

IJPC

Italian Journal of Primary Care

TOPICS:

Il Corpo Scomparso

Il Corpo Sostituito

La gestione della Nefropatia diabetica nell'ambulatorio di Medicina Generale

Quit smoking: il ruolo attivo del Medico di Medicina Generale nella cessazione del fumo di sigaretta

Il racconto della malattia nel percorso terapeutico del paziente oncologico: un'esperienza di medicina narrativa

Studio osservazionale su Bronchite Cronica Ostruttiva e l'Insufficienza Cardiaca Cronica: ricerca e pratica clinica in Medicina Generale

Le domande più frequenti sulle prescrizioni terapeutiche che i pazienti anziani rivolgono all'infermiere

La corretta comunicazione medico-paziente in Medicina Generale

Un passo avanti. Nuove, possibili sfide per la sopravvivenza delle cure primarie



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 ad Edicare Publishing Srl. Benché si presuma che le inserzioni pubblicitarie rispondano ai basilari principi di etica medica, la loro pubblicazione non implica responsabilità da parte del publisher per quanto concerne il contenuto delle stesse. Tutti gli articoli pubblicati su "IJPC - Italian Journal of Primary Care" sono redatti sotto la responsabilità degli autori. La pubblicazione o la ristampa degli articoli deve essere autorizzata per iscritto dall'editore. Ai sensi degli artt. 11 e 13 del D.Lgs. 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente, sia con strumenti informatici e saranno utilizzati per l'invio di questa ed altre pubblicazioni. 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 6, Numero 1, 2016 - Finito di stampare ad aprile 2016

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

Editor in Chief
Giuseppe Maso

Executive Editor
Vincenzo Contursi

Scientific Editors
Antonio Infantino
Augusto Zaninelli

Associate Editors

Francesco Bogliolo Savona
Francesco Carelli Milano
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

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
Sarith Paranavitane SriLanka
Mahendra Patel UK
Hilary Pinnock UK
David Price UK

Jim Reid New Zealand
Miguel Roman Rodriguez Spain
Danica Rotar Slovenia
Dermot Ryan UK
Seneth Samaranyake 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:

- l'indicazione della Sezione per la quale il manoscritto è sottoposto;
- la dichiarazione che il contenuto del manoscritto è originale, non è stato pubblicato e non è oggetto di valutazione presso altre riviste, eccetto che come abstract;
- l'attestazione che il manoscritto è stato letto ed approvato da tutti gli autori;

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:

- titolo (in italiano e in inglese), autori e rispettive affiliazioni, l'autore cui va inviata la corrispondenza con indirizzo postale elettronico e recapito telefonico;
- abstract e parole chiave (in italiano e in inglese);
- testo (in italiano o in inglese);
- ringraziamenti;
- bibliografia;
- tabelle;
- legende delle figure;
- figure;

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:

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

ABSTRACT

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:

- Razionale;
- Materiali e metodi;
- Risultati;
- 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, Rassegne, Area GPwSI, Educazione Continua in Medicina, EBM, Focus On, Revisioni) devono essere accompagnati solo da un breve abstract in italiano e in inglese di non più di 200 parole;

3. Nell'abstract non possono essere utilizzate abbreviazioni ad eccezione delle unità standard di misura e i simboli chimici;

4. Alla fine dell'abstract devono essere inserite da due a sei parole chiave, selezionate dall'elenco riportato da Medical Subject Headings, National Library of Medicine (www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).

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, elaborato 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:

- Introduzione;
 - Materiali e metodi;
 - Risultati;
 - 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 punteggiatura, spaziatura, corsivi, etc., come da esempio seguente: "5. Craig D, Mirakhor A, Hart DJ, McLroy SP, Passmore AP. A cross-sectional study of neuropsychiatric symptoms in 435 patients with Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005;13:460-468.";

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

4. Comunicazioni personali, dati o osservazioni non pubblicate e articoli inviati per la possibile pubblicazione 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, seguendo 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 duplicati 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, diagrammi, grafici, flow chart, algoritmi, ecc.

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

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

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

Legenda delle figure

La legenda delle figure deve essere dattiloscritta a spaziatura doppia su pagine separate.

Le figure devono essere numerate con numeri arabi progressivi, seguendo l'ordine di numerazione con cui sono citate nel testo.

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

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

BREVE BIOGRAFIA

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

SEZIONI DEL GIORNALE

1. Editorials / Editoriali

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

2. Articles / Articoli

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

a. Case Reports / Casi clinici

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

b. Clinical Practice / Pratica Clinica

Articoli di esperti riconosciuti, in forma di aggiornamento, revisione e messe a punto, su temi clinici diagnostico-terapeutici e gestionali di interesse per 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 interesse generale nei vari ambiti della Medicina di Famiglia;

e. Letters / Lettere

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

f. Original Research / Ricerca

Articoli originali di studi osservazionali e clinici;

g. Points of View / Opinioni

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

h. Reviews / Letteratura

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

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

3. Reviews / Rubriche

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

a. Books / Libri

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

b. Continuing Medical Education / Educazione Continua in Medicina

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

c. Gender Medicine / Medicina di Genere

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

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

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

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

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

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

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

g. Medical Humanities / Medicina Umanistica

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

h. Pointing up / In Evidenza

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

i. Primary Care / Cure Primarie

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

j. Web References / Riferimenti Web

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

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

4. Info&More / Informazioni

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

GUIDELINES AND SUGGESTIONS FOR AUTHORS

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

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

Editorials

Editoriali

1

Giuseppe Maso

Il Corpo scomparso

The missing body

Articles

Articoli

Letters | Lettere

3

Giuseppe Maso

Il Corpo sostituito

The replaced body

Focus on | Approfondimento

6

Giovanni Colucci, Irma Scarafino, Enza Colucci, Cosima Patronelli, Francesco Robusto

La gestione della Nefropatia diabetica nell'ambulatorio di Medicina Generale

Management of Diabetic Nephropathy in General Practice

Clinical Practice | Pratica Clinica

14

Franco Carnesalli; Margherita Finamore

Quit smoking: il ruolo attivo del Medico di Medicina Generale nella cessazione del fumo di sigaretta

Quit smoking: General Practitioner's active role in smoking cessation

14

Raffaella Rignanese, Giovanni Battista D'Errico

Il racconto della malattia nel percorso terapeutico del paziente oncologico: un'esperienza di medicina narrativa

The "illness tale" in the therapeutic path of a oncological patient : a narrative medicine experience

Original Research | Ricerca

14

Francesco Chiumeo, Stefania Folloni

Studio osservazionale su Bronchite Cronica Ostruttiva e l'Insufficienza Cardiaca Cronica: ricerca e pratica clinica in Medicina Generale

Observational Study on COPD and Chronic Heart Failure: research and clinical practice in Family Medicine

Reviews

Rubriche

Pointing Up | in Evidenza

Maria Teresa Ceroni

30

Le domande più frequenti sulle prescrizioni terapeutiche che i pazienti anziani rivolgono all'infermiere

Which are the most recurring questions about prescriptions asked by the elderly patients to the nurses?

Primary Care | Cure Primarie

Filippo Zizzo

35

La corretta comunicazione medico-paziente in Medicina Generale

Proper communication between doctors and patients in General Practice

Continuing Medical Education | Educazione Continua in Medicina

Francesco Carelli

35

Un passo avanti. Nuove, possibili sfide per la sopravvivenza delle cure primarie

The way forward. Possible new challenges for a surviving primary care

Il corpo scomparso

The missing body

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@siicp.it

RIASSUNTO

Il corpo non può essere suddiviso per specialità, ogni medico deve prendere in considerazione nella sua interezza il corpo dei pazienti proprio perché ogni medico, qualunque sia la specialità che esercita, deve tener presente che sta curando una persona intera, non un organo malato né tantomeno un fantasma.

Parole chiave:

medicina generale; medicina ambulatoriale; cura; paziente

ABSTRACT

The body should not be divided by medical specialty, every physician has to consider patient's body as a whole; every doctor, of whatever specialty, is taking care of a whole person, not of a diseased organ nor of a ghost.

Key words:

family practice, ambulatory care, care, patient

"Ma perché" disse "le lacrime danno sollievo? Mi sembra che dovrebbero dare l'effetto contrario."

"Figlio mio, tutto è fisico in noi" disse il buon vecchio; "e tutto ciò che gli dà sollievo, dà sollievo anche all'anima: siamo le macchine della Provvidenza." (VOLTAIRE, l'ingenuo.)

L'organizzazione della medicina moderna, la divisione delle cure in specialità e sottospecialità mediche, l'utilizzo trionfante della tecnologia e i programmi di formazione dei futuri medici nelle nostre università mi hanno indotto a chiedermi quale sia oggi il rapporto che i medici hanno con il corpo dei pazienti. Mi sono reso subito conto che il tema è particolarmente interessante e la risposta al quesito non semplice in special modo per un medico di famiglia, quale io sono.

La mia professione infatti si basa soprattutto sulla continuità della cura e cioè su innumerevoli, continuativi contatti (per lo più brevi) fra me e i miei pazienti, e questi solo nella minoranza dei casi sono contatti con il loro corpo. Per lo più sono incontri con "pro-

blemi" esposti dalle persone che si affidano a me per una soluzione. Solo qualche volta questi problemi riguardano il corpo, anzi, il corpo viene frequentemente utilizzato per mandare messaggi attraverso somatizzazioni che indicano difficoltà esistenziali, sociali, affettive, lavorative ecc.

Mi sono subito reso conto, appena ho cominciato a pensarci, di quanto poco noi medici conosciamo e pensiamo al corpo nella sua interezza e come questa "entità" sia in questi tempi così poco presa in considerazione.

Sembra un paradosso ma nell'esperienza formativa di un medico il corpo sembra non esistere. Il piano di studi per un futuro medico inizia con le scienze di base (chimica, fisica), con informatica,

inglese ed economia e continua con biochimica, biologia molecolare, genetica medica e biologia cellulare. Il secondo anno di studi si caratterizza per istologia, embriologia, biofisica, fisiologia umana, neuroanatomia e patologia generale. Da qui in poi fino alla fine del corso di laurea non si incontra mai una persona o un corpo ma si incontrano organi. Si studia il loro funzionamento, le loro malattie, le tecniche e i farmaci da utilizzare per curarli quando sono ammalati. Si possono incontrare sindromi, mai persone. La somma di tutti gli organi non fa una persona e anche in medicina l'osservazione dei pezzi di un puzzle difficilmente può darci l'idea dell'insieme. Un insieme che non è qualcosa di definito ma rappresenta un'entità dinamica, in continuo cambiamento, inserita a sua volta in un contesto di rapporti con l'ambiente, con la società, con le idee, con le credenze e con i sentimenti. In parole povere un corpo vivo. Raramente uno studente pensa ad un organo come ad un componente di un essere "che vive". E proprio per questo il suo approccio futuro ad un paziente sarà di tipo organicistico e non "organismico". Questo tipo di approccio sarà rinforzato dalla formazione specialistica e dalla organizzazione del sistema di erogazione delle cure basati sulla divisione di compiti (per organi) e sull'ospedale a sua volta diviso in reparti che sono, ancora, la metafora del corpo diviso per organi.

Non è da molti anni che, quando visito un paziente, guardo il suo corpo come un *unicum*. Anch'io sono nato specialista e sono stato formato alla valutazione e allo studio degli organi. A dire il vero non ho fatto il nefrologo (la mia prima specialità) perché mi ero reso conto che ormai osservavo il troppo piccolo, non vedevo una persona ma immaginavo il suo sistema di filtrazione, ero alla metafisica del glomerulo. Ricordo il periodo in cui studiavo semeiotica medica e ricordo i vecchi maestri (generazione ormai scomparsa) che cercavano di insegnare un approccio globale al malato, un approccio che comportava un contatto fisico con il corpo del paziente, un modello di visita in cui i cinque sensi del medico venivano completamente coinvolti. Ma la tecnologia e la moltiplicazione delle cattedre hanno reso questo modello rapidamente superato e il corpo scomposto in tanti corpi autonomi. Tra il corpo del paziente e quello del medico si sono introdotti gli strumenti. Il corpo lo osserviamo attraverso immagini sofisticate prodotte da dispositivi a loro volta molto sofisticati e la maggior parte delle volte queste immagini, di nuovo, non sono dirette, sono prodotte attraverso rielaborazioni computerizzate di input di natura la più varia. Gli strumenti ci forniscono dati che ci fanno immaginare funzioni, organi e sensazioni di benessere o malessere senza che sentiamo la necessità di toccare o vedere il corpo del paziente. Ormai, molto spesso, il paziente stesso pensa che una batteria di esami emato-chimici sia sufficiente a definire il suo stato di salute e frequentemente si meraviglia se gli chiediamo di spogliarsi per farsi osservare e toccare. Ma un corpo virtuale come quello espresso da strumenti non ha nulla a che vedere con un corpo reale; il virtuale non si atteggia, non si esprime, non ha odore, non ha consistenza, non si difende, non ha pudore, non ha sensazioni e non porta con sé i segni del quotidiano. Da giovane medico curavo valori emato-chimici, poi organi, con il tempo ho imparato a curare persone. Nient'altro può darci informazione sullo stato di benessere di una persona che il suo corpo.

È assolutamente scontato che il corpo cambi con il trascorrere del

tempo e l'organizzazione delle cure mediche tiene ben conto di questo. Esistono infatti la neonatologia, la pediatria, la geriatria e la gerontologia. Ma le età della vita non sempre coincidono con l'età anagrafica e soprattutto la percezione che ognuno ha del suo corpo è molto varia. Esiste un corpo percepito e un corpo anagrafico inquadrato nei vari livelli di cura. Ogni persona ha una propria considerazione del suo stato fisico che è strettamente legata al modo che essa ha di concepire l'esistenza. Spesso la percezione del paziente e quella del medico differiscono di molto. È assolutamente necessario invece che il medico tenga presente il punto di vista del paziente perché questo è sempre determinante per la cura della persona nella sua globalità ed è decisivo pure per la qualità del rapporto medico-paziente con ovvie ricadute sulla *compliance* e sull'esito di qualsiasi cura. Quello che è scontato per il medico può non essere scontato per il paziente. Questo può accettare di vivere con un deficit funzionale di qualsivoglia natura o può non accettare uno stato di "normalità" e desiderare di intervenire sul suo corpo per motivi estetici o perché non accetta il suo stato di genere. Ci sono pazienti che accettano i segni del trascorrere degli anni, altri che desiderano che questi compaiano il più tardi possibile; ci sono persone che mantengono standard e valori di vita "giovanili" (talvolta adolescenziali) altre che assumono stili di vita che variano con il trascorrere delle decadi. Il tempo tra la gente trascorre in maniera diversa e di questo dobbiamo tenerne conto. Anche nei confronti del corpo del vecchio l'atteggiamento del medico è spesso variabile, i motivi sono i più vari: il corpo del vecchio è il guscio di una persona che ha vissuto anche un'altra epoca con valori ed esperienze diverse; il corpo del vecchio è poco attraente, spesso ripugnante e noi tutti viviamo in una società edonistica; il corpo del vecchio è un *memento mori* da cui fuggiamo; il corpo del vecchio è un'entità sconosciuta, cui non siamo abituati e per cui non siamo stati formati. I geriatri hanno assolutamente ragione quando accusano parte della medicina di *ageism*. Ogni essere umano percepisce se stesso come un essere che vive nel presente e questa percezione è la stessa a qualsiasi età, dobbiamo tenerlo sempre presente. Ogni essere umano, indipendente dagli anni vissuti, ha valori, sentimenti, percezioni, sensazioni ed emozioni inserite nel presente, ecco perché dobbiamo approcciarci ad ogni persona, qualsiasi sia il suo corpo, ben sapendo che essa vive il nostro stesso presente. In ogni vecchio, in ogni persona, anche morente c'è un essere che sta vivendo il presente, non sta vivendo né il passato né il futuro, ognuno si percepisce allo stesso modo, indipendentemente da come appaia il suo corpo, sia esso bello, brutto, mutilato, sano, malato, giovane o vecchio.

La percezione del proprio corpo è estremamente variabile, essa dipende dall'educazione, dall'ambiente, dai modelli proposti e dai valori di ciascuno. Proprio per questo la percezione che il medico ha del corpo del paziente, molto spesso, non coincide con quella del paziente stesso. Grasso, magro, bello, brutto sono per buona parte delle persone valori soggettivi. Anche se esistono valori di riferimento scientifici questi, la maggior parte delle volte, non sono sufficienti a far cambiare la percezione che il paziente ha di sé stesso; tutti noi medici sappiamo benissimo come sia difficilissimo far cambiare abitudini alimentari e far perdere peso ad una persona se questa prima non ha cambiato la percezione di sé

stessa. E nessun paziente cambierà la percezione di sé stesso se il medico non avrà instaurato un rapporto profondo con la persona che a lui si è rivolta. L'arte di instaurare questo rapporto è l'essenza della medicina. Nessun parametro chimico, fisico o farmacologico potrà mai sopperire l'assenza di questo rapporto.

Anche il corpo del medico non è un'entità neutrale. Esso condiziona naturalmente il rapporto con il corpo del paziente. Trasmette messaggi, si atteggia, si avvicina e si allontana. Allo stesso modo di quelli del paziente i sensi del medico sono attivi e trasmettono informazioni. Se il paziente si allontana all'avvicinarsi del medico manda un chiaro messaggio di difesa, non vuole che si entri nella sua intimità, non vuole essere toccato, lo stesso se il medico si allontana all'avvicinarsi del paziente non desidera instaurare con questo alcun rapporto che lo coinvolga più di tanto. Il corpo trasmette messaggi di difesa, si ritrae se viene toccato da quello del medico o viene esibito e si offre senza timori. Quando visito un paziente, da come si spoglia, da come si lascia toccare ho l'im-

pressione di poter interpretare il suo vissuto e le sue credenze. Anche se il corpo di un'altra persona non si potrà mai capire a fondo, esso è sempre lo specchio dell'anima, si può percepire se ha sofferto, se è stato violato o se è sempre stato rispettato. Questa percezione guiderà sempre la visita, farà nascere interrogativi e domande fondamentali per la conoscenza e la cura del paziente. Prima di ogni altro segnale, sono i segnali del corpo a darci informazioni sullo stato di benessere di una persona. Il corpo può essere ferito, piagato, deformato, edematoso, caldo, freddo, mobile, immobile, tumefatto, contratto, bagnato o asciutto; il corpo reale non quello virtuale dell'*imaging*, degli esami emato-chimici o della telemedicina. Il corpo non può essere suddiviso per specialità, ogni medico deve prendere in considerazione nella sua interezza il corpo dei pazienti proprio perché ogni medico, qualunque sia la specialità che esercita, deve tener presente che sta curando una persona intera, non un organo malato né tantomeno un fantasma.

Il corpo sostituito

The replaced body

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@sii cp.it

RIASSUNTO

Il corpo cui alcune parti sono state sostituite fa nascere alcune considerazioni di carattere etico, politico, economico e sanitario. Considerazioni che riguardano il ruolo dei Sistemi Sanitari, dei medici e delle cure primarie in particolare.

Parole chiave:

devices, protesi, medicina generale, bioetica

ABSTRACT

A body with some replaced parts raises some ethical, political, medical and economic considerations. Considerations concerning the role of health systems, the physician's task and specially the role of primary care.

Key words:

devices, prosthesis, general practice, bioethics

È ormai quotidiano per qualsiasi operatore sanitario avere a che fare con soggetti che hanno parti del corpo non "naturali"; non solo con l'aumento dell'età aumenta l'usura di "organi" ed "appareati" che si possono prestare ad essere rimpiazzati ma la disponibilità di "dispositivi (devices)", offerti da una tecnologia in fortissima evoluzione, permette il ricambio di parti del corpo umano in pazienti non anziani che soffrono di malattie degenerative, che hanno subito traumi o che presentano problemi estetici.

Siamo di fronte ad un rapido cambiamento antropologico: persone e cose non solo interagiscono ma si integrano e ci prospettano, in un futuro molto prossimo, la nascita di un nuovo soggetto vivente di una nuova "entità". Cose che diventano corpo e assumono così una nuova identità: cose che non rientrano più nella categoria di *cosa* né in quella di *persona*, come per il corpo la loro specificità è rimossa. La persona non è mai coincisa con il corpo: nella dottrina giuridica romana essa indica il "ruolo sociale", in

quella cristiana rappresenta un nucleo spirituale irriducibile alla dimensione corporea (anima e corpo) e nella filosofia moderna indica la sostanza pensante contrapposta a quella estesa. Il *corpo*, però, né cosa né persona, una volta sostituito, può assumere una nuova dimensione e i paradigmi di riferimento considerati fino ad oggi possono saltare.

La sostituzione di un organo o di una sua funzione ci obbliga, in ogni caso e inevitabilmente, a fare alcune considerazioni:

- La prima considerazione che possiamo fare è che sia gli organi "sostituiti", artificiali o biologici, sia i dispositivi impiantabili che abbiamo a disposizione - siano essi protesi dell'anca, cuori artificiali o valvole cardiache biologiche - sono nel mondo moderno non delle cose ma sono merci, prodotti di consumo che poi diventano materiali di scarto. Dispositivi significa disponibili, ricambiabili. E se sono merci ci sono problemi di costi, di accessibilità e di organizzazione dei sistemi di ero-

gazione delle cure. Se sono merci esse possono non essere disponibili in maniera equa in tutto il mondo, esse possono essere contingentate, possono essere definite delle popolazioni cui possono essere distribuite (classi di età, classi sociali, cittadinanza ecc.) e possono essere messe delle barriere che ne limitino l'utilizzo. I dispositivi a disposizione spesso sono prodotti industriali e di conseguenza, come avviene per i farmaci, vi è un'ovvia influenza dell'industria sulla possibilità del loro utilizzo e sui sistemi sanitari. Se sono merci possono anche essere fonti di lucro per associazioni criminali. Nella Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea si vieta esplicitamente "di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro", ma le protesi artificiali sono parti del corpo? Gli organi di un corpo morto sono ancora parti di corpo o sono cose? È ovvio che gli interessi in gioco di carattere etico, giuridico e religioso possono essere contrastanti e possono essere causa di conflitto politico.

