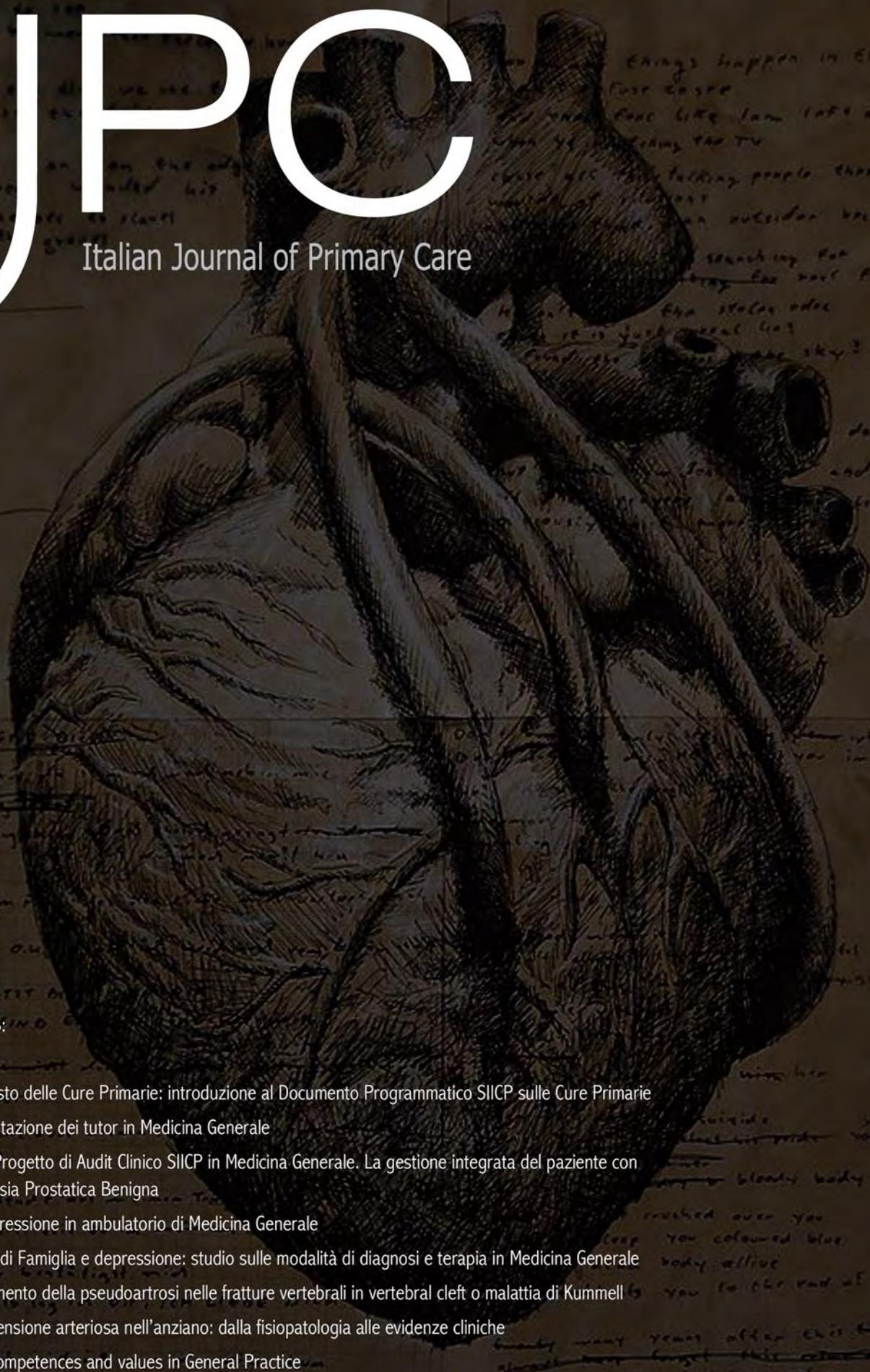


# IJPC

Italian Journal of Primary Care



## TOPICS:

- Manifesto delle Cure Primarie: introduzione al Documento Programmatico SIICP sulle Cure Primarie
- La valutazione dei tutor in Medicina Generale
- PACS Progetto di Audit Clinico SIICP in Medicina Generale. La gestione integrata del paziente con Iperplasia Prostatica Benigna
- La depressione in ambulatorio di Medicina Generale
- Medici di Famiglia e depressione: studio sulle modalità di diagnosi e terapia in Medicina Generale
- Trattamento della pseudoartrosi nelle fratture vertebrali in vertebral cleft o malattia di Kummell
- L'ipertensione arteriosa nell'anziano: dalla fisiopatologia alle evidenze cliniche
- Core competences and values in General Practice



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

ISSN 2035-7443  
Organo Ufficiale della  
SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie

www.siicp.it

#### 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@siicp.it

#### Editorial Office

**Communication Laboratory s.r.l.**

70132 Bari – Strada Bari-Modugno-Toritto 65

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

infocommunicationlaboratory.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

#### 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 pubblicazione. 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 5, Numero 4, 2015 - Finito di stampare a novembre 2015

*The Italian Journal of Primary Care - IJPC is a four-monthly 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

**Francesco Bogliolo** Savona  
**Franco Carnesalli** Milano  
**Giovanni Colucci** Martina Franca  
**Alfredo Cuffari** Roma  
**Giovanni Battista D'Errico** Foggia  
**Giovanni Di Giacinto** Urbino

**Paolo Evangelista** L'Aquila  
**Mauro Martini** Milano  
**Antonio Moschetta** Bari  
**Antonio Nicolucci** Chieti  
**Ciro Niro** Foggia  
**Luciano Orsini** Chieti

**Editor in Chief**  
**Giuseppe Maso**

**Executive Editor**  
**Vincenzo Contursi**

**Scientific Editors**  
**Antonio Infantino**  
**Augusto Zaninelli**

**Antonio Pugliese** Taranto  
**Diego Sabbi** Alessandria  
**Alfonso Sauro** Caserta  
**Irma Scarafino** Bari  
**Roberto Stella** Varese  
**Filippo Zizzo** Milano

### Clinical Advisors

**Allergology - Immunology**  
**Gennaro D'Amato** Napoli

**Cardiology**  
**Matteo Di Biase** Foggia

**Cardiovascular Surgery**  
**Giuseppe Di Eusanio** Teramo

**Clinical Biochemistry**  
**Mario Plebani** Padova

**Dietetics and Clinical Nutrition**  
**Giovanni De Pergola** Bari

**Endocrinology**  
**Francesco Giorgino** Bari

**Gastroenterology**  
**Massimo Campieri** Bologna

**Gender Medicine**  
**Anna Maria Moretti** Bari

**Gender Pharmacology**  
**Flavia Franconi** Sassari

**Geriatrics**  
**Mauro Zamboni** Verona

**Hematology**  
**Marco Cattaneo** Milano

**Infectious Diseases**  
**Elio Castagnola** Genova

**Internal Medicine**  
**Enzo Manzato** Padova

**Medical Ethics**  
**Mariano Cingolani** Macerata

**Medical Psychology**  
**Antonello Bellomo** Foggia

**Nefrology**  
**Loreto Gesualdo** Foggia

**Neurology**  
**Paolo Livrea** Bari

**Oncology**  
**Silvio Monfardini** Padova

**Orthopedics**  
**Michele D'Arienzo** Palermo

**Pathology**  
**Eugenio Maiorano** Bari

**Pediatrics**  
**Alfred Tenore** Udine

**Pharmacology**  
**Luigia Trabace** Foggia

**Pneumology**  
**Leonardov Fabbri** Modena

**Psychiatry**  
**Marcello Nardini** Bari

**Urology**  
**Giario Conti** Como

### International Scientific Board

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

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

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

### National Scientific Board

**Maria Grazia Albano** Foggia  
**Francesco Amatimaggio** Firenze  
**Francesco Bartolomucci** Bari  
**Francesco Bovenzi** Lucca  
**Marco Cambielli** Tradate  
**Franco Carnesalli** Milano  
**Lygidakis Charilaos** Bologna  
**Marco Ciccone** Bari  
**Michelino Conte** Potenza  
**Lorenzo Corbetta** Firenze  
**Nunzio Costa** Foggia  
**Antonio Di Malta** Cremona  
**Giuseppe Di Pasquale** Bologna  
**Simona Donegani** Milano  
**Rosa Donnalioia** Bari

**Vittorio Fineschi** Foggia  
**Maria Pia Foschino Barbaro** Foggia  
**Dario La Fauci** Milano  
**Biagio Giordano** Brindisi  
**Walter Ingarozza** Firenze  
**Matteo Landriscina** Foggia  
**Maurizio Mancuso** Como  
**Alberto Marsilio** Venezia  
**Massimo Martelloni** Lucca  
**Mauro Martini** Milano  
**Nicola Marzano** Ba  
**Carla Marzo** Bologna  
**Pietro Nazzaro** Bari  
**Pierluigi Paggiaro** Pisa  
**Gianni Passalacqua** Genova

**Alberto Pilotto** Vicenza  
**Antonio Pugliese** Taranto  
**Paolo Rossi** Terni  
**Vincenzo Rucco** Udine  
**Diego Sabbi** Alessandria  
**Luigi Santoiemma** Bari  
**Senia Seno** Imperia  
**Giovanni Strippoli** Chieti  
**Michele Tondo** Lecce  
**Anastasio Tricarico** Napoli  
**Gino Antonio Vena** Bari  
**Carmela Zotta** Milano  
**Filippo Zizzo** Monza

## NORME PER GLI AUTORI

### INTRODUZIONE

I manoscritti devono essere indirizzati all’attenzione del Dr. Giuseppe Maso, Editor in Chief, e sottoposti esclusivamente per e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

segreteria@ijpc.it e giuseppe.maso@ijpc.it.

### ISTRUZIONI GENERALI

**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 corrispondenza 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.

### 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 và indirizzata la corrispondenza (corresponding author) per comunicazioni, bozze e ri-chieste di estratti.

### 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”.

### 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.

### 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 punteggiat-ura, 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 Alzhei-mer’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”.

### 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.

### 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.

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.

### 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.

### BREVE BIOGRAFIA

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

### 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

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

h. Reviews / Letteratura

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

Le “Lettere” sono pubblicate in ogni numero di IJPC. Alcune lettere potrebbero essere pubblicate so-lamente online. Gli autori possono commentare articoli pubblicati o importanti argomenti su tema-tiche cliniche. Le lettere non dovrebbero superare le 500 parole, con il limite di una tabella o figura e non più di sei riferimenti bibliografici. Le lettere inviate per la pubblicazione su IJPC non devono essere sottoposte ad altra pubblicazione. I possibili conflitti di interesse vanno esclusi prima della pubblicazione.

#### 3. Reviews / Rubriche

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

a. Books / Libri

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

b. Continuing Medical Education / Educazione Continua in Medicina

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

c. Gender Medicine / Medicina di Genere

*Articoli ed approfondimenti orientati alle specificità cliniche, biologiche, psicologiche, funzionali, 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, mediche e artistiche, più che cliniche e scientifiche;*

h. Pointing up / In Evidenza

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

i. Primary Care / Cure Primarie

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

j. Web References / Riferimenti Web

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

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

### 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.

Copyright © 2008 Italian Journal of Primary Care

## Editorials

Editoriali

- 1 *Vincenzo Contursi*  
**Manifesto delle Cure Primarie: introduzione al Documento Programmatico SIICP sulle Cure Primarie**  
Primary Care Declaration: introduction to SIICP programmatic document about Primary Care system

## Articles

Articoli

- 3 **Letters** | Lettere  
*Giuseppe Maso*  
**La valutazione dei tutor in Medicina Generale**  
Evaluating tutors in General Practice
- 6 **Focus on** | Approfondimento  
*Ciro Niro, Vincenzo Contursi, Giovanni Colucci, Salvatore Montorsi, Valentina Contarelli, Maria Teresa Cascavilla e Gruppo Ricercatori Puglia*  
**PACS Progetto di Audit Clinico SIICP in Medicina Generale. La gestione integrata del paziente con Iperplasia Prostatica Benigna**  
PACS SIICP Audit in General Practice. The integrated management of prostatic patients
- 14 **Original Research** | Ricerca  
*Giuseppe Maso, Roberta Mozzon, Elisabetta Zuliani*  
**La depressione in ambulatorio di Medicina Generale**  
Depression in General Practice
- 21 *Roberta Mozzon, Giuseppe Maso*  
**Medici di Famiglia e depressione: studio sulle modalità di diagnosi e terapia in Medicina Generale**  
General Practitioners and Depression: research about GPs' diagnostic and therapeutic schedules
- 27 **Case Report** | Casi Clinici  
*Andrea Bettiolo, Paolo Esopi*  
**Trattamento della pseudoartrosi nelle fratture vertebrali in vertebral cleft o malattia di Kummell**  
Treatment of pseudoarthrosis of vertebral fractures in vertebral cleft or Kummell disease

## Reviews

Rubriche

- 30 **Pointing Up** | in Evidenza  
*Cristiana Catena, Lorenzo Iogna-Prat, Gianluca Colussi, Leonardo A. Sechi*  
**L'ipertensione arteriosa nell'anziano: dalla fisiopatologia alle evidenze cliniche**  
Hypertension in the elderly: from pathophysiology to clinical evidence
- 35 **Primary Care** | Cure Primarie  
*Francesco Carelli*  
**Core competences and values in General Practice**  
Competenze caratterizzanti e valori in Medicina Generale

## Il Manifesto per le Cure Primarie: introduzione al Documento Programmatico SIICP sulle Cure Primarie

### Primary Care Declaration: introduction to SIICP programmatic document about Primary Care system

Vincenzo Contursi, MD

Medico di Medicina Generale; Past President e Responsabile Nazionale Area Cardiologica SIICP

Correspondence to:

Vincenzo Contursi, MD  
enzo.contursi@siicp.it

Equità, sostenibilità economica, qualità e continuità delle cure, interdisciplinarietà, sono ovunque nel mondo i temi al centro del dibattito politico-sanitario e, nelle linee strategiche da seguire, le "Cure Primarie" rappresentano il tassello centrale del mosaico su cui è necessario puntare nel ridisegnare l'assetto organizzativo dei Sistemi Sanitari, in linea con quanto l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, nel documento "The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever)", indica fermamente. In Italia, in un Sistema Sanitario Nazionale di "tipo Beveridge" in quanto sostenuto dalla fiscalità generale, le Cure Primarie sono inserite in un sistema gerarchico-normativo sempre più ingombrante, nel cui contesto la Medicina Generale o Medicina di Famiglia svolge principalmente la funzione a lei richiesta di "gate-keeper". Inoltre alla stessa, a tutt'oggi, non è concesso di avvalersi in modo adeguato di standard organizzativi e tecnologici che consentano di espletare efficacemente tale funzione anche sul versante clinico e pertanto consoni al maggiore carico assistenziale derivante dalla crescente domanda di salute (spesso in acuzie), dall'invecchiamento progressivo, dalla prevalenza delle malattie croniche, dall'orientamento alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute, dal continuo progresso scientifico e tecnologico, e non ultimo, dalla concomitante crescita culturale della popolazione.

In questo contesto il compenso dei medici di famiglia, costituito da una quota capitaria (a paziente), da una quota variabile in funzione del raggiungimento di certi obiettivi (generalmente di raccolta dati e mai di outcome clinici) e da una quota variabile in funzione di certe prestazioni (nella gran parte di competenza infermieristica), risulta inadeguato, non meritocratico e non incentivante riguardo alla qualità delle prestazioni e alla capacità/volontà di investire nella professione.

Tale realtà si contrappone fortemente all'esigenza, oramai inderogabile, di **una Ristrutturazione delle Cure Primarie**, oggi più che mai in virtù di un crescente divario tra domanda e risorse di-

sponibili, che oltre a creare allarme per la sostenibilità del S.S.N., rischia di mettere in crisi uno dei diritti fondamentali del cittadino, quale il Diritto alla Salute.

Forme associative complesse, ambulatori per la cronicità, Case della Salute, Ospedali di Comunità, assistenza h24, DRG territoriali, pay per performance o pay for results sono solo alcuni dei possibili strumenti innovativi da mettere in campo in questo complesso processo di ristrutturazione.

Ma tutto ciò non può prescindere da un processo di rigorosa riqualificazione professionale, orientata al territorio ed alla persona, che si rivolga a tutti i professionisti delle cure primarie, a partire dal Medico di Famiglia. Lo spostamento sul territorio di parte considerevole del carico assistenziale globale, in particolare per quanto riguarda i soggetti affetti da patologie croniche, richiede al medico di famiglia competenze cliniche di alto profilo e importanti capacità organizzative e gestionali per attuare la "**medicina di iniziativa**" attraverso la strutturazione di un vero "Team interdisciplinare delle Cure Primarie", che include tutte le professionalità sanitarie e non, indispensabili a rendere efficienti ed efficaci le cure territoriali, quali assistenti sociali, collaboratori di studio, dietisti, fisioterapisti, infermieri, medici specialisti ambulatoriali e psicologi, senza escludere, in una visione più ampia del team, anche i pediatri, i farmacisti e i medici dell'emergenza territoriale.

Queste considerazioni inevitabilmente investono il tema dell'Insegnamento Universitario e della Formazione Specifica post-laurea della Medicina di Famiglia.

Non si può più prescindere dalla figura di un medico di famiglia vero Specialista delle Cure Primarie, cui si garantisca l'acquisizione di un "core curriculum" disciplinare e di un titolo analogo a quello di tutte le altre specialità accademiche, cominciando dal colmare il vuoto del mancato insegnamento pre-laurea e dal rimuovere quell'odiosa discriminazione giuridico-economica che pone ancora oggi i giovani aspiranti medici di famiglia in una condizione formativa di "serie B" (che inevitabilmente si riverbera negativamente sulla loro futura attività professionale, sulla "percezione

esterna" della professione stessa e, conseguentemente, sugli equilibri del sistema in cui si troveranno ad operare), per finire con il garantire sbocchi professionali e di carriera differenziati (pratica clinica, insegnamento, ricerca, ...) al passo con l'Europa e il mondo intero.

#### Le principali azioni necessarie sono:

1. Qualificare i medici di famiglia con l'acquisizione del titolo di **Specialista in Medicina Generale** e con lo svolgimento di una **Formazione Professionale Continua** che preveda l'apprendimento ed il mantenimento delle abilità cliniche e gestionali necessarie alle Cure Primarie.
2. Favorire e incentivare le **prestazioni diagnostiche di primo livello** eseguite direttamente dal medico di famiglia o sotto la sua supervisione (il near patient testing: ECG, ecografia, spirometria, doppler, ABPM, ...) e la costituzione di **Ambulatori Dedicati per Patologia**, impiegando anche l'enorme quanto inutilizzato patrimonio delle competenze specialistiche accademiche o curriculari già ora in possesso a molti medici di medicina generale, così come offrendo ai giovani medici di medicina generale interessati a qualificarsi in alcuni aspetti di ambito specialistico utili alle Cure Primarie, la possibilità di integrare il proprio percorso formativo generale con **Corsi Master** ad hoc atti ad accreditare il loro "speciale interesse".
3. Qualificare **gli infermieri di famiglia e di comunità e tutti i professionisti** coinvolti nella costituzione del Team delle

Cure Primarie con percorsi specialistico-interdisciplinari a livello dipartimentale, prevedendo l'inserimento strutturato all'interno del S.S.N. di quelle figure fra loro, non ancora riconosciute.

4. Qualificare la figura del **Collaboratore di Studio** attraverso specifici corsi di formazione, per alleggerire al massimo le incombenze burocratiche in capo al medico di famiglia e ottimizzare l'organizzazione amministrativa e gestionale del lavoro.
5. Remunerare i professionisti sulla base dei risultati introducendo **criteri di valutazione differenziata per tipologia e qualità delle prestazioni**.

Queste azioni, agendo sulle Cure Primarie, sarebbero un volano potentissimo per tutto il Sistema Sanitario Nazionale e porterebbero ad una totale ridefinizione dei livelli di cura. Darebbero inoltre dignità e ruolo ad una vera e propria Disciplina liberando allo stesso tempo le energie migliori, restituirebbero autonomia, indipendenza e reale responsabilità, stimolerebbero la ricerca originale al pari dell'ambito internazionale.

#### BIBLIOGRAFIA

- WONCA Europe *La definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia*. Edizione 2011

## La valutazione dei tutor in Medicina Generale

### Evaluating tutors in General Practice

Giuseppe Maso

Medico di Medicina Generale; Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Responsabile Nazionale Area Geriatrica SIICP

#### Correspondence to:

Giuseppe Maso, MD  
giuseppe.maso@siiip.it

La valutazione dei tutor in medicina generale/medicina di famiglia è un processo codificato in tutti i paesi in cui esiste un profilo di carriera per il medico di famiglia e dove esistono dipartimenti universitari dedicati a questa disciplina. In tutti i paesi del mondo in cui questa disciplina esiste essa è specialità universitaria e i medici che la esercitano costituiscono, proprio per questo una categoria omogenea, che esercita in un capo di azione definito. La specialità ha un suo dominio, ha i suoi insegnati e i suoi tutor.

