

IJPC

Italian Journal of Primary Care

Topics

The WHO European Health Report 2009

Medico di famiglia e psicologia

Ansia e infarto del miocardio

Disturbi psicoaffettivi e malattie cardiovascolari

Audit in Medicina Generale

La terapia sequenziale nella infezione da *Helicobacter pylori*

L'Ipertensione Arteriosa "Resistente"

Insegnamento della Medicina di Famiglia e Clinical Skills

Geriatría e Cure Primarie



IJPC – Italian Journal of Primary Care
Registrazione presso il Tribunale di Foggia n. 13/08 del 7/6/2008

ISSN 2035-7443
Periodico trimestrale edito da Edicare Publishing
distribuito su abbonamento in Italia ed Europa

www.edicare.it

Direttore Responsabile

Luigi Starace

luigi.starace@ijpc.it

Redazione

Giovanni Battista D'Errico

71100 Foggia - Via B. Croce n. 85/F

staff@ijpc.it

Graphic Design & Consulting

Communication Laboratory S.r.l.

70123 Bari - Via Strada Bari-Modugno-Toritto 65

tel. +39 080 5053856

fax +39 080 5053814

www.communicationlaboratory.it

Segreteria e Coordinamento editoriale

Valentina Perfido

tel. +39 080 9904421

fax +39 080 9753634

segreteria@ijpc.it

Editorial Office

Edicare Publishing s.r.l.

70124 Bari - Via S. Matarrese 12/30 e Via Caccuri 7

tel. +39 080 9904421

fax +39 080 9753634

info@edicare.it; www.edicare.it

Marketing & Advertising

Communication Laboratory S.r.l.

70123 Bari – Via Bari-Modugno-Toritto 65

Tel. +39 080 5053856

Fax. +39 080 5053814

info@communicationlaboratory.it

Stampa

Industria Grafica Editoriale Gercap s.r.l.

71100 Foggia - Zona Industriale Incoronata

00139 Roma - Via F. Pasinetti 39

Abbonamenti

Spedizione in abbonamento postale – D.L. 353/2003

(conv. In L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB S1/FG

info@ijpc.it

Le richieste di inserzioni pubblicitarie dovranno essere indirizzate ad Edicare Publishing Srl. Benché si presuma che le inserzioni pubblicitarie rispondano ai basilari principi di etica medica, la loro pubblicazione non implica responsabilità da parte del publisher per quanto concerne il contenuto delle stesse. Tutti gli articoli pubblicati su "IJPC – Italian Journal of Primary Care" sono redatti sotto la responsabilità degli autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi degli artt. 11 e 13 del D.Lgs. 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa ed altre pubblicazioni e di materiale informativo e promozionale. Il titolare del trattamento dei dati è Edicare Publishing Srl, via S. Matarrese 30, 70124 Bari, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/03.

Foto di copertina: Maria Grazia Di Gennaro - Officine20.it

The Italian Journal of Primary Care - IJPC is a quarterly journal conceived and produced by professionals on Family Medicine and Primary Care in collaboration with colleagues working in Hospitals or Universities.

IJPC is an independent "peer reviewed" scientific journal, dedicated to clinical research, scientific updating and continuing medical education oriented to the Family Medicine and all professionals working in Primary Care.

IJPC publishes original research, epidemiological and survey studies, professional analysis, reviews, clinical cases, guidelines editorials, position papers, book reviews, theory development and policy.

Authors' Guide is available on the journal's website www.ijpc.it

EDITORIAL BOARD

Editor in Chief

Giuseppe Maso

Executive Editor

Giovanni Battista D'Errico

Scientific Editors

Vincenzo Contursi

Antonio Infantino

Associate Editors

Emanuele Altomare Foggia
Giovanni Colucci Taranto
Alfredo Cuffari Roma
Paolo Evangelista L'Aquila

Antonio Moschetta Bari
Antonio Nicolucci Chieti
Luciano Orsini Chieti
Romano Paduano Udine

Alfonso Sauro Caserta
Paolo Spriano Milano
Roberto Stella Varese
Augusto Zaninelli Firenze

Clinical Advisors

Allergology - Immunology
Gennaro D'Amato Napoli

Cardiology
Matteo Di Biase Foggia

Cardiovascular Surgery
Giuseppe Di Eusanio Teramo

Clinical Biochemistry
Mario Plebani Padova

Dietetics and Clinical Nutrition
Giovanni De Pergola Bari

Endocrinology
Francesco Giorgino Bari

Gastroenterology
Massimo Campieri Bologna

Gender Medicine
Anna Maria Moretti Bari

Gender Pharmacology
Flavia Franconi Sassari

Geriatrics
Mauro Zamboni Verona

Hematology
Marco Cattaneo Milano

Infectious Diseases
Elio Castagnola Genova

Internal Medicine
Enzo Manzato Padova

Medical Ethics
Mariano Cingolani Macerata

Medical Psychology
Antonello Bellomo Foggia

Nefrology
Loreto Gesualdo Foggia

Neurology
Paolo Livrea Bari

Oncology
Silvio Monfardini Padova

Orthopedics
Michele D'Arienzo Palermo

Pathology
Eugenio Maiorano Bari

Pediatrics
Alfred Tenore Udine

Pharmacology
Luigia Trabace Foggia

Pneumology
Leonardo Fabbri Modena

Psychiatry
Marcello Nardini Bari

Urology
Giario Conti Como

International Scientific Board

Peter J. Barnes UK
Jean Bousquet France
Daniela Cota France
Beverly Cox UK
Mark Davis UK
Jan De Maeseneer Belgium
Monica Fletcher UK
Kathryn Griffith UK
John Haughney UK
Thomas Hausen Germany

Rob Horne UK
Alan Kaplan Canada
Mark L. Levy UK
Christos Lionis Greece
Anders Ostrem Norway
Susanna Palkonen Belgium
Sarath Paranavitane SriLanka
Mahendra Patel UK
Hilary Pinnock UK
David Price UK

Jim Reid New Zeland
Miguel Roman Rodriguez Spain
Danica Rotar Slovenia
Dermot Ryan UK
Seneth Samaranayake SriLanka
Bart Thoonen Netherlands
Ron Tomlins Australia
Sian Williams UK
Barbara Yawn USA
M. Osman Yusuf Pakistan

National Scientific Board

Maria Grazia Albano Foggia
Francesco Amatimaggio Firenze
Francesco Bartolomucci Bari
Francesco Bovenzi Lucca
Marco Cambielli Tradate
Franco Carnesalli Milano
Gilda Caruso Bari
Marco Ciccone Bari
Lorenzo Corbetta Firenze
Nunzio Costa Foggia
Antonio Di Malta Cremona

Giuseppe Di Pasquale Bologna
Simona Donegani Milano
Vittorio Fineschi Foggia
Maria Pia Foschino Barbaro Foggia
Dario La Fauci Milano
Matteo Landriscina Foggia
Vito Lepore Bari
Maurizio Mancuso Como
Massimo Martelloni Lucca
Pietro Nazzaro Bari
Ciro Niro Foggia

Pierluigi Paggiaro Pisa
Gianni Passalacqua Genova
Alberto Pilotto Vicenza
Enzo Pirrotta Roma
Antonio Pugliese Taranto
Vincenzo Rucco Udine
Luigi Santoiemma Bari
Giovanni Strippoli Chieti
Anastasio Tricarico Napoli
Gino Antonio Vena Bari
Carmela Zotta Milano

NORME PER GLI AUTORI

INTRODUZIONE

I manoscritti devono essere indirizzati all'attenzione del Dr. Giuseppe Maso, Editor in Chief, e sottoposti esclusivamente per e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica: segreteria@ijpc.it e giuseppe.maso@ijpc.it.

ISTRUZIONI GENERALI

- I manoscritti devono essere accompagnati da una lettera indirizzata all'Editor in Chief, che deve contenere i seguenti dati:
 - l'indicazione della Sezione per la quale il manoscritto è sottoposto;
 - la dichiarazione che il contenuto del manoscritto è originale, non è stato pubblicato e non è oggetto di valutazione presso altre riviste, eccetto che come abstract;
 - l'attestazione che il manoscritto è stato letto ed approvato da tutti gli autori;
- In allegato al manoscritto dovranno essere inviati:
 - dichiarazione di cessione dei diritti alla Casa Editrice in caso di pubblicazione dello stesso, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo, [es.: I sottoscritti autori (...), qualora l'articolo in oggetto intitolato (...) venga pubblicato, trasferiscono i diritti d'autore alla Casa Editrice "Edicare Publishing srl"], ed il consenso al trattamento dei dati personali per gli scopi connessi alla pubblicazione dell'articolo;
 - nel solo caso di articoli di ricerca che abbiano previsto la sperimentazione su animali: dichiarazione di conformità, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo, con le disposizioni della "Dichiarazione di Helsinki";
 - nel solo caso di articoli di ricerca di "studi clinici controllati" (se pertinente): dichiarazione di approvazione da parte del Comitato Etico della Istituzione di pertinenza, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografa del primo;
- Il manoscritto deve essere redatto con un "editor di testo" e salvato in formato ".doc", a spaziatura doppia e margini di 2 cm su ogni lato. Non è consentito l'utilizzo di formato ".pdf";
- Il manoscritto deve essere redatto in pagine differenti nel seguente ordine:
 - titolo (in italiano e in inglese), autori e rispettive affiliazioni, l'autore cui va inviata la corrispondenza con indirizzo postale elettronico e recapito telefonico;
 - abstract e parole chiave (in italiano e in inglese);
 - testo (in italiano o in inglese);
 - ringraziamenti;
 - bibliografia;
 - tabelle;
 - legende delle figure;
 - figure;
- Le pagine devono essere numerate consecutivamente, partendo da pagina 1 con titolo;
- Allo scopo di mantenere un'adeguata uniformità di stile, la Redazione può se necessario, apportare variazioni linguistiche al manoscritto; queste saranno inviate agli autori per approvazione in fase di revisione delle bozze.

PAGINA DEL TITOLO

La pagina del titolo (prima pagina) deve contenere:

- Il titolo del manoscritto (in italiano e in inglese) senza abbreviazioni; nome per esteso e cognome degli autori, con titolo e istituzione di appartenenza;
- Il nome dell'Istituzione presso la quale il lavoro è stato eseguito, ed eventuale fonte e natura del sostegno finanziario alla ricerca (nel caso di pubblicazione di articoli originali di ricerca);
- Il nome, l'indirizzo postale completo di codice di avviamento, numero di telefono ed e-mail dell'autore cui va indirizzata la corrispondenza (corresponding author) per comunicazioni, bozze e richieste di estratti.

ABSTRACT

- Gli articoli originali di ricerca devono essere accompagnati da un abstract in italiano e in inglese, contenente non più di 300 parole, strutturato in quattro paragrafi, ciascuno con il proprio titolo, nel seguente ordine:
 - Razionale;
 - Materiali e metodi;
 - Risultati;

d. Conclusioni;

Tutti i dati dell'abstract devono essere presentati anche nel testo o nelle tabelle;

- Tutti gli altri manoscritti (Casi Clinici, Corrispondenza, Editoriali, Opinioni, Prospettive attuali, Rassegne, Area GPwSI, Educazione Continua in Medicina, EBM, Focus On, Revisioni) devono essere accompagnati solo da un breve abstract in italiano e in inglese di non più di 200 parole;
- Nell'abstract non possono essere utilizzate abbreviazioni ad eccezione delle unità standard di misura e i simboli chimici;
- Alla fine dell'abstract devono essere inserite da due a sei parole chiave, selezionate dall'elenco riportato da Medical Subject Headings, National Library of Medicine (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
- Allegare miniabstract in italiano di circa 50 parole che illustri gli elementi essenziali del lavoro, utile per la stesura dei "Content".

TESTO

- Il testo può essere redatto in italiano o in inglese;
- Una lista di abbreviazioni o acronimi utilizzati (es.: ECG, IMA, BPCO, IVS, ecc.) deve essere riportata in una pagina a parte con la loro definizione;
- Unità standard di misura e simboli chimici devono essere abbreviati secondo le norme indicate in Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, elaborate dal International Committee of Medical Journal Editors e pubblicate in *Ann Intern Med* 1982;96:766-71 e *BMJ* 1982;284:1766-70;
- I riferimenti bibliografici, le figure e le tabelle devono essere citati nel testo in ordine progressivo, usando numeri arabi;
- Il testo deve essere strutturato in paragrafi con relativi sottotitoli. Il testo di articoli originali deve essere strutturato in paragrafi con il seguente ordine:
 - Introduzione;
 - Materiali e metodi;
 - Risultati;
 - Discussione;
- Eventuali ringraziamenti devono essere riportati alla fine del testo, prima della bibliografia.

BIBLIOGRAFIA

- Le voci bibliografiche devono essere indicate nel testo con numeri arabi ed elencate in una sezione separata, usando la doppia spaziatura, in numero progressivo secondo l'ordine di comparsa nel testo;
- Le voci bibliografiche a fine articolo devono essere rigorosamente redatte rispettando punteggiatura, spaziatura, corsivi, etc., come da esempio seguente: "5. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McIlroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:460-468.";
- Citare tutti gli autori se sono 6 o meno di 6, altrimenti citare solo i primi 3 ed aggiungere "et al.";
- Comunicazioni personali, dati o osservazioni non pubblicate e articoli inviati per la possibile pubblicazione non possono essere inclusi nella lista delle voci bibliografiche, ma possono essere citati solo nel testo;
- Le abbreviazioni delle riviste devono essere conformi a quelle usate da "Index Medicus, National Library of Medicine".

TABELLE

- Le tabelle devono essere dattiloscritte a spaziatura doppia su pagine separate, con il numero ed il titolo centrato sulla tabella. Le tabelle devono essere numerate con numeri arabi progressivi, seguendo l'ordine di numerazione con cui sono citate nel testo;
- Tutte le abbreviazioni riportate devono essere identificate e spiegate in ordine alfabetico sotto alle tabelle. Anche i simboli usati (asterischi, cerchietti, ecc.) devono essere spiegati;
- Le tabelle devono essere comprensibili senza ulteriori chiarimenti e i dati non devono essere duplicati nel testo o nelle figure;
- Per la riproduzione di tabelle già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte dell'autore e dell'Editore.

FIGURE

Il termine "figura" si riferisce alle illustrazioni, fotografie, radiografie, scansioni, sono-

grammi, diagrammi, grafici, flow chart, algoritmi, ecc.

Si sconsiglia il tentativo di ottenere il permesso di pubblicare immagini dall'Editore originale. Considerate le crescenti difficoltà nell'ottenere i necessari permessi, consigliamo fortemente gli autori di creare tabelle e figure originali.

Le figure devono essere in formato ".ppt" (solo per diagrammi, grafici ed algoritmi; non utilizzabile per immagini importate), ".jpg" o ".tiff" con risoluzione minima 600 DPI. Le figure non possono essere inserite all'interno del testo.

Per ogni chiarimento circa la preparazione di immagini per il manoscritto, contattare Luigi Starace, Art and Photo Director di IJPC, via e-mail: luigi.starace@ijpc.it.

Legenda delle figure

La legenda delle figure deve essere dattiloscritta a spaziatura doppia su pagine separate. Le figure devono essere numerate con numeri arabi progressivi, seguendo l'ordine di numerazione con cui sono citate nel testo.

Tutte le abbreviazioni riportate nelle figure devono essere identificate e spiegate in ordine alfabetico alla fine di ciascuna legenda. Anche i simboli usati (freccie, linee continue e tratteggiate, cerchietti, ecc.) devono essere spiegati.

Per la riproduzione di figure già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte del Publisher.

BREVE BIOGRAFIA

Include una breve biografia di ogni autore (non più di 100 parole). Sintetizza, per ognuno, titoli, formazione professionale e posizione attuale.

SEZIONI DEL GIORNALE

1. Editorials / Editoriali

Articoli e/o commenti che rappresentano l'opinione di ricercatori ed esperti riconosciuti nella comunità scientifica nazionale e internazionale;

2. Articles / Articoli

Sezione riservata alla pubblicazione di articoli originali inviati liberamente ed autonomamente dagli autori, secondo le modalità previste dall'Editore:

a. Case Reports / Casi clinici

Presentazione di casi clinici rilevanti sul piano diagnostico e clinico-gestionale;

b. Clinical Practice / Pratica Clinica

Articoli di esperti riconosciuti, in forma di aggiornamento, revisione e messe a punto, su temi clinici diagnostico-terapeutici e gestionali di interesse per la attività professionale del Medico di Famiglia;

c. Current Perspectives / Prospettive Attuali

Articoli di esperti riconosciuti su risultati di laboratorio o clinici prodotti con metodi consolidati o innovativi che possono incidere sui percorsi decisionali diagnostico-terapeutici o su ipotesi di lavoro e/o di ricerca che possano stimolare discussione e commenti su temi di interesse generale;

d. Focus On / Approfondimento

Articoli o commenti per l'approfondimento a cura di esperti riconosciuti su argomenti di attualità di interesse generale nei vari ambiti della Medicina di Famiglia;

e. Letters / Lettere

Lettere agli "Editor", contenenti commenti su argomenti o articoli scientifici recentemente pubblicati che abbiano interesse per la pratica clinica del medico di famiglia e per la professione in genere. Gli autori degli articoli citati nella lettera potranno essere invitati dall'editor a rispondere per stimolare la discussione su temi di interesse generale;

f. Original Research / Ricerca

Articoli originali di studi osservazionali e clinici;

g. Points of View / Opinioni

Opinioni di esperti autorevoli in un particolare settore che possano stimolare controversie;

h. Reviews / Letteratura

Articoli di esperti riconosciuti, in forma di estese revisioni, messe a punto e position paper, su argomenti di interesse generale.

Le "Lettere" sono pubblicate in ogni numero di IJPC. Alcune lettere potrebbero essere pubblicate solamente online. Gli autori possono commentare articoli pubblicati o importanti argomenti su tematiche cliniche. Le lettere non dovrebbero superare le 500 parole, con il limite di una tabella o figura e non più di sei riferimenti bibliografici. Le lettere inviate per la pubblicazione su IJPC non devono essere sottoposte

ad altra pubblicazione. I possibili conflitti di interesse vanno esclusi prima della pubblicazione.

3. Reviews / Rubriche

Sezione principalmente riservata alla pubblicazione dei contributi scientifici di esperti individuati a cura dei Comitati Editoriale e Scientifico del giornale:

a. Books / Libri

Selezione delle produzioni editoriali italiane e internazionali dedicate alle cure primarie, alla metodologia clinica e sanitaria, alle medical humanities, alla comunicazione e ai cambiamenti della medicina;

b. Continuing Medical Education / Educazione Continua in Medicina

Articoli di esperti riconosciuti in tema di formazione pre-laurea e post-laurea in Italia e nel mondo;

c. Gender Medicine / Medicina di Genere

Articoli ed approfondimenti orientati alle specificità cliniche, biologiche, psicologiche, funzionali, gestionali e socio-culturali della Medicina di Genere;

d. General Practitioner with Special Interests (GPwSIs) / Medico di Famiglia con Interessi Speciali

Articoli di medici di famiglia, con particolare competenza in specifiche aree cliniche (allergologia, cardiologia, dermatologia, diabetologia, gastroenterologia, gerontologia, ginecologia, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia, reumatologia, ecc.) in forma di revisioni, messe a punto, position paper su argomenti di particolare interesse per la attività professionale del Medico di Famiglia;

e. Guidelines and Evidence Based Medicine / Linee Guida e Medicina Basata sulle Evidenze

Articoli di esperti riconosciuti su Linee Guida ed Evidenze Scientifiche e i possibili riflessi sulla pratica clinica del Medico di Famiglia;

f. Journal & Guidelines News / Notizie da Riviste e Linee Guida

Bollettino di breve e puntuale revisione bibliografica di articoli scientifici e linee guida recentemente pubblicati sulle maggiori riviste scientifiche del panorama internazionale;

g. Medical Humanities / Medicina Umanistica

Argomenti e riflessioni sul mondo della medicina e sulla figura del medico, partendo da prospettive umanistiche, mediatiche e artistiche, più che cliniche e scientifiche;

h. Pointing up / In Evidenza

Sezione dedicata alla divulgazione e promozione di iniziative culturali, editoriali, di ricerca ed in generale di tutto quanto di particolare interesse per le Cure Primarie;

i. Primary Care / Cure Primarie

Commenti ed opinioni di esperti su aspetti di interesse per le Cure Primarie, con particolare riguardo agli aspetti epidemiologici e gestionali-organizzativi della Medicina di Famiglia e della assistenza territoriale;

j. Web References / Riferimenti Web

Selezione di siti web a carattere scientifico e/o divulgativo, italiani ed internazionali, correlati ai contenuti di questo numero, con risorse, utilità e link per l'approfondimento specifico.

Gli articoli indirizzati alla sezione "Rubriche" sono normalmente pubblicati su invito degli "editor"; tuttavia possono essere occasionalmente accettati contributi liberamente inviati all'editor, purché conformi alla linea editoriale del giornale.

4. Info&More / Informazioni

La Sezione rappresenta la finestra del giornale aperta sul mondo medico in generale e delle Cure Primarie in particolare, dedicata ad informazioni di vario genere: politica sanitaria, eventi, world report, news.

GUIDELINES AND SUGGESTIONS FOR AUTHORS

The English version of the authors guidelines is available on the journal's website at www.ijpc.it.

Please provide for scientific and copy editing before submitting the article to the Editor in Chief.

Editorials

Editoriali

Giuseppe Maso

- 91 The WHO European Health Report 2009: parole chiave per l'Italia**
The WHO European Health Report 2009: Key words for Italy

Articles

Articoli

Focus on

Luigi Solano, Enzo Pirrotta, Andreina Boschi, Adriano Cappelloni, Donatella D'Angelo, Maria Luisa Pandolf

- 93 Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio:
un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse?**
Family physician and psychologist working together:
a new management model where the symptom

Original Research

Petra F.E. van Benthum, Monica Giunco

- 101 How much health related anxieties do people experience after a heart attack?**
Quanta ansia si prova dopo un infarto del miocardio?

Marco Cambielli, Gloria Pina, Davide Fabbrica, Silvia Lopiccoli

- 108 Partecipazione, gradimento, efficacia di un percorso di AUDIT in Medicina Generale**
Attendance, satisfaction, efficacy of an Audit training in General Practice

Reviews

Pasquale Caldarola, Maria Cuonzo, Maria Teresa Porcelli, Francesco Troso

- 115 Disturbi psicoaffettivi e malattie cardiovascolari**
Psycho-emotional troubles and cardiovascular disease

Clinical Practice

Dino Vaira, Luigi Gatta, Vincenzo De Francesco, Chiara Ricci, Giulia Fiorini, Valentina Castelli, Enzo Ierardi

- 120 Nuovi orientamenti terapeutici per l'infezione da *Helicobacter pylori*: la terapia sequenziale**
New guidelines for treatment of *Helicobacter pylori* infection: the sequential therapy

Vito Vulpis, Vincenzo Centonze

- 124 L'ipertensione Arteriosa "Resistente"**
Resistant Arterial Hypertension

Reviews

Rubriche

Continuing Medical Education

Marina De Pieri, Giuseppe Maso

- 128 Insegnamento della Medicina di Famiglia e Clinical Skills: analisi di un'esperienza**
Teaching Family Medicine and Clinical Skills: analysis of an experience

- 129 Web References**

a cura della Redazione

Proceedings

Atti

Carlo Calabrese, Giuseppina Liguori, Massimo Campieri

- 136** **Malattia da reflusso gastroesofageo: cause, complicanze e terapia**
Gastroesophageal reflux disease: causes, complications and therapy

Ugo Colonna

- 137** **Il trattamento farmacologico con FANS e adiuvanti**
Pharmacological treatment with NSAIDs and adjuvants

Alberto Marsilio

- 138** **Il dolore nella persona affetta da demenza**
The pain in people with dementia

Andrea Nicolussi

- 140** **Diritti degli anziani e nutrizione artificiale: problematiche etiche e legali**
Rights of the elderly and artificial nutrition: ethical and legal

Paolo Pallini, Maria Loretta Lazzaretto, Grazia Pilone

- 141** **Nutrizione Artificiale: strategie terapeutiche e complicanze**
Artificial Nutrition: therapeutic strategies and complications

Franco Schiavon

- 142** **Malattie osteoarticolari e disabilità nel paziente geriatrico**
Osteoarticular diseases and disability in elderly patients

Fabrizio Turollo

- 144** **Vita, invecchiamento, morte e immortalità**
Life, ageing, death and immortality

Alberto Cester

- 146** **Cure e terminalità**
Terminal Care

Enzo Manzato

- 147** **Malattie metaboliche in geriatria**
Metabolic disease in geriatrics

Mirko Menegolo, Michele Antonello, Franco Grego

- 148** **Ulcere vascolari: prevenzione, diagnosi e terapia**
Vascular ulcers: prevention, diagnosis and therapy

Paolo Orlandoni, Claudia Venturini, Natascia Giorgini, Donata Fagnani, Naomi Castorani, Claudia Cola, Debora Sparvoli

- 149** **La disfagia nell'anziano: cause e trattamento**
Dysphagia in the elderly: Causes and Treatment

Luciana Roncada

- 150** **Nursing infermieristico del paziente in Nutrizione Artificiale**
Nursing for patient in Artificial Nutrition

Anna Tiberio

- 152** **La diagnosi precoce del carcinoma vescicale**
Early diagnosis of bladder cancer

Renzo Zucconelli

- 154** **Il follow up nel paziente con Ca vescicale non muscolo-invasivo**
Follow up of patients with non muscle-invasive bladder cancer

Info&More

Informazioni

- 155** **Meeting Calendar**
a cura della Redazione

The WHO European Health Report 2009: parole chiave per l'Italia

The WHO European Health Report 2009: Key words for Italy

Giuseppe Maso

Insegnamento di "Medicina di Famiglia", Università degli Studi di Udine

Correspondence to:

Giuseppe Maso
giuseppe.maso@ijpc.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 91-92

Il recente rapporto dell'WHO, "*The European Health Report 2009 – Health and Health Systems*", analizza la situazione sanitaria di circa 900 milioni di persone abitanti la *WHO European Region* che include 53 stati membri, divisi in 8 gruppi. L'Italia rientra nel gruppo Eur-A costituito da 27 stati che si distinguono per la mortalità infantile e adulta molto bassa.

Il rapporto mostra come la speranza di vita vari molto tra i vari stati della Regione e come essa sia più influenzata dall'ambiente socioeconomico che dalle politiche sanitarie in quanto tali.

La speranza di vita, quindi non è una buona misura delle performance dei Sistemi Sanitari: infatti l'aumento annuale, costante di 0.3 anni per gli ultimi 150 anni, uguale nei paesi industrializzati pur in presenza di diversi modelli di assistenza, dimostra come sia difficile valutare l'efficacia dei sistemi di erogazione delle cure. E questo dato fa supporre che, per la quota relativa alla qualità delle cure, siano più importanti le conoscenze, la tecnologia e le abilità mediche che caratterizzano le migliorate condizioni socioeconomiche, che il modo con cui le stesse siano organizzate.

Le cause di morte più importanti sono legate a malattie del sistema circolatorio, a neoplasie maligne e a malattie del sistema respiratorio.

Esiste una quota non indifferente di "*mortalità evitabile*" cioè una mortalità prematura potenzialmente azzerabile con interventi tempestivi ed efficaci del sistema sanitario (promozione della salute, prevenzione primaria o secondaria, diagnostica precoce); buona parte di questa quota è attribuibile a fattori prevenibili come elevato uso di alcolici, stress, assenza di supporti sociali, abitudini alimentari errate, inquinamento atmosferico, pesticidi, mercurio ecc.

Infine il numero assoluto di persone anziane con disabilità continua ad aumentare perché la popolazione anziana continua a

crescere.

Il declino della popolazione economicamente attiva e l'aumento delle persone totalmente dipendenti incideranno notevolmente sulla sostenibilità dei sistemi attuali di erogazione delle cure e incidono già oggi pesantemente sulle cure primarie. La presa di coscienza di questi aspetti assieme al cambio demografico cambieranno e incrementeranno significativamente la domanda di intervento dei Sistemi Sanitari.

Gli interventi proposti per affrontare questa emergenza sono diversi e riguardano sia l'aspetto sanitario che quello sociale; in particolare:

- Rafforzare la prevenzione per le più importanti malattie croniche e fattori di rischio promuovendo stili di vita sani.
- Indirizzare l'intervento del sistema sanitario in modo da posticipare il più possibile l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, l'obesità, l'ipertensione e la demenza.
- Promuovere l'auto-cura e migliorare le cure a lungo termine con un migliore utilizzo delle risorse.
- Coinvolgere maggiormente gli anziani nelle decisioni e nelle attività (incluse le scelte economiche) che riguardano le loro cure.

La crescita delle malattie croniche, infatti, rappresenta la sfida maggiore per la salute e per i Sistemi Sanitari di tutta Europa. La salute della gente può essere migliorata attraverso quattro funzioni dei Sistemi Sanitari:

- Fornitura dei servizi: provvedere a cure personali e, molto importante, prevenire le malattie e promuovere stili di vita salutari.
- Finanziamento: raccogliere e allocare i fondi ai provider in modo da promuovere equità e trasparenza, fare in modo che la popolazione non debba pagare e provvedere ad incentivi per chi eroga cure efficaci e di alta qualità.
- Creazione di risorse: investire in un mix appropriato di risorse

umane e materiali (attrezzature, tecnologia e farmaci).

- Amministrazione: regole e strumenti, compresi strumenti per la trasparenza e il monitoraggio, per assicurare orientamento e responsabilità.

La *Ljubljana Charter on Reforming Health Care*² sottolinea come sia necessario migliorare la qualità e l'efficacia dei sistemi sanitari orientandosi sempre di più verso le cure primarie.

La strategia migliore consiste nell'integrare le cure ambulatoriali con quelle ospedaliere; tutte le evidenze dimostrano come forti cure primarie portino ad una popolazione più sana; per questo bisogna porre al "posto di guida" per migliorare la continuità della cura e ridurre l'accesso e i costi delle cure ospedaliere. Per raggiungere questo obiettivo sono stati messi in atto da diversi Stati differenti strumenti (incentivi economici e budget dedicati) ma assolutamente necessaria e imprescindibile è la figura di un medico di famiglia di alto livello dotato di tecnologia adeguata.

La *Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth* (2009)³ individua delle azioni per migliorare le risposte che i Sistemi Sanitari danno ai pazienti:

- Definire i diritti e i servizi e rendere più trasparenti le modalità di fornitura dei servizi, integrandole in un ampio sistema che abbia come obiettivo la dignità del paziente.
- Ridurre i tempi e le liste di attesa.
- Introdurre una legislazione sui diritti dei pazienti e "carte dei pazienti".
- Introdurre il rispetto e la dignità del paziente nella formazione professionale.
- Aumentare la libertà di scelta del paziente di fornitore di servizi e sanitari.
- Aumentare la qualità delle cure attraverso diverse strategie (compreso un pagamento basato sulle performance).

Il processo di miglioramento dei Sistemi sanitari non può che passare attraverso il rafforzamento delle cure primarie perché queste sono le uniche che permettono delle cure accessibili, coordinate, integrate, comprensive e continue.

Il miglioramento delle cure primarie prevede anche un rafforzamento della medicina di famiglia, che dovrebbe funzionare come un *hub* di coordinamento all'interno del complesso sistema delle cure.

Ma questa necessità contrasta con la crisi attuale della medicina generale, in particolar modo in Italia.

Il Medico di Famiglia da un lato si trova a dover affrontare nuove sfide determinate soprattutto da pazienti sempre più vecchi,

con aumento di comorbidità e cronicità e con una sempre maggior richiesta di tempo da dedicare alla assistenza ambulatoriale, domiciliare e residenziale. Dall'altro assiste ad un aumento esponenziale dei compiti amministrativi, con inevitabile impossibilità di restare al passo con le innovazioni cliniche.

Nel nostro più che negli altri paesi i medici hanno perso il controllo sulla loro professione. Essa è pilotata da una miriade di norme che le impediscono di fatto di essere di qualità, in grado di dare risposte reali ai bisogni della gente. Queste norme intervengono sulla prescrizione farmacologica, sulla prescrizione di accertamenti, sulle certificazioni e su l'organizzazione del lavoro in un modo tanto pesante da impedire la libertà del professionista.

Due principi fondamentali di questa specialità quali autonomia e indipendenza sono stati vanificati. Lo Stato paga la spesa sanitaria e lo Stato decide i LEA (livelli essenziali di assistenza), decide i modelli organizzativi e le modalità di pagamento dei professionisti. Il rapporto, anche se il cittadino non se ne rende conto, è tra Stato e Paziente e non più tra Medico e Paziente; questo rapporto è soggetto a innumerevoli vincoli e a "patti aziendali" mentre i dati "confidenziali" non rimangono confinati nel rapporto malato-curante ma appartengono al Sistema Sanitario. Il medico è un tecnico al servizio di un'organizzazione in cui gli amministrativi molto spesso sono retribuiti più dei clinici. Per convenzione il medico deve fare gli interessi dell'azienda per cui lavora anche se questi interessi non coincidono con quelli dei pazienti.

La mancanza di influenza sulla professione, e l'assenza della medicina di famiglia tra le specialità universitarie, determinerà la fuga dei professionisti da questa disciplina e, se non si adotterà qualche rimedio, porrà in tempi brevi una seria ipoteca sulla sopravvivenza del Sistema Sanitario Nazionale così come lo conosciamo.

Non vi può essere, infatti, Sistema Sanitario senza la medicina generale e dove non vi sono medici liberi anche la libertà dei cittadini è menomata.

BIBLIOGRAFIA

1. The European Health Report 2009: health and health systems. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 2009. (<http://www.euro.who.int/Document/E93103.pdf>).
2. Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5, accessed 27 May 2009).
3. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen, WHO regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_ePB_9.pdf, accessed 27 May 2009).

Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse?

Family physician and psychologist working together: a new management model where the symptom becomes an activatr of resources?

Luigi Solano¹, Enzo Pirrotta², Andreina Boschi³, Adriano Cappelloni⁴, Donatella D'Angelo², Maria Luisa Pandolfi⁵

¹Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università di Roma "Sapienza";

²Medicina Generale, ASL RM B;

³Medicina Generale, ASL RM D

⁴Medicina Generale, ASL Rieti

⁵Generale, ASL RM A

Correspondence to:

Enzo Pirrotta

cleide@riscali.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 93-100

ABSTRACT

It is well known that motives for consulting the family physician, though expressed as physical symptoms, often derive from problems needing a holistic, psychosocial, approach. Progressive differentiation between medicine and psychology makes cooperation through referral to the psychologist by the physician quite problematic, both in terms of which patients are referred and of the modalities of referral. Acceptance of psychological referral may anyhow be difficult, due to the social stigma that still surrounds mental distress.

The authors report a possible solution in an experiment implemented by the postgraduate Health Psychology School of the Rome University "Sapienza", entailing joint, direct cooperation between a family physician and a psychologist through the psychologist's presence in the doctor's office during consultations. This allowed direct access to a psychologist in the absence of any filter and without the need for a formal request on the patient's part and a biopsychosocial approach to distress. In a small number of cases, more formal consultation with the psychologist was proposed. Cases were always discussed between the two professionals. To date the experiment has involved 11 psychologists and 8 physicians over a period of 10 years. It has appeared to be entirely feasible, though requiring a period of adaptation between the two professionals. Patients have welcomed the presence of the psychologist and, as expected, take a broader approach in reporting their distress. An illustrative case is presented, in which finding the meaning of a symptom avoided unnecessary and costly investigations, and facilitated the patient's taking a new direction in his life.

Key words:

family medicine; somatic symptoms; family psychologist

RIASSUNTO

E' ben noto che le richieste che giungono al Medico di Medicina Generale, per quanto in genere espresse in forma di sintomi fisici, nascono molto spesso da problemi che necessitano di un approccio olistico, biopsicosociale. La progressiva differenziazione tra medicina e psicologia rende piuttosto problematica una collaborazione attuata mediante invio allo psicologo, sia in termini di quali pazienti vengono inviati che delle modalità di invio. L'accettazione della proposta da parte del paziente appare comunque problematica, nel momento che il contatto con uno psicologo, diversamente da quello con un medico, viene tuttora considerato socialmente come pertinente solo ad una particolare categoria di persone, e oggetto di forte stigmatizzazione.

Gli autori riferiscono di una possibile soluzione ai problemi sopra indicati in un'esperienza portata avanti dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma "Sapienza", mediante inserimento di uno psicologo nello studio del Medico di Base, nel consueto orario di ambulatorio, in copresenza con il medico. Questa pratica ha permesso di realizzare un approccio olistico al disagio presentato, senza la necessità di una richiesta specifica da parte del paziente. In un piccolo numero di casi, è stato proposto ed attuato un approfondimento più formale con lo Psicologo in tempi e spazi separati. I casi sono stati sempre discussi tra i due professionisti. Finora l'esperienza, che dura da 10 anni, ha coinvolto 7 studi medici a Roma, Orvieto e Rieti, e 11 psicologi

specializzandi, per 3 anni ciascuno; ha mostrato di essere del tutto fattibile, pur richiedendo un certo periodo di “rodaggio” tra le due figure professionali. I pazienti hanno accolto con molto favore la presenza dello psicologo e, come era da attendersi, questa ha favorito la loro spontanea adozione di un approccio molto più ampio al proprio disagio. Viene presentato un caso clinico che illustra come la costruzione di un senso ad un sintomo possa evitare indagini fisiche inutili e costose, e facilitare una svolta significativa nella vita di un paziente.

Parole chiave:

medicina di famiglia; sintomi somatici; psicologo di base

INTRODUZIONE

I motivi che hanno spinto a proporre e realizzare una forma di collaborazione medico/psicologo attuata mediante la loro presenza congiunta nello studio del medico di famiglia, nei consueti orari di visita, rientrano in tre ampi ordini di considerazioni:

- la progressiva differenziazione tra Medicina e Psicologia rende molto difficile per il medico andare incontro ad una vasta serie di esigenze dei suoi utenti non affrontabili all'interno di una dimensione biologica;
- lo stigma sociale connesso con il rivolgersi ad uno psicologo (in generale ad un operatore della salute mentale) fa sì che il contatto con l'utente avvenga in genere in fasi del disagio drammaticamente tardive;
- lo studio del medico di base appare come luogo particolarmente utile e adeguato per la collocazione di uno “psicologo di base” e la realizzazione di un ascolto globale della domanda dei pazienti.