- La seconda considerazione riguarda proprio la dimensione politica o meglio, utilizzando un termine coniato da Michel Foucault, la *biopolitica*. La vita biologica, soprattutto nelle nazioni con un sistema sanitario statale, è sempre di più soggetto e oggetto di potere; per i sistemi sanitari l'individuo tende a coincidere con la sua dimensione corporea e mentre la medicina si politicizza la politica si modella sul sapere medico. L'*antropotecnica*, la capacità di modificare noi stessi, è un affare politico perché i modi, i tempi, i limiti di tale capacità riguardano decisioni politiche e le decisioni politiche sono rivolte alla comunità e non al singolo individuo. Ci sarà bisogno di una politica molto *umana* (un nuovo umanesimo) perché la biotecnologia lavora rischiosamente con lo strumento essenziale del nostro rapporto con il mondo: il nostro corpo.
- La terza considerazione riguarda i dispositivi che implementano le capacità intellettive. Già oggi i computer sono diventati dei robot in grado di espandere artificialmente la nostra intelligenza e amplificare enormemente la nostra scorta di informazioni ma quando la nostra intelligenza e la nostra memoria saranno implementate attraverso l'utilizzo di nanobots (robot con componenti di dimensioni di nanometri, 10^{-9} metri) saremo veramente di fronte a nuove *persone*. Nel 2030 avremo già un ibrido fra pensiero biologico e non biologico, nanobots agiranno sul DNA locale e si avrà una connessione a internet, alla fine degli anni trenta l'intelligenza artificiale avrà superato la nostra. Avremo probabilmente guarito i pazienti dementi e avremo ridato la memoria a chi l'aveva persa ma saranno saltati tutti i parametri attuali. Già Spinoza aveva superato la dicotomia cartesiana tra *res cogitans* e *res extesa* riportandole in un'unica sostanza – per il suo pensiero non è concepibile una mente senza corpo e il corpo costituisce l'oggetto esclusivo della mente, essi sono una unità indissolubile – ma con l'intelligenza artificiale siamo addirittura in presenza di una nuova metafisica. Secondo Hawking questo potrebbe portare alla fine della razza umana. In ogni caso chi controllerà i nanobots e le informazioni controllerà i comportamenti umani fino

a fare di ognuno il terminale di un grande server universale. Ecco perché bisogna riscrivere le leggi della robotica di Asimov.

- La quarta considerazione è il rapporto del medico con un corpo che ha delle sue parti sostituite. Che segnali invia al medico questo corpo? Quanto conta il vissuto del medico in questo rapporto? Hanno lo stesso peso in questo rapporto una protesi dell'anca, una valvola cardiaca, una protesi peniena, un cuore trapiantato o un neuro stimolatore cerebrale? L'approccio semiologico classico non è più sufficiente per una pratica clinica quotidiana, il ricorso alla tecnologia (imaging, test di funzionalità dei devices, macchine che controllano macchine) e alla specialistica è quasi obbligatorio. È già iniziata la *post-physician era*!
- La quinta considerazione riguarda il rapporto tra il paziente e la sua protesi. Come vive una persona con un organo sostituito? Come vive una persona con un organo appartenuto ad un'altra persona o a un'animale di un'altra specie? Delirio, psicosi, ansia, depressione, disadattamento sociale, difficoltà sessuali, alterazioni della personalità sono tutti fenomeni descritti in chi ha subito un trapianto o chi non si riconosce nel nuovo corpo. In questi casi il concetto di estraneo viene associato a quello di ostile, una minaccia dall'interno. C'è chi invece è soddisfatto della sua nuova immagine soprattutto quando le protesi hanno per il paziente un valore estetico. Le sostituzioni "estetiche" vanno naturalmente oltre il bisogno di cura e spesso sono il segno della crisi che stiamo vivendo che non è soltanto economica ma riferibile alla debolezza dello statuto antropologico. Canoni estetici che vengono percepiti come canoni di successo, di realizzazione sociale, di efficienza economica. Canoni estetici che dovrebbero favorire la socializzazione ma mai come in questo periodo la depressione si è trovata al primo posto fra le cause di umana sofferenza.

Per le cure primarie queste considerazioni dovrebbero essere spunto di riflessione e di discussione interdisciplinare e transdisciplinare; la continuità assistenziale, il rapporto con le famiglie, l'approccio bio-psico-sociale sono infatti strumenti che potrebbero trasformare questi campi di riflessione in campi di ricerca assolutamente originali.

Bibliografia

1. G. Maso: Un codice per la robotica in medicina di famiglia. *Medicinae Doctor* 25,13-14,1996.
2. G. Maso, M. Bisconcin: Robotics in family medicine: a proposal for a "chart". WONCA - Dublin, Ireland, June 14-18, 1998.
3. R. Esposito: *Le persone e le cose*. 2014 Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino
4. G. Zagrebelsky: *Fondata sulla cultura*. 2014 Giulio Einaudi Editore s.p.a., Torino.
5. P. Barcellona: *L'anima smarrita*. 2015 Rosenberg & Sellier, Torino.
6. J. Dean: Brains of the future will be hybrid of man and machine. *The Times*, Friday June 5, 2015.
7. J.S. Maxmen: *The Post-Physician Era: Medicine in the Twenty-First Century*. John Wiley & Sons, New York, 1976.

La gestione della Nefropatia diabetica nell'ambulatorio di medicina generale

Management of Diabetic Nephropathy in General Practice

Colucci G.^{1,2}, Scarafino I.¹, Colucci E.¹, Patronelli C.¹, Robusto F.¹

¹ Medici di Medicina Generale

² Responsabile Nazionale Area Nefrologica- SIICP

Correspondence to:

Giovanni Colucci
dragcolucci@libero.it

RIASSUNTO

In Italia si stima una prevalenza media del diabete di tipo 2 pari al 5-6,5% (secondo alcuni autori il 8-9%). L'incidenza è di 3-6/ mille/anno. Attualmente nel mondo si stimano più di 160 milioni di diabetici, 146 milioni dei quali di tipo 2 (NIDDM). Il 20-30% dei diabetici NIDDM sviluppa nefropatia. La nefropatia diabetica è clinicamente definita, nella sua fase conclamata, dalla presenza di proteinuria persistente. L'escrezione urinaria di proteine superiore a 500 mg nelle 24 ore (o l'albuminuria superiore a 300 mg nelle 24 ore o superiore a 200 µg/min) e il progressivo declinare del filtrato glomerulare si associano ad ipertensione arteriosa, retinopatia diabetica e aumentata morbilità e mortalità cardiovascolare.

Parole chiave:

nefropatia; diabete mellito; medicina generale

ABSTRACT

The prevalence of type 2 diabetes in Italy has been assessed at 5-6,5%, while incidence at 3-6 per 1,000 persons per one year. Nowadays in the whole world we have more than 160 million of people affected by diabetes, whom 146 million affected by NIDDM. A share of 20-30% of these patients develops nephropathy; diabetic nephropathy is clinically defined, in its full-blown phase, by the presence of constant proteinuria. Urinary loss of more than 500 mg of proteins in 24 hours (or loss of albumina greater than 300 mg in the 24 hours or greater than 200 µg/min) and the progressive deterioration of glomerular filtration couple with hypertension, diabetic retinopathy and increased cardiovascular morbidity and mortality.

Key words:

nephropathy; diabetes mellitus; general practice

Obiettivi: Questa può sembrare una relazione provocatoria perché, al di là di ogni argomentazione scientifica sul diabete di tipo 2 (dalla fisiopatologia alla terapia), il compito del MMG è quello di concretizzare la medicina basata sulle evidenze, per migliorare la qualità di vita e la sopravvivenza dei suoi pazienti.

Diabete e insufficienza renale terminale: Dimensioni del problema

La cardiopatia ischemica e l'interessamento della carotide sono causa del 50% della mortalità della popolazione diabetica e più precisamente del 70% dei diabetici di tipo 2 e del 20% dei diabetici di tipo 1. La retinopatia diabetica è responsabile del 13% di tutti i casi di cecità ed è la prima causa di cecità nei soggetti di età inferiore a 40 anni. L'insufficienza renale come complicanza del diabete è un problema ancora più rilevante per la sanità pubblica

italiana e mondiale (tab. 1). L'incidenza della condizione di insufficienza renale cronica allo stadio terminale (IRTC) come complicanza della malattia diabetica è infatti in continuo aumento nei paesi industrializzati. Dal Registro Italiano di Dialisi e Trapianto un'indagine epidemiologica condotta nel 1995 mostrava 773 casi di Insufficienza Renale Terminale Cronica (IRTC) per milione/abitante, con 133 casi nuovi per anno (1). In uno studio del 1999 della Società Nefrologica Apulo-Lucana risultano in Puglia e Basilicata circa 4000 pazienti in dialisi e trapianto su una popolazione residente di 4.500.000: vi è una incidenza di 900/1.000.000 (2). Nel 2005 si prevede un caso per mille/abitanti. Uno su dieci dei dializzati (10,6%) vede nel diabete la causa primaria della perdita della funzione renale. Questi dati hanno fatto parlare di vera e propria "epidemia" di IRTC, in particolare nella popolazione oltre i 65 anni. Poiché la sopravvivenza media degli Italiani è aumentata di ben 5 anni tra il 1980 e il 1999, l'invecchiamento medio della

diabetici nel mondo	82.633 €
diabetici NIDDM nel mondo, oggi	75.402 €
diabetici NIDDM nel mondo, stimato nel 2010	108.455 €
diabetici NIDDM che sviluppano nefropatia	20 – 30%
IRTC in dialisi in Italia	35.000
nuovi casi di IRTC per milione di popolazione, per anno in Italia	131
nuovi casi di IRTC in dialisi, per anno, in Italia	7.000
percentuale diabetici fra i pazienti in dialisi	10.6%
tasso di mortalità dell'IRTC alla diagnosi, in Italia	10.4%
tasso di mortalità dell'IRTC in dialisi, in Italia	14.4%
sopravvivenza in dialisi a 2, 4, 8 anni	78.8%, 62.2%, 40%
sopravvivenza dopo trapianto di rene a 2 anni	95%
costo delle cure per IRTC, per anno, attualmente negli USA	17 mld \$
costo delle cure per IRTC, per anno, stimato nel 2010 negli USA	> 28 mld \$

Tabella 1. Il problema NIDDM nel mondo e in Italia

popolazione è senza dubbio uno dei fattori determinanti l'incremento osservato nella IRTC. Un lavoro condotto sui nostri assistiti oltre i 60 anni mostra una prevalenza di insufficienza renale cronica del 35% (3). Una quota significativa di IRTC, dialisi, trapianti e morti potrebbe essere evitata o differita nel tempo. Poche sono le situazioni in cui il Medico di Medicina Generale (MMG) svolge un ruolo di sanità pubblica così importante come nella prima diagnosi e nel disease management dell'insufficienza renale cronica: è infatti il MMG, e non il nefrologo, la prima figura sanitaria a sospettare, ricercare e riscontrare l'insufficienza renale.

Microalbuminuria: definizione, tecniche di valutazione e fattori influenzanti

Un'aumentata escrezione urinaria di albumina è spesso il primo segnale di nefropatia diabetica. Il primo step diagnostico è pertanto rappresentato dall'esame standard delle urine. Qualora questo risulti normale, l'eventuale presenza di nefropatia incipiente deve essere esclusa misurando l'albuminuria, non rilevabile con i test urinari convenzionali, mediante determinazione quantitativa con metodo radioimmunologico, nefelometrico o immunoturbidimetrico. La modalità di raccolta e il numero di campioni analizzati per ogni paziente sono cruciali per una corretta classificazione. L'escrezione urinaria giornaliera di albumina è molto variabile in rapporto a varie condizioni sia fisiologiche che patologiche (esercizio fisico, apporto alimentare soprattutto proteico, eventuale presenza di stati infiammatori e infettivi, assunzione di alcuni farmaci). Per minimizzare questi fattori, nel complesso

responsabili di variazioni comprese tra il 30 e 50%, si è stabilito di considerare per ogni paziente la media di tre diversi campioni urinari raccolti in tre giorni non consecutivi nell'arco di sei mesi, in assenza di infezioni delle vie urinarie. Anche le modalità di raccolta urinaria devono essere standardizzate. Le raccolte temporizzate, notturna (overnight) o delle 24h, costituiscono la metodica di riferimento ma risultano indagose e sgradite ai pazienti e quindi sono spesso gravate da errori o imprecisioni. Pertanto il metodo maggiormente raccomandato per valutazioni di screening è il rapporto albumina/creatinina (ACR) su campioni "spot" delle urine raccolte al risveglio mattutino. La correzione dell'albuminuria secondo i valori di creatinuria consente di compensare il diverso grado di concentrazione delle urine e la diversa escrezione urinaria di creatinina tra maschi e femmine. Il rapporto ACR è il risultato riproducibile, accurato e altamente correlato con le raccolte temporizzate, pur conservando i vantaggi della raccolta "spot". Con questa metodica si definiscono normoalbuminurici i pazienti maschi con ACR < 2.38 mg/mmol e femmine con ACR < 2.96 mg/mmol mentre sono albuminurici lievi quelli con ACR compreso tra 2.38 e 19 mg/mmol (maschi) o tra 2.96 e 20 mg/mmol (femmine). Nei pazienti così sottoposti a screening, l'eventuale presenza di albuminuria lieve deve essere confermata con il dosaggio su raccolte temporizzate (AER, albumin excretion rate). Si definisce albuminuria lieve un valore di AER compreso tra 20 e 200 µg/min (pari a 30- 300 mg/24h) e albuminuria moderata un valore di AER > 200 µg/min (o 300 mg/24h).

Questi livelli di albuminuria corrispondono per lo più a valori di proteinuria clinicamente rilevabile con test urinari convenzionali (tab. 2).

Categorie	AER (mg/24 h)	ACR (circa equivalente)		Definizione
		mg/mmol	mg/g	
A1	<30	<3	<30	Aumento normale-lieve
A2	30-300	3-30	30-300	Aumento moderato*
A3	>300	>30	>300	Aumento grave**

Tabella 2. Classificazione della MRC utilizzando le categorie di rapporto urinario albumina/creatinina.

AER: tasso di escrezione dell'albumina; ACR: rapporto albumina/creatinina. * relativo al livello di adulti giovani; ** inclusa la sindrome nefrosica (escrezione di albumina generalmente > 2.200 mg/24 h; ACR >2.200 mg/g o ACR > 220 mg/mmol). (4)

La valutazione periodica dell'albuminuria è fondamentale per la gestione del paziente diabetico a rischio renale. È opportuno ricontrollare l'escrezione di ACR o AER annualmente nei pazienti normoalbuminurici e ogni tre -sei mesi in quelli albuminurici lievi (fig.1) (4).

È necessario infine ricordare che un'aumentata escrezione urinaria di albumina in presenza di ematuria e/o in assenza di retinopatia diabetica da un lato, e un aumento della creatinina non associata a albuminuria lieve e/o moderata dall'altro, impongono una valutazione nefrologica approfondita per escludere l'esistenza di una possibile nefropatia non diabetica, da verificare eventualmente anche con ricorso alla biopsia renale (5).

Tempo (anni)	-3	0	3	15	20	23
GRF (ml/min)	120	150	150	120	60	<10
pCr (mg/dl)	1.0	0.8	0.8	1.0	>2.0	>10
azotemia (mg/dl)	15	10	10	15	>30	>100
Albuminuria						
	-3	0	3	10	15	20
	23					
	primo esordio albuminuria	esordio albuminuria lieve	esordio glomerulo sclerosi diabetica	esordio della proteinuria	Esordio azotemia	IRC

Figura 1 Storia naturale della nefropatia diabetica nel IDDM. Modificata

Albuminuria e iperfiltrazione glomerulare:

La storia naturale (6) della nefropatia diabetica è stata ben caratterizzata in quei pazienti con IDDM e NIDDM che sono destinati a sviluppare insufficienza renale (fig. 1).

Nel diabete di tipo 1 l'albuminuria è spesso preceduta o associata a iperfiltrazione glomerulare (7). Nelle fasi che precedono la comparsa della nefropatia (albuminuria lieve) il filtrato glomerulare (GFR) è infatti aumentato del 20- 50% (8). Quando l'escrezione di albumina è compresa tra 20 e 70 µg/min, l'iperfiltrazione è pressoché costantemente presente. Successivamente, quando l'albuminuria supera i 70 µg/min il GFR tende a diminuire. Nello studio di Mogensen e Christensen (9,10) albuminuria e GFR aumentano in parallelo fino a valori rispettivamente di 30 µg/min e 150 ml/min; da questo momento il GFR comincia a diminuire riportandosi entro il range di normalità (11). Studi prospettici mostrano che il GFR rimane a livelli normali o stabilmente superiori alla norma (iperfiltrazione) per almeno 5-8 anni nei diabetici di tipo 1 con albuminuria persistente se non compare la nefropatia conclamata (12,13). Alla comparsa della proteinuria il GFR è ancora nel range di normalità (14) e per storia naturale tende a declinare di 10 – 15 ml/min/anno (range 0-20 ml/min/anno) quando l'albuminuria aumenta oltre i 300 mg/24h. Il rapporto tra iperfiltrazione, successivo aumento dell'albuminuria e sviluppo della nefropatia suggerito da indagini retrospettive e da studi di follow-up e in maniera più convincente da Rudberg e coll.(15), non è stato confermato da altri autori (16). Nonostante questo, l'iperfiltrazione, associata all'albuminuria e a livelli di pressione arteriosa modestamente aumentati è predittivo di patologia renale.

Dati controversi riguardano la presenza di iperfiltrazione **nel diabete di tipo 2**.

Iperfiltrazione, significativamente correlata ai valori glicemici, è stata descritta nel 21% dei diabetici tipo 2 non proteinurici (17). Recentemente, un aumentato GFR è stato descritto in 158 diabetici di tipo 2 albuminurici (18). I diabetici tipo 2, ad elevato rischio di nefropatia in quanto albuminurici, hanno nell'iperfiltrazione glomerulare un ulteriore fattore di rischio di progressione. A differenza di quanto descritto nel diabete tipo 1, il GFR si riduce significativamente non solo nei soggetti con proteinuria (0.61 ml/min/mese), ma anche negli albuminurici (0.20 ml/min/mese) mentre rimane stabile nei normoalbuminurici (19). Nell'albuminuria lieve,

la riduzione del GFR correla con l'aumentare della pressione arteriosa, dell'HbA1c e con l'età (19).

Gestione del paziente diabetico tipo 2.

La contemporanea presenza di diabete e ipertensione può instaurare un circolo vizioso caratterizzato da danno renale progressivo e aumento della pressione arteriosa con retinopatia, caratterizzanti la microangiopatia diabetica. Nella nostra pratica quotidiana il paziente diabetico è facilmente controllabile attraverso l'esecuzione di alcuni parametri basilari: creatininemia, peso, altezza, età anagrafica, albuminuria e pressione arteriosa. Per il filtrato glomerulare, oltre al parametro standard della clearance della creatinina (la raccolta delle urine delle 24h può essere difficoltosa per gli anziani), pertanto esistono delle formule per studiare il eGFR (MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo-Clinic, formula BCM*0,50). La Mayo-Clinic e la Cockcroft-Gault sono quelle che più si avvicinano; in quanto nella prima è stato dimostrato che nei pazienti affetti da diabete mellito l'equazione quadratica della Mayo Clinic, pur mostrando nel complesso un'accuratezza simile a quella della MDRD, permette di stimare la funzionalità renale in maniera più precisa per alti valori di filtrato glomerulare. Nella seconda al numeratore viene inclusa il peso corporeo come espressione della massa muscolare, ma sovrastima la clearance nei soggetti sovrappeso/obesi. In tal modo si ottengono valori della clearance della creatinina sovrapponibili al metodo standard della raccolta delle urine nelle 24h. Pertanto in presenza di GFR 120 ml/m (in calo), albuminuria, ipertensione arteriosa e retinopatia il paziente deve essere trattato farmacologicamente (fig. 2) (4).

Terapia della nefropatia diabetica.