La situazione italiana rappresenta nel panorama europeo un'eccezione per una serie di motivi:

- a) Disomogeneità dei medici di famiglia.
- b) La medicina di famiglia non è accademica.
- c) Non esiste una specialità universitaria per questa disciplina ma vi sono delle Scuole Regionali, diverse tra loro.

La maggior parte dei medici di famiglia italiani infatti hanno iniziato questa professione con la nascita del Sistema Sanitario Nazionale nel 1978 e nessuno di questi era stato formato per questa professione. La maggior parte dei medici era formata per l'ospedale, pochi hanno fatto una scelta vocazionale, molti hanno frequentato scuole di specialità. La categoria è quindi disomogenea e così stando le cose non potrà che fornire tutor diversi tra loro. Per questo sono necessari corsi di formazione ad hoc e per questo ci saranno tutor di diverso livello.

La coorte di medici di famiglia che abbiamo a disposizione è una coorte di transizione per cui avremo ancora per qualche anno la maggior parte dei tutor che non hanno avuto alcuna formazione accademica sulla disciplina (autodidatti) cui seguirà una coorte sempre più vasta di medici che hanno un diploma di formazione regionale in Medicina Generale cui si spera possa seguire una coorte di medici con formazione specialistica accademica con un iter formativo universitario che preveda specialità, dottorato e carriera d'insegnamento (questo avviene nella maggior parte dei paesi europei).

Per questo le modalità di valutazione che si possono mettere in atto ora sono sicuramente diverse da quelle che potremmo mettere in atto in un futuro prossimo. Dobbiamo considerare comunque la definizione europea della medicina di famiglia, l'organizzazione dei livelli di cura del Sistema sanitario e il curriculum di un buon medico.

Considerata la situazione italiana della Medicina Generale, tenendo a mente l'organizzazione dei livelli di cura e la definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia potremmo utilizzare come parametri di valutazione i principi stessi della specialità. Dobbiamo ricordare che ogni sistema di valutazione prevede la possibilità che i criteri considerati non vengano soddisfatti e che per questo, in ogni caso, venga a crearsi una scala di valori. Nel nostro caso dobbiamo pure tenere presente che i parametri presi in considerazione per la valutazione avranno un peso diverso per i precettori (pre-laurea) e per i tutor valutatori (post-laurea). Naturalmente la valutazione dovrà essere fatta sia dall'Università o dagli Ordini (o da entrambi) sia dagli studenti che dai tirocinanti per l'Esame di Stato.

- soggetti da valutare : a. Precettori, b. Tutor.
- soggetti valutatori: a. Università/Ordini, b. Studenti, c. Neolaureati.
- Parametri di valutazione: a. principi della Medicina di Famiglia/Medicina Generale.

Un modello di valutazione, ovviamente implementabile e soggetto a discussione, potrebbe essere quello riportato nella tabella seguente. Per ogni casella potremmo assegnare un valore numerico e potremmo decidere quale potrebbe essere lo score necessario per fare il tutor. I principi della disciplina ancora una volta si dimostrano strumento fondamentale di valutazione così come lo sono per la definizione dei campi di ricerca e per la definizione del core curriculum della specialità.

PRINCIPIO	PRECETTORE	TUTOR VALUTATORE	SOGGETTO VALUTATORE
Gestione contemporanea di più patologie.	Applica linee guida internazionali delle patologie più frequenti.	Applica linee guida internazionali delle patologie più frequenti.	Università
	Possiede un archivio elettronico dei pazienti con le patologie codificate. Ho visto a sufficienza un certo numero di patologie presenti in un elenco concordato.	Possiede un archivio elettronico dei pazienti con le patologie codificate. Ho discusso e approntato un piano terapeutico per un numero sufficiente di patologie presenti in un elenco concordato.	Studiante/ Neolaureato
Facilità di accesso.	Ampi orari di ambulatorio. Ambulatori dedicati. Tempo dedicato a pazienti particolari.	Ampi orari di ambulatorio. Ambulatori dedicati. Tempo dedicato a pazienti particolari.	Università
	Abbiamo discusso un piano di organizzativo per la gestione delle patologie frequenti.	Ho formulato un piano organizzativo per la gestione delle patologie frequenti.	Studiante/ Neolaureato
Influenza dell'ambiente e delle relazioni sulla domanda.	Ha un archivio anagrafico dei pazienti con i dati su famiglia e lavoro.	Ha un archivio anagrafico dei pazienti con i dati su famiglia e lavoro.	Università
	Ho analizzato un caso clinico considerando l'influenza dell'ambiente.	Ho individuato le problematiche relazionali in un caso che mi è stato sottoposto.	Studiante/ Neolaureato
Continuità.	Pratica la medicina di iniziativa. Programma le visite di controllo.	Pratica la medicina di iniziativa. Programma le visite di controllo.	Università
	Ho impostato un piano di gestione di patologia cronica.	Ho impostato un piano di gestione di patologia cronica.	Studiante/ Neolaureato
Collaborazione.	Presenza di personale in studio.	Presenza di personale in studio.	Università
	Ho osservato discussioni organizzative e gestionali dei membri dello studio. I colleghi di studio e gli infermieri hanno contribuito all'insegnamento. Ho passato sufficiente tempo con infermiera, segretaria e altri colleghi.	Ho osservato discussioni organizzative e gestionali dei membri dello studio. Ho concordato con l'infermiera un piano di gestione per un paziente diabetico e per un paziente con scompenso cardiaco.	Studiante/ Neolaureato

PRINCIPIO	PRECETTORE	TUTOR VALUTATORE	SOGGETTO VALUTATORE
Approccio centrato sul paziente.	Vengono registrate le aspettative, le volontà e le capacità del paziente.	Vengono registrate le aspettative, le volontà e le capacità del paziente.	Università
	Ho imparato a concordare con il paziente ogni decisione. Ho imparato che la comunicazione è molto importante.	Ho concordato con un paziente un piano di cura. Ho gestito autonomamente un colloquio con un paziente diabetico e uno con un paziente con scompenso cardiaco.	Studiante/ Neolaureato
Approccio bio-psico-sociale.	Registra in cartella le problematiche sociali e psicologiche dei pazienti.	Registra in cartella le problematiche sociali e psicologiche dei pazienti.	Università
	Ho imparato a registrare idee, sentimenti e preoccupazioni dei pazienti e i loro effetti sulla vita.	Ho individuato gli effetti sulla vita e sulla salute delle idee, sentimenti e preoccupazioni dei pazienti.	Studiante/ Neolaureato
Autonomia, indipendenza.	Inizia la terapia per le patologie più frequenti. Ambulatorio con near patient testing. Elettrocardiografo, spirometro, ecografo. Clinical skills: infiltrazioni articolari, piccola chirurgia, Pap test. Prende decisioni autonomamente su follow up, sceglie gli specialisti e valuta le consulenze.	Inizia la terapia per le patologie più frequenti. Ambulatorio con near patient testing. Elettrocardiografo, spirometro, ecografo. Clinical skills: infiltrazioni articolari, piccola chirurgia, Pap test. Prende decisioni autonomamente su follow up, sceglie gli specialisti e valuta le consulenze.	Università
	Ho eseguito un prelievo di sangue. Ho utilizzato un elettrocardiografo, uno spirometro. Ho visto eseguire una infiltrazione articolare e ho assistito alla piccola chirurgia ambulatoriale	Ho interpretato gli esami di laboratorio. Ho eseguito una infiltrazione articolare. Ho eseguito e interpretato un ECG. Ho eseguito e interpretato una spirometria. Ho eseguito un Pap test.	Studiante/ Neolaureato
Coordinazione.	Lavora in collaborazione con personale di studio e specialisti esterni.	Lavora in collaborazione con personale di studio e specialisti esterni.	Università
	Ho partecipato a riunioni distrettuali. Ho scritto una lettera ad un collega. Ho visitato un paziente in ospedale e ho assistito alla discussione del caso con i colleghi.	Ho partecipato a riunioni distrettuali. Ho scritto una lettera ad un collega. Ho visitato un paziente in ospedale e ho discusso il caso con i colleghi.	Studiante/ Neolaureato

PRINCIPIO	PRECETTORE	TUTOR VALUTATORE	SOGGETTO VALUTATORE
Orientamento alla comunità.	Partecipa a campagne di screening e vaccinazione. Partecipa a ricerche epidemiologiche.	Partecipa a campagne di screening e vaccinazione. Partecipa a ricerche epidemiologiche.	Università
	Ho costruito e analizzato registri di popolazione.	Ho costruito e analizzato registri di popolazione.	Studiante/ Neolaureato

**BIBLIOGRAFIA**

- Maso G, Bisconcin M. *What is family medicine. Principles and definition of the discipline.* In: Bisconcin M, Maso G, Mathers N, eds. *The European textbook of family medicine.* Milano: Passoni Editore, 2006:3-10.
- Maso G. *Medicina di Famiglia: la disciplina negata.* M.D. Medicinae Doctor: 2, 3, 2000.
- Maso G. *L'Evidence Based Medicine e il ruolo della medicina di famiglia.* Management della Sanità, 54-55, gennaio-febbraio 2006.
- Maso G. *L'insegnamento universitario della medicina di famiglia.* Management della Sanità, 54-57, maggio 2007.

- Maso G. *La disciplina invisibile. Migliorare la medicina di famiglia per migliorare la salute di tutti.* Passoni Editore, Milano; 2009.
- Maso G. *La Medicina di Famiglia basata sulle evidenze.* M.D. Medicinae Doctor, 11, 10-12, 2004.
- Maso G. *Medicina di famiglia: la definizione europea* M.D. Medicinae Doctor: 23, 3, 2002.
- Maso G. *Obiettivo: migliorare l'insegnamento universitario della medicina di famiglia.* M.D. Medicinae Doctor, 14, 4-6, 2003.
- Maso G. *Salvate il medico di base.* Sanità il Sole 24 Ore, 4-10 dicembre 2007.
- Maso G. *Il Medico in Gabbia. I limiti alle cure primarie in Italia.* Filippi Editore, Venezia; 2011.
- Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/ Family Medicine in Europe,* Euract 2012.
- The General Practitioner in Europe: A statement by the Working Party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974* The Lancet. The end of our National Health Service. The Lancet 2011; 377: 353.
- Wonca Europe 2002. *La definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia.*

# PACS Progetto di Audit Clinico SIICP in Medicina Generale. La gestione integrata del paziente con Iperplasia Prostatica Benigna

## PACS SIICP Audit in General Practice. The integrated management of prostatic patients

Ciro Niro<sup>1</sup>, Vincenzo Contursi<sup>2</sup>, Giovanni Colucci<sup>3</sup>, Salvatore Montorsi<sup>4</sup>, Valentina Contarelli<sup>5</sup>, Maria Teresa Casavilla<sup>5</sup> e Gruppo Ricercatori Puglia

<sup>1</sup>Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Uro-Andrologica SIICP

<sup>2</sup>Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Cardiologica SIICP

<sup>3</sup>Medico di Medicina Generale, Responsabile Nazionale Area Nefrologica SIICP

<sup>4</sup>Medico di Medicina

<sup>5</sup>Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale Foggia

### Correspondence to:

Ciro Niro, MD  
cira.niro@alice.it

### RIASSUNTO

La valutazione della gestione del paziente con LUTS/IPB da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) attraverso un progetto di audit clinico svolto nella regione Puglia nell'arco di otto mesi, evidenzia la necessità di implementare conoscenze e competenze per il medico di famiglia sull'IPB finalizzate ad ottenere una gestione ottimale di questa patologia sul territorio.

### Parole chiave:

Iperplasia prostatica benigna; ipertrofia prostatica benigna; LUTS; PSA; Quick Prostate Test; IPSS-QoL; Medico di Medicina Generale.

### ABSTRACT

The management in General Practice of a patient with LUTS/PBH was evaluated through a Audit Project, brought on in Puglia in eight months, pointing out the need to enforce knowledge and skills about Prostatic Benign Hyperplasia and how to manage it better in General Practice.

### Key words:

Prostate benign hyperplasia; prostate benign hypertrophy; LUTS; PSA; Quick Prostate Test; IPSS-QoL; General Practitioner.

### INTRODUZIONE

L'iperplasia Prostatica Benigna (IPB) è una patologia legata tipicamente all'invecchiamento ed i dati epidemiologici in Italia mostrano tassi di incidenza e prevalenza in aumento progressivo concorde all'avanzare dell'età della popolazione maschile, con picco di prevalenza di circa il 52% nella fascia di età compresa tra i 75 e gli 84 anni [1]. In prospettiva, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione questi numeri sono destinati ad aumentare.

L'IPB è caratterizzata dalla proliferazione delle cellule muscolari ed epiteliali della ghiandola prostatica, legata principalmente

alle concentrazioni di diidrotosterone all'interno della ghiandola; questo può determinare aumento di dimensioni della ghiandola causando in molti uomini i cosiddetti LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) ovvero disturbi delle basse vie urinarie sia in fase di svuotamento che di riempimento: pollachiuria, urgenza minzionale, incompleto o difficoltoso svuotamento vescicale, nicturia, riduzione della forza o interruzione del mitto. Tutti questi sintomi possono incidere profondamente sulla qualità di vita del paziente ed è questo che spesso lo induce a richiedere l'aiuto medico. La presenza di LUTS/IPB può inoltre essere causa di complicanze anche importanti, quali ritenzione urinaria acu-

ta, infezioni urinarie ricorrenti, calcolosi vescicale, ematuria che necessitano di invio allo specialista urologo. Si stima che oltre il 30% degli uomini con ritenzione urinaria acuta debba poi affrontare l'intervento chirurgico.[2]. Da alcuni anni la disponibilità di farmaci molto efficaci, sia per trattare i sintomi ostruttivi (alfa-litici e inibitori della 5 fosfodiesterasi) sia per ridurre le dimensioni della ghiandola stessa (inibitori della 5alfa-reduttasi), ha ridotto marcatamente il rischio di eventi avversi legati alla IPB e la necessità di trattamento chirurgico riservando quest'ultima evenienza quasi esclusivamente a pazienti con complicanze (ritenzione urinaria acuta, insufficienza renale da ostruzione, calcolosi vescicale, macroematuria, UTI ricorrenti) o refrattari alla terapia medica [2-3].

La diffusione della terapia medica della IPB, sempre più specifica ed efficace, sta trasformando questa malattia in una patologia cronica che può e deve essere gestita dal medico di medicina generale al quale si richiedono però competenze cliniche e organizzative specifiche ed efficaci; ricordiamo infatti che la diagnosi precoce di questa patologia può ridurre i rischi di progressione e di complicanze, impattando in senso positivo anche sui costi della patologia stessa per il SSN.

Alcune esperienze hanno dimostrato tuttavia che la gestione del paziente con IPB nel setting della Medicina Generale è sub-ottimale: nelle cartelle cliniche computerizzate dei medici talora la diagnosi non risulta codificata nonostante sia prescritta una terapia specifica o, al contrario, vi è un'alta percentuale di pazienti con diagnosi codificata di IPB ma che non riceve alcuna terapia farmacologica; in altri casi, nonostante la terapia i pazienti continuano a lamentare sintomi urinari ed ad avere quindi una qualità di vita compromessa, di conseguenza la terapia farmacologica praticata non può dirsi appropriata secondo quanto raccomandato dalle linee guida più accreditate.

Secondo la letteratura, la persistenza di sintomi ostruttivi in un uomo di oltre 60 anni determina un rischio del 39% che venga sottoposto ad intervento chirurgico alla prostata nei successivi 20 anni [3-6]. Occorre tener conto che, negli anni futuri, le competenze richieste al medico di Medicina Generale saranno sempre più di alto profilo e con aspetti tecnico-organizzativi tali da poter effettuare quella "medicina di iniziativa" al passo con i tempi, considerata il vero fulcro su cui deve basarsi il lavoro sul territorio del "nuovo" medico di famiglia. Pertanto è essenziale ed utile, considerando la peculiarità e la specificità del suo metodo clinico e gestionale, un approccio personalizzato a questa patologia attraverso la conoscenza e l'uso di strumenti specificamente dedicati al MMG.

### Scopi del progetto

MMG e urologi hanno differente formazione ed esperienza per cui è possibile che si realizzi una diversa gestione dei LUTS/IPB nei due setting. [2]. Considerata la scarsità di dati in letteratura sulla diagnosi e gestione della IPB nell'ambito delle cure primarie, questo progetto, patrocinato dalla SIICP Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, è nato con l'obiettivo di valutare la pratica clinica corrente in un campione di MMG della regione Puglia estratti dagli elenchi di medici convenzionati per la medicina generale.

### Materiali e metodi

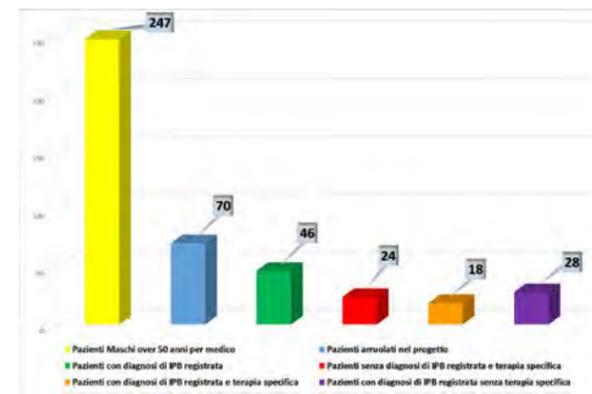
Su una popolazione totale di 57.178 pazienti iscritti negli elenchi di 36 medici di Medicina Generale delle province di Foggia, Bari e Taranto, sono stati valutati 8.900 maschi con età superiore o uguale a 50 anni e arruolati 2.526 pazienti con diagnosi di Iperplasia Prostatica Benigna (IPB) già registrata nella cartella clinica elettronica o, in mancanza di diagnosi codificata, in terapia con farmaci specifici per IPB. Tutti i medici hanno partecipato ad un corso preliminare di formazione sull'inserimento nel diario clinico, informatizzato e orientato per problemi, di indicatori specifici di processo della IPB e in particolare sull'uso del questionario sintomatologico "Quick Prostate Test" (QPT). Si tratta di un test molto semplice, di primo orientamento, composto da sole tre domande che valutano la presenza dei disturbi di riempimento e svuotamento vescicale (nicturia, frequenza/urgenza e disuria), introdotto e patrocinato dalla SIU Società Italiana di Urologia, e specificamente dedicato al medico di medicina generale con l'obiettivo di aiutarlo nella valutazione sintomatologica del paziente con LUTS. È sufficiente una sola risposta positiva per considerare il test positivo; il QPT non dà infatti uno score sintomatologico. L'uso di questo questionario facilita il lavoro del MMG e lo aiuta nella gestione dei pazienti di sesso maschile over 50 che potrebbero avere, pur non riferendoli, LUTS legati alla IPB[7]. Sono stati altresì formati n.5 medici corsisti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale delle province suddette, con funzione di affiancamento ai medici partecipanti al progetto nell'utilizzo del software gestionale "Quick-IPB" con cui estrarre gli indicatori specifici di gestione della IPB. Da Maggio a Dicembre 2014 (8 mesi) ai maschi over 50 anni selezionati con il Quick-IPB, con e senza diagnosi registrata in cartella clinica, veniva somministrato il test sintomatologico QPT e, in caso di positività, consigliata una rivalutazione del percorso diagnostico per un eventuale successivo, appropriato rimaneggiamento terapeutico.

Nel caso di pazienti già in terapia per IPB la somministrazione del questionario fungeva da strumento di follow-up permettendo di valutare l'efficacia della terapia in atto. In un campione selezionato di pazienti (32) è stato somministrato anche il questionario sintomatologico IPSS-QoL, validato a livello internazionale ma poco usato in Italia nell'ambito delle cure primarie, per valutare una possibile, eventuale correlazione tra i due questionari [8-9].

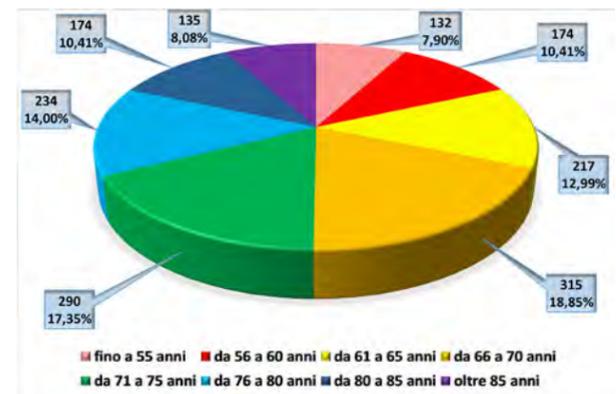
Alla fine del progetto tutti i medici hanno partecipato ad una giornata di audit di gruppo finalizzata, attraverso una verifica delle loro modalità di gestione della patologia, ad ottenere un management sempre più appropriato ed efficace della malattia nel setting della medicina generale.

