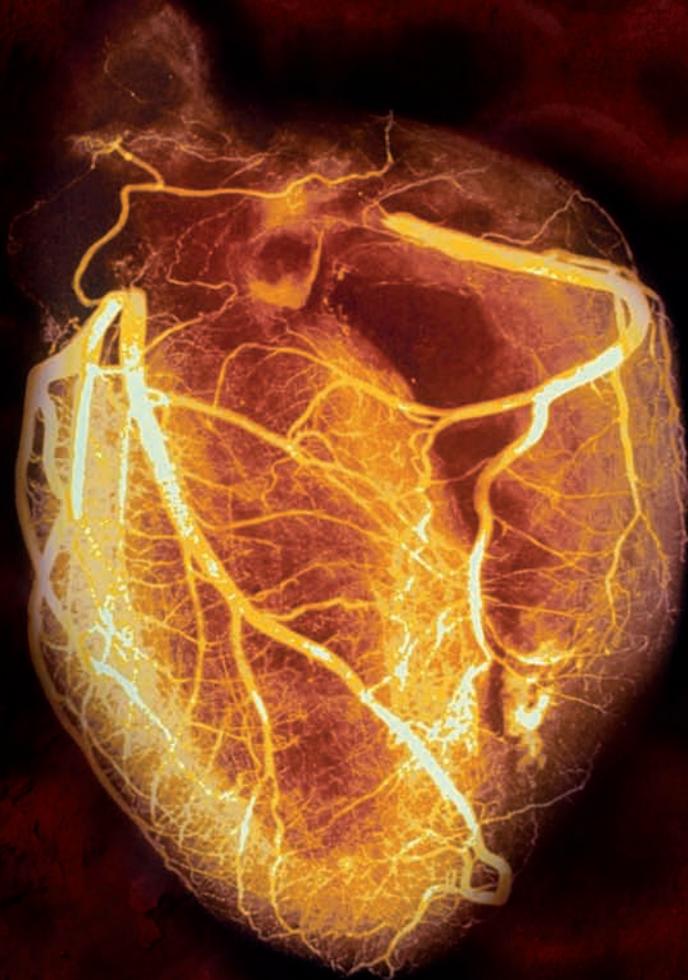


IJPC

Italian Journal of Primary Care



TOPICS:

Medico di famiglia e psicologia
Sovrappeso, obesità, stili di vita e alimentazione negli adolescenti
Ipertensione e insufficienza cardiaca
Vasculiti primitive
Orticaria acuta
Tromboembolismo venoso
Ipertensione arteriosa nell'anziano
Cardiopatie congenite
Aumento ponderale da farmaci
Alimentazione, diabete, malattie cardiovascolari e cancro
Problematiche urologiche in geriatria
Diabete mellito e malattia parodontale
La comunicazione in medicina generale

Direttore Responsabile

Daniele Amoruso

daniele.amoruso@siicp.it

Redazione

Vincenzo Contursi

SIICP – Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

enzo.contursi@siicp.it

Segreteria e Coordinamento editoriale

Clementina Fiore

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

segreteria@ijpc.it

Editorial Office

Communication Laboratory s.r.l.

70132 Bari – Strada Bari-Modugno-Toritto 65

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

staff@ijpc.it

Marketing & Advertising

Communication Laboratory s.r.l.

70132 Bari – Strada 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@siicp.it

Le richieste di inserzioni pubblicitarie dovranno essere indirizzate ed 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. Il titolare del trattamento dei dati è Edicare Publishing Srl al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione ed ogni altra operazione di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/03.

Volume 3, Numero 1, 2011 - Finito di stampare a giugno 2011

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.

Author's Guide is available on the journal's website www.siicp.it.

EDITORIAL BOARD

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

Editor in Chief
Giuseppe Maso

Executive Editor
Giovanni Battista D'Errico

Scientific Editors
Vincenzo Contursi
Antonio Infantino

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

Clinical Advisors

Allergology - Immunology
Gennaro D'Amato Napoli

Gender Pharmacology
Flavia Franconi Sassari

Neurology
Paolo Livrea Bari

Cardiology
Matteo Di Biase Foggia

Geriatrics
Mauro Zamboni Verona

Oncology
Silvio Monfardini Padova

Cardiovascular Surgery
Giuseppe Di Eusanio Teramo

Hematology
Marco Cattaneo Milano

Orthopedics
Michele D'Arienzo Palermo

Clinical Biochemistry
Mario Plebani Padova

Infectious Diseases
Elio Castagnola Genova

Pathology
Eugenio Maiorano Bari

Dietetics and Clinical Nutrition
Giovanni De Pergola Bari

Internal Medicine
Enzo Manzato Padova

Pediatrics
Alfred Tenore Udine

Endocrinology
Francesco Giorgino Bari

Medical Ethics
Mariano Cingolani Macerata

Pharmacology
Luigia Trabace Foggia

Gastroenterology
Massimo Campieri Bologna

Medical Psychology
Antonello Bellomo Foggia

Pneumology
Leonardov Fabbri Modena

Gender Medicine
Anna Maria Moretti Bari

Nefrology
Loreto Gesualdo Foggia

Psychiatry
Marcello Nardini Bari

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 Paranavitanne 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 Trarate
Franco Carnesalli Milano
Gilda Caruso Bari
Marco Ciccone Bari
Michelino Conte Potenza
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 Santoemma Bari
Giovanni Strippoli Chieti
Anastasio Tricarico Napoli
Gino Antonio Vena Bari
Carmela Zotta Milano
Francesco Bogliolo Savona
Rosa Donnaloia Bari
Ermio Caterina Catanzaro
Walter Ingarozza Firenze
Mauro Martini Milano
Senia Seno Imperia

NORME PER GLI AUTORI

Logo della IJPC

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.

Logo della IJPC

ISTRUZIONI GENERALI

1. I manoscritti devono essere accompagnati da una lettera indirizzata all’Editor in Chief, che deve contenere i seguenti dati:

a) l’indicazione della Sezione per la quale il manoscritto è sottoposto;

b) 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;

c) l’attestazione che il manoscritto è stato letto ed approvato da tutti gli autori;

2. In allegato al manoscritto dovranno essere inviati:

a) 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;

b) 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”;

c) 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;

3. 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”;

4. Il manoscritto deve essere redatto in pagine differenti nel seguente ordine:

a) titolo (in italiano e in inglese), autori e rispettive affiliazioni, l’autore cui và inviata

la corripонденza con indirizzo postale elettronico e recapito telefonico;

b) abstract e parole chiave (in italiano e in inglese);

c) testo (in italiano o in inglese);

d) ringraziamenti;

e) bibliografia;

f) tabelle;

g) legende delle figure;

h) figure;

5. Le pagine devono essere numerate consecutivamente, partendo da pagina 1 con titolo;

6. 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.

Logo della IJPC

PAGINA DEL TITOLO

La pagina del titolo (prima pagina) deve contenere:

1. Il titolo del manoscritto (in italiano e in inglese) senza abbreviazioni; nome per esteso

e cognome degli autori, con titolo e istituzione di appartenenza;

2. 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);

3. Il nome, l’indirizzo postale completo di codice di avviamento, numero di telefono ed e-mail del-l’autore cui va indirizzata la corrispondenza (corresponding author) per comunicazioni, bozze e ri-chieste di estratti.

Logo della IJPC

ABSTRACT

1. 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:

a. Razionale;

b. Materiali e metodi;

c. Risultati;

d. Conclusioni;

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

2. Tutti gli altri manoscritti (Casi Clinici, Corrispondenza, Editoriali, Opinioni, Prospettive attuali, Ras-segne, Area GPwSj, Educazione Continua in Medicina, EBM, Focus On, Revisioni) devono essere ac-compagnati solo da un breve abstract in italiano e in inglese di non più di 200 parole;

3. Nell’abstract non possono essere utilizzate abbreviazioni ad eccezione delle unità standard di mi-sura e i simboli chimici;

4. Alla fine dell’abstract devono essere inserite da due a sei parole chiave, selezionate dall’elenco ri-portato da Medical Subject Headings, National Library of Medicine (www.nlm.nih. gov/mesh/me-shhome.htm).

5. Allegare miniabstract in italiano di circa 50 parole che illustri gli elementi essenziali del lavoro, utile per la stesura dei “Content”.

Logo della IJPC

TESTO

1. Il testo può essere redatto in italiano o in inglese;

2. 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;

3. 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;

4. I riferimenti bibliografici, le figure e le tabelle devono essere citati nel testo in ordine progressivo, usando numeri arabi;

5. Il testo deve essere strutturato in paragrafi con relativi sottotitoli. Il testo di articoli originali deve essere strutturato in paragrafi con il seguente ordine:

a. Introduzione;

b. Materiali e metodi;

c. Risultati;

d. Discussione;

6. Eventuali ringraziamenti devono essere riportati alla fine del testo, prima della bibliografia.

Logo della IJPC

BIBLIOGRAFIA

1. 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;

2. Le voci bibliografiche a fine articolo devono essere rigorosamente redatte rispettando punteggiatura, spaziatura, corsivi, etc., come da esempio seguente: “5. Craig D, Mirakhur A, Hart DJ, Mclroy 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.”;

3. Citare tutti gli autori se sono 6 o meno di 6, altrimenti citare solo i primi 3 ed aggiungere “et al.”;

4. Comunicazioni personali, dati o osservazioni non pubblicate e articoli inviati per la possibile pub-blicazione non possono essere inclusi nella lista delle voci bibliografiche, ma possono essere citati solo nel testo;

5. Le abbreviazioni delle riviste devono essere conformi a quelle usate da “Index Medicus, National Library of Medicine”.

Logo della IJPC

TABELLE

1. 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, se-guendo l’ordine di numerazione con cui sono citate nel testo;

2. 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;

3. Le tabelle devono essere comprensibili senza ulteriori chiarimenti e i dati non devono essere du-plicati nel testo o nelle figure;

4. Per la riproduzione di tabelle già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte dell’autore e dell’Editore.

Logo della IJPC

FIGURE

Il termine “figura” si riferisce alle illustrazioni, fotografie, radiografie, scansioni, sonogrammi, dia-grammi, grafici, flow chart, algoritmi, ecc.

Si sconsiglia il tentativo di ottenere il permesso di pubblicare immagini dall’Editore originale. Consi-derate 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.

Logo della IJPC

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

Logo della IJPC

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 (frecce, 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.

Logo della IJPC

BREVE BIOGRAFIA

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

Logo della IJPC

SEZIONI DEL GIORNALE

1. Editorials / Editoriali

Articoli e/o commenti che rappresentano l’opinione di ricercatori ed esperti riconosciuti nella comuntà *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 dia-gnostico-terapeutici e gestionali di interesse per l’ 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 in-teresse 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

Logo della IJPC

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.

Logo della IJPC

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, ge-stionali 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, car-diologia, dermatologia, diabetologia, gastroenterologia, gerontologia, ginecologia, nefrologia, neuro-logia, 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 uma-nistiche, 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.

Logo della IJPC

Gli articoli indirizzati alla sezione “Rubriche” sono normalmente pubblicati su invito degli “editor”; tuttavia possono essere occasionalmente accettati contributi liberamente inviati all’editor, purchè 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.

Logo della IJPC

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.

Logo della IJPC

Logo della IJPC

Copyright © 2008 Italian Journal of Primary Care

Editorials

Editoriali

- 09 *Giuseppe Maso*
Il rapporto Bush del 1945 e le nostre Cure Primarie
The Report to the President by Vannevar Bush (July 1945) and contemporary primary care
- 11 *Vincenzo Contursi*
Decreto sulle liberalizzazioni e farmaci generici: alcune precisazioni e molte perplessità
New law on generic drugs: is there something that needs to be clarified?

Articles

Articoli

- Original Research**
- 12 *Enzo Pirrotta et al*
Indagine conoscitiva sulle attitudini psico-sociali e relazionali del medico di famiglia in Italia: intervista con questionario.
A questionnaire survey on psycho-social and relational attitudes of General Practitioners in Italy
- 21 *Nicoletta Borgato et al*
Anziani e malnutrizione. Valutazione multifunzionale e studio di prevalenza su di un campione di pazienti ospedalizzati.
Older patients and inadequate nutrition. Multifunctional examination and study of prevalence on a sample of hospitalized patients
- Original Research**
- 27 *Salvatore Capodieci*
Il dolore e la sofferenza mentale nella persona anziana: tra gerontofobia e invidia
Pain and mental suffering in the elderly: between gerontophobia and envy
- Clinical Practice**
- 34 *Cristiana Catena et al*
L'ipertensione Arteriosa nell'anziano: dalla fisiopatologia alle evidenze cliniche
Hypertension in the elderly: from pathophysiology to clinical evidence
- 39 *Giovanni Di Giacinto*
Medico di Medicina Generale e gestione del paziente reumatico in terapia con farmaci biologici.
General practitioner in the management of rheumatic patients treated with biologic agents.

Focus on

- 56 *Alberto Marsilio*
La valutazione del dolore nelle persone anziane
Pain in elderly people: assessment tools
- 60 *Andrea Bettiolo et al*
Il trattamento delle fratture toraco-lombari in osteoporosi con cifoplastica con palloncino
Treatment of osteoporotic thoracolumbar fractures with balloon kyphoplasty
- Case report**
- 63 *Francesco Bartolomucci et al*
La sindrome di Tako Tsubo: una diagnosi complessa. Case report e revisione bibliografica
Tako Tsubo Syndrome: a challenging diagnosis. A case report and a review of the literature.

Reviews

Rubriche

- Primary Care**
- 81 *Giuseppe Maso*
Tavolo Tecnico per "Riordino delle Cure Primarie e integrazione Ospedale-Territorio": la bozza dell'accordo sottoscritto tra Ministero e Sigle Sindacali
Reorganisation of Primary Care in Italy: the draft agreement signed between the Ministry of Health and Unions
- 81 *Irma Scarafino e Annarita Lasorella*
Exchange in Spagna con la SoMaMFyC - Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria: diario di un'esperienza di due medici in formazione
Exchange in Spain with SoMaMFyC - Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria: diary of an experience of two doctors in training
- Continuing Medical Education**
- 81 *Roberto Pillon*
Appunti di uno studente dopo due settimane di tirocinio in un ambulatorio di Medicina Generale
Notes of a student after two weeks of training in General Practice

Info&More

Informazioni

Meeting Calendar

- CardioPneumo SIICP 2012, Bari
- Giornate di studio in oncologia: dalla diagnosi alle cure palliative, Foggia
- 1° Congresso Regionale SIICP Lombardia, Milano
- NefroUrologia SIICP 2012, Martina Franca (TA)
- 1° Congresso Regionale SIICP Puglia, Lecce
- Obesità 2012 – Joint Symposium SIO/SIICP, Bari
- Oncology for Primary Care 2012 – 3rd IJPC Educational Conference, Bari
- Geriatrics on Primary Care 2012 – 3rd IJPC Educational Conference, Venezia
- Stroke UpDate SIICP 2012, Bari
- 1° Congresso Nazionale SIICP 2013, Roma

Il rapporto Bush del 1945 e le nostre Cure Primarie. The Report to the President by Vannevar Bush (July 1945) and contemporary primary care.

Giuseppe Maso

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

Correspondence to:

Giuseppe Maso
giuseppe.maso@siicp.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

Vannevar Bush era matematico e ingegnere al MIT di Boston, nel 1944 si era già guadagnata la copertina di Time come generale della fisica. A lui il presidente Roosevelt aveva affidato la direzione dell'Office of Scientific Research and Development. Già nel pieno della seconda guerra mondiale, il paese più avanzato del mondo si era reso conto di come la ricerca scientifica fosse importante per la sicurezza e per lo sviluppo e si proponeva, cosa finora mai fatta, di costruire un'importante e organica politica federale per lo sviluppo scientifico. Il promotore di una serie di atti legislativi in questo senso fu un senatore del West Virginia, Harley Kilgore. Bush, come Kilgore, era convinto che un paese avesse bisogno di un sistema nazionale di ricerca ed era pure convinto che dovesse essere il governo federale a dare la linea creando un' apposita agenzia. Incaricato dal presidente nominò una commissione che il 25 luglio 1945 rese pubblico il suo rapporto: "Science: The Endless Frontier". Nel rapporto si può leggere: la scienza accademica, di base, ha un valore strategico e può aumentare il benessere sanitario ed economico dei cittadini. Per fare questo bisogna creare un'agenzia che finanzia la migliore ricerca, nei colleges, nelle Università e negli istituti di ricerca, sia in medicina che nelle scienze naturali. L'agenzia immaginata da Bush doveva essere diretta in piena autonomia da scienziati con la conseguente allocazione dei fondi verso i centri di ricerca, i gruppi e i progetti di eccellenza. Secondo Vannevar Bush la politica non doveva interferire con le sue logiche nello sviluppo della scienza ma è proprio con The Endless Frontier che iniziano i rapporti tra scienza e politica. E infatti al nuovo presidente Harry S. Truman la pretesa di indipendenza della comunità scientifica appare del tutto irrealistica; se la scienza ha una valenza sociale deve accettare che la politica la governi, la separazione tra scienza e società non è più possibile. Nell'era post-academica le decisioni vengono prese dagli organi democratici.

Per quanto riguarda la ricerca medica nasce il National Institute of Health che diventa un modello per tutto il mondo occidentale. Ma il mondo con gli anni è cambiato e la ricerca ed il mercato sono diventati globali. La ricerca finanziata da imprese private, iniziata negli anni '80 del secolo scorso, nel frattempo copre i due terzi dei 300 miliardi di dollari che ogni anno gli Stati Uniti investono in ricerca. L'entrata in scena di finalità privatistiche, più che legittime, modifica per sempre i valori fondamentali della comunità scientifica, non solo, incide non poco sulla scelta degli obiettivi della ricerca stessa. In campo medico trials sull'efficacia di farmaci, nuove sindromi e nuove linee guida sono il core di ogni congresso medico specialistico in cui si affrontano le patologie a più alta prevalenza nella popolazione. Ad ogni modo il rapporto Bush e i sistemi nazionali di ricerca hanno permesso in tutto il mondo occidentale un finanziamento alle Università e in quei paesi dove la family medicine/general practice era accademica ha permesso un notevole sviluppo delle cure primarie. Sviluppo che, ha in qualche modo controbilanciato il peso delle sottospecialità sostenute e spesso create da ingenti finanziamenti di "Big Pharma", le multinazionali del farmaco. In Italia l'assenza della medicina di famiglia nel mondo accademico ha reso questa disciplina orfana di qualsiasi sostegno alla ricerca nelle cure primarie relegandola ad un ruolo di cenerentola. Essa subisce passivamente, e pesantemente, linee guida, codici decisionali, modalità prescrittive e insegnamento da altre discipline. E nonostante in tutto il mondo ormai nel processo di allocazione delle risorse per la ricerca vengano inclusi nel processo decisionale stakeholder (gruppi di interesse) non direttamente coinvolti nella ricerca stessa, come associazioni di pazienti e di cittadini, questa disciplina che vede coinvolti in Italia cinquantamila medici è del tutto ignorata. Nel nostro paese i soggetti principali di finanziamento pubblico sono rappresentate dal Ministero

del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica (MIUR), dall'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA) e dalle Regioni. Dal 2006 (legge 23 dicembre 2005 n. 266, articolo 1, comma 337) è stata data la possibilità ai cittadini di destinare il 5 per mille dell'IRPEF ad enti di ricerca. Con il Programma Nazionale di Ricerca (PNR) il governo indica le priorità di ricerca per il SSN su base triennale. Il programma è adottato d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale. Il PNR fornisce gli indirizzi di ricerca ai destinatari dei finanziamenti del fondo di ricerca sanitaria: i 43 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), le Regioni e province autonome, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), e i 10 Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS). Un altro gruppo di soggetti finanziati è rappresentato dalle grandi associazioni e fondazioni non profit che erogano fondi per la ricerca sanitaria in Italia come l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC), la Fondazione Italiana Sclerosi Multipla ONLUS, la Fondazione Umberto Veronesi, la Fondazione Telethon, la Fondazione Italiana per la Ricerca sul Cancro, e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. La maggior parte dei membri della CNRS sono accademici provenienti dalle Università italiane più prestigiose, a cui si aggiungono funzionari dell'apparato tecnico delle Regioni o rappresentanti degli enti non profit che finanziano la ricerca sanitaria (AIRC ecc.).

Riassumendo: grazie al rapporto Bush, nel mondo gli stati finanziano il mondo accademico e, in quei paesi dove la family medicine/general practice è disciplina universitaria (praticamente ovunque), finanziano anche la ricerca in medicina generale. In Italia questo non avviene.

Ma in questi ultimi anni, con la globalizzazione e con l'emergere di nuovi paesi sulla scena della ricerca internazionale, la insostenibilità economica dello sviluppo di nuovi farmaci da parte di "Big Pharma" si aprono nuovi scenari che rendono il rapporto Bush di colpo preistorico. Il governo americano ha intrapreso la strada di finanziare lo sviluppo rapido di prodotti commerciabili molto rapidamente da parte di ricercatori universitari e start-up companies appositamente create. È stato creato il National Center for Advancements in translational Science (Ncats). La rivista Science ha creato un periodico "translational Medicine" il cui significato del titolo non è propriamente applicazione clinicamente utile della scienza ma è quello di trovare nella scienza di base il più rapidamente possibile applicazioni che promuovano l'economia attraverso l'innovazione. E tutto questo avviene con finanziamenti pubblici che già sono stati dedicati alla scienza.

Come dice Paolo Bianco (il Sole 24 Ore, Domenica 18.12.2011), "il medico-capitalista di oggi, diversamente dal medico scienziato di

ieri, da cui sono dipesi i grandi progressi del 900, prende scorta pericolose e dal profilo etico assai dubbio." La translational medicine influenzerà i rapporti tra scienza e società così come ha fatto il rapporto Bush nel 1945, l'interesse sarà spostato sempre più sulla promozione economica. E le cure primarie? E la ricerca sul campo? E il bio-psico-sociale? È abbastanza significativo che la facoltà di medicina di Harvard si sia meritata una "F" (un clamoroso zero) nello score card dell'Amsa (American Medical Student Association). I professori di Harvard mancano di trasparenza, molti fanno consulenze per Big Pharma e hanno grossi conflitti di interesse. Gli studenti di molte università del mondo si sono accorti di quanto la ricerca medica indipendente manchi nelle loro università e anche in Italia (Bologna, Pavia, Pisa, Torino, Udine, Novara, Firenze) il Segretariato Italiano Studenti di Medicina (Sism) studia questi fenomeni e propone azioni per imparare a gestire i condizionamenti e favore un ritorno dell'etica in medicina. Per rispondere alle domande che le cure primarie (e in particolare la medicina di famiglia) si pongono quotidianamente cercando risposte ai bisogni di conoscenza e ai bisogni organizzativi dovremmo essere artefici di una rivoluzione copernicana. Le società scientifiche, le associazioni, dovranno farsi carico di organizzare la ricerca nei campi in cui possiamo eccellere, dovranno farsi carico di trovare i finanziamenti (senza demonizzare l'industria) e in Italia, dove il sistema di formazione ha lasciato fuori dal mondo accademico la medicina di famiglia, dovranno fare per questo uno sforzo ancora maggiore, pena l'estinzione della disciplina e la morte di un sistema di erogazione delle cure efficace ed equo.

Decreto sulle liberalizzazioni e farmaci generici: alcune New law on generic drugs: is there something that needs to be clarified?

Vincenzo Contursi

SIICP – Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie

Correspondence to:

Vincenzo Contursi, MD
enzo.contursi@siicp.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2011; 3, 1:

Il recente Decreto Legge n. 1 del 24 gennaio 2012, "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività", l'art.11, riguardante "il potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie e disciplina della somministrazione dei farmaci generici", ha bruscamente riportato l'attenzione generale sul tema dei farmaci "equivalenti" e sulla sostituibilità da parte del farmacista dei farmaci prescritti dal medico, fornendo il medicinale con denominazione generica avente il prezzo più basso.

Il tutto mentre il monitoraggio AIFA evidenzia che la spesa farmaceutica territoriale complessiva nazionale - che comprende la farmaceutica convenzionata, la distribuzione diretta e la compartecipazione a carico del cittadino - nel periodo compreso fra gennaio e dicembre 2011, è stata pari a 14.394 milioni di euro. Al netto del pay-back versato dalle aziende farmaceutiche alle Regioni, la spesa si è attestata a 14.006 milioni di euro, raggiungendo un'incidenza del 13,18% sul Fondo Sanitario Nazionale e rientrando pertanto nel tetto di spesa programmata per l'anno 2011 (13,3%), con un avanzo pari a 127,4 milioni di euro. La spesa farmaceutica convenzionata è stata pari a 10.022,6 milioni di euro, con una riduzione di 1.035 milioni rispetto all'anno precedente (-9,4%).

Quindi, se da un lato non appare chiaro il vero significato strategico dell'articolo di legge in oggetto - se non quello averne fatto strumento di contrattazione con la categoria dei farmacisti in occasione del decreto sulle liberalizzazioni - dall'altro appare più che mai irrisolto il nodo cruciale della sostituibilità tra farmaci generici e "branded" e dei generici tra loro.

Infatti sembra sfuggire ai più che "equivalente" non significa identico e che la risposta di un paziente può essere diversa passando da un farmaco "branded" al generico o da un generico all'altro. Infatti questi farmaci, pur essendo presenti nelle stesse "Liste di Trasparenza",

presentano nei rispettivi foglietti illustrativi alcune differenze sulle indicazioni e precauzioni d'uso, poiché provengono da differenti procedure internazionali di Mutuo Riconoscimento, oltre a presentare significative differenze tra loro nella bioequivalenza.

Quindi, al disagio dei pazienti, soprattutto dei più anziani e/o fragili con comorbidità e in politerapia, che possono facilmente confondersi per il continuo cambiare della "confezione" dei farmaci da utilizzare, potendo quindi incorrere facilmente in errore e con possibili conseguenze sulla compliance, si aggiunge il disagio del medico di dover costantemente monitorare l'efficacia clinica del farmaco, con la possibilità di dover operare aggiustamenti posologici in corso di trattamento.

Non è un mistero, tra l'altro, che alcune aziende neo-costituite del farmaco generico si propongano sul mercato territoriale con una "scontistica" fortemente concorrenziale, oltre a partecipare, con tariffe altrettanto concorrenziali, alle gare pubbliche per i prontuari farmaceutici regionali e/o aziendali. Il tutto in assenza di un metodo validato per stabilire e garantire la reale uguaglianza di diversi prodotti generici.

Di qui la necessità da parte del Medico di Famiglia, così come suggerito anche dalla FIMMG e da diversi Ordini Professionali, di indicare sulla ricetta la dicitura "non sostituibile" tutte le volte che non si è certi che il farmaco possa essere sostituito con altro medicinale "equivalente generico" senza perdita di efficacia o potenziale danno da effetti indesiderati non previsti.

Le attitudini relazionali e psicosociali del medico di famiglia in Italia: indagine conoscitiva mediante un nuovo questionario

A new questionnaire survey on relational and psychosocial attitudes of family physicians in Italy

Michela Di Trani¹, Enzo Pirrotta², Leira Muto³, Luigi Solano^{1*} Medicina Gene¹

Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza di Roma

²Medico di Medicina Generale, ASL RMB; Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie;

³Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università Sapienza di Roma

Correspondence to:

Luigi Solano

luigi.solano@uniroma1.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved

IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Questionnaires capable of measuring the psychosocial orientation of physicians, in the sense not only of relating adequately with the patient, but also of a consideration of the patient as a person and of psychosocial aspects as possible determinants of health and disease, appear to be scarce in the literature. **Materials and Methods:** On the basis of the literature examined and of contents emerging from some interviews administered to family physicians, a self-report Questionnaire for the measure of psychosocial orientation of physicians was constructed. This was administered to 174 family physicians. **Results:** Exploratory Factor analysis showed the presence of three factors, which were named: "Good Relationship with the patient", including items indicating the physician's capacity to feel at ease in the relationship; "Confusive and Destabilizing Closeness", including items indicating on one hand the possibility of considering the patient as a whole person and of acknowledging the influence of psychosocial factors on health and disease, on the other a feeling of confusion around clinical judgement; "Technical Efficacy", including items referring to professional, technical efficacy. "Good Relationship with the patient" and "Technical Efficacy" appear significantly correlated. **Conclusions:** Results show the possibility for the Questionnaire to assess the quality of the doctor's human relationship with the patient and of his/her sense of efficacy in clinical work; these two aspects appear correlated. Results show, on the other hand, a difficulty for the physician to envisage a psychosocial dimension in health and disease construction, since this view may eventually cause insecurity in respect to his/her capacities of clinical judgement.

Key words:

doctor-patient relationship, psychosocial orientation, general medicine

RIASSUNTO

In letteratura sembrano sostanzialmente mancare questionari in grado di valutare l'orientamento psicosociale del medico, inteso non solo come capacità di relazionarsi al paziente in maniera soddisfacente, ma anche come attenzione alla persona e agli aspetti psicosociali nel determinare la salute e la patologia. **Materiali e metodi:** Sulla base del materiale bibliografico esaminato e dei contenuti emersi da alcune interviste effettuate a medici di Medicina Generale è stato costruito un questionario self-report per la misura dell'orientamento psicosociale del medico. Il questionario è stato somministrato a 174 medici di Medicina Generale. **Risultati:** L'analisi fattoriale esplorativa ha rivelato la presenza di tre fattori denominati: "Buona Relazione con il paziente", che include item relativi alla capacità del medico di sentirsi a proprio agio nel rapporto; "Vicinanza Confusiva e Destabilizzante", che include item da un lato relativi alla possibilità di vedere il paziente come persona ed a riconoscere l'influsso di fattori psicosociali sulla salute e la patologia, dall'altro ad una tendenza alla confusione rispetto al proprio giudizio clinico; "Efficacia Tecnica", che contiene item che hanno a che vedere con l'efficacia professionale in senso tecnico. I fattori "Buona Relazione con il paziente" e "Efficacia Tecnica" appaiono significativamente correlati. **Conclusioni:** I dati emersi mostrano la possibilità del Questionario di valutare nel Medico aspetti relativi alla qualità della sua relazione con il paziente ed al suo senso di efficacia nel lavoro clinico, aspetti che appaiono correlati. Mostrano peraltro una difficoltà per il Medico ad accedere ad una componente psicosociale nella costruzione di salute e malattia, poiché questo contatto viene a creare insicurezza rispetto alle proprie capacità di giudizio clinico.

Parole chiave:

relazione medico-paziente, orientamento psicosociale, medicina generale.

INTRODUZIONE

Dalla definizione WONCA della Medicina Generale estrapoliamo: "I medici di medicina generale/medicina di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. Sanno di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano. Quando negoziano piani di gestione con i pazienti integrano fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. I medici di medicina generale/medicina di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi. Ciò avviene sia direttamente, sia attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute e le risorse disponibili nella comunità in cui sono inseriti, assistendo i pazienti dove necessario nell'accesso a questi servizi. Essi devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, l'equilibrio personale ed i valori come base per la cura efficace e sicura dei pazienti."

Dal testo si evince che la cultura psico-sociale del medico origina spesso da una formazione sul campo "maturata nel corso di contatti ripetuti" e poche volte da una formazione specifica frutto di un investimento personale. E' quindi molto probabile che sussistano ampie variazioni in questa dimensione: ne deriva l'interesse a valutare quale sia nei fatti, anche in termini quantitativi, la capacità del medico di cogliere aspetti psicosociali relativi al paziente e la sua capacità di relazionarsi a questi, in termini di nuovo psicosociali, nei diversi momenti diagnostici e terapeutici.

In letteratura ritroviamo diversi questionari che valutano aspetti della relazione medico-paziente, incluse dimensioni psicosociali. Va considerato però che tali questionari sono in genere rivolti ai pazienti piuttosto che ai medici.

Molti lavori si centrano sul concetto di "soddisfazione" relativa alle cure mediche (ad es. il Patient Satisfaction Questionnaire;¹⁻² il Consultation Satisfaction Questionnaire;³ il General Practice Assessment Survey;⁴ il General Practice Assessment Questionnaire.⁵ La soddisfazione che la persona prova viene quindi considerata una misura indiretta dell'efficacia delle cure o del rapporto tra medico e paziente.

Altri questionari presenti in letteratura valutano in maniera più specifica la relazione medico-paziente, come il Patient-Doctor Relationship Questionnaire,⁶ il Massachusetts Ambulatory Care Experiences Survey,⁷ il Questionnaire on the Quality of Physician-Patient Interaction,⁸ il The Quality of Visit to Family Physician.⁹

Sono questionari multidimensionali, che valutano cioè diversi

aspetti della relazione come la comunicazione, l'empatia, l'orientamento del medico al paziente, gli aspetti organizzativi delle cure. Anche questi sono tutti strumenti rivolti ai pazienti.

Ritroviamo, infine, questionari che intendono valutare dimensioni specifiche della relazione tra medico e paziente, come la comunicazione (ad es. il Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment Decision Making,¹⁰ il coinvolgimento del paziente nelle decisioni relative alle cure (ad es. il Patients' Perceived Involvement in Care Scale¹¹ o il Patient Satisfaction with Health Care Decision,¹² la focalizzazione sul paziente da parte del medico durante le visite (ad es. il Doctor-Patient Scale),¹³ il Patient Perception of Patient-Centeredness;¹⁴ il Consultation Care Measure,¹⁵ l'empatia (ad es. la Scale of Physician Empathy);¹⁶ il Consultation and Relational Empathy.¹⁷

Anche la maggior parte di questo tipo di questionari vengono compilati dai pazienti. Inoltre, accanto alla creazione di strumenti self-report alcuni Autori hanno proposto l'utilizzo di strumenti di osservazione della relazione medico-paziente, che includono la valutazione da parte di soggetti esterni alla relazione a partire da griglie e criteri di osservazione precedentemente definiti (tra i più recenti il Roter Interaction Analysis System;¹⁸ il Verona-Medical Interview Classification System;¹⁹ la griglia per la valutazione dell'ascolto attivo,²⁰ e del coinvolgimento del paziente.²¹ Lo scopo di tali lavori è appunto quello di superare l'estrema soggettività che un questionario di auto-somministrazione comporta, cercando di ottenere valutazioni il più possibile oggettive.