Differenziazione tra medicina e psicologia e necessità di integrazione

Tale differenziazione si è svolta lungo tutto il secolo passato ed è ancora attivamente in corso. La Medicina (a parte eccezioni individuali) si è progressivamente allontanata da un approccio olistico alla persona, che era una sua caratteristica preminente prima della metà del 1800, andandosi a concentrare elettivamente sugli aspetti organici e genetici della malattia e della salute. Questa focalizzazione ha portato nel corso del 1800 e del 1900 a progressi fino a quel momento impensabili nella prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie, ma ha comportato la scotomizzazione dell'importanza dei fattori emozionali e relazionali nella malattia e nella salute, e più in generale della specificità della singola persona. Tale atteggiamento, fortemente incoraggiato proprio dall'entità dei successi ottenuti, non accenna affatto a modificarsi, si è anzi recentemente rinvigorito con l'affermarsi dell'Evidence Based Medicine e di protocolli universali per la diagnosi e il trattamento.

La Psicologia dal suo versante, come sintetizzato nel modello biopsicosociale di Engel¹ è invece più orientata a considerare la salute e la malattia (sia fisica che mentale) come connessa a:

- il rapporto tra il soggetto ed il suo contesto ambientale, come esemplificato ad esempio nel modello della regolazione psicobiologica²;
- il rapporto tra il soggetto e il momento del suo ciclo di vita (pubertà, fine adolescenza, matrimonio, nascita dei figli ecc.);
- le specifiche risorse del soggetto, descrivibili come *life skills*³, stili di coping, livelli di benessere⁴, e in particolare la capacità di identificare, elaborare e regolare le emozioni relative alle vicissitudini della vita.⁵

Gli psicologi sono inoltre in genere ben consapevoli dell'eredità di Balint⁶, che ha inquadrato ogni malattia come co-costruzione tra paziente e medico, assegnando quindi estrema importanza alla relazione medico paziente. D'altro canto, mancando della competenza per apprezzare pienamente la fisiopatologia della malattia organica e i suoi possibili determinanti biologici, possono tendere a sottovalutare tali componenti. Questa notevole differenziazione richiede quindi un corrispondente sforzo di integrazione interdisciplinare, il cui fardello non può essere lasciato in carico al solo utente/paziente, esposto a input così diversi e in parte antagonisti.

Una prima possibilità: la formazione psicologica del medico

Una possibilità che è stata storicamente esplorata, come nella proposta di Balint⁶ è la formazione dei medici di famiglia ad un approccio al paziente più globale, biopsicosociale. Balint infatti propose ed attuò dei gruppi pluriennali a cadenza settimanale, i cosiddetti “gruppi Balint”, in cui medici di base discutevano con un esperto di salute mentale i casi con implicazioni psicosociali più evidenti.

Tale proposta appare oggi di realizzazione molto più difficile che ai tempi di Balint, in primo luogo proprio per la progressiva differenziazione sopra descritta; in secondo luogo per l'incremento esponenziale delle conoscenze anche solo strettamente biomediche che il medico ha la necessità di apprendere e rinnovare.

Un'inchiesta recentemente condotta a Torino⁷ ha mostrato come la necessità dell'adozione di un approccio psicosociale alla salute venga fortemente sentita tra i medici di famiglia, ma che i medesimi si ritengono scarsamente adatti a tale funzione per i seguenti motivi:

- a) limiti di tempo;
- b) possibili ostacoli ad una interazione più “personale” per la presenza di dinamiche conflittuali con il paziente relative alla *compliance* ai trattamenti e alla certificazione per malattia;
- c) possibile riluttanza del paziente ad intraprendere un dialogo con il medico ad un livello più personale perché sentito in contrasto con il suo ruolo nell'esame fisico e nella prescrizione di farmaci;
- d) formazione insufficiente.

Ciò che appare comunque evidente è che formare il medico anche ad un ascolto e a un intervento psicosociale è impresa non da poco, non certo esauribile nell'ambito di un corso di aggiornamento di qualche giorno, ma da misurarsi nell'ordine degli anni. Non parliamo infatti di formare i medici a riconoscere e trattare (farmacologicamente) forme di disagio mentale (tipicamente la depressione) di lieve/media gravità ma di acquisire la capacità di

collocare qualunque problema (fisico e non) portato dal paziente all'interno del suo contesto di vita relazionale.

Le vie più comuni della collaborazione medico/psicologo

L'altra possibilità per realizzare un'integrazione è quella della collaborazione tra medico e psicologo. La forma più comune è la consulenza, in genere promossa dal medico mediante invio del paziente, se ambulatoriale, o mediante richiesta di intervento dello psicologo presso il paziente ricoverato. La letteratura segnala anche situazioni in cui, quando il medico lo ritiene opportuno, vengono effettuate colloqui congiunti medico/psicologo.⁸⁻¹⁰

Tale pratica viene raccomandata in caso di pazienti "difficili da inviare", o nel caso di "disturbi da somatizzazione" o di "comorbidità" tra disagio fisico e psicologico.

Per quanto queste iniziative possano apparire ragionevoli e utili in diversi casi, lasciano aperti due fondamentali ordini di problemi, peraltro in parte sovrapposti:

- a) nonostante il modello biopsicosociale venga spesso formalmente accettato in ambito sanitario, *permane netta la distinzione tra disagio fisico - di competenza del medico - e disagio psicologico, di competenza dello psicologo*. Non per nulla anche nei lavori appena citati, che appaiono frutto di situazioni relative apertura, si parla di intervento dello psicologo in caso di "disturbi da somatizzazione" evidentemente in opposizione a "disturbi organici" (veri), o nel caso di "comorbidità". *Appare pressoché impensabile che l'assistenza ad un disturbo che si presenta come esclusivamente somatico possa utilizzare la competenza di uno psicologo*;
- b) nella maggior parte dei casi, la richiesta di collaborazione, sotto qualunque forma, poggia sulla valutazione da parte del medico della necessità di un intervento psicologico per un paziente che si è primariamente rivolto a lui/lei. *Tale valutazione, per poter essere utile, efficace e realizzabile richiederebbe una profonda conoscenza e comprensione da parte del medico delle teorie, delle modalità di intervento, delle possibilità della psicologia*. La forte differenziazione oggi presente tra le due discipline, come discusso sopra, rende questa condizione piuttosto rara.

Nei fatti la collaborazione dello psicologo viene richiesta quando, per le caratteristiche del disturbo o l'atteggiamento del paziente, il medico si trova in difficoltà ad utilizzare i suoi strumenti tradizionali, quella che Renzo Carli ha definito "*fallimento della collusione*".¹¹

Esempi sono il disagio psichico esplicito, una mancata aderenza al trattamento da parte del paziente, malattie poco curabili. E' molto raro invece che l'intervento dello psicologo venga richiesto nelle fasi iniziali della malattia fisica, quando la sua efficacia sul decorso potrebbe essere notevolmente maggiore, e ancor più raramente quando sono disponibili trattamenti medici efficaci, nonostante la dimostrata utilità di un intervento combinato.¹²⁻¹⁴

Un problema specifico deriva dalla difficoltà del medico a notare e prendere in considerazione le caratteristiche personali che più spesso costituiscono un fattore di rischio per i disturbi o le malattie somatiche, a cominciare da una scarsa capacità a identificare ed esprimere le emozioni, come descritto nel costrutto dell'*alestitimia* o della disregolazione affettiva.⁵

Tale condizione è spesso caratterizzata da uno stile comunicativo

incoloro, noioso, "ipernormale", del tutto opposto a quello presente in genere nel disagio psichico come viene comunemente inteso e ben riconosciuto dal medico. Per questo motivo vengono assai raramente inviati ad un operatore della salute mentale proprio quei pazienti in cui il rischio per la salute è più alto, avendo trovato soltanto il corpo come espressione del proprio disagio.¹⁵

Esiste infine un grosso problema relativo alle *modalità di invio* ad uno psicologo. Il medico tende in genere a considerare tale invio sullo stesso piano di quello ad uno specialista medico, laddove in risposta ad un bisogno riscontrato in un paziente si prescrive un certo tipo di visita o di indagine: tutto quello che è richiesto al paziente è di aderire e prestare la propria collaborazione passiva, "lasciarsi fare" delle cose.

Gli psicologi sanno bene, al contrario, che per poter lavorare con una persona è necessario molto di più di questo; che è necessaria una domanda, oltre alla presenza di un bisogno che può essere stato identificato (per quanto correttamente) da qualcun altro; che un colloquio psicologico non può essere prescritto, ma può essere proposto, negoziato, di modo che possa essere infine accettato dal paziente, sulla base di una motivazione che non può essere certo la semplice assenza di una causa organica al problema manifestato. Per tali motivi, anche nei casi in cui una consulenza psicologica potrebbe essere utile, non sempre viene proposta nei termini che ne rendono probabile la realizzazione.

La posizione sociale della psicologia

La malattia fisica è socialmente considerata come qualcosa di inevitabile per tutti, prima o poi, parte integrante della vita comune, al punto che, almeno in Europa, è previsto che ciascun cittadino fin dalla nascita abbia un medico di riferimento, le cui prestazioni sono offerte gratuitamente. L'esistenza di una malattia fisica viene vista come qualcosa di oggettivo, non legata al fatto che si vada o meno dal medico. Anzi, come nota Parsons¹⁶, se in presenza di un disturbo di una certa gravità non si consulta un medico, questo viene considerato segno di squilibrio mentale o per lo meno di grave trascuratezza nei confronti di se stessi ed anche della società che rischierà di spendere cifre maggiori per curare una malattia in una fase più avanzata.

Il disagio psichico è considerato invece come qualcosa che riguarda soltanto determinate persone, che sono state trattate in modo più o meno benevolo a seconda dei periodi storici (rogo, catene, farmaci, psicoterapia), ma sempre in servizi specifici, cui si accede su specifica richiesta degli interessati o di chi per loro, distinti da quelli (universali) per la salute fisica.

Anche nei periodi (ormai lontani) e nei paesi (diversi dall'Italia) in cui "andava di moda" consultare psicologi e psicoterapeuti, non si è certo mai giunti a vedere la salute mentale come un problema che possa riguardare l'universalità della popolazione, come la salute fisica.

A questo si aggiunge che il disagio psichico appare difficilmente definibile e oggettivabile socialmente, se non nel momento che la persona si rivolge (o viene condotta) ad un servizio o ad un operatore della salute mentale. E' soprattutto a questo punto che l'interessato viene socialmente identificato come persona con problemi psichici, con conseguente, immutato, stigma sociale nonostante ogni dichiarazione contraria pubblica o privata.

Il giudizio, come sopra accennato, può essere anche benevolo e tollerante, ma dal punto di vista della società si entra comunque a far parte di una categoria diversa. Non sorprende quindi che ci si rivolga ad uno operatore della salute mentale soltanto come ultima spiaggia, dopo che ogni altro tentativo è fallito; quando il disagio, in genere dopo anni di sofferenza, ha prodotto modificazioni intrapsichiche strutturate, croniche, relativamente indipendenti dalla situazione relazionale che le ha generate. Si è così venuta a cristallizzare nella percezione sociale l'equazione Psicologo = Psicoterapeuta, cioè l'idea che affrontare problemi psicologici implichi necessariamente lunghi anni di intervento, e questo rinforza circolarmente il problema.

A conferma di questa difficoltà, un recente studio¹⁷ ha mostrato che solo il 5,5% della popolazione adulta ha avuto nel corso della sua vita un contatto professionale con uno psicologo, ivi incluse situazioni non cliniche, quali di orientamento, aziendali ecc. Possiamo anche ricordare a questo proposito la progressiva fioritura di professioni "alternative" rispetto a quella psicologica (counseling, counseling filosofico, coaching, mediazione familiare ecc.) il cui successo deriva anche dalla possibilità per l'individuo di cercare risposta ai propri bisogni senza assumere l'etichetta di essere "uno da psicologo".

Appare quindi evidente l'opportunità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come qualcosa previsto per tutti, e non per una categoria particolare di persone.

Lo studio del medico di famiglia come luogo adeguato per la collocazione di uno "psicologo di base" e la realizzazione di un ascolto globale della domanda dei pazienti

La maggior parte degli operatori della salute sono ben consapevoli che i motivi che sottendono una gran parte delle richieste di intervento presso il Medico di Famiglia, sebbene espresse sotto forma di sintomi fisici, sottendono problematiche di ordine non somatico.

Il fenomeno è stato ampiamente rilevato dagli studi pionieristici di Balint⁶ e da studi più recenti.^{18,19}

In mancanza di una risposta da parte del medico a livelli diversi da quello organico, i sintomi possono persistere o peggiorare, con incremento esponenziale delle richieste di intervento e quindi di spesa per il paziente o il servizio sanitario.^{20,21}

In situazioni di questo tipo l'utilizzazione dei servizi sanitari può arrivare ad essere fino a 9 volte maggiore della media della popolazione.²² Si è visto, al contrario, che laddove è maggiore l'utilizzazione di servizi di salute mentale, l'utilizzo di servizi per la salute fisica risulta proporzionalmente ridotto.²³

L'introduzione di uno "psicologo di base" in una dimensione di collaborazione congiunta a fianco del medico di famiglia permette di offrire un approccio globale alle richieste dei pazienti, senza la necessità né di un invio né di una specifica domanda psicologica, entrambe, come abbiamo visto sopra, di assai difficile realizzazione. Una assistenza così organizzata può quindi permettere di:

- intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico od organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizza-

zione ottimale dell'individuo;

- garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica – che come abbiamo visto, può spesso non essere adeguata – ed evitando altresì il rischio (o la certezza) di essere etichettati come "disagiati psichici";
- offrire un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita del paziente;
- eventualmente, in casi molto limitati e specifici, effettuare correttamente degli invii a specialisti della Salute Mentale;
- favorire un'integrazione di competenze tra Medicina e Psicologia, con arricchimento culturale di entrambe le figure professionali;
- limitare la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche, nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

Per ulteriore chiarezza vorremmo sottolineare *che lo scopo non è di fare della "piccola psichiatria" in casi specifici, ma di esplorare il significato di qualunque disturbo, fisico o mentale, portato da qualunque paziente, nel contesto della sua situazione relazionale presente e passata e nel contesto del suo ciclo di vita.*

L'esperienza di lavoro congiunto medico di famiglia/psicologo della salute attuata dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università di Roma "Sapienza"

Nel corso degli ultimi 10 anni undici psicologi qualificati, specializzandi in Psicologia della Salute, hanno garantito la loro presenza per 3 anni, in un giorno fisso della settimana, presso lo studio di un Medico di Famiglia di Roma o di cittadine limitrofe.

Il lavoro è tuttora in piena attività. Un cartello in sala di attesa comunica l'iniziativa ai pazienti, indica il turno di presenza dello psicologo, e chiarisce la possibilità, ove lo si desidera, di essere ricevuti solo dal proprio medico. I singoli casi e il funzionamento generale dell'iniziativa vengono discussi in riunioni almeno quindicinali coordinate dall'autore del presente lavoro cui partecipano tutti gli psicologi come parte della loro formazione e, seconda della loro disponibilità, anche i medici. Lo schema di lavoro è già stato descritto e utilizzato ed oggetto di pubblicazioni nazionali e internazionali.²⁴⁻²⁷

La figura dello psicologo della Salute è apparsa particolarmente adatta per la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di problemi da risolvere e non di patologie da identificare, e ad intervenire soprattutto in termini di promozione delle risorse personali. Non si può certo escludere che un lavoro simile possa essere svolto da psicologi con formazione di tipo diverso, purché questa non spinga, più o meno consapevolmente, a cercare di occuparsi soprattutto dei casi "di grave psicopatologia". Come abbiamo cercato di spiegare sopra, questa è una delle poche forme di disagio non somatico che il medico è già in grado di identificare con i propri mezzi e di affrontare utilizzando i servizi esistenti.

Metodologia Utilizzata

- Osservazione, da parte dello Psicologo presente nell'ambula-

torio, delle richieste e della relazione instaurata con il medico da parte di ogni paziente;

- Eventuale intervento esplorativo-chiarificatore con il paziente, nel contesto della visita ambulatoriale;
- Discussione con il Medico dei casi osservati;
- In alcuni casi selezionati, approfondimento con lo Psicologo in alcuni colloqui (in genere da 1 a 5) effettuati in tempi e spazi separati;
- In alcuni di questi ultimi casi, invio a specialisti della Salute Mentale.

Risultati generali

- L'iniziativa è risultata fattibile e utile, da tutti i punti di vista;
- l'inserimento dello Psicologo, fino a diventare una figura abituale, ha richiesto parecchi mesi di "rodaggio", necessari soprattutto a giungere ad un livello sufficiente di sintonizzazione e di reciproca comprensione, sempre perfezionabile, tra Medico e Psicologo;
- la grande maggioranza dei pazienti ha mostrato di apprezzare l'iniziativa;
- nel corso di tutta l'esperienza solo in 4 casi un paziente ha chiesto di poter parlare con il solo Medico;
- il numero di colloqui separati con lo Psicologo è stato molto ridotto (6 casi l'anno in media per ciascun Psicologo);
- il numero di invii a specialisti della Salute Mentale è stato irrisorio (un paio l'anno per ciascun Psicologo); tali invii sono stati effettuati nel caso di effettivo riscontro di problematiche psicologiche gravi ed inveterate;
- la maggior parte del lavoro si è quindi effettivamente svolto, in copresenza con il medico o nel rapporto a due con il paziente, nei termini di trovare un senso ai disturbi che venivano portati, di promozione delle risorse personali, di accompagnamento lungo passaggi evolutivi;
- è quindi evidente come, almeno nella cornice teorico-clinica adottata, non vi sono rischi di "psichiatrizzare" la popolazione interessata, né di accrescere il carico dei servizi territoriali di salute mentale;
- D'altra parte, nel corso dei 3 anni di ciascuna esperienza, circa 700 persone, la metà circa della clientela di ciascun medico di base, hanno avuto modo di incontrare uno psicologo. Questo dà una misura dell'entità di accesso ad uno psicologo che si realizza attraverso questa esperienza, nonostante la presenza relativamente ridotta (un turno a settimana).

Non è stato possibile realizzare una presenza più frequente dato il suo carattere volontario. La convinzione maturata nel tempo tra i partecipanti all'iniziativa è che una frequenza ottimale potrebbe essere di due turni a settimana, collocati uno di mattina e uno di pomeriggio. Questo permetterebbe di entrare in contatto con una percentuale di pazienti ancora più alta, senza però rendere l'incontro con lo psicologo praticamente inevitabile, a meno di un rifiuto esplicito. Uno dei punti di forza dell'iniziativa, non programmato in partenza, è apparso infatti proprio la possibilità per ciascun paziente di scegliere di incontrare o meno lo psicologo semplicemente chiedendo appuntamento nello studio medico in un determinato giorno della settimana, senza la necessità di

assumersi a priori la piena responsabilità di una richiesta o di un rifiuto.

Notazioni diniche e caso illustrativo

All'inizio dell'esperienza sia il medico che lo psicologo erano piuttosto preoccupati di capire "cosa avrebbero dovuto fare" per non sovrapporsi o contrapporsi; si chiedevano come presentare ai pazienti "questa nuova figura" e a definirne il ruolo in un luogo dove per molti anni era stata presente una sola persona, il medico.

La maggior parte, se non tutti i partecipanti all'iniziativa hanno scoperto ben presto che, se da una parte un qualche tipo di negoziazione tra le due figure era certamente necessario, dall'altra il rapporto con i pazienti non veniva in alcun modo messo a rischio, e spesso veniva anzi arricchito.

In diverse occasioni è risultato evidente come *la semplice presenza dello psicologo incoraggiasse i pazienti a narrare la storia dei loro disturbi, anche se di lunga data, in un modo diverso*, con l'aggiunta di nuovi elementi, non solo per il diverso ruolo professionale della nuova figura, ma anche *per la presenza comunque di un "terzo" nel rapporto medico paziente*.

La mancanza di una conoscenza precedente dei pazienti da parte dello psicologo portava il medico a formulare domande più specifiche e a ricostruire la storia passata in modo più attento. I pazienti, da parte loro, si sentivano più autorizzati a sedersi *a parlare di cose che in precedenza non pensavano potessero trovare uno spazio nello studio di un medico*.

Nel periodo iniziale della collaborazione è spesso riemersa la tendenza a riesumare il vecchio modello dell'invio sulla base di una necessità ravvisata dal medico; dopo il "rodaggio" già accennato, però, gli incontri a parte con lo psicologo sono in genere divenuti frutto di un accordo ben motivato tra i due professionisti, fino ad essere proposti in modo molto "naturale" quando il bisogno e la disponibilità del paziente ad un maggiore approfondimento della propria situazione di vita apparivano evidenti ad entrambi.

CASO CLINICO

Dino è un uomo di 41 anni, alto, dall'aspetto giovanile e molto curato. Si presenta allo studio dichiarando di soffrire da qualche mese di gravi episodi di vertigini. L'assenza di vomito, nausea o tachicardia rende altamente improbabile un problema organico a livello nervoso o vestibolare. Dino dice di essere molto disturbato dalla riduzione di capacità lavorativa derivante da questo sintomo. Per quanto ammetta di avvertire questi disturbi soprattutto quando "è stressato", si affretta a mettere da parte questa notazione per insistere nella ricerca di una causa organica, attraverso una TAC o altre tecniche sofisticate di "brain imaging". Allo stesso tempo è terrorizzato all'idea di scoprire un qualche problema di salute serio.

Medico e psicologa cercano di capire meglio le circostanze di queste vertigini. Si verificano soltanto in situazioni specifiche: al lavoro, specie durante riunioni (in cui magari il pensiero può vagare, non essendo legato strettamente all'esecuzione di un compito) e quando va in palestra.

Dino porta anche le ultime analisi del sangue, il medico le controlla e con intento tranquillizzante esclama "sono perfette!" Dino, per niente tranquillizzato, si chiede in tono ancora più preoccupato da

cosa possano dipendere allora queste sue vertigini. Il medico lo visita, effettua delle prove neurologiche, che risultano negative; esclude quindi l'utilità di una TAC o di altre analisi invasive, spiegandogli e sottolineando che le vertigini sono un sintomo per nulla raro in situazioni di vita difficili, e in accordo con la psicologa propone un incontro separato con quest'ultima, per chiarire se e in che misura nella vita di Dino siano presenti condizioni di questo tipo. Dino accetta volentieri, sembra incuriosito anche se un po' scettico.

All'interno di questo incontro, emergono rapidamente particolari molto significativi. Dino è ingegnere, ricopre un incarico di alto livello, ma vive ancora con la madre di 84 anni, semiinvalida, affetta da diabete e insufficienza renale. In casa è presente anche una badante. Il padre è morto quando Dino aveva 22 anni. La madre, dopo la morte del padre, ha sviluppato un tumore al seno, che si è riusciti a trattare con successo. In quel periodo la famiglia si è stretta intorno alla malattia della madre. Dino è l'ultimo di quattro fratelli, gli altri tre sono tutti sposati e vivono per proprio conto, compreso uno che era rimasto disabile a seguito di un incidente, e che ha vissuto con Dino e la madre fino a due anni fa. Dopo il matrimonio di questo fratello, il diabete della madre è peggiorato notevolmente.

Dino è single, si è lasciato da pochi mesi con la fidanzata con cui stava da 12 anni: le sue giornate sono scandite dal lavoro, dalla palestra e dall'assistenza alla madre; non esce molto. Non gli piace particolarmente andare in palestra, ma ci va tre volte a settimana, oltre a seguire una dieta, per timore di ereditare il diabete dalla madre.

La psicologa propone il "semplice" suggerimento che un sintomo fisico può spesso costituire un segnale da parte del nostro corpo, in rapporto a situazioni della vita, e che piuttosto che cercare di eliminare il sintomo in quanto disturbante, potrebbe essere utile lavorare insieme per cercare di capire cosa sta cercando di segnalare. Dino appare sorpreso ma interessato e dice che ci penserà.

Qualche giorno dopo, in un turno di ambulatorio in cui la psicologa non è presente, Dino si presenta a studio, ufficialmente solo per chiedere delle ricette per la madre. "En passant", però, dice al medico che ha trovato l'incontro con la psicologa piuttosto utile e gli chiede come può fare per incontrarla di nuovo. Il medico gli dice di chiamare nel giorno in cui è presente per prendere un appuntamento.

Per qualche settimana non si hanno più notizie. Un giorno il medico va a casa di Dino (mentre lui è al lavoro) per un controllo domiciliare alla madre, che anche è sua paziente. "Che avete fatto a mio figlio?" grida la madre appena lo vede "da quando ha litigato con la fidanzata stava sempre a casa, adesso esce tutte le sere!"

Il caso appare altamente illustrativo del senso e dell'utilità dell'iniziativa, nel suo essere esemplificativo di una situazione molto frequente.

Un paziente si presenta in uno studio di medicina di base lamentando un sintomo fisico che il medico valuta fin dall'inizio come "funzionale"; il paziente è preoccupato per la propria salute, ansioso di scoprire una causa, e richiede indagini sofisticate (e costose). In alcuni casi il medico collude con la richiesta - o è il primo a formularla, non avendo altri strumenti a disposizione. Il paziente si ritrova così nello sventurato percorso così ben descritto da Balint: nella maggior parte dei casi, nonostante il numero e la sofisticazione

degli esami (oggi molto più numerosi e sofisticati che ai tempi di Balint) non si riscontra nulla. Il paziente è sempre più risentito e amareggiato dell'impotenza della medicina a trovare una causa dei suoi disturbi.

Oppure, in altri casi, dagli esami risulta qualcosa, che magari in seguito apparirà come un reperto casuale, privo di significato clinico, ma che intanto porta ad ulteriori indagini, più invasive: il paziente rimane comunque con la sensazione che "c'era qualcosa che non andava".

In entrambe le situazioni spesso, con il tempo, si sviluppano nuovi sintomi.

Nel nostro caso invece il medico, probabilmente anche perché sostenuto dalla presenza della psicologa, è molto fermo nell'evitare questi percorsi.

L'incontro con la psicologa svela rapidamente di quale situazione di vita difficile si tratta: Dino, il figlio minore della famiglia, come spesso accade, è stato probabilmente destinato dal sistema familiare - per lo meno dalla morte del padre se non da prima - a prendersi cura della madre finché in vita. Possiamo ipotizzare che la rottura con la fidanzata, dopo un rapporto più che decennale, sia derivata dalla riluttanza di Dino, connessa con questo intreccio, a impegnarsi pienamente in questa relazione (matrimonio, figli e simili). La lotta di Dino contro il rischio di ereditare il diabete dalla madre può essere vista come una lotta (piuttosto inadeguata sul piano della realtà) contro il rischio di rimanere invischiato in una simbiosi con la madre.

La psicologa si guarda bene dal chiarire tutto questo a Dino in modo esplicito, cosa che avrebbe probabilmente attivato delle resistenze. Si limita a *connotare il sintomo non più come un disturbo, ma come un segnale che il suo corpo gli invia*, che merita di essere preso in considerazione. E' probabile che Dino, più o meno consapevolmente, si sia reso conto di come il segnale avesse a che fare con il rischio di rimanere intrappolato in una vita poco soddisfacente, piena di doveri (lavoro e palestra) e scarsa di realizzazioni. Si lancia quindi in una vita del tutto diversa, lasciando sbalordita la madre.

Un vantaggio di lavorare nello studio di un medico di famiglia è che, a differenza della comune pratica psicologica/psicoterapeutica, non si perdono mai di vista i pazienti, anche se gli incontri formalizzati si interrompono.

Dopo circa un anno Dino incontra di nuovo il medico, di nuovo andando a ritirare delle ricette per la madre. Gli racconta con un certo orgoglio che la sua vita sentimentale/sexuale è piuttosto ricca, e che le vertigini non si sono più ripresentate. E' piuttosto stupito di come un disturbo possa scomparire così, senza indagini e trattamenti.

Nel tempo, sapremo gli ulteriori sviluppi. Quello che è certo è che aver dato anche un minimo di senso alle vertigini di Dino gli ha evitato di entrare in un circuito di indagini fisiche che non avrebbe portato a nulla di buono per lui, come sopra delineato, e avrebbe prodotto inutili spese per la collettività.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Un lavoro congiunto medico di base/psicologo della salute è apparso quindi fattibile ed efficace nel fornire la possibilità di esplorare e chiarire il significato di disturbi fisici o di altri problemi portati all'attenzione del medico. La semplice presenza dello psicologo

nello studio, evidentemente accettata e organizzata dal medico, ha modificato in modo sostanziale le aspettative dei pazienti su quali argomenti si possano portare e discutere in quella sede. La possibilità di un accesso diretto ad uno psicologo di primo livello, in assenza di qualunque filtro e senza la necessità di una richiesta specifica e formale da parte del paziente, è apparso un ulteriore punto di forza dell'iniziativa.

L'integrazione di conoscenze mediche e psicologiche sui diversi casi esaminati ha permesso un approccio olistico, approccio che ha consentito non solo di affrontare più adeguatamente e tempestivamente patologie al loro esordio ma, alla stregua di un end point secondario non prevedibile, ha migliorato l'aderenza ai trattamenti dei pazienti affetti da patologie croniche, come dimostrato in precedenti esperienze.^{28,29}

Il lavoro in comune per diversi anni ha arricchito la competenza delle coppie di professionisti interessati in una misura che appare difficilmente ottenibile in altro modo. I medici hanno potuto approfondire le loro conoscenze sull'impatto di dinamiche relazionali ed emozionali sulla salute e la malattia; gli psicologi non solo hanno imparato molto sugli aspetti organici dell'essere umano, ma hanno anche avuto la possibilità di essere testimoni di conflitti ed altre problematiche al momento della loro origine, e di sperimentare l'efficacia (molto superiore a fasi più tardive) del loro intervento in tali situazioni; inoltre, hanno avuto la possibilità di entrare in contatto con un numero di situazioni di vita impensabile in qualunque altro tipo di attività psicologica.

Ringraziamenti

I partecipanti finora all'iniziativa sono stati i seguenti (in ordine di partecipazione):

Medici

Giovanni Iacarella, Quintilia Rosati, Sandro Scattoni (Orvieto); Adriano Cappelloni (Rieti); Andreina Boschi, Maria Luisa Pandolfi, Enzo Pirrotta, Donatella D'Angelo (Roma).

Psicologi

Monica Tomassoni, Salvatore Davide Mundanu, Antonia Palmisano, Simona Balistreri, Paolo Fayella, Daniela Lucignolo, Barbara Coci, Lucia Chiancone, Veronica Ingravalle, Alessandra Marchina, Daniela Onofrio.

Alcuni studi medici sono stati utilizzati da più di uno psicologo, in due periodi diversi.

BIBLIOGRAFIA

- Engel G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. Trad. it. La necessità di un nuovo modello in medicina: una sfida per la biomedicina. *Abilitazione e Riabilitazione*, 15: 13-32.
- Taylor G.J. (1987): *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*, Madison, Connecticut, U.S.A.: International Universities Press. Trad. It. Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea. Astrolabio, Roma, 1993.
- Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P. (1999): I programmi di "Life Skills Education" (LSE) nel quadro della moderna Psicologia della salute. *Psicologia della Salute*, 2.
- Ryff C. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57:1069-1081
- Taylor G. J., Bagby R. M., Parker J. D. A. (1997): *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press (trad. it. *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2000).
- Balint, M. (1957): *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pitman Medical Publishing, London. Trad. it. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano, 1961.
- Boarino A., Zuccarello A. (2007): L'immagine del counselor secondo i medici. *Giornale di Psicologia*, 1: 64-71.
- Hepworth J., Cushman R. (2001): Creating collaborative environments for clinical care and training; from cacophony to symphony and jazz. In RL Holloway (ed) *Behavioral Medicine in Family Practice*, Saunders: Philadelphia, pp. 63-75
- Holloway R.L., David A.K. (2005): The Complexion of collaboration: an overview of the psychologist-physician relationship. *Clinical Case Studies*, 4: 115-125.
- Blount A., De Girolamo S., Mariani K. (2006): Training the collaborative care practitioners of the future. *Families, Systems & Health*, 24: 111-119.
- Carli, R. (1997), L'analisi della domanda rivisitata. *Psicologia Clinica*, n. 1: 5-21.
- Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E. (1989): Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 888-891.
- Fawzy F.I., Fawzy N.W., Arndt L.A., Pasnau R.O. (1995): Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52:100-113.
- Petrie K.J., Fontanilla I., Thomas M.G., Booth R.J., Pennebaker J.W. (2004): Effects of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: a randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 66: 272-275.
- Solano, L. (2001), *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina, Milano.
- Parsons T. (1951): *The Social System*, Free Press, Glencoe. Trad. it. Il Sistema Sociale, Comunità, Milano, 1965.
- Ponzio, G., a cura di (2008): *La Psicologia ed il mercato del Lavoro*. Ordine degli Psicologi del Lazio, Franco Angeli, Milano
- Katon, W. (1985): Somatization in primary care. *Journal of Family Practice*, 21: 257-258.
- Magill, M.K., Garrett, R.W. (1988): Behavioral and psychiatric problems. In R.B. Taylor (Ed.), *Family Medicine* (3rd ed., pp. 534 - 562), New York: Springer - Verlag.
- Bass C., Murphy M. (1990): The cronic somatizer and the government white paper (Editorial). *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83: 203-5.
- Shaw J., Creed F. (1991): The cost of somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 35: 307-12.
- Smith GR, Monson RM, Ray DC (1986) Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health and care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146: 69-72.
- Jones K.R., Vischi T.R. (1979): Impact of alcohol, drug abuse and mental health treatment on medical care utilization: a review of the research literature. *Supplement to Medical Care*, 17, 1.
- Tomassoni M., Iacarella G., Solano L. (2002): Psicologia della Salute e Medicina di Base: una collaborazione proficua. *Psicologia della Salute*, n.1, 121-134.

25. Tomassoni, M., Solano, L. (2003): *Una base più sicura: esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Franco Angeli, Milano.
26. Solano L., Fayella P. (2007): Medico e Psicologo insieme in studio1. *Occhio Clinico*, n.7, Ottobre.
27. Solano L., Pirrotta E., Ingravalle V., Fayella P. (2009): The Family Physician and the Psychologist in the Office together: A Response to Fragmentation 2. *Mental Health in Family Medicine*, 6: 91-98.
28. Mc Daniel S.H. (1995): Collaboration between psychologist and family physicians: implementing the biopsychosocial model. *Professional psychology: research and practice*, 26: 117-22.
29. Tovian S. (2006): Interdisciplinary collaboration in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37: 268-272.

How much health related anxieties do people experience after a heart attack?

Quanta ansia si prova dopo un infarto del miocardio?

Petra F.E. van Benthum¹, Monica Giunco²

¹Radoud University Nijmegen, The Netherlands, Department of General Practice;

²Family Medicine Department, University of Udine

Correspondence to:

Giuseppe Maso

giuseppe.maso@ijpc.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 101-107

ABSTRACT

Context: A heart attack is an emotional life event. Patients can experience anxieties about their health afterwards. The extent to which people experience these anxieties partly depends on the memory they have from that life event. Centrally acting β -blockers impair the storage of emotional arousing information.

Objective: To investigate the health related anxieties patients with a history of a heart attack experience in general and in relationship to the use of β -blockers.

Method: A questionnaire was made using the Health Anxiety Rating Scale (HRS) and the Lüscher color test. The survey was spread among six general practitioners and on the cardiology department. In total 65 questionnaires returned. This was not enough to make a case control study between the β -blocker and non β -blocker group. A descriptive analysis of our results was preformed.

Results: The mean health anxiety score on the HRS was 12. Females scored higher than males (14 vs 10). Patients who used β -blockers had a mean score of 11, patients who didn't use them scored 14. 29% of the participants don't think about their fears. 45% of the patients with a significant anxious personality scored low on the health related anxiety scale.

Conclusion: Patients experience health related anxieties after a heart attack, most patients don't think about these fears. There are people with an anxious personality who don't recognize their own fears. The amount of participants was too small to draw conclusions about the differences between the β -blocker and non β -blocker group, more research is needed to answer this question.

Key words:

anxiety; heart attack; β -blockers

RIASSUNTO

Contesto: l'infarto del miocardio è un evento a grande valenza emozionale, causa di preoccupazione ed ansia per il futuro. Il grado di ansia dipende dalla memoria dell'evento. I beta-bloccanti ad azione centrale limitano la memoria di informazioni evocanti emozioni negative.

Obiettivo: studiare l'ansia correlata a pregresso infarto del miocardio in pazienti che assumono beta-bloccanti.

Metodo: è stato costruito un questionario usando la Health Anxiety Rating Scale (HRS) e il test dei colori di Luscher. Lo studio è stato condotto presso sei medici di famiglia e presso un reparto di cardiologia. Sono stati raccolti 65 questionari, non sufficienti per uno studio caso controllo per cui è stata condotta un'analisi descrittiva dei risultati.

Risultati: il grado di ansietà medio HRS è stato di 12. (14 per le femmine, 10 per i maschi). I pazienti che usano beta-bloccanti hanno un grado medio di 11, quelli che non li assumono di 14. Il 29% dei pazienti non si preoccupano per il futuro. Il 45% dei pazienti con personalità significativamente ansiosa hanno un basso grado di HRS.

Conclusioni: dopo un infarto i pazienti soffrono d'ansia correlata al loro stato di salute ma la maggior parte di loro non ci pensa e molti individui con personalità ansiosa non sono coscienti del loro stato. Per trarre conclusioni certe sulla differenza tra pazienti che assumono beta-bloccanti e quelli che non li assumono sono necessari altri studi con numerosità maggiore.

Parole chiave:

ansia; infarto del miocardio; β -bloccanti

INTRODUCTION

A myocardial infarction is a major life event for a patient. It is imaginable that a heart attack not only has an effect on the physical condition of a patient but also has a psychological impact. Depression and anxiety are two features that can occur after a heart attack. Martin et al. reported that 6 months after a heart attack 10,4-26,6% from the patients experience anxiety symptoms and 5,4-10,4% show depressive symptoms on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).¹ Recently there has been an investigation in which the follow-up after a heart attack was 18 months. The results show that direct after the heart attack 19,7% of the patients experienced anxiety on the HADS. After 18 months this declined to 14-17%.² The knowledge that anxiety and depression play a role after a heart attack is important for a couple of reasons. First of all anxiety and depression contribute to a decline in the quality of life patients experience after their heart attack.³ Quality of life plays an important role in the treatment of patients now a days. Secondly anxiety and depression are associated with an increased risk of adverse cardiac events and increased health care consumption.⁴ These reasons indicate why symptoms of anxiety need to be considered in the risk stratification and treatment of post myocardial infarction patients.

It is not very easy to discover the fears of patients. How people think about their health and the anxieties they experience about it is also partly depended on the memory they have of that life event. A heart attack is an emotional arousing event. People remember emotional arousing information often better than emotional neutral information. This probably can be explained from an evolutionary point of view: the enhanced memory of a stressful situation leads to a better response in the same situation the next time it occurs.⁵ The mechanism behind this phenomena is not fully understood but the research in the past mostly focused on the role of the β -adrenergic system in the formation of emotional arousing memories.