### Risultati

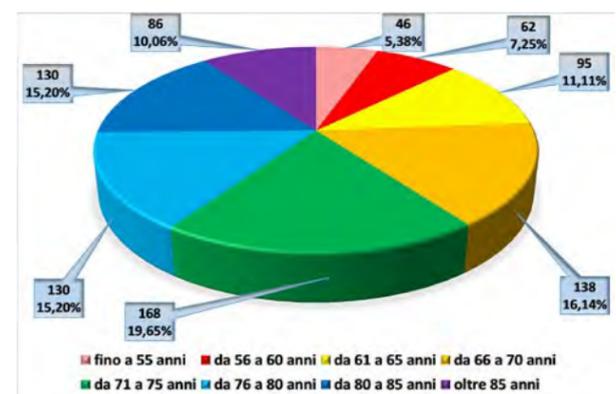
La **prevalenza** della IPB nella popolazione dello studio è stata del 23.3% con una distribuzione media di 70 pazienti arruolati per singolo medico (di cui 46 con diagnosi registrata in cartella clinica e 24 con terapia per IPB ma senza problema inserito); 28 pazienti in media e per singolo medico, pur avendo diagnosi di IPB inserita in cartella clinica, non praticavano alcuna terapia. (Fig.1)



**Figura 1**  
In totale, oltre il 66% (1671) del totale dei pazienti arruolati (2526) aveva il **problema IPB inserito** nella cartella clinica informatizzata e in maniera direttamente proporzionale alle decadi di età. (Fig.2).

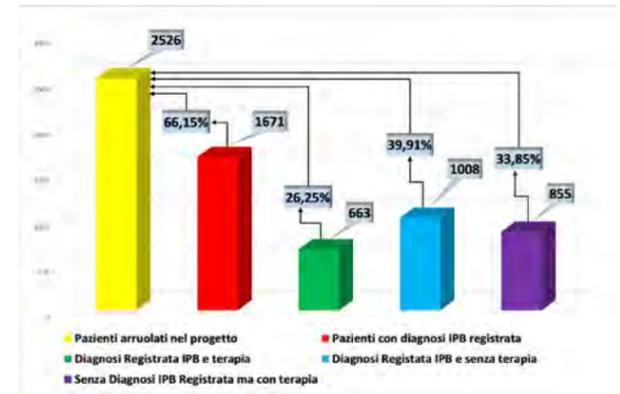


**Figura 2**  
Di contro circa il 34% dei pazienti (855/2526), pur praticando terapia per IPB, non aveva la registrazione della diagnosi nel diario clinico. (Fig.3)

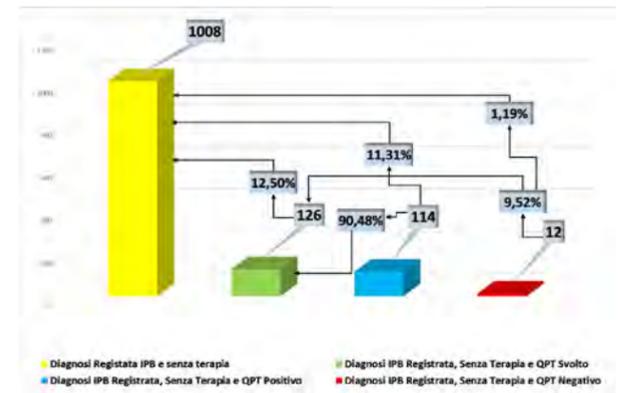


**Figura 3**

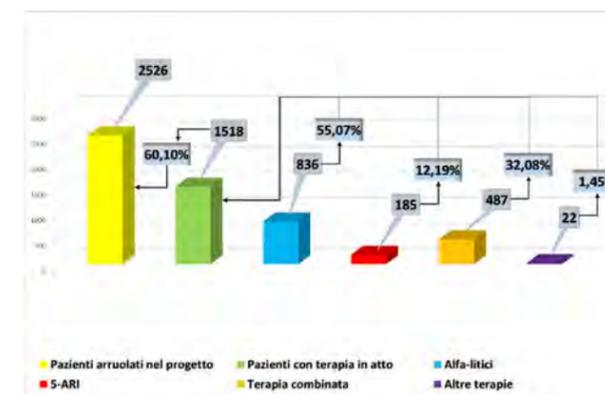
Dei pazienti con diagnosi registrata (1671), circa il 40% (663) praticava **terapia medica** per IPB, contro il 60.3% (1008) che invece non aveva alcuna terapia. Il 33.8% dei pazienti arruolati (855/2526) pur non avendo la diagnosi inserita nel diario clinico era in cura per IPB. (fig.4) In totale il 60% dei pazienti, con e senza diagnosi registrata,(1518), aveva una terapia medica in atto.



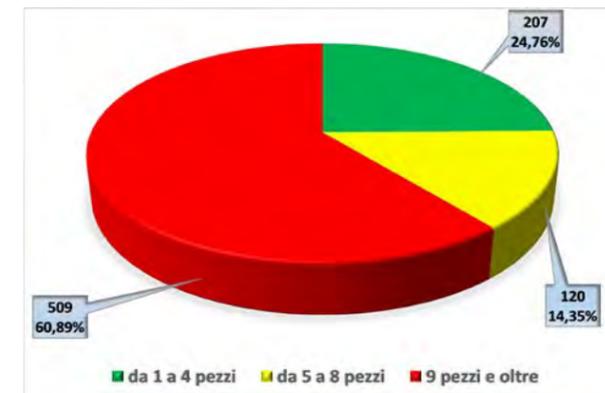
**Figura 4**  
Nei pazienti con diagnosi registrata, ma senza alcuna terapia, (1008), solo al 12.5% (126) è stato somministrato il questionario sintomatologico "QPT" e di questi oltre il 90% (114) è risultato positivo al test (Fig.5).



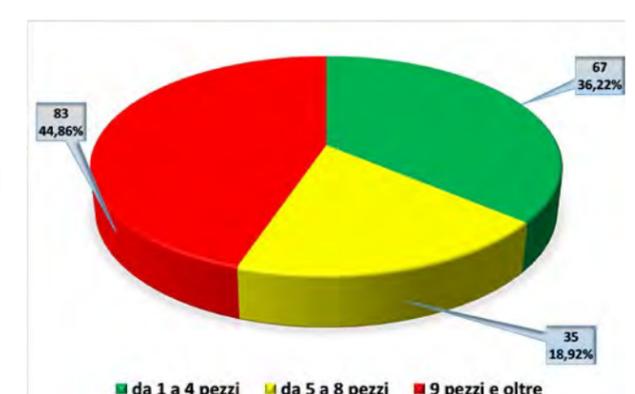
**Figura 5**  
Per quanto riguarda la **tipologia di terapia medica** in atto, nel braccio pazienti-terapia (1518), oltre il 55% usava alfa-litici, il 12.2% 5-Ari e il 32% terapia combinata (alfa-litico con 5-Ari); circa il 2% praticava "altre" terapie (Fig.6)



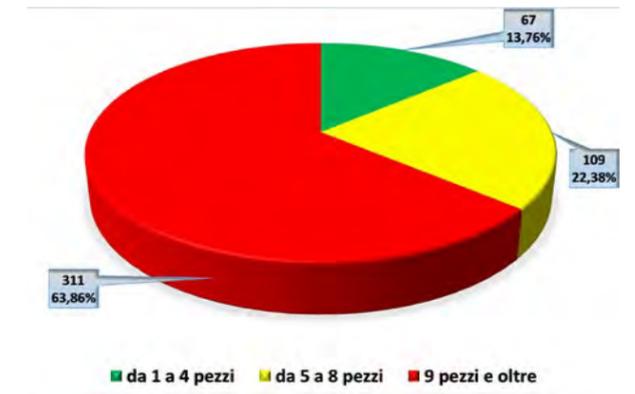
**Figura 6**  
**Aderenza terapeutica**  
Negli ultimi 12-24 mesi dei pazienti in terapia **con alfa-litici** (836), il 60% circa presentava un consumo di nove o più pezzi per anno del farmaco prescritto (alta aderenza terapeutica); il 24% da uno a quattro pezzi all'anno, (bassa aderenza) e il 14% dai cinque agli otto pezzi (media aderenza) (Fig 7).



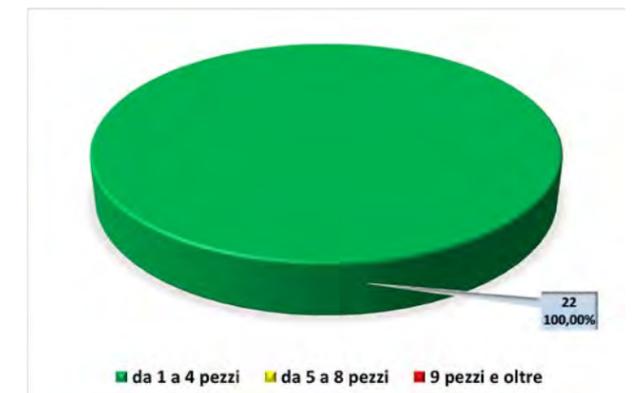
**Figura 7**  
In totale quindi il 75% dei pazienti in trattamento con alfa-litici presentava un'aderenza alla terapia medio-alta. Dei 185 pazienti in **terapia con 5-Ari** (12% del totale), il 64% circa mostrava un'aderenza terapeutica medio-alta; nello specifico il 45% presentava alta, il 19% circa media e il 36% bassa. (Fig.8)



**Figura 8**  
I pazienti in **trattamento combinato** (alfa-litici e 5-Ari) sono risultati essere 487 su 1518 cioè il 32% del totale; di questi, il 64% circa con aderenza terapeutica alta, il 22% media e il 13% bassa. In totale l'86% dei pazienti presentava un'aderenza di trattamento medio-alta (Fig 9)



**Figura 9**  
Un'esigua percentuale di pazienti,circa l'1,45% (22/1518), risultava assumere altre terapie farmacologiche ma con bassa aderenza al trattamento. (Fig. 10)



**Figura 10**

**PSA**

Oltre la metà del totale dei pazienti arruolati nello studio (52,5%) risultava non aver eseguito o non aver registrato nella cartella clinica il dosaggio del **PSA**. La percentuale di pazienti con PSA richiesto e registrato era il 47,6%:33,6% con diagnosi di IPB registrata e circa il 14% senza diagnosi registrata in cartella clinica (Fig.11).

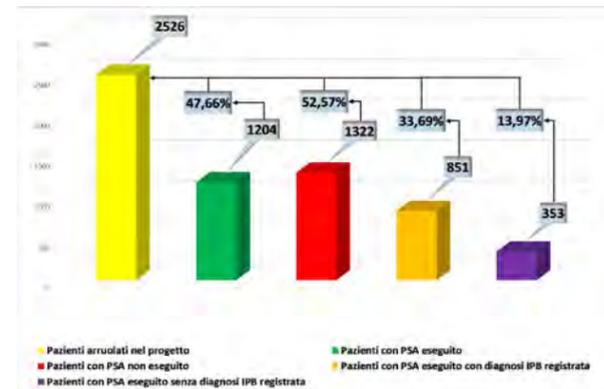


Figura 11

Circa il 50% dei pazienti con PSA eseguito e registrato, mostrava **valori >1,4 ng/ml** (Fig.12).

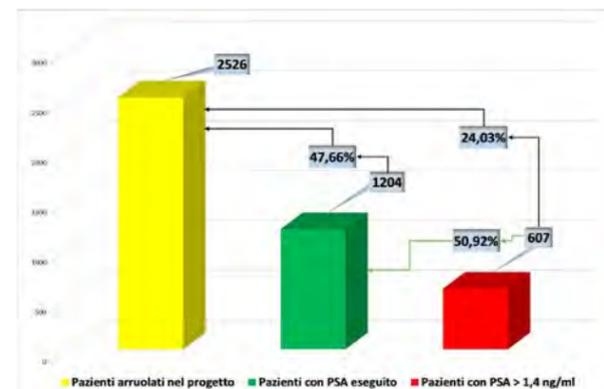


Figura 12

Nei pazienti con valore di **PSA > 1,4 ng/ml e in terapia** (75% circa), si evidenziava che il 38% quasi assumeva il solo alfa-litico e poco più del 9% 5-Ari in monoterapia; la terapia combinata (alfa-litico e 5-Ari) veniva praticata dal 26% dei pazienti e oltre il 24% non effettuava alcuna terapia (Fig.13).

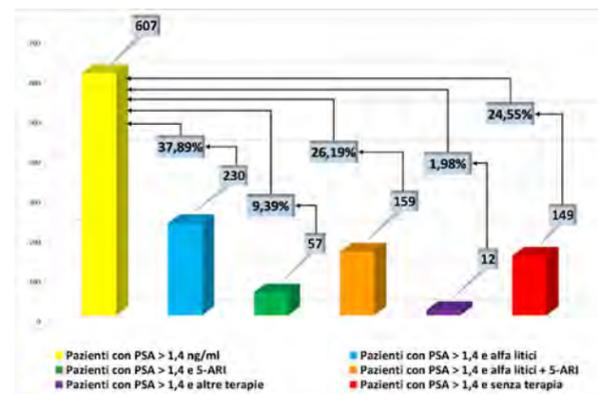


Figura 13

**Questionario sintomatologico**

Il Quick Prostate Test (QPT) era stato eseguito solo nel 19,8% dei pazienti totali arruolati (502/2526) e nel 95% circa di questi risultava positivo, con e senza terapia (fig.14)

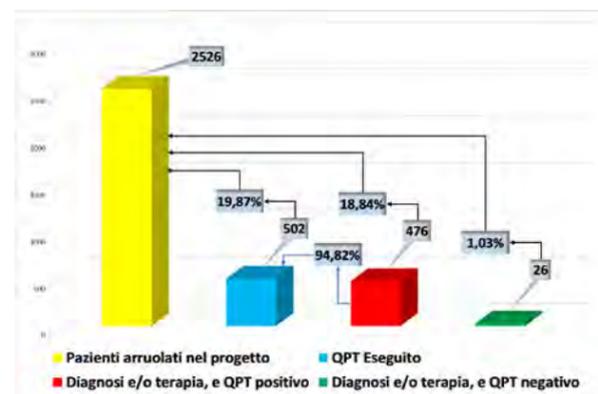


Figura 14

Nello specifico, il 77% dei pazienti con **QPT positivo** effettuava **terapia farmacologica**: 35% alfa-litico, 10%5-Ari e 31% terapia combinata. Circa il 22% (108) di pazienti con QPT positivo non praticava invece alcuna terapia medica. (Fig.15)

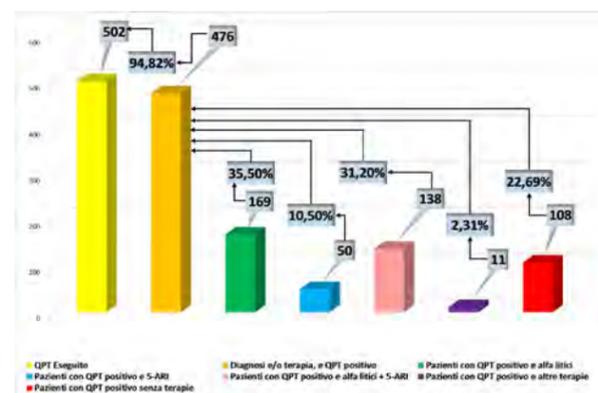


Figura 15

Per i pazienti con **QPT negativo** ed **in terapia farmacologica**, i dati sono di scarso significato clinico considerata la esiguità del campione.

Il **QPT** era stato somministrato a 100(16,5%) dei 607 pazienti con **PSA >1,4ng/ml** (Fig 16)

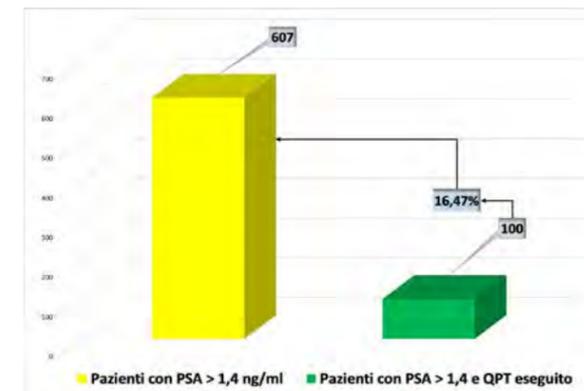


Figura 16

La risposta positiva più frequente è stata quella relativa alla **nicturia**, presente nell'80% dei pazienti con QPT positivo; l'urgenza minzionale e la disuria erano sovrapponibili e presenti in circa il 55% (Fig.17).

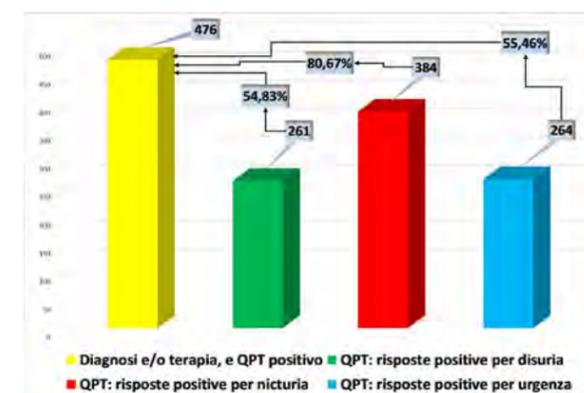


Figura 17

Il 35% dei pazienti presentava una sola risposta positiva al QPT, il 38% due risposte e il 26% tre (Fig.18).

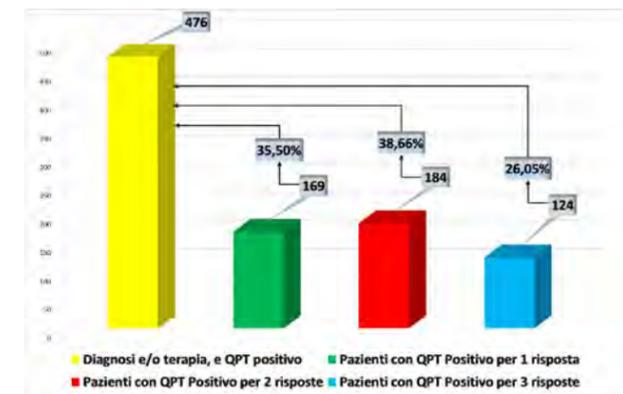


Figura 18

**Visita Urologica**

La **visita urologica** è risultata eseguita e registrata, negli ultimi 12/24mesi, in circa il 5% (118/2526) dei pazienti totali arruolati e nel 9.5% di quelli con PSA >1.4ng/ml (607) (Fig19)

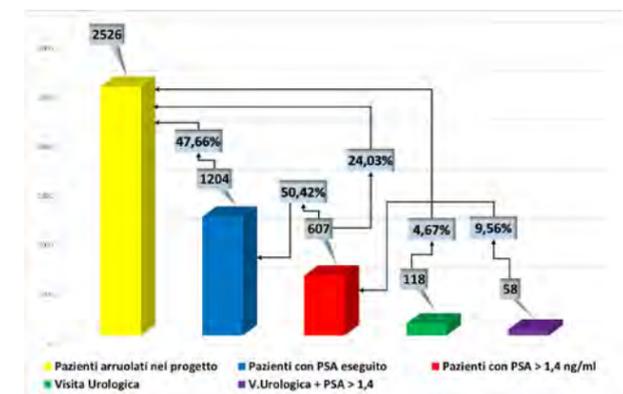


Figura 19

32 pazienti sono stati sottoposti inoltre, per una sola volta, a valutazione sintomatologica con **IPSS-QoL** (Fig 20) per ricercare una eventuale correlazione tra IPSS-QoL e QPT, attraverso il confronto tra gravità dello score sintomatologico del primo e numero di risposte positive del secondo (tab.1)

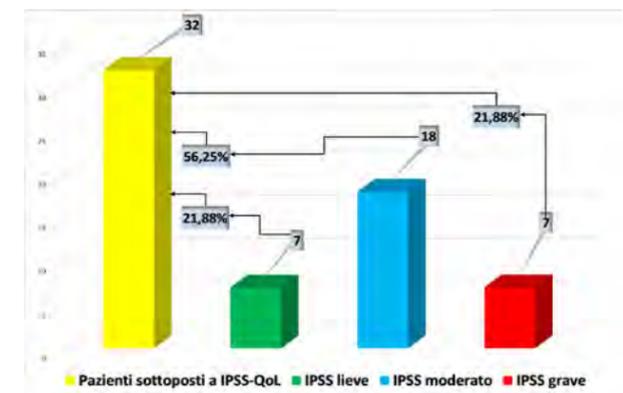


Figura 20

IPSS-QoL n. 32	QPT 0	QPT 1	QPT 2	QPT 3
Lieve (7 paz)	XX	X	X	X
Moderato (18 paz)	X	XXXX	XXXXX (6)	XXXXX (5)
Grave (7 paz)	//	//	XX (2)	XXXX (4)

Tabella 1. Correlazione IPSS-Q8 vs QPT

I dati ottenuti, pur nella esiguità del campione di pazienti, evidenziavano una correlazione non statisticamente significativa ma lineare, dei risultati del QPT con quelli del questionario IPSS-QoL moderato e grave; più precisamente 25 su 32 pazienti avevano uno score IPSS da moderato a grave e di questi 17 (68%) risultavano anche positivi al QPT per 2 o 3 risposte.

