

IJPC

Italian Journal of Primary Care

Italian Journal of Primary Care | August 2016 | Vol 6 | No 2 | Registrazione Tribunale di Foggia n. 13/08 | Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale - DL 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB 51/FG

TOPICS:

Libertà, formazione, professione

I medici di famiglia e le comunicazioni ASL

Il paziente rifugiato e la Medicina di Famiglia

Deprescribing per contrastare gli effetti avversi

Comunicazione e Partnership nella relazione medico paziente

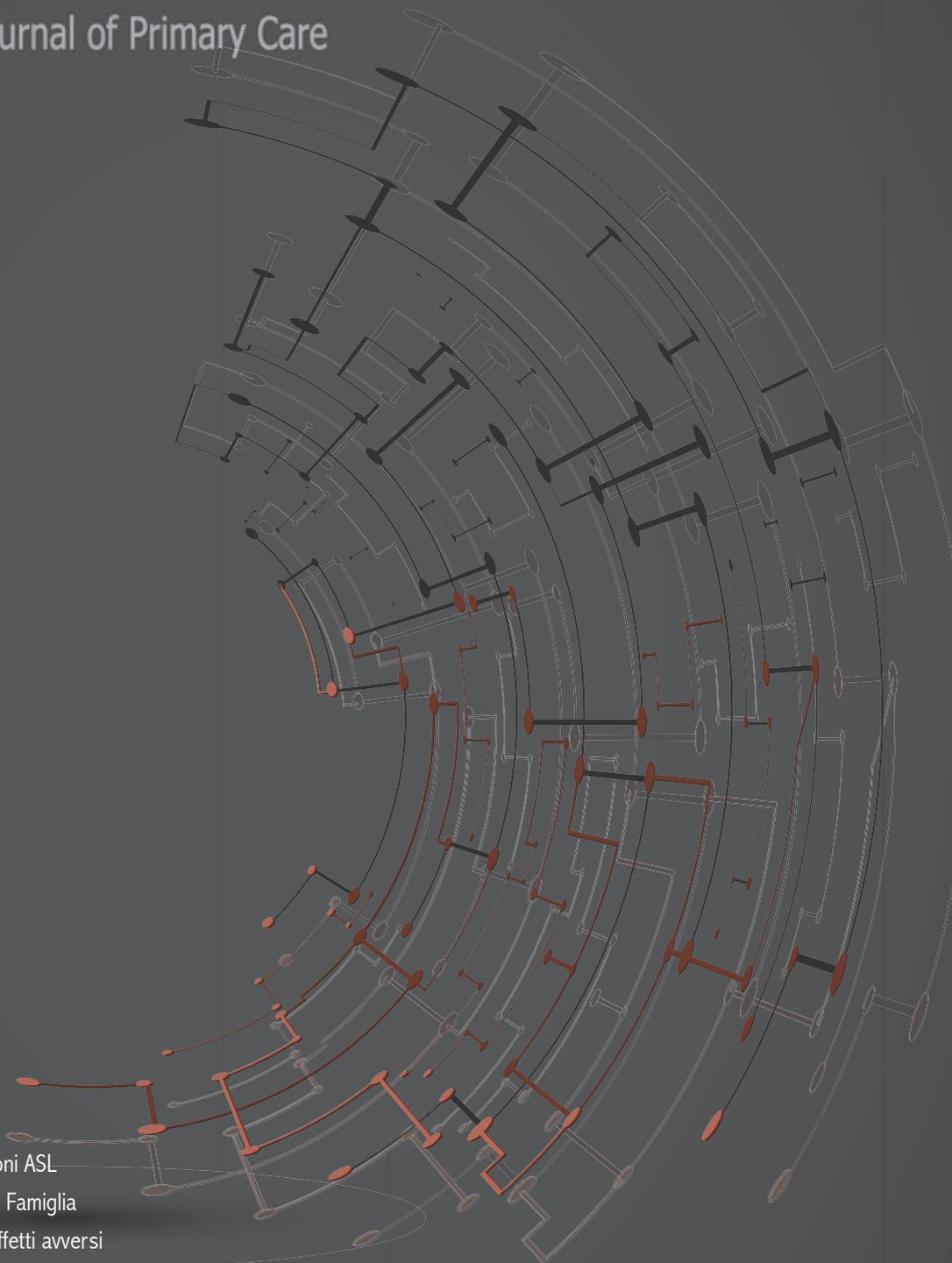
L'aumento di prevalenza del RCV all'Aquila dopo il terremoto

Aumento dell'indice della massa grassa e riduzione del eGFR in atleti di calcio, all'inizio della preparazione e durante lo svolgimento della manifestazione

Utilità degli esami di laboratorio per il MMG per la diagnosi delle malattie reumatiche

Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle Cure Primarie

EURACT Statement on Family Medicine Undergraduate Teaching in all European Universities





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.

70016 Zona Commerciale Parchitello, 10

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

info@communicationlaboratory.it

Marketing & Advertising

Communication Laboratory s.r.l.

70016 Zona Commerciale Parchitello, 10

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 2, 2016 - Finito di stampare ad agosto 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*
Formazione, libertà e professione in medicina generale
Education, freedom and profession in general practice

Articles

Articoli

Focus on | Approfondimento

- 7 *Giuseppe Maso, Carmelo Barolo*
Cosa pensano i medici di famiglia delle comunicazioni che ricevono dalla Asl
Ps and communications from Health Districts

Clinical Practice | Pratica Clinica

- 10 *Ugo Russomando, Paolo Evangelista*
Il paziente rifugiato e la medicina di famiglia
Family Medicine and refugees

Rosario Falanga

- 14 **Deprescribing per contrastare gli effetti avversi della politerapia nell'anziano**
Deprescribing to reduce the adverse effects of polypharmacy in the elderly

Original Research | Ricerca

- 18 *Annamaria Giannetti*
Comunicazione e Partnership nella relazione Medico-Paziente
Communication and partnership in the medical-patient relationship

Walter Lapenna, Paolo Evangelista

- 21 **L'aumento di prevalenza del Rischio Cardiovascolare all'Aquila dopo il terremoto del 6 aprile 2009**
The increase of prevalence of Cardiovascular Overall Risk in L'Aquila's population before 6th April 2009 earthquake

Colucci G, Motolese P, Motolese F, Lemma A, Colucci V, Colucci E, Pecorella C, De Mattia D, Notaristefano A, Robusto F

- 28 **Aumento dell'indice della massa grassa e riduzione del eGFR (tasso presunto di filtrato glomerulare) in atleti di calcio 5 campionato serie A1, inizio della preparazione e durante lo svolgimento (60 giorni) della manifestazione**
Increase of the fat mass and reduced eGFR (glomerular filtration rate presumed) athletes in football series A1-five, beginning of the preparation and during the course (60 days) of the event

Reviews

Rubriche

Pointing Up | in Evidenza

Giovanni Di Giacinto

33

Utilità degli esami di laboratorio per il medico di medicina generale per la diagnosi delle malattie reumatiche

Usefulness of the laboratory tests for the general practitioner for the diagnosis of rheumatic diseases

Primary Care | Cure Primarie

Rosario Falanga, Lisa Pillot

43

Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle Cure Primarie

General practitioner and Psychologist together in primary care

Continuing Medical Education | Educazione Continua in Medicina

EURACT Basic Medical Education Committee

50

EURACT Statement on Family Medicine Undergraduate Teaching in all European Universities

Formazione, libertà e professione in medicina generale

Education, freedom and profession in general practice

Giuseppe Maso

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

Correspondence to:

Giuseppe Maso, MD

giuseppe.maso@siicp.it

RIASSUNTO

Il Codice di Deontologia Medica sancisce che l'esercizio professionale del medico debba essere fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità senza sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsivoglia natura. L'obiettivo di questo scritto è riflettere su quanto questo concetto sia realmente applicabile all'operato quotidiano in un Medico di medicina generale che operi nel nostro Paese e nel nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Parole chiave:

medicina generale; professione; libertà

ABSTRACT

The Medical Professional Ethics states that the practice of this profession has to be based on the principles of freedom, independency, autonomy and responsibility without undergoing private interests, impositions or pressures. The aim of this work is to reflect on the actual pertinence of this concept to the professional daily behavior of an Italian GP working in our country, in our National Health System.

Key words:

family practice; profession; freedom

Cosa si intende per libertà professionale.

L'articolo 4 del Codice di Deontologia Medica recita: "l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura."

Ma quanto è realmente applicabile di questo articolo per un medico di medicina generale che esercita nel nostro paese? Il Sistema Sanitario italiano (SSN) è di tipo Beveridge, finanziato dalla fiscalità generale e quindi governato dallo Stato con un modello organizzativo di tipo gerarchico-normativo. Questo modello presenta alcune differenze significative nei confronti di quello gerarchico-professionale (Regno Unito, Olanda ecc.) e di quello non-gerarchico-professionale (Germania), in questi ultimi la "professione" ha un ruolo determinante nella formazione e nella organizzazione del sistema di erogazione delle cure. In Italia i meccanismi procedurali e burocratici di gestione del SSN nel corso degli anni sono diventati talmente pesanti da costituire una macchina che influenza molto l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità dei medici.

Cosa influenza la libertà professionale.

La medicina generale è una disciplina che costantemente evolve perché costantemente evolvono la società e le conoscenze scientifiche, molti sono i fattori che la influenzano ed essi costituiscono una vera e propria cosmogonia, un sistema planetario in movimento continuo.

Ma numerose sono anche le aree di interesse che interferiscono con i principi di indipendenza, autonomia e responsabilità. Anche queste aree costituiscono un sistema in continua mutazione, un sistema le cui sfere interagiscono fra loro. Esse sono: la politica, l'organizzazione del lavoro, la burocrazia, la formazione, le linee guida, la tecnologia, i pazienti.

La politica.

I rapporti tra lo Stato e la Medicina Generale sono disciplinati da un Accordo Collettivo Nazionale (ACN), tale accordo definisce diversi livelli di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale. A livello nazionale prevede la definizione del rapporto ottimale, la definizione di ruolo, funzioni e compiti, modalità e ambiti della libera professione e un processo "condiviso" di determinazione dei percorsi e linee guida per efficacia e appropriatezza. La negoziazione regionale prevede tra l'altro la realizzazione della appro-

priatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse; prevede il sistema informativo fra operatori, strutture associate, distretti, aziende sanitarie e regioni e prevede anche l'organizzazione della formazione di base, specifica, continua e aggiornamento. Gli obiettivi di carattere generale della contrattazione regionale sono i livelli essenziali di assistenza (LEA), l'assunzione condivisa di responsabilità da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico sulla scorta di quanto definito dalla programmazione socio-sanitaria e l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali. A tutti i livelli di contrattazione le organizzazioni sindacali hanno responsabilità del governo clinico e nell'ACN si sottolinea come la mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca. L'accordo regola il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali tra MMG e le ASL per lo svolgimento nell'ambito e nell'interesse del SSN dei compiti e delle attività relative ai settori: Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei servizi territoriali, Emergenza sanitaria territoriale.

Già leggendo quanto riportato dell'ACN si possono fare delle considerazioni circa l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità del medico di medicina generale che opera in regime di "convenzione". Parole chiave sono: "condivisione", "assunzione condivisa di responsabilità", "organizzazioni sindacali". Queste termini si concretizzano nella pratica quotidiana in PDTA (Percorsi Diagnostici e Terapeutici Assistenziali) e RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che la medicina generale è invitata a rispettare con un comportamento uniformato e condiviso. Uniformato, ovviamente verso una delega della patologia ad una struttura di secondo livello e condiviso in una maniera "comunitaria" dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, essa è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega (sindacale, politica o a commissioni) alla decisione di condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica può essere imposta. Si presuppone che i medici di medicina generale siano tutti uguali (e probabilmente si vuole che lo siano) e, ancora una volta, si mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, organizzazione di reparti o di ambulatori ospedalieri condizionino il comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento per la gestione delle patologie le linee guida internazionali. La medicina generale è la specialità che si fa carico delle malattie frequenti e, se non c'è bisogno di tecnologia costosa o manovre specialistiche, queste non dovrebbero mai essere delegate ad un secondo livello. Emerge chiaramente nell'ACN il ruolo determinante delle organizzazioni sindacali nella formazione e nel governo clinico e contemporaneamente emerge in tutta la sua drammaticità l'assenza del mondo accademico e delle società scientifiche nazionali ed internazionali. La rappresentanza sindacale spacciata per rappresentanza scientifica della Disciplina, una accettata "normalizzazione" della professione con esclusione di qualsiasi condotta non "condivisa" attraverso protocolli, formazione locale e regole prescrittive. Un comportamento uniformato previsto per regolamento con un livellamento delle prestazioni. Esempi

eclatanti di tali "regolamenti" esproprianti professione alla medicina generale sono i piani terapeutici rilasciati dallo specialista per la prescrizione di farmaci di malattie frequenti (es: diabete) o la necessità di visita specialistica per il rilascio dell'esenzione ticket per patologia (reale strumento lobbistico). Regolamenti dannosi per le cure primarie e dannosi per la vera specialistica e l'eccellenza. Anche per questo la medicina generale italiana è molto lontana dallo standard europeo. La percezione che la gente ha della medicina generale è diventata per questo quella di una "medicina di base" che delega per incompetenza. È evidente come sia assolutamente necessario ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla medicina generale impantanata in una elefantica giungla burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina che da arte liberale si è trasformata in arte servile, una medicina non più antropocentrica ma orientata al sistema più che al paziente.

Organizzazione del lavoro

Nella bozza del prossimo ACN si legge: I medici di cure primarie operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie).

La UCCP rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi. La UCCP garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Tutti i medici di cure primarie partecipano obbligatoriamente alle attività della UCCP di riferimento nel rispetto della programmazione regionale.

I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale, avvalendosi dei sistemi informativi regionali.

Nonostante che nella bozza di ACN si legga che le AFT sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, il livello di negoziazione regionale sembra prevedere modelli differenti. La Regione Veneto, per esempio, implementa lo sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, definendone il contratto di esercizio tipo e prevedendo forme transitorie a termine per una graduale estensione del modello su tutto il territorio regionale.

