, i corsi di formazione professionale che affrontino le tematiche coinvolte non ultimo il rapporto tra appropriatezza prescrittiva radiologica e rischio da radiazioni ionizzanti che alla luce delle attuali conoscenze cliniche e giuridiche assume notevole rilevanza etica ed impone prescrizioni "coscienziose".

Occorre partire dal versante clinico per perseguire l'iter diagnostico più appropriato in termini di costo/efficacia per il paziente e per la società. Occorre infine un nuovo rapporto di dialogo tra la Medicina Generale e la Specialistica il cui anello di congiunzione deve essere il contesto clinico. La diversità tra medicina generale e specialistica può essere un fattore di arricchimento della pratica medica, se a prevalere è il momento del dialogo, all'insegna della complementarità, focalizzato sulle esigenze concrete che la gestione della quotidianità fa emergere.

BIBLIOGRAFIA

1. Picano, E. Economic and biological costs of cardiac imaging. *Cardiovasc. Ultrasound* **2005**, *3*, 13.
2. Herzog, C.; Rieger, C.T. Risk of cancer from diagnostic X-rays. *Lancet* **2004**, *363*, 340-341.
3. Lattanzi, F.; Magnani, M.; Cortigiani, L.; Mandorla, S.; Zuppiroli, A.; Lorenzoni, R.; Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. Evaluation of appropriateness of prescribing echocardiography. *Ital. Heart J.* **2002**, *3*, 613-618.
4. Gontijo, R.V.; Proietti, F.A.; Amaral, C.F.; de Rezende, N.A. Appropriateness use of coronary angiography in patients with suspected ischemic heart disease in Brazil. *Int. J. Cardiol.* **2005**, *104*, 348-349.
5. Picano, E.; Pasanisi, E.; Brown, J.; Marwick, T.H. A gatekeeper for the gatekeeper: inappropriate referrals to stress echocardiography. *Am. Heart J.* **2007**, *154*, 285-290.
6. Gibbons, R.J.; Miller, T.D.; Hodge, D.; Urban, L.; Araoz, P.A.; Pellikka, P.; McCully, R.B. Application of appropriateness criteria to stress single-photon emission computed tomography sestamibi studies and stress echocardiograms in an academic medical center. *J. Am. Coll. Cardiol.* **2008**, *51*, 1283-1289.
7. Oikarinen, H.; Meriläinen, S.; Pääkkö, E.; Karttunen, A.; Nieminen, M.T.; Tervonen, O. Unjustified CT examinations in young patients. *Eur. Radiol.* **2009**, *19*, 1161-1165.
8. Ayyad, A.E.; Cole, J.; Syed, A.; Desai, M.Y.; Halliburton, S.; Schoenhagen, P.; Flamm, S.D.; Sola, S. Temporal trends in utilization of cardiac computed tomography. *J. Cardiovasc. Comput. Tomogr.* **2009**, *3*, 16-21.
9. Patel, M.R.; Spertus, J.A.; Brindis, R.G.; Hendel, R.C.; Douglas, P.S.; Peterson, E.D.; Wolk, M.J.; Allen, J.M.; Raskin, I.E. American College of Cardiology Foundation ACCF proposed method for

evaluating the appropriateness of cardiovascular imaging. *J. Am. Coll. Cardiol.* **2005**, *46*, 1606-1613

10. White Paper: Initiative to Reduce Unnecessary Radiation Exposure from Medical Imaging. Food and Drug Administration. Feb. 9, 2010. <http://tinyurl.com/ygjaaej>

11. Malone J, Craven C, Guliera R, et al. Justification of diagnostic medical exposures, some practical issues. Report of an International Atomic Energy Agency (IAEA) Consultation. *Br J Radiol* 2010, in press.

12. President's Cancer Panel: Environmentally caused cancers are "grossly underestimated" and "needlessly devastate American lives". <http://tinyurl.com/clf49ru>

13. Picano E (2004) Risk of cancer from diagnostic X-rays. *Letter. Lancet* 363:1909-1910

14. Berrington de Gonzalez A, Mahesh M, Kim KP, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, Land C (2009) Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med* 169: 2071-2077

15. Lauer MS (2009) Elements of danger—the case of medical imaging. *N Engl J Med* 361:841-843

Net-xantelasmi: registrazione e prevalenza del segno "xantelasma" tra 29 medici di medicina generale italiani membri della Mailing List NETAUDIT (www.netaudit.org)