### Discussione

Ad oggi la medicina generale non ancora si è appropriata in maniera ottimale della gestione della IPB, nonostante in questi ultimi quindici anni con l'evolversi della terapia medica a scapito di quella chirurgica e considerata la maggiore aspettativa di vita della popolazione, la malattia si stia trasformando in una patologia cronica ad alta prevalenza. Di conseguenza, il ruolo del medico di medicina generale nella gestione di questa cronicità diventa fondamentale.

Compito essenziale del MMG è identificare precocemente la presenza di LUTS usando strumenti diagnostici semplici e veloci per poi stabilire le cause e prevenire le complicanze legate alla IPB [3]. Questo progetto di Audit Clinico, lavorando su indicatori di processo specifici per la Iperplasia Prostatica Benigna, ha verificato l'appropriatezza di diagnosi, terapia e follow up della patologia relativamente ai pazienti di un gruppo di 36 MMG pugliesi delle province di Foggia, Bari e Taranto. L'Audit Clinico è uno strumento molto usato in Medicina Generale e rappresenta, attraverso le sue varie fasi, un momento molto importante di verifica dell'appropriatezza di gestione di una determinata patologia: attraverso l'utilizzo di indicatori specifici per malattia, è possibile valutare il proprio metodo clinico e gestionale per poi apportare eventuali modifiche con l'obiettivo di migliorare conoscenze e performance cliniche, avvicinandosi sempre di più alla best practice individuata da linee guida e letteratura clinica di settore.

Il progetto patrocinato dalla SIICP - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie - ha avuto tre fasi fondamentali di svolgimento:

**Prima fase**, di partecipazione ad un corso di formazione sugli indicatori clinici della IPB e sull'uso dell'apposito software gestionale estrattivo dei dati denominato "QUICK-IPB".

**Seconda fase**, della durata di otto mesi, in cui ogni medico ha periodicamente inviato i report dei propri pazienti relativi agli indicatori della IPB ed estratti con il "Quick-IPB".

**Terza fase** in cui tutti i medici reclutati hanno partecipato ad una giornata di valutazione e discussione dei report inviati ed elaborati.

Ogni medico ha arruolato mediamente 70 pazienti affetti da IPB, con diagnosi già inserita nella cartella clinica informatizzata o in terapia specifica per la malattia (alfa-litici o 5ARI o in combinazione).

La corretta modalità di registrazione della diagnosi in cartella clinica è stata riscontrata in oltre il 66% dei medici ma ancora il 34% dei MMG, in maniera inappropriata, non registra la diagnosi, non legando quindi al problema clinico né la terapia né tantomeno ogni relativo accertamento.

Un altro dato critico rilevato è che sul totale dei pazienti con diagnosi IPB registrata in cartella clinica circa il 40% (663/1671) effettuata terapia medica, ma oltre il 60% non pratica alcuna terapia (1008/1671) e questa percentuale si eleva ulteriormente considerando anche quei pazienti, affetti da IPB ma senza diagnosi registrata in cartella clinica e senza alcuna terapia, e che sono sfuggiti quindi alla estrazione con il software Quick.

Questa importante fascia di pazienti non sottoposta ad alcun trattamento nonostante la diagnosi inserita nel diario clinico, è anche scarsamente monitorata dal punto di vista sintomatologico con il questionario QPT, somministrato solo al 12.5% di essa e risultato positivo in oltre il 90% dei casi.

Nei 1518 pazienti totali in terapia farmacologica, gli alfa-litici predominano in oltre il 55% dei casi, contro il 12% di 5-ARI e 32% di terapia di combinazione (alfa-litico e 5-ARI), dato questo in linea con altri studi [1]. Altra importante criticità rilevata è che tra i pazienti sottoposti a valutazione sintomatologica e il cui QPT è risultato positivo, oltre il 77% (368/476) già praticava terapia medica (rispettivamente 33,5% alfa-litici, 10,5% 5-ARI e 31,2% terapia di combinazione) mentre un ulteriore 23% circa, pur essendo sintomatico per LUTS/IPB e quindi ancora con QPT positivo, non praticava alcuna terapia.

Quando poi si confrontano questi ultimi dati con l'aderenza terapeutica degli ultimi 12/24 mesi si nota che essa è medio-alta (n. pezzi consumati per anno rispettivamente compreso tra 5-8 e >9) in oltre il 75% dei pazienti con alfa-litici, nel 64% con 5-ARI e nell'86% con combinata (alfa-litico e 5-ARI).

Questo evidenzia quindi che ancora molti pazienti, contrariamente alle più importanti e aggiornate evidenze scientifiche [10] praticano una terapia inappropriata o subiscono inerzia terapeutica per via di un inefficace monitoraggio sintomatologico.

Delle tre risposte del QPT, la nicturia si conferma, come in altri studi, il sintomo più frequentemente riferito, presente in oltre l'80% dei QPT positivi; le evidenze scientifiche disponibili dimostrano che essa, proprio a causa della interruzione del sonno, è ad alto impatto negativo sul paziente e sulla sua qualità di vita, determinando astenia e stanchezza cronica ma soprattutto potendosi associare ad un accresciuto rischio di cadute e fratture, con aumento della mortalità [11-13].

Altro dato rilevato critico è che sulla popolazione totale arruolata affetta da LUTS/IPB, solo il 48% circa presenta un dosaggio di PSA richiesto e/o refertato negli ultimi 12/24 mesi contro un 52.7% che non presenta richiesta per questo marker, indicatore di progressione per questa patologia; dei pazienti con PSA eseguito, il 34% circa ha anche la diagnosi IPB registrata nel diario clinico contro il 14% circa che invece non presenta registrazione della patologia. La criticità di questi dati è legata in parte alla funzio-

ionalità del software estrattivo "Quick" che non estrae i dati se nel campo referto non viene inserito il valore numerico, motivo per cui molti dosaggi di PSA, pur essendo stati richiesti non venivano rilevati, tuttavia lo studio evidenzia un inefficace monitoraggio della patologia considerando che il PSA resta un indicatore fondamentale per il rischio di progressione della IPB e per la diagnosi differenziale con il Ca prostatico, sia nel paziente in terapia che in quello non in terapia. [14] Nel braccio pazienti con PSA eseguito, oltre il 50% ha valori  $\geq 1.4$  ng/ml, cioè a rischio progressione, ma la maggioranza continua a praticare terapia con solo alfa-litico, a fronte del 9.4% che assume solo 5-ARI e del 26% che assume terapia combinata, mentre il 25% circa non pratica alcuna terapia. Questa fascia di pazienti, pur essendo a rischio progressione per i valori del PSA, è anche scarsamente monitorata dal punto di vista sintomatologico, con solo il 16.5% sottoposto al questionario QPT. Ciò porta in luce scarsa attenzione ad una fascia importante di popolazione che, per tipologia prevalente di terapia praticata e per valori di PSA, è a rischio di inappropriata terapia e di progressione della patologia.

La visita urologica nella popolazione generale arruolata e in particolare nei pazienti a rischio progressione (607) è stata richiesta rispettivamente solo nel 5% circa e nel 9.5% dei casi.

Probabilmente, come per il dosaggio del PSA, la motivazione va ricercata nel non aver inserito alcun referto nel campo accertamento "visita urologica" e quindi nella mancata estrazione del dato, relativamente agli ultimi 12/24 mesi, da parte del software. I dati di comparazione dell'IPSS-QoL con il QPT sono troppo esigui per numero di pazienti valutati per poter trarre una qualsivoglia conclusione. Esplorazione rettale e misurazione del volume prostatico e del residuo post minzionale, eseguita con ecotomografia prostatica sovrapubica o transrettale, non essendo ancora rappresentati nel bagaglio culturale del MMG non sono stati considerati come indicatori di processo per la IPB in questo studio.

### Conclusioni

I dati ottenuti da questo progetto portano alla luce una serie di criticità nella gestione della IPB da parte del Medico di Medicina Generale, la cui correzione sarebbe auspicabile nell'ottica di una gestione ottimale ed efficace di questa patologia nel setting delle Cure Primarie.

D'altra parte, il sistema sanitario italiano affida in misura sempre maggiore il management delle cronicità, tra cui va inserita ormai l'IPB, al Medico di Medicina Generale per cui è strettamente necessario implementare conoscenze e competenze specifiche per potere, in tempi brevi, configurare un modello ambulatoriale e territoriale efficace e performante nella gestione clinica, diagnostica e terapeutica dell'Iperplasia Prostatica Benigna.

### Gruppo Ricercatori Puglia

Ardisia W, Barbato PC, Beverelli NR, Biancardino M, Biccari FG, Cappiello E, Cascavilla P, Casciaro E, Colucci PB, Colucci G, Contursi V, de Bari A, Dugo R, Fabbiano S, Ferlino R, Gallicchio N, Gargano M A, Licursi G, Lorusso P, Magliari F, Martino M, Massafra M, Menga M, Molendini EG, Montorsi S, Niro CM, Pacilli G, Pienabarra G, Presutto MR, Presutto NV, Racano M, Scarlato AM, Schiavone C, Tatali G, Tolve V, Valentino L.

**Si ringrazia per la loro collaborazione al progetto i medici corsisti del Corso Di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Puglia:** M T Cascavilla, D De Tullio, G Giuncato, I. Scarafino, L Spinelli

### Bibliografia

- VIII REPORT HealthSearch, Istituto di Ricerca della S.I.M.G. (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) Anno 2013/2014
- Júlio Fonseca, Carlos Martins da Silva. The Diagnosis and Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign Prostatic Hyperplasia by Primary Care Family Physicians in Portugal Clin Drug Investig (2015) 35 (Suppl 1):S19-S27
- Rosenberg MT, Witt ES, Miner M, Barkin J. A practical primary care approach to lower urinary tract symptoms caused by benign prostatic hyperplasia (BPH-LUTS). The Can J Urol (2014) June, 21 (suppl 2) 12-24
- AURO.it (2011) Guidelines. Available from: <http://www.auro.it/linee-guida-su-luts-correlati-all-iperplasia-prostatica-benigna>
- Sebastiano Spatafora, Antonio Casarico, Andrea Fandella, Caterina Galetti, Rodolfo Hurler, Elisa Mazzini, Ciro Niro, Massimo Perachino, Roberto Sanseverino and Giovanni Luigi Pappagallo for the AURO.it BPH Guidelines Committee. Evidence-based guidelines for the treatment of lower urinary tract symptoms related to uncomplicated benign prostatic hyperplasia in Italy: updated summary from AURO.it. Ther-AdvUrol(2012) 4(6) 279 - 301
- Christian Gratzke, Alexander Bachmann b, Aurelien Descizeaudc, Marcus J Drake EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. EUR UROL 6 7 ( 2 0 1 5) 1099 - 1109
- Giuseppe Albino, Ciro Michele Niro, Cristina Muscarella. Quick Prostate Test (QPT): Motion for a tool for the active contribution of the general practitioner to the diagnosis and follow up of benign prostatic hyperplasia. Archivioltaliano di Urologia e Andrologia 328 2014; 86, 4
- Carballido J, Fourcade R, Pagliarulo A, Brenes F, Boye A, Sessa A, Gilson M, Castro R. Can benign prostatic hyperplasia be identified in the primary care setting using only simple tests? Results of the Diagnosis Improvement in Primary Care Trial. Int J ClinPract 2011;65:989-96.
- Sebastiano Spatafora, Giorgio Canepa, Roberto Migliari, Salvatore Rotondo, Alberto Mandressi and Paolo Puppo, on Behalf of the AURO.it Cooperative Group. Diagnostic procedures by Italian general practitioners in response to lower urinary tract symptoms in male patients: a prospective study. Curr Med Research and Opinion (2004) VOL. 20, NO. 5
- Roehrborn CG, Siami P, Barkin J et al (2010) The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. EurUrol 57:123-131
- Kupelian V, Fitzgerald MP, Kaplan SA, Norgaard JP, Chiu GR, Rosen RC (2011) Association of nocturia and mortality: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. J Urol 185:7-571
- Galizia G, Langellotto A, Cacciatore F et al (2012) Association between nocturia and fall-related long-term mortality in the elderly. J Am Med Dir Assoc 13:640-644
- Matthias Oelke · Claus G. Roehrborn · Carlos D'Ancona, Timothy H. Wilson · Ramiro Castro · Michael Manyak. Nocturia improvement in the combination of Avodart® and tamsulosin (CombAT) study. World J Urol (2014) 32:1133-1140
- Simon Tanguay, MD, FRCSC; Murray Awde, MD; Gerald Brock, MD, FRCSC; Richard Casey, MD, FRCSC; Joseph Kozak, MD, CCFP, FCFP; Jay Lee, MD; J. Curtis Nickel, MD, FRCSC; Fred Saad, MD, FRCSC (2009). Diagnosis and management of benign prostatic hyperplasia in primary care. Canadian Urological Association June 2009; Volume 3, Issue 3 (3Suppl2)

# La depressione in un ambulatorio di medicina generale

## Depression in General Practice

Elisabetta Zuliani<sup>1</sup>, Roberta Mozzon<sup>2</sup>, Giuseppe Maso<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Infermiera

<sup>2</sup> Medico di medicina generale in formazione

<sup>3</sup> Medico di famiglia, responsabile insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Area Geriatrica SIlCP Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie

**Correspondence to:**

Giuseppe Maso, MD

giuseppe.maso@gmail.com

### RIASSUNTO

**Razionale.** La depressione è una patologia frequente, ad alto impatto sociale ed economico; pertanto si è voluta identificare la prevalenza in un setting di cure primarie e valutare se esistono condizioni cliniche e/o ambientali correlate a questa patologia.

**Materiali e metodi.** Sono stati selezionati 150 pazienti afferenti ad un ambulatorio di medicina generale, ai quali è stato somministrato un questionario validato come strumento di screening per la depressione, una scheda per la raccolta dei dati socio – demografici, e un questionario per la valutazione del grado di solitudine.

**Risultati.** La prevalenza di depressione nel campione è del 14,67%. Le condizioni significativamente correlate sono: l'età superiore a 69 anni, l'essere straniero, l'essere occupato in attività sociali, l'assumere farmaci, il sentirsi soli.

**Conclusioni.** Nel campione esaminato la prevalenza della depressione è maggiore di quella rilevata in altri studi presenti in letteratura; inoltre sembra esserci una sovrastima della diagnosi. I fattori di rischio identificati nel campione concordano in parte con i dati presenti in letteratura.

**Parole chiave:**

Medicina Generale, depressione

### ABSTRACT

**Rational.** Depression is a common disease, with high social and economic impact; we want to identify the prevalence of this disease in a primary care setting and to assess whether there are clinical conditions and / or environmental factors related to this disease.

**Materials and methods.** 150 patients of a primary care practice filled in a validated questionnaire as a screening tool for depression, a socio – demographic form, and a questionnaire for the evaluation of loneliness level.

**Results.** In our study prevalence of depression is 14,67%. Factors significantly correlated with depression are: age greater than 69 years, foreign citizenship, involvement in social activity, drugs use, feeling alone.

**Conclusions.** In the examined group depressions prevalence is greater than that noticed in other studies in the literature; besides diagnosis of depression in this GP clinic seems to be overestimated. The risk factors identified in the sample agree in part with the data available in the literature.

**Key words:**

Family medicine, depression

### Introduzione

La depressione è una patologia molto comune: l'OMS stima che più di 350 milioni di persone al mondo ne siano affette, è sicuramente una delle maggiori cause di disabilità, può portare al suicidio (1) e probabilmente sarà nel 2030 una tra le prime tre cause di domanda di intervento medico (2).

Questa patologia risulta essere il risultato di una complessa interazione tra fattori sociali, psicologici e biologici. L'Istituto Superiore della Sanità elenca, nello studio Passi (3), vari gruppi di persone in

cui i sintomi di depressione risultano più frequenti; essi sono:

- le donne (l'OMS stima un rischio da due a tre volte maggiore rispetto agli uomini);
- le persone in età più avanzata;
- chi vive solo/sola;
- gli individui affetti da malattie croniche;
- i soggetti con un basso livello di istruzione;
- chi ha molte difficoltà economiche;
- coloro che non lavorano regolarmente.

La possibilità di depressione iatrogena deve essere presa in considerazione nei pazienti in terapia con beta bloccanti, calcio antagonisti, anticolsterolemici, antiaritmici, glucocorticoidi, antibiotici, analgesici sistemici, antiparkinsoniani, anticonvulsivanti.

Alcune patologie sono frequentemente associate a sintomi depressivi, in particolare modo ictus, infarto, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, tumori, malattie croniche del fegato (soprattutto epatite C), ipotiroidismo, fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico e positività all'HIV (4).

Le comorbidità non sono solo un fattore di rischio ma possono anche influenzare la diagnosi, il trattamento e il follow-up dei pazienti depressi.

Per lo studio ESEMeD (European Study on the Epidemiology of Mental Disorders) (5) i fattori socio demografici associati alla presenza di disturbi affettivi nei 12 mesi precedenti l'intervista sono: il sesso femminile, l'esser stato precedentemente coniugato/a, l'essere disoccupato o casalinga/o, pensionato o disabile.

L'OMS classifica tra i fattori di rischio anche l'esposizione a violenza, la familiarità, e soprattutto per gli uomini l'essere separati o divorziati (1).

Il GBD (Global Burden of Disease) (6) misura il carico di malattia tramite gli anni di vita corretti per la disabilità (Disability-Adjusted Life Year, DALYs). Queste misurazioni temporali comprendono sia gli anni di vita persi rispetto alla vita media, a causa della specifica patologia (Years of Life Lost, YLLs), sia gli anni di vita vissuti in condizione di non completo stato di salute (Years Lived with Disability, YLDs). I disturbi depressivi, che nell'analisi dell'OMS ricadono nella definizione "unipolar depressive disorders", sono responsabili del 4,3% del GBD nel mondo, misurato mediante DALY; essi occupano il primo posto, per quanto riguarda il DALYs, nella più ampia categoria dei disordini neuropsichiatrici, che nel complesso influiscono per il 13,1% sul GBD. A confronto, il diabete mellito ha un DALYs dell'1,3%, le patologie respiratorie quali asma e BPCO del 3,9%, le neoplasie maligne del 5,1 %, le patologie cardiovascolari del 9,9%, le malattie infettive del 19,8%.

Per quanto riguarda l'analisi dell'YLDs su scala mondiale, i disturbi depressivi sono responsabili del 10,9% degli anni di vita vissuti non in salute, e i disordini neuropsichiatrici del 31,0%.

Di nuovo, il diabete mellito ha un YLDs pari a 1,6%, le patologie respiratorie di 4,7%, le neoplasie maligne di 0,7%, le patologie cardiovascolari di 3,8% e le malattie infettive di 8%.

Le osservazioni relative all'YLLs invece hanno valori pari allo 0,0%, anche se i valori assoluti sono comunque notevoli: nel mondo gli anni di vita persi a causa dei disturbi depressivi nel 2004 sono stati circa 214.000, in Europa poco meno di 10.000.

Nella ricerca, effettuata in un campione rappresentativo della popolazione adulta generale italiana, condotta nell'ambito dello studio ESEMeD, la prevalenza della depressione maggiore nel corso della vita è risultata essere pari al 10,1% dei soggetti intervistati (nei maschi è del 6,5%, nelle femmine è del 13,4%). La prevalenza a 12 mesi (cioè nei 12 mesi precedenti all'intervista) della depressione maggiore, che è risultata uguale al 3,0% del campione (maschi 1,7%, femmine 4,2%).

Confrontando i dati italiani con quelli degli altri Paesi aderenti al progetto (Belgio, Francia, Germania, Olanda, Spagna), si evidenzia peraltro come la prevalenza di depressione maggiore (e anche, in

generale, la prevalenza dei disturbi mentali) in Italia sia tra le più basse: capofila è la Francia (prevalenza lifetime 21,4%), a cui seguono in ordine Olanda (18,8%), Belgio (14,5%), Spagna (10,9%), Germania (10,2%).