In Europa l'organizzazione del lavoro varia da paese a paese a seconda che il modello sia di tipo liberale, regolamentato o a salario; in Francia ed in Germania prevalgono ancora gli ambulatori con un solo medico, in Olanda e nei Paesi del nord Europa prevalgono gli studi associati. L'organizzazione dipende dal sistema di pagamento delle prestazioni mediche, dalle modalità di accesso alle cure primarie, dalla disponibilità di attrezzature e dalla libertà o meno di acquisire nuovi pazienti-clienti. In nessuna nazione europea è stato imposto in maniera coatta ai medici di associarsi e in ogni caso di non avere la possibilità di scegliere liberamente i colleghi con cui lavorare. Le regole imposte alla medicina generale italiana hanno di fatto impedito lo sviluppo "spontaneo" degli studi medici ponendoli all'ultimo posto in Europa per attrezzature e clinical skills, in realtà, e paradossalmente, ci sono più attrezzature diagnostiche e servizi nelle farmacie che negli ambulatori. Si giustifica l'imposizione delle aggregazioni con la maggior disponibilità oraria e la conseguente diminuzione dell'afflusso al Pronto Soccorso, eppure qualsiasi addetto ai lavori sa benissimo che i motivi per cui la gente si reca al Pronto Soccorso sono indipendenti dall'orario di apertura degli studi e sono ben altri: l'accesso immediato alla specialistica, l'accesso alla diagnostica, la mancanza di tessera sanitaria, l'ipocondria, la mancanza di fiducia nella medicina generale, il secondo parere per una diagnosi di cui non ci si fida, eccetera. Il Pronto Soccorso è diventato un ambulatorio di primo livello che fa da gatekeeper alla specialistica e che può fornire, nella maggior parte dei casi gratuitamente o a basso costo, in tempi brevi prestazioni per cui ci sono lunghi tempi di attesa. Il numero dei codici bianchi ne è la riprova così come lo è il fatto che non vi è alcuna diminuzione del ricorso al Pronto Soccorso dei pazienti dei medici che operano in medicine di gruppo integrate. Il Governatore della Regione Veneto ha appena annunciato (Il Gazzettino 21.7.2016) la disponibilità di una applicazione per lo smartphone anti-code: il Pronto Soccorso da luogo dell'emergenza ad ambulatorio di cure primarie.

Il fatto che i medici di medicina generale debbano aderire obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale e che queste siano condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione pone ancora degli interrogativi. Le cose che riguardano la vita intima dell'individuo sono faccende politiche o sono faccende strettamente domestiche? Con il Fascicolo Sanitario la politica entra nella sfera dell'intimità. Il fatto che gli aspetti privati rientrino nella sfera amministrativa attraverso moduli, ricette o prescrizioni è ormai accettato come "naturale" come se il corpo non fosse più proprietà privata ma oggetto della bio-politica.

La burocrazia

La professione è soffocata da una burocrazia smisurata, i medici della Ulss 13 Veneto hanno ricevuto l'anno scorso 199 comunicazioni dagli uffici amministrativi. Tali comunicazioni, di provenienza prevalentemente distrettuale, riguardavano gli argomenti più disparati: dalla richiesta di pulizia di liste di pazienti alla trasmissione di reportistica varia, dalla procedura per richiedere un trasporto

in ambulanza alla trasmissione di "raggruppamenti di attesa omogenei" per la richiesta di prestazioni di secondo livello, dall'elenco dei farmaci da prescrivere in DPC agli inviti ai "corsi di formazione" organizzati dalla Asl, dai Piani Diagnostici e Terapeutici "concordati" alla sottoscrizione di inviti agli screening, ecc. Un accanimento esasperante che impedisce anche al medico più motivato di continuare a lavorare con serenità. L'implementarsi quotidiano di complicazioni prescrittive, le difficoltà alla prescrizione della diagnostica, il difficile districarsi, anche con avanzati sistemi informatici (che richiedono a loro volta tempo e applicazione), tra note, codici ed esenzioni impediscono ancor di più il dedicarsi alla cura, aumentano il contenzioso con i pazienti e portano via risorse allo sviluppo professionale. L'influenza della smisurata componente burocratica sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il "governo amministrativo", le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'omogeneizzazione di una professione, sempre più pianificata, impedisce il merito ed è frustrante per i migliori, impedisce la crescita e, ancora una volta, confonde l'efficacia con l'efficienza. Ogni medico è unico nonostante la formazione, il programma per una medicina generale migliore non può che passare attraverso un progetto "umanistico" che preveda il rispetto del talento, delle capacità di relazione e della professione di ciascun professionista. Un programma che preveda il riconoscimento pieno della medicina generale come specialità (come in tutti i paesi evoluti) e che nei programmi il recupero di funzioni, compiti, abilità e considerazione.

La formazione

Nella bozza di ACN si legge: Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività di mmg. In ciascuna Regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti sindacali proposto a ... fornire indirizzi sui temi di formazione di interesse regionale (70% del totale x 10 sabati x almeno 40 ore)

L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà. Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando. Chi pensa ai professionisti in termini di "classe" o "categoria" pensa in termini omogeneizzanti, tutti uguali, ma ogni atto medico ha una responsabilità individuale; non esiste una responsabilità della "classe medica" o della "categoria dei medici di famiglia", ogni singolo atto è merito o demerito di un singolo che non può scomparire in un limbo classificativo. Questo incasellamento senza riconoscimento del

merito individuale è un limite alla libertà ed è causa di infelicità. Il talento senza riconoscimento non ha alcun valore. In Italia per quanto riguarda la medicina generale, questo incasellamento è causa di sudditanza verso le altre specialità che si sentono investite di un "sapere" superiore e che si sentono per questo in diritto di insegnare e giudicare. Da noi il talento ed il merito sono frutto della posizione, del setting lavorativo e della carriera, esattamente il contrario di quanto dovrebbe avvenire. Questo stato di cose è talmente radicato nella mentalità comune che ormai la maggior parte dei medici e dei pazienti sono convinti che un ospedaliero ne sappia di più di un medico di famiglia (di base!) e che un universitario ne sappia di più di un ospedaliero. Non esiste la piramide dei livelli di cura ma quella del sapere! Questa convinzione, che interessa ovviamente anche i politici, è una delle cause della anomalia nel sistema della organizzazione delle cure, la causa prima della "caffettiera" organizzativa ed anche la causa di maggior investimento nella specialistica. Quindi la formazione dei medici di famiglia è fondamentale per la libertà della professione e per la libertà dei pazienti.

Purtroppo, nel nostro paese, per la Medicina Generale, non è previsto un iter di carriera, basato su qualsivoglia criterio di selezione, come esiste nei paesi in cui la nostra disciplina è accademica. Non abbiamo un metro per misurarci e l'assenza di giudizio, all'apparenza rassicurante, contrariamente a quanto si possa pensare, genera insicurezza, impotenza, sottostima e sudditanza.

Per fare un buon Medico è, ovviamente, indispensabile un corso di laurea che preveda nel curriculum degli studi la nostra disciplina: sembra una cosa ovvia, ma nel nostro Paese vi sono tali e tante resistenze che ci sono, per ora, solo esperienze isolate e pilota.

La specialità a livello accademico è fondamentale perché con essa vengono definiti i compiti e le abilità. Qualsiasi attività deve puntare all'eccellenza ed al controllo di qualità. Fondamentali quindi, anche in Italia, i Dipartimenti Universitari di Medicina di Famiglia così come è fondamentale una rete di Studi Medici atti all'insegnamento tutoriale.

Un buon medico sarà anche il prodotto di un buon tutore, quindi è assolutamente necessario che attorno ai dipartimenti universitari, strettamente collegata, nasca una rete di tutori. I tutori avranno il compito fondamentale di trasmettere abilità. Per trasmettere abilità, ovviamente bisogna conoscerle, non è quindi sufficiente per i tutori conoscere le tecniche didattiche ma essi devono essere scelti tra coloro che hanno dimostrato di "saper fare". I tutori avranno evidenti capacità pratiche, uno studio organizzato, attrezzature e personale. Essi dovranno avere uno standard ambulatoriale predefinito. Troppi insegnano ma non hanno dimostrato di saper fare!

Dipartimenti e Studi Medici dovranno lavorare in stretta collaborazione. Questo è ben ribadito in tutti i documenti dell'OMS ed è in realtà quanto avviene in tutto il mondo.

Oltre all'iter formativo sono indispensabili anche altre cose: La prima cosa è la certezza del ruolo. Essa deriva da una certezza normativa, dalla chiara consapevolezza della localizzazione della figura del Medico di Famiglia nel sistema delle cure primarie. Ciò significa una definizione non travisabile delle competenze nei confronti della specialistica e nei confronti del sistema burocrati-

co. La possibilità reale di concorrenza professionale ed economica. Questo è l'unico vero stimolo per lo sviluppo di qualsiasi professione. Abitudine ad appropriarsi delle nuove tecnologie: molti dei nostri ambulatori non sono molto diversi da quelli di trenta anni fa; la maggior parte di noi ha come strumenti solo fonendoscopio, martelletto e sfigmomanometro. Ciò è impensabile ed è antistorico. La tecnologia, miniaturizzata ed a basso costo, è fondamentale perché la Medicina di famiglia possa sopravvivere. La maggior parte delle nostre deleghe non deriva dalla mancanza di conoscenze ma dalla mancanza di strumenti tecnologici e di mezzi diagnostici. La libertà imprenditoriale ed organizzativa: ciò significa che oltre a definire le "competenze e abilità minime" bisognerà soltanto definire ciò che la Medicina di Famiglia non può fare lasciando la massima libertà individuale di organizzazione e di realizzazione. L'eguaglianza imposta ai medici generali ha prodotto sperequazioni, ingiustizia e disuguaglianza, tarpando le ali ai migliori impedendo così lo sviluppo della disciplina. Le nostre scelte organizzative e di sviluppo sono legate alla visione politica del Sistema Sanitario. Sono quindi ideologiche e spesso sono prodotte da norme contrattuali più che da esigenze professionali. Probabilmente una maggior concorrenza ed una maggior libertà organizzativa sarebbero salutari per lo sviluppo della disciplina, ovviamente nel rispetto delle evidenze scientifiche e deontologiche. La qualità: i medici di famiglia dovrebbero essere conosciuti come i medici della qualità. Ogni azione dovrebbe tendere all'eccellenza. Le cure primarie sopravvivranno solo se seguiranno l'evolversi della società, non solo, dovranno coglierne anticipatamente i cambiamenti e dovranno evidenziare le novità. Nessuna formazione "normalizzata" potrà raggiungere alcun obiettivo di miglioramento.

Le linee guida

L'ACN prevede a livello locale la produzione di linee guida, protocolli diagnostici assistenziali e conferenze di consenso in ambito di Distretto. Il medico di medicina generale deve "contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance". Ma noi sappiamo che in un giorno di lavoro noi svolgiamo *alcune* azioni sostenute da evidenze scientifiche, *parecchie* basate su un consenso generale, *altre* basate sul senso comune e *poche* fondate su nostre intuizioni. È evidente in letteratura come molte domande che riguardano la MdF non abbiano risposta e come la maggior parte delle evidenze scientifiche non siano rilevanti per la pratica quotidiana. La MdF molto probabilmente dovrà continuare a vivere con il paradosso che il rigore dei criteri di inclusione e il tipo di selezione dei pazienti necessari per i trial controllati sono esattamente l'opposto di quanto avviene nella pratica quotidiana. Per questi motivi c'è il rischio fondato che le linee guida formulate a livello locale, spesso su parametri economici, entrino in conflitto con la libertà professionale e talvolta con le stesse linee guida internazionali. Non solo, dobbiamo tener presente che le linee guida per la gestione delle malattie più frequenti sono prodotte da società scientifiche a livello mondiale, continentale e nazionale e che spesso si nota un gap fra la loro produzione e la loro divulgazione. Spesso i medici pratici ne vengono a conoscenza quando ormai è già stata prodotta l'edizione successiva. La maggior parte dei congressi medici sono rivolti a specialisti e sono rivolti solo a questi anche quando le patologie

che vengono prese in considerazione sono ad altissima prevalenza ed incidenza. Se vogliamo fare un esempio, le nuove acquisizioni su ipertensione, scompenso cardiaco o terapia del diabete sono appannaggio praticamente esclusivo dei congressi di cardiologia e diabetologia. Questo comporta inevitabilmente un ritardo nella acquisizione delle novità da parte di molti medici che hanno a che fare con queste patologie quotidianamente.

La tecnologia

L'appiattimento del merito, il sistema di pagamento e la definizione burocratica della disciplina hanno prodotto una sorta di rassegnazione che ha privato gli studi medici dello sviluppo tecnologico avvenuto invece nella maggior parte dei paesi europei. La tecnologia maggiore nell'ambulatorio del medico di medicina generale rimane il sistema informatico di raccolta dati. Ma il computer non è solo un raccogliitore e trasmettitore di dati è qualcosa di più e per questo già nel lontano 1996 pubblicai un "codice per la robotica in medicina di famiglia" e presentai nel 1998 ad un congresso mondiale delle società scientifiche della medicina generale, tenutosi a Dublino, la proposta di una "carta per la robotica in medicina di famiglia"

Ormai sono passate diverse decadi da quando il computer è entrato nei nostri ambulatori. Dapprima lo abbiamo utilizzato come archivio per i dati dei nostri pazienti sostituendo le cartelle cartacee, appena trasformate da cartelle ospedaliere in cartelle orientate per problemi, ormai definitivamente scomparse dai nostri studi. Questo ci permetteva di richiamare in tempo reale i dati che ci servivano per la clinica ma anche per l'audit e per la ricerca introducendoli definitivamente nella nostra disciplina facendoci fare così un salto epocale (fase informatica). Ben presto il con l'affermarsi di Internet il computer è diventato indispensabile per accedere a banche dati e biblioteche e per comunicare tra colleghi (fase telematica). I nostri computer si sono poi evoluti riuscendo a fare ciò che prima solo un dottore poteva fare: interpretare dati, seguire linee guida, assistere il processo diagnostico, aiutare nelle prescrizioni, gestire strumenti e tecnologie diagnostici, seguire nel tempo alcune malattie, gestire la formazione continua e lo sviluppo professionale, gestire conferenze virtuali, gestire il budget dello studio etc. (fase robotica). Senza rendercene conto abbiamo vissuto e stiamo vivendo un cambiamento talmente grande che potrà travolgere in maniera definitiva la nostra professione. L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche in medicina di famiglia condurrà inevitabilmente verso una robotica avanzata. La pluralità dell'offerta, la libera scelta e il controllo dell'evoluzione da parte dei medici di famiglia assumono quindi un'importanza strategica fondamentale per la sopravvivenza e la libertà della disciplina ma soprattutto per la libertà delle persone che a questa disciplina si affidano. Come abbiamo visto però in Italia queste regole di libertà vengono disattese, i dati forniti al medico devono obbligatoriamente essere forniti al sistema pubblico la cui influenza omogeneizzante e il controllo sulla tecnologia informatica dell'ambulatorio è particolarmente pesante.

I pazienti

La professione è fortemente influenzata dai pazienti e non potrebbe essere altrimenti trattandosi di una professione di "servizio"

caratterizzata dalla continuità del rapporto. La coorte di pazienti dei medici di famiglia italiani sta cambiando e questi cambiamenti stanno a loro volta cambiando il mondo medico. I cambiamenti principali avvenuti negli ultimi anni sono essenzialmente tre: l'aumento del numero di anziani, l'aumento del numero degli assistiti extracomunitari, la generazione millenium.

