



Editoriale

Mario Baruchello
mario.baruchello@tin.it

Chi è il Dr. **Phil Reid**, e chi sono il Dr. **Lugaria**, il Dr. **Thelma L. Fernandez**, il Dr. **Neil Sharma**, il Dr. **Manzoor Butt**, il Dr. **Aloizos**, il Dr. **Ian Couper**, il Dr. **Andrew Ross**?

Troverete i loro nomi sulla pagina dedicata al Global Doctor of the Month

<http://www.globalfamilydoctor.com/> fra i colleghi che sono stati segnalati da altri medici di famiglia per il loro lavoro nella promozione della medicina generale come disciplina o per il loro impegno di vita professionale dedicata all'esercizio della medicina come arte, scienza e umanità.

È giunta l'ora anche in Italia di rimboccarsi le maniche e di unirci, amici e lettori di QQ, per fare una proposta di citazione per un collega italiano (e io ne conosco molti) che meriti di essere premiato con questo simbolico attestato. Siamo pronti a raccogliere i contributi di ognuno di voi e a valorizzarli a questo scopo anche perché non è giusto essere ricordati solo "per meriti alla memoria"!

La medicina generale italiana è matura per raccogliere successi di questo genere anche se deve battersi, ultima fra i paesi europei e sorpassata da moltissimi paesi del terzo mondo per vedersi riconosciuta come disciplina SCIENTIFICA autonoma ed avere una dignità ACCADEMICA con un proprio

ruolo formativo indipendente all'interno della Università italiana.

Troppo lentamente procede il riconoscimento istituzionale dello Stato alla medicina generale con continue modifiche normative (Esame di Stato, Terzo anno per la Scuola di formazione specifica, insegnamenti a spot prelaurea) che delineano una incertezza nella costruzione di un articolato system design, resistenze borboniche delle corporazioni che presidiano l'Alma Mater Studiorum, e una incapacità della professione di fare lobbying efficace.

Due convegni il prossimo autunno affronteranno questi temi in un articolato confronto fra i protagonisti di questa storia infinita: il 1° Ottobre 2004 a Roma all'Hotel Villa Eur Parco dei Pini a cura del Comitato Scientifico Wonca 2006 e a Treviso il 26 Novembre i medici veneti sotto il coordinamento della Scuola regionale potranno confrontare esperienze formative italiane e europee sul tema.

Queste riflessioni e le proposte che usciranno da questi incontri ben si inseriscono con le ricerche presentate in questo numero.

Un approfondimento di metodologia di estrazione dati dal proprio software nell'articolo "Le piramidi demografiche..." suggerisce di riflettere sui dati generali della propria comunità di pazienti. Emergono per ognuno di noi lo specifico del proprio setting e le correlazioni epidemiologiche con i fenomeni prescrittivi, il modello organizzativo, i ricoveri che promoviamo nel lavoro

quotidiano. Siamo certi che molti lettori trarranno spunti di ulteriore approfondimento specie se organizzati in associazioni o medicine di gruppo.

"Net-alt" offre le prime conclusioni di un lavoro del Gruppo Net-Audit su 58.124 pazienti di 40 colleghi, che stanno proseguendo oggi con una ulteriore ricerca sul tema della prevenzione vaccinale delle epatiti in una popolazione selezionata di nostri pazienti. Le domande sono: quando riscontriamo una alterazione delle transaminasi sappiamo poi fare gli approfondimenti dovuti? registriamo in modo nosograficamente corretto una diagnosi, verificata a distanza? monitoriamo nel tempo la salute di questa sottoclasse di pazienti?

- 1 *Editoriale*
- 2 *La piramide demografica in medicina generale*
- 4 *Audit sulla transaminasi ALT elevata*
- 6 *Questionario sulla borsa medica*

Ma il "carico della professione" non sono solo i grandi numeri: anche la borsa che ci portiamo dietro, ben illustrata dalla foto del Dott. Ceriani (Archivi Alinari), dà ad ognuno di noi l'occasione di guardare "dentro la professione". Non si tratta di curiosità o *non-sense*, anche in questa occasione la giovane Mirella Aulino, guidata dall'esperto tutor, riesce a fare

una fotografia del lavoro quotidiano che oscilla fra una essenzialità logistica (siamo ancora fermi al medico del 1960!) e impegno tecnologico.

Ci dovrebbe venire il dubbio che, nella complessità dell'attività domiciliare, non basti il solo bagaglio comunicativo e quelle competenze relazionali-empatiche che ci permettono di dare "tanto medico e poche medicine" in tante situazioni.

Questo senza arrivare all'eccesso di quegli internisti Usa che annunciando, in nome della appropriatezza, la fine dell'auscultazione con il fonendoscopio sostengono che noi poveri "medici scalzi" o passiamo all'uso sistematico dell'immagine fornita da un ecocardiografo (anche miniaturizzato oggi e portatile) o saremmo chiamati a rispondere di gravi responsabilità. (Alexander & Patel: Screening for structural heart disease: time stop to listening and start looking. Am Heart J - Editoriale, n. 4 /276 Ottobre 2003)

Esercizi di Audit ed epidemiologia: la piramide demografica in Medicina Generale

Franco Del Zotti (Verona), Enzo Brizio (Fossano - CN), Cosimo De Mola (Bari), Domenico Fatigati (Napoli), Piero Quattrocchi (Pavia), Paolo Schianchi (Parma)

Obiettivo

Dimostrare che ogni MMG può costruirsi una Piramide demografica della comunità dei suoi assistiti, con una procedura passo-passo e utilizzando strumenti informatici gratuiti o a basso costo

Motivazioni

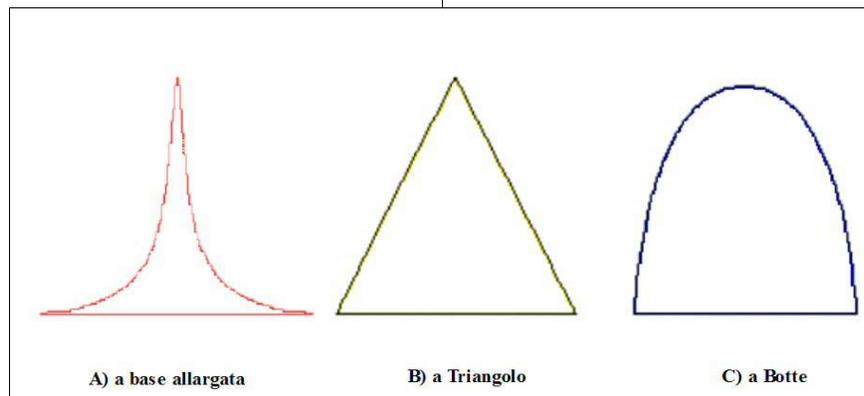
Vi è una analogia tra la foto di un paziente e la Piramide demografica, "foto" della nostra comunità. Eppure

mentre nella nostra memoria si affollano i ricordi delle facce di innumerevoli pazienti, la gran parte delle volte il MMG non possiede nemmeno un'immagine della piramide demografica della collettività dei nostri pazienti. Ebbene, riteniamo che in un Paese come l'Italia in cui i MMG sono pagati per Liste di pazienti, vi sia una certa opportunità per il MMG nell'usare strumenti che gli servono per riconoscere non solo i problemi di chi viene spesso in ambulatorio, ma per intravedere quelli dell'intera comunità dei suoi assistiti. A questo punto sorge la domanda: può ogni MMG costruirsi la Piramide demografica con strumenti informatici non complessi e a costo basso o gratuito?