Nelle Linee guida della società Italiana di Nefrologia (4) gli **inibitori del sistema renina-angiotensina (ACEi)** sono i farmaci maggiormente usati in quanto:

- 1 - Riducono i livelli sierici dei lipidi
- 2 - Inibiscono l'accumulo mesangiale di macromolecole
- 3 - Diminuiscono l'espansione della matrice mesangiale
- 4 - Aumentano l'attività fibrinolitica e la degradazione della matrice mesangiale e l'accumulo dei macrofagi

Dopo 7-15 giorni di trattamento si osserva, nella maggior parte dei pazienti, un aumento della creatinina serica, **non superiore al 20%** e generalmente transitorio. Nei casi in cui esso persiste o

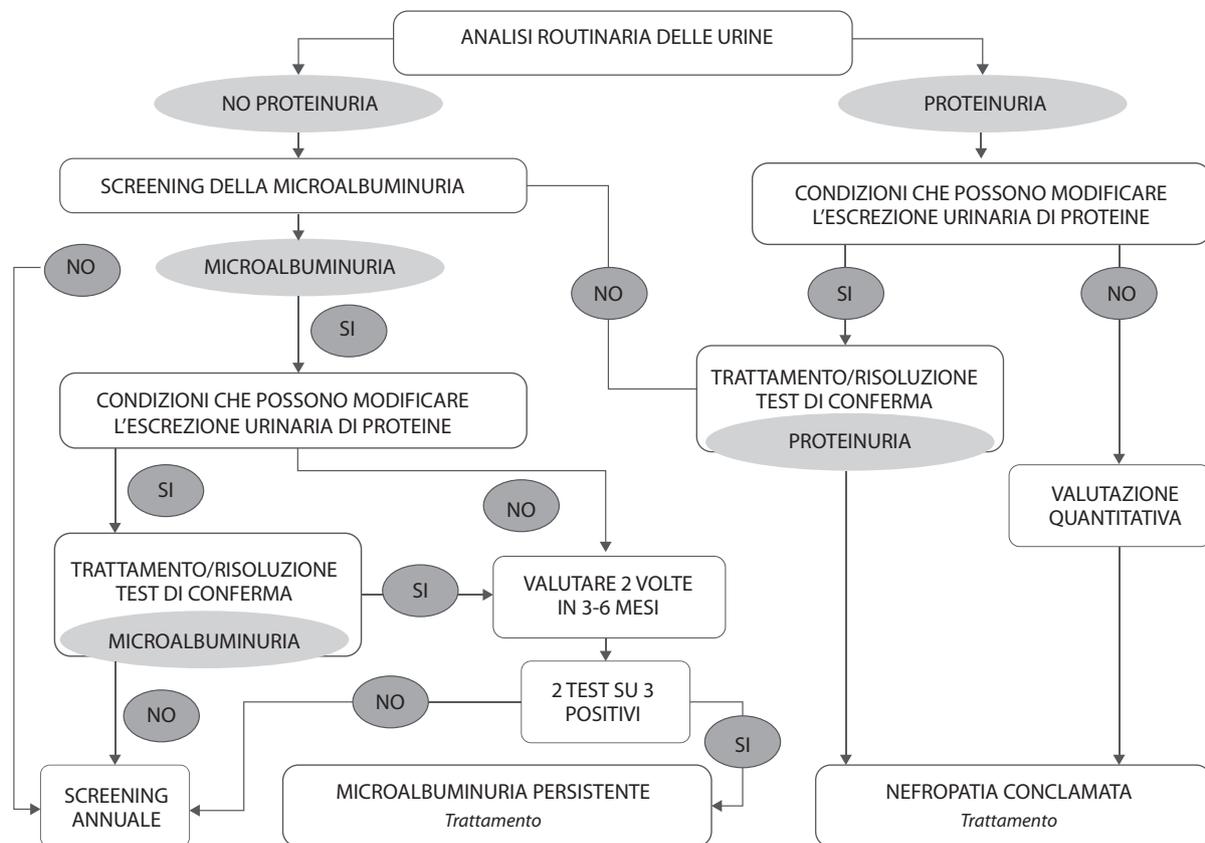


Figura 2 Screening della microalbuminuria nel diabete mellito. Modificato da (4).

aumenta di entità è necessario interrompere la somministrazione del farmaco (stenosi arterie renali). Gli **Inibitori dell'angiotensina II** sono sovrapponibili agli ACEi ma con minori effetti collaterali. I **Ca-antagonisti** soprattutto i non-diidropiridinici (verapamil) hanno un effetto antiproteinurico e reno-protettivo, indipendentemente dai valori pressori. Gli altri anti-ipertensivi sono utili soltanto per ridurre la pressione arteriosa.

Conclusioni: identificare i pazienti diabetici che presentano escrezione urinaria di proteine, seguirne l'evoluzione ed adottare opportuni provvedimenti terapeutici, può essere compito di un MMG attento e capace di ritardare la progressione dell'insufficienza renale terminale cronica.

BIBLIOGRAFIA:

1. Società Italiana di Nefrologia. The Italian Registry of Dialysis and Transplantation. Available from: URL: <http://www.sin-italia.org>
2. V Report del registro Apulo-Lucano di dialisi e trapianto. Atti del XVIII Convegno Apulo-Lucano di Nefrologia
3. G. Colucci, P. Iacovazzo, F. Pavone et al. Gestione integrata del paziente con nefropatia cronica: una proposta di screening per il medico di famiglia. Atti del congresso Giornate Nefrologiche Romane 2004, pag. 59
4. Viberti GC, Mogensen CE, Passa P, et al. St Vincent declaration, 1994. Guidelines for the prevention of diabetic renal failure. In: Mogensen CE (ed). "The kidney and hypertension in diabetes mellitus", 2nd ed. Boston: Dordrecht/London: Kluwer, 1994; 515-527

5. Deferrari, Cavallo Perin P, Di Paolo S, Locatelli R, Nosadini R, Penno G, Piccoli G, Robaudo C.: Linee guida della nefropatia diabetica. Giornale Italiano di Nefrologia 17:47-58,2000
6. Storia naturale della nefropatia diabetica nel diabete mellito insulino-dipendente. (De Franzo RA. Diabets and the Kidney. In diabetes mellitus: management and complication. Olfeski JM, Sherwin RS, eds New York: Churchill Livingstone,1985:169).
7. Mogensen CE. Hyperfiltration, hypertension, and diabetic nephropathy in IDDM patients. Based on the Golgi Lecture 1988, EASD Meeting, Paris. Diabetes Nutrition & Metabolism 1989;2:227-224
8. Mogensen CE. Microalbuminuria, blood pressure and diabetic renal disease: origin and development of ideas. Diabetologia 1999; 42:263-285
9. Mogensen CE, Christensen CK. Predicting diabetic nephropathy in insulin-dependent patients. N Engl J Med 1984; 311: 89-93
10. Thomas SM, Viberti GC. Is it possible to predict diabetic kidney disease? J Endocrinol Invest 2000; 23:44-53
11. Mogensen CE, Christensen CK. The course of incipient diabetic nephropathy: studies of albumin excretion and blood pressure. Diabetic Med 1985; 2: 97-102
12. Feldt-Rasmussen B, Mathiesen ER, Jensen T, et al. Effect of improved metabolic control on loss of kidney function in type 1 (insulin-dependent) diabetic patients: an update of the Steno studies. Diabetologia 1991; 34:164-170
13. Mathiesen ER, Hommel E, Giese J, Parving HH. Efficacy of captopril in postponing nephropathy insulin-dependent diabetic patients with microalbuminuria. BMJ 1991; 303:81-87
14. Mogensen CE. Glomerular hyperfiltration in human diabetes. Diabetes Care 1994;17 : 770-775

15. Yip JW, Jones SL, Wiseman MJ, et al. Glomerular hyperfiltration in the prediction of nephropathy in IDDM: a 10-year follow-up study. *Diabetes* 1996; 45:1729-1733
16. Jones SL, Wiseman MJ, Viberti GC. Glomerular hyperfiltration as a risk factor for diabetic nephropathy: five-year report of a prospective study. *Diabetologia* 1991; 34: 59-60
17. Silverio SP; Friedman R, Gross JL. Glomerular hyperfiltration in IDDM patients without overt proteinuria. *Diabetes Care* 1993; 16:115-119
18. Vedel P, Opel J, Nielsen FN, et al. Glomerular hyperfiltration in microalbuminuric NIDDM patients. *Diabetologia* 1996; 39: 1584-1589
19. Nielsen S. Systolic blood pressure relates to the rate of decline of glomerular filtration rate in type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16:1427-1432
20. Passavanti G, Ramunni A, Saracino A, Fassianos E, Morrone LF, Coratelli P. Atti del congresso Insufficienza Renale Cronica. *Giornate Nefrologiche Romane* 2002.

Quit smoking: il ruolo attivo del Medico di Medicina Generale nella cessazione del fumo di sigaretta

General Practitioner's active role in smoking cessation

Franco Carnesalli¹, Margherita Finamore²

¹ Medico di Medicina Generale-Area Respiratoria SIICP

² Specialità in Medicina Generale-Gruppo Asclepio SIICP

Correspondence to:

Franco Carnesalli, MI

ghcar@tin.it

RIASSUNTO

La correzione degli "stili di vita" comporta un netto guadagno in termini di salute e attuare strategie efficaci per ridurre questi fattori può quindi prevenire gran parte delle malattie, nonché ottimizzare i costi, non più sostenibili, della sanità pubblica.

Il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nella promozione della salute è molto importante, estendendo il campo d'azione ad attività preventive di varia natura, tanto nella difesa dai fattori di rischio e nel loro controllo tanto nella diagnosi precoce, individuale e collettiva.

Per valutare clinicamente il grado di dipendenza da fumo di tabacco è ormai validato l'utilizzo del test di Fagerstrom, un questionario breve, strutturato in 6 domande, ampiamente confermato dalla pratica clinica ed è un buon indicatore del grado di dipendenza da nicotina e può essere utilizzato come parametro per stabilire la terapia più adeguata, in particolare di tipo farmacologico.

Tutte le principali linee guida pubblicate sulla disassuefazione da tabacco sottolineano l'importanza e la comprovata efficacia della terapia farmacologica sulla dipendenza tabagica; al contempo però mettono in guardia sulla modestia dei risultati che si ottengono, se questa prescrizione non è accompagnata da un counselling adeguato.

Nel corso dell'anno 2012, durante l'attività ambulatoriale di routine in uno studio di Medicina Generale di gruppo, e con la collaborazione attiva di un giovane Medico durante il suo tirocinio pratico, è stato eseguito il progetto ASL sulla disassuefazione dal fumo. Vengono riportati i metodi e i risultati dello studio, prospettando lo sviluppo di iniziative volte alla gestione diretta del fumatore, nel suo tentativo di smettere di fumare da parte del MMG.

Parole chiave:

Stili di vita, fumo di sigaretta, quit smoking, Medicina Generale

ABSTRACT

The "life styles" correction leads to a net gain in terms of health and effective strategies and reducing these factors can prevent most of the diseases as well as optimize the not more sustainable health costs.

The involvement of General Practitioners in the promotion of health is very important, extending the range of action to various preventive activities, both in the prevention from risk factors and in their control and early diagnosis.

To evaluate the degree of tobacco smoke dependence is now validated the Fagerstrom test, a short 6 questions structured questionnaire, largely confirmed by clinical practice and a good indicator of nicotine dependence degree; it can be used as a parameter to determine what is the most appropriate treatment, and in particular pharmacological one.

All the main published guidelines on quit smoking stress the importance and the proven effectiveness of pharmacological therapy on smoke dependence and at the same time they warn small results obtained without an appropriate counselling.

During year 2012, in the outpatient activity routine of a study of general medical practice group, and with the active collaboration of a young doctor, during his practical traineeship, a ASL project on smoking cessation was carried out. Methods and results of the study are reported, and also development of GPs direct management in patients quit smoking.

Key words:

Key words: life style; smoking; quit smoking; general practice

Introduzione

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% della spesa sanitaria in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie croniche che hanno in comune pochi fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, conseguenze di una scorretta alimentazione, l'abuso di alcol e l'inattività fisica. (1)

Ne consegue che la correzione di questi fattori di rischio, altrimenti definiti "stili di vita", comporterebbe un netto guadagno in termini di salute; e che attuare strategie efficaci per ridurre questi fattori potrebbe quindi prevenire gran parte delle malattie nonché ottimizzare i costi, altrimenti non più sostenibili, della sanità stessa.

Il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale nella promozione della salute è stato già largamente definito fin dalla Dichiarazione Universale di Alma Ata, che affermava quale diritto

fondamentale dell'uomo l'accesso alle cure primarie e delineava chiaramente le finalità prime della Primary Health Care. È il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza.(2,3)

Con la più recente normativa, fissata dalla convenzione della medicina generale, il ruolo del MMG, anche attraverso una sempre più diffusa pratica della medicina di gruppo, diviene ancora più globale, estendendo il campo d'azione ad attività preventive di varia natura, tanto nella difesa dai fattori di rischio e nel loro controllo che nella diagnosi precoce, individuale e collettiva. Questo non può ovviamente prescindere comunque dalla partecipazione di tutti i professionisti della salute che, pur appartenenti a diversi livelli gestionali del SSN, devono concorrere al raggiungimento di obiettivi condivisi.

Tale compito fondamentale del MMG richiede ovviamente molto impegno e soprattutto che sia attuata quella che viene definita da anni "Medicina d'iniziativa". Di fronte all'aumento dell'aspettativa di vita e al conseguente prevalere delle malattie croniche la medicina del territorio d'attesa o "on demand" è fallimentare. Non possiamo intervenire a danno ormai consolidato, ma dobbiamo intercettare i nostri pazienti prima dell'insorgere della malattia offrendo loro un sistema assistenziale integrato e che abbia come priorità la promozione della salute.

Epidemiologia

In Italia, secondo l'ultima indagine DOXA, eseguita per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, i fumatori sono il 20,8% della popolazione totale cioè 10,8 milioni (6,1 milioni di uomini e 4,7 milioni di donne) mentre gli ex-fumatori ammontano al 12,8% vale a dire 6,7 milioni (4,5 milioni di uomini e 2,2 milioni di donne). La prevalenza varia per sesso e classe di età e lievemente per distribuzione geografica; il trend è ancora in discesa con una prevalenza totale che era del 22% nel 2008 e che è passata al 20,8% nel 2012. (4)



Il 76,3% del totale dei fumatori ha dichiarato di aver iniziato a fumare tra i 15 e i 20 anni, con uguale prevalenza in entrambi i

sessi, soprattutto per emulazione/influenza di amici e compagni di scuola(4)-

Purtroppo i giovani che si accostano alla sigaretta sono la popolazione più difficile da comprimere.

In un lavoro presentato in sede congressuale nel 2002 dal Prof. Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'Istituto Mario Negri di Milano, si diceva che "su 1000 giovani fumatori, si può ipotizzare che 1 morirà per omicidio, 6 per incidenti stradali e 380 per le conseguenze dell'uso delle sigarette". Sono numeri che suscitano sicuramente una profonda riflessione!

Fumo e danni correlati

Il fumo inalato direttamente dalle sigarette, costituisce la maggiore fonte di esposizione ad agenti chimici e tossici. Esso è un aerosol complesso costituito da una fase di vapore e una fase di particolato: particelle che a seconda della loro dimensione e delle modalità di aspirazione del fumo si possono depositare a vari livelli nell'albero respiratorio.

Il fumo di sigaretta ha una composizione chimica complessa e variabile: contiene tra 4000 e 5000 componenti chimici diversi, tra i quali sono noti metalli pesanti, elementi radioattivi, polveri fini, sostanze irritanti o cancerogene. Per citarne solo alcune ricordiamo: il monossido di carbonio, nitrosamine, benzopirene, diossine, polonio, cadmio, mercurio, acido cianidrico, acetone, formaldeide, ammoniaca, arsenico, DDT, piombo, acido solforico, senza dimenticare ovviamente la nicotina, che costituisce lo 0,27% di tutto ciò che è contenuto nel fumo di tabacco. Il CO è l'inquinante atmosferico più diffuso, prodotto dalla combustione incompleta del carbonio contenuto nei carburanti e presenta un'affinità per l'emoglobina circa 240 volte maggiore rispetto all'ossigeno. In un forte fumatore o in un vigile che dirige un traffico abbondante, circa il 10% dell'emoglobina è legato al CO anziché all'ossigeno formando carbossiemoglobina (COHb), interferendo così con la funzione di trasporto dell'ossigeno del sangue. Ed è il monossido di carbonio che si misura durante il follow up di un fumatore in fase di disassuefazione.

Dal Rapporto Terry pubblicato nel 1964 nel Regno Unito e dagli studi dell'epidemiologo Richard Doll e in seguito di Richard Peto venne dimostrato in modo inequivocabile il rapporto tra fumo di tabacco, eccesso di mortalità e malattie specifiche.(5,6) e si può affermare con certezza che il 90% delle malattie respiratorie croniche (enfisema e BPCO) e il 90% dei tumori della trachea, dei polmoni e dei bronchi sono fumo-correlati. Il rischio relativo di cancro al polmone è correlato strettamente al numero di sigarette fumate al giorno, alla durata dell'esposizione e al contenuto di catrame delle sigarette fumate. Tale rischio si riduce progressivamente nei 15-20 anni successivi alla cessazione (7). Il fumo provoca anche tumori della laringe, delle labbra, della cavità orale, della faringe, dell'esofago, della vescica e dei reni, della cervice, del pancreas e dello stomaco, oltre a gastrite, ulcera gastro-duodenale ed esofagite da reflusso. Il fumo è poi uno dei principali fattori di rischio modificabili per tutte le patologie cardiovascolari (ischemia cardiaca, ictus cerebri, arteriopatia periferica) con un rischio relativo che è inferiore solo a elevati livelli di colesterolemia.

Anche a livello della sfera sessuale sono note interferenze negative con la funzione erettile e la libido, come pure sono evidenti aumentati rischi in campo chirurgico e anestesiológico.

Il rischio di avere dei disturbi cardiaci raddoppia in colui che non fuma e il rischio di tumori polmonari aumenta del 15-20% nel partner non fumatore. Non bisogna quindi infatti sottovalutare il problema tutt'altro che secondario dell'esposizione al fumo passivo, anch'esso classificato dalla IARC come cancerogeno di tipo 1.(8)

I meccanismi della dipendenza

Sebbene la nicotina non abbia sempre un ruolo diretto nel determinare le numerose e gravi patologie correlate al fumo, è innegabile che in realtà ne sia la causa prima dal momento che è fondamentalmente essa la sostanza chimica in grado di determinare i meccanismi neurobiologici della dipendenza. (9)

SOSTANZA	Sindrome di astinenza	autorinforzo	toleranza	dipendenza	intossicazione	TOTALE
eroina	2	2	1	2	2	9
alcol	1	3	3	4	1	12
nicotina	3	4	2	1	5	15
cocaina	4	1	4	3	3	15
caffaina	5	6	5	5	6	27
hashish	6	5	6	6	4	27

Tabella di comparazione degli effetti di diverse sostanze. NIDA (National Institute of Drug Abuse), USA, 2000

Legenda: 1 = massima severità

Ricordiamo che la sua capacità additiva è maggiore addirittura a quella degli oppiacei. (10)

La nicotina ha molte azioni nell'organismo: agisce sul sistema cardiovascolare determinando l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, sull'apparato gastroenterico con un aumento del tono e della motilità della muscolatura viscerale, sulle ghiandole esocrine causando un aumento delle secrezioni salivare e bronchiale. (15)

Nel cervello la nicotina si lega ai recettori colinergici nicotinici, canali ionici che normalmente legano l'acetilcolina e che sono in esso ampiamente distribuiti. Tali recettori sono costituiti da diverse subunità, di cui sono stati identificati ben dodici sottotipi. Combinandosi tra loro queste subunità danno luogo alla formazione di recettori complessi con differenti caratteristiche fisiologiche. La subunità alfa 4 sembra essere la zona più importante di reazione con la nicotina, essendo sensibile a bassissime dosi di questa sostanza. La subunità beta 2 invece sembrerebbe determinante per la dipendenza. (12)

Attraverso l'apertura dei canali e l'ingresso di cationi (Na e Ca) nella cellula con conseguente modificazione del potenziale di membrana e attivazione di altri canali che consentono l'ingresso massivo di Ca nel neurone ne consegue il rilascio di vari neurotrasmettitori (13) tra quali la dopamina, principale mediatore chimico del così detto "centro della gratificazione"; (rinforzo positivo).

La dipendenza da tabacco, come qualunque altra dipendenza, è però un fenomeno molto più complesso che coinvolge oltre agli effetti farmacologici della sostanza, fattori genetici, fattori sociali e comportamentali. (14)

Comprendere che la dipendenza non può quindi essere considerata un semplice fenomeno neurobiologico, tramite un semplice mediatore, ma che riveste una dimensione più complessa attraverso l'influenza di altri momenti di vita, vizi, stress, lavoro e altro, è fondamentale per avere un approccio terapeutico vincente nella disassuefazione dal fumo: non basta il sostituto nicotinic, ma è fondamentale l'approccio cognitivo-comportamentale per modificare i comportamenti acquisiti che sono parte integrante della dipendenza.

Il test di Fagerstrom e il Smoke-lizer

Per valutare clinicamente il grado di dipendenza da fumo di tabacco è ormai validato l'utilizzo del test di Fagerstrom, un questionario breve, strutturato in 6 domande, ampiamente confermato dalla pratica clinica ed usato in tutto il mondo. Il punteggio ottenuto è un buon indicatore del grado di dipendenza da nicotina e può essere utilizzato come parametro per stabilire la terapia più adeguata, in particolare di tipo farmacologico.

Test di Fagerström	
Domande	Punteggio
1. Al risveglio, fuma la prima sigaretta dopo: 5 minuti 6-30 minuti 31-60 minuti più di 60 minuti	3 2 1 0
2. Trova difficile fumare dove è proibito? SI NO	1 0
3. Quale sigaretta troverebbe più difficile lasciare? la prima del mattino qualsiasi altra	1 0
4. Quante sigarette fima al giorno? Meno di 10 11-20 21-30 più di 30	0 1 2 3
5. Fuma di più nella prima ora dopo il risveglio che nel resto della giornata? SI NO	1 0
6. Fuma anche se sta male ed è costretto a letto? SI NO	1 0
Punteggio finale (SOMMA)	

Interpretazione dei risultati del Test di Fagerström
da 0 a 2 grado di dipendenza lieve
da 2 a 4 grado di dipendenza media
da 5 a 6 grado di dipendenza lieve
da 7 a 10 grado di dipendenza molto forte

Lo score che si ottiene varia da 0 a 10 e in base ad esso i fumatori possono essere così divisi:

0-1: Bassa dipendenza (circa il 20% della popolazione fumatrice)

2-3: Dipendenza medio-bassa (circa il 30% dei fumatori)

4-5: Dipendenza media con sintomi di astinenza (circa il 30% dei fumatori)

6-8: Forte dipendenza (circa il 15% dei fumatori)

8-10: Dipendenza forte e forte astinenza

Un altro strumento molto utile per inquadrare dal punto di vista diagnostico la dipendenza del fumatore è la misurazione del CO nell'espriato.

Il valore di CO nell'espriato correla con la quantità di fumo che entra nei polmoni, e rimane più elevato del valore basale fino a circa 9/10 ore dopo aver fumato l'ultima sigaretta. È utile per verificare l'effettivo grado di dipendenza del fumatore: valori superiori a 20 ppm ci indicano sicuramente che siamo di fronte ad un forte fumatore, che potrebbe essere un paziente che fuma molte sigarette oppure un paziente che, a dispetto di un numero relativamente basso di sigarette fumate, le aspira molto. Inoltre è anche un valido strumento di follow-up per oggettivare la riduzione o l'astensione effettiva dalle sigarette.