L'aumento del numero di anziani ha comportato un aumento delle patologie croniche, delle cure palliative e un peso sempre maggiore della componente "sociale" della cura. È una popolazione che non è in grado di gestire i cambiamenti, soffre di un analfabetismo tecnologico e di un "disagio cognitivo" che la rende fragile. L'affiancarsi al medico di medicina generale di figure come l'infermiere, il fisioterapista, il palliativista, l'assistente sociale, il funzionario distrettuale e il geriatra territoriale ha prodotto un sistema di relazioni che condiziona le scelte terapeutiche e pone problemi di responsabilità.

L'aumento del numero di assistiti extracomunitari comporta un cambiamento dell'approccio al paziente, una modifica importante dello stile di "visita" e condiziona non poco la professione perché diverse sono le aspettative di cura così come diverse sono le credenze religiose, i valori della vita e le possibilità economiche.

La generazione "millenium", quella dei ragazzi che nei primi anni del 2000 terminano la scuola per entrare nel "mondo del lavoro", sono utilizzatori del web, formulano quesiti precisi, chiedono accertamenti talvolta improbabili, hanno scarse economie. Questa popolazione ha a disposizione un oceano di informazioni ma spesso una preparazione "culturale" assolutamente inadeguata per gestirle.

Tutte le categorie di pazienti, in un modo o nell'altro, influenzano l'operato del medico che viene sottoposto ad infinite forme di condizionamento, la prima di tutte la richiesta di visita specialistica per la diffusa convinzione che questa sia sempre necessaria e in ogni caso richiesta come autorevole certificazione dell'operato del proprio medico. Non potrebbe essere altrimenti in un sistema costruito sulle "specialità". Non potrebbe essere altrimenti anche nel caso di richieste di terapie, giorni di assenza di lavoro o certificazioni le più varie in un sistema in cui tutto sembra essere un "diritto".

Il futuro

Le cure primarie e la medicina generale in particolare stanno rapidamente cambiando per una serie di fattori, tra i più significativi dobbiamo considerare quelli economici, quelli scientifici-tecnologici e quelli legati alle aspettative della popolazione. Il Sistema Sanitario Nazionale tipo Beveridge di fronte all'invecchiamento della popolazione, alle maggiori possibilità diagnostiche e terapeutiche si sta dimostrando difficilmente sostenibile, l'allungamento dei tempi di attesa e la indisponibilità di metodologie e tecniche terapeutiche sono sintomi di una malattia difficilmente curabile. Sempre più spesso i pazienti si rivolgono a strutture alternative bypassando anche chi nel SSN dovrebbe avere la funzione di gate-keeper, il medico di medicina generale diventa così il medico di chi non può permettersi l'accesso alle cure private. La medicina generale sarà esclusa dal futuro?

Genetica, Bionica (biologia-elettronica) e Biotica (biologia-informatica) assieme alla *mobile* e *digital thecnology* cambieranno l'approccio diagnostico e terapeutico e daranno ai pazienti la gestione della loro salute. Gli scenari potranno variare da una nuova

alleanza tra medico e paziente alla *post-physician era*, dalla scomparsa delle specialità al recupero delle "humanities".

Nessun cambiamento sarà comunque indipendente dall'innato desiderio profondo di libertà individuale di ogni singolo individuo e di ogni singolo professionista, questo desiderio sarà quello che condiziona qualsiasi sistema di erogazione delle cure, questo è quello che dobbiamo tenere presente sempre se teniamo alla sopravvivenza della nostra Disciplina.

BIBLIOGRAFIA

- G.Maso: Un codice per la robotica in medicina di famiglia. *Medicinae Doctor* 25,13-14,1996.
- G.Maso: *la Disciplina Invisibile*. Passoni Editore, Milano; 2009.
- G.Maso: *Il medico in gabbia*. Filippi Editore, Venezia; 2011.
- Jacques Attali: *Breve storia del futuro*. Fazi Editore, Roma, 2016.
- Jerrold S. Maxmen: *The Post Physician Era*. John Wiley & Sons, New York, 1976.

Cosa pensano i medici di famiglia delle comunicazioni che ricevono dalla Asl

GPs and communications from Health Districts

Giuseppe Maso¹; Carmelo Barolo²

¹ Medico di Medicina Generale; Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Responsabile Nazionale Area Geriatrica SIICP;

² Medico di Famiglia, SIICP

Correspondence to:

Giuseppe Maso, MD
giuseppe.maso@siicp.it

RIASSUNTO

Negli ultimi anni le comunicazioni ai medici di famiglia da parte degli uffici amministrativi delle Asl sono via via aumentate di numero. Tali comunicazioni, di provenienza prevalentemente distrettuale, riguardano gli argomenti più disparati: si va dalla richiesta di pulizia di liste di pazienti alla trasmissione di reportistica varia, dalla procedura per richiedere un trasporto in ambulanza alla trasmissione di "raggruppamenti di attesa omogenei" per la richiesta di prestazioni di secondo livello, dall'elenco dei farmaci da prescrivere in DPC agli inviti ai "corsi di formazione" organizzati dalla Asl, ecc. Ad un singolo medico della Asl 13 Veneto nel 2012 sono pervenute 120 comunicazioni che sono diventate 137 nel 2013 e 166 nel 2014 mentre sono già 126 ad agosto 2015. Se non si tiene conto delle festività e delle ferie un medico riceve più di un lettera o una e-mail al giorno. Ci siamo ripromessi di chiedere ai medici di medicina generale quale fosse il loro pensiero circa queste comunicazioni.

Parole chiave:

medicina generale; burocrazia

ABSTRACT

In the last few years, communications to GPs from health districts have gradually increased. These communications concern lots of different matters: reporting systems, procedures to request transport by ambulance, transmission of information in the aim of creating uniform waiting lists, drugs lists, invitations to training courses organized by the Districts and so on. Each GP of the Health District no 13 (Veneto) during the year 2012 has received 120 communications, which have grown up to 137 in the year 2013 and 166 in 2014 and they keep on growing. Except for festivities and vacations, a GP receives more than a letter or email each day! We intended to ask our colleagues which was their thought about this matter.

Key words:

family practice; bureaucracy

Materiali e metodi

Abbiamo inviato un questionario a domande chiuse a 100 medici di medicina generale della Asl 13 Veneto utilizzando "Google Forms", una modalità che permette di raccogliere le risposte in maniera anonima. Il questionario inviato era formato da 15 domande.

Risultati

Hanno risposto al questionario 37 medici, 80% di questi con più di 20 anni di attività e nessuno con meno di 5. 21 (56.8%) medici aveva acquisito anche altre specialità.

Alla domanda: "nel corso degli anni, per quanto riguarda il tuo lavoro, la soddisfazione personale è: migliorata, peggiorata,

invariata?" il 62% degli intervistati ha risposto che è peggiorata, per il 18.9% è rimasta invariata e per un altro 18% è migliorata.

Alla domanda: "riceviamo quotidianamente e-mail dagli uffici amministrativi della Asl. Ritieni che questo migliori la tua pratica professionale?" 19 (51.4%) medici hanno risposto che la peggiorano, per 15 (40.5%) non la modificano e per 3 (8.1%) la migliorano.

Alla domanda: "ritieni che queste e-mail migliorino la tua pratica clinica?" 18 (48.6%) medici hanno risposto che la peggiorano, per 16 (43.2%) rimane invariata mentre per 3 (8.1%) la migliorano.

Alla domanda: "le e-mail inerenti l'ottimizzazione della spesa farmaceutica, hanno modificato il tuo comportamento prescrittivo?" 16 (43.2%) hanno risposto no, 12 (32.4%) hanno risposto sì in peggio e 9 (24.3%) hanno risposto sì in meglio.

Alla domanda: "queste e-mail hanno modificato il tuo comportamento clinico?" la maggioranza dei medici (23 pari al 63%) ha risposto no, 9 (25%) ha risposto sì in peggio mentre 4 (11.1) colleghi hanno risposto sì in meglio.

Alla domanda: "ritieni che queste e-mail limitino la tua libertà professionale?" 21(56.8%) medici hanno risposto sì, 15 (40.5%) medici risposto no e 1 (2.7%) ha risposto non so.

Alla domanda: "ritieni che i RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per l'appropriatezza prescrittiva delle visite specialistiche, influiscano sulla tua libertà professionale?" la maggioranza dei colleghi (25 pari al 69.4%) ha risposto sì, 7(19.4%) hanno risposto no mentre 4 (11.1%) ha risposto non so.

Alla domanda: "ritieni che direttive sulla spesa e RAO incidano sulla qualità di cura dei tuoi pazienti?" 27 (73%) medici hanno risposto sì in peggio, 4(10.8%) hanno risposto sì in meglio mentre 6(16.2%) hanno risposto no.

Alla domanda: "ritieni che i tuoi pazienti percepiscano un condizionamento della libertà professionale derivante dalle direttive amministrative?" 26 (70.3%) medici hanno risposto sì, 11 (29.7%) ha risposto no.

Alla domanda: "le sempre più frequenti comunicazioni da parte della Asl, generano maggior sicurezza o confusione nel tuo lavoro quotidiano?" 21 (56.8%) medici hanno risposto che creano confusione, 12 (32.4%) hanno risposto mi sono indifferenti mentre 4 (10.8%) hanno risposto mi danno sicurezza.

Alla domanda: "il tuo stato d'animo viene influenzato dalle comunicazioni della Asl?" 23 (62.2%) medici hanno risposto sì in peggio, 11 (29.7%) hanno risposto no e 3 (8.1%) hanno risposto sì in meglio.

Alla domanda relativa a come si sia modificata la qualità di vita globale negli ultimi anni, 23 (62.2%) medici ha detto che è peggiorata, 7 (19.4%) riferisce che è rimasta invariata mentre per 5 (13.9%) colleghi la qualità di vita è migliorata.

Alla domanda "a tuo avviso la componente direttiva della Asl conosce a sufficienza la nostra disciplina e il suo campo di azione?" 34 (91.9%) medici hanno risposto no, 2 (5.4%) hanno risposto non so mentre 1 (2.7%) ha risposto sì.

Discussione

Il campione di medici che ha risposto al questionario non è così ampio da poter trarre delle conclusioni generalizzabili con certezza; il sondaggio, comunque, aveva lo scopo di rilevare l'umore generale, la soddisfazione professionale e lo stato d'animo di fronte ai veloci cambiamenti amministrativo-organizzativi cui la disciplina "medicina generale" è sottoposta; il quadro che emerge dalle risposte sembra definire con sufficiente precisione il comune sentire dei medici di famiglia della Asl presa in considerazione. Più di un terzo dei medici interpellati hanno risposto al questionario, sono per la stragrande maggioranza colleghi con più di venti anni di attività ed in possesso di altre specialità. Il pensiero che viene espresso nei questionari è quello di medici, per la loro età, non formati specificamente per la medicina generale ma con lunga esperienza sul campo, eterogenei per formazione e molto probabilmente per modo di lavorare. Questi medici per la maggior parte, negli ultimi anni, hanno visto peggiorare la loro soddisfazione lavorativa che viene

definita migliorata solo dal 18% degli intervistati. Le cause di questa insoddisfazione in parte possono essere identificate dalle risposte alle domande del questionario. La quotidiana, insistente, presenza della amministrazione della Asl attraverso le e-mail sembra essere una delle cause di insofferenza; queste comunicazioni, che alcuni vivono come vero e proprio *stalking*, peggiorano l'attività professionale per la maggior parte dei medici (la migliorano solo per l'8% degli intervistati) così come peggiorano pure l'attività clinica per la metà dei colleghi. La quota di e-mail relativa alle prescrizioni terapeutiche non ha modificato alcun comportamento prescrittivo per la metà dei medici anzi, per un terzo queste comunicazioni hanno peggiorato la qualità delle prescrizioni. Le numerose comunicazioni ricevute non sembrano proprio modificare il comportamento clinico piuttosto per il 25% degli intervistati lo peggiorano; la quantità di "linee guida" per accedere alla diagnostica, i numerosi protocolli, moduli, report, elenchi, inviti, convocazioni, informazioni, campagne, note, avvisi, certificati, agende, segnalazioni, integrazioni, trasmissioni, promemoria, bollettini, circolari, eventi, aggiornamenti, richieste, attivazioni, regolamenti, rinnovi, leggende, prescrizioni, modalità, piani, progetti e lettere sembrano pesare come macigni sulla professione sempre meno clinica e sempre più amministrativa. La maggior parte dei colleghi percepisce tutto questo come una limitazione della libertà professionale anche se per il 40% questa limitazione non esiste: ulteriore dimostrazione della eterogeneità formativa e professionale dei medici di medicina generale. Quando però si prendono in considerazione i RAO che, sotto le apparenze di una guida per individuare la priorità temporale di una richiesta di visita specialistica, rispecchiano e/o ci propongono un modello di gestione delle patologie frequenti a livello di un compartimento del sistema sanitario quale è una Unità Sanitaria Locale, la percezione che i medici hanno sulla limitazione della libertà professionale cambia: il 70% dei colleghi li percepiscono come interferenze pesanti sulla professione. Essi in realtà uniformano verso una delega di una patologia ad una struttura di secondo livello secondo un modello condiviso in una maniera "comunitaria" dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, essa è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega alla condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica imposta. Il RAO quindi può avere soltanto un valore formale, indicativo e nulla più. Esso presuppone che i medici di medicina generale siano tutti uguali e che non vi possano essere esigenze diverse di consulenza. Per alcuni una tiroidite può rappresentare un problema che richiede una consulenza in tempi brevi per altri può essere normale routine. Il RAO è prodotto per una Asl e ovviamente non ha alcun valore al di fuori di essa ma ancora una volta mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, e organizzazione dei reparti e degli ambulatori ospedalieri influiscano sul comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento le linee guida internazionali sulla gestione delle patologie. I RAO prevedono la necessità di inviare in visita specialistica il paziente affetto da una