Adriano Artebani, Angelo Augruso, Mario Baruchello, Luciano Bertolusso, Enzo Brizio, Giovanni Ciolina, Antonio De Bari, Giovanni De Luigi, Francesco Del Zotti, Carmine Farinaro, Giuseppe Gironda, Luciano Lippa, Orazio Lippolis, Lorenzo Lupi, Paolo Mangione, Claudio Marafetti, Raffaella Marrocchella, Vincenzo Mazzola, Giovanni Merlino, Augusto Negrini, Domenico Pasculli, Piero Quattrocchi, Diego Sabbi, Antonio Scala, Paolo Schianchi, Luca Tedeschi, Lidia Tondi, Renato Tulino, Biagio Valente

Coordinatori: Francesco Del Zotti, Enzo Brizio, Carmine Farinaro

Il survey "Net-xantelasmi" prende spunto da una recente pubblicazione del BMJ (Christoffersen et al, 2011). Lo studio mostra che gli xantelasmi sono un fattore predittivo di morte cardiovascolare e lo sono in misura maggiore rispetto dell'arco corneale. Seguendo gli Autori, ciò che sorprende di più è il fatto che gli xantelasmi non sempre sono legati ad aumento di LDL e colesterolo. L'ipotesi più accreditata sostiene che essi siano correlati a incidenti cardiovascolari per una importante ragione: il loro grasso è simile a quello che si deposita nelle placche.

Ma scendendo più in dettaglio, come si caratterizzano gli xantelasmi? Gli xantelasmi sono un deposito dermico di cellule xantomatose ricche di materiale lipidico. Hanno una dimensione che varia dai 5 ai 30 mm, apparenza

giallastra e spesso sono leggermente elevati. La sede abituale è nel canto interno di entrambe le palpebre superiori, ma possono coesistere anche sulle 4 palpebre. In genere appaiono oltre i 40 anni, ma possono comparire anche in giovani. I dati di prevalenza della maggior parte degli studi indicano una prevalenza che varia tra lo 0,5 e 1,5% negli studi non sistematici (Frank Urbano, 2001) e sino al 4% negli screening sistematici come quello citato e recente del BMJ.

OBIETTIVI E METODO DEL SURVEY

- Identificare il numero di casi codificati di Xantelasmi e paragonare la prevalenza dei MMG partecipanti rispetto a quella attesa
- Valutare l'eventuale differenza di prevalenza degli xantelasmi per sesso.

DATI RICHIESTI

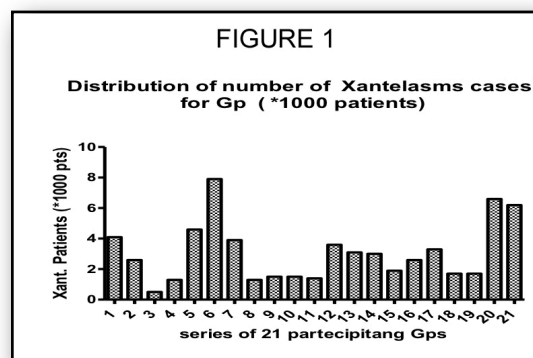
- numero di assistiti in carico (numero preciso o arrotondato alla decina più vicina)
- numero totale di pazienti con xantelasmi (codice ICD9 374.51)
- 3a) numero di femmine con xantelasmi; 3b) numero di maschi con xantelasmi.

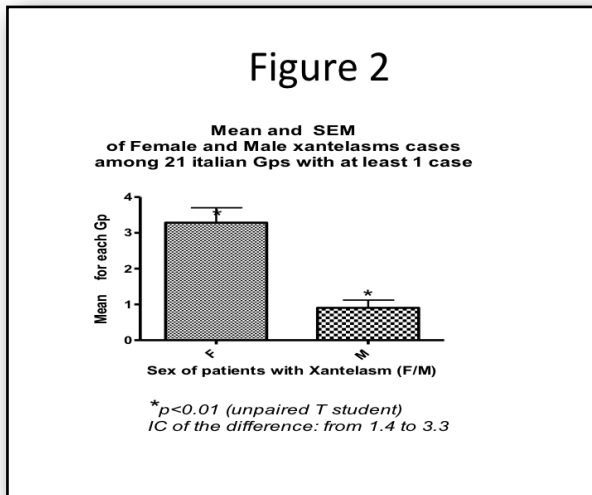
RISULTATI

Hanno partecipato all'indagine 29 MMG italiani della Lista Netaudit: 8 MMG hanno zero casi. 21 MMG hanno almeno 1 caso. Dal momento che dalla discussione nella Mailing List "Netaudit" è emerso che i colleghi con nessun caso non sapevano che lo Xantelasma è codificabile con apposito codice ICD-9, abbiamo ristretto l'analisi dei dati ai soli MMG con almeno 1 caso.