Una riflessione potrebbe essere espressa sulla letteratura esistente in questo campo, e cioè che l'attenzione rivolta a competenze che potremmo definire psicosociali si riduce ad un tentativo di evidenziare una serie di comportamenti che si ritiene siano utili nella relazione con il paziente. La maggior parte degli strumenti descritti, infatti, si basa sulla valutazione della condotta del medico di fronte al paziente e non sulla valutazione del suo atteggiamento verso di lui e la patologia. Sarebbe utile, invece, poter usufruire di scale che ci permettano di comprendere come il medico si sente nella relazione con i pazienti, quali emozioni prova e come le gestisce (le pensa ed elabora o le agisce?), come pensa ai pazienti (li associa alla loro patologia? a loro caratteristiche individuali?), come considera gli aspetti della vita del paziente rispetto ai sintomi che questi riporta (sono importanti?), quale senso dà al sintomo nella vita del paziente, come considera il rapporto del paziente con il sintomo e le terapie, ecc. ecc. Questi modi di porsi nei confronti del paziente e della malattia sono espressione di competenze psicosociali utili alla gestione della relazione con il paziente. Sembra difficile infatti essere dei buoni comunicatori, ascoltatori attenti pronti a mettersi nei panni degli altri se non siamo in grado di considerare cosa sentiamo e proviamo noi in quella situazione.

Sulla base di queste premesse abbiamo deciso di condurre una indagine tesa a conoscere l'orientamento psico-sociale del Medico di Medicina Generale relativamente ai seguenti aspetti:

– quanto il medico di base presti attenzione alla sua relazione con il paziente;
– quanto il medico riconosca il paziente come persona - quindi con una mente, delle relazioni affettive e sociali, un lavoro - e non soltanto come portatore di sintomi e malattie organiche;
– quanto il medico sia in grado di riconoscere l'influenza di fattori psicosociali nella costruzione della salute e della patologia;
– quanto il medico si senta a proprio agio nella professione nonostante le "pressioni" che possono derivare sia da un sovraccarico di richieste, sia dalla sua incapacità a gestire l'impotenza di non riuscire a trovare una causa organica alla patologia portata.

Come strumento dell'indagine abbiamo elaborato uno specifico questionario e l'abbiamo somministrato ai partecipanti al Congresso Nazionale di una Società Scientifica della Medicina Generale Italiana: un campione eterogeneo, abbastanza complesso per età, sesso e provenienza, ma forse titolare di una competenza e sensibilità superiore alla media perché rappresentato solo da Soci iscritti.

METODOLOGIA

Costruzione del Questionario

Per la formulazione degli item del questionario, oltre alla letteratura esistente e all'esperienza personale degli Autori, sono stati utilizzati i testi di alcune interviste semi-strutturate rivolte ai Medici di Medicina Generale che avevano partecipato ad un'esperienza di collaborazione tra medici e psicologi già riportata su questa rivista²² e in sede internazionale,²³ al fine di valutare il vissuto dei medici rispetto all'esistenza stessa. I risultati dell'intervista sono stati riportati in un'altra pubblicazione.²⁴

Gli item sono stati costruiti per indagare le aree già descritte nell'introduzione: capacità di relazione con il paziente, capacità di considerare il paziente come persona, capacità di essere a proprio agio nella professione.

Il Questionario è costituito da 24 items ai quali il soggetto risponde su una scala a 4 punti (da 1 a 4, dove 1= raramente; 2= a volte; 3= spesso; 4= quasi sempre) sulla base di quanto ritiene di essere in accordo o in disaccordo con le affermazioni riportate in riferimento al rapporto con il paziente e con la sua professione. Il Questionario è stato denominato Questionario sull'Orientamento Psico-sociale del Medico, e viene riportato nella Tabella 1.

Somministrazione del Questionario

L'indagine è stata condotta su soggetti reperiti attraverso un contatto unico, all'interno di un Convegno rivolto ai Medici di Medicina Generale. Il questionario, autosomministrato, è stato consegnato ai partecipanti al Convegno, inserendolo all'interno della cartellina contenente il programma.

Ai soggetti è stato chiesto di compilare il questionario, comprendente anche alcune informazioni anagrafiche (Tabella 1), sottolineando e garantendo l'anonimato delle stesse, necessarie per la

successiva elaborazione dei dati.

RISULTATI

Analisi Descrittiva del Campione

Il Questionario sull'Orientamento psico-sociale del Medico è stato somministrato ad un totale di 174 soggetti, con un'età compresa tra i 37 e i 77 anni (m=50.50, ds=7.8) e con anni di professione compresi tra i 15 e i 44 anni (m=19.67, ds=8.3). Il campione è risultato composto da 91 maschi (53%) e 82 femmine (47%).

Analisi della variabilità di risposta agli item

A seguito di una prima analisi relativa alla variabilità di risposta agli items, si è evidenziato come a due items (8 e 16) del questionario quasi tutti i soggetti hanno dato una risposta pari a 1 (punteggio molto basso) o 4 (punteggio molto alto).

Ragionando sul modo in cui sono strutturati gli items, si è ipotizzato che la motivazione di un punteggio alto e di una variabilità di risposta molto bassa all'ITEM 8 ("La presenza di una segretaria nello studio, o nella struttura, si rivela importante") sia dovuta al fatto che la presenza della segretaria, rimandi in modo molto forte al bisogno di una buona organizzazione lavorativa, determinando in tutti i soggetti una risposta positiva a tali item. Per quanto riguarda l'ITEM 16 ("Penso di avere più o meno anche le competenze per fare lo psicologo") il punteggio molto basso e la variabilità di risposta molto bassa fa nascere l'ipotesi che in generale il Medico di Medicina Generale non ritenga di possedere competenze psicologiche.

Analisi Fattoriale

Trattandosi di una prima applicazione, è stata applicata un'analisi fattoriale di tipo esplorativo, con lo scopo di accertare l'esistenza di dimensioni (Fattori o Componenti) soggiacenti agli item del questionario. Il metodo di estrazione utilizzato è quello del Principal Axis Factoring (PAF): si tratta di una procedura che permette di trovare il minor numero di fattori che possono spiegare la varianza comune (correlazione) di un insieme di variabili. La tipologia di Rotazione degli Assi Fattoriali utilizzata è la OBLIMIN, che tende ad ottenere fattori poco correlati, cioè indipendenti tra loro. I primi 6 fattori estratti sono riportati nella Tabella 2.

TABELLA 2

La scelta del numero di Fattori da prendere in considerazione è stata effettuata, oltre che sulla percentuale di varianza spiegata, anche in base al metodo grafico dello SCREE-TEST: si tratta di un grafico che ha sulle ascisse i punti rappresentativi delle componenti e sulle ordinate i corrispondenti autovalori (Tabella 3).

TABELLA 3

Sulla base di tale rappresentazione grafica si è identificato il punto

Tabella 1

La preghiamo di rispondere alle domande di questo questionario, facendo una X sulla risposta che denota meglio la sua esperienza e fornendo altresì le indicazioni richieste nella pagina seguente. Il questionario è anonimo.

1	Mi sento sereno nel rapporto con i miei pazienti	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
2	Mi sento sovraccarico emotivamente dai pazienti	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
3	Mi capita di pensare di un paziente: "Questo proprio non lo sopporto".	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
4	Nel ricordarmi di un paziente tendo a pensare al tipo di patologia da cui è affetto (es.: "quello con l'enfisema").	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
5	Nel ricordarmi di un paziente tendo a pensare ad una sua caratteristica personale (es.: "quello con i pantaloni sfrangiati"; "quello che ha sempre in tasca il Corriere dello Sport").	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
6	Quando un paziente mi porta un sintomo mi chiedo cosa sta accadendo in questo periodo della sua vita.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
7	Sono convinto che la situazione di vita di un paziente (ad es. un pensionamento recente) abbia una grande influenza sul suo stato di salute.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
8	La presenza di una segretaria nello studio (o nella struttura) si rivela importante.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
9	Se si presenta a studio un paziente con disturbi psichiatrici, mi sento turbato.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
10	Mi capita nel tempo di cambiare idea su qualche aspetto di un paziente.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
11	Mi trovo a mio agio nel coordinarmi con specialisti o servizi sanitari diversi.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
12	Ho la sensazione di non riuscire a seguire il paziente lungo il suo iter diagnostico e terapeutico.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
13	Riesco a comprendere lo stato d'animo dei miei pazienti.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
14	Riesco a capire quando è opportuno inviare un paziente ad un operatore della salute mentale.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
15	Do per scontato che il paziente accetti le indicazioni diagnostiche e terapeutiche che ritengo opportune.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
16	Penso di avere più o meno anche le competenze per fare lo psicologo.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
17	Mi capita di essere travolto dalle richieste dei pazienti.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
18	Sento di avere un metro con cui misurare la qualità del mio lavoro con i pazienti.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
19	Quando non trovo un riscontro obiettivo per un sintomo portato da un paziente provo un leggero senso di irritazione.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
20	Quando comunico al paziente che non c'è un riscontro obiettivo per un sintomo ritengo che lui/lei si debba sentire rassicurato.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
21	L'atmosfera del mio studio è "leggera".	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
22	La preoccupazione per il paziente mi spinge a proporre dei provvedimenti di cui in seguito non mi sento più convinto.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
23	Sono convinto che la mia relazione con i pazienti abbia una influenza fondamentale su come viene affrontato un problema.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre
24	Mi capita di pensare come mi sentirei se fossi al posto del paziente.	raramente	a volte	spesso	quasi sempre

Età
Sesso
Branca della Medicina Esercitata (Medicina Generale, Specialistica)
Anni di professione
Specializzazioni
Lauree diverse da quella in Medicina

Tabella 2

Risultati del Principal Axis Factoring (PAF)

COMPONENTI	AUTOVALORE	% DI VARIANZA	% CUMULATA	TOTALE
1	7,09	29,54	29,54	5,89
2	3,09	12,88	42,42	2,91
3	1,55	6,46	48,89	3,54
4	1,31	5,48	54,37	
5	1,21	5,05	59,42	
6	0,96	4,01	63,44	

Tabella 3

Scree-test basato sui risultati del PAF

Scree Plot

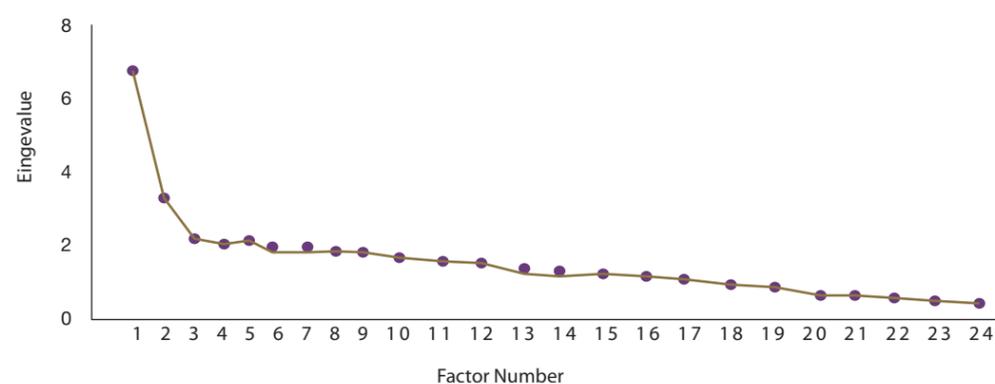


Tabella 4

Saturazioni nei 3 Fattori estratti rotati obliquamente dei 24 items

ITEM	Buona relazione con il paziente	Vicinanza confusiva e destabilizzante	Efficienza Tecnica
1. Mi sento sereno nel rapporto con i miei pazienti.	.80	-.20	.04
13. Riesco a comprendere lo stato d'animo dei miei pazienti.	.66	.05	.23
9. Se si presenta a studio un paziente con disturbi psichiatrici, mi sento turbato.	-.61	-.15	.00
14. Riesco a capire quando è opportuno inviare un paziente ad un operatore della salute mentale.	.61	-.23	.15
21. L'atmosfera del mio studio è "leggera".	.59	.15	.26
3. Mi capita di pensare di un paziente: "questo proprio non lo sopporto".	-.58	-.07	.07
4. Nel ricordarmi di un paziente tendo a pensare al tipo di patologia da cui è affetto	-.55	.31	.42
24. Mi capita di pensare come mi sentirei se fossi al posto del paziente.	.55	-.01	.18
2. Mi sento sovraccaricato emotivamente dai pazienti.	-.55	-.01	-.08
20. Quando comunico al paziente che non c'è un riscontro obiettivo per un sintomo ritengo che lui/lei si debba sentire rassicurato.	-.54	.04	.05
23. Sono convinto che la mia relazione con i pazienti abbia un'influenza fondamentale su come viene affrontato un problema.	.49	.24	.20
15. Do per scontato che il paziente accetti le indicazioni diagnostiche e terapeutiche che ritengo opportune.	-.43	-.25	.07
19. Quando non trovo un riscontro obiettivo per un sintomo portato da un paziente provo un leggero senso di irritazione.	-.42	-.18	-.25
12. Ho la sensazione di non riuscire a seguire il paziente lungo il suo iter diagnostico e terapeutico.	-.41	.38	-.39
16. Penso di avere più o meno anche le competenze per fare lo psicologo.	.33	.06	.05
10. Mi capita nel tempo di cambiare idea su qualche aspetto di un paziente	.03	.80	-.11
22. La preoccupazione per il paziente mi spinge a proporre dei provvedimenti di cui in seguito non mi sento più coinvolto.	-.22	.73	-.13
5. Nel ricordarmi di un paziente tendo a pensare ad una sua caratteristica personale (es.: "quello con i pantaloni sfrangiati"; "quello che ha sempre in tasca il Corriere dello Sport".	.22	.64	.13
6. Quando un paziente mi porta un sintomo mi chiedo cosa sta accadendo in questo periodo nella sua vita.	.06	.48	.37
7. Sono convinto che la situazione di vita di un paziente (ad es. un pensionamento recente) abbia grande influenza sul suo stato di salute.	.22	.41	.05
8. La presenza di una segretaria nello studio (o nella struttura) si rivela importante	.15	.34	.20
18. Sento di avere un metro con cui misurare la qualità del mio lavoro con i pazienti.	.02	-.11	.78
17. Mi capita di essere travolto dalle richieste dei pazienti.	-.17	.01	-.46
11. Mi trovo a mio agio nel coordinarmi con specialisti o servizi sanitari diversi.	.24	.07	.40

in cui la curva subisce una inflessione e dopo il quale le percentuali di varianza spiegata da ciascun fattore divengono esigue. Nel nostro caso questo punto è dopo il terzo autovalore; sono stati scelti quindi i primi tre Fattori che presi insieme spiegano il 48.89% della varianza.

All'interno di ogni Fattore la saturazione o peso fattoriale di una variabile esprime il peso che la variabile ha nella determinazione del fattore stesso. La saturazione, che indica la correlazione che un item ha con quel determinato fattore, va interpretata come la percentuale di varianza spiegata, che diviene progressivamente minore via via che si procede dal primo fattore ai successivi.

Nella Tabella 4 sono riportati i diversi item con le saturazioni sui 3 fattori.

TABELLA 4

Si è evidenziato come ad alcuni items, il 4, l'8 e il 12 del questionario risultano avere delle saturazioni alte su tutti i fattori (item critici). Per questo motivo si è deciso di non prenderli in considerazione. Gli items con saturazione >0.30 su un solo fattore sono stati invece scelti come rientranti nei 3 Fattori precedentemente estratti, complessivamente 21 items.

Il primo Fattore, che spiega il 24% della varianza totale, contiene item che hanno a che vedere con la capacità del medico di entrare in rapporto con il paziente senza sentirsi sovraccaricato, di empatizzare con i suoi vissuti, di accettare richieste anche non basate su riscontri organici, nell'insieme di sentirsi a proprio agio nel rapporto. Per questi motivi l'abbiamo denominato "Buona Relazione con il paziente".

Il secondo Fattore, che spiega il 12% della varianza totale, contiene item che hanno a che fare:

- da una parte con la possibilità di vedere il paziente come persona, come nell'item 5 "Nel ricordarmi di un paziente tendo a pensare ad una sua caratteristica personale (es.: "quello con i pantaloni sfrangiati"; "quello che ha sempre in tasca il Corriere dello Sport") e con la possibilità di riconoscere un'origine psicosociale della patologia, come nell'item 7 "Sono convinto che la situazione di vita di un paziente (ad es. un pensionamento recente) abbia una grande influenza sul suo stato di salute"

- dall'altra con una dimensione di confusione, di destrutturazione del proprio giudizio clinico come negli item 10 "Mi capita nel tempo di cambiare idea su qualche aspetto del paziente", e 22 "La preoccupazione per il paziente mi spinge a proporre dei provvedimenti di cui in seguito non mi sento più convinto".

La compresenza di questi due aspetti ci ha spinto a denominare il Fattore "Vicinanza confusiva e destabilizzante".

Il terzo Fattore, che spiega il 14.8% della varianza totale, contiene item che hanno a che vedere con l'efficacia professionale in senso tecnico, come esemplificato dall'item 18 "Sento di avere un metro con cui misurare la qualità del mio lavoro con i pazienti". Per questo motivo è stato denominato "Efficacia Tecnica".

Sono stati calcolati i valori medi del punteggio per ogni singolo

Fattore: Buona Relazione con il paziente $m=33.87$, $ds=5.25$; Vicinanza confusiva e destabilizzante $m=13.80$, $ds=2.15$; Efficacia Tecnica $m= 8.02$, $ds=1.43$.

Inoltre, il primo ed il terzo Fattore appaiono positivamente correlati ($r=.40$, $p=.05$), mentre le altre correlazioni risultano basse. Ciò sta ad indicare come il vissuto di una buona relazione con il paziente sia connesso con quello di una buona capacità tecnica, mentre il secondo Fattore appare indipendente.

CONCLUSIONI

L'analisi fattoriale relativa a questa prima validazione del questionario rivela la presenza di tre Fattori, "Buona Relazione con il paziente", "Vicinanza confusiva e destabilizzante" ed "Efficacia Tecnica". Su un piano strettamente statistico possono però essere fatte delle considerazioni relative ad alcuni item: dall'analisi della variabilità della risposta si evidenzia che gli item 8 e 16 non sono in grado, almeno così formulati, di cogliere una variabilità sufficiente nelle risposte dei medici, tale da poter essere considerati come efficaci nel cogliere delle differenze nelle opinioni espresse; gli item 4, 8 e 12 presentano invece, nell'analisi fattoriale, delle saturazioni alte su tutti e tre i fattori, tali da non poter stabilire una loro appartenenza specifica a nessuno di questi. Per questi motivi è consigliabile escludere questi item dal punteggio del questionario.

Su un piano maggiormente interpretativo dei dati emersi, possiamo riflettere sul fatto che nella costruzione del questionario si era partiti dall'assunto che le capacità del medico di instaurare un rapporto soddisfacente con il paziente potessero andare insieme con la possibilità di vedere il paziente come persona e di considerare l'influsso di variabili psicosociali sull'instaurarsi della patologia.

I risultati che emergono da una prima somministrazione del questionario non sostengono questa ipotesi, poiché le tre dimensioni, anziché confluire in un unico fattore, si dispongono su due fattori tra loro indipendenti. Inoltre, risultato del tutto inatteso, gli item indicanti una visione del paziente come persona e la possibilità di riconoscere il contributo di aspetti psicosociali sulla patologia saturano lo stesso fattore di item che indicano confusione e destrutturazione del proprio giudizio clinico. In altri termini quanto più il medico vede il paziente nella sua dimensione psico-sociale, e riconosce il possibile influsso di questa dimensione sulla salute e sulla patologia, tanto più si sente insicuro nelle sue capacità di giudizio.

I dati derivanti da questa somministrazione del Questionario su 174 medici di Medicina Generale di provenienza da diverse regioni italiane sembrano sollevare dei dubbi sulla possibilità per il medico di prestare contemporaneamente attenzione a dimensioni di tipo biologico e di tipo psico-sociale nei pazienti, poiché il secondo tipo di attenzione sembra pregiudicare la sicurezza professionale del medico. Questo dato sembra confermare l'assunto implicito della pratica medica per cui vada evitato un eccessivo

coinvolgimento di tipo personale, amicale, con il paziente. In realtà nell'assunto ingenuo della possibile coesistenza di una attenzione agli aspetti biologici e a quelli psicosociali, si è probabilmente dimenticato che la capacità di attenzione agli aspetti personali e psicosociali di un soggetto, senza essere travolti dalla relazione, richiede una formazione specifica di molti anni; esattamente come è necessaria, per il medico, una formazione specifica di molti anni, per essere in grado con naturalezza di avere un contatto fisico, "mettere le mani addosso" ad una persona, senza che questo assuma significati di tipo diverso.

Appare invece confermato che la possibilità di un buon rapporto con il paziente (a questo punto, però, visto nella sua tradizionale ed esclusiva dimensione di portatore di un disturbo fisico) possa migliorare anche l'efficacia tecnica dell'intervento medico. Se quindi una formazione del medico alla relazione con il paziente può risultare importante ed efficace, sembra molto più difficile pensare che il medico, con la sua formazione di base e professionale attuale, possa essere formato ad una attenzione e comprensione dell'influsso di fattori psico-sociale sulla salute e sulla patologia. Per questo secondo aspetto appare quindi più utile il ricorso a figure professionali diverse, in grado di collaborare con il medico rispetto a tali dimensioni.

Per riguarda l'impiego del Questionario a scopi di valutazione, nella sua forma attuale esso appare utilizzabile per quanto riguarda la capacità del medico di relazionarsi con il paziente (Fattore 1) e rispetto al vissuto di efficacia tecnica (Fattore 3), mentre la misura di apertura alla dimensione psico-sociale (Fattore 2) appare così strettamente connessa con aspetti di incertezza professionale da risultare scarsamente utilizzabile come misura "positiva" del rapporto con il paziente.

Una possibilità per procedere nella ricerca relativa a queste dimensioni potrebbe essere quella di fare un passo indietro, evitando l'inclusione di item che cerchino di misurare nel medico la presenza di capacità già sviluppate di cogliere una dimensione privata, personale, nel paziente, oltre che l'influsso di aspetti psicosociali nella patologia, ma andando invece a ricercare semplicemente una disponibilità a relativizzare un modello medico basato esclusivamente su dati di ordine biologico, e quindi eventualmente a collaborare con professionisti con competenze diverse.

BIBLIOGRAFIA

- Grogan S, Conner M, Willits D. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *Brit J Gen Pract* 1995; 45: 525-529.
- Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D, Porter I. Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Qual Health Care* 2000; 9: 210-215.
- [Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Brit J Gen Pract* 1990; 40: 487-490.
- Ramsay J, Campbell J, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000; 17: 372-379.
- Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) – Development and psychometric characteristics. *Fam Pract* 2008; 9: 12-22.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hos Psych* 2004; 26: 115-120.
- Safran DG, Karp M, Coltin, K, Chang H, Li A, Ogren J, Rogers WH. Measuring Patients' Experiences with Individual Primary Care Physicians. *J Gen Int Med* 2006; 21: 13-21.
- Bieber C, Müller K.G, Nicolai J, Hartmann M, Eich W. How does your doctor talk to you? Preliminary validation of a brief patient self-report Questionnaire on the Quality of the Physician-Patient Interaction. *J Psych Med Setting* 2010; 17: 125-136.
- Marcinowicz L, Rybaczuk M, Grebowski R, Chlabicz S. A short questionnaire for measuring the quality of patient visits to family practices. *Int J Qual Health* 2010; 4: 294-301.
- Edwards A, Elwyn G, Hood K, Robling M, Atwell C, Holmes-Rovner M, Kinnersley P, Houston H, Russell I. The development of COMRADE—a patient-based outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Pat Educ Couns* 2003; 50: 311-322.
- Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' Perceived Involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Inter Med* 1990; 5: 29-33.
- Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N, Rovner DR, Breer ML, Rothert ML, Padonu G, Talarczyk G. Patient satisfaction with health care decisions. The satisfaction with Decision Scale. *Med Dec Making* 1996; 16: 58-64.
- de Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. *Med Educ* 1988; 22: 231-239.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW. The impact of patient-centered care on outcomes.

- J Fam Pract 2000; 49: 796-804.
- Little P, Everitt H, Williamson I. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *Brit Med J* 2001; 323: 908-911.
 - Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psych* 2002; 159: 1563-1569.
 - Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract* 2004; 21: 699-705.
 - Roter D. The Roter method of interaction process analysis. Baltimore: The Johns Hopkins University, 2001.
 - Del Piccolo L, Putnam SM, Mazzi MA, Zimmermann C. The biopsychosocial domains and the functions of the medical interview in primary care: construct validity of the Verona Medical Interview Classification System. *Pat Educ Couns* 2004; 53: 47-56.
 - Fassaert T, van Dulmen S, Schellevis F, Bensing J. Active listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global). *Pat Educ Couns* 2007; 68: 258-264.
 - Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision-making: defining the 'competences' of involving patients in health care choices. *Brit J Gen Pract* 2000; 50: 892-899.
 - Solano L, Pirrotta E, Boschi A, Cappelloni A, D'Angelo D, Pandolfi M.L. Medico di famiglia e psicologo insieme nello studio: un nuovo modello gestionale dove il sintomo diventa attivatore di risorse? *It J Prim Care* 2010; 2: 93-100.
 - Solano L, Pirrotta E, Ingravalle V, Fayella P. The Family Physician and the Psychologist in the Office together: A Response to Fragmentation. *Ment Health Fam Med* 2009; 6: 91-98.
 - Boschi A, Cappelloni A, Pandolfi ML, Pirrotta E, Muto L. La parola ai medici— il lascito di un'esperienza. In: Solano L. (a cura di) *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*, Franco Angeli, Milano, 2011, 126-136.

Anziani e malnutrizione. Valutazione multifunzionale e studio di prevalenza su di un campione di pazienti ospedalizzati

Older patients and inadequate nutrition. Multifunctional examination and study of prevalence on a sample of hospitalized patients

Nicoletta Borgato¹, Roberto Brugiolo², Marina Bottacin³

¹Infermiera U.O. Geriatria Ospedale. S. Antonio, Padova;

²Unità Operativa di Geriatria Ospedale di Mestre (VE);

³Corso di Laurea Infermieristica, Università degli Studi di Udine

Correspondence to:

Nicoletta Borgato, Infermiera
nicoletta.borgato@gmail.com

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Older patients are more vulnerable to inadequate nutrition and have a higher risk of malnutrition. Non-recognition and treatment of malnutrition can cause dysfunction and disability. This leads to an increase in mortality, slow healing, increased health care costs and longer hospitalization. We studied 64 hospitalized patients and we found that the prevalence of malnutrition turns out to be about 44%. The study performed shows a strong dependence between the functional / cognitive state and malnutrition. The study confirms we need to improve, especially in primary care, our diagnostic skills in this field.

Key words:

malnutrition, elderly, geriatric assessment.

RIASSUNTO

Nell'anziano la malnutrizione è molto frequente ed è un fattore molto rilevante di fragilità. Si ha la sensazione che sia un fenomeno non adeguatamente affrontato nella pratica clinica quotidiana. Lo studio si è proposto, attraverso una valutazione multifunzionale, di rilevare la prevalenza della malnutrizione nei soggetti che vengono ospedalizzati. Quasi metà del campione studiato è risultato essere in uno stato di malnutrizione e a questa condizione concorrono diverse cause: la provenienza, lo stato civile, la masticazione e lo stato cognitivo. I risultati dimostrano come in tutti i setting di cura risulti necessaria una maggior attenzione allo stato di nutrizione dei soggetti anziani.

Parole chiave:

malnutrizione, anziani, valutazione geriatrica.

INTRODUZIONE

La malnutrizione è uno stato di malattia determinato da un inadeguato apporto di uno o più nutrienti. La malnutrizione dunque può essere sia in eccesso che in difetto. I soggetti anziani sono più vulnerabili ad un'adeguata nutrizione ed hanno un rischio di malnutrizione più alto. Con l'invecchiamento cambia la composizione corporea, insorgono problemi di deglutizione e masticazione, diminuiscono l'appetito, il gusto, l'olfatto, insorgono problemi digestivi che molto spesso sfuggono alle valutazioni routinarie.^{1,2} Le condizioni che causano la malnutrizione sono multifattoriali e possono essere legate a patologie acute e croniche, a cause socio-ambientali e alla polifarmacoterapia.³ Nonostante la malnutrizione sia una delle condizioni che concorre a definire la fragilità nell'anziano, risulta ancora essere un fenomeno non adeguatamente affrontato nella pratica clinica dei vari setting assistenziali.⁴

La malnutrizione spesso non è riconosciuta o non è segnalata così che la prevalenza della diagnosi è inferiore alla prevalenza del fenomeno nella realtà.⁵ In ambito ospedaliero la prevalenza di malnutrizione può arrivare al 75%, in casa di riposo varia dal 50 al 80% e nel territorio può giungere al 10%.^{6,7}

Al suo mancato riconoscimento e trattamento possono conseguire disfunzioni e disabilità, riduzione della qualità di vita e insorgenza precoce di malattie. Ciò determina un aumento della mortalità, un rallentamento dei processi di guarigione e un aumento dei costi sanitari legati al prolungamento della degenza ospedaliera, un incremento delle complicanze e del numero dei ricoveri ospedalieri.⁸

Il presente studio si prefigge di approfondire le conoscenze rispetto al fenomeno della malnutrizione nelle persone anziane. L'indagine è stata eseguita con la finalità di rilevare la prevalenza di malnutrizione e del rischio di malnutrizione nei soggetti anziani ospedalizzati, attraverso un'osservazione e una valutazione multidimensionale. I quesiti di ricerca sono i seguenti:

- Qual è la prevalenza di malnutrizione e / o del rischio di malnutrizione nelle persone anziane ospedalizzate?
- I fattori demografici: la provenienza del paziente (domicilio, casa di riposo), lo stato civile, costituiscono fattori di rischio associati alla malnutrizione?
- I fattori antropometrici costituiscono fattori di rischio associati alla malnutrizione?
- Lo stato cognitivo e lo stato funzionale costituiscono fattori di rischio associati alla malnutrizione?
- La presenza di polipatologia e polifarmacoterapia costituisce fattore di rischio associato alla malnutrizione?
- Il rischio e/o la presenza di lesioni da decubito (LD) costituisce fattore di rischio associato alla malnutrizione?
- I valori di Albuminemia, il Body Mass Index (BMI) e la Mini Nutritional Assessment (MNA) sono associati tra loro?

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio di prevalenza. Sono stati arruolati tutti i pa-

zienti di età ≥ 65 anni ricoverati presso l'Unità Operativa di Geriatria dell'Ospedale dell'Angelo di Mestre ULSS 12 Veneziana, nel periodo compreso tra il 20 luglio e 20 settembre 2009. 64 pazienti di cui 46 femmine e 18 maschi, tutti di nazionalità italiana di età compresa dai 65 agli 85 anni; 8 di questi pazienti provenivano da una casa di riposo, 21 erano coniugati, 37 erano vedovi e 6 erano celibi.

È stata preventivamente richiesta l'autorizzazione allo svolgimento dell'indagine alle figure competenti all'interno dell'Azienda Sanitaria.

All'ingresso in reparto tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale, mediante la quale sono stati esaminati gli aspetti demografici, antropometrici, clinici, cognitivi, funzionali e nutrizionali. Prima della somministrazione dei questionari è stato spiegato loro il tipo di studio e fatto firmare il consenso. Ai pazienti con apparente stato cognitivo compromesso è stata chiesta la collaborazione ai parenti e/o caregivers.

Sono state usate alcune scale di valutazione validate, in particolare per la valutazione dello stato cognitivo è stato somministrata la Mini Mental State Examination (MMSE),⁹ lo stato funzionale è stato valutato con il Barthel Index¹⁰ e il rischio d'insorgenza di lesioni da decubito è stato valutato con il Norton Index.¹¹

Lo stato nutrizionale è stato valutato mediante la somministrazione della Mini Nutritional Assessment (MNA),¹²⁻¹⁶ assieme sono stati considerati, il valore dell'Albumina e il Body Mass Index.

I risultati delle scale somministrate e tutti i dati raccolti sono stati raggruppati in un'unica scheda predisposta per ciascun paziente. Per la diagnosi di malnutrizione sono stati scelti 3 criteri alternativi:

- Albumina sierica $< 3,5$ g / dL¹³.
- MNA < 17 ^{14,15}
- BMI < 20 ¹⁶

Per la diagnosi di rischio di malnutrizione, un unico criterio:

- MNA $23,5 - 17$ ¹⁷

L'analisi ed elaborazione dei dati è stata eseguita mediante Excel e SAS v.9.1 per Windows.

Per l'analisi statistica sono state eseguite: le frequenze congiunte, le analisi bivariate e le analisi della varianza; sono stati eseguiti il test del Chi - quadrato, il test di Kruskal-Wallis e il test di McNemar.

RISULTATI

La prevalenza di malnutrizione nei pazienti arruolati è risultata alta con tutti gli strumenti di indagine adottati. Il MNA ha individuato il 47,5 % di pazienti malnutriti, il 43,75 % di pazienti a rischio di malnutrizione e solo il 12,5 % dei pazienti con nessun problema nutrizionale. L'Albuminemia ha individuato una prevalenza di malnutrizione del 46,88 %, tra cui il 60 % malnutrizione lieve, il 36,67 % malnutrizione moderata e il 3,33 % malnutrizione grave. Il 53 % dei pazienti valutati con l'Albuminemia non presenta nessun problema nutrizionale. I valori di Albuminemia del campione del pre-

blema nutrizionale. I valori di Albuminemia del campione del presente studio, sono valori che trovano conferma in uno studio simile effettuato in Italia, a Montebelluna, da Cecchetto et al.¹⁷ e in altri studi internazionali presenti in letteratura.^{18,19}

La rilevazione della malnutrizione attraverso il BMI ha dato una prevalenza del 42,19 % (< 20 Kg/m²). Un altro parametro antropometrico, la MAC (circonferenza del braccio) conferma la prevalenza di malnutrizione con il 39,06 % (< 22 cm) dei soggetti; questo parametro, è indicato nelle "Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano"¹³ come un indicatore di malnutrizione.

Dunque il dato di prevalenza del seguente studio confermerebbe i dati epidemiologici della letteratura che descrive un'alta prevalenza della malnutrizione nell'anziano in ambito ospedaliero anche fino al 75 %, nei paesi industrializzati.^{20,21}

Non è stato possibile compiere un'analisi completa tra tutti gli strumenti di indagine utilizzati nello studio e le variabili considerate per la bassa numerosità del campione, comunque si è riusciti a confrontare i vari strumenti di indagine. Confrontando i risultati dell'Albuminemia con quelli del BMI, si vede quanto la misurazione dei due strumenti sia simile, quindi valutare la malnutrizione con l'uno oppure l'altro strumento non discosta molto nei risultati finali. Per il BMI abbiamo tenuto, come indice di malnutrizione, uno score < 20 Kg/m², come indicato in letteratura.^{13,15}

Confrontando i risultati del MNA con quelli dell'Albuminemia, si evidenzia un dato importante: il 73,53% dei soggetti non malnutriti nella valutazione con l'Albuminemia, è a rischio di malnutrizione nella valutazione con il MNA. Questo dato è significativo perché evidenzia la sensibilità del MNA. Anche nelle linee guida è citata l'importanza fondamentale, non tanto della diagnosi di malnutrizione per la quale la clinica è più che adeguata, quanto riuscire a valutare lo stato di "rischio di malnutrizione". Porre diagnosi, quando la malnutrizione è conclamata è tardivo.