patologia per l'esenzione ticket. Il Sistema Sanitario Nazionale non riconosce tra coloro che sono in grado di far diagnosi di patologie frequenti i medici di famiglia italiani. Questo è il motore maggiore della "fabbrica" italiana della visita specialistica. Naturalmente il paziente (già diagnosticato e nella maggior parte dei casi già trattato) dovrà essere inviato sempre in un ambulatorio pubblico dove sarà visitato (spesso da uno specializzando) che gli darà un foglio con l'esenzione, con cui dovrà recarsi al Distretto di competenza (per il mantenimento della "fabbrica" burocratica) e gli programmerà la visita di controllo ("fabbrica" della visita specialistica). Il medico di medicina generale è in Italia solo un "medico di base" e in questa divisione del lavoro, fatta passare per divisione in specialità, è soltanto un risorsa umana di un'organizzazione efficiente ma grandemente inefficace. È ovvio che questa divisione del lavoro penalizza grandemente anche le specialità che dovrebbero, e vorrebbero, interessarsi delle patologie più rare e di quelle che richiedono manovre e strumenti di secondo o terzo livello. I RAO sono frutto di un gruppo di lavoro che condivide la scheda ma la responsabilità della cura di una persona è di colui che fa diagnosi e che prescrive una terapia, non è mai di un gruppo, essa è sempre individuale e allo stesso modo le esigenze di consulenza non riguardano una categoria ma sono individuali. Quindi nessuno può far condividere il comportamento professionale di alcuno con altri se non il proprio (soprattutto poi se sono sconosciute le sue competenze). La scheda dovrebbe basarsi su modelli di comportamento e di responsabilità dei singoli livelli di cura definiti dalle linee guida internazionali e proporsi (almeno in prospettiva) come modello per un comportamento di standard europeo e non così locale. Basta infatti osservare quanto avviene nelle Asl adiacenti per vedere che le "regole" fissate sono molto limitate. E in un'era di telematica avanzata e spostamenti veloci come la nostra una medicina "normalizzata" a livello di Asl risulta alquanto anacronistica. Di fronte ad una domanda di intervento specialistico per patologie che sono in tutto il mondo di competenza delle cure primarie bisognerebbe chiedersi quali sono le cause. Probabilmente bisognerebbe, come si fa per la farmaceutica, osservare i comportamenti dei singoli professionisti, bisognerebbe iniziare a riconoscere il merito, bisognerebbe fornire una vera formazione sulle patologie individuate (e non sulle note o sulla compilazione delle schede di prescrizione),

bisognerebbe eliminare tutte le cause inutili di induzione di visita specialistica per esempio eliminando la visita per esenzione ticket (reale strumento lobbistico), ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla medicina generale impantanata in una elefantica giungla burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina. Questo significherebbe rimettere al centro il paziente considerato nella sua globalità (corpo e mente) e non scomporlo in organi e patologie di competenza delle diverse specialità secondo le indicazioni dei RAO. Ecco perché per il 73% degli intervistati i RAO peggiorano la qualità di cura dei pazienti ed ecco perché la stragrande maggioranza dei medici ritiene che i pazienti percepiscano i condizionamenti alla libertà professionale imposta dalle "direttive amministrative". Le comunicazioni amministrative sono troppe, generano confusione e peggiorano lo stato d'animo dei medici la cui qualità di vita, per la maggior parte, è peggiorata negli ultimi anni. Per i medici di famiglia la componente direttiva della Asl non conosce a sufficienza la disciplina "medicina generale", non conosce il campo di azione di questa specialità e quindi prende decisioni che spesso sono frustranti e improduttive.

Conclusioni

La medicina generale sta vivendo un periodo di sofferenza, la componente burocratica della professione è diventata smisurata; l'influenza della componente amministrativa sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il "governo amministrativo", le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'omogeneizzazione di una professione, sempre più pianificata, impedisce il merito ed è frustrante per i migliori, impedisce la crescita e confonde l'efficienza con l'efficacia. Ogni medico è unico nonostante la formazione, il programma per una medicina generale migliore non può che passare attraverso un progetto "umanistico" che preveda il rispetto del talento, delle capacità di relazione e della professione di ciascun professionista. Un programma che preveda il riconoscimento pieno della medicina generale come specialità (come in tutti i paesi evoluti) e che presuma anche che chi "governa" la professione ne conosca a fondo la definizione ed i principi.

Il paziente rifugiato e la medicina di famiglia

Family Medicine and refugees

Ugo Russomando¹; Paolo Evangelista²

¹Medico in formazione

²Docente a contratto di Medicina di Famiglia presso l'Università degli Studi dell'Aquila

Correspondence to:

Ugo Russomando, MD
urussomando@gmail.com

RIASSUNTO

I rifugiati sono migranti che in seguito a fenomeni bellici o a persecuzioni di natura razziale, religiosa o socio-politica fuggono dal paese in cui risiedono. Negli ultimi anni l'aumento del numero di migranti forzati che arrivano nel nostro Paese ha fatto sì che si creasse un notevole dispiego di forze, soprattutto in ambito sanitario, allo scopo di garantire la salute dei rifugiati stessi e il controllo di malattie il cui tasso d'incidenza in Italia si era notevolmente ridotto. Il medico di famiglia rappresenta la prima figura del nostro SSN che ottempera a questo importante incarico. In questo studio si analizza lo stato di salute di novantatré rifugiati accolti sul territorio aquilano nel periodo compreso dal 01 luglio 2014 al 31 dicembre 2014, in particolare si approfondisce l'aspetto infettivologico e quello cardiovascolare.

Parole chiave:

rifugiati, medicina di famiglia, malattie legate alla povertà

ABSTRACT

Refugees are immigrants who run away from their own country because of war or racial, religious or socio-political persecution. In the last few years, the increase in the number of refugees who arrive in our country has meant that it would create a substantial deployment of forces, especially in the health sector, in order to ensure the health of the refugees themselves and the control of diseases whose incidence rate in Italy was greatly reduced. GPs are the first figures of our National Health System that complies with this important task. This study analyzes 93 refugees' health condition in L'Aquila in the period from 1 July 2014 to 31 December 2014, with special regard to infectious and cardiovascular diseases.

Key words:

refugees, family medicine, poverty related diseases

L'immigrazione in Italia è un fenomeno in continuo aumento. Occorre tuttavia distinguere nel fenomeno migratorio, i cosiddetti migranti economici, il cui intento è quello di trovare un lavoro o semplicemente un futuro migliore in una nazione diversa dalla propria, e i migranti forzati, o altrimenti conosciuti con il nome di rifugiati. Secondo la Convenzione di Ginevra del 1951 si definisce rifugiato colui «...che temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori dal Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo cittadinanza e trovandosi fuori dal Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra». Nel nostro Paese alla fine del 2012 i rifugiati erano 64.779¹, con 15.715² richieste d'asilo; questi numeri hanno subito un'impennata nel 2014, come scritto nel Rapporto

sulla Protezione Internazionale 2014, si stima infatti che siano state oltre 51 milioni le persone costrette alla migrazione per fuggire da guerre, conflitti e violazioni dei diritti umani, ciò di conseguenza ha determinato anche l'aumento del numero di migranti giunti sulle coste italiane dall'inizio dell'anno, tanto che dal 1 gennaio al 1 luglio 2014 sono giunti oltre 65mila migranti, mentre fino allo stesso periodo nel 2013 erano sbarcate appena 7.916 persone³. Quindi il 2014 è stato un anno di impegno straordinario dell'Italia nell'accoglienza dei migranti forzati e del nostro Sistema Sanitario Nazionale nel garantire loro il diritto alla salute. In tal senso il ruolo del medico di Medicina Generale ha assunto un'importanza considerevole, rappresentando una delle figure che in prima istanza si trova ad avere un rapporto diretto, ravvicinato, più intimo con il rifugiato. La frase «il medico deve generalizzare la malattia e individualizzare il paziente», di Christoph Wilhelm Hufeland, medico tedesco vissuto a cavallo tra il XVIII e XIX secolo, considerato tra i padri

dell'approccio olistico al paziente e di quella che poi verrà definita "person-centred care" da WONCA Europe ai giorni nostri, descrive in modo esaustivo quello che è il ruolo del medico di famiglia in rapporto ai propri pazienti. Nel caso specifico del paziente rifugiato gli ostacoli a questo rapporto possono essere molteplici, sia di tipo linguistico-culturale con la creazione di vere e proprie barriere comunicative, sia di quelli dati dall'attribuzione di un significato diverso ai sintomi e quindi alla malattia; ma è compito del medico far sì che queste ipotetiche barriere vengano abbattute o ancor meglio mai costruite, per assicurare cure adeguate a persone che vivono ad ogni modo il disagio del cambiamento. Le malattie che colpiscono i rifugiati, riscontrabili al loro arrivo nel nostro Paese, rientrano in quel range di affezioni che prendono il nome di PRD (Poverty Related Diseases).

Sotto tale denominazione, usata dalla Commissione Europea, si raggruppano malattie eterogenee, a differente eziologia diretta, ma che posseggono in comune l'eziologia indiretta di essere associate alla condizione di povertà.

In effetti la condizione disagiata da un punto di vista socio-economico si ripercuote inevitabilmente sulle condizioni igienico-sanitarie del soggetto, e nel rifugiato, in maniera particolare, ciò è connesso non solo alle difficoltà di varia natura riscontrate nel proprio Paese di origine, ma anche alle enormi problematiche legate al viaggio-fuga, effettuato molto spesso in situazioni estreme, che oltre a porlo direttamente in pericolo di vita, lo espongono all'esito certamente meno drammatico, ma pur sempre grave, di sviluppare o contrarre una malattia. Alcune di queste patologie sono state prese in esame nello studio che abbiamo condotto, e quelle di natura non infettiva, sono state raggruppate in macroinsiemi secondo parametri di classificazione consoni alle ricerche Istat del Ministero della Salute.

Lo scopo del lavoro è stato quello di verificare lo stato di salute dei soggetti rifugiati al momento del loro arrivo in Italia e nello specifico sul territorio aquilano. In particolare, si è voluto approfondire l'aspetto infettivologico e quello cardiovascolare.

Il primo per le importanti ricadute infettivologiche e diffuse che ha l'eventuale presenza di portatori di malattie infettive e trasmissibili, soprattutto in quei soggetti provenienti da zone ad alto rischio endemico, che nel nostro Paese vivono di solito in promiscuità; il secondo, quello cardiovascolare, ha avuto come obiettivo la verifica dell'incidenza dell'ipertensione in questo particolare gruppo di persone.

Inoltre, come già anticipato, per avere un quadro generale, più completo possibile, della condizione dei rifugiati, si è voluto condensare in macroraggruppamenti distinti per sistemi ed apparati, tutte le patologie riscontrate in tali soggetti.

A L'Aquila nel periodo 1 luglio 2014-31 dicembre 2014 sono stati studiati da un punto di vista clinico novantatré rifugiati di età compresa tra i 19 e i 63 anni (mediana età 26; IQR 22-30), di questi il 76% (71/93) è risultato proveniente da 13 differenti nazioni del continente africano, le più rappresentate delle quali sono risultate essere l'Eritrea (18%, 13/71), la Nigeria (13%, 9/71) e il Senegal (13%, 9/71), mentre, il restante 24% dei rifugiati (22/93), invece, è di provenienza asiatica, con il 45% (10/22) dei soggetti di nazionalità bengalese. I novantatré rifugiati sono tutti di sesso maschile, fatta eccezione per una donna in stato interessante di nazionalità eritrea.

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad esame obiettivo generale completo, comprensivo di esame del rachide e parametri antropometrici quali il peso e l'altezza, e tale esame è stato preceduto da una anamnesi che, nei limiti imposti dalle difficoltà di comunicazione, era volta ad individuare precedenti patologici, sia nel soggetto, che nella propria famiglia di origine.

Su ciascun soggetto sono stati eseguiti i seguenti esami di laboratorio: emocromo completo, creatinina, uricemia, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, AST, ALT, GGT ed esame delle urine.

Il suddetto profilo di laboratorio è stato eseguito al fine di determinare, i parametri biologici di base e i parametri metabolici. A questo è stato aggiunto un profilo infettivologico costituito dai seguenti esami: HBsAg, anti HBc, HCV, TPHA, HIV TEST, TINE TEST. Tali indagini hanno avuto lo scopo di determinare lo stato immunitario dei soggetti all'ingresso in Italia.

È stato inoltre eseguito, su sedici soggetti, il monitoraggio dinamico della pressione arteriosa delle 24h con apparecchio Holter. Infine abbiamo analizzato tutti i dati raccolti, e condotto uno studio osservazionale di tipo descrittivo sullo stato di salute dei rifugiati all'interno del territorio aquilano.

Sono state condotte analisi descrittive per illustrare le caratteristiche del campione in studio. A tal fine, frequenze e percentuali sono state calcolate per valori discreti e nominali. In particolare, sono state testate le differenze di frequenza per continente, rispetto alle patologie riscontrate, utilizzando il test del χ^2 o il test esatto di Fisher. Un p-value <0,05 è stato il criterio per la significatività statistica.

I dati, archiviati su supporto magnetico Microsoft Office Excel 2010, sono stati elaborati avvalendosi anche del package statistico STATA/IC 12.0.

Le patologie più diffuse (grafico 1) sono quelle che interessano l'apparato digerente e i denti (32/93, 34%). Seguono le malattie del sistema osteomuscolare (24/93, 26%), del sistema nervoso (15/93, 16%) e del sangue e degli organi emopoietici (14/93, 15%).