In the brain there is an extensive network of neurons which are stimulated by (nor)adrenaline. Noradrenaline has an increasing and modulating effect on the gathering and processing of emotional relevant and salient information by stimulating the amygdala, neocortex and hippocampus.⁶

Research on this subject in humans is mostly performed with propranolol, a β -adrenergic antagonist which easily crosses the blood-brain barrier. In the majority of these researches they used healthy people which they divided in two groups. Both groups looked at a series of slides accompanied by an emotional arousing or emotional neutral narrative. In one group the subjects received propranolol before viewing the story, in the other group they received a placebo. After one week they had to take a surprise memory test. One of the first researches performed this way was done by Cahill et al. He concluded that propranolol significantly impaired the memory of the emotional arousing story but did not affect the memory of the emotional neutral story.⁷

Van Stegeren designed a research to replicate the conclusions of Cahill et al. He added a third group to the research design. This group received nadolol, a β -adrenergic antagonist which crosses the blood-brain barrier to a considerably lesser extent than propranolol. The purpose of adding this group was to see if

a mostly peripheral acting β -blocker also impairs the memory for an emotional event. The results supported the conclusion of the research done by Cahill et al. Furthermore they concluded that in humans the memory of a mild emotional event involves the activation of central but not necessarily peripherally activation of the β -receptor.⁸ There's also research indicating that there's no effect of β -blockade on the storage of emotional events. O'Carroll et al. did the same experiment as van Stegeren et al. They didn't find a significant effect of propranolol or nadolol on the memory for both emotional and neutral material compared with the placebo group. According to the writers of the article the results of their research indicate that a single 40 mg dose of propranolol or nadolol is insufficient to produce a robust and replicable effect on the memory for emotionally arousing material.⁹ This is supported by another research in which they also added a group of healthy people who received 80 mg of propranolol next to a group who received 40 mg of propranolol. The conclusion of this research was that 40 mg of propranolol had no effect on declarative memory. However propranolol 80 mg impaired declarative memory for emotional arousing material.¹⁰

The general conclusion that can be made after reading the summary of these researches is that β -blockade has a negative effect on the ability of remembering emotional arousing information. What are the implications of this conclusion for the general patient? A lot of research focuses on the use of β -blockers in the treatment of post traumatic stress disorder, but you can also look at it the other way around: what is the effect on the memory in patients who chronically use β -blockers for controlling their hypertension? There has been done one research with a group of people chronically using β -blockers. In this research they formed four different groups: a group of healthy young individuals, a group of normotensive elderly individuals, a group of elderly individuals taking calcium-channel blockers or ACE inhibitors and the fourth group consisted of elderly people who used a β -blocker to control their hypertension. The subjects took a memory test while producing a moderate level of muscle-tension-induced arousal (which causes a psychological effect similar to that obtained with peripheral administration of noradrenaline). The results showed that all groups, except for the β -blocker group, had an enhanced long term recognition performance as a result of the arousal manipulation. The subjects in the β -blocker group showed no enhancement of memory. The conclusion of the authors is that physiological arousal is an important modulator of memory and that noradrenaline is likely to mediate this effect. Elderly individuals who use beta blockers as medication may be less able to benefit from this normal memory modulating effect of arousal.¹¹

There are a lot of people who have a history of a myocardial infarction and who use β -blockers. Our question is if people with a history of a heart attack who use a β -blocker, experience less health related anxiety than people who don't use a β -blocker. The best study design to investigate this matter would be to make a questionnaire and spread it among people who have a history of a myocardial infarction and then divide the subjects in β -blocker users and non β -blocker users. This also was our intention at the beginning. We made our own questionnaire. We spread these questionnaires under six general practitioners and we went to the

cardiology department. The problem was that it was very hard to find people who didn't use β -blockers. That's why we expanded our research question to: How much health related anxieties do patients with a history of a heart attack experience?

METHOD

Design

The intention of the research was to do a case-control study between patients who use β -blockers and patients who don't use β -blockers. We spread our paper questionnaire among six general practitioners in Venice. We asked them to fill out the questionnaire together with the patient to be certain that the patients understood the questions. The only inclusion criteria was a history of a myocardial infarction. There were no exclusion criteria. Furthermore we went to the cardiology department of the hospital in Gorizia to fill out the internet version of the questionnaire.

Material

We composed our own questionnaire from different resources. The questionnaire consisted out of two parts (Appendix A). In the first part patients had to answer general questions about their health.

In the second part there were questions about the anxieties patients experience about their health at this moment. We used two different kinds of methods to measure health related anxiety in our questionnaire. First of all we used questions from the Health Anxiety Rating Scale (HRS) adapted from A. Wells.¹²

We also used the short Lüscher color test. In this short Lüscher color test you only use eight colors. Although this short form is not as revealing as the extensive color test, it is considered valid in clinical practice.¹³

The color test is a medical aid showing the presence of stress in patients before patients notice the physical reactions stress can give. It provides a sort of simple early warning system, signaling the source of stress on their first occurrence.

The test is based on the assumption that any person facing a stimulus (like a color) reacts subjectively to this stimulus depending on the physical and psychological wellbeing of that person. Through a hierarchical choice of the eight different colors and the relationships between the different colors you can make an interpretation of the test: the preference for a color or the denial of another reflects the situation the person is in. The Lüscher test allows identification of possible forms of behavior that a person itself is not aware of such as the anxiety for a new heart attack.¹⁴ Complementary with the colors are the pictures we also used in our questionnaire. Every picture matches with one color. By looking at the color sequence together with the picture sequence, a better interpretation can be made.¹⁴

We made a paper version of the questionnaire for the general practitioners and an electronic version to use at the cardiology department.

Subjects

In a period of 1,5 month we collected 65 questionnaires consisting of 30 paper and 35 internet versions. There were 49 participants who used a β -blocker and 16 who didn't use a β -blocker.

Appendix 1

General questions

Completed by general practitioner
General practitioner: _____
Number of questionnaire: _____

- 1) Date of birth and gender:
MALE FEMALE
 - 2) What kind of chronic diseases do you suffer from?
 - 3) How many heart attacks did you suffer from before?
 - 4) When did you have your last heart attack?
 - 5) What kind of therapy did you receive in response to your last heart attack (for example: reanimation, nitroglycerin, a bypass, a coronary stent)?
 - 6) What kind of medication do you use at the moment? Please fill in the table below.
- | Name of drug | How many times a day do you take this drug? |
|--------------|---|
| | |
| | |
| | |
- 7) Do you take your medication as prescribed?
☐ Yes, go to the next part of the questionnaire
☐ No, please answer question 7a
 7a. How do you take your medication?

Health-anxiety related questions

- 1) During the past week, how much have you worried about your state of health? Choose a number from the scale below.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 not at all moderate a lot
- 2) How many times last week did you search for reassurance because you were worried about your state of health?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 never couple of times often
- 3) How many times last week did you avoid situations like reading magazines that describe heart diseases or looking television programs concerning health, with the intention not to think about the fears you have about your own state of health?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 never couple of times often
- 4) How many times last week did you avoid doing physical activities because you were worried about your state of health?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8
 never couple of times often
- 5) Which of the following strategies does describe the behavior you use to deal with your fears about your current health status the best?
☐ I search for distraction
☐ I try to control my thoughts
☐ I rationalize things
☐ I search for reassurance
☐ I don't think about my fears
☐ I search for evidence on whether my fears are real
☐ I handle with care
☐ I've programmed my reaction as if my fears are reality

- 6) Put the colors from appendix 1 in the right order. Start with "1" for the color you like the most and end with "8" for the color you like the least.

Color	Ranking	Color	Ranking
1. Pink		2. Blue	
3. Grey		4. Red	
5. Yellow		6. Black	
7. Brown		8. Green	

- 7) Put the pictures from appendix 2 in the right order. Start with "1" for the figure you like the most and end with "7" for the picture you like the least.

Figure number	Ranking	Figure number	Ranking
0		4	
1		5	
2		6	
3			

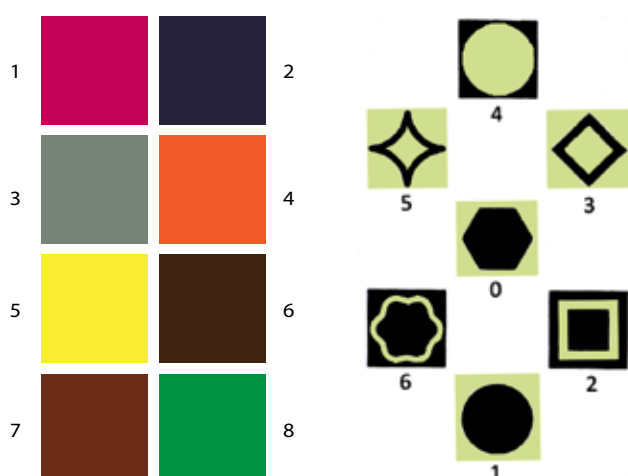
Analysis

The intention was to do a statistical comparison between the β -blocker and non- β -blocker group. Unfortunately we didn't receive enough questionnaires back to make a statistical significant comparison. We decided to broaden our research question

as stated in the introduction. We made a descriptive analysis of the results using tables and figures to support our statements. We processed the results in groups. We looked at the coping mechanisms using question 5 from the questionnaire. Question 1 until 4 are used to measure the anxiety people experience. To get a total health anxiety score for every subject we counted the rankings patients gave at the scales together.

Furthermore we made an analysis of the Lüscher color test using the expertise of a psychologist. She interpreted the color and figure sequence and ranked the participants in categories of anxiety.

Last we made a comparison between the β -blocker and non β -blocker group. Although not statistically processed, we looked if there was a tendency to show a difference between them.



RESULTS

Overall participants characteristics (Table 1)

The mean age (SD) of the participants was 61 (11) years (range, 39-91 years). Women made up about one third of the total amount of participants. The majority of the participants used a β -blocker (75%), mostly bisoprolol (37%). Eighty percent of the patients had a history of one heart attack, only one person (2%) had a history of three heart attacks. On average they had their last heart attack 3,1 years ago (range, 16 years-4 months). The treatment people received for their heart attack was almost equally divided between a coronary stent (33%), reanimation (21%) and a pharmacologic treatment (35%). 29% of the patients also suffered from hypertension. Together with diabetes (13%) and hypercholesterolemia (11%) this accounted for the biggest part of the co-morbidities. There were only a few patients who didn't take their medication as prescribed (8%).

Coping strategy (Table 2)

We excluded in total 17 patients in the coping strategy analysis. 16 people answered the question by checking more than one strategy instead of answering with the most preferable coping strategy. One person didn't fill out the answer to this question at all. In total we included 48 patients in this analysis, 33 in the β -blocker group and 15 in the non β -blocker group. After analyzing the results it appears that most patients don't think about

Table 1. General characteristics participants

	All (N=65)	β -blocker group (N=49)	Non β -blocker group (N=16)
Mean age $\pm$ SD, (Y)	61 $\pm$ 11	62 $\pm$ 12	60 $\pm$ 10
Gender N (%)			
Male	40 (62)	32 (65)	8 (50)
Female	25 (38)	17 (35)	8 (50)
Episodes of heart attack (%)			
1	52 (80)	41 (84)	11 (69)
2	12 (18)	7 (14)	5 (31)
3	1 (2)	1 (2)	0 (0)
Mean time since last heart attack (Y)	3,1	3,2	2,8
Treatment N (%)			
Coronary stent	24 (33)	19 (35)	5 (29)
Reanimation	15 (21)	13 (24)	2 (12)
Pharmacologic treatment	25 (35)	17 (31)	8 (47)
Bypass surgery	7 (10)	6 (11)	1 (6)
None	1 (1)	0 (0)	1 (6)
Comorbidity N (%)			
Hypertension	48 (29)	37 (30)	11 (24)
Angina pectoris	8 (5)	6 (5)	2 (4)
Other heart diseases	6 (10)	9 (7)	1 (2)
Diabetes mellitus	21 (13)	15 (12)	6 (13)
Hypercholesterolemia	19 (11)	14 (11)	5 (11)
Psychological diseases	3 (2)	3 (2)	0 (0)
Pulmonary diseases	5 (3)	1 (1)	4 (9)
Gastro-intestinal	6 (4)	4 (3)	2 (4)
Eye diseases	5 (3)	5 (4)	0 (0)
Other	43 (26)	28 (23)	15 (33)
Kind of β -blocker N (%)			
Atenolol		11 (22)	
Carvedilol		7 (14)	
Bisoprolol		18 (37)	
Sotalol		1 (2)	
Metoprolol		9 (18)	
Propafenone		1 (2)	
Nebivolol		2 (4)	
Compliance N (%)			
Yes	60 (92)	46 (94)	14 (88)
No	5 (8)	3 (6)	2 (12)

Table 2. Coping strategies *

	1	2	3	4	5	6	7	8
Both groups								
All N (%)	7 (15)	2 (4)	5 (10)	9 (19)	14 (29)	2 (4)	6 (13)	3 (6)
Years since last heart attack								
0-5 N (%)	4 (11)	2 (5)	3 (8)	8 (22)	10 (27)	2 (5)	6 (16)	2 (5)
6-10 N (%)	3 (8)	-	2 (5)	1 (3)	2 (5)	-	-	-
11-15 N (%)	-	-	-	-	2 (6)	-	-	1 (3)
Gender								
Male N (%)	3 (10)	1 (3)	4 (13)	4 (13)	10 (32)	2 (6)	5 (16)	2 (6)
Female N (%)	4 (24)	1 (6)	1 (6)	5 (29)	4 (24)	-	1 (6)	1 (6)
Age (Y)								
< 60 N (%)	1 (5)	1 (5)	2 (10)	3 (14)	8 (38)	-	4 (19)	2 (10)
60-70 N (%)	2 (13)	1 (6)	1 (6)	3 (19)	5 (31)	2 (13)	1 (6)	1 (6)
71-80 N (%)	1 (13)	-	2 (25)	3 (38)	1 (13)	-	1 (13)	-
> 80 N (%)	3 (100)	-	-	-	-	-	-	-
β-blocker group								
All N (%)	7 (21)	-	4 (12)	5 (15)	10 (30)	1 (3)	4 (12)	2 (6)
Non β-blocker group								
All N (%)	-	2 (13)	1 (7)	4 (27)	4 (27)	1 (7)	2 (13)	1 (7)
* 1. I search for distraction	5. I don't think about my fears							
2. I try to control my thoughts	6. I search for evidence on whether my fears are real							
3. I rationalize things	7. I handle with care							
4. I search for reassurance	8. I've programmed my reaction as if my fears are reality							

their fears (29%).

Women search more for reassurance than men (29% vs. 13% resp.). Divided in age groups you see that older people cope with their health fears by searching for distraction (100%), while younger people don't think about their fears (38 and 31%). Patients who have a recent history of a heart attack (0 till 5 years ago) cope diversely with their anxieties. Most people don't think about them (27%) but some search for reassurance (22%), handle with care (16%) or search for distraction (11%). Participants tend to think less of their fears if the heart attack is a longer time ago.

Health anxiety score (Table 3)

The highest score patients could reach was 32. With 32 being the highest level of anxiety and 0 the lowest level. We divided the score in three groups: 0-10, 11-20 and 21-30 points since no one reached the full 32 points. The mean anxiety score of all participants was 12 (spreading 0-28). The majority of the subjects were not, or only a little worried about their health (45%). The mean score of females was higher than of males (14 vs. 10 resp.). Also younger persons scored higher than older persons. Analysis of the score in combination with the time since the last heart attack shows that people are more worried about their health when they had their heart attack between 0 and 5 years ago than when they had it between 6 and 10 years ago.

Lüscher color test (Table 4)

The majority of the participants (72%) had a normal personality without anxieties. 11% had a personality that predisposed for anxieties. Those people are more likely to have stress about their health. 17% had a significant anxious personality. Comparing the health anxiety score people assigned to their personality according to the color test shows that some people don't think they are very anxious their self although they have a significant anxious personality (Table 5). People with this personality had a mean health anxiety score of 12 (spreading 0-28). In this test women had a less anxious personality than men.

 β -blocker versus non β -blocker group

If you compare the coping strategies between the β -blocker and the non β -blocker group, not thinking about their fears is still the most used strategy among the participants (Table 2). β -blocker users also search for distraction (21%) while non β -blocker users are more likely to try to control their thoughts (13%).

The score on the health anxiety scale showed a higher mean score for non β -blocker (score 14) users than for β -blocker users (score 11) (Figure 1). Participants in the β -blocker group had a more anxious personality according to the Lüscher color test than people in the non β -blocker group. These results would not be statistically significant if we analyzed them.

DISCUSSION

The results of this study show that people with a history of a heart attack experience anxieties about their health and that the majority doesn't think about these fears. There were people who had a anxious personality but didn't recognize their fears according to the health anxiety score.

In general it is well recognized that anxiety problems can occur after a myocardial infarction. Using the Brief Symptom Inventory, Moser showed that the mean level of anxiety under people who had a recent history of a heart attack was 44% higher than in a sample of the normal population.¹⁵

The anxiety level decreases if time passes, but doesn't return to zero.² In our research we didn't see this decreasing trend. The level of anxiety was higher again if the heart attack was 11-16 years ago compared with 6-10 years ago, although the score stayed below the level of participants with a history of a recent heart attack. The most likely explanation for this difference is that the subjects

Table 3. Health anxiety score

	0-10N(%)	11-20N(%)	21-30N(%)	Mean score
Both groups				
All	29(45)	25(38)	11(17)	12
Years since last heart attack				
0-5	21(40)	22(42)	9(17)	13
6-10	7(70)	1(10)	2(20)	7
11-16	1(33)	2(67)	0(0)	11
Gender				
Male	23(58)	11(28)	6(15)	10
Female	6(24)	14(56)	5(20)	14
Age (Y)				
< 60	12(41)	12(41)	5(17)	12
60-70	9(41)	10(45)	3(14)	12
71-80	5(50)	2(20)	3(30)	12
> 80	3(75)	1(25)	0(0)	4
β-blocker group				
All	24(49)	18(37)	7(14)	11
Non β-blocker group				
All	5(31)	7(44)	4(25)	14

Table 4. Lüscher color test

	No anxiety ¹ N(%)	Anxiety ² N(%)	High anxiety ³ N(%)
Both groups			
All	47(72)	7(11)	11(17)
Years since last heart attack			
0-5	38(73)	4(8)	10(19)
6-10	7(70)	3(30)	0(0)
11-16	2(67)	0(0)	1(33)
Gender			
Male	26(65)	6(15)	8(20)
Female	21(84)	1(4)	3(12)
Age (Y)			
< 60	17(59)	3(10)	9(31)
60-70	14(64)	2(9)	6(27)
71-80	8(80)	1(10)	1(10)
> 80	3(75)	1(25)	0(0)
β-blocker group			
All	33(67)	6(12)	10(20)
Non β-blocker group			
All	14(88)	1(6)	1(6)

1 Normal personality
2 Personality predisposing for anxieties
3 A significant neurovegetative lability and anxious personality

Table 5. Lüscher color test vs health anxiety score

	0-10 N(%)	11-20 N(%)	21-30 N(%)	Mean score
Lüscher color test				
No anxiety	18(38)	19(40)	10(21)	12
Anxiety	6(86)	1(14)	0(0)	5
High anxiety	5(45)	5(45)	1(9)	12

in the 11-16 years group only consisted out of 3 people, so these results aren't representative.

Furthermore females showed a higher mean anxiety score than men in our study. This is supported by previous researches.^{16,17} Kim et al. concluded that men experience significantly less anxieties than women early after a heart attack, measured on the State Anxiety Inventory and the Brief Symptom Inventory. This can partly be explained by the marital status and lower income

from women at the time of infarction.¹⁶ Also with a longer follow up there is a gender difference. Bjerkeset et al. looked at the anxiety participants experienced till 5 years after a heart attack. They found an increased anxiety risk, measured on the HADS, in females the first two years after a heart attack. Males did not show this increased risk.¹⁷

The Lüscher color test showed us that most people had a normal personality. There were some people with a significant anxious personality. Compared with the health related anxiety of these people revealed that 45% of these people scored in the lowest category of 0-10. This is important to notice because these are the people who can experience stress from their fears but don't notice them their selves.¹⁴

These are the people who need to be attended on their anxieties by the doctor because anxiety and stress is a risk factor for a new heart attack.¹⁸

In our study most people chose "I don't think about my fears" when we asked how they handled them. As far as we know there is no prior research which investigates the way people handle their anxieties after a heart attack. The research that has been done, focuses on coping in relation till changing lifestyle after a heart attack.

The most notable difference in coping strategy when you look at the subgroups is the difference between men and women. Women think about their fears and try to find reassurance while men don't think about their health related anxieties. The explanation could lay in the difference in anxiety score. As stated before, women show a higher health anxiety related score than men. If they are more anxious they also think more about these anxieties than men do.

We tried to see if there was a trend that showed a difference between the β -blocker and non β -blocker group. It looked like people in the β -blocker group had less anxieties than the non β -blocker group. This was what we expected after the literature research we did at the beginning.

Said all this we want to mention that the number of participants is a large limitation in our study. On forehand we thought we could collect enough questionnaires to do a case control study between the β -blocker and non β -blocker group. To make a reliable comparison between them, we planned on matching the participants by age. This because aging comes with more life events. Above all, these life events make a different impression in older people than in younger.¹⁹ These differences in life events could influence the health related anxiety, that's why we planned to correct for it.

The kind of β -blocker was also a variable which we had to take in account. Only centrally acting β -blockers seem to have an effect on the processing of emotional memories.⁸

Lipophilic β -blockers (eg. propranolol, metoprolol) cross the blood-brain barrier more easily than hydrophilic β -blockers (eg. atenolol).²⁰ Only users of lipophilic β -blockers would have been included in the study.

In the 1,5 month we had, we didn't collect enough questionnaires to make a reliable comparison. By expanding our research question we tried to do say something about the results. Although the research group is still small to draw hard conclusions, we made a

good descriptive analysis of it.

The second limitation of our study is the questionnaire we used. By not using a more frequently used questionnaire like the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), which is validated in an Italian population²¹ it is difficult to compare our results with that of other researchers. Despite this disadvantage we chose to use our own questionnaire because of our experience and because of the simple and short nature of it.

The subject of β -blockers and their effect on the emotional memory is a very interesting one. There have been few investigations which looked at the implications of this for patients who use β -blockers in everyday life. This while individuals who use beta blockers as medication may be less able to benefit from normal memory modulating effect of arousal.¹¹ If proven by more research, it would be something to take into account when doctors prescribe centrally acting β -blockers. Our recommendation for future research would be to replicate our investigation but with more participants so statistic significant conclusions can be made.

Acknowledgements

We would like to thank, F. Coronica for spreading the questionnaire and helping us with the Italian language and Dr. C. van Boven for giving comments. A word of thank for dr. De Stefano, dr. Marsilio, dr. Rigo, dr. Baracchino, dr. Venuti, dr. Pisaroni and dr. Ciurel for collecting the questionnaires. Last we would like to thank dr. G. Maso for making it possible to do the research in Italy and for all his help and comments on the research.

REFERENCES

1. Martin, C.R., Lewin, R.J.P., et al. (2003). A confirmatory factor analysis of the hospital anxiety and depression scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry research* 120(1), 85-94.
2. Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E., et al. (2009). Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow up study with repeated measures and comparison with a reference population. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, Printed ahead of publication.
3. Lane, D., Carroll D., et al. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom med* 63(2), 221-230.
4. Strik, J.J., Denollet, J. et al. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *Journal of the American college of cardiology* 42(10), 1801-1807.
5. Cahill, L., McGaugh, J.L. (1998). Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory. *Trends in neurosciences* 21(7), 294-299
6. Vermetten, E., Bremner, J.D. (2002). Circuits and systems. I. Preclinical studies. *Depress anxiety* 15(3), 126-147.
7. Cahill, L. Prins, B., et al. (1994). B-adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature* 371(6499), 702-704.
8. van Stegeren, A.H., Everaerd, W., et al. (1998). Memory for emotional events: differential effects of centrally versus peripherally acting β -blocking agents. *Psychopharmacology* 138(3-4), 305-310.
9. O'Carroll, R.E., Drysdale, E., et al. (1999). Memory for emotional material: a comparison of central versus peripheral beta blockade. *Journal of psychopharmacology* 13(1), 32-39.

10. Maheu, F.S., Joober, R., et al. (2004). Differential effects of adrenergic and corticosteroid hormonal systems on human short- and long- term declarative memory for emotionally arousing material. *Behavioral neuroscience* 118(2), 420-428.
11. Nielson, K.A., Jensen, R.A. (1994). Beta-adrenergic receptor antagonist antihypertensive medications impair arousal-induced modulation of working memory in elderly humans. *Behavioral and neural biology* 62(3), 190-200.
12. Wells, A. (1999). Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia. *Psicologia*, McGraw-Hill, 322-324.
13. Del Longo, N. (1997). "Manuale Luscher" manuale per l'uso clinico e non clinico del test di Luscher. *Ed Cisspat*.
14. Luscher, M. (1984). La scelta del colore come indicazione preventiva del pericolo d'infarto. *Psyche nuova Ed Cisspat* 2, 31-40.
15. Moser, D.K. (2007). "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. *American journal of critical care* 16(4), 361-369.
16. Kim, K.A., Moser, D.K., et al. (2000). Differences in men and women in anxiety early after acute myocardial infarction. *American journal of critical care* 9(4), 245-253.
17. Bjerkeset, O., Nordahl, H.M., et al. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of psychosomatic research* 58(2), 153-161.
18. Shen, B.J., Todaro, J.F., et al. (2008). Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men the unique contribution of anxiety among psychologic factors. *Journal of the American college of cardiology* 51(2), 113-119.
19. Draaisma, D. (2001). Why life speeds up as you get older. *Historische Uitgeverij*, Groningen.
20. Dahlöf, C., Dimenäs, E. (1990). Side effects of β -blocker treatments as related to the central nervous system. *American journal of the medical sciences* 299(4), 236-244.
21. Costantini, M., Musso, M., et al. (1999). Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Support care cancer* 7(3), 121-127.

Partecipazione, gradimento, efficacia di un percorso di AUDIT in Medicina Generale

Attendance, satisfaction, efficacy of an Audit training in General Practice

Marco Cambielli¹, Gloria Pina², Davide Fabbrica³, Silvia Lopiccoli⁴

¹Società Nazionale per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale (SNAMID). Segretario Nazionale

²Medico in formazione in Medicina Generale

³Società Nazionale per l'Aggiornamento del Medico di Medicina Generale (SNAMID).

⁴Medico di Famiglia, ASL Monza

Correspondence to:

Marco Cambielli
marco.cambielli@tin.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 108-114

ABSTRACT

The Clinical Audit is a part of Clinical Governance. Few studies are published on General Practitioners training to Audit, on learning satisfaction of trainees, and on efficacy of the program. A pragmatic study was carried out to investigate the previous knowledge, the learning satisfaction and the adherence to Audit process of General Practitioners belonging the Monza Healthcare District, Italy. Moreover the efficacy of the training was evaluated considering the results of the Audits carried out with a facilitator in two groups of General Practitioners, concerning the adherence to two Clinical Pathways: one Audit, prospective, regarding the Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Clinical Pathways and one retrospective, concerning the type 2 Diabetes Clinical Pathways.

120 General Practitioners attended a training. 87(67%) completed a questionnaire and the results demonstrated that 80% took part in training because of professional improvement and the 66% judged useful the intervention. The Audit process was already known by approximately 50% of respondent, but only 25% had already took part in an Audit process, most of these(65%) in a peer-review.

12 General Practitioners attended to the prospective Audit of Clinical Pathways of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Six months after the start of the programme an increase of 83% of diagnosis, according to the GOLD guidelines, was achieved; similar percentage of increase was reported on cigarette packs registrations in the electronic patient records and on spirometry prescriptions.

14 General Practitioners attended to the retrospective Audit of Clinical Pathways on type 2 Diabetes: the diagnosis was reported in the 5,1% of all patient records. Glycated haemoglobin (HbA1c) levels were reported in the 47,1% of diabetic patient records and only 9 GPs achieved a target suggested by the European guidelines on the blood pressure control in diabetics.

According to the literature data, also in Italy the Audit process can change and ameliorate the clinical performance of GPs, but the compliance to auditing was not completely satisfactory, due to possible loss of interest of a part of GPs.

Key words:

audit; clinical pathways; chronic obstructive pulmonary disease; type 2 diabetes

RIASSUNTO

Il Governo Clinico della domanda si avvale di alcuni strumenti di valutazione della pratica professionale tra cui l'Audit Clinico. Con uno studio pragmatico si è inteso verificare la disponibilità all'Audit ed alla formazione all'Audit da parte di Medici di Medicina Generale (MMG) dell'ASL di Monza, nonché verificarne l'efficacia in due gruppi di MMG che hanno condotto, dopo la formazione, rispettivamente un Audit prospettico su un PDT relativo alla BPCO ed un Audit retrospettivo su un PDT relativo al Diabete mellito di tipo 2.

Hanno partecipato all'iniziativa 120 Medici di Medicina Generale. 87(67%) di questi hanno risposto ad un questionario di analisi qualitativa. Le motivazioni dell'adesione dei MMG erano nella stragrande maggioranza di tipo formativo (80%); l'iniziativa era percepita come utile per il miglioramento della performance professionale nel 66%; circa la metà dei medici conosceva il tema dell'Audit, ma solo il 25% aveva partecipato ad un Audit, per lo più (65%) tra pari. Con l'adozione dell'Audit di tipo prospettico si ottenne un progressivo miglioramento del coinvolgimento dei medici aderenti (n.12) con una maggiore disponibilità e reperibilità dei dati nella cartella clinica ed una maggiore adesione alle linee guida che hanno ispirato i PDT. Infatti migliorò dell'83% l'identificazione dei pazienti con BPCO al 3° incontro di Audit, dopo 6 mesi, come migliorò la definizione dello stadio di malattia secondo le linee guida GOLD e la percentuale dei pazienti in cui fu fatta una quantificazione dell'uso di sigarette quotidiane, anche se la percentuale dei soggetti sottoposti a spirometria,

passata dall'80% al 63%, diminuì.

Dall'Audit clinico di tipo retrospettivo sul Diabete mellito tipo 2 emerge che in media dalle cartelle risultava registrata la diagnosi di diabete di tipo 2 nel 5.1% del totale dei pazienti in carico ai medici (n.14) che hanno partecipato all'Audit.

Riguardo il dato della rilevazione dell'emoglobina glicata (HbA1C), sono stati resi disponibili soltanto i dati relativi a 421 pazienti su 893 totali (= 47,1%). Nell'analisi dei soggetti con ipertensione a target per i valori indicati dalle Linee guida, sono stati raccolti i dati di solo 9 medici su 14. L'Audit si è rivelato, in accordo con la letteratura, uno strumento di motivazione al cambiamento per i medici partecipanti; la compliance dell'auditing non è stata del tutto soddisfacente, per il venir meno dell'interesse da parte di alcuni dei medici

Parole chiave:

audit; percorso diagnostico terapeutico; broncopatia cronica ostruttiva; diabete mellito di tipo 2

INTRODUZIONE

Il miglioramento continuo della qualità delle cure trova espressione nel Governo clinico della domanda.¹ La sempre più diffusa elaborazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) come elemento strategico del Governo Clinico fa inevitabilmente sorgere il problema della loro valutazione di impatto nella pratica clinica (efficacia pratica).²

Il Governo Clinico si avvale di uno strumento di valutazione della pratica professionale che è l'AUDIT CLINICO, cioè la discussione su come sono stati affrontati i problemi alla luce delle linee di indirizzo basate sull'evidenza clinica, rapportata al singolo caso, sulla formazione continua (education and training), sulla ricerca e sul modo di affrontare il rischio in medicina (risk management)³, ovvero "un'iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari, strutturata, per mezzo della quale i professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati a confronto con standard concordati e la modificano se necessario".⁴

Può essere rappresentato graficamente come un ciclo costituito da cinque passaggi, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo;
2. definire criteri, indicatori e standard;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.⁵

I temi della relazione del governo clinico della domanda con la qualità delle cure e della relazione di quest'ultima con l'Audit sono stati oggetto, anche recentemente, di revisioni, commenti, sentenze, con riferimento a problematiche gestionali del Sistema sanitario ed alle elaborazioni di politica sanitaria di professionisti coinvolti nella gestione delle risorse regionali. Poco è noto di come i Medici di Medicina Generale percepiscano l'Audit e la qualità di una conduzione eventuale di un processo di Audit.⁶⁻⁸

La parola "valutazione" sembra incontrare ancora molte difficoltà a svilupparsi nella medicina generale italiana, perché vissuta come qualcosa di esterno, un modo diverso per "controllare".

In realtà l'audit clinico tra pari ha come fine quello di comprendere i propri comportamenti e gli esiti che producono, in modo da poterli eventualmente correggere o modificare; fare audit serve al Medico di Medicina Generale per capire "cosa sta facendo, perché e come lo fa" in modo da potere impostare gli opportuni processi di miglioramento per migliorare la propria pratica clinica.⁹

Lo scopo di questo studio fu quello di verificare la disponibilità all'Audit ed alla formazione all'Audit da parte di Medici di Medicina

Generale, arruolatisi liberamente in un progetto dell'ASL di Monza avente come oggetto l'Audit clinico, da declinarsi successivamente nelle modalità di verifica dell'attuazione di PDT riguardanti sette patologie croniche (diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione, depressione, artrite reumatoide e HIV).

Inoltre, sulla base dei risultati delle sessioni di Audit tenutesi successivamente è stata valutata la praticabilità dell'Audit in un setting addestrato di Medicina Generale, esplorando i fattori che possono facilitare o pregiudicare questo processo.

MATERIALI E METODI

Si è trattato di uno studio pragmatico, in quanto ha permesso la verifica di una strategia professionalizzante nella vita reale. Lo studio si è svolto nell'ambito di un programma di formazione all'audit clinico tra pari per i MMG dal titolo "Formazione continua 2008. Governo clinico dei percorsi di diagnosi e cura", promosso dai Medici di Medicina Generale e dal Dipartimento di Cure Primarie e dai Distretti Socio Sanitari dell'Asl di Monza e della Brianza. Esso prevedeva la partecipazione di 120 MMG rappresentanti delle forme associative dei Distretti di Vimercate, Sesto San Giovanni, Desio, Monza, Cinisello, Carate e Seregno. I referenti di ciascun Distretto venivano affiancati da un tutor, anch'esso MMG già in possesso di una buona conoscenza dell'audit.

La proposta formativa consisteva in un percorso formativo sulla metodologia dell'audit clinico, applicato alla trasferibilità delle raccomandazioni prescrittive e dei PDT con relativa sperimentazione della tecnica di audit clinico tra pari in ciascuno dei gruppi distrettuali.

Le competenze raggiungibili erano così definite: saper promuovere, gestire e implementare attività di audit clinico all'interno dei gruppi di medicina generale; per far questo ogni singolo partecipante ha dovuto:

- aumentare le conoscenze in materia di valutazione della qualità nella pratica clinica e assistenziale in medicina generale;
- migliorare le conoscenze di tipo metodologico che sottendono l'effettuazione di un audit clinico;
- acquisire conoscenze in ordine alle dinamiche che si sviluppano in gruppi di lavoro;
- saper lavorare in team in presenza e online;
- saper comunicare nel gruppo in presenza e online;
- saper utilizzare le informazioni cliniche e i dati di monitoraggio;
- sapere gestire un gruppo di audit tra pari.

Il materiale didattico utilizzato era composto dai PDT condivisi a

livello di ASL e dalle relative raccomandazioni prescrittive, dalla bibliografia nazionale ed internazionale di riferimento e dalla documentazione clinica degli assistiti inseriti nei PDT.

E' stata quindi programmata sin dall'inizio del progetto, la condizione dei temi che permettessero di affrontare il progetto a pari condizioni standard di partenza tra gli attori.

ANALISI QUALITATIVA

In primo luogo si è voluto valutare il grado di conoscenza del processo di Audit e disponibilità all'Audit dei professionisti coinvolti in questo progetto, somministrando ad ogni MMG, ad ogni incontro di ciascun distretto, un questionario a risposte multiple e aperte, strutturato in 15 domande. Ciascun MMG è stato invitato a compilarlo autonomamente ed in modo assolutamente anonimo.

AUDIT CLINICO SUI PDT BPCO E DIABETE MELLITO TIPO 2

Tramite l'utilizzo dell'audit clinico tra pari è stata valutata l'implementazione del PDT della BPCO nel distretto di Desio e del PDT del Diabete mellito tipo 2 a Sesto San Giovanni.

Per l'audit sulla BPCO, di tipo prospettico, durato sei mesi, sono stati presi in considerazione tre indicatori, secondo la letteratura scientifica internazionale:¹⁰

1. Numero di spirometrie eseguite con relativa stadiazione Gold¹¹⁻¹⁴
2. Abitudine al fumo¹⁵⁻¹⁷
3. Vaccinazione anti-influenzale^{18,19}

Sono stati utilizzati come valori soglia di riferimento quelli degli Indicatori di Performance utilizzati nel New General Medical Services Contract (NHS) attraverso una raccolta dati prospettica dall'inizio alla fine del percorso di audit (circa 6 mesi) di 12 MMG.

Per quanto riguarda l'audit riguardante il diabete mellito tipo 2, di tipo retrospettivo, condotto in tre sedute a distanza di un mese circa l'una dall'altra, sono stati utilizzati quattro indicatori secondo letteratura:^{10,20}

1. N°HbA1c per paziente eseguite nel 2008²¹⁻²⁵
2. HbA1c $\leq$ 7%^{26,27}
3. Numero assoluto e percentuale di pazienti ipertesi diabetici con PA=130/80 mmHg o valori inferiori²⁹⁻³²
4. Numero assoluto e percentuale di pazienti ipertesi diabetici in trattamento con ACEI e/o ARB.^{28,33}

Sono stati utilizzati come valori soglia di riferimento quelli degli Indicatori di Performance utilizzati nel New General Medical Services Contract (NHS) attraverso una raccolta dati retrospettiva, esaminando la documentazione clinica dell'anno 2008 di 15 MMG.³⁴

Al termine del processo di Audit è stata verificata la praticabilità dell'applicazione e delle dichiarazioni preliminari di intenti che emergevano dall'Analisi qualitativa, in base alle risultanze dei dati raccolti durante il periodo di revisione.

RISULTATI

ANALISI QUALITATIVA

Dei questionari anonimi sottoposti a 120 professionisti coinvolti nel Progetto ne sono stati raccolti a fine percorso 81 con una adesione del 67%.

Le percentuali calcolate sulle possibili risposte sono riassunte nella Tabella 1.