L'analisi della varianza tra i valori dell'Albuminemia e il MNA, da una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$), vuol dire che nei soggetti malnutriti e a rischio di malnutrizione, il livello di Albumina diminuisce. Quindi il dato clinico conferma il risultato della valutazione del MNA, un altro punto a favore del MNA.

L'analisi della varianza tra il BMI e il MNA da una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$), anche qui il BMI diminuisce nei soggetti malnutriti e a rischio di malnutrizione. I pazienti malnutriti hanno un BMI di 19,06 kg/m² (media). Questo risultato conferma che lo score < 20 Kg/m² per il soggetto anziano è un valido indicatore di sottopeso.

Pur dimostrandosi scarso il numero del campione, si è riusciti anche in questo studio ad evidenziare la prevalenza di malnutrizione nell'anziano all'ingresso in ospedale. È inoltre evidente come il MNA sia lo strumento più sensibile e più specifico nella valutazione dello stato nutrizionale, come viene più volte sottolineato negli studi di Vellas e Guigoz, dal 1994 (nascita del MNA) ad oggi.²² Con i risultati del MNA sono state fatte delle analisi bivariate con

tutte le variabili, considerate e raccolte durante l'intervista al paziente, per vedere le dipendenze.

La variabile sesso non ha dato dipendenza significativa ($p = 0,5509$) come invece cita la letteratura che la malnutrizione è più frequente nei soggetti femminili e nei soggetti anziani.²³ Esiste invece dipendenza significativa con la variabile età ($p = 0,0311$), più aumenta l'età dei soggetti, più aumenta la prevalenza di malnutrizione e il rischio di malnutrizione, un dato ampiamente citato negli studi epidemiologici di Fried et al.²⁴

Nell'analisi bivariata con la variabile stato civile è risultato che il 64,29% e il 57,14 % dei vedovi sono rispettivamente tra i soggetti malnutriti e a rischio. Come descritto in letteratura, questo dato indica che anche le cause sociali e psicologiche costituiscono un fattore eziologico per il deficit nutrizionale del paziente.^{25,26}

Nella variabile difficoltà di masticazione c'è dipendenza statisticamente significativa ($p = 0,0036$) e ciò conferma che tra i rischi di malnutrizione ci sono anche i problemi legati alla dentizione.

Invece con le variabili polifarmacoterapia e polipatologia, il seguente studio non ha trovato dipendenza statisticamente significativa ($p = 0,06334$ e $p = 0,0901$) contrariamente ad altri studi, che evidenziano gli effetti anoressizzanti di più farmaci nei pazienti con più patologie.²⁷

Per quanto riguarda lo stato funzionale (Barthel Index) e il rischio di insorgenza di lesioni da decubito (Norton Index), i risultati di ciascuna scala, confrontati con i risultati del MNA hanno dato entrambi differenza statisticamente significativa ($p = 0,0001$). C'è una forte dipendenza tra lo stato funzionale e la malnutrizione e il rischio di malnutrizione, lo stato funzionale è carente nei soggetti malnutriti.

Anche gli indici di gravità del MMSE, confrontati con il MNA hanno dato differenze statisticamente significative ($p = 0,0002$). Anche questo studio conferma che la malnutrizione in età geriatrica è associata a deficit cognitivo, a sua volta un importante fattore di rischio di disabilità funzionale.

Anche l'analisi con la variabile provenienza ha evidenziato un importante dato, il 39,3 % di chi vive a domicilio è malnutrito mentre lo è il 75% di chi vive in casa di riposo. Questo dato a conferma di diversi studi epidemiologici che danno la prevalenza di malnutrizione tra gli anziani istituzionalizzati al 50-80 %.^{6,7}

DISCUSSIONE

Il presente studio presenta alcuni limiti. Il campione è relativamente piccolo, la possibilità di effettuare le indagini su un campione più ampio, avrebbe dato modo di allargare le analisi a più variabili e generalizzare i risultati. Tuttavia il tempo è stato limitato e l'impegno richiesto per la raccolta dei dati, in termini di tempo e di risorse, è stato piuttosto alto in quanto ogni paziente è stato valutato individualmente all'ingresso, dal ricercatore stesso.

Le raccomandazioni per le indagini future sono rivolte a:

– Indagare un campione di dimensione più ampio ed appartenente a più setting clinici – assistenziali, in particolare nelle cure

primarie.

– Eseguire il monitoraggio del paziente attraverso una valutazione intermedia, durante il ricovero, e una valutazione finale, alla dimissione;

– Testare con disegni di studio sperimentale o semi-sperimentale l'efficacia della valutazione multidimensionale del paziente.

CONCLUSIONI

Nel campione studiato la prevalenza di malnutrizione è risultata piuttosto alta con valori che vanno dal 42% fino al 47% circa, ed il rischio di malnutrizione quasi del 44%, dati che si trovano in tutti in gli studi epidemiologici di prevalenza, sia in ambito ospedaliero che extra ospedaliero, nazionali ed internazionali. Più di un terzo degli anziani che vivono nel loro domicilio e tre quarti di quelli che vivono in casa di riposo sono malnutriti quando entrano in ospedale per qualsiasi causa, è per questo assolutamente importante che le cure primarie si facciano carico di una attenta valutazione dello stato nutrizionale di ogni anziano. Attraverso una valutazione multidimensionale si riesce ad avere in modo semplice, breve e non invasivo, un'ampia visione del soggetto e del suo quadro clinico- assistenziale. Particolare attenzione deve essere posta nei confronti dei soggetti a più alto rischio come quelli con deficit cognitivo, quelli che vivono da soli o sono istituzionalizzati.

BIBLIOGRAFIA

1. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006; 12:110-8.
2. Wolinsky FD, Coe RM, McIntosh WA, Kubena KS et al. Progress in the development of a nutritional risk index. *J Nutr* 1990; (suppl 11): 1549-53.
3. Sergi G, Coin A, Inelmen EM, Perissinotto E, Volpato S, Bonometto P, Enzi G. Malnutrizione e fragilità dell'anziano. *G Gerontol* 2004; 52 (suppl): 11-5.
4. Phillips F. Nutrition for healthy ageing. *Food Nutr Bull* 2003; 28: 253-63.
5. Torres A, Giacometti G, Pozzobon G, Stevanato A, Foscatto G, Roberto R et al. Il profilo dello stato nutrizionale in pazienti "grandi anziani" ospedalizzati. *Ass Inf Ric* 2005.
6. Seiler Wo. Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subjects. *Nutrition* 2001; 17:496.
7. Jensen GI. Screening for hospitalization and nutritional risks among community dwelling older person. *Am J Clin Nutr* 2001; 74:201-05.
8. Sullivan DH. Risk factors for early hospital readmission in a select population of geriatric rehabilitation patients: the significance of nutritional status. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:792-8.
9. Folstein MF, Folstein Se, McHugh PR. Mini mental state: a practical method for gauging the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-98.
10. Mahoney Fi, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel

Index. *Md State Med J* 1965; 14:56-61.

11. Baath C, Hall Lord ML, Idvall E, Wiberg Hedman K & Larsson BW. Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17, 618-626.
12. Guigoz Y, Vellas SB, Garry P. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as a part of geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: 59-65.
13. Bissoli L, Zamboni M, Sergi G, Ferrari E, Bosello O. Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano. *G Gerontol* 2001; 49:4-12.
14. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *FactsRes Gerontology (suppl Nutrition)* 1994; 4:15-59.
15. Guigoz Y. The mini nutritional assessment review of the literature- what does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006 nov-dic; 10(6): 446-85.; discussion 485-87.
16. Sergi G, Perissinotto E, Pisent C, Buja A, Maggi S, Coin et al. An adequate threshold for body mass index to detect underweight condition in elderly persons: the italian longitudinal study on aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 866-71
17. Cecchetto G, Zanardo M, Tossani C. Polipatologia, pharmacotherapy and malnutrition in elderly: a study in hospitalized elderly. *G Gerontol* 2006; 54:11-16.
18. Kyle Ug, Zhang FF, Morabia A, Pichard C. Longitudinal study of body composition changes associated with weight change and physical activity. *Nutrition* 2006; 22: 1103-11.
19. Shum NC et al. Prevalence of malnutrition and risks factors in geriatric patients of a convalescent and rehabilitation hospital. *Hong Kong Med J* 2005; 11: 234-42.
20. Izawa S, Kuzuya M, Okada K, Enoki H, Kolke T, Kanda S et al. The mini nutritional status of frail elderly with care needs according to the mini nutritional assessment. *Clin Nutr* 2006; 25:962-67.
21. Kagansky N, Berner Y, Koren M, Perelman I, Knobler H, Levy S. Poor nutritional habits are predictors poor outcome in very old hospitalized patients. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 784-91.
22. Guigoz Y, Langue S, Vellas B. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med* 2002; 18:737-57.
23. McWhirter JP, Pennington Cr. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308:945-48.
24. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Jeff D, Anderson W. Untangling the concepts of disability and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol* 2001; 3: 255-63.
25. Morley J. Anorexia, sarcopenia and aging. *Nutrition* 2001; 17: 660-63.
26. Morley J, Kraenzle D. Causes of weight loss in community nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 583-85.
27. Salvà A, Pera G. Nutrition and ageing. Screening for malnutrition in dwelling elderly. *Public Health Nutr* 2001; 4: 1375-78.

Il dolore e la sofferenza mentale nella persona anziana: tra gerontofobia e invidia

Pain and mental suffering in the elderly: between gerontophobia and envy

Salvatore Capodiecì

Insegnamento di Psicopatologia, Facoltà di Psicologia clinica e dell'Educazione dello IUSVE - Istituto Universitario Salesiano Venezia

Correspondence to:

Salvatore Capodiecì
capox@tin.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

The author approaches the issue of pain and mental suffering in the elderly from a new perspective; he examines the growing gerontophobic attitude in today's society and links it up to the different ways envy is lived by the elderly. The incompleteness, inadequacy, deficient perception, defect, shortage, lack and imperfection they experience are the origin of the pain caused by envy. In envy the sense of 'lack' predominates and, for this reason, it must be distinguished from depression where the sense of 'loss' is prevailing. The elderly can direct this feeling on the outside, on younger people in particular, or towards themselves and their inner world. To fight against envy addressed to themselves, they have to: grasp the meaningfulness of their present reality moment by moment; enhance adaptive significances; search and find how to face properly their real experience during their life; perceive and fulfill themselves as best they can. The article closes with some remarks which may be useful to enlighten the typical feelings of old age, a complex, fascinating phase of life.

Keywords:

pain, mental suffering, elderly, phobia, envy.

RIASSUNTO

L'autore affronta la tematica del dolore e della sofferenza mentale nella persona anziana da una prospettiva nuova prendendo in esame il crescente atteggiamento gerontofobico presente nella società attuale e mettendolo in relazione con le varie modalità di vivere l'invidia da parte dell'anziano. L'incompletezza, la manchevolezza, la percezione deficiente, il difetto, l'insufficienza, la scarsità e l'imperfezione vissuti dall'anziano sono alla base del dolore causato dall'invidia. Quest'ultima va differenziata dalla depressione, dove è imperante il senso della 'perdita', mentre nell'invidia regna il senso della 'mancanza'.

Tale sentimento, oltre ad essere diretto all'esterno, sugli altri e sulle persone più giovani in particolare, può essere indirizzato dall'anziano anche verso se stesso e il proprio mondo interno. Per combattere il vissuto dell'invidia riferito a se stessa, è necessario che la persona anziana riesca a cogliere la sensazione del vissuto reale momento per momento, a valorizzarne i significati adattivi, a cercare e a trovare, modi più adeguati di affrontare l'esperienza reale in vivo della propria esistenza: a percepire e a realizzare se stessa nel miglior modo possibile. L'articolo si conclude con alcune riflessioni che possono servire a fare luce sui sentimenti presenti in questa complessa e affascinante fase della vita che è la vecchiaia.

Parole chiave:

dolore, sofferenza mentale, anziani, gerontofobia, invidia.

INTRODUZIONE

L'obiettivo della persona anziana è il mantenimento dello stato di benessere, della propria qualità di vita e di un soddisfacente livello di autonomia. Condizione ostacolata dal fatto che gli anziani, dal punto di vista clinico, si caratterizzano per due elementi: la fragilità e la complessità.¹

I disturbi e le sindromi in età senile si manifestano, infatti, in modo atipico e subdolo rispetto alle altre fasi della vita. Nella persona anziana c'è una maggiore incidenza di disturbi funzionali, affettivi e cognitivi, e l'insorgenza di un sintomo – elemento di confine tra l'essere sano e il diventare malato – perde il significato tradizionale che ha nel giovane; basti pensare, ad esempio, al senso di inutilità che può assumere nell'anziano un carattere di irreversibilità.

Ci possono essere, inoltre, delle situazioni nelle quali le esigenze poste dall'ambiente non sono più in equilibrio con i mezzi di cui l'individuo dispone o sono talmente nuove che le reazioni abituali si rivelano inadeguate. Qualora ciò si verifichi, si parla di crisi o di disturbo dell'equilibrio.

Alcune situazioni, che possono causare negli anziani un disturbo di questo equilibrio, sono le seguenti:

- mutamenti fisici, come diminuzione della forza fisica, delle funzioni visive e uditive e della mobilità;
- deterioramento della salute;
- deterioramento delle funzioni intellettuali;
- cambiamento del tipo di abitazione, come un trasloco in una casa più piccola o in un'altra forma di residenzialità;
- variazione nei contatti sociali, per lo più come conseguenza della morte di amici, del partner e di membri della famiglia, ma anche a causa dell'handicap (sordità, sedia a rotelle o demenza) di amici o del partner;
- stereotipo negativo sugli anziani;
- problemi esistenziali legati all'integrazione della vita precedente con quella attuale, nel ricercare valori nuovi e nell'accettare la morte imminente.²

Innumerosi eventi esistenziali negativi, che costellano l'ultima parte della vita, rendono ragione, sul versante psicosociale, della maggior prevalenza della depressione in età avanzata. Tra i fattori più importanti, vanno ricordati: la vedovanza, la solitudine, la mancanza di supporto sociale, le difficoltà finanziarie, la situazione abitativa e la possibile istituzionalizzazione.

Questi problemi, se si presentano uno alla volta, possono anche essere superati, quando, invece, più difficoltà si presentano assieme possono sorgere dei disturbi dell'equilibrio.

Non è ancora stata superata una perdita, che si presenta il problema successivo. La riserva di mezzi è così intaccata e l'interazione con l'ambiente risulta talmente mutata che la possibilità di crisi è molto grande. La reazione alle modificazioni avvenute sarà rivolta a ristabilire un nuovo equilibrio.²

Tutte queste condizioni possono portare la persona anziana a sperimentare un vissuto doloroso.

Il dolore è al tempo stesso una sensazione spiacevole e un'espe-

rienza emotiva, un fenomeno complesso derivante da stimoli sensoriali o, in certi casi, da lesioni neurologiche. Viene modificato dalla memoria, dal tempo e dal sentimento del singolo individuo. Il dolore, se diventa persistente, può essere definito come un'esperienza penosa, prolungata e associata o meno a un riconoscibile processo patologico organico sottostante.

La persistenza del dolore nella persona anziana ha parecchie conseguenze:

- ansia,
- depressione,
- disturbi del sonno,
- diminuzione dell'attività sociale,
- aumento di utilizzo di strutture sanitarie,
- disturbo della deambulazione,
- interruzione della vita sessuale nel rapporto di coppia.³

Su questo scenario di dolore e sofferenza mentale, che l'anziano può sperimentare, si strutturano due vissuti contrapposti a livello sociale: da una parte la gerontofobia di larga parte della popolazione e dall'altra un vissuto invidioso da parte della fascia di individui appartenente alle età più avanzate.

Si definisce con 'gerontofobia' la persistente, anormale e ingiustificata paura degli anziani. L'invecchiamento rappresenta un grosso problema per la società, nel senso che gli anziani sono fragili, dipendenti e consumano notevoli risorse economiche. La maggior parte delle persone si dispiace per le problematiche delle persone anziane, ma al tempo stesso ha la sensazione che queste ultime siano d'intralcio alle altre generazioni. La gerontofobia è la paura che il problema socioeconomico rappresentato dagli anziani peggiori ulteriormente col passare del tempo. Chi soffre di gerontofobia, oltre all'odio per le persone anziane, prova paura di invecchiare diventando egli stesso detestabile. Molte persone, con questo disturbo, vedono tutto il buono nell'essere giovane e il male come esclusivo appannaggio dell'essere anziano. Sono anche convinte che i giovani siano creativi, belli, stimolanti e appassionati, mentre gli anziani siano tristi, poco attraenti, noiosi e che trascurino i propri interessi.⁴

La gerontofobia diventa spesso discriminazione verso le persone anziane da parte di quei giovani che non li capiscono ed evitano di entrare in contatto con loro. La persona giovane ritiene di non avere nulla in comune con gli anziani e arriva a provare sentimenti di paura e rifiuto. Gli anziani, al contrario, ritengono che i giovani possiedano tutto, mentre a loro rimane ormai poco da vivere. Questo vissuto discriminante può portare a una sensazione di solitudine che arriva all'angoscia legata al pensiero del proprio processo di invecchiamento.

Ken Dychtwald ha identificato sette segni, indicatori tanto del timore per gli anziani quanto dell'invecchiare.⁵

- se essere giovane è un bene, essere vecchio è un male
- se i giovani hanno tutto, i vecchi stanno perdendo tutto
- se i giovani sono creativi, gli anziani sono apatici

- se i giovani hanno tutto, i vecchi stanno perdendo tutto
- se i giovani sono creativi, gli anziani sono apatici
- se i giovani sono belli, i vecchi sono poco attraenti
- se i giovani sono stimolanti, i vecchi sono noiosi
- se i giovani sono pieni di passione, i vecchi non si interessano a nulla
- se i bambini sono il domani, i vecchi rappresentano il passato

LA SOFFERENZA EMOTIVA NELL'ANZIANO

Le emozioni cognitive superiori sono: l'amore, il senso di colpa, la vergogna, l'imbarazzo, l'orgoglio, la gelosia, l'invidia. Sono universali, come le emozioni fondamentali (gioia, sofferenza, rabbia, paura, sorpresa, disgusto), ma si caratterizzano per una maggiore variabilità culturale e sono più tarde a svilupparsi e a scomparire. La caratteristica principale delle emozioni cognitive superiori è che sono tutte strutturalmente sociali, a differenza di quelle fondamentali, e per esistere hanno bisogno della relazione con altre persone. Non c'è certezza circa l'epoca in cui si svilupparono le emozioni cognitive superiori e, ancor più, rimane incerta la ragione per cui si sono sviluppate; l'ipotesi della funzione adattiva all'organizzazione sociale sembra la più accreditabile.

Le emozioni fondamentali hanno la funzione prioritaria della sopravvivenza, mentre quelle cognitive superiori hanno una chiara valenza interpersonale.⁶

Prendendo in esame la sofferenza emotiva, che si manifesta nell'età avanzata, occorre fare riferimento alle emozioni cognitive superiori (amore, senso di colpa, vergogna, imbarazzo, orgoglio, gelosia, invidia). Tra queste non è necessario soffermarsi sull'amore che, pur essendo in alcune occasioni motivo di sofferenza, rappresenta la base di tutte le forme di terapia sia fisiche che psicologiche.

Il senso di colpa è l'imputato principale nell'insorgenza della depressione ed esistono ormai numerose modalità per identificarlo e cercare di curarlo (psicoterapia, farmaci, ...). La vergogna, caratterizza il vissuto di inadeguatezza e anche per questo sentimento esistono varie forme di cura.

L'imbarazzo, l'orgoglio e la gelosia possono essere spesso alla base della sofferenza della persona anziana ma è, comunque, possibile intervenire con modalità psicoeducative, riabilitative e psicoterapiche per cercare di superare o almeno attenuare questi vissuti. Rimane, difficile da identificare e trattare, l'invidia, che è un tratto caratteristico di tutti gli esseri umani e di tutte le età.

Tornando al diffuso vissuto sociale della gerontofobia, occorre chiedersi se essa non sia alimentata dal sentimento invidioso messo in atto dagli anziani nei confronti delle altre fasce di età.

IL FENOMENO DELL'INVIDIA

Nell'evoluzione ontogenetica della specie, l'invidia ha svolto una funzione selettiva e adattiva, caratterizzandosi come la capacità di sviluppare comportamenti in grado di superare le difficoltà dovute ad incapacità o scarsa capacità da parte di un soggetto. Essa è anche un elemento importante dell'esistenza che può ostacolare, anche in modo grave, il benessere personale e relazionale

degli individui, delle coppie, dei gruppi.

L'invidia, altresì, se viene riconosciuta può diventare uno stimolo affinché una serie di disposizioni e caratteristiche comportamentali siano orientate verso l'abilità sociale e relazionale, capacità che consentono di avere un buon adattamento sociale e soddisfacenti rapporti con gli altri.⁷

I nostri antenati primitivi avvertivano l'invidia come un 'segnale' che garantiva azioni indispensabili per la sopravvivenza fisica della specie; la funzione adattiva odierna è, invece, totalmente orientata all'aspetto psicorelazionale dove la competenza sociale e la comunicazione giocano un ruolo determinante.

Per sopravvivere l'lo ha bisogno di riconoscere ogni situazione di svantaggio individuale, sociale e relazionale, e il segnale emotivo che spinge a provvedere di fronte al profilarsi di tanto pericolo deve essere forte e chiaro; e il disturbo che tale segnale deve dare alla mente – sottolinea Bontempo - deve essere tanto grande e acuto da impedire di correre il rischio di trascurarlo.

Il valore adattivo di questo fondamentale modo di funzionare della nostra mente appare subito evidente come sistema di protezione da possibili danni.

Se pensiamo l'invidia come una particolare forma di dolore mentale, andando al di là della definizione che la iscrive tra i sette peccati capitali ("Desiderio malsano verso chi possiede qualità, beni o situazioni migliori della propria") e la connotiamo sul piano della relazione e dei rapporti dell'lo con gli altri, ecco allora che l'invidia è lo specifico dolore mentale, la specifica emozione dolorosa, che è adeguata alla percezione che noi non siamo o non abbiamo qualche cosa di buono, ammirato, desiderabile o desiderato che altre persone sono o hanno. L'invidia è, in sintesi, il dolore della percezione delle differenze con proprio svantaggio.⁸

L'invidia nella persona anziana è il dolore della:

1. incompiutezza: è doloroso, infatti, chiedersi quale sia il senso compiuto dell'esistenza quando si superano i 70-80 anni.
2. incompletezza: cosa fa sentire completi? Vedere le generazioni che seguono? Diventare nonni? Raggiungere in salute una certa decade di età: 80, 90 anni?
3. manchevolezza: è doloroso arrivare alla senilità senza aver raggiunto mete che da giovani si immaginavano scontate, come una sufficiente sicurezza in se stessi, una precisa scala di valori, ...
4. percezione deficiente: nell'età avanzata è un processo diffuso, si vede male, si sente poco, ...
5. difetto: le patologie croniche sono compagne (non desiderate) della persona anziana e connotano il vissuto di quest'ultima nel senso di quello di cui si difetta (o si è perso) in termini di salute e/o integrità fisica.
6. insufficienza, scarsità, imperfezione sono altre condizioni dolorose che caratterizzano la quotidianità della vita dell'anziano. Se nella depressione è imperante il senso della 'perdita', nell'invidia regna il senso della "mancanza". Le risposte adeguate all'ascolto del "segnale", dato dall'invidia, passano attraverso lo sforzo verso il raggiungimento della compiutezza, dell'eccellenza, della finitezza, della perfettibilità, ovvero dell'accettazione dei limiti e del raggiungimento della percezione di avercela comunque "messa tutta".

tezza, dell'eccellenza, della finitezza, della perfettibilità, ovvero dell'accettazione dei limiti e del raggiungimento della percezione di avercela comunque "messa tutta".

L'anziano è quindi incentrato sul vissuto dell'invidia verso tutto ciò di cui si sente "mancante". Tale sentimento oltre ad essere diretto all'esterno, sugli altri e sulle persone più giovani in particolare, può essere indirizzato anche verso se stessi e il proprio mondo interno. La persona anziana ha, infatti, la tendenza a mettere le differenti fasi dell'età della propria vita trascorsa dentro scatole separate, che rimangono chiuse invece di integrarsi con l'una con le altre. E' come se, per passare alle età successive, si dovesse rinunciare a quelle precedenti. Questa chiusura delle varie fasi della vita ha, in età avanzata, una ripercussione sull'lo del soggetto, che può assumere differenti forme: in certe persone è l'intero lo che sembra formato da molteplici personaggi giustapposti, mentre in altre l'lo sembra amputato di una sua parte e, in altre ancora, l'insieme del loro lo sembra calamitato da un'esperienza invasiva (Quinodoz D., "Invecchiare, evoluzione e trasformazione del Sé: la nostra età si compone di tutte le età antecedenti", Seminario di formazione psicoanalitica, Firenze, 22 ottobre 2011).

Quando l'infanzia è stata mal integrata nell'insieme della vita dell'anziano, da quest'ultimo emana sovente una strana sensazione che deriva dal fatto che un aspetto del suo essere non è in armonia con il resto della sua persona. Esistono molti modi di impedire inconsciamente alla corrente della vita di circolare tra l'infanzia e l'età avanzata: per esempio, si può congelarla, o sotterrarla, espellerla o ancora lasciare che invada tutta la scena.

Le persone anziane che hanno potuto integrare le esperienze della loro adolescenza nelle altre età della loro vita rispettano la ricchezza di questo periodo in loro stessi come negli altri, sapendo per esperienza che quello può essere il periodo più difficile di tutta una vita. Esse non denigrano gli adolescenti, ma nemmeno li idealizzano perché riconoscono l'energia pulsionale che si agita in loro, con i suoi piaceri ma anche i suoi drammi, le sue angosce e talvolta la sua depressione.

Per contro, sostiene Quinodoz, si constata che le persone che si sono separate dalle pulsioni libidinali della loro adolescenza vengono talvolta riprese, in modo non previsto, da esse al momento della loro vecchiaia. Per l'anziano la permanenza dell'lo nel cambiamento non è evidente: dal bambino piccolo che è stato, alla persona "di una certa età" che è attualmente, passando per il giovane adulto nella piena forza dell'età di cui ha il ricordo, quante differenze!

Come può essere allora – si chiede la Quinodoz - che si conservi il sentimento di essere sempre noi stessi? Come può essere che, malgrado i più sorprendenti colpi di scena, riconosciamo di essere sempre noi che improvvisiamo di ora in ora lo scenario della nostra esistenza? Pur non sapendo nemmeno come reagiremo domani, eppure questa stabilità nel cambiamento la ritroviamo dalla prima all'ultima replica della nostra esistenza, dalla nascita alla vecchiaia. Per combattere il vissuto dell'invidia, riferito a se stessa, è necessario che la persona anziana riesca a cogliere la sensazione del vissuto reale momento per momento, a valorizzarne i significati adattivi, a

cercare e a trovare modi più adeguati di affrontare l'esperienza reale nel vivo della propria esistenza, a percepire e a realizzare se stessa nel miglior modo possibile. Solo così non avvertirà la "mancanza" o la sensazione di essere appesantita da lutti non elaborati! Tutto dipende dalla strada che viene intrapresa nel riconoscimento e nella gestione del dolore emotivo e dalla capacità di mobilitare le risorse dell'lo in funzione adattiva.

Un dolore invidioso è definito narcisistico quando sono in gioco qualità, risorse e caratteristiche del Sé: "non sono più giovane, prestante, attraente, sano, sereno ..."; è, invece, relazionale quando in gioco sono cose, persone, situazioni e/o relazioni possedute. Se si invidia la differenza, avvertendo lo svantaggio sulla 'cosa', si invidia contemporaneamente, e forse di più, la differenza con svantaggio sulla 'persona' che ha la capacità o la possibilità o il privilegio o, comunque, la ventura di possederla (il giovane possiede molte più cose dell'anziano). A fronte di tale definizione il problema dell'invidia risiede nella capacità di saperla gestire.

Esistono più modi di gestire il dolore mentale: alcuni più vantaggiosi, altri meno, altri che si rivelano ancora più dannosi del dolore mentale stesso. È chiaro che il primo passo per apprendere i modi di gestire il dolore mentale è quello di riconoscerlo di volta in volta, in ogni singola esperienza concreta di vita, nella sua specificità, nel suo significato.

All'interno di un paradigma adattivo-cognitivistico-relazionale, secondo il quale la mente si attiva per cercar di realizzare il massimo di benessere e il minimo di malessere, il dolore mentale può essere visto come un'emozione spiacevole che realizza la conoscenza emotiva di una realtà, o comunque, di una situazione relazionale, che ha danneggiato nel passato, sta danneggiando nel presente o potrà danneggiare nel futuro il soggetto anziano.

Tuttavia, è proprio su questi medesimi fondamentali modi di funzionare che possono strutturarsi anche modi eccessivi o eccessivamente rigidi di proteggersi dal dolore mentale, o di cercare di prevenirlo, magari a scapito della realizzazione e dell'espansione di aspetti vitali del Sé.⁹ E' il caso dell'anziano che si sente in guerra con le generazioni più giovani oppure di chi si rifugia nel ricordo nostalgico o, ancora, di chi non accetta l'idea dell'inevitabilità dell'invecchiamento.

CONCLUSIONI

E' difficile arrivare a delle conclusioni su una tematica così complessa come il dolore emotivo della persona anziana che passa attraverso la fragilità, la rottura dell'equilibrio, il confrontarsi con la crescente gerontofobia e con i meccanismi psichici legati all'invidia, e riuscire a restare se stessi integrando le precedenti età della vita con quella attuale.

Saranno proposte, quindi, delle riflessioni, basate su considerazioni di studiosi illustri, con l'auspicio che questa tematica possa trovare ulteriori approfondimenti e sviluppi.

"Quanto buon carattere e umorismo ci vogliono per sopportare l'orribile avanzare della vecchiaia", così scriveva Freud, nel maggio del 1935, a Lou Andreas Salomé.⁹

dia, e riuscire a restare se stessi integrando le precedenti età della vita con quella attuale.

Saranno proposte, quindi, delle riflessioni, basate su considerazioni di studiosi illustri, con l'auspicio che questa tematica possa trovare ulteriori approfondimenti e sviluppi.

"Quanto buon carattere e umorismo ci vogliono per sopportare l'orribile avanzare della vecchiaia", così scriveva Freud, nel maggio del 1935, a Lou Andreas Salomè.⁹

Se si riesce a comprendere la vecchiaia in continuità con gli altri periodi della vita si potrà riconoscere che anche per l'età senile vi sono tanti modi di vivere, come nelle altre fasi della vita.

La vecchiaia mette di fronte alla realtà della perdita e del lutto. I segni della vita che invecchia si osservano e percepiscono più facilmente nel corpo, ma occorre chiedersi con sincerità cosa sta accadendo alla creatività e alla realtà psichica. Invecchiamento biologico e invecchiamento psichico sono intrecciati, ma non coincidono. La vecchiaia psichica insorge quando, per una perdita di troppo, si rompe l'equilibrio tra acquisizioni e perdite e si esprime nell'impossibilità di integrare il dolore e rinnovare gli investimenti libidici.¹⁰

Se durante l'adolescenza e nella vita adulta è possibile ottenere gratificazioni narcisistiche e successo senza mostrare rilevanti patologie, nella vecchiaia il Sé grandioso rischia di confrontarsi drammaticamente e tragicamente con malattie, limitazioni fisiche e cambiamenti di status.

Nella vecchiaia la perdita, il lutto, ma più in generale il cambiamento, sollecitano la struttura narcisistica e spesso evidenziano, più che in altre età, la fragilità o la tenuta delle sue dinamiche.¹¹

A volte, "per ritrovare noi stessi, abbiamo bisogno di regredire, ritrovare e risperimentare di essere narcisisticamente riusciti. Ma, in questo caso, si tratta di una regressione al servizio della progressione". Anche con le persone anziane depresse è importante utilizzare il narcisismo come risorsa per tornare a vivere.¹²

Il pensiero nasce dai saperi elementari del corpo. Da questa esperienza carnale emerge il pensiero. Nessun pensiero senza corpo. Per potere pensare è necessario un corpo abitato affettivamente, un corpo che innanzitutto viva. In età anziana il corpo è centrale. Così come è impossibile riferirsi agli adolescenti senza parlare del corpo, analogamente lo è per gli anziani. Un corpo che funziona è il primo indispensabile garante di una mente che riesce a compensare la propria fragilità. L'evento organico rompe questo delicato equilibrio.¹³

"Una mente creativa e burlona rende amabile la vecchiaia. Da vecchi bisogna mantenere giovane la mente, perfino più giovane e lieve e spensierata di quando si era giovani, altrimenti è preferibile scomparire. Una mente elasticamente creativa e burlona compensa il deterioramento degli altri pezzi del corpo che cadono ad uno ad uno. Alla fine non si ha quasi più bisogno di arti, si diventa leggeri come l'aria, si vola".¹⁴

Quando si perde un essere caro il dolore è insopportabile. Tutte le parole di conforto possono ferire. Il peggio è sentire un sedicente consolatore dire che tutto ciò passerà, perché arriverà l'oblio. Sarebbe perdere la persona cara una seconda volta, perché colui che è in lutto ha la profonda sensazione che riserverà sempre un posto particolare per la persona amata perduta. È importante accettare di provare questa immensa tristezza al momento di un

lutto. È un lutto normale. Questo dolore non è un impoverimento.¹⁵

Il lutto diviene patologico quando la persona in lutto dà l'impressione di perdere se stessa nel perdere qualcosa o qualcuno. Più spesso una persona in lutto presenta un miscuglio di lutto normale e di lutto patologico e, negli anziani, questo stato di sconforto causa spesso una richiesta di terapia, almeno in forma latente. In effetti la prossimità della morte fa loro sentire l'urgenza di mettere un certo ordine interiore con riferimento a tutte le persone che sono state importanti per loro, sia viventi che morte, amate o detestate. Si tratta in particolare di migliorare le relazioni interiori che essi conservano con le persone importanti che hanno perdute e di assicurarsi di conservare in se stessi delle relazioni vive.