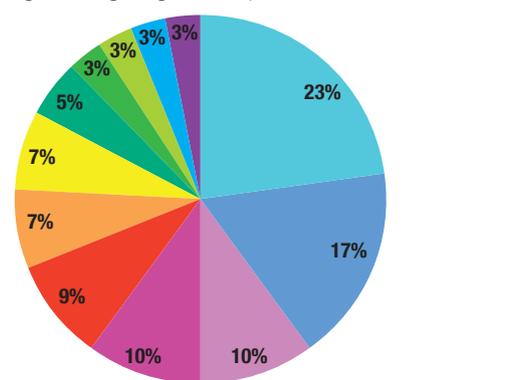


Grafico 1. Patologie più diffuse tra i rifugiati (in percentuale), suddivise per sistemi ed apparati

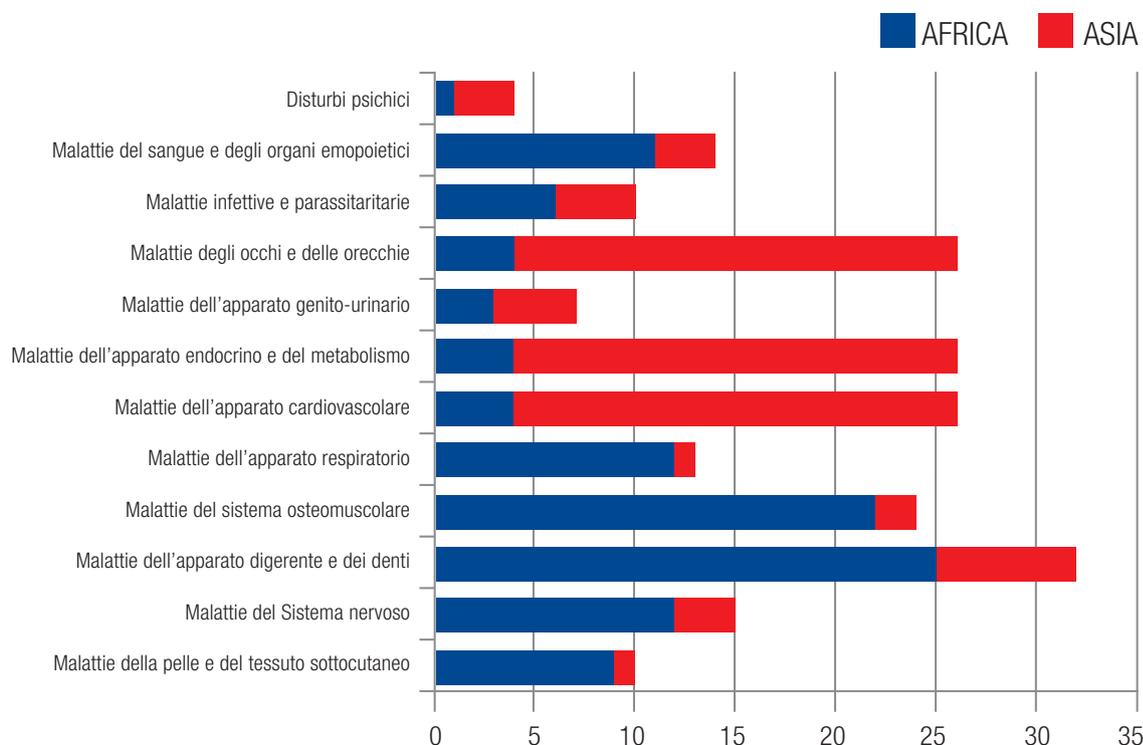


Grafico 2. Prevalenza delle malattie nei due continenti Africa e Asia

Come si può notare nel grafico 2, le malattie del sangue, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e dei denti, del sistema nervoso e di quello cutaneo e sottocutaneo hanno una maggiore prevalenza tra i rifugiati del continente africano, mentre i rifugiati asiatici sono maggiormente interessati da disturbi o patologie degli occhi e delle orecchie, del sistema endocrino e del metabolismo e dell'apparato cardiovascolare. Stratificando il dato per continente risultano statisticamente significative le differenze tra i due gruppi per la presenza di patologie a carico del sistema osteomuscolare e dell'apparato genitourinario, nonché di disturbi psichici. Su quarantaquattro dei novantatré rifugiati è stata effettuata la ricerca di markers di infezioni pregresse o attive (tab. 1): essa è risultata positiva in ventisette casi.

In particolare, il Tine-test per lo screening della tbc è stato eseguito su trentadue soggetti. La positività si è avuta in cinque casi, quattro dei quali di provenienza africana.

Lo screening per l'HBV ha interessato trentotto dei novantatré soggetti, otto dei quali sono risultati portatori sani del virus (HBsAg positivo), tutti di provenienza africana. In sei casi, dei quali due di provenienza asiatica, la ricerca degli anticorpi HBsAb ha dato esito positivo.

Lo screening per l'epatite C è stato effettuato su trentaquattro soggetti, con esito positivo per la ricerca degli HCVAb in sei soggetti, tutti di origine africana, due dei quali risultati positivi anche al test per l'HIV, che è stato eseguito su un totale di trentadue soggetti. Su trentatré rifugiati, sedici africani e diciassette asiatici, è stato eseguito anche lo screening per la sifilide attraverso il test TPHA che ha dato in tutti i casi esito negativo.

RICERCA MALATTIE INFETTIVE	TOTALE N=44	AFRICA n (%)	ASIA n (%)
TBC	32		
Tine test -	27	12 (44)	15 (56)
Tine test +	5	4 (80)	1 (20)
HBV	38		
HBsAg -	24	10 (42)	14 (58)
HBsAg +	8	8 (100)	0 (0)
HBsAb +	6	4 (67)	2 (33)
HCV	34		
HCVAb -	28	12 (43)	16 (57)
HCVAb +	6	6 (100)	0 (0)
HIV	32		
HIV 1/2 Ab -	30	14 (47)	16 (53)
HIV 1/2 Ab +	2	2 (100)	0 (0)
SIFILIDE	33		
TPHA -		16 (48)	17 (52)

Tabella 1. Esiti dei test di screening per le patologie infettive sui rifugiati suddivisi per continente di provenienza

Da ciò emerge che la frequenza di infezione tubercolare in tale gruppo di popolazione è pari a circa il 5% (5/93), mentre le infezioni da virus delle epatiti B e C e dell'immunodeficienza acquisita si presentano con percentuali, rispettivamente, del 14% (14/93), del 6% (6/93) e del 2% (2/93). Per quel che riguarda invece l'aspetto cardiovascolare, occorre dire che secondo le linee guida ESH/ESC, i criteri di diagnosi d'ipertensione arteriosa con le tre metodiche di misurazione sono: Clinica (in ambulatorio) >140/90 mmHg; automisurazione domiciliare >135/85 mmHg; Holter pressorio 24 ore >130/80 mmHg, ore diurne (o veglia) >135/85 mmHg, ore notturne (o sonno) >120/70 mmHg⁴. Secondo questi parametri, due dei sedici soggetti (dei quali uno di provenienza africana, l'altro di provenienza asiatica) che si sono sottoposti alla misurazione pressoria nelle 24H, presentano, dei valori leggermente alti della sistolica media e della diastolica media nelle 24 ore (132/88 africano; 132/87 asiatico), dati che in relazione all'età giovane (27 e 18 anni) dei soggetti in questione sembrano essere significativi. Gli altri dati inerenti a questi due soggetti legati al dato precedente, dicono che, il primo (africano) presenta nelle ore di veglia (06:00-22:00) 130/87 mmHg con una diastolica media lievemente aumentata, e nelle ore di sonno (22:00-06:00) 136/90 mmHg con entrambi i valori moderatamente aumentati; il secondo (asiatico) presenta nelle ore di veglia (06:00-22:00) 135/92 mmHg quindi sempre con un leggero aumento della diastolica media, e nelle ore di sonno (22:00-06:00) 126/78 mmHg, dunque entrambi i valori lievemente aumentati. I restanti pazienti, sei dei quali provenienti dall'Africa e otto provenienti dall'Asia, presentano dei livelli pressori medi nelle 24 ore, nelle ore di veglia e e nelle ore di sonno nei limiti della norma. Tornando alle patologie di interesse infettivologico, uno studio condotto nel periodo maggio-luglio 2008 in un Centro d'accoglienza per richiedenti asilo (CARA) sito in Palese, quartiere di Bari, su un totale di 529 rifugiati (71,1% dei 744 ammessi al Centro tra maggio-luglio 2008), provenienti da diverse regioni dell'Africa e dell'Asia, di cui 442 maschi e 87 femmine, di età compresa tra i 7 e 52 anni (Media = 23,9; DS = 6,7 anni)⁵, ha evidenziato come su questi 529 soggetti, quasi la metà di loro avesse marcatori sierologici di precedenti o attive infezioni.

Ben 44 individui (8,3%) erano HBsAg positivi e 241 (45,6%) anti-HBc positivo, 24 (4,3%) invece erano anti HCV-positivi, 8 (1,5%) erano i soggetti HIV positivi⁵.

Questi dati, considerando le differenze e le dovute proporzioni, sono in linea con quelli del nostro studio, mentre risultano discordanti i dati relativi alla sifilide, in quanto, tenuto conto in questo caso del differente test di screening adoperato (VDRL nello studio di Bari), nel Centro d'accoglienza di Palese su 269 soggetti sono stati 4 (1,5%)⁵ i casi positivi, al contrario nella nostra esperienza, sui trentatré rifugiati sottoposti al TPHA test (sensibilità pari al VDRL, ma maggiore specificità), tutti sono risultati negativi. Per quanto riguarda la tubercolosi, non essendoci dati statistici recenti nel nostro Paese sull'incidenza di questa patologia nella popolazione straniera e in particolar modo nei rifugiati, è utile considerare come riferimento il rapporto del 2008 – Tubercolosi in Italia i cui

dati sull'incidenza grezza tra gli stranieri, pur essendo poco accurati per mancanza di informazioni certe sui denominatori, sembrano individuare alcune nazionalità a particolare rischio con tassi maggiori o intorno a 100 casi per 100.000 residenti: il Corno d'Africa (Etiopia, Eritrea, Somalia), Senegal, Sudan, Costa d'Avorio, Nigeria, Perù, Bolivia, India, Pakistan e Bangladesh⁶.

Tutto ciò a fronte di un trend stabile nei venticinque anni antecedenti al 2008 nella popolazione italiana di 7 casi per 100.000 abitanti⁶.

I casi esaminati nel nostro studio, trentadue, di cui cinque positivi al Tine test, testimoniano la presenza di infezione tubercolare, ma in assenza di segni radiografici, infatti, l'esame Rx del torace successivamente effettuato è risultato normale in tutti i soggetti positivi; occorre dunque specificare che la memoria immunologica di primo contatto con il Bacillo di Koch non equivale necessariamente allo sviluppo della malattia in fase attiva e quindi potenzialmente trasmissibile, ma c'è da considerare che le condizioni fisiche precarie che incidono sul sistema immunitario di tali soggetti all'arrivo in Italia possono facilmente favorire una riattivazione endogena e quindi trasformarli in veicoli di contagio. D'altra parte è interessante notare come ventisette soggetti su trentadue siano negativi al Tine test, e quindi non abbiano ancora avuto il primo contatto con il Bacillo di Koch nonostante provengano da zone fortemente endemiche.

Conclusioni

Tenendo in considerazione il limite del nostro studio rappresentato dal numero ristretto di soggetti della popolazione in esame, risulta chiaro che, la diffusione nei rifugiati dell'infezione da HBV, che nel nostro Paese ha subito una diminuzione sostanziale in seguito all'introduzione nel 1991 dell'obbligatorietà del vaccino per i nuovi nati e alle campagne di prevenzione per la lotta a l'AIDS, è evidente; per quanto riguarda l'infezione tubercolare, pur riscontrata in alcuni dei soggetti esaminati, è presente, in ognuno di questi casi, in fase latente.

Ad ogni modo, in base ai risultati ottenuti crediamo sia importante il ruolo del Medico di Famiglia nel contatto primario con i pazienti rifugiati essendo questi ultimi allo stato attuale una fetta importante della nostra popolazione, ciò risulta necessario sia per la diagnosi precoce di malattie infettive con test di screening, sia per il controllo di queste e dello stato di salute generale dei soggetti.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. Dati UNHCR;
2. Dati Eurostat;
3. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014;
4. Linee guida 2013 ESH/ESC per la diagnosi ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa, Supplemento Ipertensione e prevenzione cardiovascolare Aprile-Settembre 2013, Vol. 20, Num. 2-3;
5. Tafuri et al., Prevalence of Hepatitis B, C, HIV and syphilis markers among refugees in Bari, Italy BMC Infectious Diseases 2010, 10:213;
6. Istituto Superiore di Sanità – Tubercolosi in Italia, rapporto 2008.

Deprescribing per contrastare gli effetti avversi della politerapia nell'anziano

Deprescribing to reduce the adverse effects of polypharmacy in the elderly

Rosario Falanga

Medico di medicina generale, Polcenigo (PN)

Correspondence to:

Rosario Falanga, MD
rfalanga@tin.it

RIASSUNTO

Il progressivo aumento della vita media porta ad un incremento della prevalenza di malattie cronicodegenerative e a conseguenti politerapie nell'anziano, con un aumento del rischio di reazioni avverse ai farmaci, (ADRs - Adverse Drug Reactions), di interazioni farmacologiche e di inappropriatezza prescrittiva.

La popolazione anziana è di fatto una popolazione fragile sia per le modificazioni farmacocinetiche che farmacodinamiche legate all'età.

Dal rapporto OsMed (Osservatorio sull'impiego dei Medicinali) in Italia, la popolazione con più di 64 anni assorbe il 60% della spesa farmaceutica convenzionata, il 50% degli over 65 assume dai 5 ai 9 farmaci e ben l'11% assume 10 o più farmaci.

Una corretta "deprescription" ridurrebbe il rischio di reazioni avverse ai farmaci legate alle alterazioni fisiologiche dovute all'invecchiamento e a prescrizioni inappropriate.

Parole chiave:

deprescribing, politerapia, anziani

ABSTRACT

The progressive increase in life expectancy leads to higher prevalence of chronic degenerative diseases and consequential polypharmacy in the elderly, with a raised risk of adverse drug reactions (ADRs), drug interactions and inappropriate prescriptions.

Older people are medically fragile because of age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes.

According to the latest OsMed (Observatory of Drug Utilization) report on drug use in Italy, the population over 64 years of age absorbs 60% of the total pharmaceutical expenditure of the National Healthcare System (SSN), 50% of the people over 65 take 5 to 9 drugs and as many as 11% take 10 or more drugs.

Deprescribing will reduce the risk of adverse drug reactions due to age-related physiological changes and inappropriate prescriptions.

Key words:

deprescribing, polypharmacy, elderly

Introduzione

"Primum non nocere" (Ippocrate (460 - 335 a.C.)

Il progressivo aumento della vita media porta ad un incremento della prevalenza di malattie cronicodegenerative e a conseguenti politerapie nell'anziano, con un aumento del rischio di reazioni avverse ai farmaci, di interazioni farmacologiche e di inappropriatezza prescrittiva.¹

La popolazione anziana è di fatto una popolazione fragile sia per le modificazioni farmacocinetiche che farmacodinamiche legate all'età.²

Negli USA gli errori medici sono la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e i tumori.³

Il 5-10% dei ricoveri ospedalieri tra gli anziani è legato a reazioni avverse da farmaci.⁴

L'uso di farmaci negli anziani non è sempre evidence-based. Nell'anno 2000 solo il 3.5% di quasi 9.000 trial clinici e l'1% di oltre 700 metanalisi erano dedicati a persone ultrasessantacinquenni.⁵

Dal rapporto OsMed (Osservatorio sull'impiego dei Medicinali), la popolazione con più di 64 anni assorbe il 60% della spesa farmaceutica convenzionata, il 50% degli over 65 assume dai 5 ai 9 farmaci e ben l'11% assume 10 o più farmaci.⁶

Un farmaco viene considerato potenzialmente inappropriato quando il rischio di eventi avversi supera il beneficio atteso del trattamento. L'inappropriatezza prescrittiva può includere anche un inadeguato impiego del farmaco per durata o per dosaggio

(in eccesso e in difetto). Può essere la conseguenza dell'uso contemporaneo di più farmaci che interagiscono tra loro (interazione farmaco-farmaco) e/o con patologie di cui il paziente è affetto (interazione farmaco-patologia).

Per identificare l'inappropriatezza prescrittiva, i criteri espliciti più utilizzati in letteratura sono i Criteri di Beers e i criteri STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) e START (Screening Tool to Alert doctors to the right Treatment)

Quali sono le cause della politerapia nell'anziano?