NUMERO ASSISTITI: Tra i 21 MMG con almeno 1 caso di xantelasma in cartella la media di assistiti è 1437: (**Maximum** 1947; **Upper quartile** 1570 ; **Median** 1513; **Lower quartile** 1327; **Minimum** 912)

NUMERO di XANTELASMI per MMG : In totale i 21 MMG hanno 88 casi. La media per MMG è di 4,2 casi di xantelasmi (DS di 2.3) per MMG con il seguente RANGE: minimo 1 caso; massimo 10. Se si rapportano i casi al totale di pazienti per MG allora si hanno i seguenti risultati: la prevalenza media è 3 per mille assistiti; la prevalenza mediana 2.6 per mille; minimo e massimo rispettivamente 0.5 e 7.9 per mille. La variabilità tra MG è rilevante (**VEDI FIGURA 1**) : il Coefficiente di Variazione è pari al 63%.





DIFFERENZA tra i sessi nella casistica di Xantelasma (FIGURA 2): è da segnalare la netta differenza tra i 21 MMG della prevalenza tra femmine e maschi: i 21 MMG hanno in media di 3,3 xantelasma di sesso femminile per MMG, ed in media solo 0.9 casi di sesso maschile (test di Student con correzione di Welch significativa con $p < 0.001$ e IC della differenza che oscilla tra 1,4 e 3,3)

COMMENTI e CONCLUSIONI

Il primo commento riguarda l'assenza di casi xantelasma per 8/29 (27.6%) MMG partecipanti. Dalla discussione nella lista sul dato è emerso che questa omissione è stata dovuta soprattutto al non sapere che lo xantelasma ha un suo Codice ICD9; i colleghi si sono impegnati a registrare il dato sin dal prossimo futuro. Ma anche nei 21 MMG con almeno un caso registrato la prevalenza riscontrata (3 per mille) è piuttosto lontana dall'atteso, che, dai dati di letteratura, dovrebbe essere almeno 4-5 volte maggiore. Nella limitata letteratura sull'argomento si va dall'1.1-2% di prevalenza al 4% dello studio citato sul BMJ, che in realtà è uno screening pianificato e sistematico che ha indagato più di 12.000 pazienti esenti da malattie cardiovascolari tra i 20 e 93 anni.

Piuttosto interessante è poi la netta e significativa differenza tra sessi: la prevalenza tra femmine risulta circa 3.5 volte superiore che tra i maschi. Quest'analisi comparativa tra i sessi è poche volte presente in letteratura: i pochi studi che la citano confermano la maggior prevalenza tra i sessi (Urbano, 2001).

Data la crescente enfasi dell'importante rischio cardiovascolare tra i pazienti con xantelasma, si impone la necessità di porre maggiore attenzione verso questo segno nell'incontro con i pazienti; in fondo il contatto faccia a faccia è tipico delle visite ambulatoriali e perciò può essere un ottimo momento per osservare il segno; e non è da trascurare la possibilità di osservarlo durante l'esame obiettivo o durante la misurazione della pressione arteriosa. È importante inoltre diffondere tra i MMG l'abitudine a conoscere ed inserire in cartella i

codici ICD dei segni clinici, tra cui gli Xantelasma. Spesso a noi MMG viene più immediato pensare al sistema dei codici ICD come ad una banca di codici di malattia; ed invece nel sistema dei codici esiste un'area per i segni più importanti, che dovremo utilizzare sempre di più.

Resta infine da menzionare un rischio: se non saremo solerti nel riscontrare e segnalare il segno, correremo il rischio di perdere per sempre l'occasione, visto che aumentano sempre più gli interventi estetici di rimozione degli xantelasma, in particolare proprio nel sesso femminile ove la prevalenza è maggiore. Dal momento che il segno può essere l'unico modo di identificare il rischio cardiovascolare alto in un numero di pazienti con profilo lipidico non particolarmente alto, dovremo vigilare sul rendere consapevoli noi e le/i nostre/i pazienti che il riconoscimento di questo segno-verità viene prima del perseguimento degli ideali estetici: prima codificare e solo dopo "bonificare" o "imbellire".