Gli anziani sentono l'importanza di ricostruire la loro storia interna integrando i momenti importanti della loro vita per farne una storia totale. Si rendono allora conto che spesso sono degli avvenimenti molto semplici, ma carichi di valenze affettive, che hanno orientato sotterraneamente tutta la loro vita: quella piccola frase, quell'incontro, quella tale azione, in apparenza insignificanti.

La persona anziana può ritrovare nella propria vita ciò che Quinodoz ha chiamato "i secondi di eternità": quei momenti di intensa emozione nei quali si percepisce lo shock della bellezza, dell'amore, di certe situazioni dolorose, di decisioni determinanti che sembrano sottrarsi al tempo cronologico misurabile, ma senza negarlo.¹⁵

Questi valori sono certamente presenti anche nei giovani, ma sono spesso mascherati perché, per essere percepiti, hanno bisogno di un silenzio interiore che è ben difficile ottenere nel corso di una vita frenetica.

BIBLIOGRAFIA

1. Giordano A, Rozzini R, Trabucchi M, La fragilità nell'anziano: una prospettiva clinica. *G. Gerontologia* 2007; 55 (suppl. 1): 2-6.
2. Dröes RM, Problematica psicosociale dei pazienti Alzheimer, in *Beweging. De Tijdstroom*. Utrecht, 1991, cap. III.
3. Rozzini R, Trabucchi M (ed). *Il tempo e la mente*, Bionews, Milano, 1990.
4. Balaram P, Gerontophobia, ageing and Retirement, *Current Science* 2004; 87 (9): 1163-64.
5. Dychtwald K, Flower J, *Age wave: the challenges and opportunities of an aging America*. New York: Bantam Books, 1990, cap. II.
6. Evans D, *Emozioni. La scienza del sentimento*, Editore La Terza, Roma, 2001, p. 24.
7. Bontempo G, *Il dolore di Aglauro*. Impronte, 12. www.rivista-impronte.it, area cognitiva 2000; n.12.
8. Roccato P, *Aspetti cognitivi e relazionali dell'emozione*, in *Gli affetti nella psicoanalisi* (a cura di G. Hautmann e A. Vergine), Borla, Milano, 1991.
9. Freud S (1873-1939), *Lettere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1960.
10. Messy J, *La personne âgée n'existe pas*, Rivages, Paris, 1992.
11. Kernberg O, *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino, 1978.
12. Semi AA, *Il narcisismo*, Il Mulino, Bologna, 2007.
13. Dejour C, *Il corpo tra seduzione e scissione*, *Rivista di Psicoanalisi* 2004; 3: 773-798.
14. Lopez D, *La strada dei maestri*, Angelo Colla Editore, Costabissara (VI), 2011, p. 18.
15. Quinodoz D, *Invecchiare, una scoperta*, Edizioni Borla, Roma, 2009.

L'Ipertensione Arteriosa nell'anziano: dalla fisiopatologia alle evidenze cliniche

Hypertension in the elderly: from pathophysiology to clinical evidence

Cristiana Catena, Lorenzo Logna-Prat, Gianluca Colussi, Leonardo A. Sechi
Clinica Medica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Udine

Correspondence to:
Cristiana Catena
cristiana.catena@uniud.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Arterial hypertension is a very common condition in the elderly, and it is associated with increased cardiovascular morbidity and mortality. In this age-group, stiffening of the aorta and other major arteries with increased left ventricular hemodynamic load is frequently associated with the detection of isolated systolic hypertension. Increased cardiovascular risk associated with systolic hypertension has been known for years and it has been confirmed in recent metaanalyses. Recent clinical trials have demonstrated that the benefit of systolic blood pressure reduction below 150 mm Hg can be extended also to the population of the octogenarians. Current evidence indicates that the reduction of cardiovascular risk obtained with treatment of systolic hypertension in the elderly does not depend from use of specific drug types, and cumulative analyses report comparable benefits with all the agents that are commonly prescribed as a first choice. This review article summarizes the clinical evidence currently available on this topic and provides some directions for treatment strategy.

Key words:

arterial hypertension, elderly

RIASSUNTO

L'ipertensione arteriosa ha un'elevata prevalenza nella popolazione anziana e si associa ad un aumento della morbilità e mortalità cardiovascolare. Nell'anziano è inoltre frequente il rilievo di un'ipertensione sistolica isolata, causata da un aumento della rigidità delle grandi arterie, con conseguente sovraccarico di lavoro per il ventricolo sinistro. L'aumento del rischio cardiovascolare connesso con l'ipertensione sistolica è noto ed è stato recentemente confermato da importanti meta-analisi. Trial clinici recenti hanno inoltre chiarito che i benefici del trattamento dell'ipertensione sistolica isolata, con una riduzione dei valori di sistolica al di sotto dei 150 mm Hg, sono evidenti anche nella popolazione degli ultraottantenni. Peraltro, il beneficio della terapia nell'ipertensione sistolica dell'anziano non sembra essere correlato all'utilizzo di categorie specifiche di farmaci, essendo questo beneficio stato dimostrato con tutte le classi attualmente in uso come prima scelta. La presente revisione offre una sintesi delle evidenze cliniche oggi disponibili sull'argomento e fornisce delle indicazioni all'approccio terapeutico alla luce di tali evidenze.

Parole chiave:

relazione medico-paziente, orientamento psicosociale, medicina generale.

INTRODUZIONE

Nell'anziano l'ipertensione arteriosa riveste un ruolo rilevante in termini di prevalenza, morbilità e mortalità. In tale fascia di età non è infrequente il riscontro di una "ipertensione sistolica isolata", definita da valori pressione arteriosa sistolica (PAS) superiore a 140 mm Hg con pressione arteriosa diastolica (PAD) inferiore a 90 mm Hg, o addirittura di quella che in passato veniva definita "ipertensione sistolica sproporzionata", in caso di valori di pressione sistolica superiori a (PAD-15) x 2.

Uno dei più importanti studi di prevalenza è stato effettuato negli Stati Uniti, ed ha chiaramente dimostrato che i valori di pressione sistolica correlano direttamente con l'età, mentre la pressione diastolica ha un andamento "a campana", con un iniziale aumento consensuale all'avanzare degli anni, seguito da un trend in diminuzione dopo i 60 anni.¹ Di fatto la prevalenza di ipertensione nella popolazione al di sopra di 75 anni è superiore al 70% e, nei soggetti con più di 60 anni, si assiste quindi ad un progressivo incremento della prevalenza di ipertensione sistolica isolata che interessa il 15% della popolazione in tale fascia di età. Dal punto di vista fisiopatologico, l'aumento della pressione sistolica con l'avanzare dell'età può essere spiegata con modifiche vascolari che alterano la "stiffness", ossia la rigidità, delle arterie, in particolare di quelle elastiche come l'aorta e i grossi vasi che dall'aorta originano. L'aumento del collagene nella parete arteriosa, la riduzione della componente elastinica all'interno della matrice extracellulare e il legame del calcio all'elastina, aumentano la rigidità della pareti arteriose e quindi la capacità di dilatarsi all'arrivo dell'onda sfigmica anterograda con il conseguente incremento ed anticipazione dell'onda sfigmica riflessa. Di conseguenza aumentano la pressione e il lavoro che il ventricolo sinistro deve produrre ad ogni sistole. Il valore di pressione sistolica identifica direttamente il carico contro il quale lavora il cuore, oltre che essere un indice dell'azione meccanica ("strain") sui vasi maggiori. Inoltre, essendo espressione dell'irrigidimento della parete vascolare, rappresenta verosimilmente l'indice di un danno strutturale potenzialmente già esistente anche in altri distretti vascolari. Da tutto ciò deriva la necessità di prestare particolare attenzione nel soggetto anziano al monitoraggio e ad un trattamento adeguato della pressione sistolica, come verrà di seguito illustrato.

Ipertensione sistolica e rischio cardiovascolare

Alcuni studi epidemiologici evidenziavano già, più di 20 anni or sono, che valori elevati di PAS e di PAD correlavano direttamente con il rischio di morte per cause cardiovascolari. Già allora emergeva in modo evidente che il rischio maggiore si aveva in coloro che presentavano un'ipertensione sistolica isolata con PAS superiore ai 160 mmHg,² condizione più frequente nella popolazione anziana. In tempi più recenti, un'autorevole metanalisi di 8 grandi studi, che ha incluso un totale di 15693 pazienti anziani con ipertensione sistolica isolata e non, sottoposti ad un periodo medio di follow-up di 3-8 anni, ha sottolineato il ruolo preponderante dei

valori di PAS nel determinare il rischio cardiovascolare correlato ai valori pressori. Infatti, mentre valori di PAD al di sopra della norma incidono in modo meno rilevante sulla mortalità globale e su quella per cause cardiovascolari, i pazienti con PAS superiore ai 120 mmHg presentano un rischio di morte per tutte le cause che aumenta in modo direttamente proporzionale con i valori pressori. Se si restringe l'analisi alla mortalità per cause cardiovascolari, la relazione pressione-mortalità diventa addirittura quasi esponenziale. Ad ogni incremento di 10 mmHg di PAS corrisponde un aumento del rischio relativo di mortalità generale di 1.26, di 1.22 per l'ictus e di 1.07 per gli eventi coronarici. Dalla stessa metaanalisi emerge che un'adeguata terapia anti-ipertensiva permette di ridurre gli eventi cardiovascolari del 29%, con una riduzione della malattia coronarica del 26% e dell'ictus del 35%; la mortalità per cause cardiovascolari si riduce del 25% e la mortalità totale del 12%.³

Sebbene le subanalisi dei primi studi controllati sugli effetti del trattamento antiipertensivo (Framingham, Hypertension Detection and Follow-up Program, Medical Research Council, Mr-FIT) eseguite sui pazienti di età superiore ai 60 anni, avessero suggerito potenziali benefici del trattamento anche in questi soggetti, le evidenze definitive in studi disegnati ad hoc sono state ottenute solo in una serie di trial clinici conclusi negli anni '90. Questi studi hanno di fatto permesso di definire con chiarezza i benefici della terapia anche nell'ipertensione sistolica isolata. Tra questi particolare rilievo hanno avuto lo studio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program, condotto su 4736 pazienti di età superiore ai 60 anni seguiti in media per 4,5 anni)⁴ che ha valutato l'effetto della terapia con un diuretico tiazidico cui veniva associato o meno un beta bloccante, e lo studio Syst-Eur (condotto su 4695 pazienti di età superiore ai 60 anni con un follow up medio di 2 anni)⁵ nel quale sono stati analizzati, nel soggetto anziano, gli effetti del trattamento dell'ipertensione sistolica isolata con un calcio antagonista diidropiridinico e l'eventuale associazione di ace-inibitore + diuretico tiazidico. Entrambi gli studi hanno dimostrato in modo univoco il beneficio del trattamento dell'ipertensione sistolica sul rischio di morte per tutte le cause, sugli eventi cardiovascolari, sullo stroke e sugli eventi coronarici: lo studio Syst-Eur ha ottenuto un risultato migliore dello SHEP in termini di mortalità nei pazienti diabetici, mentre nei pazienti non diabetici gli outcomes sono risultati del tutto sovrapponibili tra i due studi. L'incidenza di stroke è stata la variabile di outcome che ha beneficiato in maggior misura dal trattamento, con una riduzione degli eventi riportata dal Syst-Eur dell'86% nei diabetici e del 39% nei non diabetici. Peraltro questi studi hanno incluso gruppi di pazienti con età superiore ai 60 anni, lasciando aperte importanti questioni relative ai pazienti cosiddetti "grandi anziani", ossia quelli con età superiore agli 80 anni. Ancorchè anche sugli effetti della terapia antiipertensiva nei pazienti ultraottantenni siano state condotte delle metaanalisi⁶ che hanno incluso sottopopolazioni di soggetti estratti da studi non specificamente focalizzati su questa fascia di età, dando supporto all'evidenza di un beneficio della terapia antiipertensiva

porto all'evidenza di un beneficio della terapia antiipertensiva anche in questi soggetti, la dimostrazione definitiva che il trattamento antiipertensivo riduce le complicanze cardiovascolari anche dopo gli 80 anni è stata ottenuta solo di recente con i risultati dello studio HYVET (HYpertension in the Very Elderly Trial).⁷ Questo studio ha coinvolto 3845 pazienti di età \geq 80 anni con PAS compresa tra i 160 e i 199 mmHg e PAD inferiore a 110 mmHg provenienti da Europa, Cina, Australia, Asia e Tunisia, ed aveva come endpoint primario l'incidenza di stroke fatale e non fatale su due sottogruppi di pazienti reclutati. Il primo gruppo è stato trattato con perindopril con/senza indapamide, mentre al secondo è stato somministrato un placebo. Nei pazienti trattati farmacologicamente rispetto a quelli che avevano assunto placebo è stata evidente una sostanziale riduzione del rischio di stroke (-30%), stroke fatale (-39%), mortalità per tutte le cause (-21%), mortalità per cause cardiovascolari (-23%), morte cardiaca (-29%), scompenso cardiaco (-64%) ed eventi cardiovascolari (-34%) (Figura 1). Questi risultati sono stati ottenuti stabilendo il target pressorio al di sotto di 150/80 mmHg e va sottolineato che i pazienti ultraottantenni inclusi nell'HYVET erano pazienti in condizioni generali piuttosto buone in quanto privi di comorbidità significative e quindi, verosimilmente, solo parzialmente rappresentativi della popolazione reale. Al momento non c'è evidenza che una riduzione ulteriore dei valori pressori apporti qualche beneficio, mentre alcuni dati evidenziano una inefficacia in termini di riduzione del rischio cardiovascolare⁷ o addirittura una maggior incidenza di eventi avversi, soprattutto nel paziente ultraottantenne, conseguenti al tentativo di portare PAS e PAD ai valori considerati normali per una popolazione standard (120/80mmHg).^{8,9} Vi è chiara evidenza che il controllo dell'ipertensione sistolica, indipendentemente dal tipo di terapia farmacologica impiegata, apporta un beneficio sostanziale nella prevenzione cardiovascolare nel paziente anziano, sebbene il target pressorio non debba essere necessariamente quello individuato per i pazienti di età inferiore.

Ipertensione e Stroke

Nell'ambito del discorso relativo all'ipertensione dell'anziano, particolare rilevanza acquisisce il problema della prevenzione dell'ictus. Questo sia perché l'ictus costituisce l'evento cardiovascolare al cui rischio è maggiormente esposto l'anziano iperteso che perché, come gli studi di intervento farmacologico hanno dimostrato, il maggiore beneficio della terapia si ha proprio nella prevenzione di questa complicanza. In questa ottica ha rilievo significativo la comprensione dei meccanismi fisiopatologici che regolano il flusso cerebrale ed di come questi meccanismi vengano rimodulati in presenza di uno stato ipertensivo.

E' noto che il sistema vascolare è fisiologicamente dotato di meccanismi di autoregolazione che permettono di mantenere un flusso ematico pressoché costante entro un intervallo considerevole di pressione arteriosa media. Nel soggetto normale questo range è compreso all'incirca tra 50 e 120 mmHg: al di sopra si ha una condizione di iperafflusso ematico cerebrale, mentre al di sotto c'è la soglia dell'ischemia. Nel soggetto iperteso, la curva di autoregolazione pressione/flusso ha la stessa forma e la stessa ampiezza del paziente sano ma i limiti dell'intervallo di autoregola-

zione risultano spostati su valori pressori più elevati (Figura 2).¹⁰ Ciò significa che la soglia di ischemia inizia per valori di pressione media più elevati che nel soggetto normale e che quindi una qualunque causa, anche transitoria, che induca un ridotto apporto ematico cerebrale ha maggiori possibilità di causare un danno ischemico rispetto al soggetto sano. La base fisiopatologica sembra risiedere in un'alterazione dei meccanismi molecolari di vasodilatazione che trovano nell'ossido nitrico un fattore chiave.¹¹ I vasi arteriosi del paziente iperteso, così come quelli del paziente fumatore, diabetico o dislipidemico, presentano un maggior grado di disfunzione endoteliale rispetto al soggetto sano.¹² L'endotelio a causa di un danno indotto dall'ipertensione, ma che sembra essere comune a altri fattori di rischio cardiovascolare, è sottoposto ad uno squilibrio tra fattori vasoconstrictori e vasodilatatori, squilibrio relativo in prima istanza ad una inadeguata produzione di ossido nitrico, perdendo parte della sua capacità di adattare l'ampiezza dei vasi alla pressione interna. Questa risposta funzionale risulta necessaria al mantenimento di un costante flusso ematico distrettuale. Alla alterazione funzionale dei vasi cerebrali si vanno ad aggiungere, nell'ipertensione, una serie di adattamenti strutturali delle arteriole, vasi che in risposta all'aumento cronico dello "strain" parietale subiscono delle modificazioni nei rapporti geometrici tra parete e lume vascolare. Questi adattamenti strutturali hanno in comune l'aumento della componente muscolare liscia della parete vascolare (ipertrofia) e vengono identificati in due modalità distinte che vengono definite, rispettivamente, ipertrofia concentrica e rimodellamento concentrico vascolare. La finalità di codesti adattamenti è quella di consentire una normalizzazione della tensione parietale (strain) finalizzata a garantire una migliore efficacia del meccanismo di autoregolazione del flusso in termini di risposta vasoconstrictrice e di protezione del microcircolo. Peraltro, questi meccanismi strutturali di adattamento vascolare potrebbero anche penalizzare la risposta vasodilatatrice ed il flusso nei circoli collaterali.

Nel 2002 è stata pubblicata un'importante metanalisi¹³ sugli effetti della pressione sistolica nell'incidenza di alcune patologie cardiovascolari. Sono stati analizzati 61 studi per un totale di oltre un milione di soggetti reclutati. I dati relativi all'incidenza di stroke hanno chiaramente dimostrato che, anche stratificando i soggetti per età, il rischio di stroke aumentava in modo lineare con l'incremento dei valori pressori sia sistolici che diastolici abitualmente registrati dai soggetti esaminati. È interessante notare che così come l'incidenza di stroke aumenta con l'aumentare dei valori pressori, anche la riduzione del rischio di stroke correla in modo lineare con l'entità della riduzione pressoria¹⁴ ottenuta impostando una terapia adeguata (Figura 3). Ancora una volta lo studio HYVET dimostra che anche nell'ultraottantenne una terapia antiipertensiva che riporti la pressione arteriosa a valori di 150/80 mmHg è efficace nella prevenzione primaria dell'ictus, registrando il 30% di nuovi eventi in meno nei 4 anni di follow-up, rispetto ai soggetti ipertesi che assumevano placebo (Figura 4). Analoghe considerazioni derivano dall'analisi di studi di prevenzione secondaria dello stroke. Quattro studi prospettici condotti dal 1995 al 2005 su molte migliaia di pazienti hanno concordemente dimostrato che una riduzione pressoria anche minima, ottenuta indi-

pendentemente dal tipo di farmaco usato, è in grado di prevenire in modo significativo la recidiva di stroke. I risultati migliori in tal senso sono stati osservati nello studio PROGRESS,¹⁵ nel quale erano stati utilizzati perindopril o perindopril + indapamide e confrontati con il placebo in pazienti che avevano avuto un ictus o un attacco ischemico transitorio. In questo studio, una riduzione di 5 mmHg di PAS e di 3 mmHg di PAD ottenuta col solo perindopril, produceva una diminuzione non significativa del rischio di avere un secondo stroke, mentre se, come con l'associazione, la PAS veniva ridotta di 12 mmHg e la PAD di 5 mmHg rispetto al valore basale, la riduzione del rischio era altamente significativa (43%).

CONCLUSIONI

A conclusione di questa sintetica revisione, si può quindi affermare che le evidenze attualmente disponibili definiscono con chiarezza il beneficio potenzialmente ottenibile con il trattamento dell'ipertensione arteriosa nella popolazione anziana. Questa si traduce in una riduzione significativa degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori, della incidenza di scompenso cardiaco, e della mortalità sia cardiovascolare che generale. Questo tipo di evidenza è particolarmente rilevante nella riduzione del rischio di ictus cerebrale ed è stata estesa recentemente anche alla popolazione degli ultraottantenni. Poiché i benefici preventivi del trattamento antiipertensivo nella popolazione anziana e con ipertensione sistolica sono stati ottenuti con tutte le categorie dei farmaci comunemente utilizzati e le metanalisi più recenti non dimostrano differenze significative tra diuretici, beta-bloccanti, ACE-inibitori, antagonisti recettoriali dell'angiotensina e calcio-antagonisti,¹⁶ tutti questi farmaci possono essere presi in considerazione per la terapia, eventualmente anche in associazione, qualora l'ottenimento dell'obiettivo pressorio lo renda opportuno. La scelta del trattamento andrà guidata dalle comorbidità e dalla possibile insorgenza di effetti collaterali, non dimenticando l'opportunità di mettere in atto misure correttive dello stile di vita. Nell'anziano sarà sempre importante iniziare con gradualità la terapia e altrettanta gradualità andrà applicata agli eventuali incrementi di dosaggio dei farmaci. Rimane ancora una certa incertezza su quali siano da considerare gli obiettivi pressori del trattamento: se nei pazienti al di sopra dei 60 anni l'obiettivo dei 140/90 è perseguibile come nei soggetti più giovani, negli ultraottantenni un valore di PAS di 140-145 potrà considerarsi accettabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995;25:305-313
2. Rutan GH, Kuller LH, Neaton JD, Wentworth DN, McDonald RH, Smith WM. Mortality associated with diastolic hypertension and isolated systolic hypertension among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation* 1988;77:504-514
3. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, Thijs L, Den Hond E, Boissel JP, Coope J, Ekblom T, Gueyffier F, Liu L, Kerlikowske K, Pocock S, Fagard RH. Risks of untreated and treated isolated systolic

hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000;355:865-872

4. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). SHEP Cooperative Research Group. *JAMA* 1991;265:3255-3264
5. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhäger WH, Bulpitt CJ, de Leeuw PW, Dollery CT, Fletcher AE, Forette F, Leonetti G, Nachev C, O'Brien ET, Rosenfeld J, Rodicio JL, Tuomilehto J, Zanchetti A Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997;350:757-764
6. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel JP, Schron E, Ekblom T, Fagard R, Casiglia E, Kerlikowske K, Coope J. Antihypertensive drugs in very old people: a subgroup meta-analysis of randomised controlled trials. *INDANA Group. Lancet* 1999;353:693-696
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrescu D, Stoyanovsky V, Antikainen RL, Nikitin Y, Anderson C, Belhani A, Forette F, Rajkumar C, Thijs L, Banya W, Bulpitt CJ; HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358(18):1887-1898
8. Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM, Marks RG, Kowey P, Messerli FH, Mancina G, Cangiano JL, Garcia-Barreto D, Keltai M, Erdine S, Bristol HA, Kolb HR, Bakris GL, Cohen JD, Parmley WW; INVEST Investigators. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:2805-2816
9. ACCORD Study Group, Cushman WC, Evans GW, Byington RP, Goff DC Jr, Grimm RH Jr, Cutler JA, Simons-Morton DG, Basile JN, Corson MA, Probstfield JL, Katz L, Peterson KA, Friedewald WT, Buse JB, Bigger JT, Gerstein HC, Ismail-Beigi F. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010;362:1575-1585
10. Harper SL, Bohlen HG. Microvascular adaptation in the cerebral cortex of spontaneously hypertensive rats. *Hypertension* 1984;6:408-419
11. Lubos E, Handy DE, Loscalzo J. Role of oxidative stress and nitric oxide in atherosclerosis. *Fron Biosci* 2008;13:5323-5344
12. Rizzoni D, Agabiti-Rosei E. Endothelial factors and microvascular hypertensive disease. *J Cardiovasc Pharmacol* 2001;38:S15-S18
13. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-1913
14. Lawes CM, Bennett DA, Feigin VL, Rodgers A. Blood pressure and stroke: an overview of published reviews. *Stroke* 2004;35:776-785
15. Progress Collaborative Group. Randomized trial of a perindopril-based blood-pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet* 2001;358:1033-1041
16. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomized trials. *BMJ* 2008;336:1121-1123

Medico di Medicina Generale e gestione del paziente reumatico in terapia con farmaci biologici.

General practitioner in the management of rheumatic patients treated with biologic agents.

Giovanni Di Giacinto

ASUR 1 Marche Zona Territoriale 2 Urbino (PU); Area Reumatologica SIIICP-Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie

Correspondence to:

Giovanni Di Giacinto
giovanni.digiacinto@siicp.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

In recent years biologicals have enriched the therapeutic armamentarium for the treatment of certain rheumatic diseases. Proteins are obtained with procedures for cell cultures and genetic engineering, which act on different targets in chronic inflammation. In the field of rheumatology the therapeutic indications approved of biologicals are represented by the rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis. These drugs are burdened by potential side effects, especially infectious, sometimes life-threatening of the patients. The main role of general practitioner in the management of patients treated with biologic agents is the verification of contraindications, compliance and clinical efficacy, by early recognition and management of adverse events, by management of vaccinations and surgeries.

Key words:

biological drugs, rheumatoid arthritis, side effects, general practitioner.

RIASSUNTO

Negli ultimi anni i farmaci biologici hanno arricchito l'armamentario terapeutico per la cura di alcune malattie reumatiche. Sono proteine ottenute con procedure di colture cellulari ed ingegneria genetica, che agiscono su differenti bersagli della flogosi cronica. In ambito reumatologico le indicazioni terapeutiche approvate dei farmaci biologici sono rappresentate dall'artrite reumatoide, dall'artrite psoriasica, dalla spondilite anchilosante. Questi farmaci sono gravati da potenziali effetti collaterali, in particolare di tipo infettivo, talvolta pericolosi per la vita dei pazienti trattati. Il principale ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione dei pazienti in terapia con farmaci biologici è rappresentato dalla verifica delle controindicazioni, della compliance e dell'efficacia clinica, dal riconoscimento precoce e dalla gestione degli eventi avversi, dalla gestione delle vaccinazioni e degli interventi chirurgici.

Parole chiave:

farmaci biologici, artrite reumatoide, eventi avversi, medico di medicina generale.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni i farmaci biologici (FB) hanno arricchito l'armamentario terapeutico per la cura di alcune malattie reumatiche. Sono proteine ottenute con procedure di colture cellulari ed ingegneria genetica, che agiscono su differenti bersagli della flogosi cronica.

I primi ad essere utilizzati sono stati gli antagonisti del Tumor Necrosis Factor alfa (TNF alfa) e dell'interleuchina 1 (IL-1). I FB anti-TNF alfa attualmente disponibili comprendono l'anticorpo chimerico umano/murino INFLIXIMAB, l'anticorpo totalmente umano ADALIMUMAB ed ETANERCEPT, proteina di fusione solubile analoga al recettore p75 umano del TNF alfa.

A questi farmaci più di recente si sono aggiunti nuovi agenti rivolti contro le cellule infiammatorie, in particolare il RITUXIMAB, anticorpo monoclonale chimerico anti-CD20 che causa deplezione dei linfociti B e l'ABATACEPT, proteina di fusione che modula i segnali co-stimolatori necessari per l'attivazione dei linfociti T, oltre al TOCILIZUMAB, anticorpo monoclonale umanizzato anti-interleuchina 6 (IL-6), al GOLIMUMAB, anticorpo monoclonale umanizzato ed al CERTOLIZUMAB, anticorpo ricombinante umano, anch'essi inibitori del TNF alfa (Tab.1).¹

Farmaci biologici: indicazioni terapeutiche

In ambito reumatologico le indicazioni terapeutiche approvate dei FB sono rappresentate dall'artrite reumatoide (AR), dall'artrite psoriasica (AP), dalla spondilite anchilosante (SA) e dall'artrite idiopatica giovanile (AIG) per gli anti-TNF alfa e dall'AR per anakinra, rituximab, abatacept, tocilizumab. Nel corso di studi clinici randomizzati e controllati questi farmaci hanno dimostrato, sia in monoterapia che in associazione con il methotrexate (MTX), nei pazienti non responsivi al trattamento con lo stesso farmaco, di migliorare i segni e i sintomi infiammatori e la qualità di vita dei soggetti trattati, oltre alla capacità di arrestare il danno strutturale responsabile della disabilità. Inoltre, sono in grado di favorire una rapida risposta terapeutica quando utilizzati in pazienti con AR in fase precoce e con segni di spiccata attività di malattia.²⁻⁷ Queste osservazioni hanno portato ad una modifica radicale dell'approccio terapeutico alla malattia, in passato improntato alla riduzione del dolore e della flogosi ed all'utilizzo dei farmaci "di fondo" (tra cui il MTX) in grado di rallentare la progressione del danno anatomico solo nelle fasi più avanzate della stessa, quando il danno medesimo era già instaurato, nel timore di una potenziale tossicità farmacologica.¹ Gli schemi terapeutici attuali hanno capovolto questo atteggiamento a vantaggio di un trattamento con FB sin dalle fasi iniziali della malattia, in particolare nei pazienti con AR severa, allo scopo di prevenire la comparsa di lesioni erosive causa di deformità ossee permanenti, tanto da far parlare di "rivoluzione copernicana" nella terapia dell'AR.⁸

Nel 2006 sono state pubblicate le raccomandazioni per l'uso dei FB anti-TNF alfa nell'AR della Società Italiana di Reumatologia⁹ e nel 2008 dell'American College of Rheumatology.¹⁰

Sebbene nei foglietti illustrativi dei farmaci anti-TNF alfa venga raccomandata prudenza d'impiego negli anziani, negli ultimi anni sono aumentate le osservazioni del loro utilizzo nei pazienti in età avanzata affetti da reumatismi infiammatori cronici, in particolare quelli con AR.^{11,12}

Secondo una recente indagine Censis-Associazione Nazionale Malati Reumatici-Società Italiana di Reumatologia in Italia i soggetti affetti da AR di età compresa fra 65-74 anni rappresentano rispettivamente il 33,3% per il sesso maschile e 29,7% per il sesso femminile ed i soggetti con età superiore ai 75 anni sono rispettivamente il 22,6% ed il 20,9%. Nei pazienti anziani affetti da AR è stata osservata una buona risposta clinica agli anti-TNF alfa paragonabile a quella osservata nei soggetti più giovani, senza un significativo incremento degli effetti collaterali causa di sospensione dei farmaci.^{12,13}

Ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione dei pazienti in terapia con farmaci biologici

Il Medico di Medicina Generale (MMG) svolge un ruolo importante nella gestione dei pazienti in terapia con FB, sia nella valutazione iniziale dell'assenza di controindicazioni, sia nell'osservazione dell'efficacia clinica, sia nella verifica dell'eventuale comparsa di effetti collaterali nel corso del trattamento e sia nella gestione di specifiche problematiche connesse all'impiego di questi farmaci (Tab.2).

Verifica controindicazioni

Prima di iniziare il trattamento con FB i pazienti vengono sottoposti ad un'accurata anamnesi, ad indagini di laboratorio e strumentali per escludere patologie pregresse e/o in atto che ne controindicano l'utilizzo (Tab.3). Dopo la messa in commercio dei farmaci anti-TNF alfa da trials clinici e dai primi registri di sorveglianza emergeva un rischio aumentato da 4 a 9 volte di infezione tubercolare.¹⁴⁻¹⁶

La tubercolosi era prevalentemente extra-polmonare, aveva un decorso più grave e compariva nei primi mesi di terapia con infliximab (riattivazione?), mentre l'infezione era meno frequente con etanercept, anche nei pazienti con positività al test della tubercolina, ma l'incidenza aumentava linearmente con il proseguire della terapia (infezione de novo?).

La maggioranza delle infezioni insorgeva in pazienti con storia nota di pregressa tubercolosi, suggerendo una riattivazione di un'infezione latente.¹⁷

Per questo motivo attualmente i pazienti che devono essere trattati con FB vengono sottoposti preventivamente ad anamnesi dettagliata, a radiografia del torace ed al test cutaneo alla tubercolina (PPD) per escludere un'infezione tubercolare sia attiva che inattiva (latente). L'applicazione di questo screening ha favorito una marcata riduzione, ma non l'abolizione, dei casi di infezione in corso di terapia con questi farmaci.¹⁸

Inoltre, prima di iniziare il trattamento con FB va effettuato lo

screening per l'infezione da HIV e HBV, escludendo i pazienti HIV e HBsAg positivi (anche se anti-HBc e/o anti-HBe positivi, HBV DNA negativi, transaminasi normali).

Questa indicazione tiene conto dell'osservazione di casi di riattivazione da virus B in pazienti in terapia con anti-TNF alfa, alcuni ad esito fatale,^{19,20} mentre il profilo di sicurezza di questi farmaci nei pazienti con infezione da virus C sembra accettabile, sebbene il profilo di epatotossicità si diversifichi tra i differenti agenti.²¹

Il MMG deve svolgere una funzione di controllo nella verifica delle controindicazioni all'impiego dei FB, in quanto, a differenza degli specialisti che danno l'indicazione alla terapia, conosce in maniera più completa e dettagliata la storia clinica del paziente candidato al trattamento.

Verifica della compliance

Uno dei principali problemi correlati alla terapia farmacologica di patologie croniche è quello della progressiva perdita della compliance da parte dei pazienti. Poiché la somministrazione dei FB che vengono somministrati per via endovenosa viene eseguita in ambito ospedaliero, il controllo del rispetto delle somministrazioni periodiche degli stessi ricade principalmente sugli specialisti ospedalieri od universitari che hanno dato l'indicazione al trattamento. Sta al MMG, invece, verificare periodicamente che i pazienti eseguano costantemente la terapia con FB per via sottocutanea, controllando la periodicità delle prescrizioni dei farmaci nella cartella clinica computerizzata.

Verifica efficacia clinica

La verifica dell'efficacia clinica della terapia farmacologica con FB non deve essere esclusivo appannaggio degli specialisti nelle visite periodiche che i pazienti in trattamento eseguono nei centri universitari o ospedalieri di riferimento, ma è anche un compito del MMG.

Naturalmente egli non si avvarrà dei criteri prettamente specialistici che valutano la risposta o la remissione clinica delle patologie trattate (Disease Activity Score, Simplified Disease Activity Index, Health Assessment Questionnaire, ecc.), ma utilizzerà esclusivamente il criterio clinico. In particolare, valuterà periodicamente lo stato generale, la riduzione del numero delle articolazioni tumefatte e dolenti, il miglioramento funzionale delle articolazioni interessate dal processo flogistico, la qualità di vita dei pazienti in terapia.