Terapia

Tutte le principali linee guida pubblicate sulla disassuefazione da tabacco sottolineano infatti l'importanza e la comprovata efficacia della terapia farmacologica sulla dipendenza tabagica e al contempo però mettono in guardia sulla modestia dei risultati che si ottengono se questa prescrizione non è accompagnata da un counselling adeguato. L'operatore deve ascoltare i bisogni espressi dal paziente, coglierli e capire se e quanto egli può fornire una risposta ad essi. Per instaurare questa relazione d'aiuto occorre che vi sia una vera e chiara richiesta formulata in maniera corretta da parte del cliente, nel nostro caso del fumatore. Modificare il più possibile i comportamenti direttamente e indirettamente collegati al fumo, la gestualità e i contesti ambientali collegati è uno strumento molto potente per riuscire ad alterare il rapporto tra il fumatore e la nicotina.

Negli ultimi anni sono state pubblicate diverse linee guida sulla disassuefazione da fumo di tabacco dalle quali emergono con chiarezza vantaggi e limiti di un approccio farmacologico al processo di disassuefazione. Al momento, i farmaci di cui è stata dimostrata l'efficacia nella disassuefazione da fumo di sigarette in studi controllati possono essere raggruppati in due famiglie: la terapia sostitutiva nicotinic e i farmaci non nicotinici.

Non ostante l'importanza di altre sostanze presenti nel fumo di sigaretta nel determinare e mantenere la dipendenza, è alla nicotina che si attribuisce la responsabilità della sindrome da astinenza che si osserva dopo la cessazione dal fumo. (15)

È risultato ovvio quindi pensare di utilizzare la nicotina stessa in modo controllato per ridurre tali sintomi che sono molto più accentuati nei primi giorni dall'inizio della disassuefazione, gli stessi in cui si registra il maggior numero di ricadute.

Le metanalisi disponibili sull'efficacia delle varie formulazioni farmaceutiche di nicotina indicano per ciascuna una significativa efficacia rispetto al placebo.(16,17) Sulla base di queste osservazioni è possibile affermare che la prescrizione di una qualunque delle

quattro formulazioni raddoppia le possibilità del nostro paziente di smettere definitivamente di fumare, che ad un anno si mantiene sostanzialmente invariato sia in studi con un intervento di counselling poco strutturato, sia in quelli con interventi di supporto non farmacologico particolarmente intensivi. (16)

I sostituti nicotinici sono ormai diventati farmaci da banco, mentre è fondamentale che il farmaco sia prescritto da un medico per aumentare la compliance del paziente e l'efficacia del farmaco stesso, essendo importante che questa terapia vada adeguata al singolo paziente in base al suo fabbisogno nicotinic, molto diverso da paziente a paziente. L'individuazione di una dose quotidiana appropriata e della scelta della formulazione più adatta sono essenziali nel ridurre i sintomi da astinenza e soprattutto il numero di episodi di craving.(18).

I farmaci alternativi alla NRT, attualmente disponibili per la disassuefazione da fumo sono il bupropione, la nortriptilina, la vareniclina e la citisina (quest'ultima non ancora commercializzata in Italia).

Il **bupropione** è il primo farmaco non nicotinic ad aver ricevuto l'approvazione per la terapia di disassuefazione da fumo di tabacco. È un antidepressivo e il meccanismo d'azione contro il fumo non ha ancora trovato una interpretazione certa. Si suppone che inibisca il reuptake della dopamina e della noradrenalina. (19) La sua efficacia potrebbe essere legata quindi all'interferenza con la frequenza di scarica dei neuroni dopaminergici, coinvolti nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza da nicotina(19,20) oppure all'interferenza con l'asse noradrenergico che ha un ruolo chiave nelle fasi di astinenza. (21) Inoltre il bupropione eserciterebbe un'azione diretta sui recettori nicotinici stessi. (22)

L'efficacia di **amitriptilina**, un antidepressivo triciclico nella terapia di disassuefazione da fumo di tabacco è sostenuta da un certo numero di studi (20) ed esiste almeno un trial che ha messo a confronto direttamente la nortriptilina con il bupropione, stabilendone un'efficacia equivalente.(24)

L'uso della nortriptilina presenta un notevole vantaggio rispetto al bupropione e alla NRT: il basso costo terapeutico e questo non è un fattore irrilevante data la non rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione da parte del nostro Sistema Sanitario.

Purtroppo la sicurezza d'uso dei triciclici nei pazienti con patologia cardiaca è da molti messa in discussione e pertanto l'utilizzo di questo farmaco nei pazienti con patologia cardiaca nota deve essere considerato molto attentamente. Potrebbe invece essere utile nel caso di pazienti con concomitante sindrome depressiva.

La **vareniclina** è disponibile in Italia con indicazione specifica alla disassuefazione da fumo dal 2007. È un agonista parziale e selettivo dei recettori nicotinici per l'acetilcolina di tipo alfa4-beta2 e si lega ad essi con un'affinità circa venti volte superiore rispetto alla nicotina. La vareniclina impedisce quindi il legame della nicotina e stimola l'attività mediata dal recettore, ma in misura molto inferiore rispetto a quest'ultima. La stimolazione del recettore porta al rilascio graduale di una quantità minore di dopamina, neurotrasmettitore ritenuto componente della gratificazione (reward), che riduce il desiderio di fumare (craving) e i sintomi da astinenza, senza causare dipendenza. La posologia di solito è fissa, 1 mg per 2 volte/die per circa tre mesi, iniziando però con una settimana a basso dosaggio.

I dati di sorveglianza post-marketing hanno messo in luce gravi sintomi neuropsichiatrici associati all'uso della vareniclina. I sintomi comprendono anomalie del comportamento, agitazione, umore depresso, idee e tentativi di suicidio anche in pazienti senza storia pregressa di malattie psichiatriche. Dopo una prima nota informativa all'inizio del 2008 la FDA americana oltre a richiedere una revisione del foglietto illustrativo del farmaco, ha diramato una nota di allerta per i medici sul rischio di suicidio.(23,25)

Per quanto riguarda la sicurezza del farmaco nei pazienti cardiopatici, la meta-analisi, pubblicata sul Canadian Medical Association Journal il 4 luglio 2011(84),e il CHMP (Committee for Medicinal Products for Human Use) non hanno potuto trarre conclusioni robuste dalla meta-analisi e quindi la FDA e l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) ha confermato il rapporto beneficio-rischio positivo per il medicinale Champix. I vantaggi della cessazione dal fumo superano il lieve aumento dell'incidenza di eventi cardiovascolari correlato all'assunzione del farmaco.

L'immunizzazione (vaccino) è una forma di medicina preventiva, nata e sviluppatasi per proteggere gli individui e la collettività dalle malattie infettive. Il vaccino anti nicotina vorrebbe quindi perseguire lo stesso obiettivo e cioè l'eradicazione dell'uso di questa sostanza d'abuso nella popolazione.

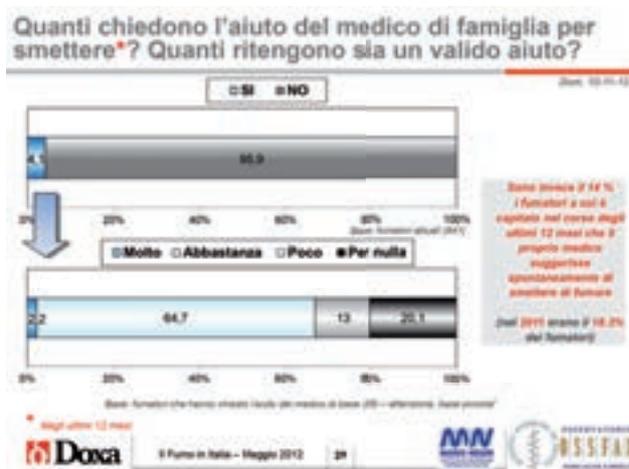
La nicotina è una molecola molto piccola e non è immunogena, ossia non determina la produzione di anticorpi diretti contro di essa, ma coniugandola a carrier proteici la si può rendere "visibile" al sistema immunitario con la formazione di anticorpi che la neutralizzano, impedendone il legame ai recettori cerebrali, perché il complesso nicotina-anticorpo non è in grado di superare la barriera emato-encefalica, impedendo la sensazione di ricompensa legata a questa droga.

GESTIONE DEL TABAGISMO IN MEDICINA GENERALE

Un nuovo approccio al paziente fumatore.

È inconfutabile che i Medici di Medicina Generale abbiano una posizione privilegiata per condurre interventi di counselling, a scopi preventivi, nell'ambito degli stili di vita. Considerato l'impatto epidemiologico del fumo di tabacco e quindi la prevalenza e l'incidenza delle malattie fumo-correlate, il MMG deve necessariamente occuparsi di questo argomento e mettere in pratica alcune regole per promuovere il più possibile la cessazione dell'abitudine tabagica tra i propri assistiti.

Dati contrastanti sono quelli riportati dall'ultima indagine eseguita dalla DOXA per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, da cui emerge che solo il 4,1% dei fumatori nel 2012 ha chiesto aiuto al MMG per smettere di fumare e, dato ancora più allarmante, che solo il 14% dei fumatori ha ricevuto spontaneamente dal proprio medico il consiglio di smettere di fumare. (4)



Ogni Medico di Medicina Generale può aspettarsi di avere tra 200 e 400 assistiti che fumano ed è stato calcolato che vede in media il 70% di tutti i suoi pazienti ogni anno. Ogni fumatore in realtà si presenta più spesso dal suo medico curante, rispetto alla popolazione generale. Considerando poi che il 40% dei fumatori desidera smettere di fumare, il medico di medicina generale potrebbe assistere in questo obiettivo tra 50 e 100 fumatori/anno. (26) È stato stimato anche che, un medico di famiglia che presenti delle conoscenze nella gestione del tabagismo e che le metta in pratica, ottiene un risultato che va dal 3 al 15 % di pazienti che smettono di fumare in seguito a tali interventi, mentre un centro antifumo di riferimento, raggiunge una percentuale di successo che supera il 35%. Si tratta di un esempio di medicina di iniziativa, in cui il medico deve attivarsi per far emergere i bisogni sommersi del paziente e che richiede spesso la collaborazione del personale di studio per poter essere attuata al meglio, in termini di fattibilità organizzativa e di risultati raggiungibili e misurabili.

Il Medico di Medicina Generale deve necessariamente farsi carico di una parte sostanziosa di questa popolazione riferendosi ai centri di secondo livello per quei "fumatori difficili" per i quali è richiesto un impegno, in termini di tempo e di risorse, di cui il medico di medicina generale non può per ovvie ragioni farsi carico. È ovvio che sia molto difficile farla coincidere con la quotidiana attività ambulatoriale, dato il notevole carico di lavoro che ogni giorno il medico si trova ad affrontare. Nonostante la maggior parte dei MMG lavorino ormai su appuntamento, le prestazioni urgenti non sono prevedibili e devono essere garantite in tempi brevi. L'attività di disassuefazione, per essere proficua, deve essere strutturata, richiede un follow-up intensivo specie nel primo periodo del percorso e spesso i colloqui sono molto lunghi e impegnativi soprattutto sul piano psicologico. Tutto questo deve essere sommato alle altre attività del medico che comprendono, oltre alla comune e varia attività clinica, una pesante componente burocratica.

Una possibile soluzione potrebbe essere la creazione di ambulatori dedicati nell'ambito dello studio di medicina generale per praticare degli interventi preventivi, educativi, di diagnosi precoce o di cura. Questo intervento minimale è poco dispendioso in termini di tempo e di risorse, ha un'efficacia provata (2-3% di successo)(94), e dovrebbe costituire la base comune di intervento antifumo per ogni MMG su ogni paziente fumatore.(27) Ci sa-

ranno poi in percentuale variabile da medico a medico pazienti a rischio multiplo ossia i fumatori che presentano in anamnesi familiarità per patologie correlabili al fumo come neoplasie, malattie respiratorie e cardiovascolari, diabete, oppure che presentino altri fattori di rischio quali le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa. Questi pazienti necessitano un intervento più intenso che include un counselling strutturato e un'attenta valutazione dei fattori di rischio, e l'inizio di una eventuale terapia farmacologica e/o comportamentale. In ultimo non dobbiamo dimenticarci del fumo passivo che riguarda i conviventi di soggetti fumatori, i bambini, le donne in gravidanza, ma anche gli adulti asmatici e gli anziani affetti da BPCO o insufficienza respiratoria, che presentano un aumento dell'incidenza delle infezioni del tratto respiratorio e un'aumentata incidenza dell'asma.

Il progetto "MMG E DISASSUEFAZIONE DAL FUMO" dell'ASL di Milano 2011-2013

ASL di Milano, che in passato ha già effettuato formazione specifica sull'argomento nei confronti dei MMG, ha voluto attivare per il governo clinico 2011-2013 un progetto per coinvolgere gli stessi nella disassuefazione dal fumo dei propri assistiti fumatori attivi.

La cessazione del fumo nei fumatori permette di prevenire un gran numero di patologie, in particolare diminuendo il rischio cardiovascolare e il rischio oncologico per numerose neoplasie. Il progetto è stato articolato nel periodo 2011-2013 prevedendo nel 2011 la fase di definizione, in collaborazione con i Centri Antifumo della ASL di Milano, di Linee Guida specifiche, la presentazione delle stesse ai MMG e il loro coinvolgimento mediante un incontro distrettuale di formazione. Nel corso del 2012 il progetto ha previsto l'intervento diretto dei MMG per la promozione della disassuefazione dal fumo dei propri assistiti fumatori. La sperimentazione è continuata anche nel 2013.

Sono stati coinvolti tutti i MMG dell'ASL di Milano e di cui hanno aderito in 800. È stato organizzato un incontro distrettuale formativo sulla disassuefazione dal fumo, con la scelta degli strumenti utilizzati per misurare la dipendenza tabagica e la motivazione a smettere di fumare (test di Fagerstrom e questionario di valutazione della motivazione a smettere di fumare) I MMG che hanno aderito al progetto si sono impegnati a promuovere la disassuefazione dal fumo mediante la diffusione di materiale informativo specifico sul tema, fornito da ASL, e soprattutto ad informarsi dell'abitudine tabagica dei propri assistiti che accedono all'ambulatorio e segnalarla in cartella clinica. Inoltre hanno somministrato agli assistiti fumatori in carico i questionari prescelti, hanno esercitato un intervento educativo e di counselling e attivato la terapia farmacologica, se del caso, oppure, in alternativa, inviato gli assistiti ad un Centro Antifumo tra quelli indicati da ASL per essere sottoposti ad un trattamento intensivo. Il progetto non ha previsto un indicatore di esito della propria attività di disassuefazione, ma solo di rendicontare con un apposito applicativo disponibile su Agoras, per ciascun assistito il codice fiscale, il risultato del test di Fagerstrom, il risultato del questionario di valutazione della motivazione e la tipologia dell'intervento messo in atto.

Alla fine del progetto, che è stata prevista per il 31 Dicembre 2012, è stato tenuto un ulteriore incontro distrettuale volto alla condivi-

sione delle esperienze ed alla discussione dei risultati. Il progetto è proseguito su base volontaria anche nel 2013.

Una esperienza "antifumo" nell' ambulatorio del MMG

Nel corso dell'anno 2012, durante l'attività ambulatoriale di routine nel nostro studio di Medicina Generale di gruppo, e con la collaborazione attiva di un giovane Medico, che eseguiva il tirocinio pratico previsto dal programma del Triennio di Formazione Specifica per la Medicina Generale, è stato affrontato il progetto ASL descritto sulla disassuefazione dal fumo. Dopo l'incontro distrettuale dell'ASL sul progetto, esso è stato pubblicizzato presso i pazienti con l'aiuto della segretaria e l'esposizione di materiale informativo sul fumo di tabacco, nonché di poster evocativi sui danni del fumo.

Il secondo passo è stato quello di identificare tra gli assistiti i fumatori attivi a cui somministrare il test di Fagerstrom, interrogando il database in uso, anche se "PROFIM" non consente di estrapolare in modo automatico questo dato dalla cartella clinica. Utilizzando tale elenco e invitando in maniera sistematica tutti i pazienti che accedevano all'ambulatorio per qualsiasi motivo (clinico o prescrittivo), abbiamo condotto una breve anamnesi tabaccologica con le seguenti domande:

1. A quanti anni ha iniziato a fumare?
2. Quante sigarette fuma al giorno?
3. Ha mai provato a smettere? Per quanto tempo è stato senza fumare? Perché ha ripreso?
4. Che sigarette fuma?

Abbiamo poi fatto compilare in autonomia al paziente il test di Fagerstrom e il questionario motivazionale, commentandone brevemente i risultati e traendo spunto da questo per rivalutare la situazione generale di rischio e fornire informazioni adeguate sulla possibilità di intraprendere un percorso di disassuefazione, con il proprio medico o in alternativa c/o un centro antifumo.

Alcuni pazienti sono stati raggiunti anche via e-mail, inviando loro il materiale e commentandolo sempre per posta elettronica.

Contemporaneamente è stato creato un database apposito, in cui sono stati inseriti e classificati in base alle loro caratteristiche tutti i fumatori identificati, sesso, età, anamnesi tabaccologica, punteggi dei questionari, altri fattori di rischio per malattie cardio-cerebro-vascolari, patologie fumo correlate in atto, comorbidità e la volontà di smettere veramente in quel momento.

Gli interventi clinici sono stati ovviamente diversi in base a quanto emerso soprattutto con i vari colloqui con il paziente. In particolare però abbiamo deciso di dedicarci direttamente, con un percorso strutturato e programmato, a quei pazienti che avevano manifestato un'assoluta volontà di provare a smettere con il nostro aiuto.

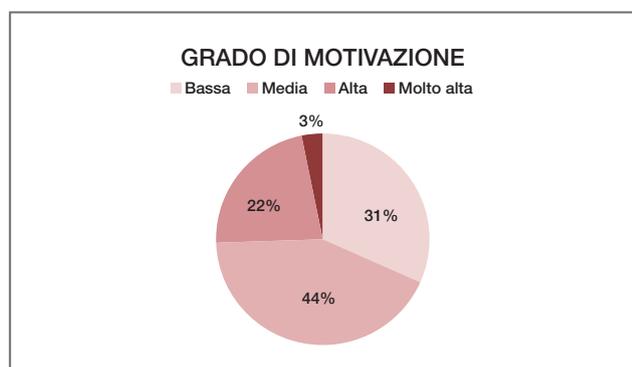
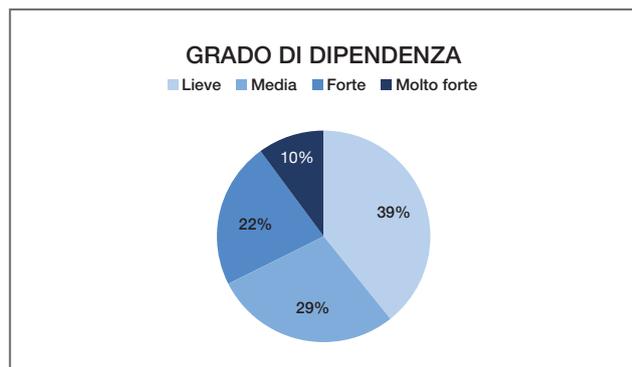
Questa attività è stata svolta al di fuori del normale orario di studio, dedicando una mattina a settimana al nostro "ambulatorio fumo", programmando la prima visita e quelle di follow up dei pazienti fumatori che abbiamo deciso di trattare.

Risultati

Nel periodo considerato abbiamo identificato 180 fumatori attivi, di cui 113 attraverso la cartella clinica e 67 durante l'attività clinica

ambulatoriale. Dei 113 con stato di fumatore registrato in cartella 33 pazienti, seppure contattati più volte, non sono venuti in studio per la compilazione dei questionari e per un colloquio con il medico. Per cui sono stati selezionati 147 fumatori, di cui 73 femmine e 74 maschi (49,7% e 51,3% rispettivamente). L'età media del campione è risultata di $54,78 \pm 17,22$ (media \pm DS) e complessivamente i pazienti hanno avuto una durata media di $36,40 \pm 16,43$ anni di esposizione al fumo di sigaretta. Di questi pazienti 47, il 32% del totale, avevano già fatto almeno un tentativo di smettere di fumare (pazienti astinenti dal fumo almeno per qualche mese); uno solo di essi si era rivolto ad un centro antifumo, gli altri senza assistenza medica.

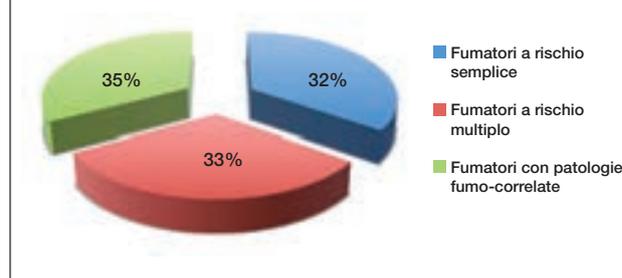
Per quanto riguarda il grado di dipendenza, misurato con il Test di Fagestrom, 58 pazienti (40%) sono risultati portatori di una dipendenza lieve, 41 (28%) di una dipendenza media, 33 (22%) forte e 15 (10%) molto forte. Abbiamo valutato anche il risultato del questionario motivazionale: 46 pazienti (31%) hanno dichiarato una motivazione bassa, 64 (44%) media, 32 (22%) alta e solo 5 (3%) molto alta.



Abbiamo voluto ricercare una relazione tra grado di dipendenza e motivazione a smettere. I fumatori sono stati divisi in due gruppi: pazienti con dipendenza bassa e media ($n=99$) e pazienti con dipendenza alta e molto alta ($n=48$). Nel primo campione il 29% dei pazienti ha dichiarato una motivazione alta/molto alta; nel secondo solo il 17%.

Abbiamo classificato poi i fumatori in base alla loro storia clinica e quindi alla presenza di altri fattori di rischio per patologie cardio-cerebro-vascolari (BMI, ipertensione, dislipidemia, diabete mellito) e alla presenza di patologie determinate o aggravate dal fumo (cardiopatia ischemica, ictus, malattia vascolare, BPCO, asma, osteoporosi, neoplasie).