Metodo e risultati

Sono stati invitati i coordinatori della **Lista Netaudit** (www.netaudit.org) a seguire un procedura passo-passo con Epi-info 6 (software freeware del CDC di Atlanta) e con Excel (software compreso nel pacchetto Microsoft Office in dotazione all'acquisto del PC), per produrre la piramide dei propri pazienti.

Hanno aderito all'invito 6 colleghi, di cui 4 del Centro-Nord e due del Sud.



2 MMG hanno eseguito la procedura sia con il proprio software, sia con Epi-info. In appendice 2 descriviamo la procedura usata con il software freeware del CDC di Atlanta Epi-info 6; e inoltre forniamo le istruzioni per creare un grafico della Piramide con Excel.

Dalla lettura delle modalità di costruzione e interpretazione delle

piramidi demografiche (**Appendice 1 e Fig. 1**) e dall'analisi comparativa delle 6 piramidi ognuno dei MMG può rendersi conto di alcune differenze loco-regionali e individuali tra MMG. Possiamo concludere che la diffusione telematica di procedure passo-passo per Epi-info ed Excel rende realistico l'impiego sempre maggiore delle Piramidi demografiche, per una migliore gestione della qualità del nostro database e per la rappresentazione grafica di importanti fenomeni epidemiologici

APPENDICE 1:

1) cosa sono e come si costruiscono le piramidi demografiche

2) a che servono le piramidi demografiche in MG?

La piramide demografica è un grafico formato da 2 Diagrammi a barre affiancati, uno per sesso. Per convenzione il diagramma dei maschi è a sinistra di quello delle femmine. L'altezza e lunghezza di ciascuna barra orizzontale è proporzionale al numero dei maschi e delle femmine in quel gruppo di età. La progressione dei Gruppi di età è rappresentata dal basso verso l'alto (i bambini in basso; gli anziani verso l'alto). Le piramidi

demografiche forniscono in un solo colpo d'occhio informazioni preziose sul tasso di natalità e mortalità, di immigrazione/emigrazione delle varie popolazioni in diversi contesti geografici. La **Fig. 1** illustra popolazioni a diverse caratteristiche: la Piramide A con base allargata e parte alta a punta più tipica delle popolazioni con alta natalità, alta mortalità e basso

tasso di crescita; la piramide, a Triangolo, è caratterizzata da alta natalità, bassa mortalità e alto tasso di crescita; la Piramide C, a botte, ha bassa natalità, bassa mortalità e basso tasso di crescita, ed è tipica delle nazioni occidentali.

Nella MG questo strumento può fornire ad ogni medico di famiglia un metodo prezioso non solo per capire i problemi generali sopra accennati, ma anche per individuare problemi particolari. Se date un'occhiata alla Piramide demografica del dr Pinco Pallino (Fig. 2) dovrete notare due problemi. Quali?

sarà indotto a rimediarvi. Inoltre, le Piramidi possono applicarsi a "popolazioni" selezionate di pazienti affetti da singole e specifiche malattie, e fornirci così informazioni preziose sulla distribuzione per sesso e classe di età, utilissime per capire il loro impatto, e per la loro gestione, dalla prevenzione alla terapia

APPENDICE 2

1) Come Costruire la piramide con Epi-info 6

A) creare una cartella in C, ad esempio dal nome "piramide"

```
READ C:\piramide\*. * (scegli il file demo.dbf)
```

```
SELECT SESSO="F"
```

```
DEFINE classeta STRING WIDTH=10
```

```
RECODE eta to classeta by 5
```

```
FREQ classeta
```

D2) Procedura per il sesso Maschile

(dopo ogni linea premere INVIO)

```
READ C:\piramide\*. *
```

```
SELECT SESSO="M"
```

```
DEFINE classeta STRING WIDTH=10
```

```
RECODE eta to classeta by 5
```

```
FREQ classeta
```

2) Creare il grafico della Piramide usando EXCEL (adoperare i dati, cumulati per le classi di età dei 2 sessi, ricavati dalla precedente esercitazione in Epi-info). Vedi anche Stauffer, 1999.

a) Inserire in un foglio di excel tre colonne:

1. nella prima mettere le fasce di età

2. nella seconda mettere il numero di maschi per ogni fascia di età, **preceduto dal segno "meno"**

3. nella terza il numero delle femmine

b) Selezionare le tre colonne

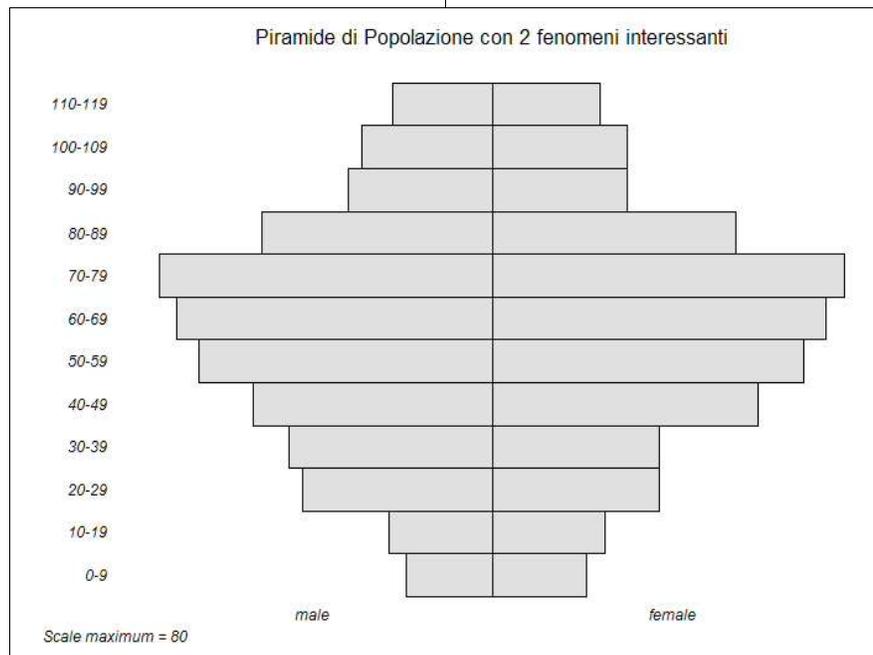
c) Mediante il menu "Inserisci" scegliere "Grafico" e, come tipo di grafico, Barre