QUALI SONO LE MOTIVAZIONI PER CUI PARTECIPATI ALL'INIZIATIVA?	80%	formativa
	14%	economica
	6%	leadership
L'INIZIATIVA A CUI PARTECIPATI TI SEMBRA UN'INIZIATIVA UTILE:	66%	al miglioramento del tuo lavoro
	15%	al miglioramento degli incentivi economici dei dirigenti asl
	11%	all'attività di controllo dell'asl
	8%	a nessuna delle ipotesi di cui sopra
CONOSCEVI GIA' IL TEMA DELL'AUDIT?	54%	si
	46%	no
HA MAI PARTECIPATO A SESSIONI DI AUDIT?	75%	no
	25%	si
SE HAI PARTECIPATO A SESSIONI DI AUDIT, QUESTE ERANO:	65%	tra pari
	31%	audit interno
	4%	esterno
SU QUALE PDT SCEGLI DI FARE AUDIT?	46%	diabete
	32%	bpc
	22%	scompenso
	0	depressione
	0	ipertensione
PER QUALE MOTIVO?	34%	piu' stimolante
	31%	numerosita' dei pazienti
	29%	altro
	6%	sfiga
PENSI DI TROVARE DIFFICOLTA' A CONFRONTARE I RISULTATI DELLA TUA PERFORMANCE CON IL PDT CONDIVISO SCELTO DAL TUO GRUPPO?	80%	no
	20%	si
SE CI SONO DIFFICOLTA' A FARE AUDIT ESSE SONO RAPPRESENTATE DA:	46%	difficoltosa estrazione dei dati per motivi di tempo
	23%	incompletezza della tua cartella clinica
	19%	altro(non coinvolgimento, non accettabilita')
	12%	poca chiarezza del pdt
PENSI DI APPLICARE QUESTA METODOLOGIA ANCHE PER ALTRI PDT?	77%	si
	23%	no
PENSI DI CONDIVIDERE COI COLLEGHI DELLA TUA FORMA ASSOCIATIVA QUESTA METODOLOGIA?	89%	si
	11%	no
HAI QUALCHE DIFFICOLTA' DA SOTTOLINEARE IN MERITO ALL'ESECUZIONE DEL CICLO DELL'AUDIT?	56%	organizzativa
	25%	culturale (aggiornamento continuo)
	19%	legata ad incentivi economici
PENSI SIA IMPORTANTE INFORMARE I TUOI PAZIENTI DEL FATTO DI ESSERE COINVOLTI NEI PDT SOTTOPOSTI AD AUDIT E SPIEGARE IL LORO SIGNIFICATO?	78%	no
	22%	si
PENSI CHE, CON L'IMPLEMENTAZIONE DI ALTRI NUOVI PDT, FARE AUDIT POSSA ESSERE INDISPENSABILE PER GESTIRE L'APPROPRIATEZZA CLINICA?	58%	si
	42%	no
SE NO, CREDI SIA SOLO UN AGGIUNTIVO IMPEGNO GRAVOSO?	74%	si
	26%	no
PER QUALE MOTIVO IL TUO GRUPPO DI AUDIT HA SCELTO QUEL PDT, QUELL'INDICATORE E QUELLO STANDARD?	48%	per significativita' nella patologia
	23%	per facilitata' nell'estrazione dei dati
	18%	per praticita'
	11%	altro
ALLA FINE DI QUESTO PERCORSO COME CREDI SIA MEGLIO DEFINIRE L'AUDIT?	79%	processo/ciclo di miglioramento
	14%	controllo
	6%	limitazione della liberta' individuale
	1%	minaccia per il libero professionista

Tabella 1. Domande e relative risposte al test somministrato ai partecipanti prima delle sedute di Audit

AUDIT CLINICO PROSPETTICO SUL PDT BPCO

Hanno partecipato 12 medici, con in carico circa 15000 assistiti, che inizialmente avevano identificato 137 pazienti con BPCO, con un'incidenza inferiore a quella riportata comunemente dalla letteratura (0,91% verso 4-6% delle LL GG Gold 2008 con uno stadio 1-3, con una prevalenza di pool di BPCO sulla base di valori spirometrici dell'8,9%).¹³

Dopo sei mesi i pazienti identificati sono risultati 252 (incidenza 1,80%) con un incremento dell'83%. La percentuale dei pazienti per i quali è stata verificata l'esecuzione della spirometria era passata dall'80% al 63%, la classificazione dei pazienti secondo le linee guida GOLD era passata dal 49% al 60%, la registrazione dell'abitudine tabagica era passata dal 90% all'88%, ma con un netto miglioramento della segnalazione della quantità delle sigarette fumate (dal 57% all'82%); la vaccinazione anti-influenzale risultava passata dal 76% al 66%. (Figura 1).

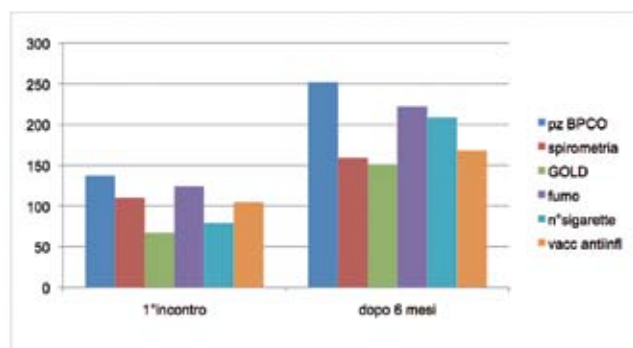


Figura 1. Audit clinico prospettico relativo al Percorso Diagnostico Terapeutico sulla Broncopatia Cronica Ostruttiva. Parametri osservati: confronto tra dati presentati alla prima sessione di Audit ed all'Audit finale espressi in valori assoluti.

Percentuale Dati disponibili HbA1c	47,1%	
	n°MMG	% sul totale MMG
n° MMG senza dati disponibili	3	23,1%
n° MMG con tutti i dati disponibili	3	23,1%
MMG con dati approssimati	8	61,5%

Tabella 2. Disponibilità del dato relativo all'HbA1c

AUDIT CLINICO RETROSPETTIVO SUL PDT DIABETE MELLITO TIPO 2

Al termine della raccolta dati si evidenzia la difficoltà nell'estrazione dei dati per 2 MMG. La motivazione risulta essere di pertinenza organizzativa, relativa soprattutto al non corretto utilizzo dei programmi del computer usati; inoltre emerge il problema del non ritorno delle prescrizioni effettuate, del fatto che alcuni pazienti ricorrono esclusivamente alla visita specialistica e del mancato recupero dei dati relativi agli assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata. In media dalle cartelle risultava registrata la diagnosi di diabete di tipo 2 nel 5.1% dei pazienti in carico ai medici che hanno partecipato all'Audit.

Riguardo il dato della rilevazione dell'emoglobina glicata (HbA1C), sono stati resi disponibili soltanto i dati relativi a 421 pazienti su 893 totali (= 47,1%). La raccolta dei dati in 8 medici su 14 è stata approssimativa per diverse motivazioni, quali la dispersione dei

dati e il mancato feedback con lo specialista.

Tre medici non hanno fornito dati relativi al numero dei controlli dell'HbA1c e solo 3 su 14 hanno riferito dati inerenti tutti i soggetti diabetici di tipo 2 in cura (Tabella 2).

Nell'analisi dei soggetti con ipertensione a target per i valori indicati dalle Linee guida, sono stati raccolti i dati di solo 9 medici su 14.

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei questionari dell'indagine qualitativa relativi agli 81 medici su 120 che avevano accettato di partecipare ad un corso di formazione sull'Audit per poi usare queste procedure per verificare l'aderenza ai PDT condivisi, tramite l'ASL, con le strutture erogatrici di 2° e 3° livello, emerge con chiarezza la percezione positiva dell'esperienza per la gran parte dei MMG, che vedono nell'Audit un aiuto indispensabile per il miglioramento della propria performance lavorativa.

Le motivazioni dell'adesione dei MMG erano nella stragrande maggioranza di tipo formativo (80%); l'iniziativa era percepita come utile per il miglioramento della performance professionale nel 66%; circa la metà dei medici conosceva il tema dell'Audit, ma solo il 25% aveva partecipato ad un Audit, per lo più (65%) tra pari a dimostrazione di un livello teorico non ancora entrato nelle abitudini dei medici del campione. Tra i PDT da sottoporre ad Audit l'interesse era rivolto soprattutto al diabete (46%); il 32% riteneva la BPCO la patologia di primario interesse. Le preferenze erano pressoché correlabili con l'incidenza della patologia nella comune pratica clinica e con la loro importanza e rilievo clinico. Le difficoltà previste in fase preliminare hanno riguardato soprattutto i problemi relativi all'estrazione dei dati sia per motivi di tempo sia per la coscienza di disporre di una cartella clinica incompleta. Il 77% dei medici riteneva comunque di applicare la metodologia anche nei confronti di altri percorsi diagnostici condivisi e riteneva, nell'89% dei casi, di condividere coi colleghi della propria forma associativa la metodica, a conferma della convinzione della bontà del processo. La maggioranza dei medici (56%) non si nasconde difficoltà organizzative, anche se pensa che fare Audit sia indispensabile per gestire coerentemente l'appropriatezza clinica. Risulta per certi versi incomprensibile il fatto che il 78% dei medici non ritiene importante informare i propri pazienti del fatto che sono arruolati in un percorso diagnostico-terapeutico sottoposto ad Audit.

Riguardo le modalità di svolgimento del processo di Audit, senza entrare nel merito dei risultati dell'Audit stesso, oggetto di futura comunicazione, dai dati sovraesposti riguardanti l'Audit sul PDT della BPCO possiamo verificare come nell'Audit di tipo prospettico si ottiene un progressivo miglioramento del coinvolgimento dei medici aderenti con una maggiore disponibilità e reperibilità dei dati nella cartella clinica ed una maggiore adesione alle linee guida che hanno ispirato i PDT. Infatti migliora dell'83% l'identificazione dei pazienti con BPCO al 3° incontro di Audit, dopo 6 mesi, come migliora la definizione dello stadio di malattia secondo le linee guida GOLD e la percentuale dei pazienti in cui è stata fatta una quantificazione dell'uso di sigarette quotidiane, anche se la percentuale dei soggetti sottoposti a spirometria, passata dall'80% al 63%, diminuisce: ciò può essere imputabile alla lunghezza dei tempi di attesa necessari per eseguire l'esame, per una scadente disponibilità della risposta del 2° livello a questo tipo di richiesta.

Dall'audit clinico di tipo retrospettivo sul Diabete mellito tipo 2 emerge che l'audit non ha permesso di valutare nel 47% dei pazienti il dato dell'HbA1c per mancanza del dato e che l'incompleta disponibilità dei dati in 12/14 dei medici partecipanti di fatto vanifica l'audit.

La discussione dei dati con i partecipanti all'audit ha permesso di identificare le azioni correttive, la cui necessità è stata riconosciuta ampiamente dall'80% dei MMG partecipanti all'audit.

Esse sono:

1. impegnarsi ad inserire in ogni cartella clinica dei pazienti delle due patologie prese in considerazione tutti i dati mancanti e registrare la PA ogni volta che viene controllata;
2. inserire dei pro-memoria in ogni cartella clinica di ciascun paziente, programmando controlli ed interventi terapeutici secondo il PDT concordato;
3. inserire un pro-memoria sul desktop dell'elaboratore usato in studio (elenco dei nomi dei pazienti nei diversi PDT o altro);
4. adottare un applicativo elettronico che permetta periodicamente l'estrazione dei dati dalla cartella dei pazienti per una verifica periodica della performance;
5. ricercare tra i propri assistiti i soggetti a rischio di BPCO per la storia personale (età e tabagismo cronico) e prescrivere a tutti i sospetti la spirometria necessaria per un'eventuale stadiazione.

L'utilizzo delle cure condivise, attraverso l'azione dei percorsi diagnostico terapeutici, comporta un incremento delle abilità professionali quando vi sia un training adeguato, migliorando, in alcune circostanze come le cronicità, la soddisfazione dei pazienti, l'aderenza alle cure ed infine lo stato di salute, anche se non esistono dimostrazioni pienamente conclusive.³⁵⁻³⁹

Mancano soprattutto dati a lungo termine, ed alcuni autori sostengono la necessità di un follow up più adeguato per trarre conclusioni definitive.⁴⁰

Dall'audit sono emersi dati dettagliati che riguardano la popolazione in carico ai singoli medici e, ancorché la metodologia sia stata applicata correttamente solo da una parte dei medici coinvolti, emerge chiaramente la discrepanza tra l'opinione, precedentemente non verificata, dei singoli MMG che ritenevano di aver operato al meglio delle proprie conoscenze ed i dati disponibili nelle cartelle cliniche.

Pur con i limiti imposti dalla incertezza dei dati di alcuni medici e dalla verifica di pochi indicatori, scelti però tra quelli più significativi per le patologie in esame, si è tracciato un programma di miglioramento della continuità assistenziale, riconosciuto dalla maggior parte dei partecipanti all'audit.

E' opinione condivisa che la qualità delle cure dipenda dalla individuazione di indicatori di performance che devono essere necessariamente previsti per la Medicina Generale e che devono essere verificati, fornendo l'acquisizione delle tecniche di valutazione da parte del singolo MMG.^{41,42}

La scelta dei temi da sottoporre ad Audit è comunque strategica, stante l'importante impegno di risorse richieste che non sarebbe tollerabile a lungo, se non per alcune patologie selezionate.⁴³

Certamente l'adesione dei MMG partecipanti alla iniziativa descritta ed ai temi prevalenti della cronicità tiene conto non solo

dell'importanza della patologia da monitorare, ma anche della motivazione dei diversi attori.

CONCLUSIONI

L'iniziativa adottata dall'ex ASL Provincia di Milano³, ora ASL di Monza, volta a migliorare la qualità della performance dei MMG attraverso l'adozione dei PDT condivisi su base volontaria, è stata verificata tramite un percorso di audit condotto da un campione di MMG, previo addestramento e sotto la guida di un tutor esperto. Gli indicatori scelti sono stati forzatamente ridotti, ma di importanza strategica secondo la letteratura.

L'Audit si è rivelato, in accordo con la letteratura, uno strumento di motivazione al cambiamento per i medici partecipanti proprio perché l'Audit è utile al MMG in quanto permette una valutazione personale della propria attività; l'Audit coinvolge più direttamente il MMG che, per il coinvolgimento diretto, può avere maggior interesse e può ottenere migliori risultati della performance individuale nel momento in cui è motivato dal coinvolgimento personale.

La *compliance* all'auditing non è stata del tutto soddisfacente, per il venir meno, nel tempo, dell'interesse da parte di alcuni dei medici, ma ha permesso di verificare ampie possibilità di miglioramento nel processo di cura del Diabete mellito di tipo 2 ed il reale miglioramento nel riconoscimento, tipizzazione e valutazione dei soggetti affetti da BPCO, secondo le indicazioni del PDT precedentemente adottato, dopo 3 sedute di auditing effettuate in 6 mesi di tempo.

Le azioni correttive auto-adottate dai medici partecipanti, dovranno essere rivalutate, secondo il ciclo dell'audit, in un periodo congruo, tra 3-6 mesi.

La metodologia è stata ben vissuta dai medici partecipanti che però sono ben consci delle difficoltà da affrontare, soprattutto per carenze organizzative. Ciò nonostante l'apprezzamento per la metodologia e la volontà di condividerla con altri colleghi, depone per una disponibilità indipendente da timori di controlli burocratici e da mancati incentivi economici.

Il campione dei medici auditato è significativo rispetto al territorio assistito e questi dati, uniti a quelli forniti dagli altri distretti sanitari dell'ASL ove si svolge lo stesso processo per altre patologie, devono essere visti, alla luce della letteratura, come un'iniziativa meritevole per la salute pubblica e per una responsabile ulteriore crescita professionale dei medici coinvolti che, nella loro condizione di referenti delle forme associative, potranno estendere la metodologia e l'esperienza ai loro colleghi associati.

Vanno comunque selezionati i campi di interesse, perché in un'ottica di miglioramento continuo della performance, il discreto utilizzo di energie richiesto per l'Audit non può essere sostenuto a lungo, pena il decadere della qualità dei risultati: i temi delle cronicità prevalenti in Medicina Generale sembrano destinati, per scelta degli stessi attori, ad un esito soddisfacente, da verificare nel tempo.

Ringraziamenti

Si ringraziano la Direzione dell'ASL Monza e Brianza che ha organizzato il percorso di Audit per i Medici di Medicina Generale del territorio nell'ambito delle sue iniziative istituzionali e tutti i

Medici di Medicina Generale del territorio, distretti di Sesto San Giovanni e Desio, che partecipato al percorso di Audit ed hanno risposto al questionario.

BIBLIOGRAFIA

- Campbell S. Roland M., and Wilkin D.. Improving the quality of care through clinical governance. *BMJ* 2001; 322; 1580-2.
- Peduzzi P., Sandrini F., Valsecchi V. Le Cure Primarie: ruolo e funzione. *Scuola di direzione della Sanità* 2005.
- Baker R. and coll. A model for clinical governance in primary care groups. *BMJ* 1999; 318; 779-83.
- Alan Gillies. Improving Patient Care in the UK: Clinical Audit in the Oxford Region. *International Journal for Quality in Health Care*, 1996; 8(2) : 141-152.
- Analisi e condivisione delle esperienze di Governo Clinico. Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema. Ufficio III. Ministero della Salute, 2005.
- Peduzzi P Un percorso di Governo Clinico. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2009; 8:4-9.
- Bonaldi A. Governo clinico e qualità delle cure. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2009;4:5-8.
- Caimi V.L 'audit clinico in, Medicina Generale. *Prospettive sociali e sanitarie*. 2009;10:3-5.
- Bruce G. Charlton MD. The Audit Society: Rituals of Verification by Michael Power. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1998; 4(3): 249-253.
- Indicatori per le cure sanitarie: basi concettuali, revisioni collezioni e sintesi indicatori per le cure primarie delle condizioni croniche. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Aprile 2008.
- NICE Chronic obstructive pulmonary disease Understanding NICE guidance – information for people with chronic obstructive pulmonary disease, their families and carers, and the public 2004 February.
- www.qof.ic.nhs.uk (accesso di gennaio 2009).
- Linee guida GOLD.(www.goldcopd.org). Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (update 2008), (accesso di gennaio 2009).
- Linee guida BTS (British Thoracic Society). www.brit-thoracic.org.uk/iqs/guidelines.html (accesso di gennaio 2009).
- U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland, USA. Screening for chronic obstructive pulmonary disease using spirometry: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.: *Ann Intern Med*. 2008;148(7):529-34. Epub 2008 Mar 3.
- www.thoracic.org (American Thoracic Society), (accesso di gennaio 2009).
- www.ersnet.org (European Respiratory Society), (accesso di gennaio 2009).
- www.advisorybodies.dho.gov.uk/jcvi (accesso di gennaio 2009).
- www.nhlbi.nih.gov/health/public/lung/copd (accesso di gennaio 2009).
- The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology(ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes(EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *European Heart Journal* (2007) 28, 88-136.
- AACE Diabetes Mellitus Clinical Practice Guidelines Task Force. AACE diabetes mellitus guidelines. Diabetes management in the hospital setting. *Endocr Pract* 2007 May-Jun;13(Suppl 1):59-63.
- AMD (Associazione Medici Diabetologi), SID (Società Italiana di Diabetologia). *Standard Italiani per la cura del diabete mellito. Linee-guida e raccomandazioni*. 2007.
- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes. I. Classification and diagnosis. *Diabetes Care* 2008 Jan;31(Suppl 1):S12-3.
- www.epha.org/a/63 (accesso di gennaio 2009).
- www.ncqa.org (accesso di gennaio 2009).
- Duchworth W. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 360:129-39.
- Skyler JS. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE and VA diabetes trials-A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care* 2009;32(1):187-192.
- Jimenez J., Safranek S. Angiotensin Blockade in Patients with Diabetic Nephropathy. *American Family Physician*. 2007 ;76(3):423-4.
- National High Blood Pressure Education Program. Joint Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. *NIH Publication N°*. 03 – 5233.December 2003.
- Diabetes and Chronic Kidney Disease. National Kidney Foundation (NKF). www.kidney.org (accesso di gennaio 2009).
- NICE (www.nice.org.uk), Type 2 Diabetes Management of Blood Pressure and Blood Lipids, 2002). *Clinical guideline*. Ottobre 2002 (accesso di gennaio 2009).
- Adult diabetes: percentage of patients with most recent blood pressure less than 140/90 mm Hg. National Diabetes Quality Improvement Alliance performance measurement set for adult diabetes. Chicago (IL): *National Diabetes Quality Improvement Alliance*; 2003 May 1. 11 p.
- The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2007, 25: 1105-1187.
- Investing in General Practice. The New General Medical Services Contract. Annexes. Quality Indicators. Summary of points.
- Jimenez J.,Safranek S. Angiotensin Blockade in Patients with Diabetic Nephropathy. *American Family Physician*. 2007 ;76(3):423-4.
- Fried LF, Duckworth W, Zhang JH, O'Connor T, Brophy et al. Angiotensin Receptor Blocker and Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor for Treatment of Diabetic Nephropathy. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4(2):361-8. Epub 2008 Dec 31.
- Dalla Vestra M, Simioni N, Masiero A. Renal effects of dual renin-angiotensin-aldosterone system blockade in patients with diabetic nephropathy. *Int Urol Nephrol*. 2009;41(1):119-26. Epub 2008 Oct 29.
- Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, et al. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in gene-

- ral practice. *Family Practice* 2004; 21: 337–346.
39. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219–26.
40. S.M. Smith, ; Shane Allwright, ; Tom O'Dowd. Does sharing care across the primary- speciality interface improve outcomes in chronic disease? Systematic review. *Am J Manag Care* 2008;14(4):213–224.
41. Azeem Majeed, Helen Lester and Andrew B Bindman. Improving the quality of care with performance indicators. *BMJ* 2007;335:916–918.
42. Eve A Kerr and Barbara Fleming. Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration. *BMJ* 2007; 335; 971–973.
43. John D. Holden FRC GP. Systematic review of published multi-practice audits from British general practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2004; 10(2): 247–272.

Disturbi psicoaffettivi e malattie cardiovascolari

Psycho-emotional troubles and cardiovascular disease

Pasquale Caldarola, Maria Cuonzo, Maria Teresa Porcelli, Francesco Troso

U.O. Cardiologia-UTIC Ospedale "M.Sarcone" Terlizzi-Bari, AUSL BA

Correspondence to:

Maria Cuonzo
mariaquonzo@libero.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 115-119

ABSTRACT

Introduction: the presence of psycho-emotional troubles is a factor of cardiovascular risk and can modify the prognosis of pre-existing cardiovascular diseases. Materials and Methods: publications about psycho-emotional troubles connected to cardiovascular diseases have been analyzed between 1937 and 2009, through epidemiological data, physiopathological process and therapeutic options assessment. Results: epidemiological studies have reported a prevalence of depressive and/or anxious symptomatology in subjects affected by cardiovascular diseases fluctuating between 15% and 50%. Depression doubles or triples the risk of cardiovascular pathologies. The correlation between such pathologies can be attributed to behavioural anomalies concerning therapy adherence and lifestyle, as well as the hypothalamus-hypophysis-suprarenal gland axis hyperactivity and an increased platelet activation. The possibility to intervene on psycho-emotional diseases by means of psychosocial, cognitive-behavioural assistance and/or of pharmacological therapy is being examined for long. Conclusions: the epidemiological data examined unequivocally point out a correlation existing between cardiovascular pathologies and psycho-emotional troubles, which affects prognosis in patients with evidence of such pathologies association. The possibility to intervene through drugs and psychotherapy in order to modify cardiovascular prognosis in these patients is being discussed.

Key words:

depression; heart failure; cardiovascular disease

RIASSUNTO

Razionale: la presenza di un disturbo psico-affettivo rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare e può modificare la prognosi di malattie cardiovascolari preesistenti. Materiali e metodi: sono state analizzate pubblicazioni relative a disturbi psicoaffettivi associati a patologie cardiovascolari nel periodo compreso tra il 1937 ed il 2009 valutando dati epidemiologici, meccanismi fisiopatologici ed opzioni terapeutiche. Risultati: la prevalenza di sintomatologia depressiva e/o ansiosa in soggetti affetti da malattie cardiovascolari, riportata da studi epidemiologici, oscilla tra il 15 e il 50%. La depressione aumenta il rischio di patologie cardiovascolari di 2-3 volte. La correlazione tra tali patologie può essere attribuita ad anomalie del comportamento che riguardano l'aderenza alla terapia e lo stile di vita, ma anche ad iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene ed aumentata attivazione piastrinica. Da tempo è stata considerata la possibilità di intervenire sulle patologie psicoaffettive con l'ausilio di interventi psicosociali di tipo cognitivo-comportamentale e/o con terapia farmacologica. È in discussione la loro capacità di modificare la prognosi nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari. Conclusioni: i dati epidemiologici esaminati, indicano in maniera inequivocabile che esiste una correlazione tra patologie cardiovascolari e disturbi psicoaffettivi e che tale correlazione influenza la prognosi dei pazienti che presentano tale associazione di patologie. È in discussione la possibilità di intervenire con farmaci e psicoterapia con il fine di modificare la prognosi cardiovascolare in questi pazienti.

Parole chiave:

depressione; scompenso cardiaco; patologie cardiovascolari

INTRODUZIONE

La correlazione tra alterazioni del profilo psico-emozionale e malattie cardiovascolari emerge già nel XVII secolo da uno scritto di William Harvey che afferma: "...ogni tumulto della mente correla con una risposta a livello del cuore". Tale concetto viene, per la prima volta, definito in una pubblicazione scientifica nel 1937

da Malzberg.² L'autore confronta il tasso di mortalità dei pazienti depressi e quello della popolazione generale, evidenziando una maggiore mortalità nei soggetti depressi, principalmente per cause cardiovascolari e malattie infettive. I risultati non vengono considerati convincenti e l'argomento non viene più riesaminato fino agli anni 70. La pubblicazione che riporta attenzione sul-

la correlazione esistente tra cuore e disturbi psicoaffettivi è del 1974 ad opera dei ricercatori M. Friedman e H. Rosenberg che correlano la comparsa di eventi cardiovascolari con un preciso profilo comportamentale.³ I soggetti con personalità di tipo A, a maggior rischio per eventi cardiovascolari, sono descritti come impazienti, insicuri, fortemente competitivi ed ambiziosi, ostili, aggressivi. Sono molto impegnati nel lavoro, cercano i migliori risultati, e sono insoddisfatti per ogni ritardo. Vengono definiti come "drogati dallo stress". I soggetti di tipo B, a minor rischio per eventi cardiovascolari, sono rilassati, più pazienti, meno stressati. Da tale epoca le pubblicazioni relative a questo argomento sono numerose ed i risultati spesso discordanti.

MATERIALI E METODI

Sono state analizzate pubblicazioni relative a disturbi psicoaffettivi associati a patologie cardiovascolari nel periodo compreso tra il 1937 ed il 2009 valutando dati epidemiologici, aspetti fisiopatologici ed opzioni terapeutiche.

RISULTATI

Epidemiologia

E' ormai evidente che la presenza di un disturbo psico-affettivo rappresenti un fattore di rischio cardiovascolare e che modifichi la prognosi di malattie cardiovascolari preesistenti.

Da vari studi emergono dati statistici disomogenei su questa associazione di patologie. La ragione di tale disomogeneità dipende dai criteri di selezione, di arruolamento dei pazienti, disomogeneità dei criteri diagnostici e dalla differente tipologia di popolazione studiata. La prevalenza infatti di sintomatologia depressiva e/o ansiosa in soggetti affetti da malattie cardiovascolari riportata da studi epidemiologici oscilla tra il 15 e il 50%.⁴⁻⁸ La depressione aumenta il rischio di patologie cardiovascolari di 2-3 volte. In uno studio di Barefoot et al sono stati arruolati 730 pazienti valutati per sintomi depressivi all'ingresso e seguiti nei successivi 10 anni. Nei soggetti depressi è emerso un incremento del rischio di sviluppare infarto ed un aumento di mortalità per tutte le cause.⁹

Nello studio SHEP sono stati valutati per sintomi depressivi 4367 pazienti di età > 60 anni randomizzati ad antipertensivo o placebo. L'aggravamento dei sintomi depressivi, ma non lo stato depressivo preesistente, risultava correlato con la possibilità di sviluppare infarto o stroke¹⁰. Questo dato veniva confermato dallo studio di Pennix che ha valutato 3701 soggetti con depressione nei quali si evidenziava un aumento del rischio di sviluppare eventi cardiovascolari solo se la depressione risultava di recente insorgenza.¹¹ Nello Studio NHANES venivano valutati 5007 donne e 2886 uomini che risultavano privi di patologia coronarica in fase di arruolamento. Dopo 10 anni l'incidenza di patologia coronarica risultava maggiore nei soggetti depressi. Un incremento della mortalità era presente solo nei soggetti di sesso maschile depressi, ma non in quelli di sesso femminile.¹²

D'altro canto i disturbi psico-affettivi aggravano la prognosi dei soggetti affetti da malattie cardiovascolari. Dopo un primo infarto del miocardio la depressione maggiore determina un incremento della mortalità. In uno studio di Frasure-Smith et al venivano seguiti per 18 mesi dopo la dimissione, pazienti ricoverati per infarto del miocardio con diagnosi di patologia depressiva. Emergeva un

incremento della mortalità nei soggetti con disfunzione ventricolare sinistra, aritmie, precedenti eventi ischemici e depressione maggiore.¹³ In uno studio pubblicato nel 2009, veniva valutata la sopravvivenza a 29 mesi dopo infarto del miocardio in 370 pazienti con episodio iniziale di depressione maggiore, 550 pazienti con depressione ricorrente, 408 non depressi. Emergeva che i soggetti con primo episodio di depressione avevano una sopravvivenza minore rispetto ai soggetti con depressione ricorrente. Entrambi i gruppi avevano una sopravvivenza minore rispetto ai non depressi.¹⁴ Nello scompenso cardiaco congestizio la depressione maggiore determina un incremento delle reospedalizzazioni di 3 volte e della mortalità di 2.5 volte. In uno studio di Jiang et al venivano valutati per depressione 374 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco. Emergeva che i soggetti depressi avevano un rischio significativamente maggiore sia a 3 mesi che ad un anno di morte e incremento del carico assistenziale.¹⁵

E' necessario precisare che il disturbo in assoluto più studiato, quello depressivo, varia da forme lievi, (altrimenti note come "depressione minore") fino alle forme depressive di maggiore rilevanza clinica codificate secondo gli algoritmi del "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th edition" (DSM IV) ed il rapporto con il rischio cardiovascolare si modifica in relazione alla tipologia e gravità della malattia depressiva. In uno studio su 682 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco emerge che la depressione maggiore, valutata secondo i criteri del DSM IV, è presente nel 20% dei pazienti, mentre la depressione minore è presente nel 16% dei casi.¹⁶

La sintomatologia ansiosa correla con un aumentato rischio di eventi coronarici nella popolazione generale¹⁷⁻²⁰ ma non c'è unanimità assoluta sul suo possibile ruolo nella patogenesi delle malattie cardiovascolari.²¹⁻²²

Anche gli eventi stressanti possono essere considerati come fattori di rischio per lo sviluppo di una sindrome coronarica acuta e possono modificarne la prognosi.²³ Negli ultimi decenni quindi, gli studi condotti su pazienti cardiopatici stanno, in maniera progressivamente crescente, prendendo in considerazione anche gli aspetti psico-affettivi della patologia. I motivi di questo interesse non sono dovuti ad una semplice valutazione statistica, ma vanno ricercati nelle implicazioni gestionali e prognostiche che tali disturbi assumono nella pratica clinica.

Meccanismi fisiopatologici

La correlazione tra disturbi psicoaffettivi e malattie cardiovascolari può essere attribuita ad anomalie del comportamento che riguardano l'aderenza alla terapia e lo stile di vita. In uno studio su pazienti con recente infarto del miocardio, ai quali era stata rilevata depressione lieve- moderata, depressione maggiore o distimia, è stata documentata una scarsa aderenza alle raccomandazioni di seguire una dieta priva di grassi, di svolgere un'attività fisica regolare, di ridurre lo stress e incrementare i supporti sociali.²⁴

L'ipotesi che la depressione potesse incrementare il rischio di mortalità unicamente per la sua associazione con fattori di rischio, quali il fumo, ipertensione arteriosa, obesità, viene contestata da recenti studi che evidenziano la persistenza di tale associazione indipendentemente da tali fattori.²⁵

Un possibile meccanismo biologico alla base dell'associazione tra le

patologie potrebbe essere l'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisurrene documentata nei soggetti depressi da numerosi studi. Nei soggetti con depressione si rilevano elevate concentrazioni di CRF nel fluido cerebrospinale,²⁶⁻²⁷ alterazione del meccanismo a feedback nella secrezione del cortisolo e conseguente ipercortisolemia, ingrandimento della ghiandola pituitaria e surrenale, aumento del numero di neuroni ipotalamici CRF secernenti nel tessuto cerebrale rispetto ai controlli.²⁸

Nei soggetti affetti da depressione si rileva iperattivazione del sistema simpatico che può contribuire allo sviluppo di malattie cardiovascolari attraverso gli effetti delle catecolamine sul cuore, sui vasi e sulle piastrine. Tale disregolazione del sistema nervoso autonomo presente in molti pazienti affetti da Depressione Maggiore si associa ad elevata concentrazione plasmatica di Noradrenalina e dei suoi metaboliti.²⁹ Nei soggetti affetti da depressione è possibile osservare una ridotta variabilità R-R che correla con una anomalia del sistema di controllo cardiovascolare dei sistemi simpatico e parasimpatico.

Si pensa che una riduzione della HRV (heart rate variability) sia da attribuire ad una diminuzione del tono parasimpatico e potrebbe essere un fattore predisponente l'insorgenza di aritmie ventricolari. La riduzione della variabilità RR sembrerebbe anche correlare con la gravità dello stato depressivo.³⁰ L'effetto della depressione sull'infarto potrebbe anche essere mediato da un altro meccanismo, quello delle piastrine. Per primi Markovitz e Matthews hanno proposto che l'elevata risposta delle piastrine a stress psicologici avrebbe potuto favorire manifestazioni coronariche³¹ (fig.1).

Numerosi studi successivi confermano tale dato mostrando una maggiore tendenza all'aggregazione piastrinica nei soggetti depressi rispetto ai non depressi.³²

Nel 1997 Langhri-Tode et al. hanno valutato 21 pazienti depressi e con malattia cardiovascolare evidenziando un'aumentata attivazione piastrinica. Tale aumento si associava con l'aumento della concentrazione plasmatica dei loro prodotti di secrezione fattore IV e β -tromboglobulina, rispetto a soggetti sani e pazienti cardiopatici non depressi. E' stato dimostrato inoltre che nei soggetti depressi a livello piastrinico si osservano livelli più elevati di recettori per la serotonina rispetto ai soggetti normali. La serotonina secreta dalle piastrine potenzia la vasocostrizione coronarica nonché l'aggregazione piastrinica e il rilascio di mediatori

mediante interazione con recettori 5HT₂ presenti sulla membrana dei trombociti. Dopo trattamento con antidepressivi i livelli di tali recettori si normalizzano.³³

Trattamento

La correlazione evidenziata tra depressione e patologie cardiovascolari e la conseguente ricaduta sulla prognosi hanno indotto alla ricerca di un possibile trattamento che sia efficace e nel contempo sicuro. Da tempo è stata considerata la possibilità di intervenire sulle patologie psicoaffettive con l'ausilio di interventi psicosociali di tipo cognitivo-comportamentale. Nello studio ENRICHED l'obiettivo è stato quello di determinare se fosse possibile ridurre l'incidenza di mortalità e di recidiva di infarto del miocardio in soggetti con recente IMA mediante il trattamento della depressione e l'intervento sull'isolamento sociale. E' emerso un miglioramento degli outcome psicosociali, ma con una sopravvivenza sovrapponibile nei soggetti sottoposti a trattamento rispetto al gruppo controllo. Il rischio di morte o di un secondo infarto del miocardio è risultato più basso nei soggetti che assumevano antidepressivi. Quest'ultimo dato non è stato considerato conclusivo, in quanto si è trattato di un'analisi secondaria di un trial originariamente disegnato per verificare l'efficacia di un diverso intervento.³⁴

Numerosi sono gli studi effettuati per valutare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci antidepressivi nei pazienti con patologie cardiovascolari. Tra i farmaci antidepressivi, i triciclici non sono consigliati in pazienti con patologia cardiovascolare nota, in quanto, in modelli animali, hanno mostrato importanti effetti pro-aritmici, tachicardizzanti e inotropi negativi.³⁵

Uno studio di popolazione di ampie dimensioni (oltre 50 000 casi) ha dimostrato che tali farmaci, a differenza degli SSRI, si associano ad aumento di oltre 2 volte del rischio di infarto miocardico.³⁶

In uno studio di Cohen et al è dimostrato che provocano un aumento della frequenza cardiaca, inducono ipotensione ortostatica, e diminuiscono la conduzione ventricolare.³⁷ In uno studio comparativo tra SSRI ed antidepressivi triciclici, paroxetina e nortriptilina si sono mostrate ugualmente efficaci nel trattamento della depressione in pazienti infartuati, ma il farmaco triciclico è stato associato ad un aumento della frequenza cardiaca e di eventi cardiaci avversi.³⁸

Gli SSRI, pur risultando più sicuri, possono interferire con farmaci che utilizzano il citocromo P450 nel loro metabolismo come β -bloccanti, warfarin, e antiaritmici di classe 1C che vengono spesso assunti da questi pazienti. Ci sono però delle differenze fra i vari SSRI in merito allo specifico enzima del cit P450 inibito, infatti citalopram e sertralina sembrano avere minori effetti in tal senso.³⁹

Nello studio SADHEART è stata valutata l'efficacia-sicurezza della sertralina nel trattamento della depressione nei pazienti con recente infarto del miocardio ed angina instabile. E' emerso che la sertralina non modifica la frazione d'eiezione, il numero di complessi ventricolari prematuri, ed il QTc e non si associa ad aumento del rischio di eventi cardiovascolari avversi. Al contrario, i nuovi eventi cardiovascolari e non cardiovascolari nel follow-up (24 settimane) sono risultati meno frequenti nel braccio in trattamento attivo anche se, per le ridotte dimensioni dello studio – disegnato come trial di sicurezza – non è stata raggiunta la significatività statistica.⁴⁰

Risultati sovrapponibili sono stati ottenuti in un piccolo studio

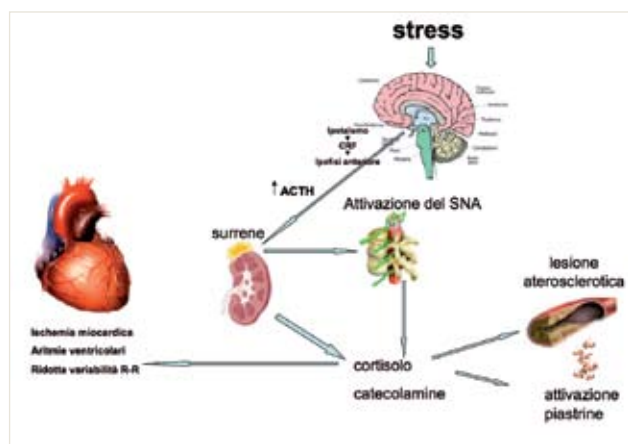


Figura 1. Correlazione tra disturbi psicoaffettivi e patologie cardiovascolari

sulla fluoxetina nei soggetti con recente infarto del miocardio.⁴¹ Un recente studio ha valutato l'efficacia dei vari tipi di SSRI nei soggetti con recente infarto del miocardio mostrando che Sertralina, fluoxetina, citalopram sembrano essere sicuri in questi soggetti, l'uso di sertralina e la risposta a citalopram possono anche ridurre la mortalità.⁴²

Recentemente sono state pubblicate linee guida relative alla gestione dell'aspetto psicoaffettivo in pazienti con recente infarto del miocardio. Viene raccomandata una ricerca sistematica di un eventuale stato depressivo in soggetti con recente infarto del miocardio utilizzando scale di valutazione.