CLASSIFICAZIONE CLINICA DEI FUMATORI



I fumatori sono stati divisi in:

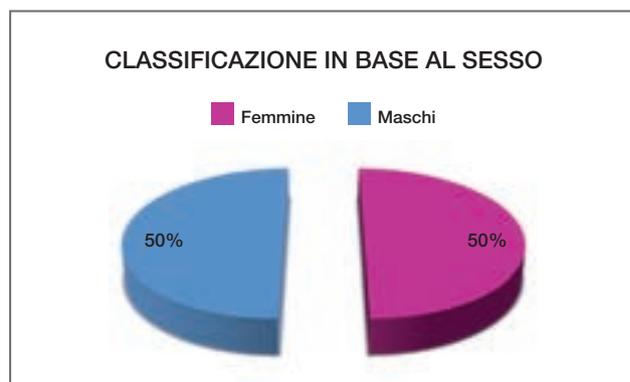
Fumatori a rischio semplice: 48 pazienti, non patologie fumo-correlate, né altri fattori di rischio. 26 maschi, 22 femmine (54 e 46% rispettivamente), età media $41,75 \pm 14,15$ anni. 22 (46%) con grado di dipendenza basso, 16 (33%) medio, 8 (17%) alto e 2 (4%) molto alto. Motivazione a smettere bassa in 9 (19%) pazienti, media in 21 (44%), alta in 16 (33%) e molto alta in 2 (4%) pazienti.

Fumatori a rischio multiplo: 48 pazienti senza patologie ma con altri fattori di rischio, 26 maschi e 22 femmine, età media di $54,87 \pm 13,65$ anni. 14 (29%) grado di dipendenza basso, 12 (25%) medio, 13 (27%) alto e 9 (19%) molto alto. 18 (38%) con motivazione a smettere bassa, 21 (44%) media, 7 (14%) alta e 2 (4%) molto alta.

Fumatori con patologie fumo-correlate: 51 pazienti con patologia fumo-correlata, il 34% del campione. 22 maschi e 29 femmine, età media complessiva di $66,96 \pm 13,70$ anni.

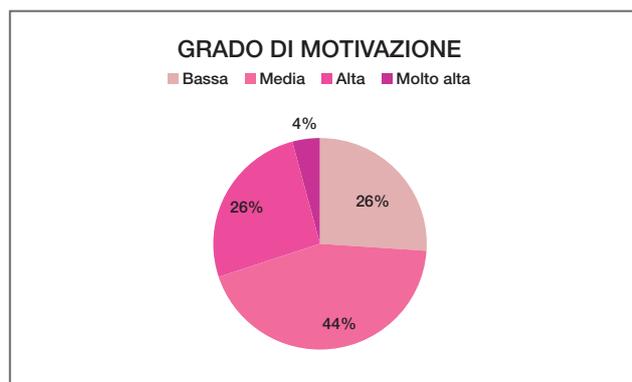
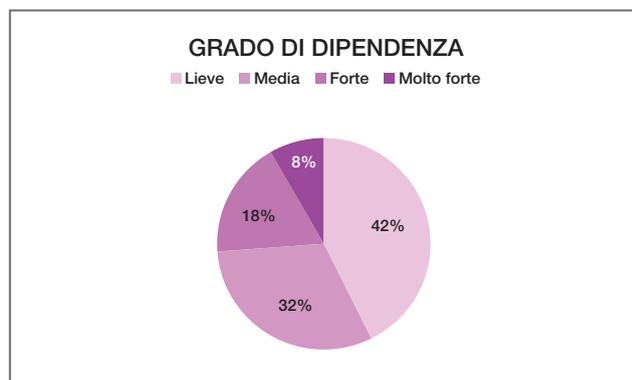
Il grado di dipendenza è risultato basso in 22 (43%) di essi, medio in 13 (25%), alto in 12 (24%) e molto alto in 4 (8%). Mentre il questionario motivazionale ha mostrato una volontà bassa in 19 (37%) di questi fumatori, media in 22 (43%), alta in 9 (18%) e molto alta in 1 (2%).

È stato inoltre valutato il campione in base al sesso.



Femmine

Il gruppo delle donne aveva un'età media di $56,98 \pm 17,59$ e con una durata media di esposizione di $37,94 \pm 16,52$ anni. Il grado di dipendenza è risultato basso in 31 pazienti (42,5%), medio in 23 (31,5%), alto in 13 (18%) e molto alto in 6 (8%). 19 pazienti (26%) hanno dichiarato una volontà a smettere bassa, 32 (44%) media, 19 (26%) alta e 3 (4%) molto alta. Inoltre 30 di esse, ossia il 41%, avevano già smesso almeno una volta, tutte durante la/le gravidanze.



Maschi

I maschi avevano un'età media di $52,60 \pm 16,68$ e una durata media di esposizione al fumo di $34,89 \pm 16,32$ anni. Il grado di dipendenza è risultato basso in 27 di essi (37%), medio in 18 (24%), alto in 20 (27%) e molto alto in 9 (12%). La motivazione a smettere è risultata bassa in 27 (37%), media in 32 (43%), alta in 13 (17%) e molto alta in 2 (3%). Solo 17, ossia il 23% aveva già smesso di fumare almeno una volta.

Pazienti arruolati per la disassuefazione

Dopo la fase identificativa abbiamo deciso di iniziare il percorso di disassuefazione prima di tutto con i pazienti molto motivati, indipendentemente dalla situazione clinica degli stessi. In base al risultato dei questionari motivazionali ci aspettavamo di arruolare 37 pazienti (32 con motivazione alta e 5 molto alta). Alla domanda diretta: "Se le proponiamo di aiutarla e seguirla nel suo percorso ha voglia di provare a smettere ora?", solo 18 fumatori hanno risposto sì e tra questi 15 erano con motivazione alta e molto alta, 2 con motivazione media e uno con motivazione bassa. Tra questi 18 fumatori ben 8 sono pazienti classificati come "a rischio semplice", 5 "a rischio multiplo" e 5 con patologie fumo-correlate.

A questi fumatori abbiamo proposto un percorso strutturato di disassuefazione. A tutti gli altri abbiamo fornito comunque il "minimal advice" e il materiale informativo tra cui anche lo schema di "bilancia decisionale", per spingere il fumatore a riflettere sugli aspetti positivi e negativi del fumo e a rivalutare la sua condizione. Per i fumatori pronti a smettere abbiamo invece previsto una serie di incontri. Abbiamo effettuato una prima visita, coinvolgendo 5 pazienti per volta.

Durante questo incontro abbiamo rivalutato la situazione del sin-

golo fumatore, visitandolo accuratamente, effettuato attività di counselling e fissato insieme l'approccio terapeutico da seguire.

3 pazienti sono stati indirizzati ad un centro antifumo di secondo livello: 2 perché avevano una storia di pluridipendenza e una perché, seppur molto giovane, aveva un grado di dipendenza molto alto e in anamnesi numerosi tentativi di sospensione e ricadute. Inoltre quest'ultima ha espresso apertamente la volontà di poter essere seguita da un centro specialistico.

Per 11 fumatori già la prima visita si è conclusa con la prescrizione di una terapia farmacologica e con la fissazione del "quit day". In particolare, per la gravità della situazione clinica, a 3 pazienti abbiamo prescritto la vareniclina, ad uno il bupropione, per la concomitante presenza di umore depresso e agli altri la NRT in varie formulazioni farmaceutiche.

Con gli altri 4 invece abbiamo svolto attività di counselling, con visite e approcci successivi, perché in realtà la loro motivazione vacillava e loro stessi non ritenevano opportuno intraprendere al momento terapie farmacologiche.

Tra i pazienti posti in terapia farmacologica, alla prima visita di follow up, dopo circa 15-20 giorni, i tre con vareniclina avevano smesso di fumare al quit day e avevano ben tollerato il farmaco, non riferendo alcun problema con l'assunzione dello stesso. Di quelli in terapia sostitutiva nicotinic, 4 avevano smesso completamente di fumare, mentre 3 avevano drasticamente ridotto il numero di sigarette.

Discussione

Il numero di fumatori attivi identificati come fumatori nella cartella clinica è stato abbastanza basso (113 pz), su 1500 assistiti, mentre risulta che in Italia attualmente fuma il 20,8% della popolazione con una prevalenza che è del 24% degli uomini e del 15,5% delle donne (4). Ci saremmo aspettati quindi di identificare almeno 300 fumatori attivi.

Nel periodo di ricerca, circa sei mesi, con una maggiore iniziativa, ne sono stati identificati altri 67, e in un anno avremmo probabilmente identificato almeno altri 67 circa, con un totale di circa 250 fumatori, numero sicuramente più vicino alla realtà.

Se il medico non si attiva a porre domande sul fumo in maniera sistematica e quasi automatica a tutti i suoi pazienti, perde una grossa opportunità, non identificando i fumatori e non cogliendo la possibilità di fornire informazioni sul fumo e stimolando una riflessione.

Tra i fumatori intervistati nell'indagine DOXA del 2012 solo il 14% ha dichiarato di aver avuto dal suo medico il consiglio di smettere di fumare. Questo testimonia che molti Medici di Medicina Generale si occupano ancora troppo poco del problema, affrontandolo solo quando è il paziente a chiedere informazioni o, ancora peggio, in caso di malattia fumo correlata.

Nel campione dei nostri fumatori, equamente distribuiti tra maschi e femmine, con un'età media abbastanza elevata e una lunga storia di fumo, solo 15 hanno meno di 30 anni e di questi solo 7 meno di 20. I giovani raramente si rivolgono al Medico di Medicina Generale medico curante e quindi, a maggior ragione, con questi non bisogna assolutamente perdere l'opportunità di parlare di fumo.

Il grado di dipendenza complessivamente è risultato basso o me-

dio per la maggior parte dei fumatori e solo per il 10% di essi il test di Fagestrom ha diagnosticato una dipendenza molto alta. Se consideriamo i sottogruppi in base alla storia clinica, la percentuale più alta di fumatori con alto grado di dipendenza è risultata tra i fumatori a rischio multiplo (19% contro il 4% dei fumatori sani e l'8% di quelli con patologie fumo-correlate).

Per quanto riguarda il grado di motivazione, quasi tutti i fumatori (75%) hanno espresso una volontà bassa o media a smettere. Dividendo i pazienti per categorie di rischio, la percentuale più alta di fumatori fortemente motivati si è riscontrata un po' paradossalmente tra i fumatori sani (37%), contro il 18% dei fumatori a rischio multiplo e il 20% di quelli con patologie fumo-correlate.

Considerando invece il campione diviso in base al sesso possiamo dire che tra le donne il grado di dipendenza è risultato più basso rispetto agli uomini (74% dipendenza lieve-media nelle donne, 60% negli uomini); più alta nelle donne è invece apparsa la motivazione a smettere (30% motivazione alta-molto alta nelle donne, 20% nei maschi). Un'altra importante differenza tra i sessi riguarda i precedenti tentativi di smettere di fumare: il 41% delle donne contro il 17% degli uomini aveva già fatto almeno un tentativo, tutte in occasione della/e gravidanza/e.

Infine soffermiamoci sui fumatori che abbiamo deciso di trattare. Ci siamo basati nella selezione sia sul grado di motivazione emerso dal questionario, sia sulla risposta alla nostra offerta diretta di assistenza. Dei pazienti intenzionati a smettere (n=37, 25%) ne sono stati arruolati solo 18, 10 maschi e 8 femmine, e 10 di essi avevano già fatto almeno un tentativo di smettere in passato. Ai centri anti-fumo specialistici afferiscono di solito pazienti che sono già motivati a smettere. Il problema principale del MMG è invece trovare i mezzi e gli argomenti per spingere sempre più fumatori a ripensare alla loro condizione.

È estremamente difficile spingere nella direzione giusta i fumatori che non vogliono assolutamente saperne di smettere. Ma se ci si ricorda di affrontare l'argomento ogni volta che se ne presenta l'occasione, capita che si intercetti il fumatore in un momento in cui egli sta "meditando" sulla possibilità di smettere. La perdita di una persona cara, la nascita di un figlio, una malattia inaspettata, possono essere tutte situazioni in cui il fumatore è spinto al cambiamento.

Solo mettendo la "patologia fumo" tra le nostre priorità riusciremo a essere più efficaci e a fare qualcosa di molto importante per il singolo assistito e per l'intera società.

Da un progetto "aziendale" ad un esempio di medicina di iniziativa.

Il progetto ASL potrebbe suggerire una iniziativa per cercare di coinvolgere altri medici della zona per creare una rete volta alla gestione dei pazienti fumatori direttamente sul territorio.

Molti pazienti a cui abbiamo parlato della possibilità di rivolgersi ad un centro specialistico antifumo hanno mostrato resistenze, spesso solo per motivi logistici o di distanza, altre volte perchè i programmi di disassuefazione che i centri propongono (terapie di gruppo, colloqui psicologici) al di là della comprovata efficacia, non sono sempre accettati di buon grado dal paziente, mentre pochi MMG si occupano attivamente di questo aspetto con un'attività dedicata.

Abbiamo quindi pensato alla possibilità di coinvolgere più MMG e attivare un vero e proprio "centro antifumo" del territorio. Ogni medico di medicina generale ha in carico molti pazienti e tra questi molti fumatori, quindi con un'attività integrata si potrebbero raggiungere dei risultati numericamente molto importanti. Le possibilità secondo noi erano o di individuare tra tutti i medici, quei colleghi disponibili a dedicarsi all'attività di disassuefazione e a ricevere i pazienti selezionati e inviati anche dagli altri colleghi del territorio; oppure individuare un medico disposto a recarsi nei vari ambulatori di MMG, preferibilmente nelle forme associative, e lì visitare in un giorno stabilito i pazienti fumatori selezionati dai medici dello studio. Veramente pochi MMG dell'ASL Milano hanno mostrato interesse per questo progetto, rendendosi quindi disponibili a ricevere in studio un medico che intraprenda con i pazienti, da lui individuati e selezionati, un percorso di disassuefazione. Ovviamente non abbiamo dimenticato l'aspetto economico, trattandosi di un carico di lavoro che deve essere necessariamente retribuito anche perché la nostra idea era di offrire gratuitamente il servizio al paziente che già deve sostenere il costo di un'eventuale terapia farmacologica, eliminando così qualunque problema di ordine economico e organizzativo che potesse ostacolare il progetto del fumatore di smettere di fumare. Il risparmio per patologie fumo-correlate potrebbe costituire la motivazione per la parte pubblica, e uno sponsor che sosterrrebbe economicamente questo nostro progetto sarebbe comunque desiderabile.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario nazionale 2011-2012.
- 2) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 3) WHO: Report of the Global Tobacco Epidemic 2008.
- 4) OSSFAD Rapporto annuale sul tabagismo ISS-DOXA. Il fumo in Italia. Maggio 2012.
- 5) Doll R., Peto R., Wheatley K., Sutherland I., Mortality in relation to smoking: 40 years' observation on male British doctors, *BMJ*. 1994 Oct 8; 309 (6959):901-11.
- 6) Peto R., Lopez A.D., Boreham M.T., Heath C., Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from National vital statistics. *Lancet*, Vol. 339, 1268-78, 1992.
- 7) Côté M. L., Kardia S.L.R., Wenzlaff A.S., Ruckdeschel J.C., Schwartz A. G., Risk of lung cancer among white and black relatives of individuals with early-onset lung cancer. *JAMA* 2005; 293:3036-3042.
- 8) World Health Organization International Agency for research on cancer. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, 2002.
- 9) Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010 June 17; 362(24): 2295-2303.
- 10) Benowitz NL. Pharmacology of nicotine addiction and therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*. 1996. 36: 597-613.
- 11) Perozziello F E. Il tabacco: storia, botanica, farmacologia e metodi per smettere di fumare. III edizione.
- 12) Changeux J.P., Stuart J., Edelman S.J., Nicotine acetylcholine receptors from molecular biology to cognition. Johns Hopkins University Press. Baltimore, 2005.
- 13) Dajas-Bailador F, Wonnacott S. Nicotine acetylcholine receptors and the regulation of neuronal signalling. *Trend Pharmacol Sci* 2004; 25:317-24.
- 14) Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med*. 2010 June 17; 362(24): 2295-2303.
- 15) DSM-IV-TR Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, Fourth edition, text revision 2000 – American Psychiatric Association.

- 16) Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 17) Hajek P, West R, Foulds F, Nilsson F, Burrows S, Meadow A. Randomized comparative trial of nicotine polacrilex, a transdermal patch, nasal spray and inhaler. *Arch Inter Med* 1999; 159: 2033-2038.
- 18) Dale LC, Hurt RD, Offord KP, Lawson GM, Croghan IT, Schroeder DR. High-dose nicotine patch therapy, percentage of replacement and smoking cessation. *JAMA* 1995; 274: 1353-1358.
- 19) Ascher JA, Cole JO, Colin J-N. Bupropion: a review of its mechanism of antidepressant activity. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 395-401.
- 20) Balfour DJ, Wright AE, Benwell ME. The putative role of extra-synaptic mesolimbic dopamine in the neurobiology of nicotine dependence. *Behav Brain Res* 2000; 113: 73-83.
- 20) Balfour DJK. The pharmacology underlying pharmacotherapy for tobacco dependence: a focus on bupropion. *Int J Clin Pract* 2001; 56: 395-401.
- 22) Delfs JM, Zhu Y, Druhan JP. Noradrenaline in the ventral forebrain is critical for opiate withdrawal-induced aversion. *Nature* 2000; 403: 430-4.
- 23) Slemmer JE, Martin BR, Damaj MI. Bupropion is a nicotinic antagonist. *J Pharmacol Exp Ther* 2000; 295: 321-7.
- 24) Hall SM, Humfleet G, Maude-Griffin R, Reus VI, Munoz RF, Hartz DT. Nortriptyline versus bupropion and medical management versus psychological intervention in smoking treatment. Society for Research on Nicotine and Tobacco 7th annual meeting march 23 Seattle, Washington. 2001: 31.
- 25) FDA Alert 2/1/2008. Information for healthcare professions varenicline.
- 26) Invernizzi G., Nardini S., Bettoncelli G., et al. The role of General Practitioner in tobacco control: recommendations for a proper management of the smoking patient. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* 2002; 17:55-70.
- 27) Invernizzi G., Bettoncelli G., Nardini S. La lotta al fumo di tabacco: il medico di medicina generale tra nichilismo e nuove strategie.

Il racconto della malattia nel percorso terapeutico del paziente oncologico: un'esperienza di medicina narrativa

The "illness tale" in the therapeutic path of a oncological patient: a narrative medicine experience

Raffaella Rignanese ¹, Giovanni Battista D'Errico ²

¹ Medico di Medicina Generale, Foggia

² Medico di Medicina Generale – Docente Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, Foggia

Correspondence to:

Giovanni B. D'Errico, MD

gb.derrico@gmail.com

RIASSUNTO

La ricerca ha utilizzato lo strumento della medicina narrativa per investigare le esperienze di malattia vissute dai pazienti oncologici. Partendo dalla raccolta e ascolto di racconti ed "illness stories" di pazienti che hanno vissuto personalmente un'esperienza di malattia, ci si è posti l'obiettivo di identificare, mediante l'analisi comparativa delle narrazioni, le dimensioni di significato più rilevanti, gli elementi comuni e ricorrenti per cercare di comprendere il significato dell'esperienza di malattia per il paziente. Lo studio è stato condotto su un campione di dodici pazienti oncologici. Si è utilizzata l'intervista semistrutturata, videoregistrata comprendente undici domande a risposta aperta. I risultati hanno chiarito che 1. La comunicazione della diagnosi rappresenta un evento cruciale e drammatico che cambia la qualità e gli orizzonti di vita del paziente. 2. Dalla relazione col proprio medico i pazienti si aspettano sia una spiegazione scientifica al loro problema che di essere ascoltati e compresi nelle loro paure e sentimenti.

Parole chiave:

medicina narrativa; storie di malattia; ricerca in medicina generale

ABSTRACT

Our research used narrative medicine to investigate experiences of illness lived by oncological patients. Starting by collecting and listening illness stories of patients who personally lived this experience, the goal was to identify what is most relevant, what is in common, what is recurrent in this stories and try to understand the meaning of this illness experience for the patient, using comparative analyses. The study involved a sample of twelve oncological patients and we used recorded semi-structured interviews, which consisted of eleven open-ended questions. Results clarify that 1. Diagnosis communication represent a crucial and dramatic event that changes the future and quality of the patient's life 2. Patients expect from the relationship with their doctor both a scientific explanation of their problem and listening and understanding of their fears and feelings.

Key words:

narrative medicine; illness stories; interview in general practice

Introduzione

Negli ultimi decenni nella medicina si è assistito al progressivo sviluppo di tecnologie di diagnosi e analisi sempre più sofisticate, ma anche a tempi dedicati al paziente sempre più ristretti. Si è posto in secondo piano l'importanza dell'ascolto e trascurato la componente relazionale del rapporto medico-paziente. È in questo contesto che nasce la medicina basata sulla narrazione. Il modello esclusivamente medico basato sull'anamnesi, raccolta dei dati, esami strumentali, trattamenti più o meno invasivi non è adeguato alla persona malata e non è sufficiente ad abbracciare il suo vissuto; la costruzione, l'ascolto e la comprensione delle

"narrazioni" che accompagnano questi vissuti può dare a chi racconta la possibilità di vivere la sua ricerca di senso e a chi ascolta la possibilità di comprendere una realtà più globale e complessa, spesso non definibile nella sola prospettiva biomedica tradizionale. In tale vasto e complesso contesto che sta interessando il mondo della medicina moderna si inserisce il nostro progetto di studio. Ci siamo proposti di utilizzare lo strumento della medicina narrativa per investigare le esperienze di malattia vissute dai pazienti allo scopo di descrivere le loro principali difficoltà ed esigenze, i bisogni espressi e inespresi, in relazione soprattutto alla comunicazione della diagnosi e alla relazione medico-paziente,

con particolare riferimento al paziente oncologico e al medico di famiglia.