d) Scegliere il primo tipo di Barre e premere Fine

e) Con il tasto destro del mouse premere sull'elenco delle fasce di età (che e' seminascosto dalle barre di sinistra) e scegliere "Formato asse" e poi "Motivo". Selezionare "Segno di graduazione principale" e "Segno di graduazione secondario" entrambi come "Assenti". Selezionare "Etichette di graduazione" con la scelta "In basso"

f) Selezionare con il tasto destro del mouse ognuna delle due serie di barre e scegliere "Formato serie dati". In "Opzioni" mettere "Sovrapposizione" a 100 e "Distanza tra le barre" a 0 (zero).

g) Selezionare con il tasto dx del mouse l'asse delle X e scegliere "Formato Asse". Scegliere poi "Numero" e selezionare



Il primo problema riguarda le classi di età tra 20 e 39 anni, dove si nota un'asimmetria a favore di maschi. Vi è nella popolazione assistita da questo medico un fenomeno immigratorio, che in genere interessa i giovani maschi? Il secondo problema è legato alla "sopravvivenza" straordinaria di non pochi pazienti sopra i 100 anni. In realtà conoscendo bene il nostro lavoro, possiamo immaginare un'ipotesi più realistica: il dr Pinco Pallino non riesce ad aggiornare nel suo PC il database anagrafico di suoi pazienti; non riesce a trovare il tempo per eliminare i morti! Se il dr. Pinco Pallino userà più spesso la Piramide allora potrà accorgersi agevolmente di questo difetto e magari

B) fare il download del software ANALYSIS (circa 350 KB) o da <http://www.netaudit.org/piramide/ANALYSIS.EXE>; se non funziona allora usate il link <http://www.epidata.dk/downloads/analysis.zip> e inserirlo metterlo nella cartella Piramide, appena creata

C) a partire dal proprio programma di cartelle computerizzate salvare con estensione DBF il file dei propri pazienti con i campi Età (in anni) e Sesso. Se volete potete fare una prova, scaricando il file DEMO di pazienti-demo età sesso dal sito: http://www.netaudit.org/demo_paz.dbf e metterlo nella cartella "piramide"

D1) Procedura per il sesso Femminile **(dopo ogni linea premere INVIO)**

“Personalizzato”. Nella casella del “Tipo” dovrebbe esserci scritto “Standard”. Sostituire la parola “Standard” con 0;0 (due zeri separati da un punto e virgola)

- h) Selezionare con il tasto dx una qualsiasi delle due serie di barre colorate e scegliere “Dati di origine”. Nella pagine “Serie” mettere nel “Nome” di ogni serie “Maschi” e “Femmine”
- i) Se la legenda non risulta visibile, cliccare con il tasto dx sul grafico e scegliere “Opzioni del grafico”, spuntando la casella “Mostra legenda”
- j) Rifinire il grafico scegliendo i caratteri e i colori a proprio piacimento

Bibliografia

- Del Zotti F, Brizio E, Franchini C A, Galassi S, Tarallo N, Lista Netaudit: Qualità del nostro archivio di cartelle computerizzate - QQ ediz. Italiana, Marzo 2004
- Stauffer Cherryl. Building Pyramids, *Population Today*, Pag. 3, May 1999



**Netaudit sulla
Transaminasi ALT
elevata (“Net-Alt”)
tra 40 MMG italiani**

Enzo Ubaldi (San Benedetto del Tronto), Franco Magliozzo (Palermo), Tiziana Murari (Bolzano), Vanna Rinaldi (Modena) e Lista nazionale Netaudit (www.netaudit.org)

MOTIVAZIONI

Uno dei problemi che frequentemente il MMG affronta è quello della alterazione di uno o più enzimi epatici, in particolare l’aumento dei valori delle transaminasi.

Secondo studi di popolazione italiani, circa il 20% degli individui sottoposti ad esami di screening presenta livelli alterati degli enzimi epatici confermati nel tempo, mentre la prevalenza della patologia epatica nella popolazione generale risulta essere significativamente minore (1).

Il riscontro di ipertransaminasemia è nel 90% dei casi occasionale come conseguenza della inclusione dei test epatici negli esami di routine richiesti per problemi medici e non (check-up, screening obbligatori in ambito lavorativo, donazioni e pre-intervento chirurgico).

Esistono in letteratura poche evidenze generate da studi a livello delle cure primarie che indichino la gestione più appropriata dell’ipertransaminasemia, specialmente in termini di costo-efficacia.

In tempi di risorse limitate, a fronte di un’ampia disponibilità di test diagnostici spesso molto costosi, non è pensabile far eseguire a tutti i pazienti un set allargato di accertamenti né inviare tutti “tout court” al secondo livello, tanto più che l’ipertransaminasemia è frequentemente transitoria (normalizzazione spontanea nel 38% dei pazienti in primary care) (2), riscontrata in pazienti asintomatici e non necessita di trattamenti specifici. E’ da tener presente inoltre che i valori normali di transaminasi (<30-40 UI) sono ottenuti con media \pm 2DS e quindi il 5% di soggetti sani cade al di fuori, il 2,5% oltre il limite superiore.

D’altro canto una corretta gestione è necessaria per identificare precocemente casi curabili di malattia cronica di fegato (3).

Per i precedenti motivi abbiamo ritenuto importante studiare il Test di screening più specifico, l’ALT. Per essere sicuri di escludere rialzi occasionali abbiamo deciso di concentrarci su pazienti con ALMENO 2 ALT elevate, riscontrate a distanza temporale di almeno un mese l’una dall’altra.

Abbiamo scelto il valore di 55 come soglia minima di alterazione, valore che rappresenta circa 1,5 volte il limite massimo medio di normalità, per le sopraesposte e per le numerose condizioni cliniche che possono alterare le ALT (come pazienti con un BMI elevato senza danno epatico).

Il limite superiore di 450 da noi scelto rappresenta circa 10 volte quello superiore di normalità: questo è convenzionalmente accettato come spartiacque tra alterazioni lievi moderate ed alterazioni da danno acuto.