- **Ogni specialista imposta la terapia seguendo le proprie linee guida** che a volte non hanno evidenze nell'anziano, senza una visione olistica, senza tener conto delle aspettative di vita o delle condizioni generali di salute.¹
- **Carente comunicazione tra Mmg e Specialista** per una valida interazione ospedale-territorio, utile per la necessaria conciliazione terapeutica per evitare duplicazioni e interazioni terapeutiche (ognuno lavora a compartimenti stagni).
- **Assenza di dati scientifici** (EBM nell'anziano), per aiutare il medico nella decisione terapeutica (es. uso delle statine negli anziani).
- **Mancanza di progetti di ricerca** clinica pre e post-marketing per la verifica dell'effectiveness (efficacia reale), **condotti da gruppi di Mmg** nelle condizioni più vicine possibili al "mondo reale" e non su popolazioni selezionate nelle strutture sanitarie.
- **Mancanza di una rivalutazione periodica della terapia**, impiego di farmaci continuativi a problema scaduto (es. TAO nel tromboembolismo).
- **ADRs interpretate erroneamente come nuove malattie** da trattare con ulteriori farmaci, le cosiddette prescrizioni a cascata.
- **Errore di assunzione legato alla distribuzione dei generici** (assunzione del generico + il brand con lo stesso principio attivo).
- **Spinte commerciali e lavori scientifici sponsorizzati dall'industria** farmaceutica.
- **Insufficienti strumenti informatici** a disposizione del Mmg per aiutare una prescrizione appropriata.

I limiti della terapia farmacologica

1) Gli inibitori di pompa protonica

Un numero crescente di studi ha messo in evidenza come gli IPP nel 50% siano spesso prescritti in maniera inappropriata.⁷

Nella maggior parte dei casi gli IPP vengono prescritti in associazione alla terapia cronica con l'ASA. Da una revisione sistematica relativa alla terapia con ASA a dosaggio antiaggregante (75-300 mg) il rischio di lesioni gastrointestinali è basso, bisogna trattare 100 persone per 28 mesi per avere un caso di emorragia gastroenterica, il numero di eventi si ridurrebbe della metà se venisse prescritto alla dose di 75 mg.

Non esistono evidenze per raccomandare l'uso degli IPP per la prevenzione primaria di danni gastrointestinali da eparine a basso peso molecolare, bifosfonati, antitumorali, steroidi e anticoagulanti orali.^{8,9}

L'uso prolungato di IPP può portare a danni renali.¹⁰

Gli IPP riducono l'assorbimento della vit.B12, ferro e magnesio con conseguente anemia, deficit nutrizionali e aritmie cardiache.¹¹

L'American Geriatrics Society, pubblicando l'edizione 2015 dei Criteri di Beers, invita ad evitare l'uso per più di 8 settimane dei IPP nei più anziani (fatta eccezione per i pazienti ad alto rischio con esofagite erosiva), per aumentato rischio di fratture e di infezioni da salmonella e clostridium difficile legato al blocco protratto della secrezione acida che può alterare la flora batterica intestinale.

2) Prescrivere statine e antipertensivi nei pazienti ≥ 80 anni con l'obiettivo di prevenire l'ictus è appropriato?

L'epidemiologia ci dice che in questa fascia d'età l'ipertensione e l'ipercolesterolemia non sono reali fattori di rischio.

Pertanto statine e antipertensivi sono prescritti in eccesso negli ultraottantenni visto il modesto e potenziale beneficio rispetto agli effetti collaterali.¹²

C'è qualche evidenza che ridurre la PA anche in pazienti al di sopra degli 80 anni riduce la mortalità (ma non nei pazienti "fragili"). L'inizio del trattamento in questo gruppo di pazienti è indicato per valori di PA > 160 mmhg e può avere come target valori tra 140 e 160 mmhg.¹³

Doxazosina e clonidina dovrebbero essere evitati come antipertensivi di prima scelta.¹⁴

Nell'anziano > 80 anni senza storia clinica di malattia cardiovascolare l'indicazione a iniziare o continuare una terapia farmacologica ipolipemizzante è da riservare a pazienti selezionati (ad es. soggetti con multipli fattori di rischio cardiovascolare ma in ottimo stato funzionale). Oltre gli 85 anni non esistono evidenze sulla utilità delle statine in prevenzione primaria.

Nell'anziano > 80 anni con storia clinica di malattia cardiovascolare (prevenzione secondaria), il rapporto rischi/benefici (anche se basato su scarse evidenze) risulta favorevole a prescrivere una terapia ipolipemizzante (o a mantenerla), ad eccezione di pazienti con grave insufficienza cardiaca, scadenti condizioni cliniche generali con ridotta speranza di vita. Oltre gli 85 anni non esistono evidenze sulla utilità delle statine in prevenzione secondaria.¹⁵

3) Prevenzione delle fratture: sono solo i farmaci la soluzione?

Linee guida internazionali hanno dimostrato l'utilità dei bifosfonati nell'osteoporosi post-menopausale, ma...negli anziani!!

L'effetto collaterale più comune dei bifosfonati è il reflusso gastro-esofageo che può indurre malnutrizione e peggiorare ulteriormente l'osteoporosi/osteomalacia con altri meccanismi.

Non ci sono evidenze di efficacia reale dopo 5 anni di trattamento continuo con bifosfonati.¹⁶

Oltre 80% delle fratture per traumi minori negli anziani avviene in persone che non hanno osteoporosi definita da T score < - 2,5.¹⁷

La prevenzione delle cadute è invece uno strumento molto più efficace nell'evitare fratture (vedi attività fisica guidata, evitare sedazione, evitare contenzione).

L'efficacia dei bifosfonati nelle persone anziane è direttamente dipendente dai valori di vitamina D3, si seguono con grande scrupolo le linee guida per l'utilizzo dei bifosfonati, mentre viene prestata poca attenzione alla carenza di vit. D3.

Negli anziani, ospiti nelle Cdr, i valori di vitamina D3 sono molto bassi.

Un numero sempre maggiore di lavori scientifici indica l'utilità della VitD3 anche per il trofismo muscolare e la patologia immunologica (patologia autoimmune e flogistica cronica).

4) Benzodiazepine nell'anziano

Controindicate nelle allucinazioni e deliri, possono agire sull'agitazione psicomotoria e l'aggressività. Altamente sconsigliate nella terapia cronica per l'effetto peggiorativo sui disturbi cognitivi della demenza, nonché per la dipendenza che possono instaurare.¹⁸

Le terapie psicotrope vanno avviate dopo il fallimento degli interventi non farmacologici, migliorando le caratteristiche dell'ambiente che deve essere tranquillo con una buona illuminazione per evitare ombre che favoriscono le allucinazioni visive, favorire l'orientamento con grandi orologi e calendari ben leggibili, con fotografie dei famigliari, campanello di chiamata ben accessibile, evitando il più possibile trasferimenti e cambiamenti.

Le benzodiazepine a lunga emivita non devono essere prescritte come ipnoinducenti, per il rischio di accumulo, soprattutto negli anziani affetti da demenza, possono aumentare lo stato confusionale mattutino e il rischio di cadute a terra.

Come ridurre la politerapia inappropriata nell'anziano?

- **Evitare** di rincorrere ogni sintomo con un farmaco.
- **Scegliere** il miglior trattamento disponibile, iniziando se possibile con terapie non farmacologiche.
- **Personalizzare** il target terapeutico (es. valori pressori nel grande anziano iperteso, livelli di emoglobina glicata nel diabete senile).
- **Rivalutare** periodicamente la terapia in atto con il metodo del "sacchetto", verificando l'attinenza alle prescrizioni.
- **Considerare** l'opportunità di sospendere un farmaco del quale non si abbia chiara indicazione, monitorando poi gli eventuali effetti della sospensione.
- **Interrompere farmaci preventivi** la cui efficacia si manifesta oltre l'aspettativa di vita stimata.
- **Monitorare gli eventi avversi** e considerare che nuovi sintomi possono dipendere anche dalla terapia farmacologica, identificandoli e segnalandoli prontamente.
- **Utilizzare degli applicativi computerizzati** per intercettare in appropriatezze, interazioni e controindicazioni (Terap, Micromedex).
- **Creare efficienti sistemi informativi di rete o il fascicolo sanitario elettronico** per disporre in tempo reale di informazioni accurate e aggiornate sulla situazione dei pazienti.
- **Rilasciare al paziente uno schema terapeutico aggiornato**, prima dell'invio allo specialista con la descrizione dei problemi clinici più rilevanti per evitare interazioni e duplicazioni terapeutiche.¹

Un modo per ridurre i danni della politerapia inappropriata è il deprescribing, ossia l'identificazione e la successiva sospensione di quei trattamenti i cui effetti collaterali superano i benefici nel contesto dello stato di salute globale del paziente, della sua aspettativa di vita e delle sue preferenze (una medicina persona-

lizzata centrata sulla persona).

Nonostante le sue potenzialità il deprescribing è ostacolato dalla paura di medici e pazienti di effetti negativi derivati dalla sospensione dei farmaci e dalla pressione prescrittiva evocata da molte linee guida.

Quali problematiche del deprescribing?

- I pazienti si affezionano al farmaco e manifestano paure e dubbi nel sospendere i farmaci abituali che tollerano (apparentemente) bene.
- I Criteri di appropriatezza dovrebbero essere adottati anche dagli specialisti.
- Bisogna avere un confronto/condivisione con gli specialisti visto che a volte sono loro ad aggiungere farmaci.
- Non sempre la sospensione è accettata, bisognerebbe evitare di prescrivere farmaci inutilmente.
- La sospensione di un farmaco dato in prevenzione primaria secondo le linee guida potrebbe esporre il medico a contenziosi medico legali.
- È più facile aggiungere un farmaco che sospenderlo.
- La situazione deve essere valutata caso per caso anche tenendo conto delle aspettative del contesto culturale e famigliare.
- Difficoltà nel valutare l'aspettativa di vita.
- La riconciliazione diagnosi-terapia è un compito specifico del Mmg, dovrebbe diventare una routine, la consulenza esterna è poco pratica e difficilmente applicabile.
- La revisione delle terapie nei pazienti fragili risulta più gestibile negli ospiti nelle CdR dove grazie al supporto del personale infermieristico vi è un costante monitoraggio degli effetti delle variazioni/sospensioni terapeutiche.
- Il medico ospedaliero dovrebbe indicare nella lettera di dimissione/consulenza la durata della terapia e i criteri per una eventuale modifica/sospensione.
- Manca una cultura adeguata sul tema specifico.
- È difficile e dispendioso avere una adesione piena e consapevole del paziente, non sempre è in grado di capire la reale motivazione della "riconciliazione terapeutica", può interpretarla come una rinuncia alla cura o come tentativo di "economizzare" sui farmaci.
- Bisogna sospendere i farmaci secondo scienza e coscienza assumendosi la responsabilità, mettendo in atto un sistema di monitoraggio in seguito alla sospensione.
- Il problema è spesso il tempo da dedicare a queste procedure.

Quali conseguenze del deprescribing?

- Non cambiamenti obiettivi dello stato clinico.
- Risoluzione di specifici reazioni avverse.
- Miglioramento delle funzioni e della qualità di vita.
- Sindromi da sospensione.
- Sindromi da rebound.
- Smascheramento di una interazione farmacologica.
- Riapparizione dei sintomi della malattia originale o dei fattori di rischio.

Conclusioni e considerazioni

Se negli ultimi decenni abbiamo guadagnato 30 anni di vita, il

merito è solo in minima parte delle cure mediche. Il 40% della mortalità è legato a corretti stili di vita e prevenzione sanitaria, il 30% alla predisposizione genetica, il 15% al contesto sociale e solo il 10% alle inadeguatezze delle cure.¹⁹

Eppure il dibattito sulla sanità e sulle risorse resta tuttora ancorato al paradigma “medico-farmaco” e gli investimenti in prevenzione sono limitati.

La chiave che apre la serratura di una medicina personalizzata è la relazione di cura medico paziente (la narrazione) che è fatta di visita, ascolto, consigli ed infine di prescrizioni (Spinasantì, 2016).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Falanga R. *Prescrizioni multiple nell'anziano: efficacia e rischi*. *Medicinae Doctor*, n° 6, 2014.
2. Basso B., Bertoli A., Paier R., Pessa G., Falanga R. *Progetto di prevenzione delle interazioni farmacologiche e delle potenziali reazioni avverse a farmaci nei pazienti anziani istituzionalizzati dell'ASS n.6 "Friuli Occ."*. *SIMG*, Rivista della Società Italiana di Medicina Generale, n° 4, 2014.
3. Makary MA, Daniel M. *Medical error—the third leading cause of death in the US*. *BMJ*. 2016 May 3;353:i2139.
4. Mjörndal T, Boman MD, Hägg S, Bäckström M, Wiholm BE, Wahlin A, Dahlqvist R. *Adverse drug reactions as a cause for admissions to a department of internal medicine*. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002 Jan-Feb;11(1):65-72.
5. Nair BR, Attia JR, Mears SR, Hitchcock KI. *Evidence-based physicians' dressing: a crossover trial*. *Med J Aust*. 2002 Dec 2-16;177(11-12):681-2.
6. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-ossmed-2014>
7. <http://www.fimmgroma.org/new/9622-aigo,-sif,-fimmg-una-posizione-paper-sugli-inibitori-di-pompa-protonica>
8. Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA. *Steroids and risk of upper gastrointestinal complications*. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 1089-1093.
9. Chan TY. *Adverse interactions between warfarin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs: mechanism, clinical significance, and avoidance*. *Ann Pharmacother* 1995; 29: 1274-1283
10. Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, Grams ME. *Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease*. *JAMA Intern Med*. 2016 Feb 1;176(2):238-46
11. Schoenfeld AJ, Grady D. *Adverse Effects Associated With Proton Pump Inhibitors*. *JAMA Intern Med*. 2016 Feb 1;176(2):172-4
12. Byatt K. *Overenthusiastic stroke risk factor modification in the over-80s: are we being disingenuous to ourselves, and to our oldest patients?* *Evid. Based Med*. 2014 Aug;19(4):121-2
13. Aronow WS et al. *ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology*. *Circulation*. 2011 May 31;123(21):2434-506
14. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. *American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Nov;63(11):2227-46
15. Petersen LK, Christensen K, Kragstrup J. *Lipid-lowering treatment to the end? A review of observational studies and RCTs on cholesterol and mortality in 80+-year olds*. *Age Ageing*. 2010 Nov;39(6):674-80
16. Frank C, Weir E. *Deprescribing for older patients*. *CMAJ*. 2014 Dec 9;186(18):1369-76
17. Järvinen TL, Sievänen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P. *Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls*. *BMJ*. 2008 Jan 19;336(7636):124-6
18. Billioti de Gage et al. *Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study*. *BMJ*. 2014 Sep 9;349
19. McGinnis JM¹, Williams-Russo P, Knickman JR. *The case for more active policy attention to health promotion*. *Health Aff (Millwood)*. 2002 Mar-Apr;21(2):78-93.
20. Spinasantì S. *La medicina vestita di narrazione*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2016

Comunicazione e Partnership nella relazione Medico-Paziente

Communication and partnership in the medical-patient relationship

Annamaria Giannetti
Medico di Medicina Generale

Correspondence to:
Annamaria Giannetti
dr.ssgianetti@alice.it

RIASSUNTO

La comunicazione tra Medico-Paziente è il punto di partenza della pratica medica per costruire e migliorare il rapporto con il paziente; pertanto la capacità del medico di comunicare in modo efficace consolida la relazione, genera motivazione nel paziente a star meglio, contribuisce a far sì che lo stesso aderisca al trattamento e aumenta il livello di soddisfazione e di fiducia in entrambi.