Riconoscimento precoce e gestione degli eventi avversi

Il MMG deve svolgere un ruolo molto importante nel riconoscimento precoce e nella gestione degli eventi avversi correlati all'impiego di questi farmaci, alcuni dei quali particolarmente temibili per la salute dei pazienti. Le reazioni infusionali sono relativamente frequenti, anche se raramente gravi e si osservano in corso di terapia con FB somministrati per via e.v. (infliximab, rituximab, abatacept) in ambito ospedaliero.²²

Pertanto, il MMG non si confronta direttamente con queste problematiche. Differentemente il MMG può essere direttamente coinvolto in caso di comparsa di prurito, irritazione e reazione eritematosa locale successiva alla somministrazione sottocutanea con FB, in particolare gli anti-TNF alfa.²³

In questi casi l'indicazione all'applicazione di ghiaccio prima e subito dopo la somministrazione del farmaco e di una crema cortisonica in caso di irritazione locale sono in genere sufficienti alla risoluzione del problema. Le infezioni, favorite dalla depressione della risposta del sistema immunitario, rappresentano l'effetto collaterale più frequente in corso di terapia con FB. Si tratta frequentemente di infezioni batteriche non gravi, localizzate prevalentemente a livello della cute, delle vie aeree e delle vie urinarie, sebbene siano possibili infezioni severe, in particolare nei soggetti con AR, che richiedono l'ospedalizzazione o che possono causare la morte dei pazienti in trattamento.²⁴⁻²⁸

La più temibile tra le infezioni correlate all'impiego dei farmaci anti-TNF alfa, come già indicato precedentemente, è l'infezione tubercolare in soggetti con tubercolosi latente, misconosciuta prima dell'impiego dei FB. Il rischio di tubercolosi in corso di trattamento con questi farmaci è da imputare al ruolo essenziale del TNF alfa nei confronti del bacillo tubercolare, in particolare nella formazione e nel mantenimento del granuloma. L'inibizione persistente con queste molecole del TNF alfa può favorire la disgregazione del granuloma, con conseguente ripresa della proliferazione micobatterica. In corso di terapia con anti-TNF alfa sono state segnalate anche infezioni da germi opportunisti, in particolare quelli il cui contenimento è condizionato dalla formazione del granuloma (*Aspergillus*, *Histoplasma*) e malattie infettive più rare,²⁹⁻³² oltre ad infezioni da virus, in particolare Herpes Simplex virus,³³ mentre il loro impiego non sembra aumentare il rischio di riattivazione di un'infezione latente da Herpes Zoster e da Epstein Barr virus.³⁴

Riguardo al rischio infettivo correlato all'impiego dei FB sono opportune alcune raccomandazioni per il MMG. In particolare, i pazienti in trattamento con questi farmaci vanno resi edotti del potenziale rischio conseguente alla terapia e dell'opportunità di rivolgersi, senza indugio, al proprio MMG in caso di comparsa di febbre!

Se si osserva un miglioramento del quadro clinico dopo pochi giorni il paziente può essere gestito esclusivamente dal MMG. Al contrario, in caso di mancata riduzione della febbre e dei segni e/o sintomi di infezione localizzata è opportuno che il MMG contatti direttamente lo specialista di riferimento per concordare le decisioni successive (sospensione del FB, esecuzione di indagini strumentali in regime di urgenza, eventuale ricovero ospedaliero). Un'altra raccomandazione per il MMG è quella di considerare la possibilità, in corso di trattamento, di un'infezione tubercolare in un paziente che presenti febbre, tosse persistente, sudorazione notturna, dimagrimento.

Lo scompenso cardiaco congestizio in classe NYHA III e IV costi-

tuisce una controindicazione assoluta all'utilizzo degli antagonisti del TNF alfa per il potenziale pericolo di peggioramento del quadro clinico e di morte dei pazienti.^{35,36}

Sta al MMG riconoscere precocemente i segni e/o i sintomi di scompenso cardiaco (tosse, dispnea, edemi declivi, aumento di peso), in particolare nei pazienti più anziani e con fattori di rischio cardiovascolare (fumo, diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso), nei quali la terapia con antagonisti del TNF alfa può slatentizzare una cardiopatia misconosciuta. Un inaspettato evento avverso in corso di terapia con farmaci anti-TNF alfa è rappresentato dalla comparsa o riattivazione di malattie demielinizzanti (sclerosi multipla, neurite ottica, mielite trasversa, sindrome di Guillan-Barré, polineuropatia infiammatoria cronica demielinizzante).³⁷

I casi segnalati hanno presentato una stretta correlazione temporale con l'inizio della terapia con anti-TNF alfa, la cui sospensione ha favorito la risoluzione parziale o completa del quadro neurologico nella totalità dei pazienti.³⁸

Pertanto, il rilievo anamnestico di una patologia demielinizzante costituisce un criterio di esclusione al trattamento con questi farmaci. A tal proposito, le raccomandazioni per il MMG sono quelle di sospettare la comparsa di una malattia demielinizzante, in particolare di una sclerosi multipla, se i pazienti lamentano capogiri, intorpidimento o formicolio, disturbi visivi, debolezza alle braccia ed alle gambe. E' stato segnalato un aumentato rischio di sviluppare linfomi nei pazienti con AR in terapia con anti-TNF alfa,^{39,40} peraltro non confermato da altri autori.^{41,42}

Va peraltro sottolineato che esiste un rischio di base maggiore di sviluppare un linfoma in pazienti con AR con malattia di lunga durata, altamente attiva, che complica la valutazione del rischio. Inoltre, nei pazienti con AR in trattamento con anti-TNF alfa è stato osservato un significativo incremento di tumori cutanei non-melanomatosi e di melanoma.^{42,43}

Pertanto, riguardo al rischio di neoplasie con l'impiego dei FB le raccomandazioni per il MMG sono quelle di escludere dal trattamento i pazienti con anamnesi positiva per melanoma e di sottoporre a visita dermatologica annuale tutti i pazienti in terapia con antagonisti del TNF alfa. Inoltre, i pazienti devono essere monitorati per i sintomi associati alla presenza di linfomi, in particolare ingrossamento dei linfonodi del collo, delle ascelle, dell'inguine e di altre sedi, sudorazione eccessiva, prevalentemente notturna, febbre, prurito, perdita di peso non intenzionale.

L'incremento o la comparsa di auto-anticorpi, quali anticorpi anti-nucleo (ANA) ed anti-DNA, in assenza di manifestazioni cliniche, sono stati evidenziati nel corso della terapia con anti-TNF alfa.^{44,45} Tuttavia, seppur infrequentemente, la comparsa di questi auto-anticorpi è stata associata a patologie autoimmuni, in particolare vasculiti cutanee di tipo leucocitoclastico, sindrome lupus-like con manifestazioni cliniche prevalentemente articolari e cutanee, interstiziopatia polmonare.⁴⁶ Dal punto di vista prognostico una completa risoluzione è stata osservata nel 90% dei casi, spesso

con la sola sospensione del farmaco. Differentemente l'interstiziopatia polmonare indotta da anti-TNF alfa si caratterizzerebbe per una prognosi peggiore, per una risoluzione del quadro in meno della metà dei casi alla sospensione.⁴⁶ Reazioni avverse a carico del sistema ematologico, compresa una citopenia clinicamente significativa (leucopenia, pancitopenia, trombocitopenia), sono state segnalate raramente con gli antagonisti del TNF.⁴⁷

E' opportuno che il MMG faccia eseguire ai pazienti in terapia con FB, inizialmente ad intervalli trimestrali, il dosaggio di alcuni indici di flogosi (VES, PCR, fibrinogeno, alfa-2 globuline) per valutare l'attività di malattia e l'efficacia del trattamento, oltre alla determinazione dell'emocromo, delle transaminasi e della creatinina per escludere una tossicità da farmaco.

Un evento particolare segnalato in corso di terapia con farmaci anti-TNF alfa è rappresentato dalla comparsa o dalla riaccutizzazione di manifestazioni cutanee psoriasiformi.⁴⁸ Tali manifestazioni presentano un'evoluzione benigna, risolvendosi nella totalità dei casi dopo sospensione del farmaco, pur potendosi ripresentare dopo reintroduzione della terapia o dopo passaggio ad un altro anti-TNF alfa.⁸

Come già sottolineato precedentemente i pazienti affetti da artropatie infiammatorie croniche, in particolare quelli con AR, in terapia con farmaci immunodepressori hanno un rischio maggiore di contrarre infezioni rispetto alla popolazione generale. Le infezioni sono non solo più frequenti, ma anche, non di rado, caratterizzate da un decorso più grave.

Per ridurre questo rischio è consigliabile vaccinare sistematicamente tali pazienti, in particolare con il vaccino anti-influenzale ed il vaccino anti-pneumococcico.⁴⁹

Le vaccinazioni con virus vivi sono controindicate. Nei pazienti in terapia con anti-TNF alfa il titolo anticorpale che si sviluppa dopo vaccinazione con virus influenzale inattivato è protettivo tra l'80 ed il 94% dei casi.⁵⁰ Nei pazienti da trattare con rituximab la somministrazione del vaccino anti-influenzale andrebbe effettuata prima di iniziare il trattamento con il farmaco. In caso di inoculazione del vaccino in corso di terapia con il farmaco la risposta anticorpale è generalmente ridotta.⁵¹ Anche nei pazienti con AR trattati con abatacept si può avere una ridotta risposta alla vaccinazione anti-influenzale, mentre il titolo anticorpale in quelli in terapia con tocilizumab risulta in genere efficace.⁵² La somministrazione del vaccino anti-pneumococcico a pazienti con reumatismi infiammatori cronici in terapia con FB favorisce risposte anticorpali soddisfacenti, anche se inferiori rispetto a quelle rilevate nella popolazione generale.⁵³⁻⁵⁵

Inoltre, per quanto concerne la sicurezza gli studi provano come la somministrazione dei vaccini a pazienti con attività di malattia stabile non determini una riaccutizzazione della malattia di base.⁵⁶ Pertanto, la raccomandazione per il MMG è quella di consigliare la vaccinazione anti-influenzale ed anti-pneumococcica ai pazienti possibilmente prima di iniziare la terapia con FB e con cadenza annuale per la vaccinazione anti-influenzale.¹⁰ I FB potrebbero

favorire ed aggravare possibili infezioni post-operatorie. Nel caso di interventi chirurgici programmati è buona norma sospendere preventivamente la somministrazione di questi farmaci.

CONCLUSIONI

I FB rappresentano un'importante risorsa terapeutica nel trattamento dei reumatismi infiammatori cronici sia per i soggetti giovani che per gli anziani.

La collaborazione tra specialisti (reumatologi, internisti) e MMG è fondamentale in tutte le fasi della gestione dei pazienti in terapia con questi farmaci, in particolare nella corretta informazione dei pazienti, nel riconoscimento delle controindicazioni, nel precoce riconoscimento e nella gestione delle complicanze infettive e di altri eventi avversi, nella gestione delle vaccinazioni e degli interventi chirurgici.

BIBLIOGRAFIA

- Scivo R, Perrotta FM, Spadaro A. Razionale d'uso dei farmaci biologici: evidenze e criticità. *Reumatologia Pratica* 2010; 2: 28-34.
- St Clair EW, van der Heijde CM, Smolen JS et al. Active Controlled Study of Patients Receiving Infliximab for the Treatment of Rheumatoid Arthritis of Early Onset Study Group. Combination of infliximab and methotrexate therapy for early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3432-43.
- Emery P, Breedveld FC, Hall S et al. Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET): a randomized, double-blind, parallel treatment trial. *Lancet* 2008; 372: 375-82.
- Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF et al. The PREMIER study: A multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 26-37.
- Mease PJ. Certolizumab pegol in the treatment of rheumatoid arthritis: a comprehensive review of its clinical efficacy and safety. *Rheumatology* 2011; 50: 261-70.
- Bathon J, Robles M, Nayiager S et al. Sustained disease remission and inhibition of radiographic progression in methotrexate-naïve patients with rheumatoid arthritis and poor prognostic factors treated with abatacept: 2-year outcomes. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1949-56.
- Tak PP, Rigby W, Rubbert-Roth A et al. Sustained inhibition of progressive joint damage with rituximab plus methotrexate in early active rheumatoid arthritis: 2-years results from the randomized controlled trial image. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: 351-7.
- Bombardieri S, Ferraccioli G, Ferri C et al. La rivoluzione copernicana nella terapia dell'artrite reumatoide: il contributo degli anti-TNF alfa. *Reumatismo* 2009; 61 (suppl 1): 1-23.
- Valesini G, Montecucco C, Cutolo M. Anti-TNF treatment for rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24: 413-23.
- Saag KG, Teng GG, Patkar NM et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 762-84.
- Genevay S, Finckh A, Ciurea A et al. Tolerance and effectiveness of anti-tumor necrosis factor alpha therapies in elderly patients with rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 679-85.
- Filippini M, Bazzani C, Zingarelli S et al. I farmaci biologici anti-TNF alfa nel paziente anziano affetto da artrite reumatoide: studio di una coorte di 105 pazienti ultra-sessantacinquenni. *Reumatismo* 2008; 60: 41-9.
- Fleishmann RM, Baumgartner SW et al. Response to etanercept in elderly patients with rheumatoid arthritis: a retrospective analysis of clinical trial results. *J Rheumatol* 2003; 30: 691-6.
- Wolfe F, Michaud K, Anderson J et al. Tuberculosis infection in patients with rheumatoid arthritis and the effects of infliximab therapy. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 372-9.
- Askling J, Forged CM, Brandt L et al. Risk and case characteristics of tuberculosis in rheumatoid arthritis associated with tumor necrosis factor antagonists in Sweden. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1986-92.
- Furst D, Wallis R, Broder M et al. Tumor necrosis factor antagonists: different kinetics and/or mechanisms of action may explain differences in the risk for developing granulomatous infection. *Semin Arthritis Rheum* 2006; 36: 159-67.
- Gardam MA, Keystone EC, Menzies R. Anti-tumor necrosis factor agents and tuberculosis risk: mechanisms of action and clinical management. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 148-55.
- Carmona L, Gomez-Reino JJ, Rodriguez-Valverde V et al. Effectiveness of recommendations to prevent of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1766-72.
- Ostuni P, Botsios C, Punzi L et al. Hepatitis B reactivation in a chronic hepatitis B surface antigen carrier with rheumatoid arthritis treated with infliximab and low dose methotrexate. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 686-7.
- Calabrese LH, Zin NN, Vassilopoulos D. Hepatitis B virus (HBV) reactivation with immunosuppressive therapy in rheumatic diseases: assessment and preventive strategies. *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 983-9.
- Brunasso AMG, Puntoni M, Gulia A et al. Safety of anti-tumor necrosis factor agents in patients with chronic hepatitis C infection: a systematic review. *Rheumatology* 2011; 50: 1700-11.
- Botsios C, Ostuni P, Todesco S. Frequenza e trattamento delle reazioni all'infusione di infliximab in 186 pazienti con artrite reumatoide: esperienza di Padova. *Reumatismo* 2005; 57: 44-51.
- Gorla R, Bazzani C, Zingarelli F et al. Sicurezza d'impiego degli anti-TNF. *Reumatologia Pratica* 2008; 2: 22-7.
- Wolfe F, Caplan L, Michaud K. Treatment for rheumatoid arthritis and the risk of hospitalization for pneumonia: associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 628-34.
- Bernatsky S, Hudson M, Suissa S. Anti-rheumatic drug use and risk of serious infections in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2007; 46: 1157-60.
- Raffeiner B, Botsios C, Ometto F et al. I farmaci biologici anti-TNF alfa e il rischio infettivo nell'artrite reumatoide. *Reumatismo* 2009; 61: 165-73.
- Galloway JB, Hyrich KL, Merce LK et al. Anti-TNF therapy is associated with an increased risk of serious infections with rheumatoid arthritis especially in the first 6 months of treatment: updated results from the British Society for Rheumatology Biologics Register with special emphasis on risks in the elderly. *Rheumatology* 2011; 50: 124-31.
- Campbell L, Chen C, Bhagat SS et al. Risk of adverse events including serious infections in rheumatoid arthritis patients treated with tocilizumab: a systematic literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 2011; 50: 552-62.
- Lee JH, Slifman NR, Gershon SK et al. Life-threatening histoplasmosis complicating immunotherapy with tumor necrosis factor alpha antagonist infliximab and etanercept. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 2565-70.
- Slifman NR, Gershon SK, Lee JH et al. Listeria monocytogenes infection as a complication of treatment with tumor necrosis factor alpha-neutralizing agents. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 319-24.
- De Rosa FG, Shaz D, Campagna AC et al. Invasive pulmonary aspergillosis soon of therapy with infliximab, a tumor necrosis factor-alpha-neutralizing antibody: a possible healthcare-associated case? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24: 477-82.
- Tsiodras S, Samonis G, Boumpas DT et al. Fungal infections complicating tumor necrosis factor blockade therapy. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 181-94.
- Justice EA, Khan SY, Logan S et al. Disseminate cutaneous Herpes Simplex Virus-1 in a woman with rheumatoid arthritis receiving Infliximab: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 282-3.
- Balandraud N, Guis S, Baptiste MJ. Long-term treatment with methotrexate or tumor necrosis factor alpha inhibitors does not increase Epstein-Barr virus load in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 762-7.
- Chung ES, Packer M, Lo KH et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot trial of infliximab, a chimeric monoclonal antibody to tumor necrosis factor-alpha, in patients with moderate-to-severe heart failure: results of the anti-TNF Therapy against Congestive Heart Failure (ATTACH) trial. *Circulation* 2003; 107: 3133-40.
- Kwon HJ, Cote TR, Cuffe MS et al. Case reports of heart failure after therapy with a tumor necrosis factor antagonist. *Ann Intern Med* 2003; 138: 807-11.
- Mohan N, Edwards ET, Cupps TR et al. Demyelination occurring during anti-tumor necrosis factor alpha therapy for inflammatory arthritides. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2862-9.
- Desai SB, Furst DE. Problems encountered during anti-tumor necrosis factor therapy. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 757-90.
- Wolfe F, Michaud K. Lymphoma in rheumatoid arthritis: the effect of methotrexate and anti-tumor necrosis factor therapy in 18.572 patients. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 1740-51.
- Geborek P, Bladstrom A, Turesson C et al. Tumor necrosis factor blockers do not increase overall tumour risk in patients with rheumatoid arthritis, but may be associated with an increased risk of lymphomas. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 699-703.
- Askling J, Forged CM, Baecklund E et al. Haematopoietic malignancies in rheumatoid arthritis: lymphoma risk and characteristics after exposure to tumour necrosis factor antagonists. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1414-20.
- Mariette X, Matucci-Cerinic M, Pavelka K et al. Malignancies associated with tumour necrosis factor inhibitors in registries and prospective observational studies: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1895-1904.
- Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from a large US observational study. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 2886-95.
- Eriksson C, Engstrand S, Sundqvist KG et al. Autoantibody formation in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF alpha. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 403-7.
- Hoxha A, Ruffatti A, Grypiotis P et al. Gli anticorpi antinucleo, anti-dsDNA, anti-ENA nei pazienti con artrite reumatoide o spondilite anchilosante in trattamento con infliximab. *Reumatismo* 2006; 58: 121-6.
- Ramos-Casals M, Brito-Zeròn P, Munoz S et al. Autoimmune diseases induced by TNF-targeted therapies: analysis of 233 cases. *Medicine* 2007; 86: 242-51.
- Marchesoni A, Arreghini M, Panni B et al. Life-threatening reversible bone marrow toxicity in a rheumatoid arthritis patient switched from leflunomide to infliximab. *Rheumatology* 2003; 42: 193-4.
- Collamer AN, Guerrero KT, Henning JS et al. Psoriatic skin le-

- fection: a systematic review. *Rheumatology* 2011; 50: 1700-11.
22. Botsios C, Ostuni P, Todesco S. Frequenza e trattamento delle reazioni all'infusione di infliximab in 186 pazienti con artrite reumatoide: esperienza di Padova. *Reumatismo* 2005; 57: 44-51.
 23. Gorla R, Bazzani C, Zingarelli F et al. Sicurezza d'impiego degli anti-TNF. *Reumatologia Pratica* 2008; 2: 22-7.
 24. Wolfe F, Caplan L, Michaud K. Treatment for rheumatoid arthritis and the risk of hospitalization for pneumonia: associations with prednisone, disease-modifying antirheumatic drugs, and anti-tumor necrosis factor therapy. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 628-34.
 25. Bernatsky S, Hudson M, Suissa S. Anti-rheumatic drug use and risk of serious infections in rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2007; 46: 1157-60.
 26. Raffeiner B, Botsios C, Ometto F et al. I farmaci biologici anti-TNF alfa e il rischio infettivo nell'artrite reumatoide. *Reumatismo* 2009; 61: 165-73.
 27. Galloway JB, Hyrich KL, Merce LK et al. Anti-TNF therapy is associated with an increased risk of serious infections with rheumatoid arthritis especially in the first 6 months of treatment: updated results from the British Society for Rheumatology Biologics Register with special emphasis on risks in the elderly. *Rheumatology* 2011; 50: 124-31.
 28. Campbell L, Chen C, Bhagat SS et al. Risk of adverse events including serious infections in rheumatoid arthritis patients treated with tocilizumab: a systematic literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 2011; 50: 552-62.
 29. Lee JH, Slifman NR, Gershon SK et al. Life-threatening histoplasmosis complicating immunotherapy with tumor necrosis factor alpha antagonist infliximab and etanercept. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 2565-70.
 30. Slifman NR, Gershon SK, Lee JH et al. *Listeria monocytogenes* infection as a complication of treatment with tumor necrosis factor alpha-neutralizing agents. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 319-24.
 31. De Rosa FG, Shaz D, Campagna AC et al. Invasive pulmonary aspergillosis soon of therapy with infliximab, a tumor necrosis factor-alpha-neutralizing antibody: a possible healthcare-associated case? *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003; 24: 477-82.
 32. Tsiodras S, Samonis G, Boumpas DT et al. Fungal infections complicating tumor necrosis factor blockade therapy. *Mayo Clin Proc* 2008; 83: 181-94.
 33. Justice EA, Khan SY, Logan S et al. Disseminate cutaneous Herpes Simplex Virus-1 in a woman with rheumatoid arthritis receiving Infliximab: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 282-3.
 34. Balandraud N, Guis S, Baptiste MJ. Long-term treatment with methotrexate or tumor necrosis factor alpha inhibitors does not increase Epstein-Barr virus load in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2007; 57: 762-7.
 35. Chung ES, Packer M, Lo KH et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot trial of infliximab, a chimeric monoclonal antibody to tumor necrosis factor-alpha, in patients with moderate-to-severe heart failure: results of the anti-TNF Therapy against Congestive Heart Failure (ATTACH) trial. *Circulation* 2003; 107: 3133-40.
 36. Kwon HJ, Cote TR, Cuffe MS et al. Case reports of heart failure after therapy with a tumor necrosis factor antagonist. *Ann Intern Med* 2003; 138: 807-11.
 37. Mohan N, Edwards ET, Cupps TR et al. Demyelination occurring during anti-tumor necrosis factor alpha therapy for inflammatory arthritides. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2862-9.
 38. Desai SB, Furst DE. Problems encountered during anti-tumor necrosis factor therapy. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20: 757-90.
 39. Wolfe F, Michaud K. Lymphoma in rheumatoid arthritis: the effect of methotrexate and anti-tumor necrosis factor therapy in 18,572 patients. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 1740-51.
 40. Geborek P, Bladstrom A, Turesson C et al. Tumor necrosis factor blockers do not increase overall tumour risk in patients with rheumatoid arthritis, but may be associated with an increased risk of lymphomas. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 699-703.
 41. Askling J, Forged CM, Baecklund E et al. Haematopoietic malignancies in rheumatoid arthritis: lymphoma risk and characteristics after exposure to tumour necrosis factor antagonists. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1414-20.
 42. Mariette X, Matucci-Cerinic M, Pavelka K et al. Malignancies associated with tumour necrosis factor inhibitors in registries and prospective observational studies: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1895-1904.
 - 43) Wolfe F, Michaud K. Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from a large US observational study. *Arthritis Rheum* 2007; 56: 2886-95.
 - 44) Eriksson C, Engstrand S, Sundqvist KG et al. Autoantibody formation in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF alpha. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 403-7.
 - 45) Hoxha A, Ruffatti A, Grypiotis P et al. Gli anticorpi antinucleo, anti-dsDNA, anti-ENA nei pazienti con artrite reumatoide o spondilite anchilosante in trattamento con infliximab. *Reumatismo* 2006; 58: 121-6.
 46. Ramos-Casals M, Brito-Zeròn P, Munoz S et al. Autoimmune diseases induced by TNF-targeted therapies: analysis of 233 cases. *Medicine* 2007; 86: 242-51.
 47. Marchesoni A, Arreghini M, Panni B et al. Life-threatening reversible bone marrow toxicity in a rheumatoid arthritis patient switched from leflunomide to infliximab. *Rheumatology* 2003; 42: 193-4.
 48. Collamer AN, Guerrero KT, Henning JS et al. Psoriatic skin le-

La valutazione del dolore nelle persone anziane

Pain in elderly people: assessment tools

Alberto Marsilio
Medico di Medicina Generale, ASL Venezia

Correspondence to:
ALBERTO MARSILIO
amarsilio@alice.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Pain is the symptom that most often the elderly person complains, but still too often not adequately assessed and treated accordingly. The cause of this poor assessment of pain in the elderly, especially if you suffer from dementia, seems mainly due to a lack of training and skills of nursing staff in pain assessment.

Instead, the proper use of pain assessment tools, has been shown to improve substantially the ability to detect pain and thus improve the quality of life of older people.

Key words:
pain, elderly, tools

RIASSUNTO

Il dolore è il sintomo che l'anziano lamenta più di frequente, ma ancora troppo spesso non viene adeguatamente valutato e di conseguenza trattato. La causa di questo insufficiente assessment del dolore nell'anziano, specialmente se affetto da demenza, sembra dovuto principalmente ad una scarsa formazione e capacità del personale d'assistenza nella valutazione del dolore. Un corretto uso, invece, delle scale di valutazione del dolore, ha dimostrato di migliorare in maniera consistente la capacità di rilevare il dolore e quindi di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

Parole chiave:
dolore, anziano, scale di valutazione

INTRODUZIONE

Il dolore è il sintomo riportato più frequentemente dalle persone anziane. A seconda degli studi la prevalenza del dolore varia dal 25% al 50% per gli anziani residenti a domicilio, mentre varia dal 45% all'80% per gli anziani istituzionalizzati.¹

Questa differenza trova la sua spiegazione nella particolare tipologia dell'anziano residente in struttura: età sempre più avanzata (età media superiore ad 80 anni), presenza di comorbidità, a volte con severità ed instabilità clinica, perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana, frequente associazione di disabilità funzionale e psichica. A fronte di questa alta prevalenza del dolore nell'anziano, sono molti invece gli studi che dimostrano come questo sintomo spesso non venga valutato e trattato in modo adeguato.²

Le cause dello scarso assessment del dolore nelle persone anziane sono molteplici:

- La diffusa convinzione da parte di molti anziani (ma anche da parte di molti operatori) che il dolore sia un processo inevitabile e quindi non modificabile dell'invecchiamento.
- La falsa credenza che esista una sorta di "Presbialgia", per cui l'anziano avrebbe una soglia più alta e una maggior tolleranza al dolore.
- Un deficit di formazione del personale d'assistenza a rilevare la presenza del dolore; inoltre è stato evidenziato che anche quando il dolore viene segnalato, con il tempo perde progressivamente d'importanza, quasi si instaurasse un sorta di "abitudine" alla sofferenza della persona.
- La difficoltà dei soggetti con deterioramento cognitivo ad esprimere e ricordare le sensazioni dolorose.
- L'inadeguatezza degli attuali strumenti di valutazione del dolore nel rilevare questo sintomo nelle persone anziane, specialmente se affette da deficit sensoriali o da demenza.

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL DOLORE

Il dolore è definito come "un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale reale o potenziale o descritta come se tale danno ci fosse".³

La classificazione fisiopatologia distingue il dolore in:

- Nocicettivo
- Neuropatico
- Misto

Il *dolore nocicettivo* può essere sia Somatico (proveniente dalla cute e dall'apparato muscolo-scheletrico), sia Viscerale (a carico degli organi addominali e toracici).

Il *dolore neuropatico* è dovuto ad una lesione a carico del sistema nervoso centrale e/o periferico.

Nel *dolore misto* si associano entrambe le componenti (per esempio il dolore oncologico).

Un'ulteriore classificazione del dolore tiene conto della sua durata:

- Dolore Acuto
- Dolore Cronico

Il *dolore acuto* è di durata limitata e ha una causa facilmente identificabile, mentre il *dolore cronico* ha durata superiore ai tre mesi e perde la sua funzione fisiologica di segnale di pericolo per l'organismo.

Va però ricordato che il dolore è sempre un'esperienza soggettiva: alla componente somatica si associa in ogni modo una componente emozionale ed affettiva che modula in maniera significativa lo stimolo doloroso.

E' evidente poi che oltre al dolore fisico coesistono altre problematiche (specialmente nella popolazione anziana), di tipo sociale, psicologico, spirituale... che possono provocare sofferenza: solitudine, paura della malattia e della morte, ansia, depressione, dipendenza, perdita di status e dignità... Per questo motivo attualmente si parla più correttamente di "Dolore Totale".

Appare sempre più evidente pertanto, vista la genesi multifattoriale del dolore, quanto sia necessario, per una sua corretta valutazione, un approccio "globale" alla persona.

CARATTERISTICHE, CAUSE, CONSEGUENZE DEL DOLORE NELL'ANZIANO

E' indiscutibile che il dolore della persona anziana abbia delle caratteristiche proprie che lo contraddistinguono dal dolore dell'adulto e del bambino; infatti in genere tende ad essere:

- Cronico
- Intensità da moderata a severa
- Multifocale
- Multifattoriale
- Manifestazioni atipiche

Le cause più frequenti di dolore nell'anziano sono: artrosi, artriti ed osteoporosi; alterazioni muscolo-scheletriche da immobilità o errate posture; lesioni cutanee; vasculopatie e neuropatie periferiche; patologie odontostomatologiche; neoplasie; cefalee; sindromi dolorose post ictus; problemi gastrointestinali.

Alcuni studi^{4,5} hanno inoltre messo in evidenza come il dolore persistente, non trattato, porti a gravi conseguenze:

- Aumento della disabilità
- Aumento di ansia e depressione
- Diminuzione della vita di relazione
- Diminuzione della qualità del sonno
- Può indurre uno stato confusionale
- Può dare aggressività
- Aumenta la mortalità (indipendentemente dalla causa di morte)

Da quanto detto si intuisce come il dolore della persona anziana sia a tutt'oggi una questione di primaria importanza in ambito geriatrico, sia per la dimensione del problema, sia per i suoi importanti risvolti etici, psicologici e sociali.

Inoltre, le gravi conseguenze del dolore non trattato, evidenziano ancor di più la necessità di una corretta valutazione e di un trattamento ottimale.

Pertanto dovrebbe essere buona norma indagare il dolore alla pari degli altri parametri vitali.

Per sottolineare l'importanza di questa prassi il dolore è stato anche definito il "quinto segno vitale", con la logica conseguenza di valutare questo sintomo in occasione di ogni visita al paziente (fatta cioè per qualsiasi motivo).

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE

E' noto che una corretta valutazione del dolore implica la conoscenza di molti fattori: la sede, l'andamento temporale, la qualità e le caratteristiche, l'intensità, l'eventuale presenza di fattori scatenanti o sintomi associati. Inoltre, come già ricordato, essendo il dolore un'esperienza soggettiva, non è facile trovare metodi di valutazione globali ed efficaci. L'unico parametro che possiamo tentare di misurare con una certa validità è l'intensità del dolore. Quando le funzioni cognitive e le capacità di comunicazione verbale dell'anziano sono conservate, l'intensità del dolore può essere indagata con le Scale di Autovalutazione.

Le Scale di Autovalutazione

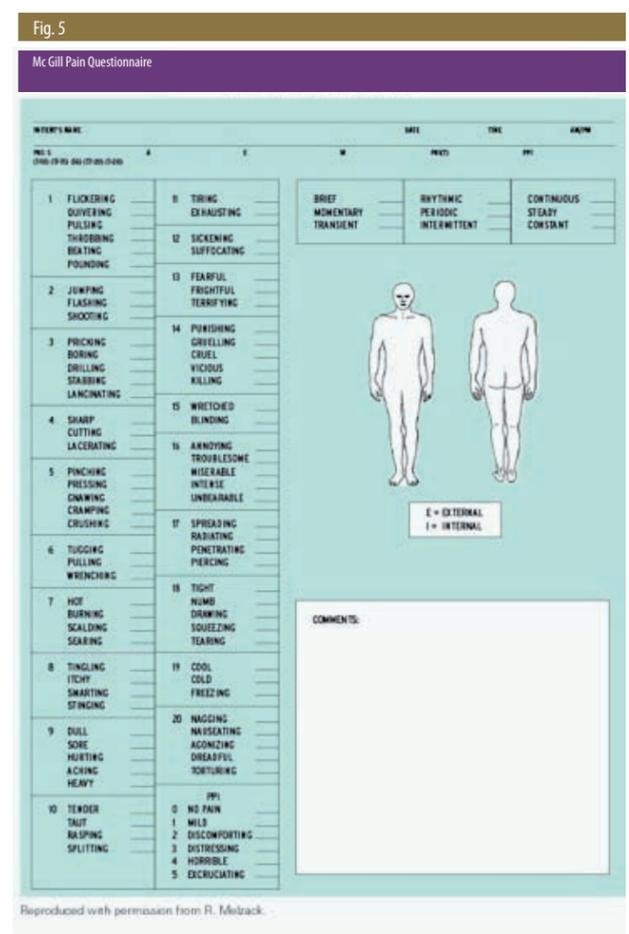
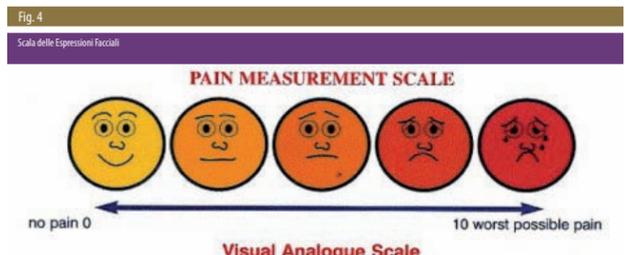
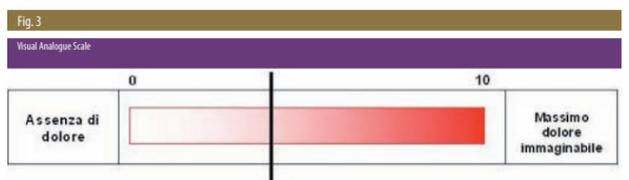
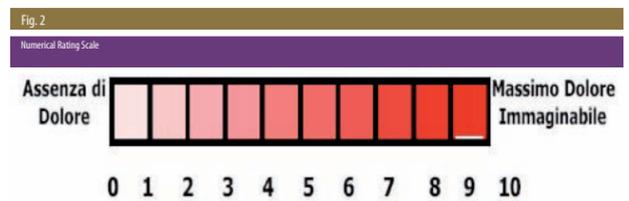
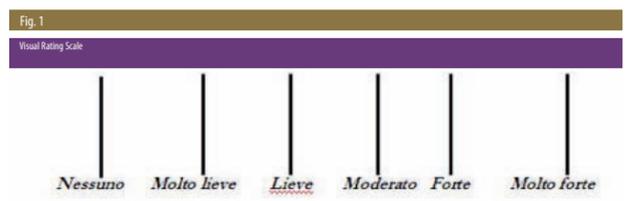
In letteratura si trovano molte Scale di Autovalutazione del dolore, ma in verità poche si sono dimostrate adatte ad essere applicate alla persona anziana perché richiedono la capacità di comprendere il compito e di saper descrivere il dolore provato. Le Scale di Autovalutazione più usate in Geriatria sono:

- VRS (Visual Rating Scale)
- NRS (Numerical Rating Scale)
- VAS (Visual Analogue Scale)
- Mc Gill Pain Questionnaire

La **VRS** è una scala di valutazione che usa una serie di parole per descrivere il dolore provato; il paziente sceglie la parola che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa; il punteggio zero è assegnato al descrittore di minor intensità, il punteggio uno al descrittore successivo e così via (figura n° 1). La **NRS** è una scala di valutazione numerica, in genere da zero a dieci, dove per zero si intende l'assenza di dolore e per dieci il massimo dolore immaginabile (figura n° 2). La **VAS** è una scala visuo-analogica cioè la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore.