OBIETTIVI

1. valutare per ogni MMG: il numero di pazienti con transaminasi ALT superiore a 54 (sino ad un massimo di 450) in almeno 2 occasioni a DISTANZA di ALMENO 1 MESE l’una dall’altra, in un periodo che vada dal 1 gennaio 2000 al 31 Dicembre 2003
2. tra i paz con la ALT elevata: quanti hanno cause già identificate e quanti no
3. quanti, tra pazienti con cause riconosciute, hanno cause prevenibili (almeno per un *contatto*) o curabili e quanti no

METODO

Ogni MMG, con l’aiuto di Query semplici ed SQL centralizzate, ha estratto dal suo PC il numero dei pazienti con almeno 2 Alt superiori a 54. Successivamente, al fine di limitare il tempo del Lavoro (la regola di netaudit e’ “Audit per soli MMG in meno di 3 ore”) ai MMG con più di 10 casi, è stato fornito un Link ad un sito web ove ogni MMG ha potuto effettuare la randomizzazione di 10 pazienti.

Alla fine del processo randomizzazione,

sono state selezionate 348 Cartelle di pazienti con ALT elevate, pari al 37.9% del totale di 918 casi con ALT elevate. I risultati seguenti si riferiscono proprio a queste 348 cartelle.

RISULTATI

MMG Partecipanti

I MMG partecipanti a questo Audit sono stati 40, di cui 29 del Nord e 11 del centro-sud. Essi assistono 58124 pazienti, con una media di 1453 pazienti per MMG (DS 180.15). Su 58124 pazienti, 918 sono i pazienti con almeno 2 Alt superiori a 54 (1.5 %). Il numero medio di pazienti con almeno 2 alt superiori è stato di 23 (minimo 2; massimo 123). Con SD 24.2; coeff di variazione 12%)

Indicatori e Criteri controllati

Nel gruppo delle cartelle selezionate, ogni cartella veniva valutata per controllare se in essa erano registrati, nel periodo di osservazione, dati legati a cause prevenibili di malattie o ad importanti variabili di gestione del caso.

I 348 PAZIENTI (vedi anche le due figure nel testo)

SESSO: 127 femmine e 221 Maschi.
 ETA': Età mediana è risultata di 56 anni; quella media è risultata di 54.9 con una DS di 15.22
 BMI medio: 28.1; Il BMI dei pazienti con HCV+ o HBsAg+ è risultato di 26.3
 VALUTAZIONE della cronicità: nell'88.2% dei casi le 2 Transaminasi persistevano elevate oltre i 6 mesi

EZIOLOGIA alcolica: Esistono in cartella elementi a favore di una eziologia alcolica in 91 Casi (26.2%); i dati sono incompleti in 21 casi (6%)

LAVORI A RISCHIO

“Svolge o ha svolto uno di seguenti lavori a rischio di epatotossicità?” (ad es: autocostruzione, abbigliamento (montaggio)-ceramica- lavanderia-tintoria -pelletteria- mobilificio-vetreteria-vivaista): vi sono elementi di lavori a rischio di epatotossicità in 21 casi (6%). La raccolta dati su questo item è incompleta in 22 casi (6.3 %)

Uso NON saltuario di farmaci sicuramente epatotossici (alcuni psicofarmaci)?: i dati in cartella fanno propendere per un coinvolgimento

61 casi (17.5%)

ECO EPATICA: In 156 casi vi e' un riscontro di statosi all'eco (%); in 77 casi (22.1%) i dati sull'eco sono assenti o non chiari

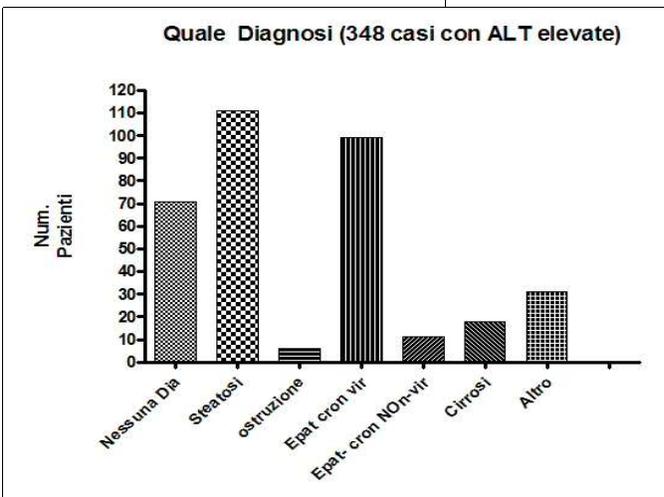
Esami che indicano una sospetta Emocromatosi

a) Test genetici positivi: 4 casi (1.15%);
 b) alterazioni della Transferrina saturata o della Ferritina: 14 casi (4%)

Quale, secondo il MMG, la diagnosi principale tra i seguenti gruppi?

Ecco le percentuali dei vari gruppi: altro 31 (8.9%); cirrosi 18 (5%); epatite cronica Non virale 11 (3,1 %); epatite cronica virale 99 (28.4 %); ostruzione 6 (1.7%); steatosi 111 (31.9%);nessuna

diagnosi chiara 71 (20.4 %)



DISCUSSIONE

Tra i 40 MMG che hanno partecipato all'Audit è stato osservato un numero medio di 23 pazienti con ALT superiore a 54 UI in almeno 2 occasioni negli ultimi 3 anni (corrispondente al 1.5% degli assistiti), a

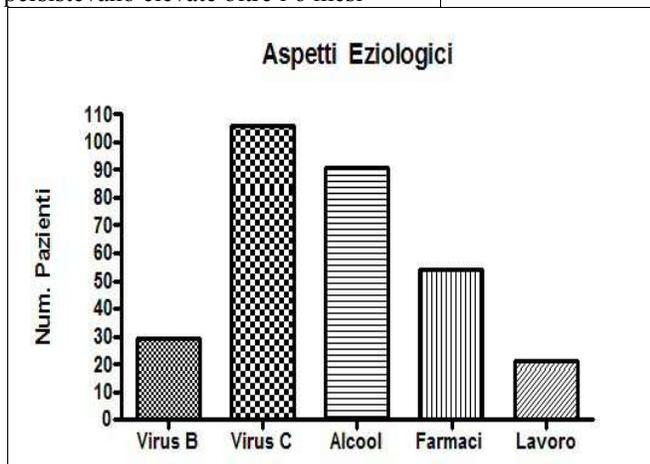
patogenetico di farmaci epatotossici in 54 casi (15,5%)

Almeno uno dei seguenti FATTORI DI RISCHIO: emotrasfusioni, droghe, tatuaggi, chirurgia è presente in 66 casi (18.9%)

conferma della rilevanza del problema ipertransaminasemia nella pratica clinica quotidiana della medicina generale.

La non occasionalità del riscontro di ipertransaminasemia lieve-moderata in questi pazienti è confermata dalla persistenza, nell'88.2% dei casi, di ALT elevate oltre 6 mesi, periodo temporale indicativo di cronicizzazione del danno epatico.