Ma oggi, nella relazione medico-paziente, non basta più la gentilezza e la cortesia, la disponibilità e la professionalità; poiché il paziente chiede la migliore risoluzione in tempi brevi della sua malattia.

Parole chiave:

comunicazione, partnership, relazione medico-paziente

ABSTRACT

Communication between Doctor-Patient is the medical practice of the starting point to build and improve the relationship with the patient; Therefore, the physician's ability to communicate effectively consolidates the relationship, generates motivation in the patient to feel better, helps to ensure that the same adheres to treatment and increases the level of satisfaction and confidence in both. But today, in the doctor-patient relationship, not enough kindness and courtesy, helpfulness and professionalism; because the patient asks the best resolution in a short time of his illness.

Key words:

communication, partnership, doctor-patient relationship

INTRODUZIONE

La relazione Medico-Paziente svolge un ruolo prioritario nella diagnosi e cura di patologie fisiche e psichiche.

La comunicazione tra Medico-Paziente è il punto di partenza della pratica medica per costruire e migliorare il rapporto con il paziente, pertanto l'abilità del medico di comunicare in modo efficace determina l'intensità della relazione, influenza il livello di motivazione del paziente a star meglio, contribuisce a far sì che lo stesso aderisca al trattamento e aumenta il livello di soddisfazione e di fiducia in entrambi.

Gli ostacoli maggiori alla comunicazione Medico-Paziente emergono quando si dimostra di non saper ascoltare il paziente, in tal caso emerge chiaramente l'insoddisfazione del paziente e la cattiva comunicazione genera un'insoddisfazione maggiore della carenza di competenze tecniche-scientifiche.

I Medici oggi, nel corso della loro professione, si trovano a rivolgere migliaia di domande, a formulare loro stessi delle risposte, ad informare pazienti e familiari, a fornire delle indicazioni, a relazionarsi con il corpo Medico e Paramedico. Attraverso la loro comunicazione forniscono quelle informazioni che modificano

tutti i giorni la vita di migliaia di persone nel mondo: notizie sullo stato di salute, sul decorso di malattie note o poco conosciute, sulle possibilità di guarigione, sulle aspettative di vita, sulla morte. L'ambito medico è quello in cui, più che in qualunque altro settore professionale, la capacità di comunicare una diagnosi o un percorso di trattamento, senza provocare traumi e sofferenze inutili, dovrebbe diventare un'arte. Anche i problemi di sfiducia e di incomprensione tra Paziente e Medico possono essere risolti attraverso lo sviluppo delle abilità di comunicazione di quest'ultimo, con l'obiettivo di migliorare la relazione tra le due parti.

Scopi del progetto

In un percorso diagnostico-terapeutico, il Paziente con più frequenza si relaziona con il Medico di Medicina Generale, con lo Specialista ed con il medico del Reparto Ospedaliero; è quindi interessante conoscere la sua valutazione sui capitoli principali della Comunicazione per capire il giudizio finale nei tre setting. Questo progetto è nato con l'obiettivo di valutare la comunicazione nella relazione Medico-paziente in un campione di pazienti intervistati

presso studi di medicina generale, di ambulatori specialistici e di reparti ospedalieri di Roma.

Materiale e metodi

Sono stati intervistati nella città di Roma 443 pazienti: 185 presso gli studi di medicina generale, 156 negli ambulatori specialistici dell'ASL RMC e 102 presso i reparti dell'Osp. "San Giovanni-Addolorata". Sono stati valutati 262 maschi e 181 femmine in età compresa tra i 18 ed gli ultra sessantenni, scelti con metodo randomizzato casuale ed ad essi è stato chiesto di compilare un questionario in forma anonima. È stato utilizzato il metodo "a domanda chiusa", con scala in sequenza numerica da 1 a 5.

Tutti gli intervistati hanno aderito alla compilazione del questionario con molta disponibilità e partecipazione. Si tratta di un questionario molto semplice, composto da una parte (A) di 6 domande che riguardano le "Caratteristiche socio-demografiche", di una parte (B) di 8 domande a risposta multipla che trattano la soddisfazione dei pazienti, attraverso i capitoli principali della "Comunicazione Medica" e di una parte (C) di 2 domande di "Suggerimenti Finali" per comprendere il giudizio finale dei pazienti.

Infine i dati delle risposte raccolte sono state trascritte su un file, elaborati e presentati in grafici riassuntivi.

Risultati

Lo studio è particolarmente interessante per i medici dei tre setting, con l'obiettivo di aiutarli a valutare l'esito di una buona Comunicazione nel rapporto con il paziente e di comprendere i vantaggi che ne derivano nella professione. Con l'elaborazione dei dati raccolti, nei tre setting: ambulatori di Medicina Generale, ambulatori specialistici e reparti ospedalieri, si evidenzia un giudizio complessivamente positivo di soddisfazione nei pazienti intervistati.

I pazienti ricoverati presso i reparti ospedalieri, riguardo ai medici che si sono occupati di Loro, hanno espresso un giudizio OTTIMO per: la professionalità (64%); il rispetto della riservatezza personale e della privacy (64%); la gentilezza e la cortesia (48%); la soddisfazione nelle informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute ed i rischi legati alle cure (45%); l'assistenza ricevuta (45%); la disponibilità/prontezza nel rispondere alle esigenze degli intervistati (38%). I pazienti si sono espressi con giudizio MEDIOCRE per: la disponibilità ad ascoltare (50%); il coinvolgimento ricevuto sulle decisioni relative alle cure (48%). In conclusione i pazienti esprimono alto consenso (68%) a scegliere nuovamente quel reparto, qualora avessero di nuovo necessità di ricovero.

Negli ambulatori di Medicina Generale, i pazienti esprimono giudizio OTTIMO per: la gentilezza e la cortesia (50%); la professionalità (41%); la disponibilità ad ascoltare (38%); la disponibilità/prontezza nel rispondere alle esigenze del paziente (38%); l'assistenza (34%); le informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute ed i rischi legati alle cure (31%). I pazienti si sono espressi con giudizio MEDIOCRE per: la privacy (38%); il coinvolgimento ricevuto sulle decisioni relative alle cure (31%). In conclusione, se avessero di nuovo necessità di riscegliere un medico di medicina generale, sceglierebbero nuovamente il proprio medico (41%).

Il giudizio dei pazienti negli ambulatori specialistici è stato BUONO per: l'assistenza ricevuta (26%); il coinvolgimento ricevuto

sulle decisioni relative alle cure (25%); la professionalità (25%); la privacy (25%); la disponibilità ad ascoltare (24%); la disponibilità/prontezza nel rispondere alle esigenze del paziente (23%). Giudizio SUFFICIENTE per: le informazioni ricevute sulla diagnosi, le condizioni di salute ed i rischi legati alle cure (22%). Giudizio MEDIOCRE per: il giudizio riguardo alla gentilezza e cortesia (26%). In conclusione con giudizio Buono del 22%, i pazienti intervistati, se avessero di nuovo necessità di una visita specialistica, sceglierebbero nuovamente lo stesso specialista. Tuttavia con gli intervistati, nel corso dell'indagine negli ambulatori specialistici, è stato difficile far scendere il giudizio sul loro rapporto con il medico, dalle difficoltà che avevano incontrato per prenotare una visita e/o un esame diagnostico. Pertanto molti pazienti hanno risposto con giudizio negativo, condizionati dalle difficoltà incontrate, non attribuibili direttamente al rapporto con lo specialista.

I dati ottenuti da questo progetto portano alla luce la maggiore soddisfazione dei pazienti nel setting dei reparti ospedalieri ed in secondo ordine negli ambulatori di medicina generale, rispetto agli ambulatori specialistici, in rapporto alla gentilezza e cortesia, professionalità, disponibilità e prontezza a rispondere alle loro esigenze di salute.

La gratitudine maggiore dei pazienti è nella comunicazione con il proprio medico e con essa si crea una relazione di fiducia e di affidabilità riconfermata nel tempo.

Conclusioni

Proporre una maggiore comunicazione tra Medico-Paziente, è la chiave di un'efficace strategia per far capire al Paziente quanto sia importante riporre fiducia nel Medico, nelle strutture sanitarie, negli operatori, per ottenere il maggior risultato possibile nella cura della propria salute, le complicazioni delle malattie e l'educazione verso comportamenti atti a mantenere e migliorare la qualità della vita. Le conoscenze cliniche sono assolutamente necessarie, ma non sono di per sé sufficienti a costruire fiducia; essa nasce all'interno di una relazione e ciò che il Medico deve apprendere (o riapprendere), in un mondo che cambia, è la capacità di costruire e di mantenere col Paziente una relazione terapeutica efficace.

È un progetto permanente, un approccio alla Medicina centrato sul rapporto Medico-Paziente, che cerca un modo di porsi diverso da quello comune, nei confronti del malato e della malattia, molto più flessibile, meno ancorato a ruoli rigidi e burocratici con una maggior comprensione del comportamento dell'individuo nei processi biologici e psicosociali.

Ciò che consente di raggiungere questo obiettivo è appunto LA COMUNICAZIONE E PARTNERSHIP NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE.

La pratica medica non può prescindere dall'operare attraverso la relazione umana, per questo stesso fatto, che il Medico lo voglia o no, si troverà ad operare, inevitabilmente, in un contesto denso di implicazioni. Il profondo significato del rapporto Medico-Paziente si estende al di là di ciò che normalmente si intende con il termine di "arte della medicina".

Il Medico, se da un lato deve restare sufficientemente distaccato dal Suo Paziente, per potersi porre nei confronti di questi in un

modo razionale ed obiettivo, dall'altro, per poterlo veramente comprendere ed aiutare, deve anche disporre di una profonda empatia e di un coinvolgimento controllato che gli consenta di entrare nel mondo soggettivo e nei vissuti profondi del Paziente stesso. Se ne resta troppo distaccato, si comporterà nei confronti del Suo Paziente come se fosse una macchina e giustamente sarà accusato di freddezza, distacco ed insensibilità (disumanizzazione della medicina); se al contrario si farà troppo coinvolgere emotivamente, i Suoi sentimenti personali e le Sue ansietà verranno fatalmente ad interferire nella situazione ed in grado tale che non sarà più capace di aiutare realmente il Paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Benincasa Francesco: "Partnership e fiducia nella relazione medico - paziente". Sezione: MODELLI E RICERCA IN PSICHIATRIA. Area: Medicina di Base e Psichiatria. 2001
2. Caterino Luigi: La comunicazione tra medico e paziente. Practitioner e Coach in Programmazione Neuro Linguistica docente di "Metodologia ed Etica della Comunicazione" all'Università di Parma, Facoltà di Farmacia. 2006
3. Cohen Cole, A. S. (1991) The Medical Interview, the Three Function Approach. Mosby-Year Book Inc, St.Louis Drossmann, D.A. (1988) Maximizing the Interview. Videotape prodotto da Medical
4. Di Fabio A.M.: "Dalla teoria all'applicazione", Giunti, Firenze, 1999)
5. Siti web: www.counselling.it

L'aumento di prevalenza del Rischio Cardiovascolare all'Aquila dopo il terremoto del 6 aprile 2009

The increase of prevalence of Cardiovascular Overall Risk in L'Aquila's population before 6th April 2009 earthquake

Walter Lapenna¹, Paolo Evangelista²

¹ dr. Paolo Evangelista, Docente a contratto di Medicina di Famiglia presso l'Università degli Studi dell'Aquila

² dr. Walter Lapenna, medico in formazione

Correspondence to:

Walter Lapenna, MD
walter.lapenna@gmail.com

RIASSUNTO

Il 6 aprile 2009 la città dell'Aquila – capoluogo della Regione Abruzzo – è stata colpita da un terremoto di magnitudo 5,9 della scala Richter che ha avuto un impatto devastante sulla salute pubblica e sulla struttura sanitaria locale. Il terremoto ha causato un importante numero di morti (308 circa) e di feriti (2100 circa), determinando forme morbose acute, fra cui la Sindrome Post traumatica da Stress, ed aggravando quelle croniche, comportando danni irreparabili alle infrastrutture sanitarie ed al personale sanitario, rendendo la gestione delle malattie croniche molto più complessa.

In questo studio abbiamo esaminato e comparato le alterazioni metaboliche e cardiovascolari della popolazione aquilana prima e dopo il terremoto al fine di evidenziare la relazione fra l'evento catastrofico e la Sindrome Metabolica (SM). Dopo il terremoto del 2009 la prevalenza di alto rischio cardiovascolare (RCV) è drammaticamente aumentata nella popolazione esaminata. In particolare abbiamo esaminato gli effetti della delocalizzazione demografica sull'RCV, divisa in tre differenti gruppi di evacuazione, in accordo con il luogo dove essi sono stati obbligati a spostarsi: casa, albergo, campo. Supponiamo, inoltre, che esistano connessioni fra le psicopatologie degli evacuati e le alterazioni metaboliche

Parole chiave:

rischio cardiovascolare, Sindrome Metabolica, terremoto dell'Aquila 2009, ipertrigliceridemia, ipertensione, delocalizzazione, Sindrome Post-traumatica da stress

ABSTRACT

On April 6, 2009, the town of L'Aquila - the regional capital of Abruzzo, Italy - was hit by an earthquake measuring 5.9 on the Richter scale which has had a devastating impact on public health and on the local Health System. The earthquake caused a large number of victims and injured acute and chronic diseases, post-traumatic stress disorder, significant damages to infrastructures and medical personnel, thus making the management of chronic diseases more complex.