BIBLIOGRAFIA

- Christoffersen M, Frikke-Schmidt R, Schnohr P, Jensen GB, Nordestgaard BG, Tybjaerg-Hansen A (2011). "Xanthelasmata, arcus corneae, and ischaemic vascular disease and death in general population: prospective cohort study". *BMJ* 343: d5497.
- Frank Urbano, *Hospital Physician*, November 2001
- Hamilton Bailey's – *PHYSICAL SIGNS* -17th edition 1992 – Butterworth-Heinemann editors, Oxford.

**EBM e NBM: andata e ritorno della
medicina basata sul buon senso**

Enzo Brizio - Fossano (CN)
e.brizio@gmail.com

Per introdurre l'EBM il discorso può partire da molto lontano: l'Alto Medio Evo, il tempo di Conan il barbaro, tanto per intenderci. Nel 1139 viene realizzato da parte della Chiesa di Roma il Concilio Ecumenico Lateranense II, che tra i vari pronunciamenti ne emette uno che riguarda da vicino la nostra professione: il **divieto assoluto** esercitare la chirurgia, rifacendosi ad una frase degli Atti degli Apostoli attribuita a S. Giacomo (*Visum est enim Spiritui Sancto et nobis nihil ultra imponere vobis oneris quam haec necessario: abstinere ab idolothytis et sanguine et suffocatis et fornicatione; a quibus custodientes vos bene agetis. Valet - Act. Apost. 15 - 28,29*) che a sua volta si rifà al Levitico (**Quia anima carnis in sanguine est, et**

ego dedi illum vobis, ut super altare in eo expietis pro animabus vestris, quia sanguis ipse per animam expiat - Lib. Levit. 17 - 11).

Proprio quando i medici non potevano più esercitare la chirurgia nasce allora la figura del cerusico, per lo più un barbiere, qualche volta un norcino (castratore e macellatore di maiali), che assume i compiti della piccola chirurgia, molto spesso ambulante, in cui erano richieste soprattutto velocità ed abilità manuale, ed il cui compito inizialmente era quello di estrarre le frecce dai feriti in battaglia, mentre con il tempo, sfruttando la propria capacità manuale, si dedica anche ad interventi chirurgici veri e propri.



Cerusico all'opera

Con il passare del tempo la medicina si fonde sempre maggiormente con la magia, sia perché affidata a questi personaggi senza alcun studio preparatorio, sia per la scarsità di nozioni scientifiche: i trattati di medicina esistevano (il *Canon Medicinæ* di Avicenna è della prima metà del 1400) ma erano patrimonio di chi possedeva una erudizione scolastica e che doveva pertanto rispettare i veti ecclesiastici. L'erboristeria e soprattutto l'erboristeria **magica** la fanno da padroni, al punto che Machiavelli scrive una commedia su un'erba usatissima per le sue proprietà

magiche: la mandragola, ritenuta magica a causa della forma della radice (afrodisiaca, anestetizzante, in grado di trasformare un uomo in animale, nata dallo sperma degli impiccati in punto di morte). I meno giovani ricorderanno un famoso personaggio dei fumetti degli anni 30-40: **Mandrake**, che non è altro che il termine inglese della mandragola.



La mandragola nell'immaginario popolare

Il risveglio intellettuale è attribuito ad una delle più antiche e famose scuole di medicina di tutto il mondo: la Scuola di Salerno, che nasce in tempi molto antichi, verso il 900, e che arriva al massimo splendore nel 1500-1600, soprattutto per merito degli Arabi, che non essendo cristiani non erano tenuti ai dettami della chiesa di Roma e possedevano già trattati di anatomia e chirurgia. Per omaggio a questa grandissima scuola scientifica, ancora adesso nello stemma di Salerno c'è la denominazione di *Hippocratica Civitas*.

Si arriva così al 1600, con la peste: il medico gira i lazzeretti in un abbigliamento

anticontagio e antiputrefazione, indossando maschere con enormi "becchi" riempiti di sostanze odorose per evitare il puzzo degli appestati. L'armamentario terapeutico è ampiamente rappresentato da sostanze vegetali e minerali.