Recentemente Lichtman ha proposto un questionario che può essere somministrato a soggetti con patologia coronarica, per valutare la presenza di depressione. A seconda dei risultati ottenuti, vengono consigliati differenti percorsi diagnostico terapeutici da intraprendere. Nei soggetti con minimi sintomi, di breve durata, è consigliato supporto e follow-up a 30 giorni. Nei soggetti con sintomi depressivi più gravi, viene consigliato l'intervento di specialisti e l'eventuale utilizzo di farmaci e psicoterapia.⁴³

I pazienti che presentano questa associazione di patologie devono essere monitorati per l'aderenza alla terapia, le modifiche dello stile di vita con controlli periodici. Tra gli antidepressivi sono consigliati gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (SSRI) rispetto agli antidepressivi triciclici. La psicoterapia può migliorare la qualità di vita di questi pazienti. Non ci sono indicazioni sulla tipologia di intervento psicoterapeutico da effettuare.⁴⁴

CONCLUSIONI

I dati epidemiologici esaminati, indicano in maniera inequivocabile che esiste una correlazione tra patologie cardiovascolari e disturbi psicoaffettivi. La causa di tale correlazione è da attribuirsi a fattori di natura comportamentale e complessi meccanismi fisiopatologici che sono ancora oggetto di studio, come anomalie dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, anomalie dell'aggregazione piastrinica, del profilo ormonale e metabolico. Numerose di queste alterazioni fisiopatologiche sembrano poter essere efficacemente modulate e antagonizzate da agenti farmacologici di provata sicurezza anche nel cardiopatico, in particolare gli inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina (SSRI) per il trattamento dei sintomi depressivi. Dati derivanti da numerosi piccoli studi suggeriscono la possibilità di intervenire con psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale per migliorare la qualità di vita di questi pazienti. Sono necessari trial clinici controllati di dimensioni adeguate per provare l'influenza di tali terapie sulla modulazione del rischio cardiovascolare.

BIBLIOGRAFIA

- William Harvey. Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus, (An Anatomical Exercise on the Motion of the Heart and Blood in Living Beings) 1628.
- B. Malzberg. Mortality among patients with involution melanconia. *Am J Psychiatry* 93: 1231-1238. March 1937.
- Friedman M., Rosenman R. (1974) Type A behavior and your heart. New York: Knopf.
- Dickens CM, Percival C, McGowan L, et al. The risk factors for depression in first myocardial infarction patients. *Psychol Med* 2004; 34: 1083-92.
- Akhtar MS, Malik SB, Ahmed MM. Symptoms of depression and anxiety in post-myocardial infarction patients. *J Coll Physicians Surg Pak* 2004; 14: 615-8.
- Grace SL, Abbey SE, Irvine J et al. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 344-52.
- De Jong MJ, Chung ML, Roser LP, et al. A five-country comparison of anxiety early after acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2004; 3: 129-34.
- Strik JJ, Lousberg R, Cheriex EC, Honig A. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *J Psychosom Res.* 2004 Jan;56(1):59-66.
- Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation* 1996; 93: 1976-80.
- Wassertheil-Smoller S, Applegate WB, Berge K, et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. SHEP Cooperative Research Group (Systolic Hypertension in the Elderly). *Arch Intern Med* 1996; 156: 553-61.
- Penninx BW, Guralnik JM, Mendes de Leon CF, et al. Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons >70 years of age. *Am J Cardiol* 1998; 81: 988-94.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2000;160: 1261-8.
- Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction Circulation. 1995;91:999-1005.
- Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B et al. History of Depression and Survival After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 71:253-259 (2009).
- Jiang W, Alexander J, Christopher W, et al Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure *Arch Intern med* 2001; 161: 1849-56.
- Freedland KE Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med.* 2003 Jan-Feb;65(1):119-28.
- Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *J Psychosom Res* 2000; 48: 323-37.
- Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99:2192-217.
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation* 1994; 90: 2225-9.
- Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, et al. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *Circulation* 1995; 92: 1720-5.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med* 2002; 2: 267-314.
- Fleet R, Lavoie K, Beitman BD. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *J Psychosom Res* 2000; 48: 347-56.
- C. Rafanelli et al Eventi stressanti e disturbi depressivi quali fattori di rischio per sindrome coronarica acuta. *Ital Heart J Suppl* 2005; 6(2):105-110).

24. Ziegelstein R.C., Fauerbach J.A., Stevens S.S., Romanelli J., Richter D. P., Bush D. E. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern* 2000; 160: 1818-23).
25. Surtees PG, Wainwright N.W.J., Luben R.N. et al Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 515-523.
26. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G, Walleus H, Karlsson I, Eklund K, Kilits CD, Loosen PT, Vale W. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science*. 1984; 226: 1342-1344.
27. Banki CM, Bissette G, Arato M, O' Connor L, Nemeroff CB. Cerebrospinal fluid corticotropin -releasing factor-like immunoreactivity in depression and schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1987; 144: 873-877.
28. Raadsheer FC, Van Heerikhuizen JJ, Lucassen PJ, Hoogendijk WJG, Tilders FJH, Swaab DF. Corticotropin -releasing hormone mRNA levels in the paraventricular nucleus of patients with Alzheimer's disease and depression. *Am J Psychiatry*. 1995; 152: 1372-1376.
29. Veith RC, Lewis L, Linares OA, Barnes RF, Raskin MA, Villacres EC, Murburg MM, Ashleing EA, Castillo S, Peskind Er, Pascualy M, Halter JB. Sympathetic nervous system activity in major depression: basal and desipramine-induced alterations in plasma norepinephrine kinetics. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 411-422.
30. Krittayaphong R., Cascio WE, Light KC et al. Heart Rate Variability in Patients With Coronary Artery Disease: Differences in Patients With Higher and Lower Depression Scores *Psychosomatic Medicine* 59:231-235 (1997).
31. Markovitz JH, Matthews KA. Platelets and coronary heart disease : potential psychophysiological mechanism. *Psychosom Med*. 1991 ; 53: 643-668.
32. DL Musselman, A Tomer, AK Manatunga, BT Knight, MR Porter, S Kasey, U Marzec, LA Harker and CB Nemeroff Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1313-1317.
33. Anat Biegon et al, Serotonin 5-HT₂ receptor binding on blood platelets as a state dependent marker in major affective disorder *Psychopharmacology* (1990) 102: 73-75.
34. Lisa F. Berkman; James Blumenthal; Matthew Burg et al Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction. The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. Writing Committee for the ENRICHD Investigators *JAMA*. 2003; 289: 3106-3116.
35. Glassman AH, Preud'homme XA. Review of the cardiovascular effects of heterocyclic antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1993; 54 (Suppl): 16-22.
36. Cohen HW, Gibson G, Alderman MH. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. *Am J Med* 2000; 108: 2-8.
37. Glassman AH and Stage KB (1994) Depressed patients with cardiovascular disease: Treatment considerations. *CNS Drugs*; 1(6): 435-440.
38. Roose SP, Laghrissi-Thode F, Kennedy JS, Nelson JC, Bigger JT, Pollock BG, Gaffney A, Narayan M, Finkel Ms, McCafferty J and Gergel I (1998b) Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *JAMA* 1998; 279: 287-291.
39. Preskorn SH. Debate resolved: there are differential effects of serotonin selective reuptake inhibitors on cytochrome P450 enzymes. *J Psychopharmacol* 1998; 12 (Suppl B): S89-S97.
40. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, et al, for the Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHEART) Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002; 288: 701-9.
41. Jacqueline J. M. H. Strik, MD, Adriaan Honig, MD, PhD, MRCPsych, Rachel Lousberg, PhD, Aimée H. P. Lousberg, Emile C. Cheriex, MD, PhD, Hanneke G. Tuynman-Qua, MD, MFPM, Petra M. J. C. Kuipers, MD, H. J. J. Wellens, MD, PhD and H. M. Van Praag, MD, PhD. Efficacy and Safety of Fluoxetine in the Treatment of Patients With Major Depression After First Myocardial Infarction: Findings From a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine* 62:783-789 (2000).
42. Taylor D. Antidepressant drugs and cardiovascular pathology: a clinical overview of effectiveness and safety. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Dec; 118(6): 434-42.
43. Lichtman J, Bigger T, Blumental JA et al. Depression and Coronary Heart Disease *Circulation* 2008; 118: 1768-1775.
44. Green LA, Arbor A, Dickinson WP et al. AAFP Guideline for the Detection and Management of Post-Myocardial Infarction Depression. Post-Myocardial Infarction Depression Clinical Practice Guideline Panel. *Annals of Family Medicine* 7:71-79 2009.

Nuovi orientamenti terapeutici per l'Infezione da *Helicobacter pylori*: la terapia sequenziale

New guidelines for treatment of *Helicobacter pylori* infection: the sequential therapy

Dino Vaira¹, Luigi Gatta^{2,4}, Vincenzo De Francesco⁵, Chiara Ricci³, Giulia Fiorini¹, Valentina Castelli¹, Enzo Ierardi⁵

¹Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Università di Bologna;

²Ospedale Versilia, Lido di Camaiore;

³Gastroenterologia, Università di Brescia;

⁴Sezione di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienza Cliniche, Università di Parma

⁵Sezione di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Foggia

Correspondence to:

Dino Vaira

berardino.vaira@unibo.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 120-123

ABSTRACT

Background: Eradication rates with triple therapy (TT) for *H. pylori* infection have declined to unacceptable levels. Sequential therapy (ST) is a novel treatment that has shown promise in several controlled trials. Objective: To assess the efficacy of ST compared to TT, in adults and children by performing a systematic review and meta-analysis. Methods: Cochrane Trial Register (until Issue 4, 2008), MEDLINE (1966 – October 21st 2008), EMBASE (1980– October 21st 2008) and abstracts from the major US, European and Asian gastroenterology conferences. Randomized controlled trial (RCT) or a controlled clinical trial (CCT) with a parallel group design comparing the ST with a TT lasting at least 7 days. Results: 10 RCTs enrolled 3006 adult patients and the OR for eradication of *H. pylori* with ST compared to TT was 2.99 (95% CI: 2.47 to 3.62), giving a NNT of 6 (95% CI: 5 to 7) favouring ST. There was no publication bias. The OR for eradication with ST compared to 10-day TT was 2.92 (95% CI: 1.95 to 4.38), yielding a NNT of 8 (95% CI: 6 to 12), favouring ST. In patients with clarithromycin resistance, the OR for eradication with ST was 10.21 (95% CI: 3.01 to 34.58) compared to TT, but the numbers studied are small. 3 RCTs enrolled 260 children and the OR for eradication was 1.98 (95% CI 0.96 to 4.07). There was no difference in the rate of side effects between the ST and the TT (OR 1.01; 95% CI 0.78 to 1.30). Conclusions Sequential therapy appears to be better than triple therapy in the eradication of *H. pylori*. This is a promising therapy but needs further trials in other European countries and North America before it can be recommended as first line.

Key words:

helicobacter pylori; antimicrobial resistance; sequential therapy

RIASSUNTO

Background: Il tasso di eradicazione della terapia triple standard nell'infezione da *Helicobacter pylori*, negli ultimi anni, ha raggiunto livelli inaccettabili. La terapia sequenziale rappresenta un nuovo schema terapeutico con risultati promettenti in molti studi controllati. Scopo: Valutare l'efficacia della terapia sequenziale rispetto alla triplice terapia standard, negli adulti e nei bambini, eseguendo review sistematica. Metodi: Sono stati valutati gli studi che ponevano a confronto la terapia sequenziale con la triplice terapia standard in: Cochrane Trial Register (Issue 4, 2008), MEDLINE (1966 – 21 Ottobre 2008), EMBASE (1980– 21 Ottobre 2008) e abstract dalle principali conferenze internazionali, negli Stati Uniti, Europa e Asia; trial randomizzati controllati (RCT) o trial clinici controllati (CCT) confrontati con un gruppo di controllo. Risultati: Sono stati valutati 10 trial randomizzati controllati, su 3006 pazienti adulti. Il rischio relativo (Odd Ratio) per l'eradicazione da *H. pylori* nella terapia sequenziale, paragonata alla triplice terapia standard è stata di 2.99. Nei pazienti resistenti al trattamento con claritromicina, l'Odd Ratio per l'eradicazione da *H. pylori* nella terapia sequenziale, paragonata alla triplice terapia standard è stata di 10.21. 3 trial clinici randomizzati hanno coinvolto 260 bambini. L'Odd Ratio per l'eradicazione da *H. pylori* nella terapia sequenziale, paragonata alla triplice terapia standard è stata di 1.98. Nessuna differenza è stata trovata nella prevalenza di effetti collaterali tra la terapia sequenziale e la triplice terapia standard (OR 1.01). Conclusioni: La terapia sequenziale sembra essere maggiormente efficace rispetto alla triplice terapia standard nell'eradicazione dell'infezione da *H. pylori*.

Parole chiave:

helicobacter pylori; resistenza antimicrobica; terapia sequenziale;

INTRODUZIONE

L'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) è un patogeno a localizzazione gastrica diffuso in tutto il mondo, ed è la principale causa di gastrite e di patologia associata alla gastrite: ulcera gastrica, ulcera duodenale, e MALT linfoma a basso grado. L'infezione è inoltre fortemente associata al cancro gastrico². L'eradicazione dell'*H. pylori* ha dimostrato di poter determinare una regressione dell'atrofia gastrica, un precursore del cancro gastrico, e di prevenire la ricomparsa di malattia peptica con le sue complicanze, oltre a curare alcuni linfomi MALT a basso grado. Le attuali linee guida raccomandano per l'eradicazione dell'infezione, l'utilizzo della Triplice Terapia ovvero la combinazione di due antibiotici (amoxicillina e claritromicina o metronidazolo) in associazione con un inibitore di pompa protonica della durata non inferiore a 7 giorni. Negli ultimi anni però il successo di questo tipo di terapia si è ridotto, in parte come conseguenza dello sviluppo dell'antibiotico-resistenza.³ Per tale motivo, nuove strategie terapeutiche sono ritenute indispensabili.¹

La *Terapia Sequenziale* è un nuovo schema di trattamento che prevede l'assunzione per 5 giorni di un inibitore di pompa protonica (2 volte/die), e di amoxicillina (1 grammo 2 volte/die), seguita per altri 5 giorni dall'assunzione di claritromicina (500 mg 2 volte/die) e tinidazolo (500 mg 2 volte/die) sempre in associazione all'inibitore di pompa protonica (2 volte/die).^{4,5}

RISULTATI DEGLI STUDI CLINICI

Recentemente è stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura con meta-analisi, il cui scopo è stato quello di valutare

l'efficacia della *Terapia Sequenziale* rispetto alla classica triplice terapia. Tale studio è stato disegnato secondo le linee guida del QUOROM (Quality of Reporting of Meta-Analysis Conference) ed ha ricercato tutti gli studi randomizzati controllati dove la *Terapia Sequenziale* è stata paragonata alla triplice terapia⁴. I trials dovevano essere studi randomizzati controllati o studi clinici controllati a gruppi paralleli che mettevano a confronto la triplice terapia di durata non inferiore a 7 giorni e la *Terapia Sequenziale*, con una presentazione di dati eseguita secondo la "intention-to-treat analysis". La qualità degli studi è stata valutata secondo la scala di Jadad et al.⁶, la valutazione degli studi è stata eseguita in doppio cieco da due degli autori.

13 studi sono stati valutati, tutti italiani ad eccezione di due studi provenienti dall'Asia ed uno, eseguito su popolazione pediatrica proveniente dalla Romania, per un totale di 3271 pazienti trattati.

3 studi sono stati eseguiti su pazienti di età inferiore a 18 anni: 108 trattati con la *Terapia Sequenziale* e 152 con la Triplice Terapia. In uno studio, la *Terapia Sequenziale* è stata paragonata a due Triplici Terapie: una della durata di 7 giorni e l'altra della durata di 14 giorni.

Negli altri 10 studi sono stati arruolati pazienti di età superiore a 18 anni: 1400 trattati con la *Terapia Sequenziale* e 1611 con la Triplice Terapia. 6 studi erano multicentrici. Otto studi hanno paragonato la *Terapia Sequenziale* alla Triplice Terapia di durata pari a 7 giorni, e 4 alla Triplice Terapia di durata pari a 10 giorni. In 2 studi, la *Terapia Sequenziale* è stata paragonata sia alla Triplice Terapia di durata pari a 7 giorni che a quella di durata pari a 10 giorni.

I risultati negli adulti mostrano che l'eradicazione con la *Terapia Sequenziale* è stata del 91.0% (95% IC: 89.6 - 92.1) e del 75.7% (95% IC: 73.6 - 77.7) per la Triplice Terapia, determinando un Number Need to Treat (NNT) di 6 (95% IC: 5 - 7) in favore della *Terapia Sequenziale* (Figura 1).

Quando sono stati considerati solo gli studi dove la *Terapia Sequenziale* è stata paragonata alla Triplice Terapia della durata di 7 giorni, la percentuale di eradicazione per la *Terapia Sequenziale* era del 91% (95% IC: 89.6 - 92.3) e per la Triplice Terapia del 74.5% (95% IC: 72.4 - 76.5), determinando un NNT di 6 (95% IC: 5 - 7) a favore della *Terapia Sequenziale* (Figura 2).

Figura 1

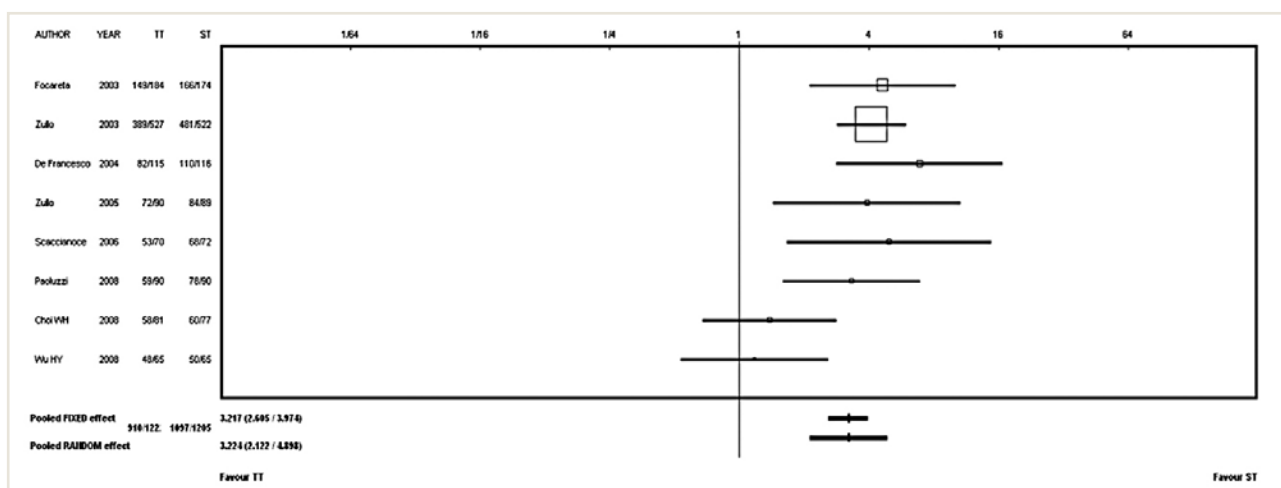
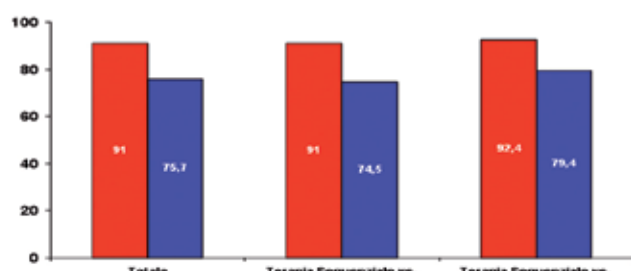


Figura 2. Terapia sequenziale vs. triplice terapia di 7 giorni.

OR dell'eradicazione di *H. pylori* con la terapia sequenziale vs triplice terapia somministrata per 7 giorni è risultato 3.22, con un NNT di 6 a favore della terapia sequenziale.

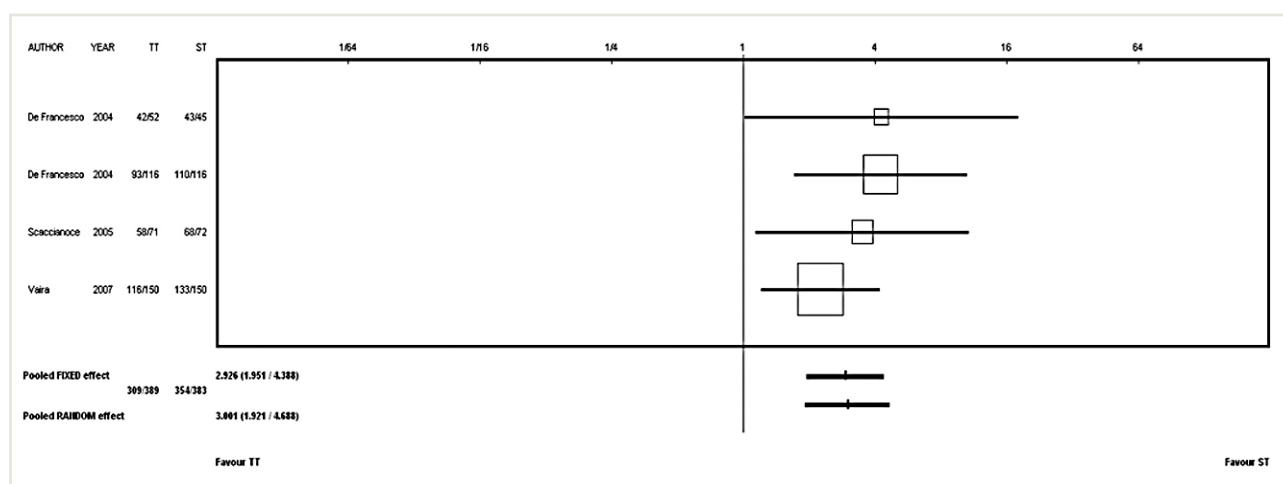


Figura 3. Terapia sequenziale vs. triplice terapia di 10 giorni.

OR dell'eradicazione di *H. pylori* con la terapia sequenziale vs triplice terapia somministrata per 10 giorni è risultato 2.92, con un NNT di 8 a favore della terapia sequenziale.

Quando invece sono stati considerati solo gli studi dove al *Terapia Sequenziale* è stata paragonata alla Triplice Terapia della durata di 10 giorni, la percentuale di eradicazione per la *Terapia Sequenziale* era del 92.4% (95% IC: 90 - 94.4) e per Triplice Terapia del 79.4% (95% IC: 75.9 - 83.1), determinando un NNT di 8 (95% IC: 6 - 12) a favore della *Terapia Sequenziale* (Figura 3).

In due studi eseguiti negli adulti, è stato inoltre possibile valutare inoltre l'impatto della resistenza primaria (ovvero quella pre-esistente al trattamento) sulla performance della *Terapia Sequenziale* e della Triplice Terapia). 18 pazienti con ceppi resistenti alla claritromicina sono stati trattati con la *Terapia Sequenziale* e 27 con la Triplice Terapia. La percentuale di eradicazione è stata per la *Terapia Sequenziale* del 83.3% (95% IC: 60.8 - 94.2) e per la Triplice Terapia del 25.9% (95% IC: 13.2 - 44.7), determinando un NNT of 2 (95% IC: 1 - 3) in favore della *Terapia Sequenziale*. 71 pazienti con ceppi resistenti al metronidazolo sono stati trattati con la *Terapia Sequenziale* e 59 con la Triplice Terapia. La percentuale di eradicazione è stata per la *Terapia Sequenziale* del 95.8% (95% IC: 88.3 - 98.6) e per la Triplice Terapia del 78% (95% IC: 65.9 - 86.6), determinando un NNT di 8 (95% IC: 4 - 34) a favore della *Terapia Sequenziale*.

Infine, 14 pazienti che presentavano resistenza doppia (alla claritromicina ed al metronidazolo) sono stati trattati con la *Terapia Sequenziale* e 12 con Triplice Terapia, determinando una percentuale di eradicazione per la *Terapia Sequenziale* del 57.1% (95% IC: 32.6 - 78.6) e per la Triplice Terapia del 33% (95% IC: 13.8 - 60.9), senza però che questa differenza fosse significativa.

Tuttavia, il campione analizzato per le resistenze batteriche è piccolo, ed è quindi necessaria cautela nella interpretazione dei risultati. Per quanto riguarda gli effetti collaterali, non sono state trovate differenze significative fra le due terapie.

Infine, nei bambini infine, la *Terapia Sequenziale* ha raggiunto una percentuale di eradicazione del 90.7% (95% IC: 83.8 - 94.9), e per la Triplice Terapia del 82.9% (95% IC: 76.1 - 88.1). (Figura 4)

COMMENTO AI DATI

Il successo della triplice terapia eradicante per *H. pylori* è in declino, e diversi studi eseguiti sia negli Stati Uniti che in Europa, hanno evidenziato che la percentuale di eradicazione è calata al di sotto dell'85%, valore che molte linee guida considerano indispensabile.^{1,3}

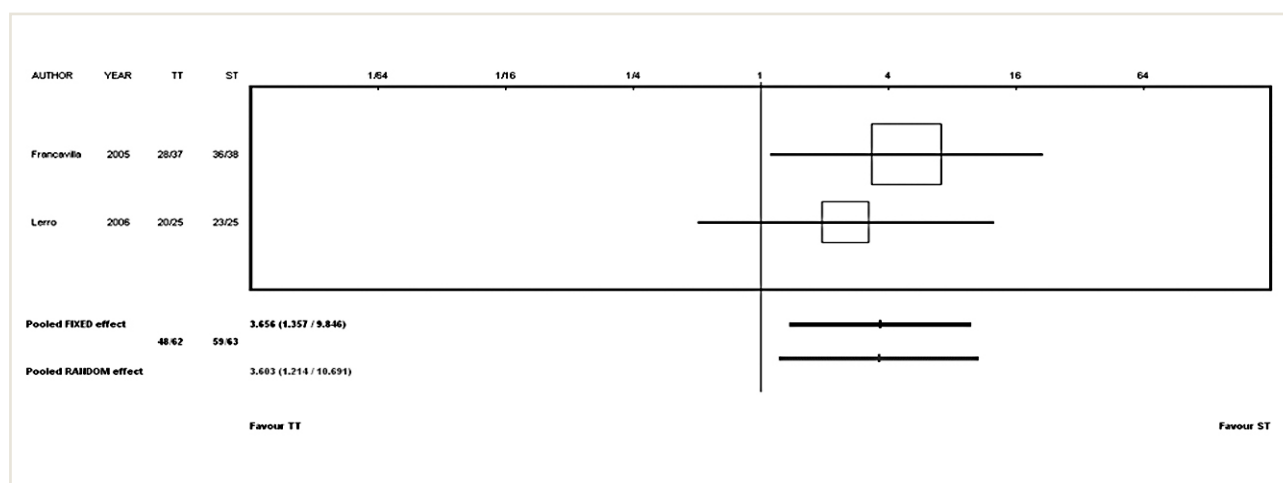


Figura 4. Bambini: terapia sequenziale vs. triplice terapia di 7 giorni.

OR dell'eradicazione di *H. pylori* con la terapia sequenziale vs triplice terapia somministrata per 7 giorni è risultato 2.53, con un NNT di 8 a favore della terapia sequenziale.

L'antibiotico resistenza nei confronti dei comuni antimicrobici usati è aumentata, e questa situazione risulta essere una importante causa di fallimento del trattamento⁷. Una recente review ha messo in luce che la resistenza alla claritromicina rappresenta un problema importante nella maggior parte dei paesi industrializzati, con poche eccezioni come la Scandinavia.³ Tuttavia, l'antibiotico-resistenza non è l'unica causa per comprendere la bassa eradicazione. In uno studio Americano, l'antibiotico resistenza è stata dimostrata solo in un terzo dei pazienti che avevano fallito la terapia eradicante⁸.

La mancata *compliance* è un fattore ben riconosciuto che però è difficile misurare nei trial clinici. Gli effetti collaterali possono influenzare la *compliance* e perciò importante valutarli, quando si considera una nuova terapia.

Dai dati presentati si evince che il nuovo trattamento non presenta una incidenza di effetti collaterali diversa da quella determinata dalla triplice terapia. Questo potrebbe dipendere dal fatto che, anche se più agenti antimicrobici sono usati nella *Terapia Sequenziale*, il tempo di trattamento è relativamente più breve.

Diverse strategie sono state proposte per migliorare la percentuale di eradicazione con le attuali terapie. Ad esempio è stato suggerito che la maggiore durata della Triplice Terapia avrebbe potuto determinare un miglioramento dei risultati, ma una recente meta-analisi ha invece dimostrato una mancanza significativa di differenza per la Triplice Terapia di durata superiore ai 7 giorni.⁹ La quadruplica terapia (che prevede abitualmente l'utilizzo di inibitore di pompa protonica, due antibiotici e bismuto citrato), somministrata per 7 o 10 giorni, è stata inoltre proposta come soluzione alternativa rispetto alla Triplice Terapia. Anche in questo caso, una recente meta-analisi non ha trovato differenze significative fra questi due schemi di trattamento.¹⁰ La triplice terapia con la levofloxacina è un'altra possibile alternativa, ma l'elevata prevalenza di ceppi resistenti è fonte di preoccupazione in molti paesi. In Italia, la resistenza ai fluorochinoloni trovata è del 19,5 %, ed in Germania del 22%.¹¹⁻¹²

Poche altre alternative esistono. La triplice terapia basata sulla rifabutina, viene adoperata come terapia di salvataggio, quando altri trattamenti hanno fallito, ma gli importanti effetti collaterali, quali tossicità per il midollo osseo, ne limitano l'utilizzo.¹³

L'esatto meccanismo con il quale la *Terapia Sequenziale* "lavora" non è ancora chiaro. Una possibilità è che la ridotta densità batterica nello stomaco determinata dal trattamento iniziale con l'amoxicillina (nei confronti della quale esistono rari ceppi resistenti), migliori l'efficacia della successiva terapia utilizzata. È risaputo che i batteri possono sviluppare canali di efflusso per la claritromicina, che permettono a questi di trasportare all'esterno l'antibiotico, prevenendo così il legame ai ribosomi batterici.⁷ Perciò, un'altra possibilità è che l'amoxicillina agisca sulla parete batterica, indebolendola, e prevenendo la formazione di canali di efflusso. Un'altra possibilità è che il vantaggio della *Terapia Sequenziale* sia rappresentato dal numero di antibiotici ai quali il batterio è esposto.

Sebbene vi siano solo 3 studi, la *Terapia Sequenziale* appare migliore

anche nella popolazione pediatrica.

In conclusione, la *Terapia Sequenziale* sembra essere migliore della Triplice Terapia per l'eradicazione dell' *H. pylori*.

BIBLIOGRAFIA

1. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, et al.: Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht iii consensus report. *Gut* 2007; 56:772-781.
2. Schistosomes, liver flukes and *Helicobacter pylori*. IARC working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon, 7-14 June 1994. IARC Monogr Eval Carcinogen Risks Hum 1994; 61:1-241.
3. Vakil N, Megraud F: Eradication therapy for *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology* 2007; 133: 985-1001.
4. Vaira D, Zullo A, Vakil N, et al. Sequential therapy versus Triple Therapy for *Helicobacter pylori* Eradication: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine* 2007; 146: 556-563.
5. Vakil N, Vaira D. Sequential therapy for *Helicobacter pylori*: Time to make the switch? *Journal of American Medical Association* 2008; 300: 1346-7.
6. Gatta L, Vakil N, Leandro G, Di Mario F, Vaira D. Sequential therapy or triple therapy for *Helicobacter pylori*: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials in adult and children. *American Journal of Gastroenterology* 2009, 21st October.
7. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, et al. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: The quorum statement. Quality of reporting of meta-analyses. *Lancet* 1999; 354:1896-1900.
8. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17: 1-12.
9. De Francesco V, Margiotta M, Zullo A, et al. Clarithromycin-resistant genotypes and eradication of *Helicobacter pylori*. *Ann Intern Med* 2006; 144: 94-100.
10. Vakil N, Lanza F, Schwartz H, et al. Seven-day therapy for *Helicobacter pylori* in the United States. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 99-107.
11. Fuccio L, Minardi ME, Zagari RM, et al. Meta-analysis: Duration of first-line proton-pump inhibitor based triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Ann Intern Med* 2007; 147:553-562.
12. Luther J, Higgins PD, Schoenfeld PS, et al. Empiric quadruple vs. Triple therapy for primary treatment of *Helicobacter pylori* infection: Systematic review and meta-analysis of efficacy and tolerability. *American Journal of Gastroenterology* 2009 15th september.
13. Zullo A, Perna F, Hassan C, et al. Primary antibiotic resistance in *Helicobacter pylori* strains isolated in northern and central Italy. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25: 1429-34.
14. Glocker E, Stueger HP, Kist M. Quinolone resistance in *Helicobacter pylori* isolates in Germany. *Antimicrob Agents Chemother* 2007; 51: 346-9.
15. Gisbert JP, Gisbert JL, Marcos S, et al. Third-line rescue therapy with levofloxacin is more effective than rifabutin rescue regimen after two *Helicobacter pylori* treatment failures. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 1469-74.

L'Ipertensione Arteriosa "Resistente"

Resistant Arterial Hypertension

Vito Vulpis¹, Vincenzo Centonze²

¹Struttura Semplice Day Hospital, Ambulatorio Ipertensione Arteriosa, Medicina Interna Ospedaliera, Azienda Universitaria-Ospedaliera, Policlinico di Bari

²Unità Operativa Complessa, Medicina Interna Ospedaliera Azienda Universitaria-Ospedaliera, Policlinico di Bari

Correspondence to:

Vito Vulpis

vito.vulpis@virgilio.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 124-127

ABSTRACT

It has been observed that, despite combinations of three antihypertensive drugs, blood pressure reduction is either insufficient or wholly lacking in 15-30% of all cases treated medicinally. The diagnosis of therapy resistance always demands the exclusion of the variety of causes of "pseudoresistance": secondary hypertension, sleep apnea, non-adherence to treatment, inadequate application of medication, false or inadequate medication, alcohol consumption, etc. Effective antihypertensive multiple drug combinations that as a rule lead to blood pressure normalization are available for the treatment of difficult-to-control hypertension. Only those drugs whose various pharmacological mechanisms of action complement one another should be combined. The most rational combinations are based on a RAAS blocker (ACE inhibitor or ARB) and a thiazide diuretic and a calcium antagonist with beta-blocker. Independently, it is generally accepted that earlier and more aggressive therapy in subjects with resistant arterial hypertension will result in a future decrease in cardiovascular morbidity and mortality worldwide.

Key words:

resistant arterial hypertension

RIASSUNTO

Si definisce ipertensione resistente o refrattaria al trattamento quella condizione clinica in cui gli interventi non farmacologici e farmacologici, quest'ultimo basato sull'impiego di almeno tre farmaci antiipertensivi, a dosaggio adeguato, non sono in grado di ridurre sufficientemente i valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica. In riferimento alla definizione, si stima che la prevalenza di ipertensione resistente sia elevata; infatti se si considerano i diversi grandi Trials di intervento si evidenzia come un gran numero di pazienti (15-30%) ha ricevuto più di 3 farmaci e, pertanto, definito "resistente". In questa condizione occorre tener presente che in questi i pazienti si associa spesso un danno d'organo subclinico, pertanto vengono stratificati in una condizione di rischio cardiovascolare aggiuntivo elevato. Le cause di ipertensione arteriosa resistente o apparentemente tale sono diverse; una causa frequente, più di quanto si possa pensare, è rappresentata dalla sindrome delle apnee ostruttive notturne dove l'ipossia e la stimolazione dei chemocettori così come la privazione del sonno giocano un ruolo fondamentale nell'aumento della pressione arteriosa. È indispensabile, inoltre, escludere la presenza di una forma secondaria di ipertensione come, per esempio, la presenza di una stenosi dell'arteria renale, di un iperaldosteronismo o di una nefropatia parenchimale. Per quanto riguarda la terapia farmacologica diversi studi hanno documentato che l'utilizzo di farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (Ace-inibitori e Sartani), in associazione con i Calcio antagonisti e i diuretici tiazidici, permette di ottenere una riduzione significativa della pressione arteriosa e del rischio cardiovascolare, che in questi pazienti è elevato, con meccanismi che, almeno in parte, sono indipendenti dalla stessa riduzione della pressione arteriosa.

Parole chiave:

ipertensione arteriosa resistente

INTRODUZIONE

Prima del 1997 la definizione di ipertensione arteriosa resistente era riferita ai pazienti con pressione arteriosa superiore a 140/90 mmHg (160/90 mmHg, negli anziani), nonostante una adeguata terapia farmacologica basata sull'uso di più farmaci.¹

Attualmente la definizione è stata rivista alla luce degli obiettivi farmacologici su cui sono stati basati numerosi studi clinici e dalla consapevolezza che i pazienti con ipertensione arteriosa resistente hanno un frequente danno d'organo preclinico e un rischio cardiovascolare a lungo termine, più elevato.