Ne esistono di vari tipi: una di queste è la scala del dolore formata da una linea di dieci centimetri, (zero assenza di dolore, dieci massimo dolore possibile); al paziente viene chiesto di tracciare un segno che rappresenti il livello di dolore provato (figura n° 3). Un'altra Scala di Autovalutazione del dolore è la cosiddetta Scala delle espressioni facciali: consiste in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali che rappresentano varie gravità del dolore. Il paziente è invitato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che meglio esprime la propria esperienza dolorosa (figura n° 4). Mc Gill Pain Questionnaire: è un questionario composto da una serie di parole atte a descrivere diverse caratteristiche del dolore; il paziente deve scegliere i termini che corrispondono al proprio dolore. Il questionario comprende anche una scala per la valutazione dell'intensità del dolore e un disegno del corpo umano per

indicare la sede del dolore (figura n° 5). Le Scale di Autovalutazione sono sicuramente apprezzabili per il tentativo di misurare l'intensità del dolore, ma in ambito geriatrico hanno dimostrato alcuni limiti: innanzitutto deficit della vista e dell'udito e limitazioni funzionali dell'apparato osteo-articolare rendono spesso difficile l'autocompilazione delle scale. Non bisogna poi sottovalutare l'evenienza, oggi sempre più frequente, che l'assistenza all'anziano (sia a domicilio che in residenza) venga demandata a personale d'assistenza straniero che non conosce bene la lingua italiana; se a ciò si aggiunge il dato di fatto che i nostri anziani si esprimono prevalentemente con parole dialettali, è facilmente intuibile come spesso la comunicazione possa diventare difficile. Ma il limite maggiore delle Scale di Autovalutazione risiede nel fatto che l'autocompilazione richiede l'assenza di deterioramento cognitivo. In realtà la percentuale di persone anziane affette da una qualche forma di demenza è molto elevata (oltre il 50% nelle strutture protette). Si comprende pertanto che il problema maggiore nell'ambito del dolore della persona anziana è proprio questo: come valutare il dolore nelle persone affette da demenza?



DOLORE E DEMENZA

Per prima cosa bisogna fare chiarezza ed affermare senza ombra di dubbio che anche il paziente affetto da demenza prova dolore. A conferma di ciò vari studi hanno dimostrato come le aree somatico-sensitive corticali sono preservate nella demenza;⁶ piuttosto in questi pazienti vi è una certa incapacità ad integrare il dolore nell'esperienza soggettiva e sicuramente le manifestazioni del dolore sono estremamente atipiche. D'altra parte altri studi hanno messo in evidenza che più aumenta il deficit cognitivo, minore è la prevalenza del dolore.⁷ Sembra pertanto verosimile sostenere che non è tanto la persona con demenza che non prova dolore, ma piuttosto è vero il contrario: siamo noi operatori sanitari che troppo spesso non riusciamo a riconoscere il dolore nei soggetti affetti da demenza.⁸ Come ben sa chi lavora ogni giorno con questi pazienti, la demenza non è un fenomeno "tutto-nulla", ma è un processo dinamico, in evoluzione continua. Nella demenza in fase iniziale è ancora possibile valutare la presenza del dolore: bisogna avere pazienza, saper ascoltare, dare tempo al paziente di esprimersi con quelle poche parole con cui tenta di comunicare.

Ogni tanto infatti constatiamo momenti di sorprendente lucidità nei quali questi soggetti si esprimono con estrema chiarezza. Altre volte bisogna cercare di decodificare parole con significati diversi ma che in realtà sono il tentativo di esprimere il proprio dolore: alcune di queste possono essere: senso di peso, bruciore, lamenti (Basta! Vai via! Aiuto!), imprecazioni. La via della comunicazione verbale va sempre esplorata ma deve necessariamente tener conto di alcuni importanti accorgimenti: il colloquio va fatto ponendosi di fronte al paziente, alla sua stessa altezza, in un ambiente silenzioso e adeguatamente illuminato; il tono della voce non deve essere troppo alto o troppo basso, le parole devono essere ben articolate e distanziate tra loro; possiamo anche aiutarci con dei gesti per cercare di localizzare le zone sede di dolore; soprattutto non dobbiamo avere fretta (eventualmente riproviamo quando abbiamo un po' più di tempo). E' utile inoltre ricordare che il paziente affetto da demenza a volte è in grado di localizzare la sede del dolore anche nelle fasi moderate-grave, mentre altre caratteristiche (più astratte e difficili da esprimere) quali l'andamento temporale e la qualità del dolore sono difficili da esplorare fin dalla fase iniziale. Come è noto in seguito, con la progressione della malattia, vi è un esponenziale aumento del deficit di memoria e una diminuzione delle capacità di comprensione e di comunicazione verbale: per il paziente è sempre più difficile ricordare e comunicare la propria esperienza dolorosa. Come conseguenza pratica abbiamo una continua diminuzione dei sintomi, che proseguirà parallelamente alla progressione della demenza, fino ad arrivare al punto, nella demenza grave, in cui il paziente non sarà più in grado di comunicare verbalmente. In questa fase avanzata della malattia il dolore da sintomo diventa segno, nel senso che solo un'osservazione attenta del paziente e una buona semeiotica permettono di riconoscere e quindi di far fare diagnosi di dolore. Alcune circostanze poi, quali la postura, il movimento, la palpazione o la pressione, possono riprodurre la condizione d'insorgenza o di sollievo del dolore. L'osservazione del paziente è quindi fondamentale; per questo motivo può essere di grande utilità pratica ricordare schematicamente i più comuni segni di dolore che possiamo mettere in evidenza nei pazienti con deficit di espressione verbale (figura n° 6). **Le Scale Osservazionali** Non è difficile intuire come il dolore nei soggetti affetti da demenza in fase avanzata sia a tutt'oggi sicuramente sottostimato e sottotrattato. Consci di questa difficoltà molti ricercatori, negli ultimi anni, hanno cercato di elaborare scale di valutazione basate sull'osservazione da parte di un'altra persona, di tutti quegli atteggiamenti che possono essere potenziali indicatori di dolore. Queste scale, denominate Scale Osservazionali, vengono in genere somministrate dall'addetto all'assistenza o dal care-giver (cioè dalla persona che trascorre più tempo con il paziente).

Fig. 6

Segni di dolore nei pazienti con deficit di espressione verbale

Espressioni facciali	Vocalizzazioni	Movimenti del corpo	Cambiamenti improvvisi dello stato cognitivo	Cambiamenti improvvisi del comportamento	Variazioni vita di relazione
Triste	Sospirare	Rigidità	Confusione inusuale	Inappetenza e/o rifiuto cibo	opposizione
Spaventato	Lamentarsi	Agitazione	Facile irritabilità	Insomnia e/o inversione ritmo sonno-veglia	Riduzione interazioni sociali
Smorfie	Gemere	Atteggiamento di difesa	angoscia	apatia	isolamento
Occhi chiusi, semichiusi	Brontolare	Tensione muscolare	delirio	agitazione	aggressività
accigliato	Cantare	dondolare	Pianto immotivato	Diminuzione abilità funzionali	Comportamenti inappropriati
Sbattere le palpebre	Gridare	girovagare			
Fronte corrugata	Ingiurie	Riduzione dei movimenti			
	Richiesta d'aiuto				

In letteratura ne possiamo trovare molte, ma secondo una recente review⁹ le più usate e validate sono:

- NOPPAIN
- PAINAD
- DOLOPLUS-2

NOPPAIN The Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument

L'operatore deve effettuare almeno 5 minuti d'assistenza quotidiana all'ospite osservando e registrando su una scheda i comportamenti che indicano dolore.

Check list delle attività:

- Mettere a letto il soggetto o osservarlo mentre si sdraia
- Girare il soggetto nel letto
- Passaggi posturali
- Mettere seduto il soggetto o osservarlo mentre si siede
- Vestire il soggetto
- Alimentare il soggetto
- Aiutare il soggetto a stare in piedi o osservarlo mentre sta in piedi
- Aiutare il soggetto a camminare o osservarlo mentre cammina
- Fare il bagno o una spugnatura al soggetto

Durante queste attività rilevare se è presente dolore; chiedere alla persona: "sente dolore?", "le faccio male?":

Documentare quanto si è osservato o ascoltato durante le manovre assistenziali; localizzare il dolore (mettere una X sulla sede del dolore) (figura n° 7).

PAINAD Pain Assessment in Advanced Dementia

La scala è composta da 5 items:

- Respiro
- Vocalizzazioni
- Espressioni del viso
- Movimenti del corpo
- Possibilità di essere consolato

Si possono dare tre risposte: un aumento del livello corrisponde ad un più elevato grado di dolore (range da 0 a 10).

La scala viene somministrata durante 5 minuti di osservazione del soggetto (figura n° 8).

DOLOPLUS-2 Behavioural Pain Assessment in the Elderly

La scala si basa sull'osservazione del comportamento del soggetto in dieci diverse situazioni (che possono provocare dolore), distinte in tre parti:

- Reazioni somatiche
- Reazioni psicomotorie
- Reazioni psicosociali

Ciascuno dei dieci items viene valutato secondo quattro diversi livelli (da 0 a 3) che rappresentano diversi gradi di dolore (figura n° 9).

Ma nella pratica quotidiana, l'utilizzo delle Scale Osservazionali, migliora realmente la capacità di rilevare dolore nelle persone affette da demenza in fase avanzata?

Per rispondere a questo importante interrogativo abbiamo deciso di "sperimentare" la scala Noppain nel nucleo Alzheimer della R.S.A. di Stra -VE-.

Fig. 7

NOPPAIN Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument

NOPPAIN
(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

NOPPAIN
(Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument)

Check List delle attività

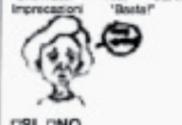
Nome del operatore: _____
Nome dell'ospite: _____
Data: _____
Ora: _____

INDICAZIONI: l'operatore dovrebbe effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana all'ospite osservando i comportamenti che suggeriscono dolore. Entrambe le pagine di questa scheda devono essere completate subito dopo il termine delle attività di assistenza.

	Hai svolto questa attività? (barrare SÌ/NO)	Hai rilevato dolore mentre la svolgevi? (barrare SÌ/NO)	Hai svolto questa attività? (barrare SÌ/NO)	Hai rilevato dolore mentre la svolgevi? (barrare SÌ/NO)
a) mettere a letto l'ospite OPPURE osservare l'ospite che si sdraia	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	f) alimentare l'ospite	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
b) girare l'ospite nel letto	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	g) aiutare l'ospite a stare in piedi OPPURE osservare l'ospite mentre è in piedi	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
c) passaggi posturali (letto-sedia, sedia-letto, sedia-wc, sedia-in piedi)	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	h) aiutare l'ospite a camminare OPPURE osservare l'ospite che cammina	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
d) mettere seduto l'ospite OPPURE osservare l'ospite che si siede	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	i) fare il bagno all'ospite OPPURE fare una spugnatura al letto	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
e) vestire l'ospite	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO		

Chiedere al paziente: "Sente dolore?" SÌ NO
Chiedere al paziente: "Le faccio male?" SÌ NO

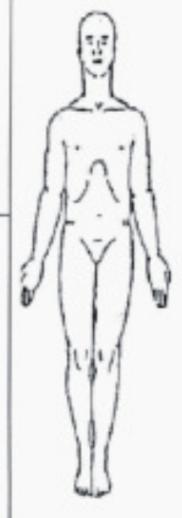
Risposta al dolore (Cosa hai osservato o ascoltato durante le manovre assistenziali?)

<p>Parole che esprimono dolore?</p> <p>'Che male!' 'Ah!' 'Mi va!' 'Imprecazioni' 'Basta!'</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>	<p>Espressioni di dolore del viso?</p> <p>Smorfie Sussulti Comangiamento delle labbra</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>	<p>Stringere una parte dolente?</p> <p>Ingidire Tenere fermo</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>
<p>Versi che esprimono dolore?</p> <p>gemiti singhiozzi sospiri borbotte pianti ansimi</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>	<p>Stregere una parte dolente?</p> <p>Massaggiare un'area dolente</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>	<p>Irrequietezza?</p> <p>Frequenti cambi di posizione impossibilità a stare fermo; spostazione alle cure</p>  <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Quanto intensamente? 0 1 2 3 4 5 la più bassa intensità possibile la più alta intensità possibile</p>

Identificazione delle aree problematiche

Porre "X" sulla sede del dolore
Porre "O" sulla sede di lesioni cutanee

Davanti



Dietro

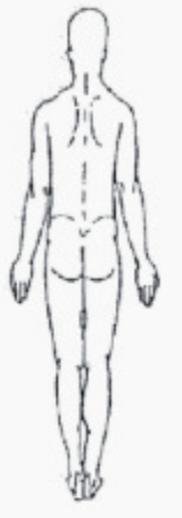


Fig. 8

PAINAD Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
Total**				

*Five-item observational tool (see the description of each item below).

**Total scores range from 0 to 10 (based on a scale of 0 to 2 for five items), with a higher score indicating more severe pain (0="no pain" to 10="severe pain").

Il progetto si è articolato in tre momenti:

1. azione culturale sull'importanza di una corretta rilevazione e gestione del dolore ed un iter formativo per una precisa compilazione della scala.
2. somministrazione della scala agli ospiti con MMSE uguale o inferiore a 10, al momento dell'alzata dal letto, per un periodo di trenta giorni da parte di due addetti all'assistenza (in maniera individuale).
3. Valutazione dei risultati

Le informazioni raccolte dopo questo periodo di sperimentazione della scala NOPPAIN si sono dimostrate in linea con i dati raccolti in letteratura: e cioè che l'utilizzo di questi strumenti ha migliorato in modo consistente la capacità di rilevare il dolore nei pazienti affetti da demenza in fase avanzata migliorando, di conseguenza, la loro qualità di vita (anche se sembra esservi un ampio margine di miglioramento per quanto riguarda l'affidabilità e la praticità d'impiego.¹⁰ Con questa consapevolezza abbiamo deciso di adottare la scala NOPPAIN come usuale strumento di valutazione del dolore per i pazienti con demenza e deficit di comunicazione verbale (per quanto riguarda invece gli ospiti con capacità di comunicazione verbale conservata è in uso la scala di autovalutazione del dolore NRS -scala di valutazione numerica-), con il seguente programma d'applicazione: all'ingresso in struttura, durante le visite periodiche e quando si sospetti dolore.

In definitiva, il contributo positivo di queste scale sembra proprio quello di stimolare gli operatori ad avere maggior attenzione nei

confronti del paziente con deficit di comunicazione verbale grazie ad un approccio personalizzato e ad una valutazione globale.

In ogni caso la valutazione del dolore nei soggetti affetti da demenza di grado avanzato rimane un punto estremamente complesso; in particolare un problema ancora aperto è quello della correlazione tra dolore e disturbi del comportamento. La domanda che gli addetti ai lavori si pongono continuamente è la seguente: il delirium e l'aggressività (che spesso sono presenti in questi pazienti) sono segni di demenza o di dolore?

Sappiamo infatti che comportamenti aggressivi possono essere una risposta di protezione da parte di questi soggetti che non sono in grado di comunicare il loro dolore, ma questi atteggiamenti spesso possono essere scambiati per segni di demenza (quante volte in maniera impropria vengono somministrati farmaci antipsicotici...).

Un contributo fondamentale a queste incertezze proviene sicuramente dall'approccio multidisciplinare e dal lavoro in equipe. Infatti è esperienza comune che in questi casi il requisito principale per un'efficace gestione del dolore è una buona comunicazione e una forte collaborazione tra tutti i membri dell'equipe. In particolare deve essere adeguatamente valutata e formata in questo senso la figura dell'addetto all'assistenza perché è il membro dell'equipe che trascorre più tempo a contatto diretto con questi pazienti.

Egli si trova nella condizione migliore per rilevare i segni del dolore, per segnalare l'efficacia o meno delle terapie antalgiche o antipsicotiche; può essere quindi il cardine nell'assistenza alle

Fig. 9

DOLOPLUS-2 Scale Behavioural pain assessment in the elderly

NAME :	Christian Name :	Unit :	DATES			
Behavioural Records						
SOMATIC REACTIONS						
1• Somatic complaints	• no complaints • complaints expressed upon inquiry only • occasional involuntary complaints • continuous involuntary complaints	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2• Protective body postures adopted at rest	• no protective body posture • the patient occasionally avoids certain positions • protective postures continuously and effectively sought • protective postures continuously sought, without success	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3• Protection of sore areas	• no protective action taken • protective actions attempted without interfering against any investigation or nursing • protective actions against any investigation or nursing • protective actions taken at rest, even when not approached	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4• Expression	• usual expression • expression showing pain when approached • expression showing pain even without being approached • permanent and unusually blank look (voiceless, staring, looking blank)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5• Sleep pattern	• normal sleep • difficult to go to sleep • frequent waking (restlessness) • insomnia affecting waking times	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PSYCHOMOTOR REACTIONS						
6• washing &/or dressing	• usual abilities unaffected • usual abilities slightly affected (careful but thorough) • usual abilities highly impaired, washing &/or dressing is laborious and incomplete • washing &/or dressing rendered impossible as the patient resists any attempt	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7• Mobility	• usual abilities & activities remain unaffected • usual activities are reduced (the patient avoids certain movements and reduces his/her walking distance) • usual activities and abilities reduced (even with help, the patient cuts down on his/her movements) • any movement is impossible, the patient resists all persuasion	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
PSYCHOSOCIAL REACTIONS						
8• Communication	• unchanged • heightened (the patient demands attention in an unusual manner) • lessened (the patient cuts him/herself off) • absence or refusal of any form of communication	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9• Social life	• participates normally in every activity (meals, entertainment, therapy workshop) • participates in activities when asked to do so only • sometimes refuses to participate in any activity • refuses to participate in anything	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10• Problems of behaviour	• normal behaviour • problems of repetitive reactive behaviour • problems of permanent reactive behaviour • permanent behaviour problems (without any external stimulus)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
COPYRIGHT			SCORE			

persone affette da demenza grave.

Da quanto esposto fino ad ora è chiaro che una adeguata valutazione e trattamento del dolore nella persona anziana è a tutt'oggi un problema di primaria importanza che deve essere sicuramente affrontato con competenza e serietà.

Il dolore non trattato pone infatti il paziente, oltre che in una condizione di estrema fragilità e vulnerabilità, anche in una situazione di perdita di dignità.

Per cercare di dare risposte concrete a questa gravosa situazione penso sia necessario porsi per il prossimo futuro alcuni obiettivi:

- La valutazione del dolore negli anziani dovrebbe divenire prassi comune al pari della valutazione degli altri parametri vitali.
- Dovrebbero essere effettuati ulteriori studi per migliorare la validità, l'affidabilità, la semplicità e l'utilità clinica delle scale di valutazione del dolore.
- Ogni istituzione geriatrica dovrebbe programmare corsi di formazione per il proprio personale per un'efficace conoscenza ed utilizzo delle scale del dolore.

Se come operatori sanitari ci impegneremo attivamente in questo senso probabilmente arriveremo all'importante traguardo che tutti auspichiamo: il dolore non sarà più un compagno scomodo ed inevitabile per i pazienti anziani.

BIBLIOGRAFIA

1. Teno JM, Weitzen S, Wetle T, et al. Persistent pain in nursing home resident. *Jama* 2001; 285: 2081-85.
2. Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-414.
3. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain* 1979; 6: 249-52.
4. 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.
5. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. The relation of pain to depression among institutionalized aged. *J Gerontol* 1991; 46: 15-21.
6. Marzinski LR. The tragedy of dementia: clinically assessing pain in the confused, nonverbal elderly. *Gerontol Nurs* 1999; 17: 25-28.
7. Parmelee PA, Pain in cognitively impaired older persons. *Clin Geriatr Med* 1996; 12: 473-487.
8. Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M, Segeant J, Pichering G, Benedetti F. Recent developments in pain in dementia. *BMJ* 2005; 26:330:461-484.
9. 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.
10. 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.

Il trattamento delle fratture toraco-lombari in osteoporosi con cifoplastica con palloncino

Treatment of osteoporotic thoracolumbar fractures with balloon kyphoplasty

Bettiolo Andrea ¹; Bernabei Agostino ²; Candioto Sergio ²; Esopi Paolo ¹
¹U.O.C. Ortopedia Ospedale di Dolo (Ve); ²U.O.C. Ortopedia Ospedale S. Antonio (Pd);

Correspondence to:
Andrea Bettiolo
andrea.bettiolo@libero.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Balloon Kyphoplasty is a mini invasive treatment of osteoporotic thoracolumbar fractures that allows the reduction of treatment with cast, drugs, their complications and social costs.

In our Hospital we treated with kyphoplasty 41 fractures between T11 and L2, and measured Cobb angle, Saggital Index, and vertebral posterior, middle and anterior wall at pre and post operative stage, 6 and 12 months after the procedure.

In all patients we obtained complete and immediate resolution of pain and quick recovery of erect position with cast, confirming that Balloon Kyphoplasty, in selected patients, is an efficient procedure.

Key words:

balloon kyphoplasty, thoracolumbar fractures.

RIASSUNTO

Razionale: La cifoplastica con palloncino è una procedura minimamente invasiva utilizzata per il trattamento di fratture somatiche amieliche. Tale tecnica permette di ridurre l'uso di mezzi contenitivi, allettamento, FANS, farmaci antiaggreganti, e fisioterapia, evitando complicanze frequenti e costi sociali elevati.

Materiali e metodi: Nel reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Dolo dal 2005 al 2009 sono state trattate con cifoplastica 41 fratture vertebrali nel tratto T11-L2. Sono stati misurati l'indice di cuneizzazione, l'angolo di Cobb, l'indice sagittale, l'altezza del muro posteriore, medio e del muro anteriore nel pre e post operatorio, ed a distanza di 6 e 12 mesi dall'intervento.

Risultati: Nei pazienti trattati, si è avuta una pressoché completa risoluzione del dolore già nell'immediato post operatorio, con ripresa della stazione eretta con bustino in tela armata, già il giorno dopo l'intervento nella quasi totalità dei casi.

Conclusioni: Alla luce dei risultati ottenuti possiamo affermare che in casi adeguatamente selezionati, la cifoplastica con palloncino si è rivelata una tecnica affidabile ed efficace.

Parole chiave:

cifoplastica con palloncino, fratture toraco-lombari.

INTRODUZIONE

La cifoplastica con palloncino è una procedura minimamente invasiva utilizzata per il trattamento di fratture somatiche amieliche in osteoporosi, traumatiche, neoplastiche, recenti, tipo A1.1, A1.2, A1.3 e talvolta A 2.1 e 3.1 sec. la classificazione di Magerl (17), che segue il modello a griglia tipo A.O. (Fig. 3).

Consiste nell'iniezione di diversi tipi di materiale nella cavità creata da uno o due palloncini gonfiati nel soma vertebrale, in anestesia preferibilmente generale, per via percutanea. La scelta del tipo di materiale iniettato (fosfato tricalcico, polimetilmetacrilato o PMMA, cemento misto composto al 50% di PMMA e 50% di idrossiapatite) dipende dall'etiologia della lesione ed età del paziente.¹ Realizzata nei primi anni novanta, è una tecnica a basso rischio operatorio, finalizzata a ripristinare l'altezza e la stabilità sia della vertebra che delle curve in toto (cuneizzazione, scoliosi traumatica ed indice sagittale) in fratture recenti, eliminando il dolore, ed evitando la frequente progressione cifotica delle curve.²

Rispetto ai metodi terapeutici alternativi, quali riposo e letto, uso di bustino in tela armata, corsetti amovibili e gessati,^{3,4} che spesso devono essere portati anche per sempre, tale tecnica permette di ridurre l'uso di antidolorifici, farmaci antiaggreganti, e fisioterapia, evitando complicanze sistemiche frequenti e costi sociali elevati.

MATERIALI E METODI

Nel reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Dolo dal 2005 al 2009 sono state trattate con cifoplastica 83 fratture vertebrali in 64 pazienti, 38 (59,4%) femmine e 26 (40,6%) maschi con età compresa tra 34 e 79 aa. ad uno o più livelli, con accesso mono e biportale, associate a stabilizzazione con viti peduncolari, in osteoporosi, traumatiche ed in lesioni neoplastiche, in concomitanza a biopsia somato-peduncolare.

Nello studio, però, nel tentativo non semplice di ottenere una uniformità dei dati e dei risultati, sono state prese in considerazione

soltanto lesioni di tipo osteoporotico trattate con PMMA ed Activos, in fratture a cuneo (tipo A1.1, A1.2, A1.3 e A2.3 sec. Magerl, ad unico livello, in tratto compreso tra T11 ed L2 (41casi).

La procedura è sempre stata eseguita in anestesia generale, con paziente in decubito prono in adeguata ipercifosi del passaggio toraco-lombare, con durata complessiva compresa tra i 35 ed i 50 minuti circa. Di regola il paziente, nel post operatorio viene mantenuto in decubito supino per 24 ore ad evitare la comparsa di ematomi, e riprende poi la stazione eretta con bustino in tela armata lombo-sacrale, da portare per circa un mese.

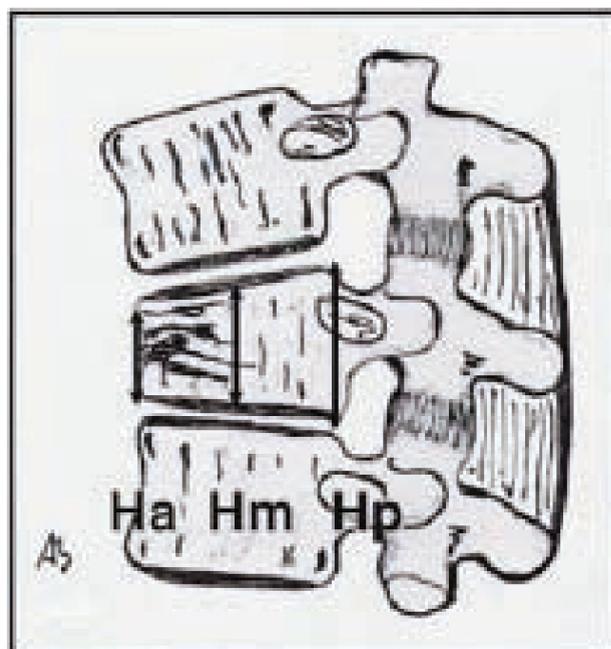
Gli accertamenti preoperatori di cui ci siamo avvalsi sono consistiti in RX standard ed RMN con procedura STIR.

L'esame radiografico standard ci ha consentito di rilevare l'indice di cuneizzazione, sagittale, di Cobb e l'eventuale presenza di scoliosi traumatica, l'RMN di evidenziare eventuali e non eccezionali lesioni ad altri livelli, il tipo di frattura e lo stato dei legamenti e dischi intervertebrali.

Sono stati misurati l'Indice di Cuneizzazione (angolo compreso tra le tangenti al piatto vertebrale superiore ed inferiore della vertebra fratturata), l'angolo di Cobb (angolo compreso tra le tangenti al piatto vertebrale superiore della vertebra craniale ed inferiore della vertebra caudale alla fratturata), l'Indice Sagittale (angolo compreso tra le tangenti al piatto vertebrale inferiore alla vertebra craniale ed inferiore della vertebra fratturata), l'altezza del muro posteriore Hp, medio Hm ed anteriore Ha (Fig. 1, 2) nel pre e post operatorio, ed a distanza di 6 e 12 mesi dall'intervento in 10 pazienti, in quanto nei controlli a 1 e 3 mesi dall'intervento pressoché tutte le lesioni trattate sono rimaste sostanzialmente stabili.

Nello studio sulla distribuzione delle variabili è stato applicato il test parametrico (*paired t-test) o non parametrico (°Wilcoxon signed-rank test) dove appropriato per il confronto di dati appaiati. Tutti i confronti sono risultati statisticamente significativi ad un livello p<0.05.





Traumatic Fracture Chart				
	sagittal	frontal	axial superior	axial inferior
A.1.1				
A.1.2				
A.1.3				
A.2.1				
A.2.2				
A.2.3				
A.3.1				
A.3.2				
A.3.3				

RISULTATI

Nei pazienti trattati, si è avuta una pressoché completa risoluzione del dolore già nell'immediato post operatorio, con ripresa della stazione eretta con bustino in tela armata, già il giorno dopo l'intervento nella quasi totalità dei casi.

Considerando tutti gli 83 pazienti trattati, come eventi avversi si sono verificati un caso di lieve ematoma subfasciale, verosimilmente dovuto a rottura di una vena muscolare, risolto completamente tramite drenaggio con digitopressione; un caso di trombosi venosa profonda in paziente comunque trattato da schema con profilassi antitromboembolica; 8 casi di nuova frattura ad un livello diverso o contiguo a quello trattato. Nessun caso di deiscenza delle ferite.

Nessun paziente è tornato a controllo per ricomparsa di dolore alla vertebra operata.

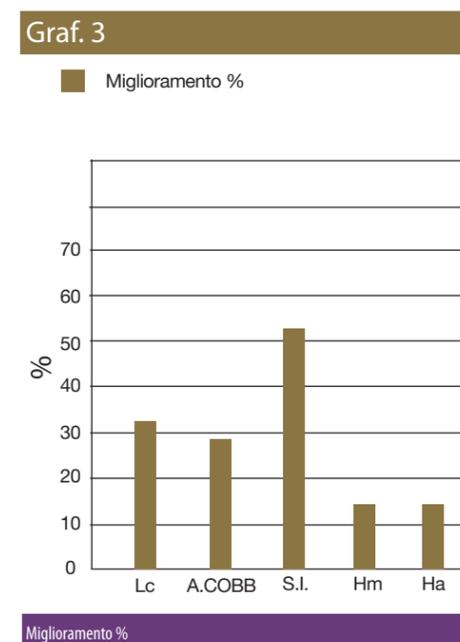
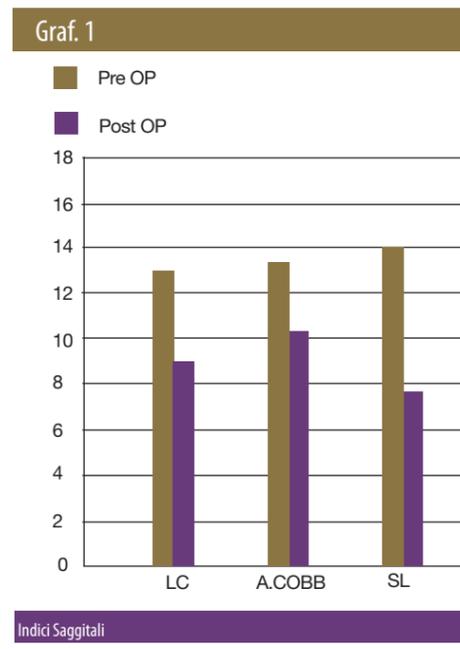
Ai controlli a distanza di 6 mesi, 4 pazienti dei 41 considerati nello studio (6,2%), ha presentato un peggioramento dell'indice di cuneizzazione, dell'angolo di Cobb e dell'Indice Saggitale, tuttavia asintomatici, stabili a 12 mesi dall'intervento.

Nei restanti casi, si è avuta un più o meno marcato ripristino dei parametri fisiologici ipotizzati, sostanzialmente mantenuto nel tempo, con scomparsa del dolore e ripresa delle comuni attività svolte precedentemente al trauma.