Per quanto riguarda la prevalenza di depressione nei pazienti dei medici di medicina generale in Italia (7) (definita dal VI Report Health Search come numero di pazienti di età >= 18 anni con diagnosi di depressione [ICD9: 311.x o 296.2x o 296.3x o 296.5x o 300.4x] / totale dei pazienti di età >= 18 anni) nel 2009 era del 4,2%, con stime sensibilmente maggiori nelle donne (5,6%) rispetto agli uomini (2,7%). In entrambi i sessi il trend risulta in crescita negli ultimi anni, nel 2003 era riportata una prevalenza del 3,2% per le donne e dell'1,5% per gli uomini. La patologia sembra avere prevalenza maggiore nelle regioni del centro-nord; in particolare nella regione Friuli Venezia Giulia per il sesso maschile cade nella fascia 2,4 – 2,7%, per il sesso femminile nella fascia 5,8 – 6,2%.

Le regioni in cui la prevalenza, considerando entrambi i sessi, è maggiore, sono Emilia Romagna, Toscana, e Campania, a cui vanno aggiunte l'Umbria se consideriamo solo il sesso maschile, e la Sardegna se consideriamo solo il sesso femminile. Vi è un aumento della prevalenza di depressione nelle classi di età più alte per entrambi i sessi. Secondo una meta analisi di 41 studi clinici (8), il medico di famiglia riesce ad individuare circa il 50% dei pazienti con depressione e registra la malattia nella cartella clinica solo una volta su tre. La quota di pazienti che ricevono diagnosi di depressione pur non essendolo (falsi positivi), in ambito urbano supera la quota dei pazienti che ricevono una diagnosi corretta (veri positivi) di circa il 50%. In ambito rurale i falsi positivi risultano addirittura in proporzione di tre a uno rispetto ai veri positivi. Risultati simili si ritrovano anche nello studio di Fernández (9), nel quale i veri positivi risultano essere solo un quarto di tutti i pazienti positivi per diagnosi di depressione effettuata dal medico di famiglia, e nello studio di Freeling (10), in cui i medici di famiglia non fanno diagnosi in circa la metà dei pazienti depressi, soprattutto se essi hanno forme più lievi di depressione, se non ne lamentano la presenza o non la accettano. Cepoiu et al. si affermano che l'accuratezza del riconoscimento della depressione da parte di un medico non psichiatra è bassa (11). In ogni caso la probabilità che il medico di famiglia identifichi un paziente con depressione sembra strettamente associata alla gravità della patologia (12).

Per diminuire la percentuale di falsi positivi (che aumentano se il paziente presenta fattori di rischio per la depressione) tutti gli autori suggeriscono almeno un successivo controllo del paziente in cui sia stata posta diagnosi. La difficoltà nel fare diagnosi sembra essere rintracciabile in una serie di motivi: la relativamente bassa prevalenza di questa patologia, il fatto che non tutti gli individui depressi esprimono sintomi nella sfera emotiva, il continuum esistente tra i diversi livelli di gravità della depressione, la presenza di patologie correlate alla depressione in individui che ricadono nel gruppo dei falsi positivi (es. disturbo d'ansia), l'inadeguato riconoscimento di segni/sintomi caratterizzanti la depressione maggiore e il breve lasso di tempo che il medico può dedicare al singolo paziente. Il poco tempo dedicato viene percepito sempre dal paziente come un ostacolo alla completa esplicitazione dei

suoi sintomi (13), ed è sicuramente un ostacolo ad una diagnosi adeguata (9,14).

D'altra parte, le malattie mentali sembrano essere ancora in parte stigmatizzate e il medico di famiglia potrebbe "nascondere" la diagnosi al paziente (e non registrarla nella cartella clinica) se crede che il paziente possa spaventarsi o sentirsi bollato (14,15).

Studiando l'impatto che hanno le patologie croniche sulla diagnosi, il trattamento e il follow-up della depressione (16), si è visto che le comorbidità non hanno una significativa influenza sulla diagnosi, sebbene sia dimostrato come pazienti con forme più severe di depressione e contemporanea presenza di patologie croniche abbiano una minore probabilità di essere seguiti con un adeguato follow-up soprattutto se le altre patologie croniche richiedono a loro volta controlli regolari. Se il paziente soffre di un disturbo depressivo maggiore il trattamento risulta essere più adeguato così come risulta essere più adeguato se il paziente stesso è stato visitato anche in un centro di salute mentale (17). In ogni caso la World Federation for Mental Health raccomanda il setting delle cure primarie per la diagnosi e la cura della depressione sia per l'accessibilità che per l'efficacia (1).

Considerato quanto riportato dalla letteratura abbiamo voluto verificare l'effettivo peso che questa patologia ricopre nell'ambito di un ambulatorio di Medicina Generale, intervistando, grazie alla collaborazione di un'infermiera adeguatamente formata, gli utenti dell'ambulatorio stesso.

#### OBIETTIVI DELLO STUDIO

1. Identificare in un setting di cure primarie la prevalenza della depressione.
2. Valutare se esistono condizioni cliniche e/o ambientali correlate a questa patologia.

#### DISEGNO DELLO STUDIO

Studio osservazionale trasversale o di prevalenza su un campione di popolazione di pazienti afferenti ad uno studio di medicina generale reclutati in maniera random cui è stato somministrato un test specifico per la diagnosi di depressione.

#### CAMPIONAMENTO E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Sono stati somministrati, da parte di un'infermiera adeguatamente formata, dei questionari a 150 pazienti di età superiore ai 16 anni (che hanno dato il consenso o il cui consenso era stato dato dai genitori), che hanno effettuato un accesso all'ambulatorio nell'arco di trenta giorni. Sono stati esclusi pazienti in condizione di deficit cognitivo e pazienti stranieri non in grado di comprendere i questionari. I pazienti sono stati reclutati in modo casuale durante l'accesso in ambulatorio in base alla priorità di turno di entrata. È stata dedicata una stanza all'interno dell'ambulatorio, cosa che ha permesso di creare un setting ideale per garantire la giusta riservatezza.

Lo studio è stato condotto dopo aver chiesto l'autorizzazione scritta alle istituzioni competenti. Ai pazienti inclusi è stata sottoposta la richiesta di consenso: i pazienti venivano informati che i dati raccolti venivano utilizzati solo a scopo di ricerca e che sarebbe stato garantito l'anonimato.

#### RACCOLTA DATI

Sono stati utilizzati i seguenti strumenti di raccolta dati:

- *Scheda dati socio-demografici e clinici*. In essa venivano registrati i dati anagrafici, sociali, lavorativi, clinici. Per quanto riguarda i dati clinici veniva registrata in particolare la presenza o meno di diagnosi di depressione e familiarità, la presenza di malattie croniche e terapie farmacologiche. Veniva inoltre annotata la presenza di eventuali eventi stressanti minori.
- *Patient Health Questionnaire (PHQ) – 9* (18). Costituisce la versione auto-somministrabile del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME – MD) uno strumento sviluppato per contesti medici non psichiatrici a metà degli anni novanta. Il PHQ serve per la valutazione di disturbi mentali specifici in atto, tenendo presente i criteri diagnostici del DSM – IV. La validità diagnostica del PHQ è stata valutata nello studio di Spitzer, Kroenke e Williams (19) oltre che in quello di Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke e Spitzer (20): le caratteristiche operative del PHQ si sono dimostrate soddisfacenti essendo uno strumento di rapida compilazione e di facile siglatura. Il PHQ – 9 è la parte del PHQ che valuta la depressione, strumento di screening breve, presenta una sensibilità del 61% e specificità del 94 % negli adulti (21). Il questionario è stato validato in Italia da Mazzotti et al.(22) che hanno cercato di valutare le caratteristiche operative (sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo) della versione italiana del PHQ, rispetto allo standard di riferimento, rappresentato dalla versione completa The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) per il DSM IV, in un campione di pazienti dermatologici ricoverati.

Il PHQ 9 viene utilizzato per la diagnosi ed il monitoraggio della depressione, è stato sviluppato specificatamente per l'utilizzo in Medicina Generale, ed è quello più usato negli studi internazionali; ecco perché è stato preso in considerazione per questo studio. Nello studio si è deciso di somministrare il PHQ – 9 ai pazienti di età superiore ai 16 anni ed inferiore ai 65. Si è proceduto alla consegna e invitato il paziente all'autocompilazione, solo nei casi in cui il paziente si è dimostrato o ha riferito serie difficoltà di compilazione si è proceduto alla lettura delle domande e alla registrazione della risposta.

Il PHQ – 9 è diviso in due parti. Nella prima parte il paziente viene invitato a rispondere ad una domanda che prevede nove item di risposta su ognuno dei quali deve segnare il grado di frequenza (su una scala Likert a quattro punti in cui 0 corrisponde a mai, 1 qualche giorno, 2 più della metà dei giorni e 3 quasi tutti i giorni). La seconda parte prevede una sola domanda a cui si può rispondere con quattro modalità (Nessuna difficoltà, Qualche difficoltà, Notevole difficoltà, Estrema difficoltà).

I criteri di valutazione della scala suggeriti dagli autori sono:

- Totale punteggio prima domanda deve essere  $\geq$  a 5
- La domanda 1.1 o 1.2 deve risultare *più della metà dei giorni o quasi tutti i giorni*.
- La risposta alla seconda domanda deve essere almeno *qualche difficoltà*.

Tenendo presente i criteri sopra citati, dai punteggi ottenuti si ottiene la seguente suddivisione:

- da 0 a 4 assenza di depressione;
- da 5 a 9 depressione lieve;
- da 10 a 14 depressione moderata;
- da 15 a 19 depressione moderatamente severa;
- da 20 a 27 depressione severa.

- *Geriatric Depression Scale (GDS) – 15* (23). È un questionario, validato da Yesavage et al. nel 1983, utilizzato per lo screening della depressione nei soggetti anziani, anche con demenza lieve e moderata. In generale le dimensioni valutate includono: sintomi cognitivi, motivazione, orientamento al passato e al futuro, immagine di sé, perdita, agitazione, tratti ossessivi ed umore.

È di semplice somministrazione anche per il fatto che ad ogni item le risposte sono sì o no, è rivolto ai pazienti di età superiore ai 55 anni, ma nel presente studio si è deciso di somministrarlo a persone con età superiore ai 65 anni. Esistono una versione completa a 30 item, una a 15 item e una a 4. Per questo studio si è deciso di utilizzare quella a 15 item, per cui la durata di somministrazione si aggirava intorno a circa 4 minuti.

I criteri di valutazione della scala suggeriti dagli autori in base ai punteggi sono:

- da 0 a 5 assenza depressione;
- da 6 a 8 depressione lieve
- da 9 a 15 depressione grave.

- *Revised University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale*. È una scala che misura la percezione di solitudine, la frequenza e la qualità dei rapporti sociali (24) (tradotta in italiano da Solano e Coda)(25). È uno strumento su scala Likert a 4 punti (da mai a spesso) composto da 20 item di cui 10 formulati positivamente e 10 negativamente. La Scala ha un range di punti compresi tra 20 e 80 punti, con punteggi alti che indicano un forte sentimento di solitudine.

Si è deciso di utilizzarla per verificare se la percezione di solitudine e la depressione sono correlabili. È stata somministrata a tutti i pazienti inclusi nello studio.

Tutti i dati sono stati archiviati e analizzati con Microsoft Excel.

#### RISULTATI

##### CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Del totale del campione analizzato (150 persone) risultano positivi ai test per la verifica della depressione 22 persone (14,67%). Risulta esserci una percentuale maggiore di femmine depresse (n=17) rispetto ai maschi (n=5) anche se non risulta esserci differenza statisticamente significativa per il sesso dato il campione (Chi quadrato p=0.13).

La variabile età analizzata con il test Chi quadrato risulta statisticamente significativa (p=0.04).

La classe d'età maggiormente rappresentata nei pazienti risultati depressi risulta essere quella di 69 e più anni (n=10, 32,26% del totale dei pazienti con età  $\geq$  di 69 anni), anche se la fascia più rappresentativa dell'intero campione è data dalle persone con età compresa tra 57 e 69 anni (40 persone) che invece risultano avere solo 3 pazienti risultati depressi (6,98% del totale della classe). Tra le persone depresse risultano esserci quelle di età compresa tra i 43 e i 55 anni (n=4, 12,12% del totale di questa classe) che è la seconda classe più rappresentata nell'intero campione. Della classe

compresa tra i 17 e i 29 anni risultano solo 2 persone depresse, il 13,33% del totale di quella classe d'età.

Ben il 40% degli stranieri intervistati (4,40% del campione totale) risultano depressi, molto più rispetto agli italiani (12,86%, 18 persone) (p=0.01).

La variabile *stato civile* è risultata indipendente al test del Chi Quadrato (p=0.36), la maggioranza degli intervistati risulta essere coniugato o convivente (n=112), di questi il 16,96% positivi ai test. 3 persone su 23 celibi o nubili (13,04%) sono risultate positive. Nessun separato, divorziato o vedovo risulta essere depresso e nessuno tra gli intervistati positivi al test vive da solo.

Esiste dipendenza tra la variabile *attività sociali* e depressione (p=0.01). Una percentuale maggiore dei pazienti risultati depressi svolge attività sociali, questo non avviene nei pazienti negativi al test che al contrario preferiscono o non hanno la possibilità di svolgere attività.

Il *grado di istruzione* non rappresenta una variabile significativa (p=0.08). La maggioranza delle persone risultata positiva ai questionari ha la licenza di scuola elementare (10 persone, 27,03% del totale persone con licenza elementare), anche se il titolo più rappresentativo di tutti gli intervistati è stato il diploma di scuola superiore. Merita di essere posto in evidenza il fatto che 15,38% aventi una laurea risulta essere depresso, è lo stesso per il 12,77% tra gli aventi un titolo di scuola media inferiore.

Vi è indipendenza tra le variabili *occupazione* e depressione (p=0.38). Le casalinghe che risultano depresse sono quasi il 30%, lo sono il 20% degli studenti e il 16,67% dei disoccupati. Non risulta esserci alcuna correlazione tra tipo di professione e depressione così come non vi è correlazione con la variabile *esenzione ticket*.

Non vi è dipendenza tra depressione e *malattia cronica* (p=0.19) anche se la percentuale di persone affetta da malattia cronica e positive al test è del 16,81% (19 persone) di gran lunga maggiore rispetto a chi non soffre di una malattia cronica ed è risultato depresso alla somministrazione dei test (3 persone, 8,11%).

Anche il *dolore cronico* è risultata una variabile indipendente (p=0.10), la percentuale di persone con dolore cronico affetta da depressione è minore rispetto a chi dichiara di non soffrire di dolore cronico ma è risultata positiva ai test per depressione.

Vi è correlazione invece tra *politerapia a domicilio* e depressione (p=0.02).

Nel nostro campione non vi è correlazione statisticamente significativa tra *depressione in passato* e positività al test (p=0.20) anche se chi ha sofferto di depressione in passato risulta soffrirne di più (23,81%) rispetto a chi non ha avuto altri episodi in precedenza (13,18%). Anche la variabile *familiarità* risulta essere indipendente (p=0.31).

Non vi è differenza significativa tra il gruppo di chi dichiara di aver sofferto di un *lutto* nei sei mesi precedenti l'intervista e secondo il test soffre di depressione (il 33,33%) e chi risulta positivo al questionario e dichiara di non aver subito un lutto nei 6 mesi precedenti (p=0.19).

Anche la variabile *carico assistenziale*, (presente in 32 dei soggetti intervistati) è indipendente (p=0.69).

Esiste invece una forte correlazione tra solitudine e depressione (p=0.000006).

Nel nostro campione 11 persone assumono farmaci antidepressivi: di queste 2 (18,18%) sono risultate positive ai test per la verifica della depressione. Delle 10 persone che assumono sedativi ipnotici, 4 (40%) risultano depresse secondo i test.

17 soggetti risultati depressi al test non avevano una diagnosi codificata in cartella, mentre 20 persone che avevano una diagnosi codificata di depressione non risultavano positivi al test.

La figura 1 propone una visione della sovrastima e della sottostima della depressione.

Nel 75,33% dei casi quindi, la diagnosi è coerente con il risultato del test. La sovrastima si ha invece nel 13,24% dei casi, cioè il paziente è stato diagnosticato come depresso ma al test PHQ – 9 o al GDS non ha ottenuto un punteggio sufficiente. L'11,33% dei pazienti cade nel gruppo in cui c'è una sottostima della depressione: questi pazienti non hanno una diagnosi codificata in cartella ma ai test risultano positivi.

## DISCUSSIONE

La prevalenza di depressione individuata nel campione di pazienti che hanno partecipato allo studio è pari al 14,67%, considerando che 22 persone su 150 sono risultate positive ai test.

Nella sezione relativa all'Italia dello studio ESEMeD, la prevalenza di depressione è del 10,1%: tale dato, confrontato con il presente studio, è considerevolmente inferiore. In entrambi gli studi comunque, non si è proceduto a fare diagnosi: nel nostro studio ci si è avvalsi dei questionari PHQ – 9 o GDS, mentre nello studio ESEMeD la prevalenza è stata calcolata basandosi su un'intervista strutturata il cui nucleo è rappresentato dalla *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* dell'OMS.

Nello studio di Cepoiu et al. (2008) la prevalenza rilevata è al massimo dell'11,9%.

Nell'ambito della ricerca IDEA, dove però sono stati inclusi solo lavoratori, il 12% dei partecipanti italiani allo studio hanno ricevuto durante la vita una diagnosi di depressione. Nel nostro studio la percentuale di lavoratori positivi ai test effettuati è del 9,21%.

Il VI rapporto della Health Search SIMG 2009-2010 afferma che la prevalenza di depressione in Italia mostra un trend crescente che varia dal 2,4% del 2003 al 4,2% del 2009. La prevalenza più bassa riscontrata da Health Search rispetto a questo studio molto probabilmente è giustificata dal fatto che i dati del rapporto SIMG sono ricavati dalle sole diagnosi "codificate" nelle cartelle cliniche del programma di gestione utilizzato dai Medici di Famiglia.

Altra considerazione che è possibile fare è che il PHQ-9 e il GDS-15 siano strumenti più sensibili di altri o che sovrastimino il fenomeno. Ciò andrebbe verificato sottoponendo i pazienti positivi a questi test ad una valutazione specialistica e ai canoni del DSM – IV TR.

Considerando il campione di popolazione del nostro studio, che abbiamo sottoposto al test PHQ – 9 e al GDS – 15 nel 75,33% dei casi la diagnosi posta dal medico di famiglia si è dimostrata coerente con il risultato dei test, nel 13,24% vi è stata una sovrastima diagnostica mentre nell'11,33% c'è stata da parte del medico una sottostima della depressione.

Ancora una volta molto probabilmente la diagnosi corretta dovrà essere frutto di una valutazione più approfondita che tenga pre-

sente i risultati dei questionari, l'esperienza del medico e l'eventuale valutazione specialistica.

Se la qualità diagnostica da parte del Medico di Medicina Generale risulta essere buona, i dati sul trattamento confermano quanto riportato in letteratura, anche in questo caso i pazienti depressi sembrerebbero ipotizzati.

Dal Rapporto Nazionale Passi degli anni dal 2008 al 2011 risultano più soggette a sintomi di depressione le donne, le persone di età avanzata, le persone con basso livello di istruzione, le persone con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare, chi vive solo e coloro che sono affette da una o più malattie croniche. Anche se nel campione di pazienti analizzato la numerosità non ci permette di trarre conclusioni statisticamente significative, osservando le frequenze è possibile affermare che le femmine sono depresse in percentuale maggiore rispetto ai maschi, in linea con quanto affermato dalla letteratura (26).

Dalla presente indagine risulta che la fascia più rappresentativa tra i pazienti depressi sembra essere quella dei soggetti con età uguale o superiore ai 69 anni; in termini percentuali tuttavia, una considerevole percentuale (13,33%) di soggetti nella fascia d'età dai 17 ai 30 anni è positiva ai test effettuati, questo contrasta con il Rapporto Nazionale Passi (2009) in cui la maggior parte delle persone con sintomi depressivi ha un'età compresa tra i 50 e i 69 anni.

Si ipotizza che il disagio giovanile sia dovuto anche alla comunità in cui si colloca il campione analizzato, che presenta una percentuale di stranieri elevata (anche se inferiore alla media Veneta) e un probabile basso livello di istruzione. Inoltre per quanto riguarda i pazienti di età uguale o superiore ai 69 anni, l'avvicinarsi del fine della vita gioca un ruolo importante, per questo è necessario porre attenzione soprattutto a queste fasce d'età.