DEFINIZIONE

L'ipertensione arteriosa resistente è definita come quella condizione in cui la pressione arteriosa non raggiunge i valori ottimali (<140/90 mmHg nella popolazione generale degli ipertesi; < 130/80 mmHg nei pazienti diabetici e nei pazienti con nefropatia proteinurica) nonostante una terapia farmacologica basata sull'uso di tre farmaci con differente meccanismo d'azione, tra cui un diuretico tiazidico, per un periodo adeguato (almeno 4-6 settimane).²

La prevalenza di questo quadro di ipertensione arteriosa, alla luce dei grandi trials, è compresa tra il 15 e il 30% con una prevalenza maggiore nei soggetti anziani, diabetici e con una nefropatia preesistente.³

Questi dati suggeriscono come una percentuale significativamente elevata di pazienti seguiti dai medici di medicina generale o da specialisti potrebbe presentare una resistenza al trattamento farmacologico.

CAUSE

I motivi di una mancata risposta al trattamento farmacologico sono numerosi:

- scarsa aderenza al piano terapeutico
- incapacità di modificare lo stile di vita
- assunzione abituale di farmaci o sostanze che aumentano la pressione arteriosa (es.: liquirizia, cocaina, fans e corticosteroidi, ecc.)
- sindrome delle apnee notturne
- ipertensione arteriosa da cause secondarie
- ipervolemia plasmatica
- ipertensione da camice bianco
- impiego di bracciali di misure inadeguate
- pseudoipertensione.

Fra quelle elencate una causa frequente di ipertensione arteriosa resistente è rappresentata dalla scarsa aderenza al piano terapeutico in cui i pazienti spesso non assumono i farmaci prescritti perché poco coinvolti dai medici nella strategia terapeutica o perché sottoposti a terapia farmacologiche non appropriate e/o inadeguate che fanno ritenere ai pazienti stessi inutili e, a volte, inopportune, le terapie che stanno assumendo, con la conseguente e arbitraria sospensione della terapia prescritta.

Anche l'incapacità di modificare lo stile di vita (in particolare la sospensione dell'alcool) svolge un ruolo determinante nella scarsa risposta alla terapia farmacologica ed è stata ben documentata. Il consumo alimentare di sodio dovrebbe essere ridotto dal momento che l'effetto pressorio dell'eccesso di sodio e l'efficacia antipertensiva della restrizione sodica aumentano progressivamente con l'età.

Tuttavia il paziente anziano può avere almeno due motivi che gli impediscono il raggiungimento di questo obiettivo: la sensibilità gustativa può essere ridotta, per cui possono ingerire più sodio per compensare; il consumo eccessivo di cibi preconfezionati, ad elevato contenuto di sodio, invece dei cibi freschi con basso contenuto sodico.⁴

L'assunzione di alcune sostanze esogene che creano un meccanismo antagonista sono in grado di aumentare la pressione arteriosa, peggiorare una ipertensione arteriosa preesistente e ridurre gli

effetti terapeutici dei farmaci antiipertensivi.

Questi composti possono essere illegali (cocaina e preparati a base di amfetamina), disponibili come integratori dietetici leciti, come farmaci da banco o, a volte, prescritti dai medici. L'uso di queste sostanze è attualmente in aumento soprattutto sotto forma di presidi terapeutici a base di erbe, di terapie per la perdita di peso, di steroidi anabolizzanti per il body building e di farmaci antinfiammatori non steroidei assunti senza prescrizione.^{5,6}

La sindrome delle apnee notturne rappresenta la più recente aggiunta alle cause di ipertensione arteriosa resistente e di alcune malattie cardiovascolari.⁷ È verosimile che ciò dipenda dagli effetti, a lungo termine dell'ipossia e della stimolazione dei chemocettori così come della deprivazione del sonno che determinano una iperattivazione del sistema nervoso simpatico. È stata inoltre ipotizzata una relazione tra apnea notturna ed eccesso di aldosterone, confermata dall'utilizzo di antagonisti dell'aldosterone con risposta positiva nell'ipertensione arteriosa resistente.⁸

La terapia notturna con ventilazione polmonare a pressione positiva può ridurre la pressione arteriosa, sia diurna che notturna, anche se, in assenza di dati derivanti da studi prospettici controllati sull'ipertensione arteriosa resistente, tale intervento non può essere considerato realmente efficace.⁹

Tra le cause di ipertensione arteriosa resistente sono da annoverare quelle legate a specifici disturbi vascolari e/o endocrini che colpiscono uno o più organi; risolvibili in maniera invasiva, se non individuate in maniera tempestiva, rendono inefficace la terapia farmacologica sino ad allora assunta.

Fra le cause più comuni vanno segnalate:

- 1) la Nefropatia parenchimale,
- 2) le Patologie vascolari renali,
- 3) le Malattie della tiroide,
- 4) l'eccesso di Mineralcorticoidi,
- 5) l'eccesso di Glucocorticoidi
- 6) il Feocromocitoma,
- 7) la Coartazione dell'Aorta.

Fra le cause più rare vanno considerate da un punto di vista pratico:

- a) Ipercalcemia o Iperparatiroidismo,
- b) Tumori del Sistema Nervoso Centrale,
- c) Disriflessia autonoma associata a lesioni del midollo spinale,
- d) Insufficienza del baroriflesso,
- e) Porfria,
- f) Carcinoide,
- g) Acromegalia,
- h) Ansia e condizioni psicogene.

La prevalenza dell'ipertensione arteriosa resistente cresce nelle coorti dei soggetti più anziani dove la malattia aterosclerotica può determinare una stenosi di una o entrambe le arterie renali con conseguente ipertensione nefrovascolare in cui la pressione arteriosa, precedentemente controllata dalla terapia diventa improvvisamente resistente; tale quadro è molto più probabile se nello stesso paziente sono concomitanti l'abitudine al fumo e la presenza di una arteriopatia obliterante in altri distretti.

Molti studi epidemiologici, anche recenti, indicano nell'iperaldosteronismo primitivo una causa di ipertensione arteriosa resistente, più frequente di quanto finora ipotizzato;¹⁰ questo perché sino a

qualche anno fa i pazienti con resistenza alla terapia farmacologica venivano indagati per un iperaldosteronismo solo se presentavano ipokaliemia significativa. Attualmente l'estensione dello screening a tutti i pazienti con ipertensione arteriosa ha evidenziato una prevalenza di iperaldosteronismo primitivo intorno al 20%.

Complessivamente l'ipertensione arteriosa resistente da cause secondarie deve comprendere anche l'analisi di altre cause importanti da un punto di vista clinico quali la Sindrome di Cushing, il Feocromocitoma, l'Ipo-ipertiroidismo primitivo e la nefropatia parenchimale, con quadro di insufficienza renale, associati ad aterosclerosi diffusa ed ipovolemia.

Una causa di ipertensione arteriosa "resistente" poco considerata è legata al metodo di misurazione della pressione arteriosa. Infatti la rilevazione pressoria eseguita in condizioni ambientali non ottimali, utilizzando apparecchiature non idonee, non validate o non calibrate e manicotti non sufficientemente adeguati alla circonferenza del braccio potrebbe indurre all'errore diagnostico e, quindi alla prescrizione di farmaci inopportuni.¹¹

APPROCCIO DIAGNOSTICO

In caso di sospetta ipertensione arteriosa resistente al trattamento farmacologico si dovrebbe innanzitutto procedere con una accurata anamnesi e, successivamente, attraverso un attento esame obiettivo escludere i segni di una sospetta ipertensione arteriosa secondaria che dovrà essere successivamente confermata, o meno dal ricorso ad indagini strumentali appropriate e specifiche.

Nell'approccio diagnostico un ruolo importante lo svolge anche il monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa (ABPM) che permette di precisare meglio l'entità dello stato ipertensivo e le caratteristiche del profilo pressorio (dipper /non dipper) che come è noto sono strettamente correlate con la presenza di un danno d'organo clinico o subclinico.

Non meno importante è la necessità di testare la compliance del paziente non solo all'assunzione della terapia farmacologica ma, soprattutto, alla disponibilità a modificare alcuni stili di vita e alla rinuncia ad alcune abitudini voluttuarie come, per esempio, l'assunzione eccessiva di alcool o lo smisurato uso di tabacco.

TERAPIA

L'accurata ricerca delle cause e l'utilizzo di una terapia antipertensiva adeguata quasi sempre riescono a correggere la condizione di ipertensione arteriosa resistente.

La necessità del ricorso all'uso di almeno tre farmaci antiipertensivi per raggiungere il goal terapeutico è una realtà che caratterizza circa la metà dei pazienti ipertesi come, peraltro, dimostrato da numerosi trials clinici terapeutici.¹²

Dai dati di questi ultimi si evince la dimostrata efficacia e il relativo beneficio degli Ace-inibitori e dei Sartani che si sono osservati in diverse popolazioni di ipertesi in cui questi farmaci venivano associati a posologie adeguate di diuretici, per lo più Tiazidici, e ai Calcio-antagonisti diidropiridinici.

L'utilità di dosi adeguate di un diuretico è necessaria laddove ipotizzabile un aumento del volume plasmatico (nefropatia parenchimale cronica) e il ricorso all'utilizzo di basse dosi di spironolattone è suggerito da un recente studio osservazionale, in cui si dimostra una significativa riduzione dei valori pressori in caso di iperten-

sione arteriosa resistente, ad avvalorare l'ipotesi di forme subdole di iperaldosteronismo curabili con la terapia medica; altri autori sono giunti allo stesso risultato quando alla terapia tradizionale avevano aggiunto amiloride.

La terapia multifarmacologica combinata è necessaria per raggiungere gli obiettivi pressori, soprattutto nei pazienti con ipertensione resistente che sono, come già segnalato precedentemente, soggetti ad elevato rischio cardiovascolare in cui spesso sono concomitanti altre patologie quali il diabete mellito e la disfunzione renale.

La terapia farmacologica con più molecole si deve basare su meccanismi d'azione differenti ma sinergici che possano contestualmente agire sulla volemia (diuretici e antagonisti dell'aldosterone), sulla frequenza cardiaca (B-bloccanti, Verapamil e Diltiazem) e sulle resistenze vascolari periferiche (antagonisti del sistema renina-angiotensina, come gli Ace-inibitori e i Sartani; calcio-antagonisti diidropiridinici; alfa-bloccanti).

In alcuni casi molto complessi di ipertensione arteriosa resistente è possibile provare a utilizzare associazioni di farmaci non usuali; la combinazione di due calcio antagonisti (una fenil-alchilamina e una diidropiridina), di un Ace-inibitore con un Sartano e la doppia terapia diuretica (Tiazidico o diuretico dell'ansa e spironolattone) potrebbero essere utili al raggiungimento dell'obiettivo pressorio.

Infine tra i farmaci da utilizzare in casi ancora resistenti dopo una associazione tra i farmaci succitati, dobbiamo considerare la clonidina e i vasodilatatori diretti come l'idralazina e il minoxidil (attualmente quasi abbandonati nell'uso corrente); se persiste un quadro di ipertensione arteriosa resistente diventerà opportuno inviare il paziente presso un centro specializzato per l'ipertensione arteriosa.

CONCLUSIONI

Molte sono le questioni aperte per le future ricerche nell'ambito dell'ipertensione arteriosa resistente: la resistenza è determinata soprattutto da fattori legati al medico o al paziente? Qual è la reale percentuale di pazienti ipertesi trattati farmacologicamente ma non ben controllati dalla terapia? Qual è la terapia farmacologica adeguata da prescrivere in casi di ipertensione arteriosa sistolica isolata non responder alla terapia tradizionale? Quali valutazioni sono opportune da un punto di vista costo-efficacia per poter individuare una ipertensione arteriosa secondaria? I nuovi farmaci e le nuove combinazioni sono in grado di portare a risultati più favorevoli nel trattamento dell'ipertensione arteriosa resistente?

Studi in corso, non ancora pubblicati, dovranno fornire evidenze scientifiche su eventuali nuovi schemi terapeutici che al di là della capacità di ridurre significativamente i valori pressori siano capaci realmente di ridurre il rischio cardiovascolare di pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente e migliorare, quindi la loro prognosi.

BIBLIOGRAFIA

1. Setaro JF, Black HR. Refractory hypertension. *N. Engl. J. Med.* 1992; 327: 543-547.
2. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension.* 2007, 25: 1105-1187.

3. Garg JP, Elliott WJ, Folker A. et al. Resistant hypertension revisited: A comparison of two university-based cohorts. *Am. J. Hypertens.* 2005; 18: 619-626.
4. Geleijnse JM, Witteman JC, Bak AA, et al. Reduction in blood pressure with a low sodium, high potassium, high magnesium salt in older subjects with mild to moderate hypertension. *BMJ* 1994; 309: 436-440.
5. Ferdinand KC. Substance abuse and hypertension. *J. Clin. Hypertens. (Greenwich)*. 2000; 2: 37- 40.
6. Haller CA, Benowitz NL. Adverse cardiovascular and central nervous system events associated with dietary supplements containing ephedra alkaloids. *N Engl J Med.* 2000; 343:1833-1838.
7. Logan AG, Perlikowski SM, Mente A, et al. High prevalence of unrecognized sleep apnea in drug-resistant hypertension. *J Hypertens.* 2001; 19: 2271-2277.
8. Goodfriend TL, Calhoun DA. Resistant hypertension, obesity, sleep apnea and aldosterone: Theory and therapy. *Hypertension.* 2004; 43: 518-524.
9. Dhillon S, Chung SA, Fargher T, et al. Sleep apnea, hypertension and the effects of continuous positive airway pressure. *Am J Hypertens.* 2005; 18: 594-600.
10. Rossi GP, Bernini G, Caliumi C, et al. A prospective study of the prevalence of primary aldosteronism in 1,125 hypertensive patients. 2006; *J Am Col Cardiol.* 48: 2293-2300.
11. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, et al. Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals: Part 1. Blood Pressure Measurement in Humans: A Statement for Professionals From the Subcommittee of Professional and Public Education Of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. *Hypertension.* 2005.; 45: 142-161.
12. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration: Blood pressure dependent and independent effects of agents that inhibit the renin-angiotensin system. *J Hypertens* 2007; 25:951-958.

Insegnamento della Medicina di Famiglia e Clinical Skills: analisi di un'esperienza

Teaching Family Medicine and Clinical Skills: analysis of an experience

Marina De Pieri, Giuseppe Maso

Insegnamento di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Correspondence to:

Giuseppe Maso

giuseppe.maso@ijpc.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 128-131

INTRODUZIONE

Dal 1999 gli studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Udine seguono un corso di Medicina di Famiglia (MdF). Esso prevede la partecipazione ad una serie di seminari e la frequenza di un ambulatorio di medicina generale. I seminari, in parte propedeutici all'esperienza in studio, si propongono come obiettivo l'analisi dei principi fondamentali della disciplina e l'illustrazione del metodo clinico utilizzato in medicina di famiglia per affrontare i problemi più frequenti. Le due settimane sul campo, oltre a mostrare la complessità della professione, hanno lo scopo di far acquisire allo studente alcune abilità pratiche necessarie nel lavoro di tutti i giorni. Negli anni il corso è risultato molto gradito agli studenti e l'esperienza ci ha dimostrato come esso, inserito quasi bruscamente alla fine di un percorso didattico tutto orientato alla realtà ospedaliera prettamente specialistica, suscita reazioni inaspettate: spesso si passa dallo stupore per la proposta inattesa ad un sentimento di sorpresa gradita e talvolta di entusiasmo. Abbiamo voluto verificare la qualità dell'esperienza fornita, l'acquisizione o il potenziamento di abilità cliniche da parte dello studente ed esaminare e quantificare queste variazioni di giudizio circa la realtà della Medicina di Famiglia.

MATERIALI E METODI

Alla fine del percorso formativo in Medicina di Famiglia (anno accademico 2008-2009) è stato somministrato agli studenti un questionario diviso in tre parti.

La prima parte conteneva una serie di domande relative a 17 Clinical Skills la cui esecuzione era prevista nel tirocinio pratico e che sono stati analizzati in termini di: esecuzione in ambulatorio, identificazione dell'attività come specialistica o meno prima e dopo l'esperienza del tirocinio, coinvolgimento dello studente e sua pregressa esperienza (considerando solo chi è stato coinvolto

nell'esecuzione), valutazione della propria preparazione ad eseguirla (considerando solo che è stato coinvolto nell'esecuzione), valutazione dell'utilità della possibilità fornita (considerando solo chi non si era sentito preparato ad eseguire la procedura); sono stati ritenuti validi i questionari che rispondevano ai criteri di inclusione qui sopra elencati tra parentesi e, dove non altrimenti specificato, quelli in cui compariva la risposta alla domanda.

La seconda parte poneva una serie di domande che avevano lo scopo di indagare variazioni nella percezione dello studente circa il lavoro del medico di famiglia prima e dopo il tirocinio, raffrontata anche ad analoghe considerazioni relative al lavoro del medico specialista. In questa occasione le risposte ai quesiti si basavano su una scala numerica avente 1 come valore minimo e 5 come valore massimo.

La terza parte del questionario era volta ad approfondire l'origine dell'opinione sulla professione di medico di famiglia che gli studenti avevano prima di fare il tirocinio e ricavare un giudizio complessivo sull'esperienza pratica. Anche in quest'ultimo caso si è usata una scala numerica avente 1 come valore minimo e 5 come valore massimo.

Sono state escluse dallo studio tutte le risposte incomplete per ogni singolo questionario.

RISULTATI

Sono stati raccolti 27 questionari (54% di quelli consegnati).

Per quanto riguarda la prima parte del questionario (Clinical skills) i risultati sono riassunti nella tab.1.

Alla domanda relativa alla raccolta di un'anamnesi mirata, il 100% degli studenti considera la procedura non strettamente specialistica, il 4% ha risposto di non aver mai visto eseguire la procedura durante il tirocinio, mentre il 75% ha riferito di essere stato coinvolto personalmente in questo compito, di averne fatto esperienza

Clinical Skill	Visto eseguire	Coinvolto	Ritenuto specialistico Prima del tirocinio	Ritenuto specialistico Dopo il tirocinio
Anamnesi mirata	96%	75%	0%	0%
Esame ORL	100%	100%	0%	0%
Esame del torace	100%	100%	0%	0%
Esame dell'addome	100%	100%	0%	0%
Esplorazione rettale	26%	14%	20%	4%
Esame della prostata	20%	16%	32%	16%
Misurazione della pressione	100%	100%	0%	0%
Esame urine con stick	32%	24%	0%	0%
Utilizzo del glucometro	52%	20%	0%	0%
Iniezione sottocute	36%	20%	0%	0%
Iniezione intramuscolare	52%	36%	0%	0%
Medicazione	80%	44%	0%	0%
Sutura di ferita	16%	0%	24%	16%
Rimozione punti	44%	24%	0%	0%
Incisione di ascesso	20%	4%	32%	16%
Infiltrazione articolare	12%	8%	56%	28%

Tabella 1. Percentuali di studenti che hanno visto eseguire, hanno eseguito le procedure e loro opinione

precedentemente e di ritenersi già adeguatamente preparato. Il 100% degli studenti ha visto eseguire un esame ORL e considera la procedura di pertinenza delle cure primarie. Tutti sono stati coinvolti nella sua esecuzione, solo per il 4% si è trattato della prima volta, ma il 20% degli studenti ha dichiarato di non essere stato adeguatamente preparato durante il corso universitario, per cui la grande maggioranza di questi ha ritenuto che averne fatto esperienza sia stato utile.

Tutti gli studenti considerano l'esame obiettivo del torace un'abilità di base e lo hanno visto eseguire durante il tirocinio; il 96% di essi è stato coinvolto nella sua esecuzione e per nessuno era la prima volta, nonostante questo alcuni di loro (13%) non si ritenevano adeguatamente preparati in precedenza ed hanno ritenuto valida l'esperienza fatta in ambulatorio.

Anche l'esame obiettivo dell'addome è stato visto eseguire da tutti gli studenti, la maggioranza di questi (96%) è stata coinvolta personalmente nella procedura e nessuno la considera di pertinenza specialistica. Il 100% dei coinvolti aveva già eseguito l'esame in precedenza, ma per il 17% di essi la preparazione ricevuta non era stata sufficiente. In ogni caso per il 75% di questi ultimi l'esperienza ambulatoriale è stata utile.

Solo un quarto degli studenti (24%) ha visto eseguire un'esplorazione rettale; tale procedura, prima del tirocinio, veniva considerata di pertinenza specialistica dal 20% degli studenti e alcuni (4%) hanno continuato a considerarla tale anche dopo. Più della metà (65%) di coloro che hanno visto eseguire la manovra sono stati

direttamente coinvolti nella sua esecuzione, ne avevano già fatto analogo esperienza precedentemente, ma solo la metà di essi si riteneva abbastanza preparato; per coloro i quali non si reputavano sufficientemente preparati, l'esperienza è stata utile.

Solo un quinto degli studenti ha visto eseguire un esame della prostata, di questi l'80% è stato direttamente coinvolto nella manovra e per il 75% non era la prima esperienza. Un terzo dei tirocinanti (32%) riteneva l'esame di pertinenza specialistica, tale percentuale si è ridotta al 16% dopo il tirocinio. La maggior parte (75%) degli studenti coinvolti non si sentiva adeguatamente preparato e per tutti questi l'esperienza è stata utile.

La totalità degli studenti ha avuto occasione di misurare la pressione arteriosa (96%), manovra ritenuta di primo livello ed osservata dal 100% degli studenti; tutti ne avevano già avuto esperienza e la maggior parte dei tirocinanti (91%) si riteneva sufficientemente preparato.

Un terzo degli studenti (32%) ha visto eseguire l'esame urine con stick; di questi il 75% è stato coinvolto direttamente, tutti avevano già eseguito in precedenza tale manovra e si sentivano adeguatamente preparati. La procedura è ritenuta di primo livello da tutti gli intervistati.

Circa la metà degli studenti (52%) ha visto utilizzare un glucometro e poco più di un terzo di questi (38%) è stato direttamente coinvolto nella manovra. Per tutti si trattava di un'esperienza già fatta in precedenza, per la quale si sentivano preparati. La procedura è univocamente considerata di primo livello.

Poco più di un terzo degli studenti (36%) ha visto eseguire una iniezione sottocutanea, solo la metà di questi (55%) è stata coinvolta nell'esperienza: l'80% di questi ultimi aveva già precenti esperienze, mentre il rimanente 20%, trattandosi della prima volta, si dichiarava non adeguatamente preparato, ma in seguito soddisfatto dell'opportunità avuta. La manovra è ritenuta non di pertinenza specialistica dalla totalità degli intervistati.

Il 52% dei tirocinanti ha visto praticare un'iniezione intramuscolare (ritenuta da tutti una procedura di primo livello), il 69% di questi ha a sua volta eseguito la manovra; degli studenti direttamente coinvolti, più della metà avevano già sperimentato la procedura, nonostante questo, il 38% non si sentiva preparato, ma al termine del tirocinio la maggior parte di questi ultimi ritiene utile l'esperienza avuta.

L'esecuzione di una medicazione è unanimemente considerata una procedura non specialistica; l'80% dei tirocinanti l'ha vista eseguire e più della metà di loro (55%) è stata direttamente coinvolta; per tutti non era la prima volta, la grande maggioranza (91%) si sentiva sufficientemente preparato, il 100% di chi non si reputava tale sostiene di aver tratto beneficio dall'esperienza in ambulatorio.

Solo una piccola parte di studenti (16%) ha visto eseguire la sutura di una ferita superficiale e nessuno di loro è stato direttamente coinvolto nel compito. Prima del tirocinio la manovra veniva considerata di pertinenza specialistica dal 24% degli studenti, dopo il tirocinio ancora dal 16%.

Il 44% dei tirocinanti ha visto rimuovere punti di sutura, manovra ritenuta di primo livello da tutti gli intervistati. Tra quelli che hanno avuto occasione di vedere applicata questa abilità, il 54% è stato personalmente coinvolto, di questi tutti l'avevano già fatto in precedenza, ma il 17% non si riteneva sufficientemente preparato.

Una minima parte degli intervistati (20%) ha visto incidere un ascesso; di questi, il 20% che è stato direttamente coinvolto afferma di aver già eseguito la procedura precedentemente e si ritiene ben preparato. Prima del tirocinio il 32% degli studenti considerava questa abilità di pertinenza specialistica, dopo il tirocinio la percentuale è scesa al 16%.

Per quanto riguarda le infiltrazioni articolari, solo il 12% dei tirocinanti ha assistito alla manovra e di questi più della metà (66%) sono stati direttamente coinvolti nella sua esecuzione: per tutti si trattava della prima esperienza, e nessuno si sentiva sufficientemente preparato. Prima del tirocinio una buona parte degli studenti (56%) considerava la procedura specialistica, dopo il tirocinio la percentuale calava al 28%.

Infine si chiedeva di indicare eventuali altre procedure osservate al di fuori dei Clinical Skills stabiliti: solo uno studente ha avuto esperienza di esecuzione ed interpretazione di ECG, solo 1 ha avuto esperienza di piccola chirurgia ambulatoriale, solo 1 ha avuto esperienza di esame obiettivo ginecologico.

Per quanto riguarda la seconda parte del questionario le risposte prevedevano l'attribuzione di un valore numerico da 1 (valore minimo) a 5 (valore massimo). I risultati sono in tab.2.

Le risposte alla terza parte del questionario ci hanno illustrato come, prima del tirocinio, si era formata l'opinione degli studenti sulla medicina di famiglia: la grande maggioranza (92%) aveva

un'opinione basata sull'esperienza personale, intesa come rapporto con il proprio medico di fiducia, mentre una piccola quota di informazioni derivava dai media o dall'aver in famiglia un medico generale, o dalla formazione universitaria. Quasi tutti (92%) hanno ritenuto che il tirocinio sia servito alla formazione personale, con un giudizio circa la qualità dell'esperienza pari a 3.9; il 77% degli studenti intervistati riferisce un miglioramento nella preparazione medica in generale (stimato pari a 3.5) e l'88% una spinta ad apprendere con un valore medio della motivazione pari a 4.04.

DISCUSSIONE

Nel corso delle due settimane di tirocinio pratico una percentuale superiore al 50% dei studenti ha avuto modo di osservare l'esecuzione di 8 delle 17 competenze considerate. In particolare, tutti gli studenti hanno visto eseguire un esame obiettivo del torace e dell'addome, una visita ORL e la misurazione della pressione arteriosa e per queste stesse procedure si segnalano percentuali di coinvolgimento degli studenti molto elevate (superiori al 95%). Queste abilità sono infatti assolutamente di routine nell'ambulatorio del medico di famiglia e sono considerate, giustamente, attività di primo livello da tutti gli studenti. Più della metà degli studenti ha assistito alla raccolta di un'anamnesi mirata, all'esecuzione di un'iniezione intramuscolo, di una medicazione e alla misurazione della glicemia. Meno della metà degli studenti, e in molti casi una percentuale molto bassa, ha visto eseguire un'esplorazione rettale, un esame della prostata, un esame urine, un'iniezione sottocutanea, una sutura superficiale, una rimozione di punti di sutura, un'incisione di un ascesso e un'infiltrazione articolare. Considerata la durata del tirocinio, possiamo dedurre che queste ultime abilità non siano routinarie per la medicina generale e/o che esista una disomogeneità nella loro applicazione da parte di diversi medici. A questo proposito, esiste una parziale sovrapposizione tra le attività identificate dagli studenti come specialistiche e quelle meno svolte presso l'ambulatorio del MMG: una parte, anche se minoritaria, degli studenti continua infatti a pensare, anche dopo il tirocinio, che suturare una ferita superficiale, infiltrare un'articolazione, incidere un ascesso, eseguire un'esplorazione rettale o palpare una prostata siano manovre di pertinenza specialistica. Dopo il tirocinio, in generale si nota come manovre che si pensavano essere di competenza specialistica sono diventate di competenza condivisa tra specialità, mentre non è mai avvenuto il contrario; in particolare, considerando solo le risposte degli studenti che hanno potuto mettere in pratica le abilità cliniche, si evidenzia come proprio questa opportunità stia alla base della modifica della loro opinione.

Complessivamente queste osservazioni fanno meditare sulla disomogeneità professionale dei medici di famiglia italiani e dimostrano come, per questa disciplina, l'ambito di competenza (funzioni, compiti, abilità) all'interno del Sistema Sanitario non sia ben definito. Dal punto di vista della formazione dello studente, le informazioni raccolte inducono a ripensare al curriculum di studi e alla necessità di implementare l'insegnamento per tutti gli studenti di manovre di base: il 20% degli studenti non si sentiva preparato per un esame ORL, il 13% per un esame del torace, il 17% per un esame dell'addome, il 75% per un esame della prostata, il 50% per un'esplorazione rettale, il 38% per una

Opinione studenti	Sulla MdF Prima del tirocinio	Sulla MdF Dopo il tirocinio	Sulla specialistica
Complessità del lavoro	3.4	3.8	3.8
Mole di lavoro	3.1	3.6	3.9
Varietà del lavoro	3.8	4.2	2.7
Quantità di conoscenze teoriche	3.3	3.7	4.2 area medica 3.2 area chirurgica 3.9 area anestesia 2.8 area igiene
Quantità di abilità pratiche	2.9	3.2	3.7 area medica 4.2 area chirurgica 4.2 area anestesia 2 area igiene
Importanza approccio bio-psico-sociale	4.3	4.6	3.9
Applicazione reale dell'approccio bio-psico-sociale	3.4	4.1	2.3
Importanza rapporto medico-paziente.	4.1	4.5	3.5
Rapporto tra medico e famiglia del paziente.	3.8	4.1	3.2
Importanza della conoscenza dell'ambiente.	4	4.4	3.4
Rilevanza della professione all'interno del SSN	3.9	4.3	4.1

Tabella 2. Risposte (valori delle medie ponderate) alle domande della seconda parte del questionario relativa all'opinione degli studenti su alcuni aspetti della professione del Medico di Famiglia e su quella dello specialista ospedaliero.

iniezione intramuscolare e il 100% per un'infiltrazione articolare ed un esame obiettivo ginecologico. I dati relativi alla maggiore sicurezza nella propria preparazione al termine del tirocinio, dimostrano quanto sia importante per la formazione dello studente lo stretto rapporto con il singolo precettore, e la possibilità di "sperimentarsi" assieme a lui o sotto la sua stretta supervisione; allargando il campo al medico in formazione, è necessario riflettere su quanto sia necessaria una Scuola di Specializzazione in Medicina di Famiglia che introduca nella pratica abilità ancora poco diffuse nel quotidiano. Nell'immaginario degli studenti (e talvolta dei medici stessi) la medicina di famiglia viene concepita come una medicina interna applicata ad un livello più semplice e priva di tecnologia (questa è fatta per l'ospedale si pensa): dall'indagine emerge come la consuetudine del "near patient testing" sia ancora poco diffusa (un solo studente, infatti, ha visto eseguire un elettrocardiogramma in studio e, riferendosi ai clinical skills, pochi hanno assistito all'esecuzione di uno stick urine) e, similmente, come manovre che richiedono un minimo di competenza chirurgica e/o che riguardino la sfera intima del paziente vengano considerate di pertinenza specialistica; esiste dunque un gap tra la nostra realtà e quella di altri paesi

sviluppati. La medicina di famiglia non è una "medicina interna di primo livello" è una "disciplina che deve affrontare il primo livello di tutte le specialità" e per questo i suoi campi di azione riguardano anche sfere di pertinenza chirurgica, ginecologica, cardiologica, pneumologica ecc. Tutti questi campi richiedono abilità manuali che vanno insegnate e tecnologia ambulatoriale che bisogna addestrare ad usare.

L'indagine conferma la sensazione iniziale di gradimento del tirocinio presso il MMG, ritenuto un'utile verifica della propria preparazione, uno strumento di miglioramento della stessa e un incentivo a curare il proprio percorso formativo. Inoltre dimostra anche come l'opinione degli studenti su questa professione sia cambiata notevolmente in positivo dopo questa esperienza, tanto che la disciplina viene ritenuta essere quella di maggior rilevanza per il Sistema Sanitario e il suo esercizio viene ritenuto della stessa difficoltà delle altre specialità. Se anche in futuro questi studenti eserciteranno altre specialità, riteniamo che avranno un rapporto diverso con i medici di famiglia, conosceranno la complessità del loro lavoro e comprenderanno le loro difficoltà, e, tra di loro, ci sarà sicuramente qualcuno che cercherà di colmare il gap che divide le nostre cure primarie da quelle dei Paesi più avanzati.

Cardiologia

www.cardiocommunity.org

Ipertensione Arteriosa

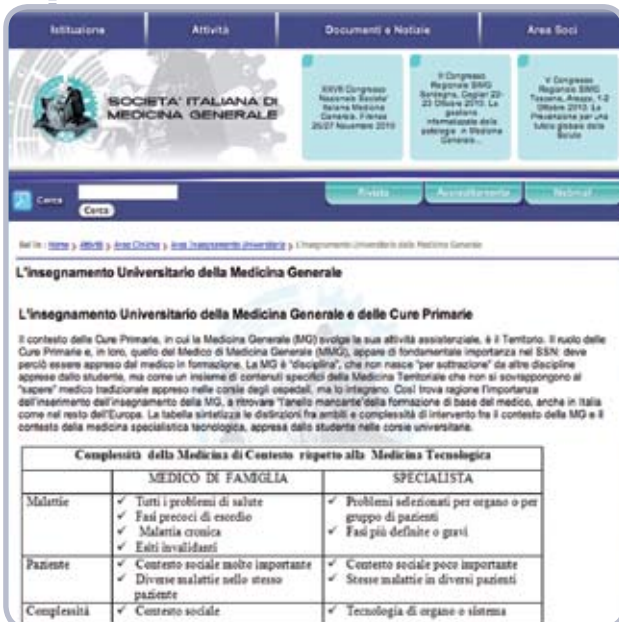
<http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/short/51/6/1403>

Medicina interna

<http://www.medicinainternaonline.com/2008/01/ipertensione-arteriosa.html>

Medicina Generale

http://www.simg.it/default2.asp?active_page_id=342



Iipertensione Arteriosa

www.siaa.it



Iipertensione Arteriosa

<http://www.sciencedaily.com/releases/2008/04/080407162345.htm>





Atti / Proceedings

The IJPC Conferences

Geriatrics in Primary Care

Cure primarie e paziente anziano

Mestre / Venezia, 14 - 15 maggio 2010

Malattia da reflusso gastroesofageo: cause, complicanze e terapia

Gastroesophageal reflux disease: causes, complications and therapy

Carlo Calabrese, Giuseppina Liguori, Massimo Campieri

U.O. di Gastroenterologia, Università degli Studi di Bologna

Correspondence to:

Carlo Calabrese

carlo.calabrese2@unibo.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 136

The reflux of gastric contents from the stomach into esophagus is well recognized to play a major role in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease (GERD). Significant information has accumulated over the past decade to support the position that the proton pump inhibitors (PPIs) represent powerful drugs that are especially effective in the treatment of GERD. These drugs inhibit the final common pathway to acid secretion, the H⁺/K⁺ ATPase located in the secretory canalicular membrane of the gastric parietal cell. In addition a long acting inhibition of gastric acid secretion occurs because of the covalent bonds formed by PPIs with the H⁺/K⁺ ATPase. As a consequence of their ability to significantly suppress acid secretion, PPIs are the preferred class of therapeutic agents for the treatment of GERD. Symptom relief and acute healing of esophageal lesions can be achieved with short-term treatment. It has been demonstrated that healing regards not only erosive esophagitis but also negative endoscopy esophagitis (NERD) at the ultrastructural view of the mucosa. Otherwise, GERD is a chronic relapsing disease requiring long-term therapy in most patients. The high prevalence of chronic discomfort, which may be associated with macroscopic esophagitis or not, decreases the patient's quality of life. It increases the need for physician of visits and hospitalizations, and is costly for society. Most GERD patients require long term treatment to remain asymptomatic and/or sustain esophageal healing. The proportion of patients remaining in remission is very low at only 10%–25%, after six months of therapy. Patients with NERD experience relapse over 6 months, and in more severe cases of erosive esophagitis (particularly Los Angeles classification grades C and D), relapse rate has been calculated between 80%–90%. Due to this marked tendency towards relapse, almost all patients with GERD, regardless of endoscopic status, need an effective long-term management strategy for adequate symptom control, maintenance of mucosal healing, prevention of complications, and improvement of quality of life. Particularly, a maintenance

therapy on a daily basis has been advocated in patients with severe esophagitis. Reports indicate that long-term therapy with appropriate PPI maintenance doses can be effective in many as 100% of GERD patients. Recently acid-suppressive therapy 'on demand' has been proposed as an alternative to maintenance therapy; the patients decide when to start and stop treatment. In this way the therapeutic strategy is likely to be more cost-effective than day by day maintenance therapy. Otherwise, the few data published to date regards only patients with grades A–B esophagitis. One study suggests that it is the patient's habits more than symptoms that determine the frequency and interval of medication intake since the patient could not find any correlation between the severity of the disease and medication intake. Several studies who evaluated nearly 1000 patients (32% with erosive esophagitis), report that neither the physician evaluation nor a validated questionnaire that segregated patients into mild, moderate, or severe symptoms were predictive of erosive esophagitis. 'On demand therapy' can be inadequate if the severity of the disease is not well documented because of the unpredictability of its course. There is no consensus or agreed definition on what constitutes long term PPIs prescription. The definition has varied: from one repeated prescription over 12 months to continuous therapy for periods ranging from 4 to >12 months. GERD is a very common complaint when considering the management of treatment with PPIs in the population over 65 years of age. GERD is usually more severe in the elderly than in younger patients and is frequently under-diagnosed and under-treated. Although there are a number of published articles reviewing the relative merits and limitations of the various therapy options for relapsing GERD, relatively few of them have specifically considered the elderly. In particular, there has been concern about the effects of different PPIs when co-administered with other drugs, such as benzodiazepin, warfarin, and digoxin, which are frequently used by older subjects.

Il trattamento farmacologico con FANS e adiuvanti

Pharmacological treatment with NSAIDs and adjuvants

Ugo Colonna

Presidio Ospedaliero ASL 5 "Bassa Friulana — Latisana, Udine

Correspondence to:

Ugo Colonna

colonna@ass5.sanita.fvg.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 137

Premesso che una terapia è efficace solo se appropriata, che è appropriata solo se indicata e che è indicata solo se accompagnata da una diagnosi, facciamo riferimento alle indicazioni dell'*Agenzia Italiana del Farmaco* circa la prescrivibilità di FANS non selettivi e COXIB:

- osteoartrosi in fase algica o infiammatoria
- artropatie su base connettivica
- attacco acuto di gotta
- dolore neoplastico.

La differenza principale tra i diversi FANS risiede nell'incidenza e nel tipo di effetti indesiderati.