Con la rivoluzione industriale e con l'illuminismo finalmente la ragione prende il sopravvento: arriviamo al medico dell'800: la medicina è prevalentemente **sperimentale** e affidata alle intuizioni geniali del singolo. Basti pensare alle grandi scoperte batteriologiche di Jenner, Pasteur e Koch.

Su che cosa si basava l'arte medica?

- sull'esperienza diretta (**empirismo**), che è solamente aneddótica
- sulla constatazione della **guarigione**, che nel singolo non prova assolutamente nulla
- sul rapporto **causa-effetto**, già messo in discussione da Hume nel 1776. Il sofisma *post hoc propter hoc* viene infatti criticato da Hume che afferma: se tutte le mattine il gallo canta, se ne potrebbe dedurre, applicando il sofisma suddetto, che il sole sorge perché il gallo lo invoca. Questa errata interpretazione del rapporto temporale come causale sta ancora oggi alla base di presunte virtù di sostanze varie e di medicine alternative in genere.

Per eliminare o ridurre le mancanze della medicina antica i mezzi sono:

- **campionatura** estesa (si elimina l'empirismo)
- ricerca di vero rapporto causa/effetto mediante i **controlli contro placebo**
- eliminazione di tutti i possibili bias (**omogeneizzare** il campione il più possibile)

Nascono quindi **RCT** (studi caso-controllo, in doppio cieco, randomizzati). Per migliorarne ancora l'attendibilità dei risultati, si può fare un ultimo processo: prendere diversi studi che trattino l'argomento interessato, ottenendo così un campione molto ampio, eliminare gli studi che metodologicamente presentano difetti ed analizzare i risultati di quanto resta, esaminando i risultati dopo aver escluso i

cosiddetti **fattori di confondimento**.

Questo processo di revisione si chiama **METANALISI** e costituisce oggi quanto di più scientifico possiamo avere, soprattutto quando la metanalisi venga realizzata da organismi svincolati da qualsiasi interesse economico, come l'organizzazione Cochrane, Bandolier o il gruppo italiano GIMBE, per citare alcuni dei più importanti.

Come conseguenza di questo processo di analisi e di verifica vengono emesse le **LINEE-GUIDA**, in genere da parte di società scientifiche o di associazioni mediche.

Sembrerebbe il non plus ultra.



L'agguato

Ma dietro l'angolo ci sono le case farmaceutiche in agguato. I soldi per la ricerca vengono da loro, ed il conflitto di interessi è spesso enorme. I ricercatori sul libro paga delle ditte non sono pochi. Gli studi e i confronti tra i gruppi possono essere impostati in modo statisticamente corretti ma nello stesso tempo con obiettivi in qualche modo adattati allo sponsor. I risultati degli studi possono essere presentati in vari modi o addirittura celati. La metodologia può essere così meno rigorosa ed inattaccabile di quanto appaia sotto le complesse sembianze della tecnicità dei trial.

Per stabilire un metodo di lavoro scientifico e in grado di eliminare questi problemi enormi il canadese David Sackett fonda l'**EBM** con questo scopo: criticare la metodologia degli studi fino a considerarli ineccepibili, ed

applicare i risultati di questa critica alla pratica quotidiana.

L'**EBM** valuta i risultati e la metodologia impiegata per ottenerli, consigliando solamente il ricorso a farmaci o procedure (screening) di cui esistano prove chiare di utilità. Nasce quindi una medicina inattaccabile dal punto di vista della scientificità, che si basa su 5 gradi di raccomandazione (le stesse che vengono utilizzate nella stesura delle Linee-Guida):

A - L'intervento è fortemente raccomandato per i benefici che ne derivano e per l'evidenza chiara della sua utilità (ad es. l'uso di antiaggreganti dopo TIA/ictus).

B - L'intervento è raccomandato anche se i suoi benefici non sono altissimi oppure non vi è una chiara evidenza (ad es. usare farmaci negli obesi con IGT per prevenirne il diabete).

C - L'intervento non è raccomandato di routine: vi è solo una moderata certezza che il beneficio ricavato sia piccolo. Si può prendere in considerazione l'impiego nel singolo paziente ma non a livello routinario (ad es. l'esecuzione di mammografie prima dei 40 anni).

D - L'intervento è sconsigliato di routine: vi è ampia evidenza che il beneficio è minimo oppure che i danni superano i benefici (ad es. eseguire una puntura lombare dopo l'uso di antibiotici).