Obiettivi

Partendo dalla raccolta e ascolto di racconti ed "illness stories" di pazienti che abbiano vissuto personalmente un'esperienza di malattia, ci si pone come obiettivo quello di identificare, mediante l'analisi comparativa delle narrazioni, le dimensioni di significato più rilevanti, gli elementi comuni e ricorrenti per cercare di comprendere il significato dell'esperienza di malattia per il paziente.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto su un campione di dodici pazienti oncologici arruolati secondo precisi criteri di inclusione (diagnosi recente e/o pazienti in terapia) e di esclusione (pazienti guariti, in follow-up, ospedalizzati, in progressione di malattia). La natura esplorativa della ricerca ha portato ad adottare una strategia di tipo qualitativo che ha visto nell'intervista semistrutturata, comprendente undici domande a risposta aperta, il principale strumento di rilevazione del "dato" esistenziale dei pazienti coinvolti. Le interviste, videoregistrate previo rilascio di consenso informato scritto da parte del paziente, sono state poi trascritte e analizzate attraverso un processo finalizzato ad individuare le tematiche emergenti più ricorrenti e dominanti in grado di attraversare tutte le storie, sulla cui base cercare di interpretare l'esperienza di malattia.

Risultati

La lettura e analisi dei racconti ha portato a identificare sette categorie tematiche, elencate in tabella 1, con le relative unità descrittive più rilevanti, che forniscono una sintesi delle complesse esperienze di malattia vissute dai pazienti. Volendo cogliere gli aspetti principali ed in comune ai dodici racconti in relazione alle tematiche oggetto della ricerca, possiamo senz'altro affermare che:

- La comunicazione della diagnosi rappresenta un evento cruciale e drammatico che cambia la qualità e gli orizzonti di vita del paziente. Se nel linguaggio adottato dai medici sembra esserci la tendenza a razionalizzare e spiegare la malattia in termini scientifici, in modo chiaro, esplicito, distaccato ed essenziale, per il malato, invece, emerge la necessità che questa comunicazione avvenga con gradualità ed empatia, in un clima di partecipazione ed accompagnamento, tranquillità e rassicurazione.
- Dalla relazione col proprio medico i pazienti si aspettano una duplice risposta: una spiegazione scientifica al loro problema di salute, ma anche di essere ascoltati e compresi nelle loro paure e sentimenti. Quindi, una risposta scientifica e "narrativa"; si aspettano che la loro malattia in senso biologico (disea-

se) venga individuata e curata al meglio, ma anche che il loro vissuto (illness) venga compreso e accolto.

Categorie tematiche	Unità descrittive
Dai primi sintomi alla richiesta di cure	<ul style="list-style-type: none"> - L'innominato tumore - Il corpo che parla ... - ... oppure per caso - I luoghi dove inizia
Pensieri e sentimenti della fase iniziale	<ul style="list-style-type: none"> - Scoprire le vie della speranza - L'incomunicabilità della malattia e del dolore - Il difficile ritorno alla normalità - L'attenzione ai particolari
La comunicazione della diagnosi	<ul style="list-style-type: none"> - Il luogo, le parole, il tono, il modo - Pensieri, emozioni, sentimenti - Desideri, aspettative, immaginario
Difficoltà e aspetti positivi nel percorso diagnostico-terapeutico	<ul style="list-style-type: none"> - Gli effetti collaterali delle terapie - Altre problematiche - Il disorientamento del percorso diagnostico - L'incontro con le persone
Il rapporto con i medici specialisti	<ul style="list-style-type: none"> - La ricerca di spiegazioni... ma anche no
Il rapporto con il medico di famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - Il ruolo del medico di famiglia - L'assistenza ricevuta dal curante - Desideri e aspettative
La medicina narrativa nella pratica clinica	<ul style="list-style-type: none"> - Il racconto che informa - Il racconto che cura

Tabella 1

Conclusioni

I medici hanno per professione il compito di ascoltare le storie di malattia, è quindi importante che diventino consapevoli del ruolo che hanno nella costruzione del significato di un'esperienza particolarmente dolorosa e destabilizzante quale è la malattia oncologica. Ciò appare rilevante non solo in una prospettiva umana, ma anche in una prospettiva clinica. Dal nostro studio emerge che il medico, di famiglia ma non solo, deve riappropriarsi del tempo da dedicare al paziente, all'ascolto della sua storia per comprenderne il significato, alla costruzione di una relazione significativa; ciò è possibile utilizzando il metodo della medicina narrativa, una medicina centrata sul paziente, in grado di prendersi cura della persona nella sua totalità e non solo di curare la malattia dal punto di vista biologico, una medicina che si propone l'ambizioso obiettivo di co-costruire con il paziente una "buona storia di malattia".

Studio osservazionale su Bronchite Cronica Ostruttiva e l'Insufficienza Cardiaca Cronica: ricerca e pratica clinica in Medicina Generale

Observational Study on COPD and Chronic Heart Failure: research and clinical practice in Family Medicine

Francesco Chiumeo, Stefania Folloni
Medici di Medicina Generale, Trento

Correspondence to:
Francesco Chiumeo, MD
chiumeo@snamid.org

RIASSUNTO

La comorbidità che evolve in pluripatologia è la sfida assistenziale dei sistemi sanitari di questi anni e, si prevede, lo sarà sempre più di quelli a venire. La letteratura evidenzia che molti pazienti affetti da bronchite cronica ostruttiva ha comorbidità in misura crescente con l'incremento dell'età dei pazienti (4) (8).

La prevalenza dell'insufficienza cardiaca nei pazienti affetti da BPCO si attesta in letteratura, tra il 18 e 25%, emergono dunque importanti bisogni di riconoscimento delle comorbidità per il management di cura di questi pazienti. Queste necessità sono alla base di una ricerca clinica compiuta da un gruppo di medici di medicina generale della provincia di Trento.

Gli obiettivi di questo studio osservazionale e d'intervento clinico sono stati l'analisi di prevalenza dei pazienti con bronchite cronica, nella provincia di Trento, della presenza e rilevanza dell'insufficienza cardiaca, l'individuazione precoce di altre patologie croniche e l'implementazione dell'uso della cartella clinica informatizzata (EMR) come fulcro dell'innovazione della gestione professionale

Parole chiave:

BPCO; insufficienza cardiaca cronica; comorbidità; medicina generale

ABSTRACT

Nowadays comorbidity evolving in pluripathology is the essential challenge for healthcare systems and we can forecast that this challenge will be even tougher in the next future. Literature points out that lots of patients suffering from COPD presents comorbidities to a greater extent as they grow older. The prevalence of heart failure among people affected by BPCO, according to scientific literature, was assessed at 18-25%; this points out the importance of comorbidities' recognition for a proper management of these patients.

These needs are the starting point of a research brought on by a group of general practitioners of the area of Trento. The targets of this observational study are the analysis of the prevalence and importance of heart failure, the early recognition of other chronic diseases and the implementation of the use of patient computerized medical records as the cornerstone of professional management improvement.

Key words:

COPD; chronic heart disease; comorbidities; general practice

Hanno aderito, su base volontaria, 30 medici di medicina generale attivi in provincia di Trento, iscritti alla società scientifica SNAMID o interessati alla ricerca in oggetto, perché già coinvolti in altri studi. Uno dei requisiti essenziali è stato l'uso d'una cartella clinica informatizzata (EMR, elettronical medical record) per poter estrarre direttamente, con una query specifica, i dati di ricerca. Lo studio è durato da maggio 2011 a ottobre 2013, solo 17 medici hanno concluso il lavoro biennale.

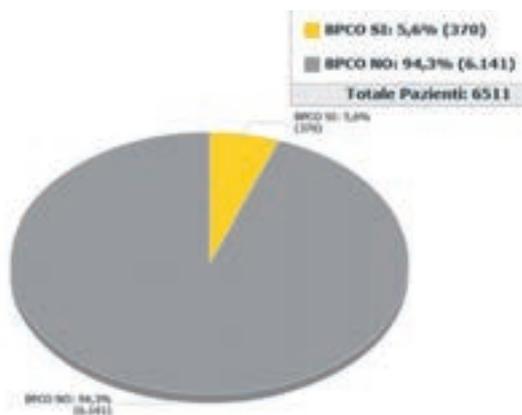
I pazienti oggetto di studio sono stati uomini e donne di età compresa tra i 65 e 98 anni affetti da BPCO in carico ai 17 medici, La selezione dei pazienti è stata eseguita mediante una *query* estratti-

va dedicata che raggruppa in un *database* anonimo gli indicatori clinici e strumentali previsti nel protocollo di studio. Dei soggetti reclutati sono stati considerati i dati antropometrici, abitudine al fumo, diagnosi ICD-9 di BPCO, insufficienza cardiaca e patologie croniche frequenti nella popolazione generale (diabete mellito, cardiopatia ischemica, ipertensione, osteoporosi) e dati relativi a determinati esami ematici e strumentali (NT pro-BNP, spirometria, ecocardiografia, ECG) previsti da un percorso diagnostico e terapeutico condiviso con le strutture ospedaliere provinciali. L'estrazione dei pazienti con diagnosi di BPCO e insufficienza cardiaca è stata intersecata con l'estrazione di classi di terapie 'sentinella' con

indicazione unica o selettiva per la broncopneumopatia cronica ostruttiva e insufficienza cardiaca. A sostenere il profilo cronico del paziente reclutato, il trattamento farmacologico estratto dalla cartella clinica doveva essere di almeno tre prescrizioni o più in un anno. La raccolta dati costruita con questo metodo ha permesso l'identificazione di pazienti con BPCO o IC (insufficienza cardiaca) non codificati precedentemente con diagnosi ICD-9. I farmaci 'sentinella' scelti per la BPCO sono stati: LABA, LABA+ICS, ICS e anticolinergici; per l'insufficienza cardiaca: betabloccanti e glucosidi cardioattivi. Altre classi di farmaci per BPCO e IC sono stati esclusi poiché non sufficientemente selettivi per lo studio e confondenti per una valutazione statistica corretta.

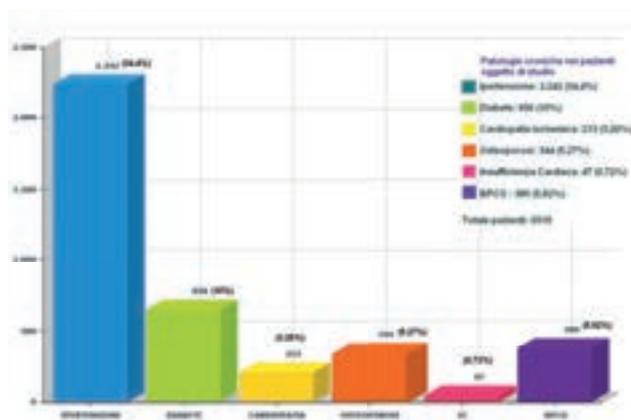
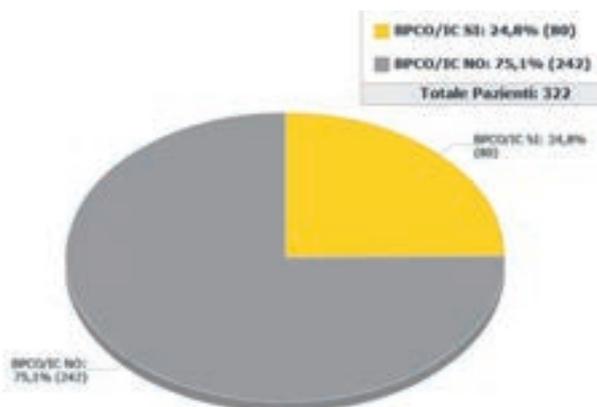
Risultati

La prevalenza di BPCO nei 6511 pazienti ultrasessantacinquenni in carico ai MMG aderenti si attesta al 5,6% per estrazione ICD-9 e 6,5% per estrazione di terapie 'sentinella', mentre sussiste una discrasia nella prevalenza di comorbidità BPCO/IC: la comorbidità rilevata con ICD-9 si attesta al 11,0%, mentre i risultati rilevati mediante terapie 'sentinella' segnalano una comorbidità del 24,8% concordando con i dati internazionali di letteratura.



Solo il 9,2% dei pazienti con BPCO alla diagnosi ICD-9 ha eseguito una spirometria ed eventuale gradazione della patologia respiratoria. La valutazione specialistica con l'NT pro-BNP ed ecocardiografia è stata una procedura usata per tutti i pazienti con BPCO e insufficienza cardiaca sospetta o rilevata.

Il data base raccolto ha permesso anche di rilevare altre comorbidità in percentuale inattesa, ad esempio l'osteoporosi.



Valori assoluti e percentuali di patologie presenti nel campione di studio

L'analisi dei trattamenti adottati dai medici sperimentatori per la BPCO evidenzia i corticosteroidi inalatori come i farmaci più usati, seguiti da anticolinergici e LABA associati.

Discussione

I risultati appaiono significativi nel trattamento dei pazienti BPCO con insufficienza cardiaca poiché conducono ad altre indicazioni del percorso diagnostico, terapeutico e follow-up di patologia di base e della comorbidità.

Il dato BPCO-IC al 24,8%, in linea con i dati internazionali di letteratura (3) (7) è stato raggiunto con la valutazione delle terapie "sentinella", mentre risulta insufficiente il dato diagnostico registrato in cartella secondo ICD-9. La percentuale di diagnosi di BPCO su tutta la popolazione in carico ai medici aderenti allo studio, ricercata con le due metodologie non sono significativamente difformi, ma segnalano una maggior attenzione al momento terapeutico rispetto alla segnalazione in cartella elettronica di diagnosi ICD-9. È importante segnalare che gli esami funzionali del respiro non sono regolarmente usati dai medici sperimentatori e carente è la registrazione dei dati antropometrici, e dell'abitudine al fumo.

La ricerca epidemiologica d'una malattia cronica di lungo corso e la prevalenza di comorbidità significative capaci di incidere nel management del malato appaiono ancora insufficienti per un utilizzo insufficiente degli strumenti propri della cartella clinica elettronica.

Conclusioni

La metodologia di raccolta e valutazione dei dati clinici dello studio ha permesso di estrapolare ulteriori informazioni sulla prevalenza di comorbidità croniche importanti sia nella popolazione generale sia nei pazienti con bronchite cronica ostruttiva. La comorbidità bronchite cronica ostruttiva e insufficienza cardiaca rilevata con la valutazione della terapia sentinella è coerente coi dati internazionali, ma risulta carente l'annotazione diagnostica ICD-9; l'utilizzo delle tecniche diagnostiche (spirometria e indagini per la definizione puntuale dell'IC risulta anch'essa insufficiente. Altro dato significativo di questo studio è la difformità di farmaci utilizzati in prescrizione cronica sia per il trattamento della bronchite cronica che della insufficienza cardiaca rispetto alla linea guida GOLD. Una insolita presenza è l'osteoporosi nell'84,47% dei pazienti affetti da bronchite cronica.

La metodologia proposta per rilevare la comorbidità tra bronchite cronica e insufficienza cardiaca è stata creata con uno sguardo oltre questa comorbidità; alla ricerca d'un obiettivo prospettico di applicazione ad altre patologie croniche ad evoluzione sistemica tipiche della popolazione anziana. La ricerca in Medicina Generale basata sulla cartella clinica è un metodo di notevole significato scientifico, permette di osservare dati reali, che se ben codificati, possono fornire molte informazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Compendio statistico italiano, ISTAT 2012 – cap. 3 sanità e salute
2. Thierry H et Al. *Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure* Journal of American College of Cardiology 2007; 49,2:171-180
3. McCullough PA et al. *Uncovering heart failure in patients with a history of pulmonary disease: rationale for the early use of B-type natriuretic peptide in the emergency department.* Acad Emerg Med 2003;10:198-204.
4. Rutten FH et al. *Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study* BMJ, doi:10.1136/bmj.38664.661181.55 (published 1 december 2005)
5. Rutten et al. *Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease* Eur Heart J 2005;26:1887-94
6. Rutten FH et al. *Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: an ignored combination?* Europ H J 2006
7. Hawkins NM et al. *Primary care burden and treatment of patients with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease in Scotland* Eur J of Heart Failure 2010;12:17-24
8. Van der Wel MC et al. *Non-cardiovascular comorbidity in elderly patients with heart failure outnumbers cardiovascular comorbidity* Eur J Heart F 2007;9:709-715
9. Siebeling et al. *Characteristics of Dutch and Swiss primary care COPD patients - baseline data of the ICE COLD ERIC study* Clin. Epidemiol. 2011 ;3:273-83
10. Barnett K et al. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study* Lancet 2012;July 7: 380
11. Thierry H et Al. *Diagnostic and therapeutic challenges in patients with coexistent Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Chronic Heart Failure* Journal of American College of Cardiology 2007; 49,2:171-180
12. NICE Guidelines CHF August 2010: www.nice.org.uk
13. GOLD Guidelines COPD 2011: www.goldcopd.com

Le domande più frequenti sulle prescrizioni terapeutiche che i pazienti anziani rivolgono all'infermiere

Which are the most recurring questions about prescriptions asked by the elderly patients to the nurses?

Maria Teresa Ceroni

Infermiera di Famiglia – Venezia

Correspondence to:

Maria Teresa Ceroni
mt.ceroni@gmail.com

RIASSUNTO

Che problemi incontrano gli anziani di fronte alla prescrizione di un farmaco fatta dal MMG? Abbiamo raccolto tutte le domande e le considerazioni che i pazienti anziani (> 65 anni) di uno studio di medicina generale hanno esternato all'infermiera presente. Abbiamo visto quali sono i loro dubbi in merito alla prescrizione farmacologica e al rapporto che hanno con il farmacista. I problemi emersi sono molti: pluripatologie, difficoltà nel comprendere e gestire la terapia, paura dei farmaci, bisogno di essere compresi e guidati, preoccupazione riguardo al proprio stato di salute, costi di alcuni farmaci. Gestire al meglio questi problemi e collaborare tra diverse figure professionali ci permette di offrire ai pazienti la migliore assistenza possibile.

Parole chiave:

medicina generale, farmacista, anziano

ABSTRACT

What kind of problems claim to have elderly people facing the prescription of a drug by the GP? A nurse gathered all questions and considerations of elderly patients on this issue. We examined their doubts about prescription and their relationship with the pharmacist. The emerging problems are a lot: many diseases at the same time, difficulty in treatment understanding and managing, the fear of medicines, the need to be understood and guided, the worry about their health and the costs of some drugs. A better management of all these problems and a real collaboration between different health professionals, will give us the possibility to give the patients the best care possible.

Key words:

general practice, pharmacist, elderly

Introduzione

In un ambulatorio di medicina generale l'infermiera collabora continuamente con il medico di famiglia per offrire cure primarie e continue alla persona con un approccio bio-psico-sociale. Il paziente è una persona conosciuta, sappiamo quali sono le sue patologie e conosciamo il suo contesto familiare, lavorativo e sociale. Conosciamo il suo grado di istruzione, le sue paure e le sue sottovalutazioni, le sue abitudini e i suoi desideri. Per questo per i pazienti l'infermiera diventa una figura di riferimento, offre loro consigli sullo stile di vita, li aiuta a trovare soluzione ai bisogni di salute, li aiuta a gestire malattie e disabilità croniche. L'infermiera, essendo costantemente presente, conosce bene i pazienti e offre per questo un servizio basato su un rapporto di fiducia. È proprio

questo rapporto di fiducia che fa sì che i pazienti chiedano qualsiasi cosa che possa chiarire i loro dubbi.

Per quanto riguarda le prescrizioni terapeutiche l'infermiera si trova un po' nel mezzo fra la figura del medico e quella del farmacista, il suo punto di vista e le osservazioni che raccoglie possono essere molto utili al farmacista per capire quello che il paziente pensa, desidera, approva o non approva. È pure interessante mettere a confronto quanto i pazienti dicono all'infermiera, al farmacista o al medico perché spesso ci sono versioni differenti a seconda della figura con cui stanno interagendo.

In un ambulatorio di medicina generale cui fanno riferimento 1500 pazienti entrano mediamente 40 persone al giorno, buona parte di queste si rivolgono direttamente all'infermiera per una

varietà di motivi; si va dalla medicazione all'elettrocardiogramma, da un lavaggio auricolare ad un prelievo di sangue, da un tampone faringeo alla ripetizione di una prescrizione terapeutica. Durante tutta questa attività i pazienti pongono domande e chiedono chiarimenti.

Obiettivi dello studio e Metodi

Ci siamo riproposti di raccogliere tutte le domande che i pazienti anziani fanno ad un infermiere riguardo le prescrizioni terapeutiche, i commenti riguardo i farmaci che venivano loro prescritti e le considerazioni relative al loro rapporto con la farmacia e il farmacista. Le domande, i commenti e le considerazioni sono stati registrati per tre mesi consecutivi. Questi sono stati divisi in due gruppi: a. quelli che riguardavano direttamente la prescrizione medica e b. quelli che prendono in considerazione il ruolo del farmacista relativo alla prescrizione medica.

Risultati 1° gruppo: argomentazioni che riguardano direttamente la prescrizione medica

- Il dottore mi ha cambiato farmaco senza dirmelo/ senza spiegarmi perché.
- Prendo troppi farmaci, ho paura di fare confusione.
- Ho paura che mi abbia prescritto troppi farmaci, che mi faccia male.
- Come devo prenderlo questo farmaco? A che ora? Quanto? Per quanti giorni? Dovrò prenderlo per sempre? Farà interazione con gli altri farmaci che prendo tutti i giorni?
- Mi può scrivere la posologia così non mi dimentico?
- Se prendo questa medicina (prescritta per una patologia acuta) potrebbe peggiorare la mia condizione (di patologia cronica)?
- Credo che questo dosaggio sia eccessivo per me.
- Non l'ho preso tutti i giorni, mi sembrava troppo.
- Ne ho prese solo un paio poi basta, non mi sentivo meglio.
- Il medico si ricordava che sono allergico a quel farmaco?
- Il farmaco equivalente che mi ha prescritto è meno efficace/ mi dà effetti collaterali/ non mi fa bene. So che dovrebbe essere uguale ma per me non è così.
- Posso avere la prescrizione su ricetta "in bianco"? Pago di meno anche se è un farmaco mutuabile.
- Dovrò pagare il ticket? Ma se sono esente di tutto!
- Come questo farmaco è a pagamento? Ma io ho l'esenzione!