La differente attività dei vari FANS riflette la selettività nell'inibizione dei diversi tipi di cicloossigenasi: l'inibizione selettiva della cicloossigenasi 2 può migliorare la tollerabilità gastrica, ma alla luce dei recenti dubbi sul profilo di sicurezza cardiovascolare, gli inibitori selettivi della cicloossigenasi 2 dovrebbero essere preferiti ai FANS non selettivi solo in caso di rischio elevato di ulcera, perforazione o sanguinamento gastrointestinale e comunque soltanto dopo un'attenta valutazione del rischio protrombotico.

Dall'altro versante, l'aumento della selettività sulla cicloossigenasi 1 promuove una progressivamente più marcata antiaggregazione piastrinica. Studi condotti su 7 FANS non selettivi per via orale, per valutarne la sicurezza, hanno dimostrato notevoli differenze nel rischio di insorgenza di gravi effetti indesiderati a livello del tratto gastrointestinale alto.

L'ibuprofene è il meglio tollerato; ketoprofene, indometacina, naprossene e diclofenac hanno un rischio intermedio, piroxicam e ketorolac hanno dimostrato un maggior rischio gastrolesivo, per cui l'EMA ne ha limitato l'uso. Un ulteriore studio comparativo tra ibuprofene e ibuprofene-arginato ha evidenziato da parte di quest'ultimo una minore tendenza a causare lesioni gastriche evidenziabili endoscopicamente ed un significativamente più basso numero di eventi clinici avversi.

In ogni caso sono da proscrivere le alte dosi di FANS per periodi prolungati, l'associazione di più FANS (mentre è favorevole quella con gli oppioidi), l'uso concomitante con gli anticoagulanti orali e con gli steroidi.

Personalmente riteniamo che anche nel paziente neoplastico

valgano le stesse raccomandazioni, per cui nel dolore persistente preferiamo una terapia di base con oppioidi, a cui associare i FANS come farmaci "rescue" o per problematiche particolari e periodi temporali definiti.

Una particolare considerazione richiede la tossicità renale dei FANS (dalla quale sembrano non essere esenti anche i COXIB). Sono stati identificati i seguenti fattori di rischio per tossicità renale associata a FANS: deplezione del volume idrico, presenza di nefropatia, insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione arteriosa, diabete, età > 65 anni. Circa quest'ultimo fattore di rischio è opportuno ricordare le principali modificazioni fisiopatologiche renali nell'anziano: portata renale ematica maggiormente ridotta rispetto al filtrato glomerulare con conseguente aumento della frazione di filtrazione, maggiore intensità di risposta agli stimoli vasocostrittori, ridotta risposta agli stimoli vasodilatatori, ridotta capacità di concentrare le urine e quindi di risparmiare sale, per cui, avendo una volemia ridotta, il paziente risulta più esposto agli insulti che comportano disidratazione. Tutti i FANS, per la loro attività inibitoria sulla sintesi delle PG vasodilatatorie renali, sono in grado di provocare una diminuzione della velocità di filtrazione glomerulare e del flusso ematico renale e dovrebbero pertanto essere utilizzati con particolare cautela nel paziente anziano.

Il PARACETAMOLO, a dosaggio adeguato, ha una efficacia analgesica simile a quella dei FANS, ma non possiede effetti antiinfiammatori documentabili: ne rappresenta quindi una valida alternativa solo nel dolore non accompagnato da importanti fenomeni flogistici.

Ben nota è la possibile tossicità epatica di dosi elevate di paracetamolo (>4g/die), che teoricamente potrebbero essere superati se un paziente assumesse per sua abitudine, oltre alla terapia prescritta, anche prodotti da banco che possono non specificare chiaramente la presenza della sostanza come uno dei costituenti principali.

Si definiscono infine ADIUVANTI quei farmaci che, pur avendo una indicazione diversa dall'analgesia, hanno azione analgesica in alcune condizioni dolorose particolari (ad es. alcuni antidepressivi e antiepilettici nel dolore neuropatico), oppure aumentano l'efficacia degli analgesici (ad es. steroidi e miorilassanti centrali) oppure sono utili per ridurre gli effetti collaterali (ad es. neurolettici).

Il dolore nella persona affetta da demenza

The pain in people with dementia

Alberto Marsilio

Medico di Medicina Generale, Venezia

Correspondence to:

Alberto Marsilio
amarsilio@alice.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 138-139

In Italia circa il 2% degli ultra sessantacinquenni è ricoverato nelle strutture residenziali per anziani.

La fotografia di questi soggetti è ben nota: età sempre più avanzata (età media superiore ad 80 anni), presenza di comorbidità con instabilità clinica, severa disabilità funzionale e/o psichica.

Non stupisce pertanto rilevare una prevalenza del dolore negli anziani istituzionalizzati che si attesta tra il 45% ed oltre l'80%, a seconda degli studi; una percentuale decisamente più elevata rispetto agli anziani che vivono a domicilio.

Di contro, invece, si è rilevato che la popolazione anziana residente in struttura è quella più a rischio di ricevere un inadeguato trattamento del dolore.^{1,2}

Le cause sembrano essere molteplici:

- La diffusa convinzione che il dolore sia un processo inevitabile e quindi non modificabile dell'invecchiamento³
- Scarsa sensibilità e deficit di formazione del personale di assistenza a rilevare la presenza di dolore⁴
- La difficoltà dei soggetti con deterioramento cognitivo ad esprimere e/o ricordare le sensazioni dolorose⁵
- L'inadeguatezza degli attuali strumenti di valutazione del dolore a rilevare il sintomo dolore nelle persone anziane, specialmente se affette da Demenza senile⁶

Particolare attenzione deve essere posta al riconoscimento e al trattamento del dolore cronico per le sue importanti implicazioni sulla performance funzionale e sulla qualità di vita dell'anziano istituzionalizzato.

La presenza di dolore infatti comporta aumento della disabilità, di ansia e depressione, diminuzione della vita di relazione, della qualità del sonno e non raramente può indurre uno stato confusionale.⁷⁻⁹

Queste considerazioni sottolineano ancor di più la necessità di un corretto riconoscimento del dolore che, come ben sappiamo, è il primo passo per un adeguato trattamento.

Oggigiorno è possibile disporre di vari sistemi di valutazione del dolore.

D'altra parte gli addetti ai lavori sanno bene quante difficoltà ha

l'anziano a comprendere ed utilizzare correttamente scale di rilevazione del dolore.

E' chiaro che essendo il dolore un'esperienza soggettiva, fino a quando le capacità di comunicazione verbale sono conservate, le scale di autovalutazione sono da preferire.

Un problema ancora non risolto rimane invece la valutazione oggettiva del dolore nei pazienti affetti da Demenza Senile con deficit di espressione verbale.

Vari studi, infatti, sembrano dimostrare che più aumenta il grado di decadimento cognitivo, minore è la prevalenza del dolore.¹⁰

Ma dato ormai per acquisito che anche il paziente affetto da Demenza prova dolore,¹¹ si è portati pertanto a concludere che il dolore nei soggetti dementi risulti essere non riconosciuto o quantomeno sottostimato.

Per questo motivo, negli ultimi anni, molti ricercatori hanno cercato di mettere a punto scale di valutazione basate sull'osservazione da parte di un'altra persona, di tutti quei comportamenti che possano essere potenziali indicatori di dolore.¹²⁻¹⁴

Varie sono le aree analizzate: espressioni verbali, smorfie del viso, movimenti del corpo, variazioni del sonno e dell'appetito, o di parametri fisiologici quali il battito cardiaco, la pressione arteriosa, il respiro...

Pur dimostrandosi ancora scarsamente omogenei e suscettibili di un ampio margine di miglioramento, questi strumenti, hanno però dimostrato di poter migliorare di molto la qualità di vita dei pazienti dementi istituzionalizzati.¹⁵

In conclusione, un adeguato riconoscimento e trattamento del dolore nei soggetti anziani residenti in struttura, è sicuramente un problema di primaria importanza che deve essere urgentemente affrontato.

Per raggiungere l'ambizioso traguardo di ottenere strutture residenziali per anziani senza dolore, sembra necessario porsi, per il prossimo futuro, almeno tre obiettivi:

- La valutazione del dolore negli anziani residenti in struttura dovrebbe divenire prassi comune al pari della valutazione degli altri parametri vitali ("quinto segno vitale").
- Ulteriori ricerche dovrebbero essere intraprese per migliorare

la validità, l'affidabilità e l'utilità clinica delle scale di valutazione del dolore.

- Ogni istituzione dovrebbe programmare corsi di formazione per operatori sanitari per un corretto uso degli strumenti per la rilevazione del dolore.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-414.
2. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K e al. Management of pain in elderly patients with cancer. SAGE Study Group. Systematic Assessment of Geriatric drugs use Epidemiology. *JAMA* 1998; 279: 1877-1882.
3. Brody EB, Kleban MH. Physical and mental health symptoms of older people: Who do they tell? *J Am Geriatr Soc* 1981; 29: 442-449.
4. Ersek M, Krabill BM, Hansberry J. Assessing the educational needs and concerns of nursing home staff regarding end-of-life care. *J Gerontol Nursing* 2000; 26: 16-26.
5. Ferrel BA, Ferrel BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 591-598.
6. Zwakhalen S, Hamers J, Abu-Saad H, Berger M. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr* 2006; 6: 3.
7. Scudds RJ, McRobertson J. Empirical evidence of the association between the presence of musculoskeletal pain and physical disability in community-dwelling senior citizens. *Pain* 1998; 75 (2-3): 229-235.
8. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol* 1991; 46: 15-21.
9. Stein WM, Ferrel BA. Pain in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 601-613.
10. Parmelee PA, Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 473-487.
11. Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused, nonverbal elderly. *Gerontol Nurs* 1999; 17: 25-28.
12. Wary B. Collectief. Doloplus. Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins Gèrontologie*.1999; 19: 25-27.
13. Fuchs-Lacelle S, Hadjistavropoulos HD, Development and preliminary validation of the pain assessment Checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC): *Pain Management Nursing*. 2004; 1: 37-49.
14. Lane P, Kuntupis M, MacDonald S, McCarthy P, Panke JA, Warden V, Volicer L. A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthcare Nurse*. 2003; 21: 32-37.
15. Cohen-Mansfield J, Creedon M. Nursing staff members' perceptions of pain indicators in persons with severe dementia. *The Cl. J. of pain*. 2002; 8: 64-73.

Diritti degli anziani e nutrizione artificiale: problematiche etiche e legali

Rights of the elderly and artificial nutrition: ethical and legal

Andrea Nicolussi

Professore ordinario di diritto civile Università Cattolica di Milano

Correspondence to:

Andrea Nicolussi

andrea.nicolussi@unicatt.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 140

L'autore propone un approccio alla tematica del fine vita caratterizzato dal rifiuto di prospettive unilaterali e orientato piuttosto a favorire l'integrazione dei punti di vista più significativi sia dei soggetti coinvolti sia dell'interesse generale. In questa chiave metodologica, sottolinea anzitutto l'esigenza di una disciplina, di tipo neoistituzionalista, articolata già sul piano delle fonti in modo da integrare il punto di vista generale e astratto della legge, quello di una normazione tecnica di secondo livello e quello singolare dei soggetti coinvolti nelle situazioni concrete. Sottolinea, poi, la necessità nei singoli casi di una integrazione dei punti di vista professionale e personale nella relazione medico – paziente. Dopo aver precisato che la questione giuridica riguarda ciò che il medico deve o non deve fare, può o non può fare a seguito del rifiuto o della rinuncia a un trattamento da parte del paziente, propone una lettura del consenso informato alla luce della funzione sociale della professione medica. Reputa tale lettura più intonata con il valore costituzionale della salute (art. 32, comma 1), concepito come diritto della persona e non come un diritto di stampo proprietario. L'art. 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, non può essere reputato tutelare anche il contrario della salute (il diritto di non essere sano). Né il secondo comma dello stesso articolo, che letteralmente vieta i trattamenti sanitari obbligatori non previsti dalla legge e richiede in ogni caso che i trattamenti siano rispettosi della persona umana, ha il significato di trasformare il medico in un esecutore della volontà del paziente. In questa prospettiva, che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare sia la personalizzazione delle terapie sia l'appropriatezza dell'atto medico, l'autore affronta l'articolazione casistica della problematica secondo la differenza tra rifiuto di un trattamento non iniziato, che non implichi un atto medico, e rinuncia a un trattamento già iniziato che implichi l'interruzione, mediante un trattamento, del trattamento già iniziato.

Sul piano civilistico, fa emergere i profili aporetici di una certa tendenza alla trasposizione dell'autonomia privata dall'ambito

dell'avere, con riguardo al quale soprattutto è stata forgiata, nel campo dell'essere. Le c.d. dichiarazioni anticipate di trattamento e il testamento biologico sono un esempio di questa frettolosa trasposizione che rischia di privare il medico della sua funzione sociale. Segnala la tendenza verso uno scivolamento della rappresentanza legale e dei poteri sostitutivi di tutori, amministratori di sostegno e genitori nei diritti personalissimi dell'incapace. I rappresentanti legali vengono autorizzati non più soltanto a decidere per chi non può decidere, ma addirittura a decidere, senza limiti, su chi non può decidere. Formalmente tale scivolamento viene mascherato con la formula retorica del decidere con l'incapace, mediante la quale però, da un lato, non si nega che la decisione del rappresentante abbia rilievo costitutivo e, dall'altro, si sgrava quest'ultimo dell'intera responsabilità della decisione attribuendola in parte al soggetto interessato. Al di là delle formulazioni retoriche, la recente giurisprudenza, senza nemmeno una legge che lo preveda, assegna ai rappresentanti legali e al giudice del procedimento camerale - anche in mancanza quindi delle garanzie di un contraddittorio non formale (tra contro interessati) - un inedito potere di (etero)determinare la personalità dell'incapace in funzione di come il rappresentante stesso l'abbia percepita. Il passato stile di vita dell'incapace, nei limiti in cui esso può ed è fatto emergere nel procedimento, viene trattato alla stregua di un «fatto concludente» pro futuro per giustificare decisioni cruciali sulla stessa permanenza in vita di questa persona.

Relativamente ai pazienti anziani, la problematicità di tali questioni si presenta in modo più acuto sotto il profilo della capacità di intendere e volere e dell'interferenza di parenti o altri soggetti aventi funzioni di tutore curatore o amministratore di sostegno. In particolare, riguardo alle decisioni inerenti ai sostegni vitali, un fattore critico è dato dall'esigenza di un'organizzazione e di personale per il sostegno al malato nella nutrizione per via orale, l'onerosità della quale spesso scoraggia a favore di soluzioni alternative di carattere "artificiale" (sondino o peg).

Nutrizione Artificiale: strategie terapeutiche e complicanze

Artificial Nutrition: therapeutic strategies and complications

Paolo Pallini¹, Maria Loretta Lazzaretto², Grazia Pilone²

¹UOS di Dietetica e nutrizione clinica azienda ULSS n. 12 veneziana - Venezia e Mestre (VE)

²Specialista in Scienza dell'alimentazione - Bassano del Grappa (VI)

Correspondence to:

Paolo Pallini

pallini@tin.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 141

L'autore propone un approccio alla tematica del fine vita caratterizzato dal rifiuto di prospettive unilaterali e orientato piuttosto a favorire l'integrazione dei punti di vista più significativi sia dei soggetti coinvolti sia dell'interesse generale. In questa chiave metodologica, sottolinea anzitutto l'esigenza di una disciplina, di tipo neoistituzionalista, articolata già sul piano delle fonti in modo da integrare il punto di vista generale e astratto della legge, quello di una normazione tecnica di secondo livello e quello singolare dei soggetti coinvolti nelle situazioni concrete. Sottolinea, poi, la necessità nei singoli casi di una integrazione dei punti di vista professionale e personale nella relazione medico - paziente. Dopo aver precisato che la questione giuridica riguarda ciò che il medico deve o non deve fare, può o non può fare a seguito del rifiuto o della rinuncia a un trattamento da parte del paziente, propone una lettura del consenso informato alla luce della funzione sociale della professione medica. Reputa tale lettura più intonata con il valore costituzionale della salute (art. 32, comma 1), concepito come diritto della persona e non come un diritto di stampo proprietario. L'art. 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, non può essere reputato tutelare anche il contrario della salute (il diritto di non essere sano). Né il secondo comma dello stesso articolo, che letteralmente vieta i trattamenti sanitari obbligatori non previsti dalla legge e richiede in ogni caso che i trattamenti siano rispettosi della persona umana, ha il significato di trasformare il medico in un esecutore della volontà del paziente. In questa prospettiva, che tiene conto dell'esigenza di salvaguardare sia la personalizzazione delle terapie sia l'appropriatezza dell'atto medico, l'autore affronta l'articolazione casistica della problematica secondo la differenza tra rifiuto di un trattamento non iniziato, che non implichi un atto medico, e rinuncia a un trattamento già iniziato che implichi l'interruzione, mediante un trattamento, del trattamento già iniziato.

Sul piano civilistico, fa emergere i profili aporetici di una certa tendenza alla trasposizione dell'autonomia privata dall'ambito

dell'avere, con riguardo al quale soprattutto è stata forgiata, nel campo dell'essere. Le c.d. dichiarazioni anticipate di trattamento e il testamento biologico sono un esempio di questa frettolosa trasposizione che rischia di privare il medico della sua funzione sociale. Segnala la tendenza verso uno scivolamento della rappresentanza legale e dei poteri sostitutivi di tutori, amministratori di sostegno e genitori nei diritti personalissimi dell'incapace. I rappresentanti legali vengono autorizzati non più soltanto a decidere per chi non può decidere, ma addirittura a decidere, senza limiti, su chi non può decidere. Formalmente tale scivolamento viene mascherato con la formula retorica del decidere con l'incapace, mediante la quale però, da un lato, non si nega che la decisione del rappresentante abbia rilievo costitutivo e, dall'altro, si sgrava quest'ultimo dell'intera responsabilità della decisione attribuendola in parte al soggetto interessato. Al di là delle formulazioni retoriche, la recente giurisprudenza, senza nemmeno una legge che lo preveda, assegna ai rappresentanti legali e al giudice del procedimento camerale - anche in mancanza quindi delle garanzie di un contraddittorio non formale (tra contro interessati) - un inedito potere di (etero)determinare la personalità dell'incapace in funzione di come il rappresentante stesso l'abbia percepita. Il passato stile di vita dell'incapace, nei limiti in cui esso può ed è fatto emergere nel procedimento, viene trattato alla stregua di un «fatto concludente» pro futuro per giustificare decisioni cruciali sulla stessa permanenza in vita di questa persona.

Relativamente ai pazienti anziani, la problematicità di tali questioni si presenta in modo più acuto sotto il profilo della capacità di intendere e volere e dell'interferenza di parenti o altri soggetti aventi funzioni di tutore curatore o amministratore di sostegno. In particolare, riguardo alle decisioni inerenti ai sostegni vitali, un fattore critico è dato dall'esigenza di un'organizzazione e di personale per il sostegno al malato nella nutrizione per via orale, l'onerosità della quale spesso scoraggia a favore di soluzioni alternative di carattere "artificiale" (sondino o peg).

Malattie osteoarticolari e disabilità nel paziente geriatrico

Osteoarticular diseases and disability in elderly patients

Franco Schiavon

U.O.C. di Reumatologia, Azienda Ospedale Università- Padova

Correspondence to:

Franco Schiavon

f.schiavon@unipd.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 142-143

Le malattie muscoloscheletriche rappresentano un importante problema di salute pubblica. Infatti si stima che la popolazione affetta da malattie reumatiche sia di circa 48 milioni di persone negli U.S.A., di 8 milioni nel Regno Unito e di circa 108 milioni in Europa. I dati ISTAT degli ultimi anni confermano anche nel nostro paese le malattie reumatiche come prima causa di malattia nella popolazione. Ciò comporta una ridotta qualità di vita, una più o meno severa limitazione funzionale nelle proprie attività quotidiane e in ultima analisi la comparsa di una disabilità più o meno marcata. In questo gruppo di malattie sono comprese l'artrosi, l'artrite reumatoide e le spondiloartriti sieronegative. L'osteoartrosi (OA) è la più comune forma di malattia reumatica. L'OA del ginocchio e dell'anca costituiscono le principali cause di limitazione funzionale nella deambulazione e nella autonomia personale. I dati epidemiologici dimostrano chiaramente come per l'OA si proponga una eziopatogenesi multifattoriale. Possiamo considerare l'esistenza di fattori di rischio modificabili e fattori immutabili. Di quest'ultimo gruppo fanno parte l'età, il sesso e l'ereditarietà, mentre i fattori modificabili comprendono quelli meccanici (malformazioni o malposizioni articolari, l'instabilità articolare, alcune attività professionali e sportive ed i traumi), l'obesità ed alcune endocrinopatie ed infine l'infiammazione. L'artrite reumatoide senile (ARS) è normalmente definita come l'artrite reumatoide (AR) che insorge dopo i 60 anni od oltre e rappresenta dal 10 al 33% di tutti i casi di AR. Inizialmente considerata virtualmente indistinguibile dalla classica AR se non per l'età di insorgenza, in realtà può differire in termini di storia naturale della malattia e in termini di decorso clinico. In uno studio retrospettivo di pazienti con fattore reumatoide positivo l'insorgenza in età avanzata era associata con un più rapido declino della funzione articolare e con un aumento della mortalità. Comparata con la forma classica l'ARS presenta un'uguale distribuzione fra i sessi, reattanti della flogosi più elevati, un esordio improvviso e violento con maggior frequenza, più frequenti manifestazioni sistemiche ed una presentazione clinica che ricorda quella della polimialgia reumatica con prevalente interessamento delle spalle. All'opposto sono invece meno frequenti la positività del fattore reumatoide e le manifestazioni extra articolari inclusi i noduli sottocutanei.

Da alcuni studi risulta come i pazienti con ARS presentino un più alto tasso di ospedalizzazione, una maggior frequenza di interventi di correzione articolare o di protesizzazione, una malattia più aggressiva con maggior riscontro di erosioni articolari e di conseguenza una più importante riduzione della capacità funzionale articolare. Valutando poi specificatamente l'aspetto funzionale, alcuni autori hanno rilevato come i pazienti con AR presentino difficoltà di autonomia personale sia per quanto riguarda i movimenti (camminare, movimenti fini delle mani, trasporto di oggetti) che per il mantenimento a lungo della posizione desiderata ma anche per la capacità di preparare il cibo, di alimentarsi, di lavarsi.

Le spondiloartriti sieronegative comprendono la Spondilite anchilosante (SA), l'artrite psoriasica (APs), le artriti reattive (ARe), le spondiloartriti associate alle malattie croniche intestinali (IBD) e le cosiddette spondiloartriti indifferenziate (uSpA) che non ottemperano ai criteri diagnostici di nessuna delle forme predette. Tra le spondiloartriti la forma indifferenziata sembra essere la più frequente ad insorgere in età avanzata, ed è caratterizzata dalla modestia dell'interessamento assiale e dal prevalente impegno oligoarticolare periferico. L'APs insorge frequentemente in età avanzata. Anche per i pazienti con spondiloartrite il dolore, con la conseguente limitazione funzionale, e la facile affaticabilità sono gli elementi che più di ogni altro limitano la qualità della vita.

Con l'aumentare della vita media della popolazione, il mantenimento di una buona attività fisica e la prevenzione di una disabilità prematura sono requisiti fondamentali per il mantenimento di una buona qualità della vita anche per i pazienti anziani. Possiamo pertanto ipotizzare una serie di azioni da intraprendere per migliorare le cure primarie dell'anziano per quanto concerne la patologia osteoarticolare:

- 1) Ridurre i fattori di rischio modificabili per l'insorgenza dell'artrosi, soprattutto per quanto concerne la lotta all'obesità e al sovraccarico ponderale articolare. Tra i fattori di rischio "modificabili" rappresenta senza dubbio il più rilevante per lo sviluppo dell'OA del ginocchio in entrambi i sessi. Resta invece qual-

che dubbio sul suo ruolo nello sviluppo dell'OA dell'anca della quale tuttavia influenza il tipo di evoluzione aggravandola. Pazienti con un BMI di 30-35 hanno un rischio quadruplicato di sviluppare un OA del ginocchio se comparati a soggetti di controllo con BMI nella norma sia per il compartimento femoro-tibiale che per quello patello femorale. I dati dello studio Framingham dimostrano inoltre come l'obesità preceda la comparsa dell'artrosi del ginocchio, con un incremento del rischio di comparsa del 40% per ogni 5 Kg di incremento ponderale, mentre la riduzione dello stesso peso appare ridurre il rischio di sviluppare la malattia. Secondo alcuni autori infine, in uno studio effettuato valutando la progressione del danno cartilagineo con RMN seriate del ginocchio, il BMI appare come uno dei più importanti predittori della comparsa e della progressione delle lesioni cartilaginee. Ciò conferma il carattere di modificabilità dell'obesità come fattore di rischio e come anche modeste riduzioni di peso possano rallentare la progressione della malattia.

- 2) Nel contempo mantenere un'adeguata attività fisica e un'adeguata struttura muscolare con un regolare esercizio fisico, altrettanto importante nella prevenzione del processo artrosico. Il mantenimento di un'adeguata attività fisica e la prevenzione della comparsa di qualsiasi grado di disabilità sono elementi di grande importanza per una soddisfacente vita attiva del paziente anziano. L'OA del ginocchio è visibile

radiologicamente nel 33% della popolazione di età superiore a 60 anni ed è responsabile della più elevata incidenza di disabilità di qualsiasi altra malattia cronica. È stato dimostrato come nel soggetto anziano sia altrettanto importante delle malattie cardiovascolari nel determinare una riduzione del proprio grado di autonomia. Una ipotrofia muscolare derivata da una inadeguata riabilitazione o dall'inattività è un fattore di primaria importanza per la comparsa dell'artrosi del ginocchio. L'esercizio fisico migliora il grado di movimento, determina l'allungamento dei muscoli e dei tendini, aumenta la forza muscolare e la resistenza ma diminuisce anche il dolore ed il carico, che a sua volta determina il dolore. Le linee guida dell'American College of Rheumatology (ACR) e della Lega Europea contro i reumatismi (EULAR) raccomandano l'esercizio fisico aerobico ed il mantenimento di una adeguata forza e mobilità articolare come fondamentale approccio non farmacologico per il trattamento dell'artrosi del ginocchio. Le più recenti raccomandazioni dell'Osteoarthritis Research Society International del 2007 segnalano inoltre l'assenza di differenze statisticamente significative tra i risultati ottenuti con l'approccio farmacologico e non farmacologico nei pazienti con gonartrosi.

- 3) Giungere ad una diagnosi precoce delle forme articolari infiammatorie ad insorgenza senile per impedire la comparsa delle deformazioni articolari irreversibili.

Vita, invecchiamento, morte e immortalità

Life, ageing, death and immortality

Fabrizio Turoldo

Professore di Bioetica Università "Ca' Foscari" di Venezia

Correspondence to:

Fabrizio Turoldo

fturoldo@unive.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 144-145

Obiettivo del mio intervento è quello di presentare la senescenza non solo come una realtà biologica, ma soprattutto come un fenomeno biografico, come occasione di una crisi, che incide fortemente sul vissuto personale, richiedendo un ripensamento della propria identità narrativa ed una riprogrammazione dei propri obiettivi esistenziali.

1) La fase della vecchiaia come occasione di crisi.

Inizierò, dunque, con il delineare i contorni e le ragioni di questa crisi.

Tra i vari elementi che concorrono nell'alimentare la crisi tipica della senescenza, uno si lega certamente al nostro abituale scandire la vita secondo lo svolgersi di varie fasi: la fase della formazione in vista dell'esercizio lavorativo, la fase lucrativa dell'attività professionale ed, infine, la fase della quiescenza. La fase finale, quella della quiescenza, è una fase in cui l'anziano vale non per ciò che è, ma per ciò che è stato precedentemente.

Un secondo elemento che concorre nell'alimentare la crisi senile riguarda la progressiva perdita della autonomia, tipica della senescenza. Anche altre fasi della vita, quali la fase dell'infanzia o della malattia acuta, sono caratterizzate dalla perdita di autonomia, tuttavia in tali fasi la mancanza di autonomia ha sempre in vista, come risultato finale, la conquista oppure il recupero dell'autonomia. La progressiva dipendenza dell'età senile è, invece, una dipendenza priva di tensione prospettica.

Questi elementi (ma se ne potrebbero individuare altri) disegnano un quadro che caratterizza l'età senile come un'età in cui entra in crisi il senso che si è dato alla propria esistenza, perché il senso dell'esistenza è sempre legato al suo orientamento futuro, alla sua tensione prospettica, ai suoi fini o, in altri termini, alla dimensione della speranza.

2) Che cos'è una vita umana?

La vita umana non è un fenomeno puramente biologico. Heidegger, nella sua Lettera sull'umanismo, criticava l'idea secondo cui noi siamo "animali razionali" (cioè animali a cui si aggiunge, come un sovrappiù, la ragione), perché tutta la biologia dell'uomo è trasfigurata dalla sua biografia: il nutrirsi è una funzione biologica

dell'animale, ma l'uomo "pranza"; il crepare è una funzione biologica dell'animale, ma l'uomo muore; l'accoppiarsi è una funzione biologica dell'animale, ma l'uomo "fa l'amore", ecc., ecc.

Che cosa significa tutto questo? Che la vita dell'uomo è, essenzialmente, una vita biografica, ovvero una vita sempre inserita in un orizzonte di senso. Non conta per l'uomo semplicemente vivere, ma dare un senso ed una prospettiva alla vita. Il filosofo Paul Ricoeur spiega che l'identità dell'uomo non è solo un'identità biologica (l'identità dell'*idem*), ma soprattutto un'identità narrativa o biografica (l'identità dell'*ipse*).

3) Le nevrosi noogene

Che cosa c'entra questo con la vecchiaia? C'entra per il fatto che i momenti di crisi che incontriamo nelle varie fasi della vita (nella pubertà, nell'adolescenza, nella menopausa, nella vecchiaia), sono momenti in cui non cambiano solo i nostri fattori biologici, ma cambia la nostra intera prospettiva sulle cose: perché dobbiamo, per esempio, fare spazio alla dimensione della sessualità (nella pubertà), o dobbiamo fare i conti con il declino fisico, che limita fortemente le nostre possibilità (nella vecchiaia). Tra tutte le crisi a cui andiamo incontro, quella innescata dalla vecchiaia è la più difficile: in occasione della pubertà o della menopausa, le persone possono superare la crisi, perché riprogrammano la propria vita alla luce di nuove prospettive e di nuovi obiettivi, mentre nella vecchiaia è la dimensione prospettica stessa a venire meno. E, come abbiamo osservato sopra, la dimensione prospettica è strettamente legata alla dimensione del senso. La logoterapia di Victor Frankl definisce questo venir meno della dimensione prospettica come una sorta di disadattamento che non ha a che fare con patologie psichiche, ma con una sensazione di mancanza di logos, di mancanza di prospettiva aperta dell'esistenza. Frankl definisce queste forme di nevrosi come delle "nevrosi noogene", perché in questi casi il disagio psichico non è di carattere patologico, ma filosofico: esso dipende dall'incapacità del pensiero di fornire un senso ed una dimensione prospettica alla vita.

4) Crisi e superamento della crisi

Se la vecchiaia è occasione di crisi, allora occorre riflettere su quegli

elementi che fanno la differenza tra una crisi semplicemente subita, nascosta o repressa ed una crisi feconda, che diventa occasione di nuovo slancio. Jean François Malherbe, in *Pour une éthique de la médecine*, sostiene che le crisi feconde sono quelle che vengono al linguaggio, quelle in cui il paziente riesce a raccontare la propria storia a qualcuno che l'ascolta. Raccontando si sfugge alla insignificanza e all'isolamento e si ricostruisce più facilmente la propria identità narrativa. Nei pazienti anziani questo bisogno di raccontare, di raccogliere la propria storia in un racconto significativo è più forte che in qualsiasi altro paziente, per ovvie ragioni. Malherbe giunge persino a prefigurare una medicina narrativa e a dire che il punto decisivo, a partire dal quale la cura può aver successo o fallire, è la parola. Altri autori, tra cui K. Jaspers, M. Balint, G. Engel, sottolineano il fatto che il primo farmaco, attraverso cui vengono poi forniti tutti gli altri, è il medico stesso.

Che cosa fornisce all'anziano la voglia di andare avanti, di curare la propria salute? La speranza! Non solo la grande speranza escatologica di chi possiede la fede (in francese *espérance*), ma anche piccole speranze del quotidiano (in francese *espoir*), piccoli obiettivi mirati e limitati nel tempo. Perché non è vero che l'intensità del vivere e gli obiettivi che ci si possono dare dipendono solo dalla lunghezza presunta della propria vita: ci sono dei giovani disperati che si spengono con le droghe o meditano il suicidio, così come ci sono persone con orizzonti di vita limitatissimi, i quali vivono vite di un'intensità unica. A questo proposito varrebbe la pena citare alcuni luoghi letterari esemplari: dalle poesie scritte da Ungaretti in trincea (penso in particolare a *Veglia*), alla descrizione che Dostoevskij fa di una finta esecuzione ne *L'idiota*, sino ai racconti di Primo Levi sull'attaccamento alla vita da parte degli internati descritti in *Se questo è un uomo*.

Esemplare, da questo punto di vista, è l'ultimo scritto del filosofo Paul Ricoeur, ormai ultranovantenne, che è stato pubblicato postumo con il significativo titolo *Vivo fino alla morte*. Dalla lettura del testo di Ricoeur si ricava la convinzione che non è vero che "finché c'è vita c'è speranza", ma che, in realtà, è vero il contrario: "finché c'è speranza c'è vita". Una vita senza speranza è pura attesa della morte, è "non-vita", ossia è esattamente quello che sopra definivamo come crisi non risolta, che ingenera solo nevrosi noogene.

5) Doveri del medico e doveri dell'anziano

L'introduzione del concetto di crisi feconda, vissuta attivamente, consente di entrare direttamente nell'ambito etico, enucleando

non solo una serie di doveri propri del personale sanitario, ma anche una serie di doveri dell'anziano (soprattutto nei confronti di se stesso, ma poi anche nei confronti di chi gli sta vicino, o di chi lavora per lui).

6) L'immortalità

Non occorre avere fede per credersi immortali, perché in fondo tutti noi, nel profondo del nostro inconscio ci sentiamo immortali, come sostiene Sigmund Freud in un notissimo brano, che viene spesso citato. Riflettendo sulle conseguenze della guerra del 14/18 Freud infatti scriveva: "Il fattore per cui secondo me oggi ci sentiamo così stranieri in questo mondo che un tempo è stato così bello e rassicurante, è il turbamento determinato nel nostro modo, fino ad ora ben fermo, di considerare la morte. Questo atteggiamento non era sincero. A sentir noi, eravamo naturalmente pronti a sostenere che la morte costituisce l'esito necessario di ogni forma di vita, che ognuno di noi ha verso la natura questo debito e deve essere preparato a saldarlo, e che dunque la morte è un fatto naturale, incontestabile, inevitabile. In realtà però eravamo abituati a comportarci in tutt'altro modo. C'era in noi l'inequivocabile tendenza a scartare la morte, a eliminarla dalla vita. Abbiamo cercato di mettere a tacere il pensiero della morte e c'è in tedesco, a tal proposito, persino un modo di dire: 'pensare a una cosa come alla morte'; alla propria naturalmente. In verità è impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte, e ogni volta che cerchiamo di farlo possiamo constatare che in effetti continuiamo ad essere presenti come spettatori. Perciò la scuola psicoanalitica ha potuto anche affermare che non c'è nessuno che in fondo creda alla propria morte, o, detto in altre parole, che nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità".

Se questa percezione inconscia sia solo un'illusione, oppure sia invece una traccia di ciò a cui siamo alla fine destinati, ognuno lo stabilirà in base alle sue più profonde convinzioni metafisiche. Qui a noi basta dire che questa percezione è ciò che ci consente di vivere sino in fondo la vita, dubitando sempre che la fine sia veramente la fine... persino di fronte al plotone d'esecuzione (come mostra molto bene Dostoevskij nell'episodio de *L'idiota* sulla finta esecuzione). Ed è proprio questa percezione inconscia a consentire spesso all'anziano di vivere intensamente la sua vita, senza l'assillo continuo della morte che, come osservava Cicerone nel *De Senectute*, grava tanto sui giovani quanto sui vecchi.

Cure e terminalità

Terminal Care

Alberto Cester

Dipartimento Geriatrico e della Riabilitazione - Unità Operativa di Geriatria sede di Dolo

Correspondence to:

Alberto Cester

alberto.cester@ulss13mirano.ven.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 146

Quando finiscono le terapie ed inizia la "cura" della fine. Questo potrebbe essere una sorta di slogan da utilizzare per approcciarsi alla lettura della singolarità del morire da vecchi.

Vecchiaia, terminalità e morte: esperienze "irrinunciabili" e non procrastinabili per ogni essere vivente che abbia avuto la fortuna di vivere, magari a lungo...

Esplorare questi momenti è argomento difficile e da trattare in punta di piedi, sapendo che non tutto è spendibile in termini di risposte terapeutiche, brillanti valutazioni eziopatogenetiche o ricorso a medicina ipertecnologica.

Il rischio della morte intubata per tutti deve scuotere le nostre coscienze. Riappropriarsi della normalità del morire che non significa solo desistenza terapeutica, ma appunto cosciente e scientifico accompagnamento in questo difficile processo del morire.

Il rispetto per la morte e per il morire, richiede competenze e capacità di comprendere che termini come desistenza terapeutica, accompagnamento, ma anche solidarietà, umanità, vicinanza delle professioni al morente, spesso non sono così facilmente

rintracciabili nemmeno nel nostro mondo sanitario fin troppo frequentemente ideologizzato o trincerato dietro dogmi dettati da linee guida.

Nella sanità italiana tra sprechi, diversità regionali, ma anche eccellenze, c'è forse anche un nuovo nemico da combattere. Non solo l'accanimento terapeutico, ma anche l'"accanimento diagnostico": il boom incontrollato della richiesta di test, esami e analisi spesso evitabili, sia da parte dei pazienti terminali martellati da un numero sempre crescente di informazioni su salute e benessere, sia da parte dei medici schiacciati tra gli ingranaggi della cosiddetta 'medicina difensivistica'.

La terminalità ha bisogno di competenza, di medici e team che comprendano quando un trattamento sia essenziale o divenga futile; il nostro mondo ha bisogno di dialogo franco, semplice, aperto, paritario con il paziente se in grado di comprendere, ma anche con il nucleo familiare.

Su quanto affermato e sul curare la terminalità, verterà la nostra relazione.