I - L'evidenza è insufficiente per emettere una raccomandazione, sia a favore sia contro l'intervento: se viene attuato, il paziente dovrebbe essere informato dell'incertezza sul risultato o sugli effetti collaterali.

Questa rigidità ha però attirato gli organismi amministrativi, che tendono ad utilizzarla per imporre linee di condotta improntate soprattutto a criteri di risparmio. In pratica, quelle che non sono altro che **raccomandazioni** rischiano di essere trasformate in **imposizioni**; e così l'EBM, nata per **consigliare** il medico, gradatamente rischia di trasformarsi in **REGOLA** quasi ricattatoria mediante il meccanismo perverso degli obiettivi: se non fai come dico io non ti pago.

Visto questo stravolgimento dell'EBM lo stesso Sackett scrive sul BMJ nel 1996 uno splendido articolo intitolato "*EBM: che cosa è e che cosa non è*", in cui scrive testualmente "**Praticare l'EBM significa integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza derivata da ricerche sistematiche**" e proclama fieramente "**Clinicians who fear top-down cookbook will find the advocates of EBM joining them at the barricades**".

A questo proposito cito una recentissima sentenza della Cassazione (**Sentenza Cassazione sez. IV penale 8254-11 3 Marzo 2011**), che ha condannato un medico per aver applicato una linea-guida con danno del proprio paziente: "**A nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute**, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato". La stessa Cassazione ricorda ai medici che prima di tutto devono rispondere al loro codice deontologico in base al quale "I medici hanno il **dovere** di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e, pertanto, **non sono tenuti al rispetto di quelle direttive laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente**, e non possono andare esenti da **colpa** ove se ne lascino condizionare, rinunciando al proprio compito e **degradando** la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico".

Spero di aver chiarito a sufficienza il concetto di EBM e se mi si permette un neologismo anglofono, chiudo dicendo che l'EBM dovrebbe essere sempre accompagnata dalla sorella gemella, la NBM, che ogni giorno, in ogni atto della nostra vita (non solo professionale) dovrebbe essere il nostro angelo custode. Per chi non conosce l'inglese colloquiale, NOUS significa "Buon Senso".

Resoconto della prima videoconferenza dell'aula multimediale "Claudio Carosino" di netaudit (www.netaudit.org): la depressione in MG oltre i numeri con virgola: qualità e complessità come sfide per nuove tipologie di audio e Netaudit

Mario Baruchello (Tezze sul Brenta, Vicenza), Francesco Del Zotti (relatore di avvio della videoconferenza; Verona), Egidio Giordano (Lauria, Potenza), Lorenzo Lupi (La Spezia), Ivo Pierobon (Verona), Diego Sabbi (Arquata Scrivia, Alessandria)

Nel 2011 il gruppo di medici medicina generale italiani *Netaudit* ha varato un'iniziativa dedicata al compianto medico di medicina generale di Busseto (Parma) Claudio Carosino, grande medico e molto attivo in *Netaudit* e nella medicina generale nazionale ed internazionale (si veda in Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Claudio_Carosino).

Nel 2010 fu assassinato da un paziente depresso e disturbato mentalmente, che egli visitava di domenica, fuori orario. Ci è sembrato doveroso far vertere la prima videoconferenza proprio sul tema della Depressione in Medicina Generale.

I video-incontri dell'aula multimediale "Claudio Carosino" di *Netaudit* avvengono tra un numero limitato di membri (al massimo una decina), sia per motivi tecnici di "banda" della rete, sia per permettere un'interazione soddisfacente su tematiche che per scelta hanno come focus gli aspetti qualitativi dell'argomento, più che quelli quantitativi. Queste videoconferenze sono un giusto complemento sul versante "qualitativo" rispetto ai numerosi Audit quantitativi promossi e realizzati dal gruppo *Netaudit* in più di un decennio.

Nel seguente Link <http://tinyurl.com/cfp5god> potete leggere le diapositive della relazione di avvio alla discussione. Potete alimentare la discussione sulle tematiche della serata scrivendo sul Blog il "i colori tra i numeri" che potete raggiungere dalla stessa homepage di www.netaudit.org



Claudio Carosino

Nota per gli autori:
I testi degli articoli devono essere inviati a Francesco Del Zotti (francesco.delzotti@tin.it) oppure a Mario Baruchello (mario.baruchello@tin.it).
Le eventuali immagini o grafici devono essere acclusi in file separati e non all'interno del documento.