Nei 348 pazienti oggetti dello studio è stata osservata una prevalenza del sesso maschile (221/127) e valori medi di Body Mass Index (BMI) di 28.1 (BMI oltre 28= obesità). L'Obesità si correla alla steatosi epatica che è infatti risultata essere la principale causa riconosciuta di danno epatico in questi pazienti.



HBsAg: in 29 casi (8.3%) il paziente è HBsAg positivo. In 65 casi (18.7%) non sono presenti chiari elementi in cartella sulla richiesta e/o risultato di questo esame.

HCV: l'HCV è positivo in 106 pazienti (30.4%). Non vi sono dati chiari in cartella in

Pur trovandoci di fronte ad alterazioni di ALT espressione di probabile danno epatico cronico, non è stata indagata una discreta percentuale di fattori di rischio o eziologici: alcol (6%), lavori a rischio (6,3%), HBsAg (18.7%), HCV Ab (17.5%), eco epatica (22.1%).

La principale causa di aumento di ALT è risultata la steatosi (31.9%) seguita dalla epatite cronica virale (28.4%). E' rilevante l'osservazione che al 3° posto (20.4%) si colloca "nessuna diagnosi chiara", cioè in un quinto dei nostri pazienti non facciamo diagnosi.

I MMG partecipanti all'Audit sono stati prevalentemente del Nord Italia (29 contro 11 del Centro-SUD) e questo potrebbe influire sulla prevalenza dei fattori eziologici.

Ai fini gestionali, si può concludere che è necessario indagare adeguatamente questi pazienti per fare diagnosi di malattia epatica prevenibile-curabile (steatosi- epatite cronica virale B-C, epatite autoimmune, emocromatosi).

Non sappiamo se, nei pazienti con nessuna diagnosi chiara, la richiesta di indagini non effettuate tra quelle di 1° livello (emocromo, gamma-GT, HCVAb, HBsAg, protidogramma, sideremia, transferrina, ferritina, CPK, LDH, glicemia, colesterolo, trigliceridi, bilirubina, ALP, PT) e/o di 2° livello (TSH, EMA, Anti-transglutaminasi, Reuma Test, Ceruloplasmina, alfa1-antitripsina, autoanticorpi: AMA, ANA, SMA, LKM) possa portare ad una migliore accuratezza diagnostica. Questo potrebbe costituire oggetto di un ulteriore studio.

Dall'analisi dei risultati di questo studio, pensando al ruolo della Medicina di Famiglia in termini preventivi, è partito lo spunto per un ulteriore Audit (Net-ABC) che stiamo conducendo: indagare e favorire la vaccinazione anti-epatite nei pazienti portatori-ammalati di epatite cronica B-C e nei loro familiari-conviventi.

POST SCRIPTUM

Questo studio nasce all'interno della Lista Netaudit (www.netaudit.org).

I contributi utili allo studio sono stati:

Pianificazione del Protocollo e analisi dei dati: Dr. Franco Del Zotti - Direttore di

Netaudit.

Supervisione organizzativa e controllo della qualità del Data entry: Dr. Enzo Brizio - Vice-direttore di Netaudit.

Hanno contribuito con il loro lavoro i seguenti colleghi di netaudit: ANDREOLI Mimmo, ARTEBANI Adriano, ARZENTON Ermanno, AUGRUSO Angelo, BALESTRAZZI Marina, BERTOLUSSO Luciano, BONETTI Dario, BOVO Paolo, BRIZIO Enzo, CAMPANINI Angelo, CAROSINO Claudio, CERVONE Angelo, CRESSONI Maria Chiara, DE MOLA Cosimo, DOLCI Alberto, FANTINI Modesto, FATIGATI Domenico, FRANCHINI Carlo Andrea, FRAPPORTI Guglielmo, MAGLIOZZO Francesco, MARCHETTI Roberto, MARULLI Carlo Fedele, MASSIGNANI Dino Mario, MURARI Tiziana, NOVELLA Guido, PAOLINI Italo, QUATTROCCHI Piero, RANZANI Luca, RUBICINI Giuseppe, SCHIANCHI Paolo, STRAMENGA Carlo, TARALLO Nicola, TONELLO Paolo, UBALDI Enzo, VISENTINI Emanuele, VISONA' Eugenio.

Un ringraziamento particolare per la consulenza sui contenuti al Dr Romolo Dorizzi, Laboratorio Ospedale Maggiore Borgo Trento - Verona.

BIBLIOGRAFIA

1. Bellentani S, Saccoccio G, Masutti F et al. Prevalence and risk factors for hepatic steatosis in Northern Italy - Ann Intern Med, 2000; 132: 112-117
2. Sherwood P, Lyburn I, Brown S, Ryder S. How are abnormal results for liver function tests dealt with in primary care? Audit of yield and impact BMJ 2001; 322: 276-8
3. Pratt DS, MM Kaplan. Evaluation of abnormal liver-enzyme results in asymptomatic patients NEJM 2000; 342: 1267-1271
4. LMPG: Laboratory Guidelines for Screening, Diagnosis and Monitoring of Hepatic Injury, 2000 (http://www.nacb.org/lmpg/Hepatic_LMPG_PDF.stm)



Il "carico" della Professione

Questionario sulla borsa medica tra i Medici di Famiglia della provincia di Verona

Mirella Aulino (1) - Franco Del Zotti (2)
(1) Scuola Medicina Generale - Verona
(2) MMG, Verona

Introduzione

La borsa è un elemento pregnante dell'attività quotidiana di un medico di famiglia e possiede un chiaro significato simbolico: chiunque è in grado di identificare, al primo sguardo, la professione di chi la porta. Non è tanto il camice a contraddistinguere un medico di famiglia. L'immagine classica del medico di famiglia è quello di una persona, spesso vestita come tutte le altre, che si muove tra l'ambulatorio e il domicilio dei propri pazienti portando con sé la propria borsa dalle forme inconfondibili.



In primo luogo una borsa ideale dovrebbe rispondere ad alcuni requisiti di base quali la praticità (scarso ingombro, trasportabilità), la resistenza e la funzionalità. Nello stesso tempo il medico di famiglia è di fronte ad un dilemma: è chiamato a rispondere ad una multiforme varietà di richieste; e d'altra parte ha la necessità di contenere

in poco spazio solo quello che può essere veramente necessario. L'assortimento di farmaci e strumenti da allestire in borsa va adattato anche in funzione della situazione specifica in cui il medico si trova ad operare: distanza da un Dipartimento di Emergenza ospedaliero; le situazioni patologiche più comunemente riscontrate in quell'area; le competenze e le preferenze personali. Numerose fonti esterne e interne alla MG hanno fornito preziosi consigli ai MMG, ma a nostra conoscenza sono assai scarse le ricerche sistematiche sul campo.