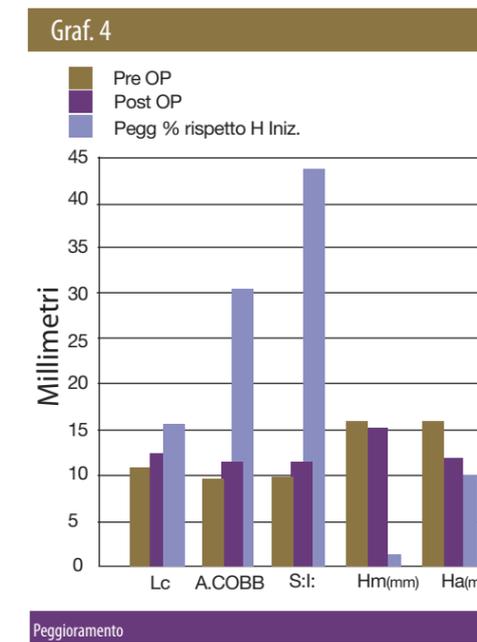
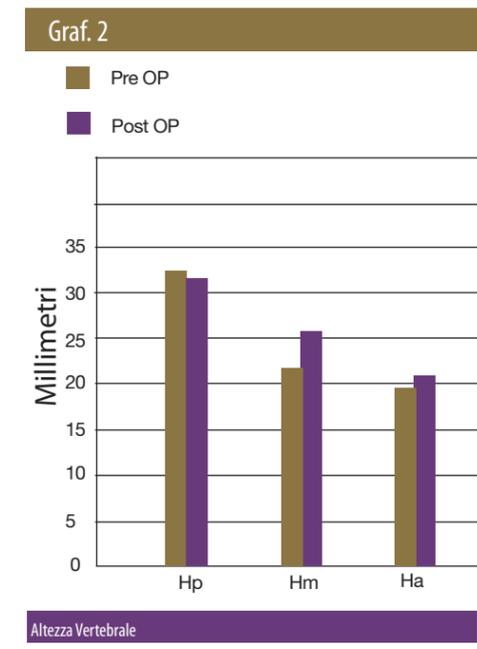
DISCUSSIONE

Alla luce dei risultati ottenuti possiamo affermare, nella nostra esperienza e con una casistica comunque sostanzialmente priva di valenza statistica, che in casi adeguatamente selezionati, la ci-

foplastica con palloncino si è rivelata una tecnica efficace. Sia a ripristinare parzialmente i parametri fisiologici, con scomparsa del dolore e precoce ripresa funzionale; sia a basso rischio operatorio se eseguita da operatori esperti, con corrette indicazioni, e precisa tecnica chirurgica. Considerando unicamente i casi migliorati nel postoperatorio (37 pazienti) si è ottenuto, un ripristino medio della altezza della parte mediale del soma vertebrale del 14,8% (25,5 mm) e del muro anteriore del 14,9% (22,8 mm) in rapporto all'altezza residua dopo il trauma (Grafico 1, 2, 3). Il miglioramento dell'Indice di Cuneizzazione, angolo di Cobb e dell'Indice Saggitale sono stati rispettivamente del 30,1%, 28,8% e 50,5% (p<0,05), fondamentali nel ripristino delle curve a prevenire cifosi secondarie. Nei casi in cui si è verificato un peggioramento dei parametri esaminati (grafico 4), si è notato che il più consistente si è verificato a carico dell'Indice Saggitale (44,4%), e progressivamente dell'angolo di Cobb (32,6%) e, come ci si poteva aspettare, dell'indice di cuneizzazione (16,9%). L'analisi longitudinale svolta nei casi migliorati con i dati pre-post-6-12 mesi per Indice Saggitale, Indice di Cuneizzazione e angolo di Cobb, rivela che rispetto al dato pre-operatorio si hanno dei miglioramenti statisticamente significativi ad un mese, mentre a 6 mesi gli indici aumentano mostrando un trend di lieve peggioramento, non statisticamente significativo ma borderline (p-value=0.073) per l'indice di cuneizzazione; non significativo



dell'angolo di Cobb (p-value=0.227); statisticamente significativo per indice saggitale (p-value=0.000). Alla luce di questi risultati, essendo l'Indice Saggitale misurato tra il piatto inferiore della vertebra lesionata e quello inferiore della vertebra craniale, si constata che il peggioramento è dovuto, verosimilmente, principalmente ad un cedimento a livello del segmento di moto craniale e quindi almeno in parte delle strutture legamentose posteriori o discoli craniali alla vertebra fratturata. Questo è ipotizzabile tenendo conto che anche in caso di miglio-



ramento il parametro di maggior risultato è stato l'Indice Saggitale, però, vi è un miglioramento dell'altezza del muro anteriore e dell'angolo di Cobb che non si riscontra modificarsi proporzionalmente nei casi peggiorati. E' quindi pensabile che a parità di modifica delle altezze dei somi vertebrali, le differenze angolari misurate siano imputabili a lesioni di elementi della colonna posteriore. In altre parole, essendo considerate fratture tipo cuneo con muro posteriore pressoché integro, risulta intuibile come si modificano

i parametri esaminati; però essendovi maggior peggioramento dell'Indice Sagittale, non proporzionale all'angolo di Cobb ed alle altezze della colonna anteriore (specie se paragonato ai casi migliori), è ipotizzabile che l'andamento della modifica di tali parametri sia imputabile ad uno stiramento delle strutture ligamentose posteriori o ad un cedimento discale craniale alla vertebra fratturata.

Ciò può essere confermato da una attenta analisi della RMN, ed essere indicativo di una lesione diversa da quella ipotizzata, con possibile instabilità disco-ligamentosa, necessitante di un altro ap-

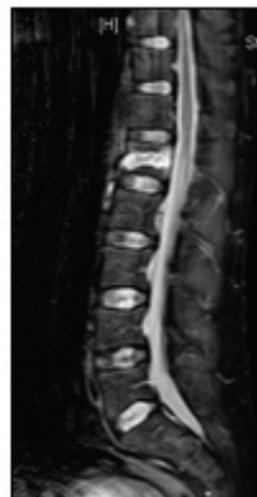
proccio terapeutico ad evitare una futura evoluzione negativa. Pz. con frattura somatica amielica di L1, trattato con cifoplastica con cemento misto. Nel preoperatorio I.C.: 8°, angolo di Cobb: 16°, Indice Sagittale: 16° (1). Si noti l'edema somatico alla RMN Stir (2). Buona correzione dei parametri dopo intervento, con I. C.: 4°, angolo di Cobb: 8°, Indice Sagittale: 4° (3), mantenuto al controllo a 12 mesi (4).



1.



2.



BIBLIOGRAFIA

- Magerl F, Aebi M., Gertzbein S.D., Harms J., Nazarian S. "A comprehensive classification of KyphOs FS™ Calcium Phosphate for Balloon Kyphoplasty. Verification of Compressive Strength
- Whitesides T.E.Jr. "Traumatic kyphosis of the thoracolumbar spine." Clin. Orthop. 128: 78, 1977.
- Jacobs RR, Asher MA, Snider RK: Thoracolumbar spinal injuries: A comparative study of recumbent and operative treatment in 100 patients. Spine 5: 463-477, 1980.
- Mumford M.; Weinstein J.; Spratt K.: Thoracolumbar Burst Fractures: The clinical efficacy and outcome of non operative management. Spine: Vol. 18. N. 8, 995-970, 1993.
- Coumans et al (2003) Kyphoplasty for vertebral compression fractures: 1-year clinical outcomes from a prospective study. J Neurosurg (Spine 1) 99:44-50
- Garfin SR, Yuan HA, Reiley MA (2001) Kyphoplasty and vertebroplasty for the treatment of painful osteoporotic compression fractures. Spine 26:1511-1515
- Kyphon U.S. Multicenter Prospective Single Arm Study. Data on file at Kyphon Inc.
- Lane et al. (2002) Minimally invasive options for the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures. Orthop Clin N Am 33:431-438
- Ledlie J, Renfro M (2003) Balloon Kyphoplasty: One Year Outcomes in Vertebral Body Height Restoration, Chronic Pain, and Activity Levels. J Neurosurg (Spine 1) 98: 36-42
- Lieberman et al (2001) Initial Outcome and Efficacy of Kyphoplasty in the Treatment of Osteoporotic VCFs. Spine 26: 2, 1631-1638
- Lieberman IH, Reinhardt M-K (2003) Vertebroplasty and kyphoplasty for osteolytic vertebral collapse. Clin Orthop 415(Suppl):S176-S186
- Phillips et al.: Early radiographic and clinical results of balloon kyphoplasty for the treatment of osteoporotic vertebral compression fractures. Spine 28, 19: 2260-2267, 2003.
- Preliminary outcomes and efficacy of the first 360 consecutive kyphoplasties for the treatment of painful osteoporotic vertebral compression fractures. Spine J. 2005.
- Balloon kyphoplasty is effective in deformity correction of osteoporotic vertebral compression fractures. Spine. 2005.
- Farcy J.; Weidenbaum M.: Sagittal Index in management of thoracolumbar burst fractures. Spine: Vol. 15, N. 9, 1990, Pag.958.
- Weitzman G.: Treatment of stable thoracolumbar spine compression fractures by early deambulation. Clin. Ortho Rel Res 76: 116-122, 1971.
- Denis F, "The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries." Spine 8: 817-831, 1983.
- Gertzbein S.D., Court-Brown C.M. "Flexion-distraction injuries of the lumbar spine. Mechanism of injury and classification." Cl. Orthop. Related Res. 227: 52-60, 1988.
- Willén J., Anderson J., Toomoka K., Singer K. "The natural history of burst fractures at the thoracolumbar junction." J. of Spinal Dis., 3(1): 39-46, 1990.
- KyphOs FS™ Calcium Phosphate for Balloon Kyphoplasty. Verification of Compressive Strength and Instructions for Use. European Cells and Materials Vol. 11. Suppl. 1, 2006 (page 28)

La sindrome di Tako Tsubo: una diagnosi complessa. Case report e revisione bibliografica

Tako Tsubo Syndrome: a challenging diagnosis. A case report and a review of the literature.

Francesco Bartolomucci¹; Vincenzo Contursi²; Annarita Lasorella⁴; Francesco Cipriani¹; Giovanni Deluca³;

¹ U.O.C. di Cardiologia, Ospedale "L. Bonomo", Andria (BAT); ² Medicina Generale, ASL Bari; ³ U.O.C. di Cardiologia, Ospedale Civile Bisceglie (BAT);

⁴ Formazione Specifica in Medicina Generale, Bari

Correspondence to:

Francesco Bartolomucci
francescobartolomucci@virgilio.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Tako Tsubo disease is a rare, newly described syndrome characterized by a transient, acute-onset systolic dysfunction without epicardial coronary artery disease. It is a stress cardiomyopathy, usually benign, and symptoms and ECG patterns are very close to acute coronary syndrome: for this reason, the differential diagnosis must be done very carefully. We report the case of a patient without any cardiovascular risk factor: Tako Tsubo syndrome appeared after a treatment for a dyspnea.

Key words:

Tako Tsubo; stress cardiomyopathy; coronary flow reserve.

RIASSUNTO

La sindrome di Tako Tsubo è un'affezione rara e di recente descrizione in Letteratura, caratterizzata da un'acuta alterazione funzionale della contrattilità del ventricolo sinistro, senza interessamento delle arterie coronarie epicardiche, generalmente ad evoluzione benigna. L'insorgenza improvvisa, dovuta principalmente a stress, e la spiccata somiglianza dal punto di vista sintomatologico e dei rilievi strumentali con la sindrome coronarica acuta impongono una grande cautela nel processo di diagnosi differenziale. Riportiamo il caso di una paziente priva di fattori di rischio cardiovascolare in cui la sindrome è comparsa in seguito a trattamento per una dispnea ingravescente.

Parole chiave:

Tako Tsubo; cardiomiopatia da stress; riserva di flusso coronarico.

INTRODUZIONE

La Sindrome di Tako Tsubo (TTS), nota anche come "cardiomiopatia da stress", "cardiomiopatia ad ampolla" o "sindrome del cuore infranto"¹ è un'affezione descritta in tempi recenti in Letteratura,² caratterizzata da una transitoria ed acuta disfunzione sistolica a carico del ventricolo sinistro, accompagnata dalle stimate elettrocardiografiche di una sindrome coronarica acuta. In questi casi, però, le coronarie epicardiche sono indenni da lesioni e la prognosi è generalmente benigna, con risoluzione completa entro pochi giorni o settimane. L'esatta eziologia di questa sindrome è a tutt'oggi oggetto di studio: le principali cause scatenanti sono l'intenso stress fisico o emotivo.

CASE REPORT

Presentiamo il caso di una paziente di 51 anni, senza fattori di rischio cardiovascolari, che giunge alla nostra attenzione per dispnea ingravescente. All'arrivo in Pronto Soccorso la paziente mostra dispnea severa e lamenta dolore retrosternale con irradiazione ad entrambe le braccia. L'ECG mostra ritmo sinusale a 90 bpm con deviazione assiale sinistra. L'ecocardiogramma eseguito evidenzia una normale cinetica del ventricolo sinistro (frazione d'ieiezione: 60%) associata ad una significativa dilatazione e disfunzione ventricolare destra con severa ipertensione polmonare (70 mmHg). La proiezione sottocostale mostra una dilatazione della vena cava inferiore e la presenza di un trombo delle dimensioni di 35 x 12 mm fluttuante al suo interno. La presenza del trombo viene confermata da angio-TC che mostra, inoltre, multipli difetti di riempimento a carico delle arterie polmonari lobari bilaterali. La paziente viene sottoposta a trattamento eparinico e trombolitico mediante R-Tpa con rapido miglioramento del quadro clinico e soggettivo. Due giorni dopo, lamenta improvvisa insorgenza di dolore toracico associato ad onde T negative in V1-V6. L'ecocardiogramma eseguito in urgenza mostra una severa disfunzione ventricolare sinistra (frazione d'ieiezione: 25%) con acinesia delle porzioni medio-apicali ed ipercinesia dei segmenti basali del ventricolo sinistro. Pertanto si esegue una coronarografia urgente che mostra delle coronarie indenni da lesioni stenotiche; la ventricolografia conferma l'acinesia dei segmenti apicali con ipercontrattilità delle porzioni basali del ventricolo sinistro. Ventiquattro ore dopo il ricovero, la paziente è sottoposta ad un ecocardiogramma transtoracico con Color-Doppler per la valutazione della riserva di flusso coronarico (CFR). La CFR è misurata nella porzione distale della LAD, durante infusione endovenosa di adenosina (0.14 mg/Kg/min in 2 minuti) ed è risultata essere di 2.3. Quattro ore dopo la determinazione della CFR sulla LAD è valutata la perfusione miocardica regionale con Sono-Vue. La perfusione risulta normale in tutti i segmenti disfunzionali, ad eccezione di una piccola porzione subendocardica dell'apice. Viene, pertanto, posta diagnosi di TTS. A un mese dal ricovero, l'ECG si dimostra completamente normale e l'ecocardiografia evidenzia una normale cinetica segmentaria e funzione di pompa del ventricolo sinistro.

Anche la risposta iperemica all'adenosina è sostanzialmente migliorata, triplicando la velocità di flusso a riposo rispetto all'esame iniziale. Infine, l'ecocontrastografia dimostra una completa normalizzazione della perfusione miocardica dell'area colpita.

DISCUSSIONE

La TTS è una sindrome molto rara: per questo la sua incidenza è tuttora difficile da determinare, ma si stima che coinvolga approssimativamente l'1% dei pazienti ospedalizzati per sindrome coronarica acuta in Giappone³ e che riguardi soprattutto donne in età postmenopausale, nonostante siano registrati in Letteratura casi coinvolgenti soggetti più giovani⁴ o in età pediatrica.⁵ Descritta inizialmente in Giappone,² ormai questa affezione è stata riscontrata anche in altre Nazioni, al punto da potersi affermare che non colpisca alcuna etnia in maniera preferenziale.⁶ La morte di un parente prossimo pare essere lo stressor più diffusamente alla base di simili episodi.⁷

Il paziente si presenta all'attenzione del medico con segni e sintomi tipici della sindrome coronarica acuta, al punto da rendere molto complessa la diagnosi differenziale: può essere avvertito un forte ed improvviso dolore retrosternale, in alcuni casi anche accompagnato da dispnea; le anomalie elettrocardiografiche riscontrabili durante l'episodio algico includono il sopraslivellamento del tratto ST (81% dei casi), anomalie delle onde T (64%) e presenza di onde Q (31%).⁸ Può essere frequente anche un moderato aumento della concentrazione degli enzimi cardiaci circolanti, in maniera del tutto simile a quanto riscontrabile in corso d'infarto miocardico.⁷ Tutto questo accade mentre il ventricolo sinistro, nella sua porzione medio-apicale (nella forma tipica della TTS) o medio-basale (nella forma atipica), va incontro a fenomeni discinetici che possono facilmente coinvolgere anche il ventricolo destro, determinando una transitoria disfunzione bi-ventricolare.⁹ Il contesto è "a ciel sereno", senza malattia coronarica documentabile neppure mediante cateterismo cardiaco, nè altre affezioni concomitanti. Con un'adeguata terapia di supporto, che, per la difficoltà nell'identificare la TTS, deve necessariamente essere quella delle sindromi coronariche acute, la mortalità si attesta attorno all'1-3% dei casi e la risoluzione di segni e sintomi è del tutto completa in un arco di tempo che può variare da pochi giorni ad alcune settimane. Tra i pazienti ospedalizzati in reparti di Terapia Intensiva, questa affezione appare essere più comune, come testimoniato da uno studio prospettico, in cui di 92 pazienti consecutivamente trattati in Terapia Intensiva per cause non cardiache, 26 (28%) avevano una discinesia apicale tipo TTS ecocardiograficamente rilevabile.¹⁰ Le complicanze sono poco comuni, ma possono rivelarsi serie, spaziando da aritmie atriali e ventricolari, ad instabilità emodinamica, edema polmonare e shock cardiogeno. L'eziologia della TTS resta ancora oggetto d'indagine: appare ormai chiaro che lo spasmo multi-vascolare a carico delle coronarie epicardiche non sia più da considerarne la causa, venendo tale ipotesi sconsigliata da studi basati su tests provocativi in cui il qua-

dro sindromico non è risultato riproducibile;¹¹⁻¹² il riscontro istologico da campioni biotici di infiltrati mononucleari, miocitolisi focale e strie necrotiche nel contesto del miocardio comune, senza alcun indizio di miocardite in corso,¹³ tuttavia, suggerisce la presenza di una certa quota di danno tissutale. Appare ormai dimostrato che il processo patogenetico alla base della TTS riguardi gli alti livelli intramiocardici di catecolamine ed il danno miocitario che queste possono indurre.¹⁴ Molte prove concorrono ad identificare nell'ibernazione miocardica e nel danno microcircolatorio i motivi scatenanti delle crisi di TTS: la diminuita perfusione miocardica anche se in assenza di lesioni coronariche rilevabile alla SPECT è una prova a carico del danno microcircolatorio;¹⁵ la ridotta captazione regionale del tracciante 18F-fluorodesossiglucosio in immagini PET corrobora questa ipotesi e quella dello stunning tissutale.¹⁶ A conferma di tali risultati, ci sono le analisi RM: non risultano evidenzianti aree di impregnazione tardiva da mezzo di contrasto nel miocardio ventricolare, come ci si potrebbe invece aspettare in caso di estese necrosi miocardiche,¹⁷ nonostante i frequenti reperti di moderata elevazione delle concentrazioni di troponina ematica. Sono solo rilevabili in alcuni casi delle modeste aree di hyperenhancement differito a livello subendocardico apicale,¹⁸ comunque incapaci di inficiare la bontà dell'ipotesi interpretativa di disfunzione "da stress".

Le indagini ecocontrastografiche, per la loro ripetibilità, i bassi costi e le indicazioni fornite su cinetica e perfusione miocardiche, si stanno rivelando sempre più importanti nell'identificazione e nello studio della TTS, anche se finora sono state riportate in Letteratura poche esperienze in tal senso. L'uso di micro-bolle come

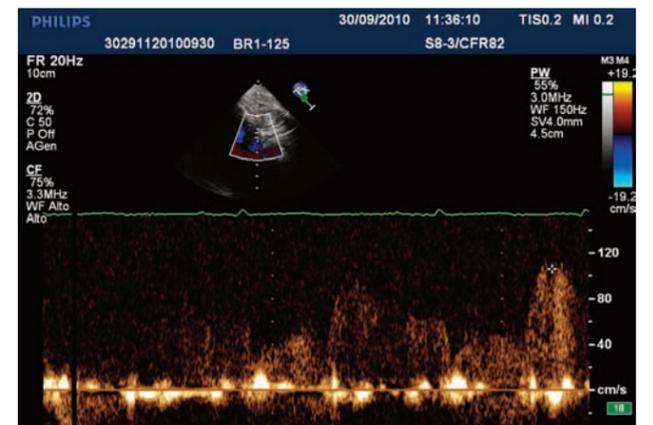
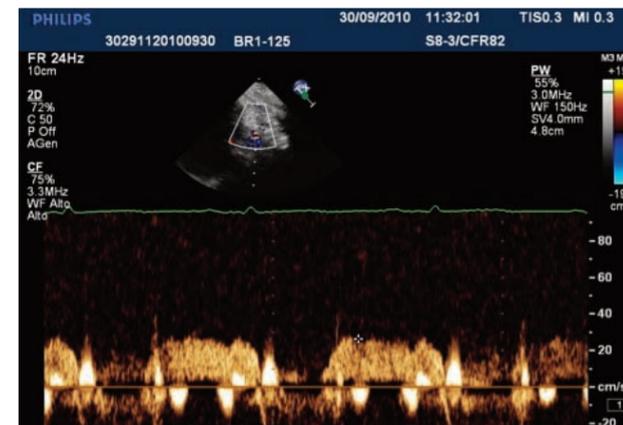
mezzo di contrasto utile a mimare la reologia delle emazie, permette un'accurata valutazione della perfusione miocardica: unitamente allo studio della riserva coronarica, questo è uno strumento potente, nelle mani del diagnosta che, come nel caso riportato, può accertare la presenza e la reversibilità delle anomalie tipiche della TTS. Shrikanth et al.¹⁹ hanno riscontrato con indagini ecocontrastografiche una ridotta perfusione nelle regioni apicali in sede prevalentemente sub endocardica ed il suo completo recupero nelle successive 72 ore. Questi dati risultano congruenti con l'interpretazione "catecolaminergica" delle cause della TTS, per la vasocostrizione e la riduzione del volume capillare conseguenti ad un'iperinfezione di tali mediatori. Anche la Riserva di Flusso Coronarico tende a migliorare col passare del tempo a partire dalla crisi acuta, per normalizzarsi nel volgere di alcune ore, mentre il Wall Motion Score Index può richiedere fino a 6 mesi per tornare in condizioni basali.²⁰ Nel caso da noi riportato, questa normalizzazione è stata riscontrabile già ad un mese di distanza dalla dimissione della paziente.

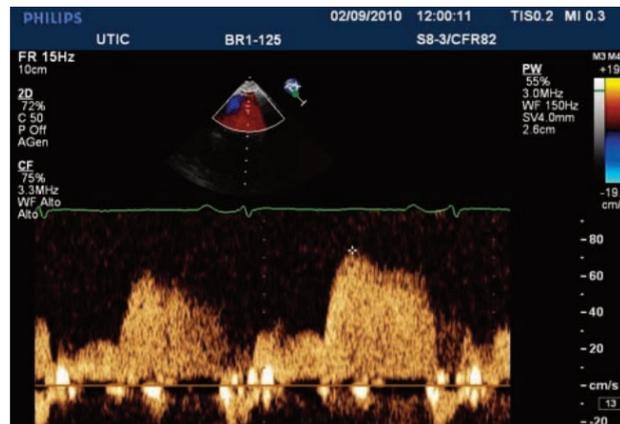
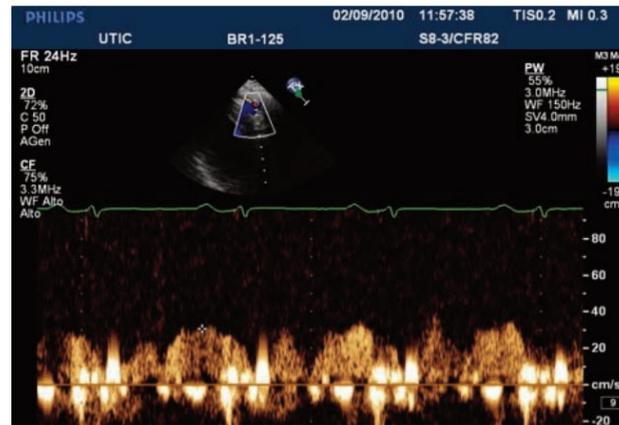
CONCLUSIONI

Le nostre osservazioni suggeriscono che la sindrome di Tako Tsubo rifletta principalmente un disturbo reversibile del miocardio, probabilmente precipitato da un aumento parossistico del tono simpatico del cuore e comporta notevoli somiglianze fisiopatologiche con la cardiomiopatia da stress. La stretta somiglianza di segni, sintomi e risultati delle principali indagini diagnostiche con la sindrome coronarica acuta impone una grande cautela nell'approcciare il processo di diagnosi differenziale.

ILLUSTRAZIONI

- A - I fase: all'ingresso in Reparto.
- B- C -D - E - F: II fase: 2 giorni dopo, all'insorgenza di dolore toracico (Tako Tsubo).
- G - H - I - J - K: III fase: risoluzione della Tako Tsubo.





BIBLIOGRAFIA

1. Bybee KA, Kara T, Prasad A et al. "Systematic review: transient left ventricular apical ballooning; a syndrome that mimics ST-segment elevation myocardial infarction". *Ann Int Med* 2004; 141:858-865.
2. Satoh HTH, Tateishi H, Uchida T, et al. "Takotsubo type cardiomyopathy due to multivessel spasm". In: Kodama K, Haze K, Hon M (eds): *Clinical Aspect of Myocardial Injury: From Ischemia to Heart Failure* (in Japanese). Tokyo, Kagakuhyouronsya Co., 1990, pp. 56-64.
3. Sharkey SW et al. "Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States". *Circulation* 2005; 111: 472-479.
4. Reuss CS, Lester SJ, Hurst RT, Askew JW, Nager P, Lusk J et al. "Isolated left ventricular basal ballooning phenotype of transient cardiomyopathy in young women". *Am J Cardiol* 2007;99:1451-3.
5. Maruyama S, Nomura Y, Fukushige T, Eguchi T, Nishi J, Yoshinaga M et al. "Suspected takotsubo cardiomyopathy caused by withdrawal of buprenorphine in a child". *Circ J* 2006;509-11.
6. Desmet W, Adriaenssens B, Dens JA. "Apical ballooning of the

- left ventricle: first series in white patients". *Heart* 2003;89:1027-1031.
7. Wittstein IS et al. "Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress". *N Engl J Med* 2005; 352: 539-548.
8. Gianni M, Dentali F, Grandi AM, Sumner G, Hiralal R, Lonn E. "Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review". *Eur Heart J* 2006;1523-9.
9. Kurowski V, Kaiser A, von Hof K, Killermann DP, Mayer B, Hartmann F, Schunkert H, Radke PW. "Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction (Tako-Tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis". *Chest* 2007; 132:809-816.
10. Meimoun P, Malaquin D, Saya S, Benali T, Luyck-Bore A, Levy F, Zemir H, Tribouilloy C. "The coronary flow reserve is transiently impaired in Tako-Tsubo cardiomyopathy: a prospective study using serial Doppler transthoracic echocardiography". *J Am Soc Echocardiogr*. 2008;21:72-77.
11. Kurisu S, Sato H, Kawagoe T, Ishihara M, Shimatani Y, Nishioka K, et al. "Tako-tsubo-like left ventricular dysfunction with ST-segment elevation: a novel cardiac syndrome mimicking

- acute myocardial infarction". *Am Heart J* 2002;143:448-55.
12. Abe Y, Kondo M, Matsuoka R, Araki M, Dohyama K, Tanio H. "Assessment of clinical features in transient left ventricular apical ballooning". *J Am Coll Cardiol* 2003;41:737-42.
13. Wittstein IS, Thiemann DR, Lima JA, Baughman KL, Schulman SP, Gerstenblith G et al. "Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress". *N Engl J Med* 2005;352:539-48.
14. Scanzlerla P, Alioto G, Funaro A, Passaretti B, Borghini E and Guglielmetto S. "Transthoracic Doppler ultrasound flow reserve evaluation: preliminary insights into pathophysiology of Takotsubo cardiomyopathy". *J Cardiovasc. Med.* 2008; 12:1229-1234.
15. Ito K, Sugihara H, Katoh S, Azuma A, Nakagawa M. "Assessment of Takotsubo (ampulla) cardiomyopathy using 99m Tc-Tetrofosmin myocardial SPECT-comparison with acute coronary syndrome". *Ann Nucl Med* 2003; 17: 115-122.
16. Bybee KA, Murphy J, Prasad A, Wright RS, Lerman A, Rihal CS et al. "Acute impairment of regional myocardial glucose up-

- take in the apical ballooning (takotsubo) syndrome". *J Nucl Cardiol* 2006;13:244-50.
17. Nanda S, Bhatt SP, Dale TH, Kurowki V, Burgdorf C, Radke PW. "Tako tsubo cardiomyopathy: an insight into pathogenesis". *Chest* 2008;133:583-584.
18. Wittstein IS, Thiermann DR, Lima JAC, Baughman KL, Shulman SP, Gerstenblith G, Wu KC, Rade JJ, Bivalacqua TJ, Champion HC. "Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress". *N Engl J Med* 2005;352:539-548.
19. Shrikanth P. Y. Upadya, Sheikh M. Hoq, MD, MPH, Pannala R. et al. "Tako Tsubo Cardiomyopathy (Transient Left Ventricular Apical Ballooning): Case Report of a Myocardial Perfusion Echocardiogram Study". *J Am Soc Echocardiogr* 2005;18:10-14.
20. Rigo F, Sicari R, Citro R, et al. "Diffuse, marked, reversible impairment in coronary microcirculation in stress cardiomyopathy: A Doppler transthoracic echo study". *Annals of Medicine*. 2009; 41: 462-470.

Il tavolo tecnico tra Ministero e Sindacati per il riordino delle cure primarie e integrazione ospedale territorio: speranze e preoccupazioni.

The technical discussion between the Ministry and Trade Unions for the reorganization of primary care and hospital area integration: hopes and concerns.

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

Correspondence to:
Giuseppe Maso
giuseppe.maso@siicp.it

Published by Edicare Publishing. All right reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

The draft agreement between the Ministry of Health and Medical Unions for the reorganization of Primary Care induces some anxiety about the future freedom of family medicine in Italy. Still in the draft no-one writes about academic role, quality and real domain of general practice. The document seems to find solutions to unidentified problems in order to get a better control on doctors and patients.

Key words:

Primary Care; integration between hospital and primary care

RIASSUNTO

Il documento del tavolo tecnico per il riordino delle cure primarie e integrazione ospedale-territorio fa sorgere qualche preoccupazione sul futuro della libertà della medicina generale italiana. Ancora una volta non compare alcunché circa la posizione accademica della disciplina, sul suo campo di azione e sulla qualità dei medici. Il documento propone delle soluzioni a dei problemi che sembra non aver chiaramente individuato come se il vero fine sia un maggior controllo sui medici e sui pazienti.

Parole chiave:

Cure Primarie; integrazione ospedale-territorio

INTRODUZIONE

Il 12 aprile si è svolto stamani presso il ministero della Salute il più complesso dei tavoli dedicato a "Cure primarie e integrazione ospedale-territorio" che il ministero ha aperto con i sindacati medici. L'incontro si è concluso positivamente con la sottoscrizione da parte di tutte le sigle sindacali di un documento che raccoglie in buona sostanza le istanze presentate dalle organizzazioni.

Il testo dell'accordo

Obiettivi da perseguire

1. Presa in carico del paziente modulata su livelli di intensità assistenziale attraverso l'integrazione delle figure professionali
2. Appropriatezza delle cure
3. Riorganizzazione dell'assistenza territoriale incentivando le forme evolute di aggregazione dei professionisti
4. Promozione della sanità d'iniziativa

- Ruolo unico ed accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale (medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, di organizzazione e gestione, di prestazioni strumentali, di coordinamento informativo, di specifiche competenze cliniche richieste.

- Integrazione mono-professionale e multi-professionale per favorire, l'integrazione ed il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale in tutte le loro funzioni, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, anche attraverso la costituzione di AFT e UCCP, nonché valorizzare l'integrazione tra i medici convenzionati ed i medici dipendenti, attraverso l'istituzionalizzazione di tavoli aziendali e regionali, facilitando l'intero percorso di cura del paziente.

- Ristrutturazione del compenso prevedendo una distinzione delle fonti e dei meccanismi di finanziamento destinati alla remunerazione dell'attività professionale (prevalentemente definite e quantificate a livello nazionale) da quelle necessarie ad acquisire i fattori di produzione (attrezzature, personale, spese di gestione, spese automezzo, ecc.).

- Sviluppo dell'ICT (Information and Communication Technology) che rappresenta uno strumento irrinunciabile sia per l'aggregazione funzionale sia per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere ai fini di servizio, gestionali e di governo clinico, fermo restando quanto previsto al punto 3.

- Individuazione nel distretto la sede territoriale di riferimento, strettamente legata al territorio di competenza, dove attuare il coordinamento della gestione dell'assistenza.

- Riorganizzazione del sistema di Emergenza ed Urgenza al fine di garantire una continuità tra ospedale e territorio, evidenziando la necessità del passaggio alla dipendenza dei medici di emergenza sanitaria o comunque l'esigenza di una univocità di ruolo giuridico e contrattuale dei medici operanti nei servizi di emergenza.

- Formazione dei professionisti: definire i percorsi formativi in maniera funzionale ai ruoli operativi specifici nell'ambito dell'integrazione professionale senza determinare sovrapposizioni, concorrenzialità o utilizzo in funzioni improprie. Rimodulare il percorso formativo per facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani medici, completando lo stesso nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, comprese le forme organizzative evolute della medicina generale e della pediatria di famiglia, ad integrazione e perfezionamento del percorso universitario. Favorire lo sviluppo dei percorsi assistenziali ospedale-territorio per garantire la formazione continua dei medici anche attraverso processi formativi integrati che prevedono la partecipazione dei medici dipendenti e dei medici convenzionati.

I quattro obiettivi individuati dal "tavolo tecnico sul riordino delle cure primarie e integrazione ospedale territorio" aperto tra ministero e sindacati, ad una prima analisi, impongono alcune riflessioni e fanno nascere anche qualche preoccupazione sul futuro della medicina di famiglia e in generale delle cure primarie in Italia. Le azioni individuate per raggiungere il riordino prefigurano un totale cambiamento dell'assetto assistenziale della medicina generale che, a mio avviso e non solo, potranno allontanare ancora di più la medicina generale italiana dallo standard dei paesi più evoluti e rischieranno di allontanare i futuri medici dalla nostra medicina generale.