La variabile straniero in letteratura non viene menzionata come fattore di rischio, ma in questo studio si è trovata una dipendenza con la depressione ( $p=0.01$ ), il 40% degli stranieri intervistati è risultato positivo ai test per la depressione. Probabilmente la difficoltà di adattamento, il disagio sociale, la lingua straniera e la lontananza dalla famiglia sono fattori determinanti. Per quanto riguarda lo stato civile, i dati emersi dallo studio di questo campione non sembrano essere in linea con quanto riportato dalla letteratura (5) non esistono depressi tra i separati/divorziati e i vedovi. La percentuale maggiore di depressi si trova tra i coniugati/conviventi.

Contrariamente ai dati della letteratura (Rapporto Nazionale Passi 2009) nel campione preso in esame ( $p=0.07$ ) il vivere soli non sembra un fattore di rischio per la depressione e anche chi non svolge alcuna attività sociale per volontà o impossibilità, risulta meno depresso ( $p=0.01$ ).

Anche l'occupazione sembra avere una certa importanza sulla prevalenza della patologia: in questo studio casalinghe, studenti e disoccupati sono le categorie con maggior positività ai test, seppur le due variabili non superino il test del Chi quadrato.

Analizzando i dati sulle malattie croniche, il dolore cronico e la politerapia, si è visto che essi sono risultati dei fattori di rischio rilevanti per la depressione. Questa multi morbidità, unita all'aver sofferto di precedenti episodi depressivi (risultato anche questo rilevante) porta ad un probabile incremento della disabilità, e al

peggioramento della qualità di vita. In questa prospettiva ancora una volta diviene importante mettere al centro dell'assistenza di base la famiglia e la comunità.

Che il lutto rappresenti di per sé una condizione di depressione è ancora fonte di discussione: i dati rilevati in ogni caso confermano quanto esso sia per lo meno un fattore di rischio importante.

Per quanto concerne il carico assistenziale, i dati riscontrati non permettono di trarre conclusioni significative sull'influenza che questa ha sull'umore della persona.

I soggetti che hanno una maggiore percezione di solitudine hanno una forte correlazione con la depressione. Più i soggetti si sentono soli più hanno la probabilità di essere depressi e probabilmente più il soggetto è depresso e più si sente solo.

Questo dato sembra collidere in parte con il risultato ottenuto all'analisi delle attività sociali che fanno emergere come chi risulta depresso svolga più attività sociali di chi non risulta depresso. Ciò potrebbe far pensare che la qualità dei rapporti sociali potrebbe essere scarsa, o comunque che i rapporti non siano soddisfacenti, visto che comunque le persone tendono a sentirsi maggiormente sole.

Un campione più ampio di pazienti avrebbe permesso di analizzare più variabili con una maggior generalizzazione dei risultati. Il campione è stato limitato anche dalla disponibilità di tempo, considerato che erano necessari più di 15 minuti per paziente e il numero di pazienti a disposizione dipendeva dall'affluenza allo studio.

Estendere la ricerca a più ambulatori, con uno studio multicentrico, permetterebbe sicuramente una maggiore significatività dei dati.

## CONCLUSIONI

Riassumendo il lavoro, i punti fondamentali sono i seguenti:

- la prevalenza di depressione nel nostro campione è pari al 14,67%, superiore alla media nazionale;
- nel setting di cure primarie preso in esame appare, in contrasto con quanto riportato in letteratura, una sovrastima del problema depressione;
- l'età superiore ai 69 anni risulta essere correlata alla depressione;
- l'essere straniero è correlato alla depressione, pertanto nelle nostre regioni dove è molto importante la presenza di immigrati, ciò va tenuto presente nella pratica clinica;
- l'essere occupato in attività sociali risulta un fattore di rischio;
- la depressione è più frequente nelle persone che assumono più farmaci; essa, particolarmente in questi pazienti, incrementa la disabilità e peggiora la qualità della vita;
- la solitudine è fortemente correlata alla depressione; i soggetti soli hanno più probabilità di essere depressi e probabilmente viceversa.

		FREQUENZA ASSOLUTA	FREQUENZA PERCENTUALE
Sesso	Maschio	56	37,33 %
	Femmina	94	62,67 %
Età	[17 – 30]	15	10,00%
	[30 – 43]	28	18,67%
	[43 – 56]	33	22,00%
	[56 – 69]	43	28,67%
	<sup>3</sup> 69	31	20,66%
Nazionalità	Italiana	140	93,33%
	Non italiana	10	6,67%
Stato civile	Celibe/nubile	23	15,33%
	Coniugato/convivente	112	74,67%
	Separato/a divorziato/a	8	5,33%
	Vedovo/a	7	4,66%
Condizione abitativa	Vive solo	17	11,33%
	Vive con qualcuno	133	88,67%
Attività sociali	Sì	58	38,67%
	No	92	61,33%
Grado d'istruzione	Licenza di scuola elementare	37	24,67%
	Licenza di scuola media inferiore	47	31,33%
	Diploma di scuola media superiore	53	35,33%
	Laurea	13	8,67%
Stato lavorativo	Lavoratore	76	50,67%
	Pensionato	37	24,67%
	Disoccupato	6	4,00%
	Studente	5	3,33%
	Casalingo/a	24	16,00%
	Esodato	1	0,67%
	Cassaintegrato	1	0,67%

Tabella 1. Caratteristiche socio demografiche dei 150 pazienti intervistati

		Frequenza assoluta	Frequenza percentuale
Malattia cronica	Si	113	75,33%
	No	37	24,67%
Terapia a domicilio	Si	93	62,00%
	No	57	38,00%
Dolore cronico	Si	46	30,67%
	No	104	69,33%
Depressioni precedenti	Si	21	14,00%
	No	129	86,00%
Familiarità con depressione	Si	16	10,67%
	No	134	89,33%
Lutto < 6 mesi	Si	6	4,00%
	No	144	96,00%
Carico assistenziale	Padre/madre	17	53,13%
	Figli	4	12,50%
	Coniuge	7	21,88%
	Nipote	0	0,00%
	Suocero/a	4	12,50%

Tabella 2. Caratteristiche cliniche salienti dei 150 pazienti intervistati

Valori di riferimento	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
(20 – 25)	30	20,00%
[26 – 30]	47	31,33%
[31 – 35]	23	15,33%
[36 – 40]	19	12,67%
[41 – 45]	12	8,00%
[46 – 50]	10	6,67%
[51 – 55]	6	4,00%
[56 – 60]	2	1,33%
<sup>3</sup> 61	1	0,67%
Totale	150	100,00%

Tabella 3. UCLA Loneliness Scale: percentuale di pazienti per valori di riferimento

Valori di riferimento	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
0 – 4 (depressione assente)	98	89,91%
5 – 9 (depressione lieve)	3	2,75%
10 – 14 (depressione moderata)	5	4,59%
15 – 19 (depressione moderatamente severa)	3	2,75%
20 – 27 (depressione severa)	0	0,00%
Totale	109	100,00%

Tabella 4. PHQ – 9: pazienti tra i 16 e i 65 anni d'età, stratificazione delle risposte

Valori di riferimento	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
0 – 5 (depressione assente)	30	73,17%
6 – 8 (depressione lieve)	8	19,51%
9 – 15 (depressione grave)	3	7,32%
Totale	41	100,00%

Tabella 5. GDS – 15: Pazienti con più di 65 anni di età, stratificazione delle risposte

Depressione	Maschi		Femmine		Totale	
	fi	pi	fi	pi	fi	pi
Si	5	8,93%	17	18,09%	22	14,67%
No	51	91,07%	77	81,91%	128	85,33%
Totale	56	100,00%	94	100,00%	150	100,00%

Tabella 6. Pazienti depressi

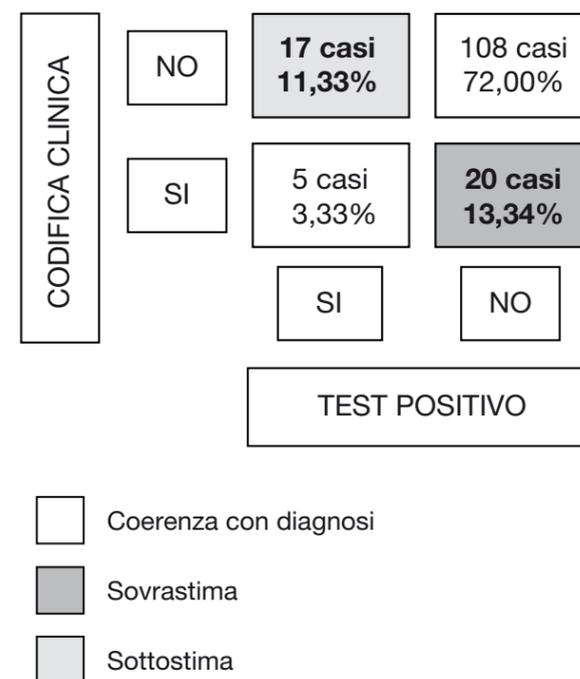


Figura 1.

## Medici di famiglia e depressione: studio sulla modalità di diagnosi e terapia in medicina generale

### General Practitioners and Depression: research about GPs' diagnostic and therapeutic schedules

Roberta Mozzon<sup>1</sup>, Giuseppe Maso<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico in formazione specifica in Medicina Generale

<sup>2</sup> Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Area Geriatrica SIICP Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie

Correspondence to:

Giuseppe Maso, MD  
giuseppe.maso@gmail.com

#### RIASSUNTO

Il trattamento della depressione prevede in primis un approccio farmacologico e psicoterapico personalizzati; il ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione di questa patologia è di prima importanza essendo spesso il primo operatore sanitario ad avere il sospetto clinico della malattia e ad impostare la terapia. Questo studio descrittivo-osservazionale si propone, attraverso la somministrazione di un questionario a 87 Medici di Medicina Generale italiani, di valutare l'approccio dei medici di famiglia a questa patologia e alle sue specifiche strategie terapeutiche.

#### Parole chiave:

Depressione, Medico di Medicina Generale

#### ABSTRACT

Depression's therapy provides for either a tailored pharmacological approach or a psychotherapy; the general practitioner's role in the management of this disease is really worthy since he is often the first health worker to suspect the illness and start the therapy. This observational study has the aim to .

#### Key words:

Depression, General Practitioner

#### Introduzione

Il trattamento della depressione prevede la farmacoterapia, la psicoterapia, e nei casi resistenti alla terapia farmacologica (o nelle persone in cui sia controindicata) la terapia elettroconvulsivante.

I farmaci usati (tab.I) sono gli antidepressivi (classificazione Anatomica Terapeutica Chimica – ATC N06A): antidepressivi triciclici (ATC), inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (ISRS), inibitori delle monoaminoossidasi (IMAO), inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina (IRSN) etrazodone. Il paziente va istruito all'uso di questi farmaci, perché ciò migliora la compliance al trattamento e va sottolineato che gli antidepressivi sono efficaci ma che esiste un gap di circa 10 giorni tra l'inizio dell'assunzione del farmaco e la percezione dei primi effetti.

Nei soggetti con propositi suicidi deve essere posta particolare attenzione nello scegliere un farmaco a bassa tossicità in caso di sovradosaggio.

Le raccomandazioni dell'OMS (1) per quanto riguarda la terapia farmacologica con ATC e ISRS sono le seguenti:

- gli antidepressivi non dovrebbero essere usati nel trattamento iniziale di persone adulte con episodio depressivo lieve;
- gli ATC e la fluoxetina dovrebbero essere presi in considerazione in adulti con episodio / disordine depressivo moderato o grave;
- negli anziani è preferibile evitare gli ATC;
- nelle donne che progettano una gravidanza, o sono gravide o allattano al seno, è preferibile utilizzare gli ATC o la fluoxetina;
- il trattamento farmacologico non dovrebbe essere sospeso prima di 9 – 12 mesi e va regolarmente monitorato.

Classe	Esempi	Effetti collaterali	Note
ATC	Amitriptilina-Clomipramina-Desipramina-Doxepina-Imipramina-Nortriptilina	Anticolinergici (secchezza delle fauci, tachicardia, stipsi, ritenzione urinaria), sudorazione, tremori, ipotensione ortostatica, rallentamento conduzione cardiaca, sedazione, aumento di peso.	Il sovradosaggio può essere letale. Possibile il monitoraggio plasmatico. Controindicazioni: malattie cardiovascolari, gravi disturbi epatici, glaucoma, ipertrofia prostatica.
SSRI	Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina, Paroxetina Sertralina	Cefalea, nausea, bocca secca, irrequietezza, insonnia, riduzione della libido, ritardo dell'eiaculazione, agitazione, acatisia.	Di prima scelta. Sicuri anche in caso di sovradosaggio. Sintrome da sospensione degli ISRS se sospensione brusca (soprattutto con paroxetina). Non devono essere assunti insieme agli IMAO. Inibiscono alcuni enzimi del citocromo P450.
IMAO	Irreversibili: Fenzelzina	Reazione tiraminica se contemporanea assunzione di cibi contenenti alti livelli di tiramina (es. formaggi, vini)	Usati raramente in depressione resistente o in forme atipiche. Non devono essere assunti con gli ISRS.
	Reversibili: Moclobemide	Anticolinergici, ipotensione posturale, anorgasmia, tremore, parestesie agli arti.	
NSSRI	Venlafaxina	Nausea, capogiri, secchezza delle fauci, cefalea, ipertensione, ansia, insonnia.	Non deve essere assunta insieme agli IMAO.
	Duloxetina	Nausea, capogiri, cefalea, insonnia, stipsi.	Sicura in caso di sovradosaggio.
	Mirtazapina	Sonnolenza, aumento di peso, neutropenia.	Sicura in caso di sovradosaggio.
Trazodone	-	Sedazione, secchezza delle fauci, ipotensione ortostatica, raramente priapismo.	Sicuro in caso di sovradosaggio. Usato in anziani.

Tabella I.

Il discorso è diverso per i bambini e gli adolescenti: nei primi il trattamento farmacologico non è considerato come prima linea, mentre tra i secondi è raccomandata cautela nell'approccio farmacologico.

La terapia farmacologica è l'intervento più efficace per ottenere la remissione e la prevenzione delle ricadute, ma è stato dimostrato che i risultati migliori si possono raggiungere con l'associazione di psicoterapia, al fine di aiutare il paziente a far fronte alla ridotta autostima e alla demoralizzazione. Circa il 40% dei pazienti trattati per depressione dal medico di medicina generale interrompe il trattamento se entro un mese non nota un miglioramento, a meno che gli venga fornito un supporto addizionale.

L'OMS invita a considerare la terapia cognitivo comportamentale e l'attuazione di metodiche di problem – solving nel trattamento dell'episodio/disordine depressivo in ambito non specialistico, a

patto che siano presenti sufficienti risorse umane; nei casi di depressione moderata o grave, la psicoterapia dovrebbe essere utilizzata in combinazione con il trattamento farmacologico.

Tecniche di rilassamento e un'attività fisica moderata sono suggeriti dall'OMS come trattamenti aggiuntivi, soprattutto in caso di forme moderate e gravi.

L'OMS ha elaborato una serie di punti sui quali la società può lavorare per poter prevenire questa importante patologia:

- gestire e trattare i pazienti nel setting delle cure primarie;
- rendere disponibile il trattamento farmacologico a tutti i livelli di cura;
- curare il paziente nella sua comunità;
- educare l'opinione pubblica, anche al fine di ridurre la stigmatizzazione e la discriminazione dei pazienti;
- coinvolgere la comunità, le famiglie, nello sviluppo di politiche e programmi;
- stabilire politiche nazionale, programmi e istituire una legislazione adeguata;
- sviluppare le risorse umane, sia in termini di medici specializzati, che di medici di famiglia;
- coinvolgere altri settori, oltre a quello sanitario, come ad esempio la scuola;
- monitorare lo stato della salute mentale delle comunità;
- supportare la ricerca.

**Obiettivo dello studio:**

valutare l'approccio del medico di famiglia al paziente depresso, dalla modalità di diagnosi alla terapia somministrata, sia di tipo farmacologico che non farmacologico.

**Disegno dello studio:**

uno studio descrittivo – osservazionale attraverso la somministrazione di un questionario a 87 medici di famiglia italiani (tab. II), reclutati tramite e-mail o consultazione telefonica. I questionari sono stati compilati a partire dal primo giugno 2012 fino al 30 novembre 2012.

Acampora Giosuè, Adinolfi Valentino, Adore Demetrio, Ali Rita Caterina, Barachino Anna, Barolo Carmelo, Battocchio Roberto, Beltrame Ezio, Berto Ferdinando, Bertolissi Stefano, Bogliolo Francesco, Campagna Cristina, Carnesalli Franco, Cecchini Rossella, Cipone Daniele, Cirulli Annibale, Cedaro Paolo, Colucci Giovanni, De Bellis Maria Elena, De Paoli Guido, De Stefano Franco, Della Vedova Roberto, Di Gianantonio Loris, Di Giovambattista Elisabetta, Domeneghetti Franco, Donati De Conti Mariapia, Donati De Conti Rosalba, Ermacora Tiziano, Ermini Giuliano, Falanga Rosario, Falcidia Alessandro, Gangi Fabrizio, Gasparin Amedeo, Giannini Olivia, Lipartiti Tommaso, Macaudo Carmelo, Mamolo Ciro, Marcato Piero Antonio, Marchionne Maurizio, Marsilio Alberto, Matera Carmelo, Mattiello Italo, Mei Lucia, Merici Giancarlo, Nardini Susanna, Nicoloso Alessandro, Paduano Romano, Pasqualetto Alessandro, Passoni Laura, Pessa Gionata, Petoello Luisa, Pettenà Dino, Piccinin Andrea, Pirrotta Enzo, Reveanne Paolo, Sabbi Diego, Santarossa Mirella, Tubaro Gianni, Vanin Gianfranco, Venturini Onorino, Venuti Marco, Zappalà Elisabetta, Zocchi Paolo, Zuin Fabio, 4 medici che hanno preferito anonimato.

Tabella II. Medici partecipanti allo studio

Ai medici che hanno partecipato allo studio è stato garantito, se richiesto, l'anonimato, che è stato in ogni caso garantito per i dati dei loro pazienti.

È stato utilizzato un questionario preparato ad hoc in cui compaiono i dati del medico compilante, i dati relativi al numero di pazienti che assumono trattamento farmacologico antidepressivo e alla numerosità di pazienti codificati con diagnosi di depressione, i dati relativi alla modalità di diagnosi, alle modalità del trattamento farmacologico e del trattamento non farmacologico.

Tutti i dati sono stati archiviati e analizzati con Microsoft Excel.

I dati dei medici sono stati estrapolati da software di gestione dei dati dei pazienti, quali Millewin e GAM 700W; la parte statistica è stata ottenuta con il programma SAS 9.3.

**Risultati:**

Ogni medico ha in carico mediamente 1361 ± 274 pazienti: di essi mediamente il 47,47% è di sesso maschile, mentre il 52,53 % è di sesso femminile.

Per quanto riguarda la numerosità dei pazienti che assumono farmaci antidepressivi, le mediane vengono riportate in tabella III. La stessa tabella riporta anche le mediane dei pazienti con diagnosi codificata in cartella clinica.

	Antidepressivi triciclici (N06AA)	Antidepressivi SSRI (N06AB)	Altri Antidepressivi (N06AX)	Diagnosi codificata
Pazienti maschi	2,0	18,5	6,0	13,5
Pazienti femmine	7,0	50,0	18,0	33,5

Tabella III.

Il numero medio di pazienti con diagnosi codificata in cartella clinica (codici ICD – 9 CM: 311, 300.4, 296.2, 309.28, 296.3, 298.0, 301.12), è di 18,34 ± 17,40 (pari all'1,16% se consideriamo mediamente 1361 pazienti per medico) per i pazienti di sesso maschile e 43,75 ± 35,07 (pari a 3,21%) per le pazienti di sesso femminile. Le mediane sono invece pari a 13,5 per i maschi e 33,5 per le femmine. In totale, il numero medio di pazienti trattati è 53,63 ± 52,11; la mediana è invece di 39,5 pazienti con diagnosi codificata in cartella.

La modalità di diagnosi di depressione è stata testata con una domanda che prevedeva 4 risposte:

- mi baso su quanto il paziente mi riferisce;
- faccio delle domande per evidenziare il problema;
- uso dei test;
- non faccio diagnosi, preferisco inviare ad uno specialista.

Al medico è stata data la possibilità di segnare anche più risposte. La tabella IV mostra i risultati.

I test usati sono il test di Hamilton, il GDS, il test ZUNG, il BDI – Primary Care, il QIDS – SR16 e il CES – D, e una versione del test di Hamilton con tavole a colori. Il test di Hamilton viene usato da 15 medici, e alcuni medici utilizzano più test tra quelli citati. Nessun medico usa il PHQ – 9.