Obiettivi

Lo studio ha come obiettivo principale quello di indagare alcuni aspetti della/e Borsa/e dei MMG: numero, peso, volume; il contenuto (farmaci e strumentario); la modalità di gestione e di trasporto dei farmaci per l'urgenza; la variabilità tra MDF. Infine, si sono analizzati i risultati alla luce di una griglia valutativa legata a "Variabili favorevoli" ottenuta dalla combinazione "costo basso + evidenze / importanza + facilità di apprendimento + facilità d'impiego" dei singoli farmaci o strumenti

Metodo

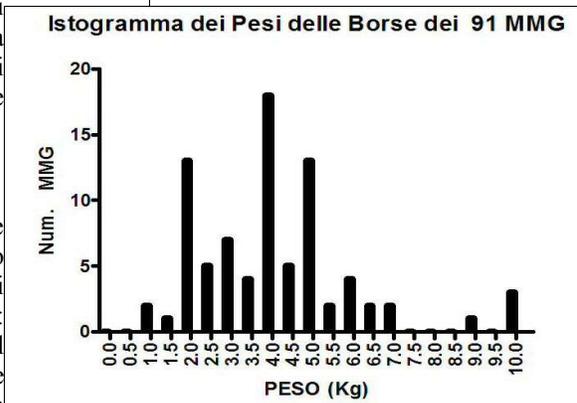
Il Questionario (vedi in calce all'articolo) è stata inviato per via postale, con 2 invii, ad un campione randomizzato di 150 medici di famiglia dei 649 MMG della provincia di Verona. Hanno risposto 93 MMG. Sono stati esclusi dallo studio 2 questionari perché incompleti e inclassificabili. Quindi, sono stati sottoposti all'analisi statistica (con il software Epi-info) il **totale di 91 Questionari** (pari al 60,6% dei Questionari inviati)

Risultati

NUMERO di Borse (rispondenti a questa domanda: 88/91): 51 MMG

usano 1 borsa; 23 MMG: usano *ogni tanto* 2 borse; 15 MMG: usano *spesso* due borse

PESO della Borsa Principale: La media del peso delle Borse è di 4.1 KG. 45 borse pesano da 3 a 5 Kg (mediana: 4). Sembra esserci quindi da una parte una omogeneizzazione di circa la metà dei MMG verso questi pesi, probabilmente a causa di "standard" commerciali dominanti. D'altra parte, i



comportamenti del restante gruppo dei MMG sono abbastanza variabili, come si evince dal *range* (minimo: 1.2 Kg; massimo: 10 chili) e dal Coefficiente di Variazione (CV) pari al 46%.

VOLUME della Borsa Principale: è stato ricavato moltiplicando le misure in centimetri dei 3 lati segnalate dai colleghi: 55 Borse (60.4%) hanno un volume inferiore a 20000 cm cubi (media: 23651; mediana 19228). Il CV è ancora maggiore rispetto a quello dei Pesì della borse: (CV: 119%).

Dall'analisi statistica dei pesi e volumi non risultano esserci differenze significative tra i MMG dei 2 sessi; tra MMG di diversa età; tra MMG con/senza specializzazione chirurgica

Strumenti diagnostici e sanitari

Nella prima tabella osservate le percentuali di presenza in borsa dei vari tipi di strumenti, messa in relazione con le "variabili favorevoli l'uso" e cioè: **a) costo basso (d'acquisto e manutenzione); b) facilità di apprendimento; c) facilità d'uso; d) EBM e/o importanza.** Potete notare che non poche volte si ha una disarmonia tra queste variabili e la % di presenza in borsa, e ciò si verifica in particolare per il Misuratore di picco di flusso (solo 3%); Ambu (22%); strisce diagnostiche urinarie (49%); Termometro (60%).

In altre occasioni (ad es: Elettrocardiografo; Ossimetro) le percentuali basse si collegano a maggiore costo di acquisto (ossimetro: 3%) o maggiore costo di acquisto combinato a maggiore difficoltà di apprendimento e/o utilizzo (Elettrocardiografo: 7%).

CLASSI di FARMACI e STRUMENTI:

Nella seconda tabella si possono osservare sia la frequenza di presenza in borsa dei vari tipi di farmaci.

Anche qui colpisce la disarmonia, sopra citata, per alcuni tipi di farmaci, che potrebbero/dovrebbero essere più presenti (ac. Acetilsalicilico (52%);

| Presidio diagnostico/strumentale | Basso costo | Facilità apprendimento | Facilità uso | Importanza | % impiego nei 91 MMG |
|----------------------------------|-------------|------------------------|--------------|------------|----------------------|
| FONENDOSCOPIO | +++ | ++ | +++ | +++ | 100% |
| SFIGMOMANOMETRO | +++ | +++ | +++ | +++ | 100% |
| LACCI EMOSTATICI | +++ | +++ | +++ | +++ | 99% |
| PILA | +++ | +++ | +++ | +++ | 98% |
| SIRINGHE ED AGHI | +++ | +++ | +++ | +++ | 92% |
| GUANTI | +++ | +++ | +++ | +++ | 92% |
| MARTELLETTO | +++ | ++ | +++ | +++ | 87% |
| OTOSCOPIO | ++ | ++ | +++ | +++ | 75% |
| TERMOMETRO | +++ | +++ | +++ | +++ | 60% |
| GLUCOMETRO | +++ | ++ | ++ | +++ | 51% |
| STRISCE DIAGNOSTICHE Ur. | +++ | +++ | +++ | +++ | 49% |
| GARZE | +++ | +++ | +++ | +++ | 48% |
| MASCHERA O AMBU | ++ | ++ | +++ | +++ | 22% |
| OFTALMOSCOPIO | ++ | ++ | ++ | ++ | 17% |
| CATETERE VESCICALE | +++ | + | + | ++ | 8% |
| OSSIMETRO | + | +++ | +++ | +++ | 7% |
| PC PORTATILE | --- | --- | --- | --- | 6% |
| MISURATORE PICCO DI FLUSSO | +++ | +++ | +++ | +++ | 3% |
| ELETTROCARDIOGRAFO | + | + | ++ | +++ | 3% |

Adrenalina; (65%); salbutamolo (55%). La morfina (23%) merita considerazioni a parte, collegabili alle note istanze prescrittive e giudiziarie.