Malattie metaboliche in geriatria

Metabolic disease in geriatrics

Enzo Manzato

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università degli Studi di Padova

Correspondence to:

Enzo Manzato

enzo.manzato@unipd.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 147

Diverse malattie metaboliche sono in qualche modo legate all'età. Tra queste la più frequente è la malattia diabetica, anche se molto spesso tra gli anziani non viene diagnosticata. Di rilevante importanza ai fini delle complicazioni cardiovascolari sono anche le dislipidemie dell'età geriatrica.

L'invecchiamento progressivo della popolazione porta ad incrementare anche il numero dei pazienti diabetici. Anche tra gli anziani il diabete resta un importante predittore non solo di complicanze macrovascolari e micro vascolari, ma anche di deterioramento cognitivo, osteoporosi, e perdita delle capacità funzionali. Gli obiettivi di cura nel diabetico anziano devono adattarsi alle condizioni funzionali ed alle aspettative di vita del singolo paziente. Le capacità funzionali devono essere preservate il più a lungo possibile al fine di mantenere l'autosufficienza e quindi questo obiettivo diventa primario nel paziente anziano. La prevenzione delle complicazioni del diabetico anziano deve essere mirata sia a quelle di tipo macro che microangiopatico valutando comunque il rapporto costi/benefici, qualità di vita ed aspettativa di vita. Dimostrazioni di efficacia relativa ci sono per il controllo glicemico.

Una meta-analisi di 10 grandi studi prospettici ha preso in conside-

razione l'effetto dell'età sul rapporto tra colesterolemia e malattie cardiovascolari. Da questa meta-analisi appare che l'ipercolesterolemia diviene progressivamente meno importante nel predire la coronaropatia, ciononostante essa resta un fattore di rischio significativo almeno fino a 75 anni di età circa. I dati sugli effetti che un intervento ipocolesterolemizzante ha sulla incidenza di malattie cardiovascolari negli anziani documentano l'utilità di una prevenzione di queste malattie con farmaci ipocolesterolemizzanti anche in età anziana. L'efficacia dell'uso delle statine nella prevenzione cardiovascolare nell'anziano risulta diversa se si prendono in considerazione separatamente gli studi di prevenzione primaria e quelli di prevenzione secondaria. Mentre tra i primi non si trovano molti dati e talora questi dati non sono positivi, tra gli studi di prevenzione secondaria vi sono invece numerosi contributi sia di tipo sperimentale (studi clinici controllati) che osservazionale che confermano l'utilità dell'uso delle statine anche nei soggetti anziani. Le statine potrebbero risultare utili nell'anziano anche nella prevenzione di altre patologie vascolari oltre a quelle strettamente coronariche, come le vasculopatie cerebrali, quelle periferiche ed entro certi limiti lo scompenso cardiaco.

Ulcere vascolari: prevenzione, diagnosi e terapia

Vascular ulcers: prevention, diagnosis and therapy

Mirko Menegolo, Michele Antonello, Franco Grego

Clinica di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare Università degli Studi di Padova

Correspondence to:

Mirko Menegolo

mirko.menegolo.1@unipd.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 148

L'arteriopatia obliterante degli arti inferiori (AOAI) colpisce circa il 12% della popolazione generale e circa il 70% della popolazione con più di settant'anni; l'AOAI rappresenta la localizzazione periferica dell'aterosclerosi sistemica ed i suoi fattori di rischio principali, oltre all'età avanzata, sono il diabete, il fumo di sigaretta, l'ipercolesterolemia e l'ipertensione arteriosa.

La storia naturale dell'AOAI è rappresentata dalla claudicatio intermittens che evolve con il progressivo ridursi dell'autonomia di marcia fino al dolore a riposo e alla comparsa di cancrena delle dita dei piedi. A volte l'occlusione cronica delle arterie degli arti inferiori può rimanere asintomatica soprattutto nel paziente anziano con vita piuttosto sedentaria che non gli richiede un'autonomia di marcia superiore a quella garantita dal compenso naturale dei circoli collaterali.

La comparsa spontanea di una lesione trofica periferica o la difficile guarigione di una lesione periferica iatrogena necessitano sempre una scrupolosa attenzione al fine di un trattamento adeguato.

L'esame obiettivo del paziente mirato alla palpazione dei polsi periferici consentirà la diagnosi di AOAI e quindi in presenza di un'ulcera periferica consentirà di porre l'indicazione allo studio arteriografico dell'arto coinvolto e alla sua successiva rivascolarizzazione, presidio indispensabile alla guarigione dell'ulcera.

Questo è il principio cardine che regola il trattamento anche delle ulcere periferiche che hanno come primum movens una causa diversa dall'AOAI ma che si sviluppano in un territorio di insufficienza arteriosa cronica: ad esempio le ulcere da pressione

possono svilupparsi per un lungo allettamento, il loro trattamento prevede l'abolizione del decubito o l'assunzione di tutti i presidi antidecubito disponibili, ma questo può non essere sufficiente in presenza di AOAI. L'insufficienza arteriosa favorisce la perdita di sostanza, il mantenimento e la progressione dell'ulcera fino anche alla perdita dell'arto se non viene trattata mediante l'istituzione di un corretto apporto ematico.

L'ulcera neuropatica del diabetico può essere trattata con successo dall'utilizzo di plantari ortopedici che eliminino la deambulazione viziata da sovraccarichi articolari inadeguati solo tuttavia se l'apporto arterioso è idoneo.

Le ulcere venose colpiscono il 4% della popolazione con più di 65 anni. L'utilizzo di presidi elasto-compressivi in genere consente un trattamento di successo dell'ulcera varicosa che tuttavia potrebbe essere contrastato da una sottostante non nota insufficienza arteriosa cronica.

L'esame obiettivo del paziente è essenziale ai fini dell'identificazione dell'eziologia di un'ulcera periferica, soprattutto consente di identificare quadri di AOAI sconosciuti che potrebbero ostacolare la guarigione di una lesione periferica fino alla perdita dell'arto e che in presenza di opportune indicazioni chirurgiche potrebbero giovare di un intervento di rivascolarizzazione.

L'ossigenoterapia iperbarica, la terapia vasoattiva e l'utilizzo di medicazioni avanzate rappresentano un valido supporto per accelerare la guarigione della lesione dopo il ripristino di un adeguato apporto di sangue arterioso e dopo l'abolizione della causa scatenante la formazione dell'ulcera.

La disfagia nell'anziano: cause e trattamento

Dysphagia in the elderly: Causes and Treatment

Paolo Orlandoni, Claudia Venturini, Natascia Giorgini, Donata Fagnani, Naomi Castorani, Claudia Cola, Debora Sparvoli
U.O.S. Dipartimentale Terapia Nutrizionale INRCA-IRCCS

Correspondence to:

Paolo Orlandoni
p.orlandoni@inrca.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 149

A livello territoriale gli anziani rappresentano una delle fasce a maggior rischio di malnutrizione con gravi conseguenze sull'autonomia del paziente stesso, comparsa di decubiti, peggioramento sia di patologie croniche che in generale della qualità di vita.

Il modo di alimentarsi e conseguentemente lo stato di nutrizione di un anziano rappresentano un fattore importante per il mantenimento di un buono stato di benessere sia fisico, che cognitivo e psichico.

La disfagia è determinata dalla difficoltà nel passaggio del bolo alimentare (solido o semisolido), dei liquidi o di entrambi dalla bocca allo stomaco. La disfagia può essere differenziata in disfagia orale, faringea od esofagea a seconda di quale fase sia implicata nella deglutizione.

La disfagia è un disturbo presente in numerose patologie di interesse medico e chirurgico: circa il 12% dei pazienti ospedalizzati sono disfagici. Nell'ambito dell'ictus essa assume un valore rilevante sia dal punto di vista epidemiologico che di impatto assistenziale.

L'incidenza della disfagia nei pazienti con ictus in fase acuta viene stimata fra il 13% ed il 71% (Linee Guida SPREAD 2007). Dati così variabili sull'incidenza della disfagia sono da mettere in relazione alla sede dell'ictus, (lesioni unilaterali vs lesioni bilaterali), agli strumenti di diagnosi, nonché al tempo intercorso fra l'evento acuto

e la valutazione del paziente.

L'impatto clinico della disfagia in termini di rischio di malnutrizione, complicanze infettive polmonari ed incrementata mortalità rende indispensabile l'identificazione precoce dei pazienti disfagici tramite la somministrazione di un test di screening.

La mancanza di un adeguato supporto nutrizionale determina il rapido instaurarsi di un deficit calorico-proteico che ha conseguenze drammatiche sull'evoluzione del quadro clinico. L'impostazione del trattamento nutrizionale del paziente disfagico richiede uno studio preliminare della deglutizione e va pianificata in relazione al rischio di broncopolmonite ab ingestis, al grado di autonomia e allo stato nutrizionale del paziente. La regolazione della fluidoterapia è di estrema importanza nel trattamento del paziente colpito da ictus, in considerazione dell'influenza sulla perfusione e sul metabolismo cerebrali esercitata dal tipo e dalla quantità dei liquidi somministrati.

Il programma nutrizionale prevede la dieta progressiva per disfagia o la nutrizione artificiale. In caso di disfagia completa è indicata la nutrizione artificiale. Obiettivi del supporto nutrizionale sono la prevenzione o il trattamento della malnutrizione, proteico-energetica, di squilibri idro-elettrolitici o di micronutrienti. Il supporto nutrizionale è parte integrante del trattamento dell'ictus cerebrale.

Nursing infermieristico del paziente in Nutrizione Artificiale

Nursing for patient in Artificial Nutrition

Luciana Roncada

Servizio infermieristico ASL Belluno

Correspondence to:

Luciana Roncada

luciana.roncada@ulss.belluno.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 150-151

Questa lettura vuole essere uno stimolo per chi opera sul territorio con professionalità e deve assumere quotidianamente decisioni sulla gestione appropriata dei pazienti che a domicilio sono sottoposti a nutrizione artificiale. Gli infermieri che si occupano della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) sono professionisti che operano in collaborazione con altre figure, con l'obiettivo di stabilire o mantenere un ottimale stato nutrizionale nell'individuo. E' auspicabile che tale stimolo possa essere un incentivo al confronto ed alla collaborazione fra tutti gli operatori impegnati, per assicurare la continuità di assistenza fra ospedale e territorio.

La NAD si differenzia in Nutrizione Enterale (NE) e Nutrizione Parenterale (NP). Con la NE i nutrienti vengono somministrati direttamente nel tratto digerente mediante l'impiego di appositi dispositivi. Con la NP, i nutrienti vengono somministrati direttamente nella circolazione sanguigna attraverso dei cateteri venosi.

OBBIETTIVO

L'obiettivo di questa relazione è di:

- Identificare le fasi essenziali della gestione della Nutrizione Artificiale (NA);
- Conoscere le basi metodologiche della gestione della NA (EBN, LG, protocolli e procedure);
- Definire il processo assistenziale in NA.

MATERIALI E METODI

Nutrizione Enterale

La NE viene attuata tramite diverse tecniche: il SNG, il SN-Duodenale, il SN-Digiunale, la Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG), la Gastrostomia chirurgica o laparoscopica, la Gastrostomia radiologica, la Digiunostomia Endoscopica Percutanea (PEJ) e la Digiunostomia chirurgica. L'accesso enterale deve essere scelto in relazione allo stato clinico del paziente, all'accessibilità dell'apparato digerente e alla durata prevista del trattamento nutrizionale. Per una corretta gestione della NE l'infermiere deve conoscere il presidio che è stato posizionato, la via di accesso e la sede nella quale vengono infusi i nutrienti. Infatti sia i diversi calibri della sonda, sia la sede dell'infusione richiedono procedure di gestione differenti.

Nella gestione della NE si raccomanda sempre il lavaggio sociale

delle mani che da solo è in grado di prevenire circa il 30-40% delle infezioni nosocomiali.

La gestione del SNG SND è caratterizzata da un accurata pulizia del viso e in particolare del naso. La detersione va fatta con acqua e sapone; i solventi sono sconsigliati perché possono irritare la cute e rovinare la sonda. La pulizia del cavo orale del paziente è molto importante, così come ammorbidire frequentemente le labbra. Il cerotto di fissaggio va cambiato giornalmente ed anche al bisogno, con l'avvertenza di controllare sempre la posizione delle tacche di contrassegno del SNG. La sostituzione del SNG deve avvenire ogni 2 mesi o secondo le raccomandazioni del produttore.

La gestione della PEG si differenzia in due momenti:

- fino a consolidamento della fistola gastrocutanea (circa un mese) la medicazione deve essere giornaliera e sterile;
- ad avvenuto consolidamento della fistola gastrocutanea (dopo il primo mese) la medicazione non è più necessaria.

Per prevenire le complicanze è importante controllare sempre il corretto posizionamento della sonda tramite le tacche presenti sulla superficie ed anche mobilizzare la sonda con movimenti di rotazione a 360° e trazione (dentro-fuori) almeno una volta la settimana.

La digiunostomia chirurgica è una tecnica che si usa più raramente e necessita di una medicazione sterile giornaliera con particolare attenzione ai punti di fissaggio.

La somministrazione della NE deve avvenire sempre tramite pompa nutrizionale al fine di prevenire le complicanze gastrointestinali. Il metodo di infusione può essere continuo nelle 24 ore, oppure ciclico, facendo una pausa che può essere sia notturna che diurna, conforme alle esigenze del paziente. Durante la somministrazione il paziente va mantenuto in posizione seduta o, se allettato, con il tronco rialzato di almeno 30° per prevenire il reflusso gastroesofageo. Il controllo del ristagno gastrico è raccomandato specialmente nel periodo iniziale della NE e nei pazienti con rallentato transito intestinale. Controllare il peso corporeo almeno settimanalmente. Particolare attenzione va posta alla somministrazione dei farmaci in corso di NE, non sempre i farmaci usati per via orale sono compatibili con la NE e non devono essere aggiunti alla miscela nutrizionale. Sono da preferire le forme liquide, le compresse vanno

polverizzate e sciolte in poca acqua. Alcuni farmaci non possono essere frantumati; principalmente i seguenti:

- le formulazioni gastroresistenti, la rimozione della superficie esterna può provocare l'inattivazione del farmaco e causare irritazione alla mucosa gastrica;
- i farmaci a rilascio controllato, la cui manipolazione può alterare la normale farmacocinetica.

Al fine di evitare interazioni tra farmaci ed occlusione della sonda, lavare sempre la sonda con acqua tra un farmaco e l'altro.

Nutrizione Parenterale

I cateteri venosi centrali (CVC) usati per la NP a lungo termine possono essere tunnellizzati o totalmente impiantati e possono essere a punta aperta o a punta chiusa. La principale complicanza che può insorgere in corso di NP è l'infezione catetere correlata; la responsabilità dell'infermiere consiste nel prevenirla la comparsa adottando le massime precauzioni sterili di barriera ed il lavaggio antisettico delle mani, come da raccomandazioni delle linee guida internazionali.

Nei cateteri tunnellizzati la medicazione dell'emergenza cutanea del CVC deve essere eseguita in massima asepsi, disinfettando con clorexidina al 2%; il sito va poi coperto con una medicazione traspirante e trasparente che può essere lasciata in sito per 7 giorni, da rifare se bagnata, sporca o staccata.

I cateteri totalmente impiantati (catetere di Port) non necessitano di medicazione, ma di massima asepsi nel posizionamento e gestione dell'ago di Huber che può rimanere in sede per sette giorni.

La somministrazione della NP deve avvenire tramite pompa nutrizionale, in modo continuo o ciclico; in quest'ultimo caso, al fine di prevenire squilibri glicemici, iniziare e terminare l'infusione sempre gradualmente.

Massima asepsi anche nelle modalità di collegamento della linea infusoria alla sacca ed al CVC, evitando l'uso, se possibile, di rubinetti e raccordi che sono ricettacolo di germi. La linea infusoria va sostituita ogni 24 ore.

Prima di chiudere un catetere si deve eseguire il lavaggio con soluzione fisiologica per prevenire l'occlusione del CVC. Se il CVC è a punta aperta eparinare solamente se rimane chiuso per più di 8 ore.

Al paziente in NP è importante controllare il peso, il bilancio idroelettrolitico e la glicemia.

Attivazione della NAD

La NAD solitamente viene attivata in ospedale, talvolta anche sul territorio. Per una corretta ed organizzata attuazione è necessario il consenso al trattamento nutrizionale. Per l'attivazione della NAD è possibile avvalersi dei criteri sequenziali così definiti:

- identificazione del paziente: è necessario accertarsi preliminarmente delle risorse disponibili sia umane che materiali, eseguire una corretta valutazione del paziente e della famiglia, identificando il familiare di riferimento ed in seguito svi-

luppare un piano di cura efficace;

- addestramento: di norma viene fatto in ospedale, ma si può condurre totalmente o in parte a domicilio, mediante istruzioni verbale e scritta sulla corretta gestione dell'accesso e della somministrazione della nutrizione;
- dimissione: in caso di paziente ospedalizzato arrivare all'infusione ciclica prima della dimissione; organizzare la dimissione chiarendo il ruolo di ogni persona coinvolta nella terapia nutrizionale; consegnare una relazione clinica con indicazione del programma nutrizionale stabilito (orari, velocità di somministrazione, stampati per diario clinico quotidiano); fornire una lista di nomi e numeri telefonici per ogni evenienza; organizzare la fornitura del materiale a domicilio;
- valutazione: analizzare la risposta del paziente alla nutrizione attraverso il controllo del peso ed il follow up; analizzare anche la compliance familiare.
- monitoraggio dei risultati, dell'incidenza delle complicanze e della soddisfazione dell'utente.

Nella gestione della NAD l'infermiere è tenuto a registrare su apposita cartella medico-infermieristica tutte le prestazioni eseguite, segnalando in particolare le complicanze insorte e le varie problematiche anche di carattere organizzativo. La registrazione, oltre che un dovere, è un valido strumento di trasmissione delle informazioni.

CONCLUSIONI

Questa occasione fornisce indicazioni per migliorare la propria attività tecnica, promuove la collaborazione con altre figure per la formulazione del programma nutrizionale al fine di ristabilire o mantenere uno stato nutrizionale ottimale nel paziente. Vuole, anche, essere uno spunto per favorire un supporto al paziente ed alla sua famiglia nell'affrontare il disagio e la sofferenza di queste situazioni particolari.

BIBLIOGRAFIA

1. SINPE: Linee Guida per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera. Wicking Editore Milano. 2002, 20;ott-dic.
2. DGR del Veneto n. 142 del 26.1.2010 "Approvazione di linee guida per la Nutrizione Enterale Domiciliare (NED)".
3. ASPEN-Enteral Nutrition Practice Recommendations. *JPEN* (Journal of Parenteral and Enteral Nutrition) March-April 2009.
4. CENTER FOR DISEASE AND PREVENTION (CDC): Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections (USA) 9 agosto 2002.
5. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Protocollo per la prevenzione, diagnosi e terapia delle infezioni associate a cateteri venosi centrali 2002.
6. Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n° 2634 del 1999 "Approvazione di Linee Guida sulla Nutrizione Artificiale Domiciliare".
7. SINPE. Manuale di nutrizione Artificiale: Alfredo Guida Editore. Edizione 2005.
8. S.I.N.P.E. Sillabus dei corsi formativi per infermieri.

La diagnosi precoce del carcinoma vescicale

Early diagnosis of bladder cancer

Anna Tiberio

Scuola di Specializzazione in Urologia, Università degli Studi di Udine

Correspondence to:

Anna Tiberio
atiberio@libera.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2010; 2, 2: 152-153

Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che la prevalenza e l'incidenza dei disturbi e della patologia a carico della vescica aumentano con l'età e la loro frequenza clinica è poco inferiore a quella delle malattie cerebro-vascolari e ai disturbi cognitivo-relazionali. L'invecchiamento vescicale non è una malattia a insorgenza acuta, ma un fenomeno dinamico e progressivo, nei riguardi del quale l'organismo sembra adattarsi lentamente, conseguente a continui e molteplici insulti di origine esogena ed endogena, il cui meccanismo d'azione è ancora in gran parte sconosciuto. In Europa il carcinoma della vescica è la quarta neoplasia più frequente tra la popolazione maschile, con una percentuale del 7% tra tutti i tumori maschili. Il tasso di incidenza annua è di 32/100.000 per gli uomini e 9/100.000 per le donne, mentre il dato sulla mortalità annua è di 9/100.000. Circa il 70% dei pazienti affetti da carcinoma della vescica ha un'età superiore a 65 anni. Negli uomini, l'incidenza per età cresce rapidamente da un 1/100.000 all'anno in pazienti al di sotto dei 45 anni, fino a 25/100.000 all'anno in pazienti di età compresa tra i 45 e i 64 anni, per poi crescere ad un tasso più ridotto nelle decadi successive (87/100.000 all'anno tra i 65 e i 74 anni, e 129/100.000 all'anno oltre i 75 anni). Nel periodo 1990-1994 la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi di carcinoma della vescica, in Europa, era del 69%. La percentuale diminuiva sensibilmente con l'aumentare dell'età, dal 90% nel gruppo più giovane (15-45 anni) al 61% nella popolazione con oltre 75 anni.

Il quesito di come l'età possa influenzare la biologia delle neoplasie e sviluppo, in relazione alle osservazioni epidemiologiche, del tumore della vescica rimane un tema controverso. Molti studi evidenziano come vi sia correlazione tra età e stadio avanzato della patologia al momento della diagnosi e come la metastatizzazione sia meno frequente nell'anziano rispetto al giovane adulto. Queste discrepanze evidentemente riflettono la biologia della tumore uroteliale assieme ad altre variabili quali l'accesso alle cure ed il decadimento psico-organico del paziente. Lo stesso tema della sopravvivenza dopo trattamento radicale nell'anziano appare controverso anche se il dato più significativo è quello per il quale l'età, seconda variabile solo dopo alla stadio della

malattia, è variabile indipendente di sopravvivenza. Tale variabile assume maggior valore predittivo nei pazienti con storia clinica di neoplasia vescicale recidiva. Di fronte a queste osservazioni la necessità di utilizzare metodiche di diagnosi precoce di malattia sembra assumere particolare rilievo nel paziente con sospetto di recidiva di malattia.

Questi dati epidemiologici dimostrano come sia fondamentale la diagnosi quanto più precoce di questa neoplasia. Le linee guida stillate dalla società europea di urologia fissano raccomandano l'esecuzione della cistoscopia nel sospetto di neoplasia vescicale, esame cardine che deve seguire l'esecuzione di un ecografia renale e vescicale e della citologia urinaria su tre campioni di urine. Non si prevede un approccio diagnostico diverso nel paziente anziano rispetto al giovane ed ogni altra scelta non deve prescindere dalla necessità di escludere la patologia neoplastica. Non v'è dubbio che il paziente anziano richiede una maggiore attenzione relativamente alla scelta di eseguire indagini diagnostiche invasive ma tale scelta deve essere giustificata solamente in base ad una valutazione clinica complessiva.

L'ematuria macroscopica è il sintomo più frequente del tumore uroteliale. La prevalenza di patologie maligne nei soggetti con microematuria, è del 4.8% ed aumenta progressivamente con l'età del soggetto, indipendentemente dal sesso. Si raccomanda un approfondimento diagnostico in caso di ematuria macroscopica. Si suggerisce un approfondimento diagnostico in caso di microematuria asintomatica nei soggetti appartenenti a categorie a rischio.

L'ecografia renale e vescicale costituisce l'esame di primo livello nel paziente con ematuria. Quando adeguatamente eseguita, la sensibilità e la specificità nel riconoscimento di numero e dimensioni delle lesioni vescicali sono simili a quelle dell'urografia endovenosa. In particolare i valori di sensibilità e specificità sono rispettivamente del 96,4% e 88,8%, con il vantaggio di non esporre il paziente a radiazioni ionizzanti ed all'iniezione di mezzo di contrasto endovenoso. La cistoscopia è l'esame più affidabile nella diagnostica dell'ematuria; poiché gravato di una maggiore invasività, se ne consiglia l'esecuzione nella diagnostica dei tumori vescicali nei casi di ecografia vescicale negativa. In caso di ecografia positiva,

si suggerisce di non eseguire la cistoscopia ambulatoriale prima della resezione endoscopica trans uretrale.

La diagnostica di primo livello prevede inoltre l'esecuzione della citologia urinaria, l'unico marker utilizzato nella pratica clinica in quanto è esame non invasivo, è di basso costo ed ha alta specificità (84-100 %). E' un esame che tuttavia ha per limiti principali la bassa sensibilità (24-81%), in particolare nei tumori vescicali di basso grado.

Si suggerisce sempre l'esecuzione della citologia urinaria in quanto una sua positività in caso di ecografia negativa, consente di programmare direttamente una cistoscopia rigida che permette di unire il momento diagnostico a quello terapeutico.

Non v'è dubbio che il paziente anziano richiede una maggiore attenzione relativamente alla scelta di eseguire indagini diagnostiche invasive ma tale scelta deve essere giustificata solamente in base ad una valutazione clinica complessiva.

Il follow up nel paziente con Ca vescicale non muscolo-invasivo

Follow up of patients with non muscle-invasive bladder cancer

Renzo Zucconelli

U.O.C. di Urologia, AULSS n. 10 "Veneto Orientale"

Correspondence to:

Renzo Zucconelli

renzo.zucconelli@auro.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved

IJPC 2010; 2, 2: 154

La neoplasia vescicale non muscolo-invasiva necessita di un attento follow-up in quanto porta con sé un elevato rischio oltre che di recidiva anche di progressione.

In uno studio EORTC datato, ma ancora ricco di spunti interessanti (Kurth et al, 1995), emergeva che in un follow-up mediano di quattro anni condotto su 576 pazienti il 13% presentava una recidiva di alto stadio e che il tempo mediano dalla progressione al decesso era di due anni. Per il carcinoma in situ, che è una lesione piatta, non muscolo-invasiva e di alto grado, il tasso di progressione a 5 anni, nelle forme non trattate, è addirittura maggiore del 50% (Lamm, 1992), e la prognosi è pure peggiore se si associa un cr uroteliale pT1 di alto grado.

Fattore prognostico importante appare anche il reperto di recidiva alla prima cistoscopia di controllo dopo la resezione endoscopica; il grado elevato della neoplasia, in una analisi multivariata, sembra invece essere un fattore di alto rischio solo per la progressione (Holmang, 2002), ed in tali situazioni la recidiva può osservarsi alla prima cistoscopia di controllo in più del 30% dei pazienti, anche se non si può escludere che si tratti talora di una neoplasia residua al primo intervento, come valutabile a 2-6 settimane dal primo intervento in circa il 76% dei pazienti senza significative differenze tra i vari stadi della malattia alla resezione endoscopica iniziale (Herr et al, 1999).

Il trattamento precoce (entro i sei mesi dalla diagnosi iniziale) di un Cr uroteliale T1G3 è fondamentale: l'assenza di progressione a tre anni dalla diagnosi è un ottimo segno prognostico e ciò si osserva più frequentemente se la re-TURV precoce documenta assenza di malattia (Otto, 2003).

Un attento follow-up, quindi, è fondamentale per contenere

quanto più possibile la tendenza alla recidiva e soprattutto alla progressione delle neoplasie non muscolo-invasive della vescica, anticipandone la diagnosi e consentendone una terapia radicale quando la malattia può ancora giovare di un trattamento locale.

Si può pertanto immaginare che un protocollo raccomandabile di follow-up delle neoplasie uroteliali non muscolo-invasive sia il seguente:

- Nella neoplasia a basso grado di progressione (TaG1-2 e di volume < a 3cm) cistoscopia a 3 mesi e poi ogni 6 mesi per due anni e una volta l'anno per 10 anni).
- Nella neoplasia ad alto rischio di progressione (TaG3, T1G2-3, Tis, di volume > 3cm e quella a recidiva precoce) cistoscopia e/o re-TURV a 4-6 settimane dalla TURV iniziale, ciclo di induzione con BCG, TURV o mapping dopo tale ciclo.

Nulla peraltro si può ragionevolmente ottenere se il MMG non accetta di svolgere quel ruolo fondamentale, che, rendendolo già possibile attore di una precoce diagnosi della malattia e di un avvio del paziente ad esami diagnostici sia di 1° che di 2° livello, lo può anche fare artefice massimo nel creare le condizioni perché il paziente aderisca pienamente e consapevolmente non solo alle terapie proposte (trattamento endoscopico in primis, eventuali trattamenti endocavitari, fino alla chirurgia alla chemioterapia o anche alla RT per le neoplasie di alto stadio che dovessero successivamente manifestarsi), ma anche, curandone pure gli aspetti prettamente psicologici, ai controlli clinici e strumentali successivi, talora trascurati dal paziente, ma così importanti nel realizzare una cura ottimale della malattia.

GIUGNO 2010

5th IPCRG World Conference

Toronto (Canada), 2-5 giugno 2010

Info

www.theipcr.org - sam.knowles@abdn.ac.uk

AGOSTO 2010

ESC – European Society of Cardiology Congress

Stockholm 28 August -1 September 2010

Info

www.escardio.org/congresses/esc-2010/scientific-programme/

EF PC - European Forum for Primary Care The Future of Primary Health Care in Europe III 3rd bi-annual conference

"From patient centred innovation to organisational change"

Pisa, 30-31 August 2010

Info

Info: www.euprimarycare.org

SETTEMBRE 2010

16th Wonca Europe Conference

Malaga (Spagna), 7-9 settembre 2010

Info

www.woncaeurope.org

ERS – European Respiratory Society Fira de Barcelona

Barcellona (Spagna), 18-22 settembre 2010

Info

www.erscongress2010.org - mdiaz@firabcn.es

OTTOBRE 2010

22° Congresso CSeRMeg Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale

Costermano del Garda (VR), 1-2-3 Ottobre 2010

Info

www.csermeg.it

NOVEMBRE 2010

The IJPC Conferences Oncology for Primary Care *Il Carcinoma della Mammella e del Colon-Retto*

Bari, 18-20 novembre 2010

Info

info@communicationlaboratory.it

55° Congresso Nazionale SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria *Invecchiamento e longevità: più geni o più ambiente?*

Firenze, 30 Novembre - 4 Dicembre 2010

Info

www.sigg.it/congresso.asp

V Convegno Nazionale - Centro Studi e Ricerche Società Italiana di Diabetologia

Firenze, 18-20 Novembre 2010

Info

www.oic.it; info@oic.it

XXVII Congresso Nazionale Società Italiana Medicina Generale

25-27 Novembre 2010, Firenze

Info

www.simg.it

Gastroenterology Update 2010

Bolzano, 28-30 Novembre 2010

Info

simonetta.colombo@highstyle.it; www.highstyle.it



Non posso immaginare di fare altro nella vita.

Ciò che spaventa gli altri, per me è lavoro quotidiano.

Calore e fumo non mi impressionano, sono
consapevole dei rischi che corro.

In quel momento, la famiglia là dentro
diventa la mia.

Dep. AIFA in data 07/03/2008



La mia vita
TORVAST[®]
Atorvastatina

Una tua scelta



CardioPneumo AIMEF 2011

8° CONGRESSO NAZIONALE & 6TH INTERNATIONAL CONFERENCE

Bari, 31 marzo - 2 aprile 2011

www.cardiopneumoaim ef.it



FORUM / INTERNATIONAL CONFERENCE

Malattie croniche e Cure Primarie: dal curare al prendersi cura

EDUCATIONAL HIGHLIGHT

Cardiologia e Cure Primarie
Pneumologia e Cure Primarie
Nutrizione e Cure Primarie
Salute psichica e Cure Primarie

SYMPOSIA

PLENARY SESSIONS



The IJPC Conferences

1° IJPC Conference on Primary Care Oncology

ONCOLOGY for primary care

Cure primarie e paziente oncologico

Bari 19 - 20 Novembre 2010

AULA DE BENEDICTIS - AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA, POLICLINICO DI BARI

Il Carcinoma della Mammella e del Colonretto

topics:

Prevenzione e Screening

Diagnosi Precoce

Innovazione e appropriatezza diagnostica e terapeutica

Reazioni avverse e Follow up

Psico-oncologia

Cure palliative

Sessioni Educazionali e Sessioni Plenarie

accreditate secondo il Programma di Educazione Continua in Medicina per Medici

di Medicina Generale, Internisti, Gastroenterologi, Oncologi, Infermieri, Fisioterapisti, Nutrizionisti



Associazione Italiana Medici di Famiglia

Venerdì 19 novembre

Ore 8:30-11:30 – Aula De Benedictis

SESSIONE EDUCAZIONALE

L'esistenza sospesa: riflessioni in psiconcologia

Responsabili: Antonio Infantino, Tommaso Donvito

Chairman

Prof. Marcello Nardini

Ore 8.30 – 8.45 (15')

Presentazione

Giovanni B. D'Errico

Ore 8.45 – 9.15 (30')

Che cosa posso sperare?"

(Immanuel Kant)

Prof. Michele Bracco

Ore 9.15 – 9.45 (30')

Il lutto: un processo "fisiologico",

un percorso obbligato

Dott. Immacolata d'Errico

Ore 9.45 – 10.05 (20')

La comunicazione della diagnosi:

aspetti professionali,

etici e medico-legali

Prof. Antonello Bellomo

Ore 10.05 – 10.25 (20')

Aspetti psichiatrici in psiconcologia

Dott. Leonardo Mendolicchio

Ore 10.25 – 10.45 (20')

Il malato oncologico e la famiglia:

dinamiche relazionali ed emotive

Dott. Barbara Gelao

Ore 10.45 – 11.05 (20')

Communication skills in psiconcologia

Dott. Annamaria Petito

Ore 11.05 – 11.15 (10')

Presentazione della videoproiezione

Ore 11.15 – 11.30 (15')

La ricostruzione di Sé,

dal dolore alla vita (Videoproiezione)

Le Arabe Fenici

Ore 11.30 – 12.00

Discussione

Venerdì 19 novembre**Ore 12:00 – 13.00**

SALUTO AUTORITÀ

CONFERENZA INAUGURALE

LA PAROLA AL CITTADINOIl paziente oncologico e i bisogni inevasi:
dal curare al prendersi cura.

Chairmen

Filippo Anelli, Vincenzo Lattanzio,

Michele Nacchiero, Giammarco Surico

Venerdì 19 novembre**Ore 15:00 – 19:00****SESSIONE PLENARIA**

PRIMA PARTE

Il Carcinoma della mammella

Chairmen

Eugenio Maiorano, Nicola Marzano,

Vincenzo Contursi

Ore 15:00 – 15:20

Le dimensioni del problema:

epidemiologia, prevenzione e screening

Vincenzo Lattanzio (Bari)

Ore 15:20 – 15:40

La terapia sistemica del tumore

della mammella: una decisione a tre

Giuseppe Viale (Milano)

Ore 15:40 – 16:00

Presente e futuro nel trattamento

del carcinoma mammario:

i nuovi agenti farmacologici

Vito Lorusso (Lecce)

Ore 16:00 – 16:20

La ormonoterapia nel carcinoma della

mammella: ruolo attuale e farmaci

Saverio Cinieri (Brindisi)

Ore 16:20 – 17:00

Lo screening nei soggetti ad alto rischio

genetico-familiare

Angelo Paradiso (Bari)

Ore 17:00 – 17:20

Discussione

SECONDA PARTE

Oncologia e Medicina generale

Chairmen

Rosa Donnalioia, Antonio Pugliese

Ore 17:20 – 17:40

Trombosi e cancro:

un problema ancora aperto

Marco M. Ciccone (Bari)

Ore 17:40 – 18:00

L'alimentazione in corso di chemioterapia

ed endocrino terapia:

è possibile migliorare la qualità di vita?

Anna D'Eugenio (Roma)

Ore 18:00 – 19:00

Discussione

Sabato 20 novembre**Ore 09:00 – 13:00****SESSIONE PLENARIA**

PRIMA PARTE

Il carcinoma del colon retto

Chairmen

Giuseppe Colucci, Vincenzo Pomo,

Ciro Niro

Ore 09:00 – 09:20

Le dimensioni del problema:

epidemiologia, prevenzione e screening.

PRIMA PARTE: epidemiologia

Cinzia Germinario (Bari);

SECONDA PARTE: prevenzione e screening

Francesco Scotto (Bari)

Ore 09:20 – 09:40

Cancerogenesi genetica

e possibilità di trattamento

Giuseppe Colucci (Bari)

Ore 09:40 – 10:00

Attualità nella terapia del cr del colon

Evaristo Maiello (Foggia)

Ore 10:00 – 10:20

La chemioterapia adiuvante

del carcinoma del colon

Fernando De Vita (Napoli)

Ore 10:20 – 11:00

Le sequele nel paziente stomizzato

Francesco Diomedea (Bari)

Ore 11:00 – 11:20

Discussione

SECONDA PARTE

Oncologia e Medicina Generale

Chairmen

Nunzio Costa, Luigi Massari, Gennaro Palmiotti

Ore 11:20 – 11:40

Il dolore nel percorso oncologico:

patogenesi e terapia

Nicola Marzano (Bari)

Ore 11:40 – 12:00

L'evoluzione nella gestione

delle lesioni cutanee nel paziente oncologico

Antonio Pugliese (Castellaneta, TA)

Ore 12:00 – 12:20

ADI e cure palliative: compiti

e competenze per un'assistenza di qualità

Giovanni B. D'Errico (Foggia)

Ore 12:20 – 13:00

Discussione

www-edicare.it

Editoria Medico-Scientifica
Graphic & Editorial
Scientific Editing
Teaching & E-Learning
Meeting & Congress
Web & Multimedia
Marketing & Advertising



Edicare Publishing S.r.l.

Sede Legale & Uffici

20129 Milano - Corso XXIII Marzo 63
70124 Bari - Viale Papa Pio XII 4/F

Sede Operativa & Commerciale

70124 Bari - Via Edmondo Caccuri 7
70124 Bari - Via Salvatore Matarrese 12/30
Tel.: +39 080 9904421 | Fax: +39 080 9753634
info@edicare.it

Redazione & Ufficio Stampa

70124 Bari - Via Salvatore Matarrese 12/30
71100 Foggia - Via Benedetto Croce 85/F
Tel.: +39 080 9904421 | Fax: +39 080 9753634
info@edicare.it

life inspiring ideas



La **ricerca medico-scientifica significa** piena integrazione tra teoria e prassi e rappresenta il metodo più moderno di interpretare la scienza. Per noi di AstraZeneca la ricerca costituisce una sfida entusiasmante perché i suoi protagonisti sono attori di cambiamenti non solo tecnici, ma anche di principi e ideali che influenzano l'agire emotivo, razionale e morale della comunità.

Mai come nella ricerca medica, che tende alla tutela di un bene collettivo come la salute, il prodotto della scienza è anche un prodotto sociale, che coinvolge **migliaia di vite con un unico obiettivo.**

Dalle idee creiamo soluzioni.

AstraZeneca 
www.astrazeneca.it

anestesiologia

cardiovascolare

gastroenterologia

malattie infettive

malattie metaboliche

neuroscienze

oncologia

pneumologia