Modalità	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Riferito dal paziente	1	1,14%
Faccio domande	26	29,89%
Uso test	2	2,30%
Invio a specialista	2	2,30%
Domande + test	8	9,20%
Riferito + test	2	2,30%
Riferito + domande	36	41,39%
Riferito + domande + test	9	10,34%
Non risponde	1	1,14%
Totale	87	100,00%

Tabella IV.

La gravità della depressione viene valutata da 67 (84,81 %) medici. Uno di essi ha specificato che valuta la gravità:

“...per impostare la terapia in maniera autonoma e/o per chiedere una consulenza specialistica. La mia valutazione di gravità è elementare, si basa sulla conoscenza del paziente, della sua storia passata e presente, del contesto, sulla reattività alla proposta ed alla impostazione di un programma terapeutico condivisibile...”

12 (15,19%) medici non valutano la gravità della depressione e 8 non hanno risposto.

Il trattamento del paziente con depressione viene iniziato in maniera autonoma da 77 medici (90,59%), e su suggerimento dello specialista da 8 medici (9,41%); 2 medici non hanno risposto.

La classe di farmaci che viene usata maggiormente è, per 83 degli intervistati (97,65%), la classe degli SSRI; in 2 casi (2,35%) la classe più usata è quella degli “altri farmaci”, in altri due casi la risposta non era valida.

Per quanto riguarda l'associazione alla terapia antidepressiva di altri farmaci, 27 medici (31,03%) non associano nessun altro farmaco, 37 (42,53%) utilizzano benzodiazepine, 14 (16,09%) gli ansiolitici, 4 (4,60%) gli ipnoinduttori, 2 (2,30%) i complessi polivitaminici, 1 (1,15%) l'ademetonina, 1 farmaci a scopo placebo (non meglio precisati), 1 altri farmaci non meglio precisati. L'uso delle benzodiazepine è riferito al solo periodo iniziale del trattamento da 7 medici; 3 medici fanno riferimento in modo più specifico all'alprazolam. 1 medico associa il trattamento non farmacologico. L'età condiziona la modalità di trattamento:

- sempre, per 31 medici (57,65%);
- talvolta, per 49 medici (36,47%);
- mai, per 5 medici (5,88%).

2 medici non hanno risposto a questo quesito.

La modalità di trattamento viene condizionata dall'età per vari motivi:

- gli effetti collaterali (non solo degli antidepressivi, ma anche delle benzodiazepine) sono stati citati da 19 medici;
- la presenza, soprattutto nell'anziano, di comorbidità (10 medici);
- il trattamento con altri farmaci (8 medici);
- la possibilità di interazioni farmacologiche (6 medici);
- la diversa farmacocinetica, soprattutto nelle età estreme (11 medici);
- la compliance al trattamento (8 medici);

- le considerazioni che l'età avanzata può essere una causa (o forse un fattore di rischio) di depressione (3 medici), e che nel giovane è necessario istituire una terapia più aggressiva per scongiurare l'instaurarsi di forme più gravi di depressione (2 medici);

In particolare, tra gli effetti collaterali sono stati indicati gli effetti sull'apparato cardiovascolare, l'aumento di peso, i disturbi della sfera sessuale, la sonnolenza, il rischio di cadute, la pericolosità degli SSRI nel soggetto giovane. In un caso, si fa riferimento al fatto che se il paziente è un minore, va indirizzato sempre ad un medico specialista.

A questa domanda non hanno risposto 27 medici.

La presenza di altre patologie condiziona il trattamento:

- sempre, per 40 medici (47,62%);
- talvolta, per 44 medici (52,38%).

3 medici non hanno risposto alla domanda.

Le cause principali riportate sono il rischio di interazioni farmacologiche (52 risposte), la possibile insorgenza di ulteriori effetti collaterali (16 risposte), la mancanza di compliance al trattamento (10 risposte), la presenza di controindicazioni nell'uso di farmaci antidepressivi se vi sono patologie importanti (soprattutto a livello cardiovascolare e degli organi emuntori, 12 risposte). In 4 casi i medici hanno citato la possibilità che la depressione sia secondaria ad altre patologie; in due casi, che essa possa peggiorare il quadro di altre patologie, come ad esempio diminuire la motivazione al trattamento nel caso il paziente abbia una neoplasia. Il rischio di sovra medicalizzazione è stato preso in considerazione da due medici.

18 medici non hanno risposto a questa domanda.

Il trattamento non farmacologico viene riassunto nella tabella V.

Trattamento non farmacologico	Modalità	Frequenza assoluta	Frequenza relativa
Invio al CSM	Sempre	2	2,38%
	Talvolta	72	85,72%
	Mai	10	11,90%
Invio allo psichiatra	Sempre	3	3,49%
	Talvolta	81	94,18%
	Mai	2	2,33%
Invio allo psicologo	Sempre	3	3,57%
	Talvolta	67	79,76%
	Mai	14	16,67%
Faccio counselling	Sempre	50	58,14%
	Talvolta	32	37,21%
	Mai	4	4,65%
Faccio controlli programmati	Sempre	59	70,24%
	Talvolta	22	26,19%
	Mai	3	3,57%

Tabella V.

### Analisi statistica

È stato analizzata statisticamente la parte relativa alla numerosità dei pazienti in trattamento farmacologico; dato che la distribuzione risulta essere non normale, i risultati sono stati ottenuti grazie al test di Friedman non parametrico, che confronta le mediane delle varie classi di farmaci. Sia per quanto riguarda i pazienti maschi che i pazienti femmine è possibile dire che esiste una differenza significativa nel trattamento, tra le tre diverse classi di farmaci (p value < 0,0001). (figg.1,2)

In entrambi i casi, si può notare come la classe degli SSRI sia notevolmente più usata.

### Discussione:

I pazienti con diagnosi di depressione sono mediamente poco più di 53 persone per medico di famiglia: se assumiamo che, nel nostro studio, il numero medio di pazienti in carico per medico è di 1361 persone, in proporzione, i soggetti con diagnosi sono circa il 3,89%. Questo dato si basa, come già citato, su una distribuzione non normale, e su un esiguo numero di medici intervistati. Ci può essere difficoltà da parte del medico di famiglia nel registrare la diagnosi di depressione in cartella, difficoltà dovuta al fatto che il paziente possa sentirsi stigmatizzato, talvolta ci può essere un'incapacità del medico di utilizzare al meglio i software di gestione dei pazienti e talvolta i dati non vengono registrati completamente per la mancanza di tempo.

I farmaci antidepressivi statisticamente più usati nel nostro campione di medici di famiglia sono gli SSRI. Il trattamento farmacologico viene iniziato in maniera autonoma da più del 90% degli intervistati, anche se qualcuno chiarisce che in caso di diagnosi di depressione in un paziente minore e/o nel caso in cui ci sia un quadro grave, è preferibile richiedere, prima di iniziare il trattamento, una visita specialistica. Alcuni medici hanno segnalato che in alcuni casi gli antidepressivi triciclici in realtà sono stati prescritti per patologie diverse dalla depressione (es: l'amitriptilina viene prescritta anche per l'emicrania). Questo era un bias non evitabile con il programma di ricerca utilizzato. Il 42,53% dei medici intervistati associa abitualmente le benzodiazepine al trattamento specifico per la depressione, soprattutto nel periodo iniziale, quando è più frequente che si manifestino effetti collaterali quali l'insonnia da SSRI. La maggior parte dei medici per fare diagnosi si basa su ciò che viene riferito dal paziente, e pone attivamente domande per inquadrare meglio il problema. Una discreta quota utilizza anche test, che però non corrispondono a quelli più utilizzati in letteratura, che sono il PHQ-9 e il GDS. Il test più usato è il test di Hamilton, anche perché è un'applicazione inclusa nei più diffusi software gestionali in dotazione ai medici italiani. La gravità della depressione viene abitualmente valutata da poco meno dell'85% dei medici intervistati: ciò risulta significativo soprattutto se paragonato all'invito dell'OMS ad associare, nei casi di depressione moderata e grave, trattamento farmacologico, psicoterapia, tecniche di rilassamento e un'attività fisica moderata.

Età e presenza di altre patologie condizionano il trattamento farmacologico che i medici istituiscono nei pazienti depressi. Il trattamento non farmacologico ha preso in considerazione 5 possibili scenari: l'invio al CSM, l'invio allo psichiatra, l'invio allo psicologo, il counselling, i controlli programmati.

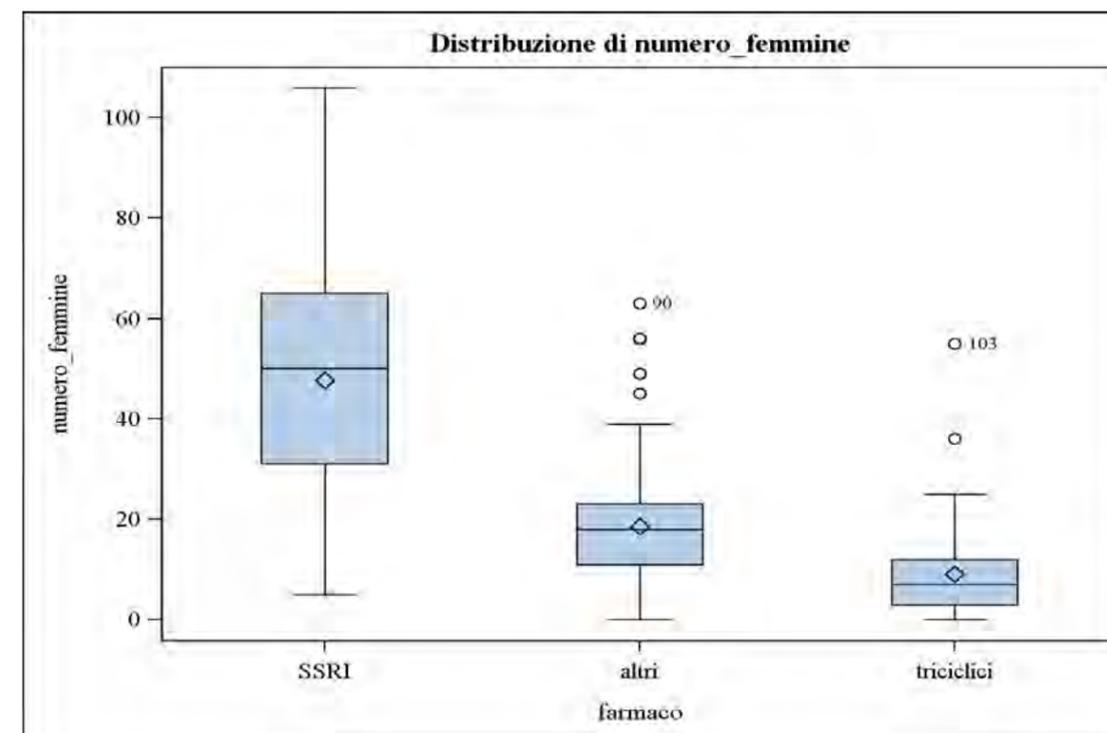


Figura 1

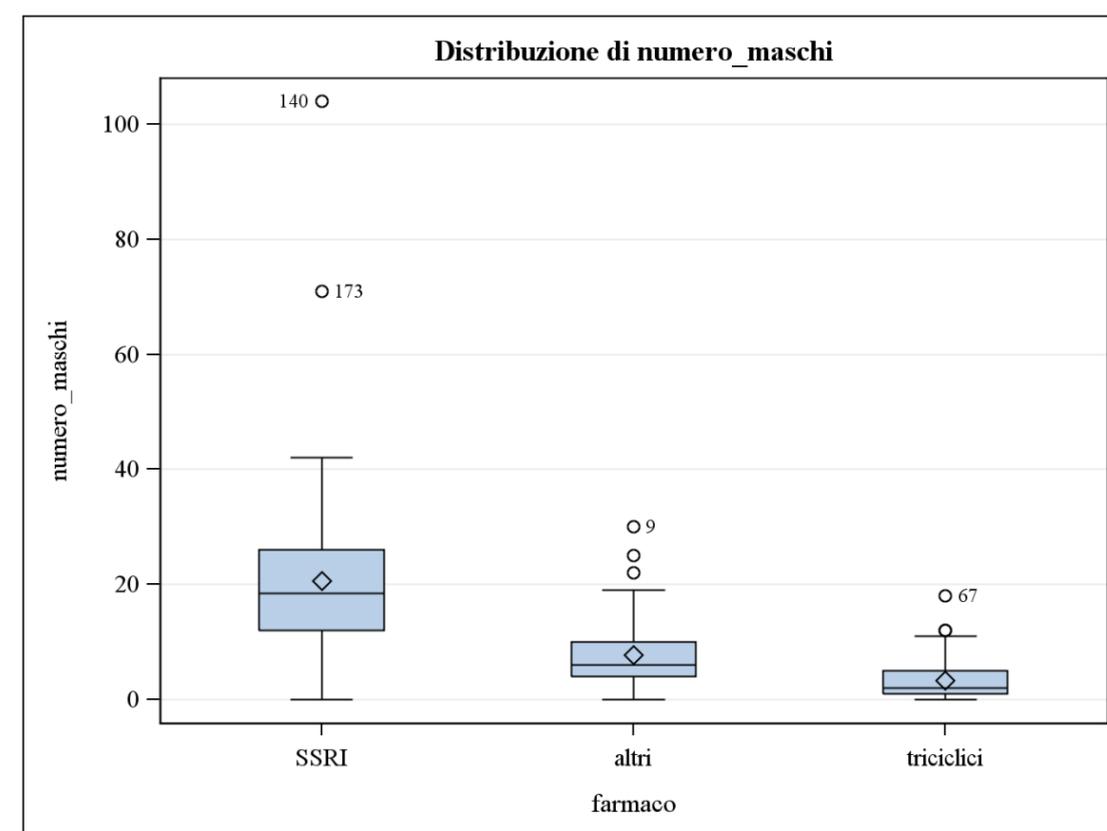


Figura 2

L'invio al CSM nella presente ricerca non viene mai effettuato dall'11,90% dei medici intervistati.

Il counseling, è ritenuto importante: nel 58% dei casi viene fatto sempre, nel 37% talvolta, nel restante 5% non viene mai fatto.

L'invio allo psicologo, che potrebbe essere visto come parte integrante nel setting interdisciplinare delle cure primarie, e che è consigliato anche dall'OMS nella terapia della depressione, non viene mai messo in pratica da quasi il 17% dei medici intervistati.

#### BIBLIOGRAFIA

1. World Federation for Mental Health. WHO. *Depression: a global crisis*. 2012
2. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore Milano, 2014.

## Trattamento di Pseudoartrosi in Fratture Vertebrali in Vertebral Cleft o Malattia di Kummell

### Treatment of Pseudoarthrosis of Vertebral Fractures in Vertebral Cleft or Kummell Disease

Andrea Bettio, Paolo Esopi

U.O.C. Ortopedia Ospedale di Dolo (VE)

**Correspondence to:**

Andrea Bettio, MD  
andrea.bettio@libero.it

#### RIASSUNTO

Non rari e di difficile interpretazione, sono i casi di pseudoartrosi in fratture vertebrali da osteonecrosi avascolare (malattia di Kummell) con vertebral cleft, talvolta con instabilità vertebrale o prollasso discale intrasomatico.

L'RX ed RMN consentono la corretta diagnosi e trattamento, consistente in vertebro-cifoplastica e stabilizzazione peduncolare percutanea.

**Parole chiave:**

Osteonecrosi avascolare, vertebral cleft, vertebro-cifoplastica

#### ABSTRACT

Some cases of nonunion in vertebral fractures with avascular necrosis (Kummell disease) and vertebral cleft are not infrequent and difficult to understand, sometimes combined with instability or somatic disc collapse.

The radiographs and MR allows the correct diagnosis and approach, consisting in kypho-vertebroplasty and percutaneous screw stabilization.

**Key words:**

Avascular necrosis nonunion, vertebral cleft, kypho-vertebroplasty

#### INTRODUZIONE

Non così rari e di difficile interpretazione, sono i casi di pseudoartrosi in fratture vertebrali che non guariscono nei tempi previsti con idoneo trattamento incruento.

Tra le cause più frequenti le malattie del metabolismo osseo (osteoporosi, osteomalacia, ecc.), malattie metaboliche sistemiche ed anche osteonecrosi avascolare (malattia di Kummell), talvolta associata a vertebral cleft, in alcuni casi con prollasso discale intrasomatico.

#### DISCUSSIONE

La malattia di Kummell<sup>(1)</sup>, identificata dallo stesso nel 1895, denominata anche necrosi avascolare post traumatica, pseudoartrosi vertebrale, con vacuum cleft o gas vertebrale, consiste nella lesione del microcircolo arterioso della parte anteriore del soma vertebrale causato da frattura o ischemia vascolare.

Ne consegue necrosi ischemica ossea, con Vertebral cleft e frattura (dove non patogenetica), con mancata consolidazione a causa di mancato apporto di sangue, successiva pseudoartrosi ed eventuale instabilità della stessa.

La Frequenza varia tra il 7-37%; ne sono fattori di rischio l'osteoporosi, con il deterioramento microarchitetturale età correlato, la bassa capacità osteogenetica e la diminuzione di cellule mesenchimali (MSCs); le infezioni sistemiche, la terapia steroidea e progressiva radioterapia (fig. 1), malattie metaboliche sistemiche quali insufficienza epatica e pancreatica, età avanzata ed arteriosclerosi.

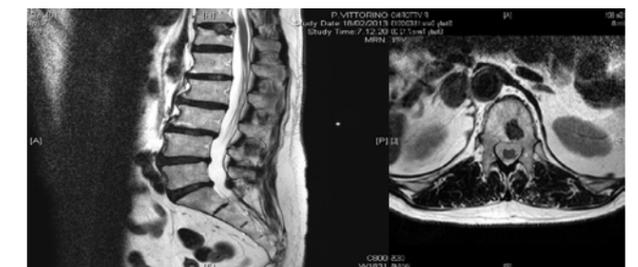


Fig. 1. Vertebral cleft in paziente trattato con radioterapia.

La diagnosi differenziale va posta con le spondilodisciti infettive, osteomieliti, tumori.

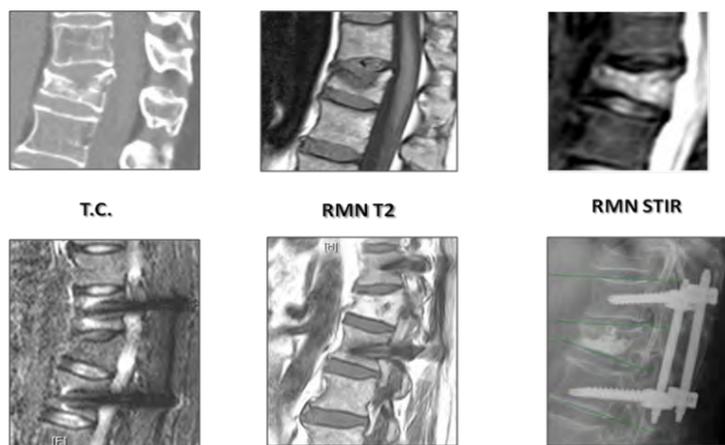
L'indagine RMN, T.C., la biopsia incisionale, e gli esami di laboratorio sono fondamentali nella identificazione della causa di lesione<sup>(2-3)</sup>.

All' RMN sono parametri indicativi di pseudoartrosi: un' area delimitata ad alta intensità di segnale (stress compressivo), un'area diffusa a bassa intensità (fibrosi sostitutiva), presenza di GAS (esudato-nitrogeno) nelle sequenze pesate in T1, iperintensità in T2 e STIR prevalentemente a livello del soma antero-craniale, talora prolusso discale intrasomatico. Alla T.C. è ben evidenziabile la sclerosi ossea, con notevole definizione la presenza di gas nitrogeno oltre che l'entità della frattura; all'RX è ben visibile la frattura ed il cleft e la sclerosi ossea ripartiva<sup>(4-5)</sup>.

La terapia chirurgica è indicata nei casi non responsivi al trattamento incruento per più di 6 mesi (pseudoartrosi), con dolore

cronico, positività alla RMN ed RX, cifosi e cuneizzazione o crollo somatico progressivi.

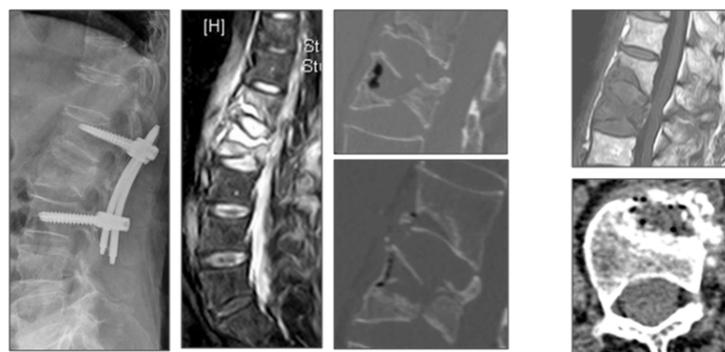
L'intervento di scelta consiste nella vertebro o cifoplastica<sup>(6-7)</sup>, procedura che permette di ottenere buona stabilità della lesione e risoluzione del dolore, effettuabile in tempi chirurgici brevi, anche in anestesia locale, e quindi applicabile a pazienti anziani o in scarse condizioni generali. Nei casi in cui la lesione non consenta la vertebro-cifoplastica, per notevole frammentazione vertebrale con alto rischio di stravasato di cemento, o in casi di lesioni che necessitano di correzione di cifosi o scoliosi post trauma, preferiamo effettuare o associare alla cementazione una stabilizzazione peduncolare percutanea a garantire maggior stabilità e ripristino delle curve fisiologiche.