Non si dice mai chiaramente perché queste modifiche siano necessarie. Ci siamo sentiti ripetere più volte che bisogna riorganizzare la medicina territoriale perché vi è un ricorso improprio al pronto soccorso, perché le prestazioni fornite dai medici di famiglia sono insoddisfacenti, perché le cure che essi forniscono non sono appropriate o perché come diceva in una intervista (12 ottobre 2010, http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=1526)

il segretario della Fimmg "il fatto che le regole attuali hanno determinato un'impossibilità di progresso, una zavorra che ha impedito alla medicina generale di decollare secondo le possibilità che tutti gli riconoscono e che tutti desidererebbero. Il medico di medicina generale riscuote un grande apprezzamento tra i cittadini, ma non riesce a decollare in termini di servizi e di organizzazione dell'assistenza. L'emarginazione della medicina generale può essere corretta solo risolvendo i problemi che la determinano". Allora il segretario della Fimmg indicava anche i cambiamenti "il ruolo unico, la limitazione della concorrenza e la ristrutturazione del compenso", gli stessi cambiamenti proposti due anni dopo dal tavolo tecnico, con un altro governo. Ma nessuno di coloro che ha proposto soluzioni ha indicato con modalità

evidence based le vere cause della "emarginazione" della disciplina che negli altri paesi europei funziona pur in regime di concorrenza e in sistemi non gerarchico-normativi come il nostro ma gerarchico professionali (Paesi Bassi e Regno Unito) e non gerarchico – professionali (Germania) dove nessuno si sognerebbe di parlare di ruolo unico o abolizione della concorrenza o lavoro in gruppo imposto forzatamente ad un libero professionista. I limiti della medicina di famiglia Italiana sono essenzialmente la mancanza di collocazione accademica della disciplina (caso più unico che raro nel panorama formativo dei paesi evoluti), le limitazioni prescrittive (vedi piani terapeutici), le limitazioni terapeutiche (vedi fisioterapia), le limitazioni diagnostiche (vedi esenzioni ticket per patologia e accesso alla diagnostica di secondo livello), la mancanza di libertà organizzativa, la scarsa tecnologia a disposizione (accreditamento delle strutture e non dei professionisti) e un falso ruolo di gate-keeper. Questi limiti probabilmente non verranno superati con le azioni proposte che comportano invece alcuni rischi: quello di incrinare il rapporto di continuità assistenziale tra medico e paziente (tra due persone libere), quello di demotivare i migliori (formazione di categoria e non sui bisogni individuali, percorsi formativi nell'ambito dell'integrazione professionale, aggregazioni obbligatorie), quello di intaccare la libertà delle persone con un controllo totale dei dati registrati in ambulatorio e quello di un ulteriore pesante controllo burocratico-amministrativo. Una medicina pianificata per un atto medico definito dal ruolo e dall'area territoriale.

Le azioni necessarie dovrebbero andare in una direzione diversa e in particolare:

- Puntare alla qualità dei medici generali. Per questo è necessaria la specialità accademica e una formazione continua che preveda il mantenimento e l'apprendimento di reali abilità cliniche.
- Rivedere il ruolo di gate-keeper del medico di famiglia che va posto in posizione paritetica rispetto alle altre specialità.
- Accreditare il professionista e non le strutture, dando valore al merito.
- Applicare sempre i criteri di qualità, equità, costo-efficacia e sussidiarietà.
- Diminuire al massimo le incombenze burocratiche.
- Dare la possibilità al cittadino di scegliere il medico che preferisce indipendentemente dalla localizzazione geografica e dal numero di assistiti di quel medico.
- Abolire il numero massimo di pazienti attribuibili ad un medico.
- Lasciare ai medici libertà organizzativa e aggregativa.
- Fare in modo che le informazioni che una persona fornisce al proprio medico rimangano all'interno del rapporto medico-paziente.

Queste azioni (peraltro applicate nei paesi in cui la medicina di famiglia soddisfa la stragrande maggioranza dei bisogni di salute), agendo solo sulla medicina generale, sarebbero un volano potentissimo per tutto il Sistema Sanitario; costituirebbero una iniezione

di libertà e gioventù che porterebbe ad una totale ridefinizione dei livelli di cura; ridarebbero dignità ad una professione, liberebbero le energie migliori, restituirebbero autonomia, indipendenza e reale responsabilità. Una ventata di efficienza ed efficacia che ci porterebbe a competere con i sistemi più avanzati. Ma molte sono le resistenze e nel nostro paese si sta "rifondando" la medicina generale imbrigliando questa "libera" professione in una rete di sigle, organizzazioni, incombenze burocratiche, norme e divieti per cui sono necessarie più di 250 pagine di solo Accordo Collettivo Nazionale.

dro sindromico non è risultato riproducibile;¹¹⁻¹² il riscontro istologico da campioni biopsici di infiltrati mononucleari, miocitoli focali e strie necrotiche nel contesto del miocardio comune, senza alcun indizio di miocardite in corso;¹³ tuttavia, suggerisce la presenza di una certa quota di danno tissutale. Appare ormai dimostrato che il processo patogenetico alla base della TTS riguarda gli alti livelli intramiocardici di catecolamine ed il danno miocitario che queste possono indurre.¹⁴ Molte prove concorrono ad identificare nell'ibernazione miocardica e nel danno microcircolatorio i motivi scatenanti delle crisi di TTS: la diminuita perfusione miocardica anche se in assenza di lesioni coronariche rilevabile alla SPECT è una prova a carico del danno microcircolatorio;¹⁵ la ridotta captazione regionale del tracciante 18F-fluorodesossiglucosio in immagini PET corrobora questa ipotesi e quella dello stunning tissutale.¹⁶ A conferma di tali risultati, ci sono le analisi RM: non risultano evidenziazioni di aree di impregnazione tardiva da mezzo di contrasto nel miocardio ventricolare, come ci si potrebbe invece aspettare in caso di estese necrosi miocardiche,¹⁷ nonostante i frequenti reperti di moderata elevazione delle concentrazioni di troponina ematica. Sono solo rilevabili in alcuni casi delle modeste aree di hyperenhancement differito a livello subendocardico apicale,¹⁸ comunque incapaci di inficiare la bontà dell'ipotesi interpretativa di disfunzione "da stress".

Le indagini ecocontrastografiche, per la loro ripetibilità, i bassi costi e le indicazioni fornite su cinetica e perfusione miocardiche, si stanno rivelando sempre più importanti nell'identificazione e nello studio della TTS, anche se finora sono state riportate in Letteratura poche esperienze in tal senso. L'uso di micro-bolle come mezzo di contrasto utile a mimare la reologia delle emazie, permette un'accurata valutazione della perfusione miocardica: unitamente allo studio della riserva coronarica, questo è uno strumento potente, nelle mani del diagnosta che, come nel caso riportato, può accertare la presenza e la reversibilità delle anomalie tipiche della TTS. Shrikanth et al.¹⁹ hanno riscontrato con indagini ecocontrastografiche una ridotta perfusione nelle regioni apicali in sede prevalentemente sub endocardica ed il suo completo recupero nelle successive 72 ore. Questi dati risultano congruenti con l'interpretazione "catecolaminergica" delle cause della TTS, per la vasocostrizione e la riduzione del volume capillare conseguenti ad un'iperinfezione di tali mediatori. Anche la Riserva di Flusso Coronarico tende a migliorare col passare del tempo a

partire dalla crisi acuta, per normalizzarsi nel volgere di alcune ore, mentre il Wall Motion Score Index può richiedere fino a 6 mesi per tornare in condizioni basali.²⁰ Nel caso da noi riportato, questa normalizzazione è stata riscontrabile già ad un mese di distanza dalla dimissione della paziente.

CONCLUSIONI

Le nostre osservazioni suggeriscono che la sindrome di Tako Tsubo rifletta principalmente un disturbo reversibile del miocardio, probabilmente precipitato da un aumento parossistico del tono simpatico del cuore e comporta notevoli somiglianze fisiopatologiche con la cardiomiopatia da stress. La stretta somiglianza di segni, sintomi e risultati delle principali indagini diagnostiche con la sindrome coronarica acuta impone una grande cautela nell'approcciare il processo di diagnosi differenziale.

Exchange in Spagna con la SoMaMFyC - Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria: diario di un'esperienza di due medici in formazione

Exchange in Spain with SoMaMFyC - Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria: diary of an experience of two doctors in training

Annarita Lasorella; Irma Scarafino
Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Bari

Correspondence to:
Irma Scarafino
Irma.scarafino@siicp.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2012; 4, 1:

ABSTRACT

Hippokrates is an exchange programme for medical doctors specialising in Family Medicine/General Practice and junior Family Doctors/General Practitioners (within 5 years of completing specialty training). The programme is supported by WONCA Europe and by the European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). The aim of Hippokrates is to encourage exchange and mobility among young doctors in the course of their professional formation as General Practitioners; thus providing a broader perspective to the concepts of Family Medicine at both professional and personal levels.

Key words:

Hippokrates Programme; General practitioners/Family Doctors

RIASSUNTO

Hippokrates è un programma di scambio per medici specializzandi in Medicina di Famiglia / Medicina Generale e Medici Family Junior / General Practitioners (entro 5 anni dal completamento della formazione specialistica). Il programma è supportato da WONCA Europe e dalla European Academy of Teachers in Medicina Generale (EURACT). Lo scopo di Ippocrate è quello di favorire lo scambio e la mobilità tra i giovani medici nel corso della loro formazione professionale come medici di medicina generale, fornendo in tal modo una prospettiva più ampia ai concetti della medicina di famiglia sia a livello professionale che personale.

Parole Chiave:

Programma Hippokrates; Medici di Medicina Generale/ di Famiglia

Secondo la definizione WONCA 2011 della Medicina Generale, lo specialista medico di famiglia è chiamato a confrontarsi con i problemi di salute dei suoi pazienti nella loro dimensione non solo fisica ma anche psicologica, sociale, culturale ed esistenziale, con un approccio che sia centrato sull'individuo, ma orientato anche al suo nucleo familiare e alla sua comunità, cosciente di avere una responsabilità specifica in merito alla salute della comunità. Questa figura professionale si dedica a svolgere la sua attività con senso critico, comprendendo e integrandosi nel contesto lavorativo, normativo e socioculturale a cui appartiene e impegnandosi in un percorso formativo continuo, onde garantire l'aggiornamento e la qualità del suo approccio.

Il medico di Medicina Generale del prossimo futuro quindi deve sapersi confrontare con realtà e contesti diversi da quelli in cui è abituato a esercitare la sua professionalità ed è importante che apprenda sin dall'inizio della sua carriera l'importanza di questo aspetto peculiare della Medicina di Famiglia. In quest'ottica, i medici in Formazione Specifica di Medicina Generale hanno a loro disposizione l'opportunità irripetibile dei Progetti di Scambio all'estero; tra questi un'occasione alla portata di tutti è costituita dal Progetto Mini Hippokrates, organizzato dal Vasco Da Gama Movement.

Il Progetto Mini Hippokrates è un Exchange della durata di una settimana che permette a un medico in formazione di sperimentare in prima persona il contesto lavorativo e formativo di un Paese europeo a scelta, nel quale verrà accolto e affiancato in tutte le attività formative da colleghi futuri medici di Medicina Generale.

Questo progetto di scambio è organizzato dal Vasco Da Gama Movement, un coordinamento europeo di corsisti e giovani neo convenzionati che si propone come l'organo europeo del WONCA per quanto attiene alla formazione e ai primi anni di pratica lavorativa come medico di Medicina Generale.

Partecipare al Mini Hippokrates è molto semplice e alla portata di chiunque voglia estendere i propri orizzonti, lavorativi e non, al di là dei confini italiani: è sufficiente accedere al sito del Vasco Da Gama Movement (<http://www.vdgm.eu>) e scegliere la propria meta tra i numerosi Paesi disponibili. A questo punto si procede a contattare il coordinatore nazionale, il quale provvederà a mettere in contatto il candidato con il coordinatore del Paese di arrivo. Questi, a sua volta, si occuperà di individuare un medico di famiglia tutor che accoglierà il candidato nel suo ambulatorio e lo coinvolgerà in tutte le sue varie attività.

In quanto conscie dell'utilità di un confronto con realtà differenti dalla nostra, abbiamo deciso di cogliere al volo l'opportunità offertaci dal Movimento Vasco Da Gama e di partire per un Mini Hippokrates a Madrid.

Abbiamo trovato ad attenderci in Spagna, per condividere la stessa esperienza, altri sedici Medici in Formazione, provenienti da diversi Paesi europei: questo ha permesso di arric-

chire il nostro scambio di un confronto non solo con la realtà del Paese che ci ospitava, ma anche con quella di altre nazioni. Il Progetto prevede che i colleghi stranieri vengano ospitati da specializzandi in Medicina Generale; questo ci ha permesso di vivere a contatto stretto con la loro quotidianità didattica e lavorativa e poter così operare appieno un confronto formativo ed organizzativo tra la Specializzazione in Medicina Generale spagnola e la Formazione Specifica come è intesa in Italia. Innanzitutto la modalità di accesso al percorso didattico: in Spagna, come in altri 27 Paesi d'Europa, la Medicina Generale è considerata una Specializzazione universitaria a cui si accede tramite concorso nazionale (MIR), unico per tutte le specializzazioni. Il percorso formativo ha durata quadriennale dal 2004, mentre precedentemente a questa data condivideva la durata triennale con l'Italia. Durante i quattro anni di specializzazione, l'aspirante Medico de Familia y de Salud Comunitaria ruota attraverso numerosi servizi ospedalieri e territoriali, secondo questo programma, flessibile e personalizzabile:

PRIMO ANNO

- Cure primarie: da 4 a 6 mesi in un Centro de Salud.
- Medicina Interna: da 5 a 8 mesi in un servizio ospedaliero di Medicina Interna.
- Radiodiagnostica: 1 mese in un servizio di Radiologia.

SECONDO e TERZO ANNO

- Cure primarie: da 2 a 3 mesi in un Centro de Salud.
- Cure primarie pediatriche: 2 mesi in un servizio ospedaliero di Pediatria.
- Cure primarie psichiatriche: 3 mesi in un servizio ospedaliero di Psichiatria e Salute Mentale.
- Cure primarie per la salute della donna: 3 mesi in un servizio ospedaliero di Ginecologia.
- Medicina Interna e Specialità medico chirurgiche: 8 mesi in rotazione tra Chirurgia, Otorinolaringoiatria, Geriatria, Pneumologia, Cardiologia, Endocrinologia e Reumatologia.

- Apprendimento elettivo: 3 mesi in rotazione a scelta in un servizio ospedaliero, in un Centro de Salud Primaria, in Servizi territoriali di Assistenza alla terminalità e cure palliative, in altri servizi ancora.

QUARTO ANNO

- Cure primarie: intero anno in un Centro de Salud. In questo anno lo specializzando, per un periodo non inferiore a 2 mesi, deve gestire l'ambulatorio in maniera autonoma e senza la presenza del tutor.

Il programma su elencato viene inoltre integrato, in tutti e quattro gli anni di corso, dallo svolgimento di un numero prefissato e obbligatorio di turni di guardia in Pronto Soccorso (compresi i servizi comparabili al nostro 118), nei Servizi Ospedalieri e in quelli territoriali.

Lo specializzando spagnolo in formazione di Medicina Generale, nel corso della sua permanenza in un dato reparto ospe-

daliero, viene considerato parte dell'organico del reparto stesso e si alterna quindi ai colleghi in formazione specialistica nello svolgimento dei turni di guardia divisionale.

L'aspirante medico de familia è impegnato inoltre in guardie obbligatorie nei servizi di Pronto Soccorso e nei Centros de Salud (pressappoco l'equivalente della nostra Continuità Assistenziale). Qualunque tipo di guardia egli svolga, è sempre affiancato da un collega strutturato che ne supervisiona l'operato, mantenendo però integra la sua autonomia decisionale e gestendo il paziente in prima persona.

Questo garantisce una formazione completa, diretta, pratica e rivolta all'affinamento di quelle capacità di problem solving che secondo il WONCA devono caratterizzare l'operato del Medico di Medicina Generale.

Oltre che avere un fortissimo impatto positivo sulla formazione del discente, l'introduzione di un numero prefissato e obbligatorio di turni di guardia ha un risvolto importante anche sulla remunerazione dello specializzando: egli infatti integra così il proprio stipendio fisso mensile, pari pressappoco a 1100 euro, con l'utile derivante dallo svolgimento dei turni di Guardia.

Al termine del percorso formativo quadriennale descritto, lo specializzando ottiene il titolo di Specialista in Medicina de Familia y Comunitaria, al pari dei colleghi in formazione specialistica in qualunque branca medico-chirurgica ai quali risulta così totalmente equiparato.

Medicina de Familia y Comunitaria: los CENTROS DE SALUD in Madrid

Una fantastica settimana di Marzo (24-31/03/2012) trascorsa in un Centro di Salute a Madrid ci ha permesso di constatare in prima persona il sistema organizzativo e lavorativo dei medici di Medicina Generale nella capitale spagnola.

I Centri di Salute madrileni corrispondono agli ambulatori italiani dei medici di Medicina Generale, ma da questi si distinguono per moltissimi aspetti, non solo strutturali ma anche organizzativi.

All'interno del Centro di Fuentelarreina sono presenti: ambulatori medici, sala prelievi, ambulatorio di pediatria, ambulatorio di geriatria, ambulatorio infermieristico, sala radiologica, punto di primo intervento, aula dell'assistente sociale, sale riunioni, biblioteche e sale per corsi di preparazione al parto.

Il Centro de Salud Ciudad de los Periodistas dispone inoltre di una "sala de curas" attrezzata con un carrello per le emergenze e fornita di vaccini (per esempio, antitetanica) e di una piccola sala operatoria per la Chirurgia Minore, dove medici di Medicina Generale opportunamente formati eseguono in piena sicurezza drenaggi di ascessi, asportazione di lesioni cutanee benigne, biopsie, suture e medicazioni.

All'interno del Centro di Salute Primaria i medici di Medicina Generale lavorano 13 ore al giorno dividendo le ore lavorative in due turni: dalle 8:00 alle 14:30 e dalle 14:30 alle 21:00. Dalle 21:00 alle 8:00 del mattino i turni di guardia sono svolti dai medici specializzandi in Medicina di Famiglia.

Ogni medico segue in maniera continuativa determinati pazienti ma nonostante questo, in caso di necessità, l'assistito può rivolgersi al medico in turno anche se diverso dal proprio medico cu-

rante non venendo mai abbandonato a se stesso.

I servizi offerti dai Centri di Salute madrileni sono vari: radiologia, chirurgia primaria, medicazioni e continuità assistenziale per 24 ore. Un sistema di cure primarie così organizzato limita fortemente gli accessi ai Pronto Soccorso, mentre nel nostro Paese, per esempio a Roma, il 20% di tali accessi è inappropriato (dato aggiornato agli ultimi mesi del c.a.).

In queste strutture, i professionisti della Primary Care dispongono della possibilità di un immediato accesso all'approfondimento diagnostico, in particolare radiologico, spirometrico ed elettrocardiografico, di modo da poter dirimere in tempi brevi eventuali dubbi clinici rivalutando il quadro alla luce dell'esame strumentale che viene spesso da essi stessi refertato. Questa importante caratteristica organizzativa permette di gestire in maniera eccellente anche le situazioni cliniche più delicate, garantendo al paziente un approccio funzionale e efficiente alla sua problematica. L'utenza spagnola è inoltre facilitata nella gestione del suo percorso diagnostico-terapeutico anche attraverso la prenotazione diretta di esami diagnostici e visite specialistiche, che in Spagna viene effettuata dallo stesso Medico di Medicina Generale, tramite un sistema gestionale centralizzato, evitando così al paziente pellegrinaggi attraverso i Centri di Prenotazione.

I Centri di Salute spagnoli sono vere e proprie unità funzionali del Sistema Sanitario, inseriti profondamente nel contesto urbano che li ospita e punto di riferimento per l'utenza che li frequenta alla quale si rivolgono direttamente facendosi promotori e promulgatori di programmi di prevenzione ed educazione sanitaria diretti

alla popolazione del distretto in cui sono ubicati. Questi progetti sono organizzati e svolti in team dalle varie professionalità che compongono l'organico dei Centros de Salud: medici di medicina generale, medici specialisti (geriatri, ginecologi, pediatri), infermieri, psicologi, assistenti sociali, ostetriche, nutrizionisti e dietisti, fisioterapisti e specialisti della riabilitazione. Un aspetto interessante di queste attività educative e promulgative è la possibilità di adattare questi programmi alle caratteristiche e alle reali necessità dei diversi distretti: infatti sono previsti alcuni programmi a svolgimento obbligatorio e trasversale in tutti i Centros de Salud del Paese, altri invece possono essere scelti e adattati dai singoli Centri in base alle caratteristiche socio-demografiche del distretto in cui sono ospitati.

L'offerta educativa e promulgativa dei Centros de Salud madrileni comprende i seguenti programmi:

1. Programma per una corretta alimentazione ed attività fisica: campagne di promozione di un'alimentazione più sana e di una maggiore attività fisica per tutti i cittadini, prestando maggiore attenzione ai soggetti con diversi fattori di rischio cardiovascolare, come obesità e diabete. L'obiettivo fondamentale di questa strategia è di identificare, nella popolazione di età compresa tra i 50 e i 69 anni, gli individui con maggiore rischio di sviluppare diabete pianificando con questi un cambiamento del loro stile di vita.
2. Programma di educazione sessuale e riproduttiva: il programma informa ed educa alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e al corretto uso dei metodi anticoncezionali.
3. Programma di prevenzione e promozione della salute in ambito



educativo e lavorativo: i professionisti del Centro de Salud offrono supporto educativo a lavoratori, docenti, genitori e alunni, con lezioni di promozione e prevenzione della salute sia nelle aule scolastiche, sia sui posti di lavoro.

4. Programma per un invecchiamento attivo e sano: orientato a promuovere attività ricreative di gruppo (gruppi di psico-geriatria e di esercitazione della memoria) per rinforzare le capacità creative degli anziani e per consolidare la loro rete di rapporti sociali.

5. Programma di salute materno-infantile: comprende attività individuali e di gruppo, con esercizi di ginnastica, rilassamento e respirazione che vengono portati avanti durante la gravidanza e nel puerperio. Lo stesso programma offre un'attenzione speciale alle necessità di salute dei bambini che vivono in condizioni di rischio sociale attraverso consulte pediatriche, visite domiciliari e con l'ausilio delle assistenti sociali.

6. Programma di prevenzione e controllo del tabagismo: offre sostegno individuale e di gruppo per eliminare l'abitudine tabagica.

7. Programma di abbattimento delle disuguaglianze sociali nella salute: evidenzia le disuguaglianze sociali nella salute e nell'accesso alle cure, con l'obiettivo di rendere l'accesso ai servizi sanitari più facile per tutte le classi sociali, combattendo le barriere economiche e socio-culturali che lo limitano.

8. Programma di promozione della salute mentale: offre sostegno e supporto psicologico preventivo, di gruppo o individuale, per chi si trova ad affrontare situazioni e contesti in grado di alterare l'equilibrio psicologico, facilitando l'instaurarsi di disturbi ansioso-depressivi.

9. Programma di educazione degli ambienti urbani: focalizzato all'educazione a stili di vita salutari nel contesto sociale che ospita l'utenza in questione, tramite la conoscenza dei rischi ambientali generali e specifici e la promozione dei cambiamenti necessari nell'ottica di una vita di quartiere più sana.

L'aver vissuto questa esperienza di scambio e conoscenza di altri modelli organizzativi ci ha permesso di realizzare in prima persona le criticità del nostro Corso di Formazione in Medicina Generale, offrendoci spunti di riflessione sulle possibilità di miglioramento e adeguamento alla realtà europea.

L'organizzazione quadriennale del Corso e la possibilità di frequentare un numero maggiore e più variegato di servizi ospedalieri e non, rende la formazione degli aspiranti medici di famiglia più completa, interessante e sfaccettata, preparando così un professionista che sarà in grado di gestire il suo paziente con quell'approccio biopsicosociale che secondo il WONCA deve caratterizzare la Medicina Generale. Inoltre la possibilità offerta allo specializzando spagnolo di frequentare a scelta determinati servizi, in aggiunta a quella che è la formazione obbligatoria, rende il percorso del singolo medico più individualizzato. Crediamo che un adeguamento della preparazione offerta dai Corsi italiani al modello didattico prevalente in Europa, con il conseguente arricchimento dei contenuti, formerebbe dei professionisti delle cure primarie

più competenti e pronti ad operare nel setting specifico della loro attività.

L'integrazione del percorso formativo con lo svolgimento di turni obbligatori di continuità assistenziale e pronto soccorso permette al formando di ricevere una remunerazione valida e maggiormente dignitosa. Sarebbe auspicabile che anche il nostro sistema formativo si conformi a breve agli standard europei, per garantire al medico in formazione una retribuzione adeguata alla sua professionalità.

Infine, nel sistema spagnolo, il conseguimento del titolo di Specialista in Medicina di Famiglia pone sullo stesso piano il Medico neo-formato in Medicina Generale e lo specialista ospedaliero. In Italia, invece, il Corso di Formazione in Medicina Generale non è equiparato alle specializzazioni universitarie, infatti al termine del Corso non si consegue alcun titolo, ma soltanto un attestato necessario per l'inserimento nelle graduatorie regionali.

In vista quindi di un reale adeguamento alla realtà europea della Primary Care, non si può prescindere dal riconoscere la formazione specialistica del Medico di Medicina Generale tramite un titolo adeguato: questo sarebbe infatti il primo e fondamentale passo di un percorso di empowerment di una figura professionale destinata ad essere sempre più centrale e protagonista nel prossimo futuro.

L'adeguato riconoscimento, attraverso il titolo, del proprio cammino di formazione e studio permetterebbe al professionista delle Cure Primarie di ampliare la quotidianità della sua attività clinica, attingendo a campi di interesse ancora troppo poco esplorati e che invece permetterebbero al Medico di Medicina Generale di esprimersi al massimo delle proprie potenzialità.

Tra questi ambiti di approfondimento vi sono l'insegnamento e la docenza, che porterebbero a una formazione più approfondita nell'ottica delle cure primarie, oppure la ricerca clinica, che può contare su campioni unici in termini di dimensioni e trasversalità, oppure ancora l'approfondimento di un determinato ambito clinico, con la comparsa dei General Practitioners with Special Interest, figure molto diffuse all'estero ma ancora poco espresse nella realtà italiana.

Il professionista della Primary Care è quindi una figura centrale, dalle grandissime potenzialità e in grado di esprimere alta professionalità nel contesto in cui opera quotidianamente, tuttavia è necessario procedere a un improvement della sua figura lavorativa, a partire dal conferimento di un titolo adeguato ai suoi studi, alla sua formazione e competenza, nell'ottica di un reale adeguamento alla realtà europea e mondiale con cui quotidianamente veniamo a contatto.

The IJPC Conferences

3rd Educational Convention on Primary Care Oncology

MAIN TOPICS:

- target therapy
- Carcinoma polmonare, gastrico e GIST
- Management multidisciplinare delle complicanze della terapia
- Terapia del dolore e cure palliative

BARI, 16 - 17 NOVEMBRE 2012

Aula G. De Benedictis - Azienda Ospedaliero Universitaria

ONCOLOGY FOR PRIMARY CARE

Cure primarie e paziente oncologico

**Cr polmonare, Cr gastrico e GIST:
Management multidisciplinare e principi base della target therapy**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
c.labmeeting
communication laboratory
Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA
P - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie
formazione@siicp.it; info@siicp.it



ECM

L'evento è stato accreditato per le seguenti categorie di professionisti:
Medici Chirurghi (Medicina Generale, Oncologi, Pneumologi, Gastroenterologi, Internisti), Infermieri.



OBESITÀ 2012

1° EDIZIONE

GIORNATE INTERDISCIPLINARI SIO/SIICP

ECESSO DI PESO E PATOLOGIE CORRELATE
Approccio multidisciplinare alla prevenzione,
diagnosi e terapia della obesità

Bari, 23 - 24 novembre 2012

Centro Congressi Sheraton Nicolaus Hotel



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
c.labmeeting
communication laboratory
Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it

1° CONGRESSO NAZIONALE



SOCIETÀ ITALIANA INTERDISCIPLINARE PER LE CURE PRIMARIE



La gestione multidisciplinare delle malattie acute e croniche
nelle Cure Primarie: aspetti organizzativi e clinico-decisionali

ROMA, 31 GENNAIO - 2 FEBBRAIO 2013
CENTRO CONGRESSI PALAZZO CARPEGNA

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
c.labmeeting

communication laboratory
Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it



StrokeUpdate2012

1° WORKSHOP DI FORMAZIONE TEORICO-PRATICA MULTIDISCIPLINARE:

Aspetti clinici e decisionali
nella prevenzione, diagnosi e cura della malattia cerebrovascolare

BARI, 30 NOV - 1 DIC 2012

Aula Magna G. De Benedictis,
Azienda Ospedaliero-Universitaria del Policlinico



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

c.labmeeting

communication laboratory
Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it

CARDIOBAT2013

1° Convegno di Formazione teorico-pratica multidisciplinare sulle Malattie Cardiovascolari

TOPIC

Cardiopatía Ischemica
Ecocardiografia Transesofagea
Scompeso Cardiaco
Cardiologia e Cure Primarie

BISCEGLIE 8-9 MARZO 2013

CENTRO CONGRESSI NICOTEL
VIALE DELLA LIBERTÀ, 52

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

c.labmeeting

communication laboratory

Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it

PRESIDENTE

Francesco Bartolomucci

PRESIDENTE ONORARIO

Pio Caso

COMITATO SCIENTIFICO

Francesco Bartolomucci

Paolo Colonna

Vincenzo Contursi

Giovanni De Luca

Alessandro Distanti

Carlo D'Agostino

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Giovanni Valenti

GRAVIDANZA IN SALUTE 2013

LINEE GUIDA PER L'ORGANIZZAZIONE E LA CONTINUITÀ DELLA
ASSISTENZA INTERDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE
ALLA DONNA IN GRAVIDANZA



PRESIDENTE

Prof. Ettore Cicinielli

Istituto di Ostetricia e Ginecologia

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

SEGRETERIA SCIENTIFICA



SOCIETÀ ITALIANA INTERDISCIPLINARE PER LE CURE PRIMARIE

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

c.labmeeting

communication laboratory

Strada Bari - Modugno - Toritto, 65 - 70132 Bari • t. 080 5061372 • f. 080 5621010
m. info@clabmeeting.it • w. clabmeeting.it



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto, a conoscenza dello Statuto, chiede di iscriversi alla Società Scientifica SIICP – Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, in qualità di:

- Socio Ordinario
- Socio Aggregato
- Socio Onorario

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____ Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____ Cap _____ Tel. abit. _____ Tel. st. _____

Cell. _____ E-mail _____ Codice Fiscale _____

DATI PROFESSIONALI

Anno di Laurea _____ Università degli Studi di _____

Attività: MG; PLS; Specialista Ambulatoriale; Medici 118; Ospedaliero; Universitario;

Assistente Sociale; Dietista; Farmacista; Fisioterapista; Infermiere; Psicologo/a

Specializzazioni 1) _____ 2) _____

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE E/O AREA CLINICA DI “SPECIALE INTERESSE”

Cardiologia e Malattie vascolari

Geriatria

Nursing

Dermatologia e allergol. dermat.

Ginecologia

Oncologia e Cure Palliative

Dietologia e nutrizione clinica

Imaging in Medicina Generale

Ortopedia

Endocrinologia e diabetologia

Informatica

Pediatria

Epidemiologia e Prevenzione

Management e Qualità

Pneumologia e allergol. resp.

Farmacologia Clinica

Medicina di Genere

Psicologia

Fisioterapia e Riabilitazione

Nefrologia

Reumatologia

Gastroenterologia

Neurologia

Urologia

Altro _____

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.Lgs n. 196/2003 (Codice sulla privacy)

SIICP, Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, con sede di rappresentanza in Venezia Via Sabbiona 68, 30034 Mira, è un'Associazione a carattere scientifico che presta servizi ai propri soci. I dati degli stessi vengono acquisiti direttamente dall'interessato, nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003, e trattati mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. Il conferimento dei propri dati è obbligatorio per poter procedere alla iscrizione del sottoscrittore alla Associazione e avviare lo svolgimento delle attività istituzionali rivolte ai soci. I dati raccolti sono comunicati al Centro Servizi "Communication Laboratory S.r.l." in ragione dell'invio in abbonamento delle iniziative editoriali della Associazione e della comunicazione delle attività societarie, sia istituzionali che scientifiche. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, la mancata prestazione di un suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse e l'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Informato di quanto sopra esposto, do il consenso e sottoscrivo

Data _____

FIRMA _____

ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI

CONSIGLIO DIRETTIVO



I soci SIICP sono distinti nelle seguenti categorie:

I Soci Fondatori sono i medici di medicina generale che hanno sottoscritto e/o promosso la costituzione dell'Associazione.

I Soci Ordinari possono appartenere alle seguenti categorie professionali:

- i medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N.;
- i medici di continuità assistenziale convenzionati con il S.S.N.;
- i medici iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- i medici già in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

I Soci Onorari, sono coloro che per riconosciuti meriti scientifici, culturali o sociali, vengono nominati dal Consiglio Direttivo, sentito il parere del Consiglio Nazionale.

I Soci Aggregati, possono appartenere alle seguenti categorie professionali:

- Assistenti Sociali;
- Dietisti;
- Farmacisti;
- Fisioterapisti;
- Infermieri Professionali;
- Medici della Emergenza Medica Territoriale, convenzionati con il S.S.N.;
- Medici Pediatri di libera scelta, convenzionati con il S.S.N.;
- Medici Specialisti Ambulatoriali, convenzionati con il S.S.N.;
- Psicologi;
- ogni altra professione sanitaria, non espressamente indicata nel presente elenco, il cui ruolo nell'ambito delle Cure Primarie dovesse essere riconosciuto funzionale all'Associazione dal Consiglio Nazionale.

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.siicp.it) deve essere inviata con firma autografa in originale alla Segreteria SIICP, presso il Centro Servizi "Communication Laboratory S.r.l.", Strada Bari-Modugno-Toritto n. 65 – 70132 Bari, ed anticipata per fax al numero 080/5621010 o per e-mail in formato PDF all'indirizzo soci@siicp.it. Lo Statuto è consultabile alla pagina www.siicp.it del Sito Web SIICP.

Per i Soci Ordinari è prevista una quota associativa annua pari a Euro 30; Per i Soci Ordinari iscritti al gruppo Asclepio ed i Soci Aggregati è prevista una quota associativa annua pari a Euro 10. Le quote associative sono da effettuarsi tramite:

- bonifico bancario effettuato a favore del conto corrente intestato a: Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie presso la BancApulia di Bari IBAN: IT 49 V 05787 04001 035570095693
- con carta di credito inviando la relativa autorizzazione completa di firma in originale, su modulistica inviata dalla Segreteria SIICP
- con RID inviando la relativa autorizzazione completa di firma in originale, su modulistica inviata dalla Segreteria SIICP