LUOGO di conservazione dei Farmaci (88 rispondenti): 43 MMG dei medici li conserva solo in ambulatorio, 39 li tiene solo in borsa (e tra questi 32

Borse (peso e volume) sembra non esserci rapporto con l'età o la specializzazione chirurgica. Né sembra che le donne medico usino borse più piccole o meno pesanti. Evidentemente qui giocano un ruolo importante i modelli "estetici" imposti dal mercato e variabili "umane" e professionali diverse, di più difficile riconoscimento, che meritano ulteriori ricerche. Per il capitolo "gli strumenti diagnostici" da una parte un'insufficienza presenza di strumenti a basso costo e dal facile acquisto, ove auspichiamo un pronto ricupero dei MMG partecipanti, a cui faremo giungere i risultati di questa indagine; dall'altra riteniamo che l'aumento di presenza di alcuni strumenti (si veda ad esempio: l'ossimetro; gli elettrocardiografi, l'Ambu) dipenderà dal sostegno formativo e/o contrattuale da parte delle Autorità sanitarie.

| Farmaco | Basso costo | Facilità apprendimento | Facilità uso | Importanza | % uso nei 91 MMG |
|-----------------------|-------------|------------------------|--------------|------------|------------------|
| Ac. ACETILSALIC. (os) | +++ | +++ | +++ | +++ | 52% |
| ADRENALINA f | +++ | +++ | +++ | +++ | 65% |
| AMINOFILLINA F | +++ | +++ | ++ | + | 59% |
| BUTILSCOPOLAMINA | +++ | +++ | +++ | ++ | 65% |
| CLORPROMAZINA f | +++ | +++ | +++ | +++ | 40% |
| CORTICOSTEROIDE f | +++ | +++ | +++ | +++ | 94% |
| DIAZEPAM f | +++ | +++ | +++ | ++ | 90% |
| DICLOFENAC f | +++ | +++ | +++ | +++ | 93% |
| DIGOSSINA f | +++ | +++ | +++ | + | 29% |
| FUROSEMIDE f | +++ | +++ | +++ | +++ | 100% |
| GLUCAGONE f | ++ | +++ | +++ | +++ | 9% |
| METOCLOPRAMIDE | +++ | +++ | +++ | +++ | 85% |
| MORFINA f | +++ | +++ | +++ | +++ | 23% |
| NALOXONE f | ++ | +++ | +++ | +++ | 15% |
| NITRATI IN ACUTO | +++ | +++ | +++ | ++ | 60% |
| SALBUTAMOLO AEROSOL | +++ | +++ | +++ | +++ | 55% |
| SOLUZIONE FISIOLGICA | +++ | +++ | ++ | +++ | 51% |
| SOLUZIONE GLUCOSATA | +++ | +++ | ++ | ++ | 34% |

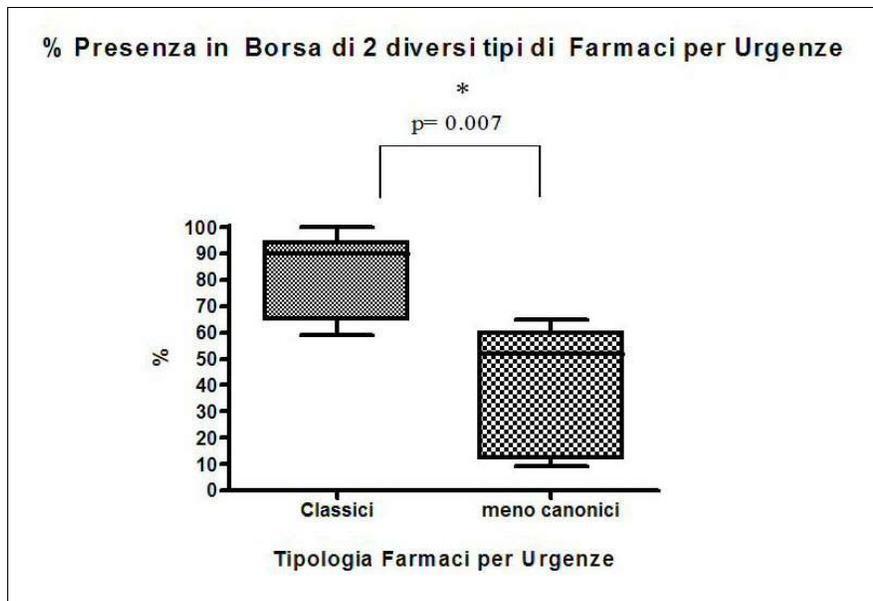
Per il capitolo farmaci, meno importante risulta la "spesa d'acquisto" o la variabile "apprendimento", mentre riteniamo che l'aumento della parte formativa e di gestione collettiva di "Linee guida" professionali e/o ordinistiche e Corsi EBM ad Hoc sulle urgenze potrebbe incoraggiare molti MMG a colmare l'attuale gap, soprattutto per i farmaci di urgenza con immagine "meno canonica".
 Sebbene la maggioranza dei MMG tenda a conservare i farmaci di urgenza in un solo luogo (l'ambulatorio o la borsa principale) gli spazi di conservazione dei farmaci si vanno giustamente complicando in un vero e proprio "sistema" (ambulatorio, borsa principale, borsa secondaria, portabagagli, casa.), che introduce ulteriori importanti problemi (microclima e durata della tenuta per l'ottimale conservazione dei farmaci), che in futuro merita un'attenzione strategica del gruppo dei MMG.
 Ma la complessità di una visione moderna delle urgenze del MMG cozza a volte contro l'ancora relativa povertà logistica del MMG italiano, che, rispetto ai MMG europei, è spesso deprivato dell'apporto di personale segretariale ed infermieristico, come tra l'altro si può dedurre dall'ultimo dato

Riportiamo un risultato emergente riguardanti 2 gruppi di farmaci: Farmaci I Gruppo, che necessitano vie parenterali classiche e che producono risultati "immediati" o assimilabili alla tradizione delle urgenze "più frequenti", e ciò a volte al di là del rispetto dell'EBM delle urgenze: furosemide (100%); diazepam (90%); cortisonici iniettivi (94%); diclofenac (93%); metoclopramide (85%); buscopan (65%); aminofillina (59%).
Farmaci II Gruppo, farmaci con abbondanti evidenze, che o usano vie di cura meno canoniche (per os; sc; aerosol), oppure vengono usati in situazioni meno frequenti: acido acetilsalicilico (52%); adrenalina (65%); salbutamolo (55%); Naloxone (15%); glucagone (9%)
 Per il confronto dei gruppi abbiamo comparato con il Test Mann-Withney le mediane delle % di MMG che hanno in borsa farmaci dei 2 gruppi. Abbiamo ottenuto nel I gruppo una mediana del 90%, e nel II gruppo una Mediana del 52%, con una differenza significativa P =0.007 ed un intervallo di confidenza delle differenza tra il 13% e il 79%

MMG hanno i farmaci nella borsa principale) e 6 in più di 1 luogo (ambulatorio, borsa, auto).

CHI SUPERVISIONA periodicamente i farmaci: quasi tutti i MMG (86) controllano da soli la scadenza dei farmaci, senza coinvolgere segretarie o altri.