Considerazioni

Da queste domande e affermazioni possiamo capire senz'altro che i farmaci hanno un posto di notevole rilevanza nella vita dei pazienti anziani. Sono pazienti affetti in grande maggioranza da pluripatologie, spesso croniche, che a volte proprio per la complessità della terapia, che non mantiene nel tempo un regime semplice, rischiano di avere una scarsa compliance. È importantissimo che il paziente instauri un ottimo rapporto col medico ma anche con altre figure di riferimento, quali infermiere e farmacista, in modo che possa esternare qualsiasi dubbio in merito alla prescrizione, dubbio che anche se può sembrare banale non lo è mai. La comprensione della prescrizione e l'aderenza alla terapia fanno decisamente la differenza. È necessario da parte no-

stra essere certi che il paziente abbia compreso chiaramente la prescrizione, il motivo per cui quel determinato farmaco è stato prescritto, che sappia cosa può aspettarsi a breve, e che sia a conoscenza di eventuali effetti collaterali o ritardati del farmaco. Questo alimenta la fiducia e aiuta l'instaurarsi di una buona collaborazione. A questo proposito è utilissimo un sussidio visivo chiaro e semplice (schema, tabella, scritte colorate o evidenziate) da gettare e rinnovare completamente ad ogni cambio di terapia, in certi momenti può essere necessario anche tutti i giorni.

Molti anziani temono che troppi farmaci o una dose a parer loro eccessiva possa essere dannosa, e non di rado ammettono di non aver assunto il farmaco come da prescrizione, ma in un dosaggio ridotto. Questo fattore può essere migliorato se il paziente non si sente giudicato male per questo, o additato come irresponsabile, ma al contrario compreso e aiutato a capire. Una frase tipo "Vede, la sua pressione arteriosa non è scesa, ma ormai quel che è stato è stato, pazienza, ora le spiego cosa dobbiamo fare perché Lei stia meglio" piuttosto che "Ma chi Le ha dato l'autorizzazione a non prendere i farmaci? Non si rende conto dei danni che può causare?" intimorisce meno la persona che si sentirà incoraggiata a fidarsi e soprattutto, a dire di nuovo la verità in futuro, senza aver paura di essere aggredita, perché c'è qualcuno che la capisce e si preoccupa realmente della sua salute. Tutti immaginiamo la difficoltà che prova un medico che cerca di capire come mai quel farmaco non ha funzionato come sperava, si scervella per pensare alle possibili cause, quando semplicemente quel farmaco non è stato assunto. In questo infermieri e farmacisti giocano un ruolo importante. La nostra figura è meno autoritaria, non rappresenta la regola, l'autorevolezza; è più accogliente e simile a una guida. I pazienti ci ascoltano, cerchiamo di incoraggiarli sempre perché non nascondano nulla al medico, e gli dicano la verità!

Spesso i pazienti sono restii a esprimere le loro preoccupazioni riguardo alla loro malattia, tendono a reprimerle e quindi a non prendere nemmeno in considerazione i vantaggi di un trattamento farmacologico. A volte è più semplice "dimenticare" di prendere un farmaco o prenderlo solo saltuariamente. Infermieri e farmacisti spesso fungono da valvola di sfogo dei pazienti. Dobbiamo avere la capacità di indirizzarli dal medico, prima che di loro spontanea volontà modifichino o interrompano un trattamento in modo avventato, magari in seguito a un fastidioso effetto indesiderato.

Non meno importante il fattore costi, spesso è un problema che ha un gran peso. La maggior parte dei pazienti anziani ha un'entrata fissa a cui far riferimento e la prescrizione di un farmaco costoso può alterare la gestione di quell'entrata. È giusto e doveroso informare la persona del costo del farmaco, e nel caso sia rilevante, tener conto anche di questo al momento della prescrizione o della consegna del farmaco, se non vogliamo avere un altro motivo che ci porterà ad avere a che fare con una scarsa aderenza alla terapia.

Risultati 2° gruppo: argomentazioni che prendono in considerazione il ruolo del farmacista relativo alla prescrizione medica

- Preferisco andare nella farmacia privata, in quella comunale non mi seguono bene.

- In quella farmacia il farmacista mi conosce/ siamo amici/ mi fa lo sconto/ mi tratta bene. Preferisco andare lì.
- Sul banco della farmacia c'è tanto materiale informativo che riguarda alcuni farmaci, è molto utile.
- Preferisco andare sempre in quella farmacia perché è comoda, vicina a casa. Tanto i farmaci li prescrive il medico, quindi una farmacia vale l'altra.
- In quella farmacia hanno tanti prodotti naturali/omeopatici, e prima di prendere farmaci vorrei provare con qualcos'altro, mi dirà il farmacista cosa.
- Sono andato direttamente in farmacia per un disturbo non grave, senza passare dal medico.
- Ogni volta che mi cambiano marca, cambia il colore e la forma della scatola e/o delle pastiglie e io vado in confusione e non capisco più niente, e poi finora è andata bene così, non vedo perché dovrei cambiare.
- Io voglio seguire scrupolosamente la prescrizione del medico, mi fido di quello che ha prescritto quindi prendo quello, non voglio nessun farmaco sostitutivo.
- In farmacia mi offrono sempre il generico, ma sanno che non lo voglio, mi da fastidio!
- Posso farmi dare anche il generico o è meglio l'originale? Preferisco essere sicuro, anche se costa di più.
- Il farmaco originale costa troppo, preferisco prendere il generico, sarà lo stesso.
- Ci sono troppo poche compresse nella scatola, finiscono subito.
- Dovrebbero vendere le pastiglie sfuse, sarebbe più comodo e prenderemmo solo quelle che servono, senza tanti sprechi!
- Dovrebbero darci i farmaci continuativi direttamente in farmacia senza di bisogno di passare di qui a farci fare la ricetta, tanto sono sempre quelli.
- Il prezzo sarà lo stesso in qualsiasi farmacia?
- Ce l'avranno in farmacia o è un farmaco che si usa poco e mi toccherà ordinarlo e tornare dopo a prenderlo?
- Il farmacista mi ha detto che questo farmaco non è più in commercio, mi consiglia quest'altro che è molto simile, va bene?
- In farmacia mi hanno dato questi integratori, dovrebbero aiutarmi per la stanchezza, posso prenderli?
- In farmacia ci vado almeno una volta alla settimana, prendo un sacco di medicine.

Considerazioni

Vediamo che i pazienti ripongono una buona fiducia nel farmacista di riferimento, i consigli che lui da vengono senz'altro presi in considerazione e spesso ascoltati. Molte volte il paziente si rivolge prima al farmacista che al medico, per problematiche che

possono apparire di poco conto, ma anche per situazioni più complesse. Il farmacista avrà la competenza necessaria per capire fino a quando un paziente può evitare di rivolgersi al medico, e quando invece questo risulta necessario. I pazienti si aspettano che le valutazioni del farmacista a questo proposito siano le migliori. Valutano in modo più che positivo l'intervento del farmacista che li incoraggia a porre fiducia nel loro medico e li guida verso una sempre più piena consapevolezza della loro condizione di salute. Questo li aiuta senza dubbio ad aderire pienamente e senza indugi alla terapia prescritta.

Il paziente desidera poter contare sul farmacista di fiducia per avere chiarimenti riguardo al proprio stato di salute e ai farmaci che sta assumendo. Un'autentica collaborazione e comunicazione tra medici infermieri e farmacisti potrà garantire la piena soddisfazione delle sue aspettative, facendogli arrivare un messaggio unico.

I pazienti non vedono e non temono uno sconfinamento del farmacista nell'attività del medico, non riferiscono che venga mai modificata la prescrizione di un farmaco, la posologia, il dosaggio, ma apprezzano che vengano loro indicati eventuali errori nella gestione della terapia, anche al fine di ridurre gli sprechi che possono verificarsi nel caso in cui i farmaci siano male utilizzati.

Conclusioni

Ognuno nella sua diversità e unicità cerca e vuole il meglio per sé stesso.

Una buona comunicazione tra medico, infermiere e farmacista può essere una grande marcia in più per poter fornire al paziente la miglior assistenza possibile. Non è raro che il farmacista noti un'incongruenza o un errore nelle prescrizioni, o che valutandole con il paziente scopra che non c'è stata comprensione o che non c'è addirittura intenzione di aderire alla terapia. Non è raro che l'infermiere noti che quel farmaco che dovrebbe essere continuativo non viene in realtà prescritto da mesi, o viene richiesto al contrario troppo spesso. Con un attimo di attenzione in più possiamo facilmente individuare e risolvere questi problemi e dare ai nostri pazienti quello di cui hanno bisogno.

Come professionisti della salute questo ci donerà soddisfazione professionale e di certo valorizzerà il nostro operato.

BIBLIOGRAFIA

1. G.Maso, A. Semenzato: Infermiera e medico di famiglia. Passoni Editore, Milano; 2005.
2. G.Maso: Le età della vita. Passoni Editore, Milano; 2007.
3. M.Bisconcini, G.Maso, N.Mathers: The European Textbook of Family Medicine: Passoni Editore, Milano; 2003.

La corretta comunicazione medico-paziente in Medicina Generale

Proper communication between doctors and patients in General Practice

Filippo Zizzo

Medico di Medicina Generale; Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Responsabile Nazionale Area Psicologia Clinica SIIICP

Correspondence to:

Filippo Zizzo, MD
zizzofil@tin.it

RIASSUNTO

La comunicazione medico-paziente è parte integrante della pratica clinica. Se fatta bene, la comunicazione produce un effetto terapeutico nel paziente di per se. Recentemente sono stati creati programmi di formazione per migliorare e misurare le capacità di comunicazione che tuttavia sono sempre rimasti confinati negli ambiti accademici, senza coinvolgere i professionisti della Medicina Generale lasciando le performance comunicative alla capacità individuale. Eppure il modo in cui un medico comunica informazioni ad un paziente è tanto importante quanto l'informazione, tanto che la ricerca ha dimostrato come un'efficace comunicazione medico-paziente possa migliorare la salute del paziente in modo quantificabile.

Parole chiave:

comunicazione; medicina generale

ABSTRACT

Communication between doctors and patients is an essential part of clinical daily practice. If appropriate, communication brings itself a therapeutic effect. Lately, many classes have been developed to improve communication skills but these projects almost always regard the academic community, cutting out the professionals of General Practice that base their communication skills only on their own individual capacities. And yet the way a physician tells something to a patient is just as important as the information itself and clinical research has highlighted that a proper communication between doctors and patients improves patients' health in a quantifiable and substantial way.

Key words:

communication; general practice

La comunicazione medico-paziente è parte integrante della pratica clinica. Se fatta bene, la comunicazione produce un effetto terapeutico nel paziente di per se. Recentemente sono stati creati programmi di formazione per migliorare e misurare le capacità di comunicazione. Molti di questi sforzi, tuttavia, si sono concentrati essenzialmente all'interno della specialità di psichiatria e nell'ambito psicologico rimanendo isolati in ambienti strettamente accademici. Pertanto, la capacità di comunicazione del MMG operato da un lavoro vario che spesso, per non dire sempre, lo distoglie dalla sua specifica attività di diagnosi e cura, rimane poco sviluppata e lasciata alla capacità individuale. Il modo in cui un medico comunica informazioni ad un paziente è tanto importante quanto come l'informazione stessa viene comunicata. I pazienti che capiscono i loro medici sono più propensi a riconoscere i problemi di salute, capire le opzioni di trattamento, modificare il loro

comportamento di conseguenza, e seguire i loro piani farmaci terapeutici (1-4). La ricerca clinica ha dimostrato che una efficace comunicazione medico-paziente può migliorare la salute del paziente in modo quantificabile, tanto quanto avviene per i farmaci, fornendo così una spiegazione parziale per l'effetto placebo riconosciuto costantemente nei trial clinici (1-4). Decenni fa, si riteneva che i MMG affinassero la capacità "sottile" di comunicazione al capezzale dei pazienti, durante i periodi di formazione in ambito ospedaliero e come studenti seguendo i propri maestri. Oggi, la comunicazione e le competenze interpersonali del medico non sono più visti come modelli personali immutabili che emergono durante i vari periodi di pratica, ma, piuttosto, come un insieme di comportamenti misurabili e modificabili che devono e possono adattarsi alle necessità emergenti. Sulla base della letteratura scientifica sul valore di una comunicazione efficace, i MMG do-

vrebbero essere sempre più formati sulle tecniche di *ascolto attivo ed empatico, indagine, spiegazione, consulenza (counseling), e motivazione*.

Ciò nonostante le barriere alla comunicazione efficace tra pazienti e medici sono in crescita. Nonostante dati attendibili che indicano che la durata media dell'incontro medico-paziente non sia cambiata in modo significativo negli ultimi anni (5), indagini indicano una correlazione tra la partecipazione del paziente nelle scelte di salute e visite in studio più brevi (6-7) inoltre, ostacoli derivanti dalla linguistica e differenze culturali, già significative nell'attuale multiculturalismo italiano, non faranno che aumentare nei prossimi anni la difficoltà di comunicazione (8-9). Inoltre le informazioni mediche e gruppi di supporto che si trovano su Internet, mentre potenzialmente potrebbero essere una grande risorsa per educare e motivare i pazienti verso una salute migliore, finiscono per mettere in discussione il tradizionale ruolo del medico quale counselor (10-11) riducendo anche l'incontro faccia a faccia con il medico. Tutto questo non deve indurre a trascurare le abilità comunicazionali ma anzi a perseguirle con maggiore decisione.

Durante il tipico tempo di 10-15 minuti di incontro medico-paziente, il medico fa delle scelte per quanto riguarda le sfumature delle parole, le domande, i silenzi, i toni e le espressioni facciali. Queste scelte possono sia migliorare o sia sminuire il livello globale di eccellenza dell'outcome comunicazionale. Certamente, ogni medico deve sviluppare un suo proprio stile di comunicazione tuttavia molte organizzazioni professionali e accademiche hanno definito gli elementi chiave delle capacità di comunicazione necessarie ai medici in generale ma maggiormente ai MMG. Ad esempio, l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (USA) raccomanda che i medici debbano diventare competenti in cinque aree operative principali della comunicazione: (I) ascolto efficace, (II) acquisizione di informazioni usando efficace capacità di suscitare interrogativi, (III) fornire le informazioni utilizzando efficaci competenze esplicative; (IV) consulenza e educazione dei pazienti, e (V) prendere decisioni informate sulla base delle notizie del fornite dal paziente e delle sue preferenze (12-13). Il contatto diretto influenza i risultati medici; esistono studi che hanno documentato il modo in cui una buona comunicazione sia in grado di ridurre i costi relativi alla salute (14-15), ridurre le visite al P.S. (16), controllare meglio la malattia cronica (17) e aumentare il senso di gratificazione del paziente (18).

Processo di comunicazione

Il rapporto interpersonale rappresenta un evento straordinariamente complesso, in quanto richiede il preciso intreccio di un'ampia gamma di interventi attuati dai comunicanti. La conoscenza dei meccanismi di comunicazione da parte del medico consente di raggiungere tre obiettivi:

1. Assumersi la responsabilità di guidare con maggiore di consapevolezza la propria comunicazione con il paziente.
2. Scegliere gli scopi precisi di quanto intendiamo comunicare (chiedere, ricordare, consigliare, prescrivere).
3. Mantenere sempre l'attenzione sulle modificazioni che avvengono nella relazione con il paziente mentre dialoghiamo.

Ciò inoltre permette di aiutare il paziente ad apprendere o trovare un linguaggio che gli consenta di vivere il problema in maniera

più gestibile (19).

Domandiamoci ora come avviene il processo di comunicazione e prendiamo in esame la teoria della "informazione" (20). Una fonte di informazioni (emittente)emette un messaggio che viene codificato in un segnale attraverso un apparato trasmittente; questo segnale viaggia attraverso un canale, lungo il quale vi possono sovrapporre disturbi di vario genere; a fine del canale è posto il ricevente che decodifica il messaggio e "può" attraverso una decodificazione adeguata capire l'informazione emessa. È chiaro da questo schema che i punti deboli della comunicazione sono certamente numerosi e si possono manifestare ai seguenti livelli:

- a livello di **trasmissione**
- a livello di **canale comunicazionale scelto (verbale / non-verbale)**
- a livello di **ricezione**
- a livello di **decodifica**
- a livello di **feed-back (positivo/negativo)**

Presupposto fondamentale perché si abbia una comunicazione è che ricevente ed emittente condividano uno stesso codice; infatti solo in questo modo è possibile un atto di decodificazione, vale a dire la comprensione del messaggio. Ciò prevede l'uso di uno stesso linguaggio, tanto è vero che una causa ovvia di insuccesso comunicativo è proprio una lingua parlata diversa dal paziente e dal medico (21). La incomprensione che ne segue conduce a frustrazione e rabbia sia per il paziente sia per il medico (22). A questo punto si deve prendere in esame le componenti essenziali della comunicazione.

La comunicazione tra emittente e ricevente è bilaterale e reversibile. Il messaggio deve contenere un significato. Deve esistere una flessibilità, cioè deve esistere un adattamento da parte di entrambi per comunicare e farsi capire e dall'altro lato indicare comprensione e partecipazione ai messaggi. Qui il medico deve possedere una adeguata capacità empatica deve cioè essere concorde e conforme alle inclinazioni del paziente e possedere la capacità di porsi nella sua situazione con una adeguata partecipazione emotiva personale Empatia.(23).

Empatia: Capacità di porsi nei panni del paziente e quindi vedere la malattia dal suo punto di vista. È costituita da tre elementi: sentire la malattia come viene vissuta dal paziente, comprendere razionalmente ciò che il paziente fa per contenere la sua ansia di malattia, comunicare la propria attenzione al punto di vista del paziente.

La situazione fondamentale della comunicazione è il dialogo. Lo schema di comunicazione non può essere avulso dall'ambiente particolare in cui la comunicazione ha luogo. Da ultimo va ricordato che il carattere fondamentale della comunicazione umana consiste nell'essere un atto guidato nei suoi aspetti generali dalla consapevolezza, un atto dunque intenzionale. Per citare Watzlawick (23) si può sostenere che la comunicazione è "tutto il comportamento e non solo il discorso è comunicazione e tutta la comunicazione compresi i segni del contesto interpersonale influenza il comportamento". Secondo l'antropologo Mehrabian la comunicazione avviene tramite il 38% con il tono della voce, il 7% con le parole e con il **55%** con il linguaggio del corpo (24). Quest'ultimo è definito *comunicazione non verbale*.

La comunicazione non verbale o altrimenti nota come analogica

svolge diverse ed importanti funzioni nel comportamento sociale dell'uomo ed è largamente usata in modo inconscio. Questo significa che se con le parole esprimiamo qualcosa e con il canale verbale non esprimiamo inconsciamente il suo contrario il paziente ricevente il messaggio altrettanto inconsciamente riceverà soprattutto il messaggio non verbale. La congruità delle due componenti la comunicazione consentirà di raggiungere gli obiettivi comunicativi in modo certamente più efficace.

Ma dunque ora è giunto il momento di domandarsi quando una comunicazione può dirsi efficace e la risposta può essere resa in questi termini:

- si tratta di una comunicazione patient-centered (25)
- Il medico voglia veramente comunicare
- Il medico sappia esattamente cosa vuole comunicare
- Il medico conosca perfettamente bene le caratteristiche del paziente-ricevente

Ciò detto la comunicazione sarà adeguata alle aspettative del paziente quando il medico darà una comunicazione

Completa, Chiara (cioè commisurata al grado di ricettività del paziente), **Semplice, Concisa**

E aspetto per niente indifferente il "paziente deve essere disponibile a ricevere la comunicazione del medico".

Per migliorare ulteriormente la comunicazione vanno aggiunte secondo la necessità:

il **SILENZIO**

i **FACILITATORI PARAVERBALI** (es. sì, certamente)

la **RICAPITOLAZIONE** (frasi da parte del medico che sintetizzano e riassumono le opinioni espresse del paziente)

È indispensabile poi che il paziente si senta "ascoltato". Il medico tende mediamente a parlare per due terzi del tempo che, nella visita, è dedicato al colloquio. Parla per spiegare, per convincere, per indicare comportamenti utili per il paziente ma spesso parla troppo e senza chiari obiettivi. Si deve perciò parlare meno ma in modo più efficace scegliendo le parole efficaci e consentendo le richieste di spiegazioni. Si può sostenere in sintesi che i due strumenti indispensabili per migliorare la comunicazione sono le *domande centrate* ed il *silenzio*.

Impedimenti alla comunicazione

Vediamo qui di seguito in sunto le barriere alla comunicazione :

Distrazione

Assunto non formulato

Incompatibilità di schemi

Intervento di meccanismi inconsci

Presentazione confusa

La distrazione può essere definita come tutti i fattori che interferiscono con la ricezione di messaggi estranei al messaggio in se o all'interpretazione dello stesso da parte del paziente-ricevente (es. tensione ambientale, tensione interna, non conoscenza del mezzo di comunicazione). La maggior fonte dei fraintendimenti nella comunicazione quotidiana è data dal fatto che chi parla assume dei presupposti che non ritiene necessario rendere espliciti al paziente ed è questo il caso dell'assunto non formulato (26). Esistono schemi molto comuni all'interno di una cultura, tali che si può sostenere che tutti gli appartenenti a quella cultura li con-

dividano ma altri a volte sono specifici per gruppi di popolazione e famiglie tali da essere quindi inconciliabili tra loro. Se gli schemi sono opposti e c'è rigidità di vedute la comunicazione diventa impossibile. Chi riceve l'informazione tende ad interpretarla secondo i suoi desideri e i suoi timori; può accadere pertanto che la paura di sentirsi dire qualcosa di grave da parte del medico possa fare ignorare al paziente stesso parti importanti di ciò che il medico comunica. Da ultimo va ricordato che l'uso eccessivo di parole come: ma, nonostante, se, eccetto, a meno che, diversamente e l'uso di doppie negazioni spesso porta a confondere il messaggio piuttosto che migliorarlo sia per l'emittente che per il ricevente.

Un consiglio : va ricordato che se si ha il corpo in posizione frontale rispetto al paziente tale condizione viene interpretata dal paziente come disponibilità mentre se siamo in posizione angolare cioè naso di fronte ed ombelico di sbieco ciò equivale ad un segnale di disinteresse o di rifiuto. Inoltre non va mai dimenticato che la relazione medico paziente rimane sempre una relazione asimmetrica anche con tutti gli accorgimenti sin qui ricordati.