Donna di 62 anni, con frattura inveterata dolorosa di T 12, da lieve trauma. Lesame RX, RMN e TC rilevano edema nelle sequenze STIR sclerosi ossea, segnale a bassa intensità in T1 e cleft somatico craniale con coincidenza discale intrasomatica.

Trattata con, cifoplastica monoportale e stabilizzazione peduncolare percutanea con guarigione della lesione e ripresa delle attività, confermata clinicamente ed all'RMN al follow up ad 1 anno dalla procedura.

1 ANNO POST OP



Donna di 69 anni, verosimile rifrattura di L1 ed L2 non nota, in Parkinson. Lesame RX, RMN e TC rilevano edema nelle sequenze STIR, segnale a bassa intensità in T1, notevole cleft e gas nitrogeno. Trattata unicamente con stabilizzazione peduncolare percutanea per la notevole frammentazione somatica, con alto rischio di stravasato del cemento, e necessario ripristino delle curve sagittali.

RX P.O. RMN STIR T.C. E RMN T2

**BIBLIOGRAFIA**

1. Kummel Disease: A Not-So-Rare Complication of Osteoporotic Vertebral Compression Fractures. Brett A. Freedman, MAJ, MC, and John G. Heller, MD. *J Am Board Fam Med* 2009;22:75-78.
2. Characteristic Radiographic or Magnetic Resonance Images of Fresh Osteoporotic Vertebral Fractures Predicting Potential Risk for Nonunion. T. Tsujio MD, H. Nakamura, MD, ecc. *SPINE* Volume 36, Number 15, pp 1229-1235, 2011
3. The Intravertebral Cleft in Benign Vertebral Compression Fracture: The Diagnostic Performance of Non-Enhanced MRI and Fatsuppressedncontrast-Enhanced MRI. C-W Ryu, MD, H Han, MD, Y-M Lee, MD And M-K Lim, MD. *The British Journal of Radiology*, 82 (2009), 976-981
4. The Intravertebral Vacuum Phenomen as Specific Sign of Osteonecrosis in Vertebral Compression Fractures: Results from a Radiological and Histological Study. M. Libicher MD, A. Appelt MD, I. Berger MD, ecc. *Eur Radiol*, DOI 10.1007/s00330-007-0684-0
5. Vacuum Clefts of the Vertebral Bodies. Yigal Mirovsky, Yoram Anekstein, Ehud Shalmon, and Amir Peer *AJNR Am J Neuroradiol*, 26:1634-1640, August 2005
6. Nonunion of Osteoporotic Vertebral Fractures: Clinical Characteristics and Surgical Treatment. G. Wang, MD, H. Yang, MD. *Spine Surgery*, Dr. Kook Jin Chung (Ed.), ISBN: 978-953-51-0469-8, 2012, InTech.
7. Efficacy of percutaneous Vertebroplasty in the Treatment of Intravertebral Pseudoarthrosis Associated with Noninfected Avascular Necrosis of the Vertebral Body. J.S. Jang, MD, D.Y. Kim, MD, S.H. Lee, MD. *SPINE* Volume 28, Number 14, pp 1588-1592, 2003.

# L'ipertensione arteriosa nell'anziano: dalla fisiopatologia alle evidenze cliniche

## Hypertension in the elderly: from pathophysiology to clinical evidence

Cristiana Catena, Lorenzo Iogna-Prat, Gianluca Colussi, Leonardo A. Sechi

Clinica Medica, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Udine

**Correspondence to:**

Cristiana Catena, MD  
cristiana.catena@uniud.it

### 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 metaanalisi.

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:**

Ipertensione arteriosa, anziano

### 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

### 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 pressio-

ne 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<sup>1</sup>. 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 sfingica anterograda con il conseguente incremento ed anticipazione dell'onda sfingica 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<sup>2</sup>, condizione più frequente nella popolazione anziana. In tempi più recenti, un'autorevole metaanalisi 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%<sup>3</sup>.

Sebbene le subanalisi dei primi studi controllati sugli effetti del trattamento antiipertensivo (Framingham, Hypertension Detection and Follow-up Program, Medical Research Council, MRFIT) 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)<sup>4</sup> 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)<sup>5</sup> 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 metaanalisi<sup>6</sup> 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 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)<sup>7</sup>. Questo studio ha coinvolto 3845 pazienti di età ≥ 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 comorbilità 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 cardiovascolare<sup>7</sup> 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)<sup>8,9</sup>. Vi è chiara evidenza che il controllo dell'ipertensione sistolica, indipendentemente dal tipo di

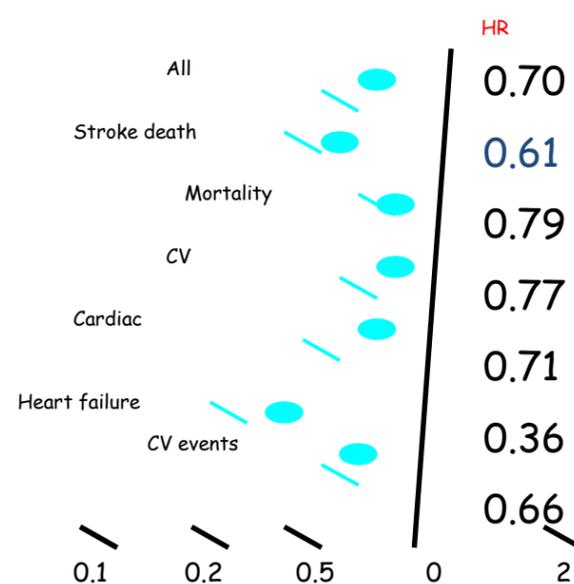


Figura 1. Dati dello studio HYVET (HYpertension in the Very Elderly Trial)

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.

### Iperensione e Stroke

Nell'ambito del discorso relativo all'ipertensione dell'anziano, particolare rilevanza acquisisce il problema della prevenzione dell'ictus. Questo sia perchè l'ictus costituisce l'evento cardiovascolare al cui rischio è maggiormente esposto l'anziano iperteso che perchè, 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. È 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 autoregolazione risultano spostati su valori pressori più elevati<sup>10</sup> (Figura 2). 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<sup>11</sup>. 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<sup>12</sup>. 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 geo-

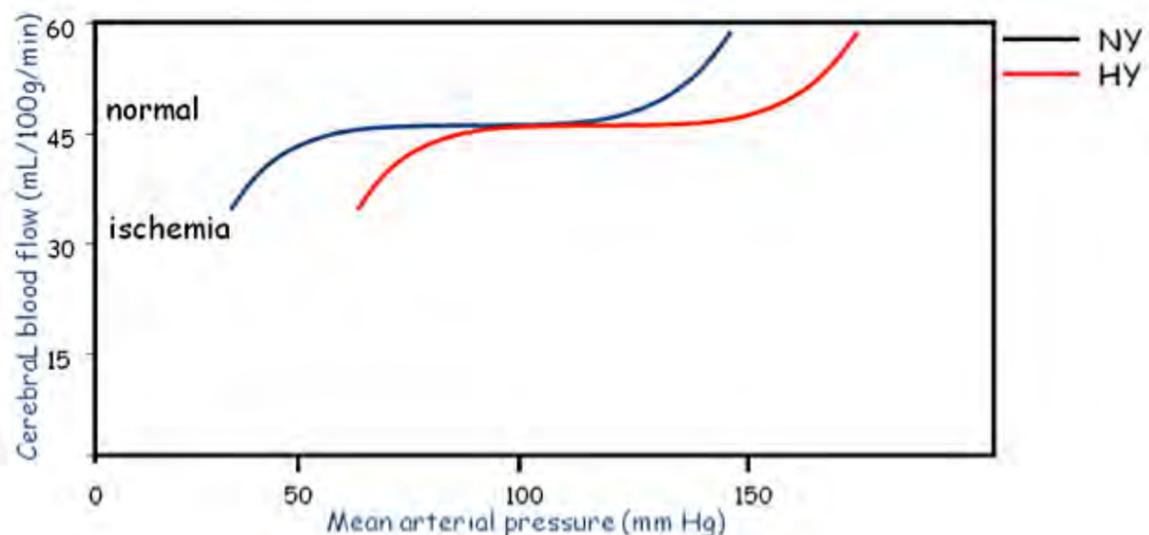


Figura 2. Curva di autoregolazione del flusso nei vasi cerebrali ottenuta sperimentalmente in animali ipertesi

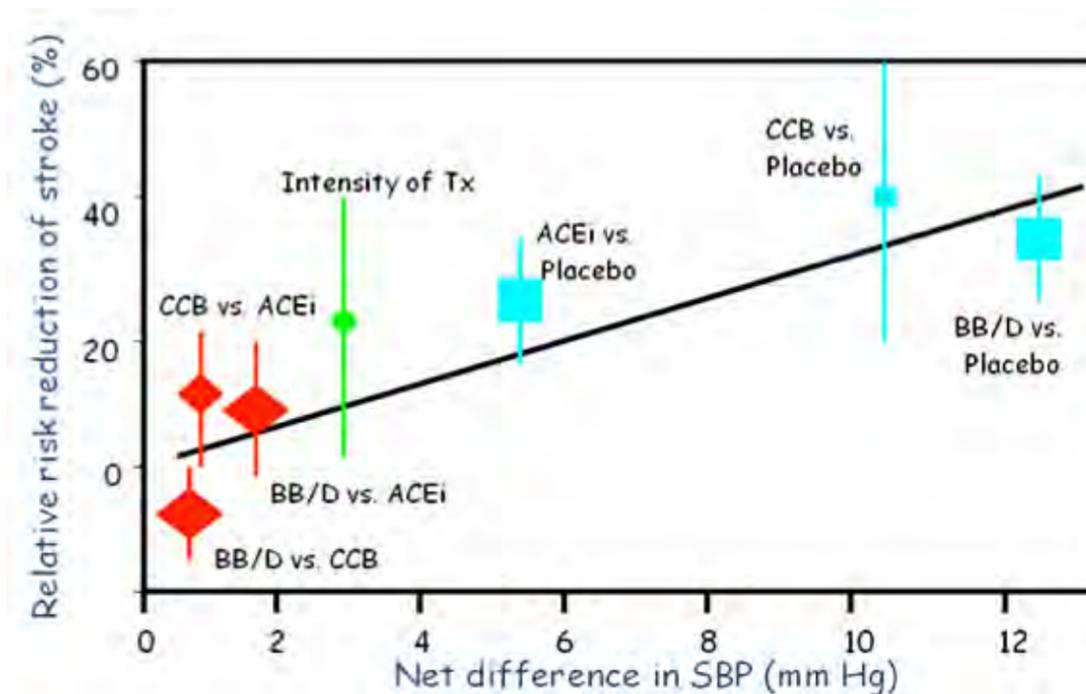


Figura 3. Riduzione del rischio di ictus correlato alla riduzione dei valori pressori

metrici 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 metanalisi<sup>13</sup> 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 pressoria<sup>14</sup> 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 indipendentemente 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<sup>15</sup>, 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

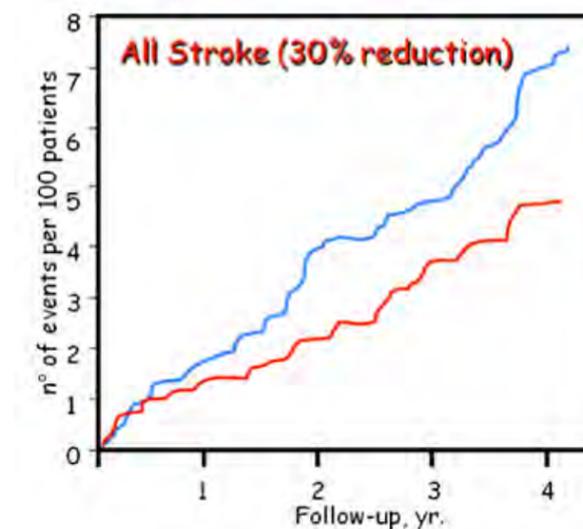


Figura 4. Dati dello studio HYVET (HYpertension in the Very Elderly Trial) sull'effetto del trattamento antiipertensivo con indapamide + perindopril nell'ictus

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<sup>16</sup>, 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, Ekborn 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, Ekborn 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, Dumitrascu 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, Mancía G, Cangiano JL, García-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 atherothrombosis. *Fron Biosci* 2008;13:5323-5344
12. Rizzoni D, Agabiti-Rosei E. Endothelial factors and microvascular hypertensive disease. *J Cardiovasc Pharmacol* 2001;38:515-518
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

## Italian GPs core competences and values on dismantling situation

### Competenze caratterizzanti e valori in Medicina Generale

Francesco Carelli

EURACT Council Executive, Director of Communications, Basic Medical Education Committee Chair, International Editor London Journal Primary Care

#### RIASSUNTO

Il Servizio Sanitario Italiano sta attraversando un periodo terribile, con tagli drammatici, inchieste, conflitti e problemi (1). Pertanto, i medici di famiglia si trovano a fronteggiare livelli elevati di burn-out e molti di loro stanno considerando di ritirarsi dal SSN appena possibile, dato che la situazione finanziaria e il sistema pensionistico sono in grave pericolo. Come possiamo contrattare a spese dei valori chiave così come descritti nella Definizione Europea della Medicina di Famiglia? Dobbiamo diventare i controllori finanziari dei nostri pazienti, gli ispettori del loro reddito dichiarato? E quale potrà essere il nostro prossimo campo di indagine: tendenze sessuali, idee politiche, religiose o cos'altro?

#### Parole chiave:

competenze – valori – competizione – Definizione europea di Medicina di Famiglia – EURACT – managerism

#### ABSTRACT

The Italian National Health System is passing through a terrible period, with dramatic cuttings, inquiries, conflicts and problems (1). GPs are experiencing the highest level of frustration and burn out and many of them are looking at retirement from NHS as soon as possible. Standing this situation, how can we contract on core values? How can we sell core values as described in the European Definition? Do we have to play the role of the inspectors, checking if our patients have to pay for examinations and asking them for declared income. Which will be next matter of investigation: sexual tendencies, political ideas, religion or what?

#### Key words:

core competences – values – dismantling situation – market competition – European Definition of Family Medicine – EURACT – managerism

#### CORE VALUES

As denounced to EURACT and to UEMO, Government and Health Authorities in Italy strongly hold up for a weak and divided Family Medicine with no collective contract for years, claiming for deeper involvement on "patient records total summary" to be sent daily to Health Authority, as a sort of Big Brother and political guardian with GPs as clerks and decreasing patients' confidentiality (2). Officially, the reason for this data-collecting is epidemiology but where are core values of Family Medicine such as its peculiar doctor-patient relationship? And what about privacy? Efficiency is used as a cover for all, but the real matter is a greater control, together with political and economic interests. Competition based on prices rather than quality is on the horizon also in Italy with a system named CReG (Chronic Related Group, similar to DRG = Disease Related Group used in the hospital set-

ting) thought for chronic patients, based on lower price offers by different providers ("any willing provider" as Clare Gerada underlines in her letter to RCGP members) (3) which can be not only GPs but also groups external to primary care and NHS itself. In my opinion this is a way to kill primary care, the opposite to what indicated in the European Definition. (4) This new system is exacerbating inequalities since more developed or market-devoted practices will be favoured if they succeed on the other providers to arrange the system in this way. (5) Can we "contract" on core values? can we "sell" core values as described in the European Definition, and spread data treated by us in the interest of our patients with confidentiality and to be read by other not medical and financial bodies? Can we be the new income-controllers for our patients, checking who of them has to pay tickets for examinations and who not, ask them for declared

income and indicate it. I fear what the next could be: sexual tendencies, political ideas, religion and so on?

The European Health Authorities, WONCA and the networks, especially EURACT, should give at least indications so that a general national referendum could be supported instead of political agreements between politicians, health administrative authorities and some politically oriented specific leaders representing just a portion of trust doctors' associations.

### COMPETENCIES AND DIKTAT

As EURACT specifies, GP trainees have to be trained in the specific competencies that this profession requires.

These competencies have been defined based on the traditional expectations of GPs but they need re-evaluation, revision and development for the immediate future of General Practice.

New competencies may include: leadership, representation in society, academic and journalistic writing, teaching of students, trainees and doctors from other specialties, research, advising in professional bodies, both governmental and scientific.

Nowadays in Italy this new skill-set doesn't matter at all when recruiting (only a MQC text is performed) or training graduates (contents are usually not EURACT-oriented), nor at the undergraduate level where we are only at the first step in the creation of courses with a core curriculum in General Practice, but only in a few centres as Milan and Rome (this also with continuous delays and obstacles, either from the Academy's body or from the interior of family medicine itself!) diverting educational resources into national and regional bureaucracies.(6)

Established GPs are extremely frustrated at being pulled and pushed by politicians and new technologists with big and unrealistic decisions always in the format of diktat. To give an example, one diktat by Minister of Public Administration is to send online sickness certifications for all patients also for one single day, forcing all GPs to become administrative clerks, otherwise the Minister will cut their license to work in the NHS! GPs are opposing a weak resistance since they are divided and badly represented: the consequence is that some clever doctors not willing to obey will be expelled from NHS!

### CLERKS AND NO TRAINEES

In my opinion, in Italy there is a serious risk that GPs, so nationally divided with no effective lobby, would be transformed into a new breed of clinician, essentially a sort of bureaucratic officers or clerks, becoming a new group (cloned with young doctors prepared to say yes every time) in which the holistic relational core competencies will be lost in favour of new technological- marketing- clerkship skills.

In fact, in Italy there is no flexible scheme to provide protected time for teaching, research or leadership. As a consequence, social needs will receive little consideration and GPs will perform only low-level duties, will be subservient to local health politicians, and eventually progressively escape from family medicine, resulting in falling GP numbers because of early retirement that will not be replaced due the falling number of GP trainees.

### DIVERSION OF CONTENTS. TEACHING A CORE

### CURRICULUM

Academic general practice has contributed significantly to the evolving understanding of the relationships between medicine and society.

I think that this is a key point to spread worldwide the importance of teaching general practice. National and International GPs' Organizations should help this achievement!

EURACT is really the most active network in the WONCA context. During these years EURACT worked with national representatives from 41 different European Countries to write key documents for Family Medicine.

These documents include the European Definition, the EURACT Educational Agenda, the EURACT Performance Agenda, the Statement on Selection of Teachers and Practices, the Checklist for Course Organizer, the Statements on Undergraduate Teaching and Assessment. EURACT Educational Agenda with its core competences talks about the content and the methods to teach and learn in a general practice context and it was used by the RCGP in its official documents.

Unfortunately, it's not the same situation in all Countries and I think it should be a duty for all the national and international Academies and Organizations of Family Medicine to spread academic general practice in each country with the obvious good consequences on family medicine and the population.

We worry about future quality of education and training when Family Medicine will be under-professionalized as speciality and seen as managerism to be just supported by new providers of NHS services, diverting educational resources into services funding and educational contents shifted to pursue marketing and their directive aims.

As EURACT Basic Medical Education Committee, we published a research on minimal teaching core curriculum in general practice to be hopefully useful to introduce a minimal homogeneity in programs but mainly to help Countries to finally open Family Medicine Departments and Courses for all the students in medicine, managed by the best selected GPs (7).

### REFERENCES

1. Carelli F. Family Medicine in crisis" Synapse, 16/07/2010, www.synapse.med.net (accessed 20 July 2011)
2. Carelli F. Are "polysystems " for doctors or patients " Br.J.Gen.Pract.,2010, (60),576:618.
3. Gerada C. From patient advocate to gatekeeper: understanding the effects of the NHS reforms. Br J Gen Pract. 2011; 61(592): 655–656.
4. www.euract.org The European Definition ( accessed 20 July 2011)
5. Jones R. Reforming the NHS: necessary and achievable? Br.J.Gen.Pract. 2011 (61),584:163-164.
6. Carelli F. Reforming the NHS: necessary and achievable? Br.J.Gen.Pract. Web Forum 27 Apr 2011.
7. Tandeter H, Carelli F, Brekke M, et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: A European Delphi survey among EURACT representatives. Eur J Gen Pract 2011; (1): 1–4.