Conclusioni
 Questo studio può essere una base di partenza per approfondimenti che possano rinnovare e potenziare la cultura e la logistica del moderno setting delle urgenze in MG. I futuri studi dovranno superare alcuni limiti del nostro studio. Ci riferiamo in particolare alla non valutazione nella nostra indagine della tipologia del paese del MMG (grandezza, lontananza dall'ospedale), che abbiamo evitato per non incorrere nella rottura dell'anonimato, sempre possibile quando i questionari insistono su di una unica provincia. Serve quindi un campione più ampio e su più province. La randomizzazione e il buon tasso di rispondenza (61 %) ci permettono di stilare brevi commenti sui alcuni nostri riscontri. Per quanto riguarda le caratteristiche più "impegnative" delle



riguardante “chi supervisiona la borsa”, che nella stragrande maggioranza dei casi è il solo MMG. Pur con tutte le limitazioni, abbiamo ritenuto fruttuoso mettere in comparazione in tabella le percentuali riscontrate, per strumenti e farmaci, con l’associazione del gruppo delle “variabili favorevoli”; serve comunque in futuro uno sforzo di validazione dei nostri punteggi, con l’ulteriore approfondimento dei dati oggettivi e con l’utilizzo di tecniche consensuali

(del tipo “Delphi”). Per finire, possiamo auspicare che questa nostra indagine costituisca una base ed uno stimolo per coinvolgere Associazioni ed Enti professionali nel definire periodiche “linee-guida” per “farsi carico” di un problema, la borsa del MMG, che non deve poggiare per intero sulle spalle del singolo MMG

Bibliografia

1. Avery A., Pringle M. “Emergency

care in General Practice” BMJ 1995; 310:6.
 2. Caimi V., Tombesi M. “Medicina Generale” Ed. UTET 2003; p.146-148.
 3. Carelli F. “Cosa occorre avere in borsa” M.D (Medicinae Doctor) 10:18-19; 1995.
 4. Coen D. “I farmaci nella borsa del medico”. Ricerca & Pratica 1995; 12:165-170
 5. Delamare J., Chapman A. “La trousse du praticien” in Tchoboutsky: Des symptomes à la decision, Mc Graw Hill 1989.
 6. European Commission International Conference of Harmonisation. “Stability testing of new drug substance and products” April 1992
 7. Nakar S. et al. “What family physicians need in their doctor’s bag”. Family Practice 1995; 12:430.
 8. Rudland S.V., Jacobs A.G. “Visiting bags: a labile environment” BMJ 1994; 308:954-6.
 9. Zanini G.M. “La scadenza dei farmaci in ambulanza e nella borsa del medico” 1996.

“QUESTIONARIO” (anonimo)

A) Dati personali del "Medico di Famiglia"

| Età | Sesso | MdF da anni | Specializz. Chirurgica |
|---------|-------|--------------|------------------------|
| 25 - 34 | M | < 10 anni | Sì |
| 35 - 44 | F | 10 - 20 anni | No |
| 45 - 55 | | | |
| > 55 | | | |

B) Borsa: quantità e misure

| Numero di borse usate (una risposta) | Misure della borsa principale |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Solo una borsa | Lato lungo della base cm ... |
| A volte due borse | Lato corto della base cm ... |
| Spesso due borse | Altezza cm ... |
| Altro | Peso (borsa + contenuto) Kg ... |

C) Strumentario della Borsa principale e/o secondaria (barrare sì o no)

| | | | | | |
|----------------------|--------------|------------------|--------------|-------------------------------|--------------|
| Fonendoscopio | <i>Si No</i> | Siringhe ed aghi | <i>Si No</i> | Catetere vescicale | <i>Si No</i> |
| Sfigmomanometro | <i>Si No</i> | Garze | <i>Si No</i> | Misuratore di picco di flusso | <i>Si No</i> |
| Pila | <i>Si No</i> | Lacci emostatici | <i>Si No</i> | Elettrocardiografo | <i>Si No</i> |
| Termometro | <i>Si No</i> | Oftalmoscopio | <i>Si No</i> | Maschera o Ambu | <i>Si No</i> |
| Martelletto | <i>Si No</i> | Otoscopio | <i>Si No</i> | PC portatile | <i>Si No</i> |
| Glucometro | <i>Si No</i> | Ossimetro | <i>Si No</i> | Altro | <i>Si No</i> |
| Strisce diagnostiche | <i>Si No</i> | Guanti | <i>Si No</i> | | <i>Si No</i> |

D) Farmaci d'urgenza

Usa tenere la maggior parte dei farmaci d'urgenza (*una sola risposta*)

1. In ambulatorio
2. In borsa
3. Altro

Per chi ha risposto "In borsa":

I farmaci al seguito sono così trasportati (*una sola risposta*)

1. Ho tutti i farmaci nella borsa principale
2. Ho solo parte dei farmaci nella borsa principale e parte in una secondaria
3. Tutti i farmaci sono in una borsa secondaria assieme ad altro materiale
4. Tutti i farmaci sono in una borsa/box appositi per i soli farmaci

Chi controlla le scadenze dei farmaci? (*una sola risposta*)

1. Io personalmente
2. La segretaria
3. Altro

Elenco dei farmaci d'urgenza di cui dispongo (*barrare Sì o No*)

| | | | | | |
|----------------------|--------------|----------------|--------------|-----------------------|--------------|
| Ac. acetilsalicilico | <i>Si No</i> | Diazepam | <i>Si No</i> | Morfina | <i>Si No</i> |
| Adrenalina | <i>Si No</i> | Diclofenac fl. | <i>Si No</i> | Naloxone | <i>Si No</i> |
| Aminofillina | <i>Si No</i> | Digossina fl. | <i>Si No</i> | Nitrati in acuto | <i>Si No</i> |
| Butilscolamina | <i>Si No</i> | Furosemide fl. | <i>Si No</i> | Salbutamolo aerosol | <i>Si No</i> |
| Clorpromazina | <i>Si No</i> | Glucagone fl. | <i>Si No</i> | Soluzione fisiologica | <i>Si No</i> |
| Corticosteroidi fl. | <i>Si No</i> | Metoclopramide | <i>Si No</i> | Soluzione glucosata | <i>Si No</i> |
| | | | | Altro | <i>Si No</i> |

Note editoriali per gli autori:

- Gli articoli proposti per la pubblicazione su QQ devono essere inviati a Francesco Del Zotti (francesco.delzotti@tin.it) ed a Mario Baruchello (mario.baruchello@tin.it)
- Gli articoli devono essere scritti in formato RTF e non contenere all'interno alcuna figura o grafico
- Le figure, i grafici e le tabelle devono essere inviate in file separati dal testo dell'articolo