Dalla teoria alla pratica

E ora consideriamo cinque comuni tipologie di paziente che si incontrano comunemente negli studi di Medicina Generale, indicando quali mezzi si possano usare per migliorare, correggere, finalizzare la nostra comunicazione agli obiettivi che ci si propone di ottenere.

I caso: **il paziente che non riesce a farsi capire**

Si mangia le parole. È ambiguo dice e disdice. Afferma, indica bisogni e poi li disconferma. È farraginoso e privo apparentemente di un obiettivo preciso. Il medico gli ridice le cose "sbagliando volontariamente" modificandone una che appare importante nell'economia generale del discorso.

Il caso: **paziente lamentoso**

Paziente che pensa che solo facendo la vittima ottenga ascolto e quindi un risultato; il medico manda un messaggio che fa risaltare la possibilità che esistono alternative migliori per presentare i propri bisogni.

III caso : **paziente logorroico**

Questo paziente parla, parla ma in definitiva dice ben poco di sé, anzi crea una barriera marcata sui suoi veri problemi. Il medico può:

1-interrompere il ritmo: Es. "un attimo, mi spieghi meglio!"

2-cambiare approccio: Es. "come va la pressione"

3-porre delle regole del gioco: Es. "La prego ora di darmi ascolto"

IV caso : **paziente aggressivo**

Questo paziente ce l'ha con noi sia per il fantomatico ruolo di potere che rivestiamo sia per eventuale errore commesso da noi. Il medico può lasciare sfogare e quindi direttamente indicare il da farsi. Non sarà mai utile impedire le rimostranze del paziente, esse saranno sempre ripresentate in futuro.

V caso : **paziente invasivo**

Fa di tutto per essere al centro dell'attenzione sia verbalmente che a livello comportamentale. Il medico può dare regole precise e contenere così l'ansia invasiva del paziente.

Ricordare:

Regola: ciò che si permette che succeda in una relazione, abbastanza

da diventare una legittima aspettativa nostra e/o dell'altro. Quindi, se si trascrivono ricette senza protestare, tutte le ricette che il paziente XY chiede, perché non si vuole affrontare una discussione o non si ha tempo, ciò sarà percepito dal paziente come regola. Per cambiarla sarà necessario uno sforzo pesante. Se le comunicazioni fra medico e paziente assumono regolarità e sono avvertite in un qualche modo come importanti da entrambi, si assestano su "regole relazionali" concordate implicitamente, che possono essere riassunte in questo modo: "siamo d'accordo che fra me e te può succedere questo e non può succedere quest'altro".

Consigli utili in caso di aggressioni e tentate violenze

Le aggressioni fisiche ai danni dei medici sono decisamente in aumento come spesso riportato sia dalla stampa nazionale che dalla stampa internazionale. Rimane la casistica tuttavia ampiamente misconosciuta per svariati motivi: es. non si vuole danneggiare la figura professionale oppure la gestione dell'aggressione è andata a buon fine e quindi non si fa denuncia della stessa, non si ritiene opportuno dare il via ad una escalation di aggressioni, etc. Uno studio risalente al 1989 fatto in Gran Bretagna nel Midland dimostrava che la maggioranza degli incidenti si verificavano preferenzialmente nella sala d'aspetto e si limitavano alla sola violenza verbale, di questi esclusivamente il 3% esitava in violenza fisica conclamata. Le punte massime di violenza poi si sono sempre registrate durante le ore notturne e le visite domiciliari (27). Due terzi degli aggressori erano maschi; generalmente si trattava dei pazienti stessi o di loro parenti e la grande maggioranza era costituita da soggetti di età inferiore ai 40.

Identikit del soggetto violento

maschio

< 40 anni di età

tossicodipendente

economicamente in fascia vicino alla povertà

disturbato psichiatricamente

disoccupato

Inoltre sono soggetti che non posseggono capacità linguistiche e culturali per esprimere i loro disagi e ciò porta ad una frustrazione marcata che per l'appunto può sfociare in aggressione.

Di fronte a soggetti carichi di grave aggressività è opportuno evitare tassativamente il confronto. Il linguaggio corporeo che deve essere espresso deve indurre un senso di calma: le palme delle mani devono essere aperte non chiuse a pugno o serrando le braccia sul torace tenendosi a ragionevole distanza (circa 1,2/1,5 m.) (Fig.9) dal soggetto, muoversi non a scatto e tentare di rilasciare la mandibola che serrata è esplicito segno di "attacco". Il contatto oculare deve continuare ma in modo sereno ed amichevole tentare cioè di avere una pupilla midriatica e la voce deve essere tranquilla e normale cioè non deve essere acuta o peggio con un tono elevato di voce.

Tuttavia è bene ricordare che in questi casi la priorità sta nella autopreservazione; lo scopo è evitare il pericolo, non correggere errori osservati.

Cercare qualsiasi via di fuga e verificare se gente che possa venire in aiuto. Si sa, la prima risposta a queste situazioni può essere l'indignazione e la rabbia ma è importante liberarsene e agire per preservarsi dal danno imminente!(27)

Linguaggio corporeo da assumere in caso di aggressione

tenere la calma

mantenere una ragionevole distanza

rilasciare le mani

mantenere mascella e mandibola rilassate

mantenere un confortevole e non minaccioso contatto oculare

Body language osservazioni generali e qualche consiglio

È facile individuare una persona sicura: questo soggetto mantiene un prolungato contatto oculare e ha una postura forte e decisa. Sta seduto in modo adeguato e corretto. Non dimenticare: un contatto oculare duraturo si può trovare anche tra amanti o membri della stessa famiglia.

Se una persona parla a un ritmo veloce e borbotta o non è chiaro su ciò che sta dicendo ciò indica che può essere nervoso o può mentire, cercando di prendere tempo, o non dire la piena verità. Il viso sul quale si disegna un tic involontario, veloce e solitamente inconscio esprime la sensazione di qualcosa che irrita, ben difficilmente qualcosa che diverte. L'osservazione attenta del contesto è la chiave per comprendere in modo corretto il linguaggio del corpo. Tenere sempre a mente che ogni persona ha il proprio linguaggio corporeo unico chiamato comportamento di base e ciò va conosciuto per evitare interpretazioni errate. Prestare particolare attenzione ai cambiamenti del linguaggio corporeo, piuttosto che al linguaggio del corpo in sé stesso. Se una persona guarda in alto verso il cielo, o ai lati degli occhi di solito sta riflettendo. Alcune persone toccano il viso e / o giocano con i capelli quando vogliono indurre sensazioni sensuali, talora inconscie. Quando una persona chiude gli occhi più a lungo del tempo necessario del normale ammiccamento, ciò di solito significa che si sente stressato, è in allarme, o prova un senso di disperazione (anche se si può pensare che il soggetto indossi lenti a contatto e in quel momento siano secche ma in tal caso la chiusura delle palpebre è accompagnata di solito dallo sfregamento degli occhi). Quando una persona si lecca le labbra è un segno che prova simpatia nei confronti dell'interlocutore. Per diventare più consapevoli linguaggio corporeo un buon esercizio è guardare un DVD di un film togliendo l'audio come se si fosse sordi ogni sera per tre settimane di fila e poi verificare cosa viene detto valutando il grado di comprensione dei sentimenti espressi. Questo aiuterà a capire il linguaggio corporeo in modo apprezzabile. La mancanza di contatto oculare è un sintomo della sindrome di Asperger. Coloro che soffrono di questo morbo spesso guardano la bocca di chi parla piuttosto che gli occhi, a causa del forte disagio nel mantenere un contatto visivo (28)(29)(30).

Per approfondire l'argomento riguardante il body language in tutti i suoi minimi aspetti si consiglia di visitare il seguente sito in lingua inglese ma facilmente comprensibile, altamente didascalico e preciso nei contenuti: <http://www.businessballs.com/body-language.htm#eyes-body-language>

BIBLIOGRAFIA

- 1 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995;15(9):1423-1433.
- 2 Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, Lee JY, Ming EE, Markson LE, et al. Discontinuation of

- use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. *JAMA*. 2002;288(11):1403-1409.
- 3 Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):29-35.
 - 4 Bogardus ST Jr, Holmboe E, Jekel JF. Perils, pitfalls, and possibilities in talking about medical risk. *JAMA*. 1999;281(11):1037-1041.
 - 5 Mechanic D, McAlpine DD, Rosenthal M. Are patients' office visits with physicians getting shorter? *N Engl J Med*. 2001;344(3):198-204.
 - 6 Hu P, Reuben DB. Effects of managed care on the length of time that elderly patients spend with physicians during ambulatory visits: National Ambulatory Medical Care Survey. *Med Care*. 2002;40(7):606-613.
 - 7 Balkrishnan R, Hall MA, Mehrabi D, Chen GJ, Feldman SR, Fleischer AB Jr. Capitation payment, length of visit, and preventive services: evidence from a national sample of outpatient physicians. *Am J Manag Care*. 2002;8(4):332-340.
 - 8 Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*. 2003;118(4):293-302.
 - 9 Kundhal KK, Kundhal PS. *MSJAMA*. Cultural diversity: an evolving challenge to physician-patient communication. *JAMA*. 2003;289(1):94.
 - 10 Jacob J. Consumer access to health care information: its effect on the physician-patient relationship. *Alaska Med*. 2002;44(4):75-82.
 - 11 van Woerkum CM. The Internet and primary care physicians: coping with different expectations. *Am J Clin Nutr*. 2003;77(4 Suppl):1016S-1018S.
 - 12 Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, et al. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Acad Med*. 2004;79(6):511-520.
 - 13 Accreditation Council for Graduate Medical Education. Toolbox for the evaluation of competence. Available at <http://www.acgme.org> Accessed 7 July 2004.
 - 14 Cronan TA, Hay M, Groessl E, Bigatti S, Gallagher R, Tomita M. The effects of social support and education on health care costs after three years. *Arthritis Care Res*. 1998;11(5):326-334.
 - 15 Simmons J, Chakko S, Willens H, Kessler KM. Cost-effectiveness in clinical cardiology. II. Preventive strategies and arrhythmia therapies. *Chest*. 1996;110:256-262.
 - 16 Bolton MB, Tilley BC, Kuder J, Reeves T, Schultz LR. The cost and effectiveness of an education program for adults who have asthma. *J Gen Intern Med*. 1991;6:401-407.
 - 17 Tildesley HD, Mair K, Sharpe J, Piaseczny M. Diabetes teaching—outcome analysis. *Patient Educ Couns*. 1996;29:59-65.
 - 18 Piette JD. Satisfaction with care among patients with diabetes in two public health care systems. *Med Care*. 1999;37(6):538-546.
 - 19 Byrne P. Doctors talking to patients. HMSO-1978
 - 20 Shannon C., Weaver W. *La teoria matematica delle comunicazioni*. Milano. Etas Kompass-1971.
 - 21 Slama-Cazacu T. *Introduzione alla psicolinguistica* – Bologna- Patron-1973.
 - 22 Schwenk T.L., Romano S.E. *Managing the difficult physician-patient relationship*-A.F.Physician-1992.
 - 23 Watzlawick P. *Pragmatica della comunicazione umana* –Roma- Astrolabio-1971.
 - 24 Mehrabian, Albert (1972). *Nonverbal Communication*. Chicago, IL: Aldine-Atherton
 - 25 Berwick, Don. "What Patient-Centered Should Mean: Confessions of an Extremist". *Health Affairs Web Exclusive*. Retrieved 25 March 2011.
 - 26 Parry J. *Psicologia della comunicazione umana*- Roma- Armando-1967.
 - 27 Hobbs F.D.R. *Aggression towards general practitioners* – Chapman & Hall-1994
 - 28 Si veda: "Adam" film del 2009 diretto da Max Mayer, eccellente spiegazione della sindrome di Asperger.
 - 29 Borg, James. *Body Language: 7 Easy Lessons to Master the Silent Language*. FT Press, 2010, ISBN 978-0-13-700260-3.
 - 30 Pease, Allan (October 21, 2004). *The Definitive guide to Body Language*. Chapter 1: Orion Media. ISBN 0752861182.

Un passo avanti. Nuove, possibili sfide per la sopravvivenza delle cure primarie

The way forward. Possible new challenges for a surviving primary care

Francesco Carelli

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

Correspondence to:

Francesco Carelli
francesco.carelli@alice.it

RIASSUNTO

I medici di medicina generale godono di una posizione privilegiata per rendersi conto in tempo di pregi e difetti del sistema sanitaria di cui fanno parte. Inoltre essi, forse in misura maggiore rispetto agli specialisti, sanno bene che il successo terapeutico a lungo termine è il risultato di un lavoro di squadra: con le famiglie e le comunità per migliorare la rete di supporto sociale, con i colleghi specialisti per migliorare i percorsi di cura e con le altre professionalità delle cure primarie per risolvere una grande varietà di problematiche assistenziali.

Parole chiave:

medicina generale; lavoro in squadra; sistemi sanitari

ABSTRACT

General practitioners enjoy a prominent position to notice on time what is wrong and what is good about the healthcare systems of which they are part of. Primary care doctors often appreciate, better than specialists, that long-term success requires working with others: with families and communities to improve social support, with many varieties of specialist to improve care pathways, with extended primary care teams to deal with a full range of problems.

Key words:

general practice; team working; healthcare systems

Family doctors are better placed than other professions to see what is wrong with all parts of healthcare and better placed to recognise the value of collaborative solutions. Most of the world came to recognise this as long ago as 1978 at the Alma Ata consensus conference and Barbara Starfield has demonstrated it in her comparison of healthcare systems: an high quality, cost-efficient healthcare system needs to have broad-visioned primary care at its heart.

The reason is that generalists have everyday experience of the causes of failure and ingredients of success. Primary care generalist (not just family doctors) witness the causes of system failure all the time because patients come to complain about them – not merely failures in one discipline or one hospital, but full range of healthcare experience. Also, primary care doctors often appreci-

ate, better than specialists, that long-term success requires working with others: with families and communities to improve social support, with many varieties of specialist to improve care pathways, with extended primary care teams to deal with a full range of problems.

It may be true that competition is helpful for quality treatment of discrete episodes, but in more complicated situations (that is most situations) collaboration between disciplines is a more powerful determinant of quality.

The heightened sensitivity of family doctors to the multiple impacts on health and disease comes from spending so much time teasing apart complex entanglements of social, emotional and medical features of patients who present a "universe of meaning" who walks into a family doctor consulting room, often containing

myriad intertwined issues, many of which are better suited to low-tech, coordinated local solutions than to expensive specialist referral.

Heightened awareness of the problems does not mean that family doctors are the best people to solve them. Taking family doctors away from consulting rooms takes away the experience that makes their insights so valuable. Historical processes have prevented systematic exploration of the world beyond the practice front door and this has inhibited understanding of how to make whole systems work. General practice is not acting as part of a wider system of care even to support the co-ordination of core general practice work, such as end-of-life care.

An early task is to work out which tasks family doctors should do and which ones should be done in partnership with others. Success requires that all family doctors and managers increase understanding about broader issues than the treatment of diseases within general practice. It would be a waste of time for family doctors to divert energy towards the cat and mouse game of hospital system for payments. On the hand family doctors are likely to spot the gaming quicker than others, so a hot line to divert someone else's attention to it is a good idea.

Effective commissioning will facilitate broad and visionary partnerships for well being and social support. It will monitor existing care pathways and engage with the complexity of redesigning them to become better value. It will cause a culture of reflection and inquiry and increase local skills of applied research, including service evaluations. There needs to be a collective effort to work out how to do these things that includes primary care insights without taking too much of their time.

Commissioning is much more than buying services – it requires annual cycles of collective reflection and coordinated action for a raft of improvements that engage a multitude of people. To facilitate such complex collaborative improvements, we need to become skilled at unfamiliar techniques that help whole organisations, systems and networks to learn and co-evolve, systems mapping, coordinated data capture, large group interventions, learning networks. These will allow large numbers of doctors

and managers to meaningfully engage with the complexities of whole system improvement, spreading the load in a way that has high impact of culture and low impact on personal time. There are three stages of commissioning a new service. First there's the need to identify what is wrong with the present situation, second to pilot better ways to do things, then to improve relationships between different services to redesign them. It is not enough to merely apply evidence generated in another place because every context is different, with different needs, different range of exiting services and different competencies. In any case, every innovation has unexpected impacts, both good and bad, we need to have alert minds to see these. We live in a dangerous and dismantling moment of history. What happens next could destroy the NHS completely as chasing invoices and over-emphasis on technical fixes makes us sleepwalk into the same mistakes made by insurance policy dependent, disparity filled American healthcare system. Conversely, imaginative and courageous family doctors could lead the renaissance of the NHS, redefining "public service ethos" as a disciplined adherence to processes of collaborative improvements. It could set traditional general practice values of family & community care in a modern context where relationships really matter and where the simplistic notion of markets and targets is set inside broad consensus, fuelled by ongoing relationships building across disciplinary and institutional boundaries. We face a new conceptual challenge in healthcare and in educating the next generation of primary care providers. A new pedagogy of flexible thinking skills and collaborative practice will be needed to embrace the transformation we are part of, welcome or not. Technology like the internet is more than a form of information exchange, it can empower creative thinking in shared dialogic spaces beyond time and physical limitations. We are all busy. There is a tremendous amount of excellent material available to us in libraries and web pages around the world. Many professionals are learning new ways of thinking, with new tools for joined up working to provide excellent and personalized care for the real people presenting to us each day.

Cure Primarie e Paziente Anziano



VENEZIA | 14 -15 OTTOBRE 2016

RAZIONALE

La settima edizione del Geriatrics in Primary Care si propone come un'arena in cui tutti i protagonisti delle cure primarie dell'anziano si incontrano, interagiscono scambiandosi saperi ed abilità con l'obiettivo condiviso di migliorare la qualità della vita e le cure delle persone anziane. Il sistema di erogazione dell'assistenza, i rapporti fra discipline e la libertà professionale saranno oggetto della prima sessione del congresso. Analizzeremo insieme il "peso specifico" dell'anziano nella pratica medica e faremo il punto sulla epidemiologia dell'età avanzata. Si metteranno a fuoco i trattamenti più indicati per le patologie croniche prevalenti e si identificherà per ognuna il modello più utile di follow-up nelle cure primarie. Ancora una volta la finalità è quella di implementare, fin da subito, le abilità da mettere in atto nella pratica quotidiana. La rapida evoluzione della tecnologia medica, le nuove possibilità offerte dalla information technology e il near patient testing stanno modificando in maniera irreversibile la figura del medico e dell'infermiere imponendo un nuovo modello organizzativo e proponendo un cambio epocale di paradigma nei rapporti medico-paziente. Anche a questo tema sarà dedicata una sessione del convegno. Interdisciplinarietà, collaborazione e team sono le parole chiave dell'incontro; lo scambio di opinioni, di conoscenze, di idee e di proposte fra discipline ne saranno il vero motore. Grazie ancora a tutti coloro che hanno contribuito a far diventare questo congresso un evento atteso, grazie a tutti coloro che parteciperanno alla conferenza apportando conoscenza, problemi e sfide perché senza di loro non ci sarebbe evoluzione.

PRESIDENTE

GIUSEPPE MASO

*Società Italiana Interdisciplinare
per le Cure Primarie
Italian Journal of Primary Care - Venezia*



SEDE

Istituto Veneto di Scienze,
Lettere ed Arti
Palazzo Franchetti
Campo S. Stefano 2945
30124 Venezia
Tel. 041 2407711
Fax 041 5210598
www.istitutoveneto.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Fenix Srl

Via Ugo Foscolo, 25
27100 Pavia
Tel. 0382 1752851
Fax 0382 1752852
e-mail: info@fenix-srl.it



Cure Primarie e Paziente Anziano



VENEZIA | 14 -15 OTTOBRE 2016

MAIN TOPICS

FORMAZIONE, LIBERTÀ E PROFESSIONE

MEDICINA DI FAMIGLIA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE: CONSIDERAZIONI PER UN LAVORO DI SQUADRA

COMUNICARE CON L'ANZIANO

POLIPATOLOGIA E POLITERAPIA

NEAR PATIENT TESTING. RISORSA PER IL MIGLIORAMENTO DELLE CURE PRIMARIE

ECOGRAFIA BEDSIDE E CURE PRIMARIE

ECOGRAFIA E PAZIENTE GERIATRICO

LA GESTIONE DELLA BPCO: DALLA MEDICINA DELLE EVIDENZE ALLA MEDICINA DELLE CONOSCENZE. QUANDO L'INNOVAZIONE DIVENTA "GOOD PRACTICE"

LE PATOLOGIE INFETTIVE ACUTE DELLE VIE RESPIRATORIE

LE CAUSE DI MORTE IN ETÀ AVANZATA

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DELLA INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

PREVENZIONE DELL'ICTUS E DELL'EMBOLIA SISTEMICA NEI PAZIENTI CON NVAF

PROFILASSI TROMBO EMBOLICA NEL PAZIENTE CON ICTUS

IL "CHRONIC CARE MODEL" NEL FOLLOW-UP E NELLA PREVENZIONE SECONDARIA DEL PAZIENTE DOPO ICTUS CEREBRALE

LA VECCHIAIA NELL'IMMAGINARIO OCCIDENTALE

DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA DELL'ANZIANO IN STRUTTURA PROTETTA

CRITERI DIAGNOSTICI DELLO SCOMPENSO

TERAPIA DELLO SCOMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO PER POLIPATOLOGIA: EVIDENZE E SOSTENIBILITÀ

LO STUDIO SPRINT: ANALISI DEI RISULTATI

QUANTO PESA LA PATOLOGIA CARDIOLOGICA NELLE CURE PRIMARIE

UPDATE SUL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DEL DIABETE

FOLLOW UP DEL PAZIENTE DIABETICO E ASPETTI DELLE CURE PRIMARIE

L'IPOTIROIDISMO NELL'ANZIANO

IPB NUOVI APPROCCI TERAPEUTICI

INCONTINENZA URINARIA: LA PUNTA DI UN ICEBERG DA FAR EMERGERE

Adenuric[®]

febuxostat