In this study, we have examined and compared metabolic alterations observed in people who lived in L'Aquila before and after the earthquake, in order to show the relation between this tragic event and the Metabolic Syndrome (SM). After the 2009 earthquake, the prevalence of high cardiovascular risk (CVR) has been increasing dramatically in population examined. In particular, we have estimated the effect of demographic displacement on the cardiovascular risk distribution into three groups of evacuees, according to the place where they have been forced to live: home, hotel, camp. We thus suppose that there is a connection between evacuees' psychopathies and metabolic alterations

Key words:

Cardiovascular Risk, Metabolic syndrome; earthquake; L'Aquila, 2009; hypertriglyceridemia; hypertension; relocation, PTSD

Introduzione

Attualmente la legittimità nosologica della SM viene messa in discussione, per via della mancanza di una causa unificante riconosciuta e della mancata superiorità nella capacità predittiva di eventi cardiovascolari rispetto alla somma dei singoli criteri diagnostici³. Tuttavia è innegabile tanto il suo contributo alla conoscenza dei fattori di RCV, quanto la sua utilità nell'identificazione

di soggetti che presentano un RCV intermedio, nei quali sarebbe opportuno adottare tutti i possibili presidi della prevenzione primaria. Nel caso specifico del terremoto, utilizzare i criteri ATP-III della SM ci ha permesso di identificare la popolazione più colpita da quest'ultimo in termini di danno biologico, nonché di confrontare i risultati ottenuti dall'analisi statistica con gli altri studi presenti in letteratura.

Infatti, sono stati condotti diversi studi epidemiologici sulle popolazioni colpite da disastri naturali, che hanno contribuito a definire quella che oggi viene chiamata *epidemiologia dei disastri*⁴. Durante la fase acuta di un terremoto, i decessi e le lesioni fisiche rappresentano il problema più urgente e difficile da gestire ma, nel periodo immediatamente successivo, prevalgono i problemi correlati allo stress, come depressione e disturbi del sonno e dell'umore⁵. Questa osservazione si è rivelata valida anche in occasione del terremoto dell'Aquila, dopo il quale è stato riportato un aumento di prescrizioni di antidepressivi e antipsicotici nella popolazione, soprattutto tra gli anziani e le donne⁶.

Tra l'Aprile del 2009 e Gennaio del 2010, all'Aquila è stato condotto uno studio su 187 giovani dal Dipartimento di Psichiatria della Facoltà di Medicina locale, che ha dimostrato un aumento significativo dei livelli di stress psicologico, nonché un aumento dell'incidenza di PTSD. I risultati di tale studio, in linea con la letteratura recente, confermano che una calamità naturale produce un elevato disagio psicologico con postumi a lungo termine. Perciò, in un programma di sanità pubblica, un obiettivo primario dovrebbe essere l'intervento precoce sui sopravvissuti ad un trauma collettivo o individuale⁷.

Dopo i disastri naturali, aumenta anche l'incidenza di patologie cardiovascolari e rimane alta anche nei mesi successivi al disastro. Una quantità considerevole di studi ha descritto l'associazione tra i disastri naturali e tali malattie; in particolare è stato dimostrato come durante un evento sismico lo stress possa determinare delle modificazioni nella fisiologia cardiovascolare, tra cui un aumento del lavoro cardiaco, della pressione arteriosa, del consumo di O₂, così come un aumento dell'aggregazione piastrinica e della vasocostrizione dovuta all'attivazione simpatica⁸.

Il terremoto dell'Aquila rappresenta un'occasione unica di analizzare in dettaglio gli effetti di un terremoto di elevata magnitudo sulla salute della popolazione colpita, in particolare sulle conseguenze psicologiche e cardiovascolari.

Materiali e Metodi

Per le nostre finalità abbiamo considerato due diversi campioni casuali semplici, rappresentativi della stessa popolazione, ma in periodi differenti, rispettivamente prima e dopo il terremoto dell'Aquila. Il software utilizzato nell'analisi statistica è SPSS v17.0. La rilevazione dei dati prima del terremoto è stata condotta negli ambulatori di 21 medici di famiglia della provincia dell'Aquila nel biennio 2006-2008, anche grazie alla preziosa collaborazione della sezione provinciale SIMG e dell'UTAP Collemaggio 2 dell'Aquila.

Lo studio è stato condotto su un campione randomizzato di pazienti afferenti a tali ambulatori, ed è stata direttamente osservata una popolazione totale adulta di oltre 7.000 soggetti di entrambi i sessi e di età compresa tra i 40 ed i 69 anni. Per ognuno di essi sono stati raccolti: l'anamnesi; i valori della pressione arteriosa; i risultati delle analisi di laboratorio eseguite; i valori antropometrici. Per ogni soggetto sono state evidenziate le seguenti variabili: sesso; età; colesterolemia totale; LDL, HDL colesterolemia; trigliceridemia; creatinina; glicemia; circonferenza

vita; ipertensione arteriosa.

Su tale popolazione sono stati selezionati i soggetti di cui erano disponibili tutti i parametri utili per porre diagnosi di Sindrome Metabolica, escludendo quelli per cui non vi erano sufficienti informazioni. Per i soggetti sui quali mancava il valore delle HDL, abbiamo potuto calcolare il valore delle HDL secondo la formula di *Friedwald*. Inoltre, poiché mancavano le misurazioni della Pressione Arteriosa, abbiamo considerato ipertesi solo i soggetti in terapia antipertensiva. Dopo tale selezione, il campione si è ridotto a 1022 soggetti, sui quali è stata calcolata la prevalenza di elevati fattori di rischio cardiovascolare, nonché la media dei singoli criteri diagnostici e la loro prevalenza nel campione.

Lo studio condotto dopo il terremoto ha visto coinvolta, nel periodo compreso tra il 9 novembre 2009 e l'11 dicembre 2009, una popolazione adulta (N=310), di età compresa tra i 18 e i 90 anni, arruolata consecutivamente presso l'UTAP 2 di Collemaggio, sede dei Medici di Famiglia. Sull'intero campione abbiamo eseguito un'analisi statistica studiando singolarmente i fattori di rischio cardiovascolare e confrontando la prevalenza degli stessi prima e dopo il terremoto. Dei 310 soggetti sottoposti a valutazione metabolica, un sottogruppo di persone (N=157) è stato sottoposto anche a valutazione psicopatologica; su tale campione i Medici in formazione specialistica in psichiatria del SPUDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) dell'Università degli Studi dell'Aquila hanno condotto uno studio finalizzato a dimostrare una correlazione tra l'aumento della prevalenza del PTSD e quello dei fattori di rischio cardiovascolare.

I dati sono stati raccolti dai Farmacisti volontari di Chieti, che hanno eseguito i prelievi biologici e raccolto i dati antropometrici; dai Medici di Famiglia del presidio dell'Aquila, che hanno effettuato una valutazione dei parametri fisici e laboratoristici per la sindrome metabolica; dai Medici in formazione specialistica in psichiatria del SPUDC dell'Aquila, che hanno svolto una valutazione del benessere psicosociale della popolazione attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati quali *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12), *Impact of Event Scale-R* (IES-R), *Specific Earthquake Experience Questionnaire* (SEEQ), *Self-rating Depression Scale* (SDS), Brief-Cope. La *valutazione metabolica* è stata effettuata dai Medici di Famiglia utilizzando i seguenti parametri ematochimici e le seguenti misurazioni fisiche: pressione arteriosa, glicemia, assetto lipidico (colesterolo LDL, colesterolo HDL, colesterolo totale, trigliceridi), creatinina, emoglobina glicosilata, abitudine al fumo, assunzione di farmaci, circonferenza vita e BMI.

Per valutare la presenza di Sindrome Metabolica facciamo riferimento al panel ATP III.

Risultati

Statistiche descrittive pre-terremoto: il campione è composto da 1022 soggetti, di cui 547 (53,50%) di sesso femminile, 475 (46,50%) di sesso maschile, di età compresa dai 40 ai 69 anni. L'età media del campione è di 55 anni. Sono stati considerati tutti i criteri del panel ATP III per la diagnosi di sindrome metabolica, che saranno analizzati di seguito.

Circonferenza vita: Dall'analisi statistica risulta un valore medio di

circonferenza vita di 94,51 nel sesso femminile, con una deviazione standard (DS) di 14,702; di 101,82 nel sesso maschile, con una DS di 11,979.

Pressione arteriosa: sono stati considerati ipertesi i soggetti in terapia antipertensiva, poiché nelle rilevazioni pre-terremoto non erano inclusi i valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica. Secondo tale criterio è risultato iperteso il 52,7% dei soggetti.

Trigliceridi: che il valore medio di trigliceridi prima del terremoto ammonta a 145; 131,15 nel sesso femminile; 158,41 nel sesso maschile. La prevalenza di Ipertrigliceridemia era del 34,9%.

Colesterolo HDL: il valore medio delle HDL era di 53,30 nel sesso femminile, con una DS di 13,861 e di 44,20, con una DS di 16,162 nel sesso maschile. Il 45,7% dei soggetti aveva valori alterati di HDL prima del terremoto.

Glicemia: Nell'analisi è stata considerata la glicemia a digiuno sul campione selezionato. La glicemia media è risultata di 107,87. Secondo i criteri ATP III il 24,1% dei soggetti presentava iperglicemia, mentre il 75,9% è risultato negativo per il criterio considerato.

Statistiche descrittive post-terremoto: il campione studiato è composto da 310 soggetti, di età compresa tra i 18 e o 90 anni.

Circonferenza vita: il valore medio di circonferenza vita è di 91,61 nel sesso femminile, con una deviazione standard (DS) di 14,243; di 101,63 nel sesso maschile, con una DS di 10,673. Il 56% dei soggetti considerati rientra nei parametri indicati dai criteri ATP III. Risulta positivo al criterio il 60,3% delle donne e il 50% degli uomini.

Pressione arteriosa: nelle rilevazioni eseguite nel periodo post-terremoto sono inclusi i valori di pressione arteriosa sistolica e diastolica. Sono stati considerati positivi al criterio diagnostico ATP III i soggetti con pressione arteriosa sistolica ≥ 130 o diastolica ≥ 85 , o entrambi. Secondo tale criterio la prevalenza di ipertensione dopo il terremoto era del 79,7%. È risultato iperteso il 75,3% delle donne e l'85,3% degli uomini denotando una maggior prevalenza nel sesso maschile.

Trigliceridi: La prevalenza dell'ipertrigliceridemia secondo i criteri ATP III, prima del terremoto, era del 34,9%, mentre dopo il terremoto risulta del 63,9%, più precisamente del 66,3% nel sesso femminile e del 60,5% in quello maschile, quindi era leggermente maggiore nel sesso femminile.

Colesterolo HDL: Sono stati considerati positivi al criterio diagnostico i soggetti con valori di HDL ≤ 40 nel sesso maschile e ≤ 50 nel sesso femminile. La prevalenza totale dell'alterazione del parametro HDL è risultata del 44,2%, più precisamente il 47,3% delle donne e il 40,3% degli uomini avevano valori alterati di HDL dopo il terremoto.

Glicemia: Nell'analisi è stata considerata la glicemia a digiuno sul campione selezionato, sono stati esclusi i soggetti che non erano a digiuno. Secondo il valore soglia indicato nel criterio ATP III (glicemia ≥ 110 mg/dl) il 16,1% dei soggetti presentava iperglicemia. Relativamente alla prevalenza nei due sessi, risultano positivi al criterio ATP III il 14,9% delle donne e il 17,8% degli uomini.

Confronto tra le due popolazioni: l'interesse principale del presente lavoro è quello di appurare l'aumento di prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare in seguito al terremoto. In tabella 1 è descritta la contingenza tra la presenza di SM secondo i criteri ATP III e il momento di rilevazione.

tempo	post	Conteggio	SM prevalenza		Totale
			no	si	
		Conteggio	151	159	310
		% entro tempo	48,7%	51,3%	100,0%
	pre	Conteggio	615	407	1022
		% entro tempo	60,2%	39,8%	100,0%
Totale		Conteggio	766	566	1332
		% entro tempo	57,5%	42,5%	100,0%

Tabella 1 Tavola di contingenza prevalenza di SM

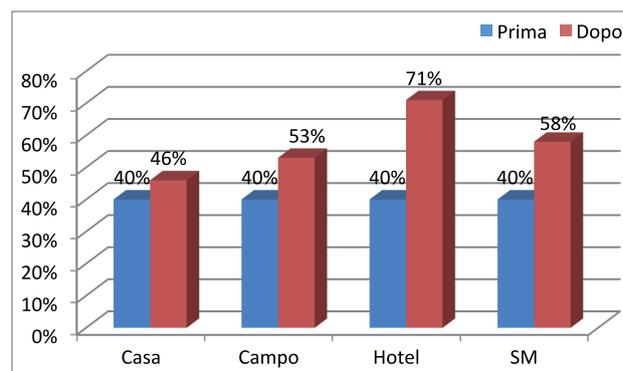
L'interdipendenza tra le suddette variabili, è risultata statisticamente significativa (sig. < 0,000).

Al fine di quantificare la differenza nella prevalenza della sindrome metabolica tra i due campioni è stato condotto un t-test per campioni indipendenti che ha dimostrato una differenza statisticamente significativa (sig.< 0,000) compresa tra il 5 e il 18% (I.C. 95%).

Un altro aspetto di interesse è l'effetto della delocalizzazione degli sfollati sulla prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare. Dalle contingenze tra la prevalenza di questi e il sito di delocalizzazione si evince infatti che la loro prevalenza nei tre sottogruppi è abbastanza diversa, con il 37,1% in casa, il 47,8% in campo e il 65,3% in hotel.

Al fine di quantificare la differenza nella prevalenza della Sindrome Metabolica tra i vari siti di delocalizzazione sono stati condotti tre t-test per campioni indipendenti. Il test ha dimostrato una differenza statisticamente significativa (sig. < 0,000) compresa tra il 15 e il 41% tra la sottopopolazione delocalizzata in hotel e quella in casa (I.C. 95%). Anche la differenza tra *hotel* e *campo* è risultata significativa (sig. < 0,010), compresa tra il 4 e il 30% (I.C. 95%). Invece, non è stata rilevata alcuna differenza significativa tra *campo* e *casa* (sig. < 0,138). Ripetendo il test includendo nel campione post-terremoto solo i soggetti di età compresa tra 40 e 70 anni, abbiamo riscontrato un aumento di prevalenza della SM maggiore in tutti e tre i sottogruppi; infatti, la prevalenza della SM risulta massima tra i 50 e i 70 anni. Dunque le prevalenze della SM si modificano come segue: CASA: dal 37,1% al 46%; CAMPO: dal 47,8% al 53%; HOTEL: dal 65,3% al 71%.

Aumento di prevalenza dopo il terremoto nei tre sottogruppi in soggetti di età compresa tra i 40 e i 70 anni



Confronto tra i singoli criteri ATP III nelle due popolazioni:

Circonferenza vita: è significativa la diminuzione in media ma non è significativa la differenza nel criterio ATP III. Quindi la cv è un po' diminuita ma non ci sono differenze significative per la diagnosi di SM riguardo a questo criterio.

Per l'**ipertensione arteriosa** non è possibile valutare la significatività della differenza tra le medie poiché nel campione pre-terremoto queste non sono disponibili. Tuttavia è evidente la significatività dell'aumento di positività del criterio diagnostico per la SM dal 52,7% al 79,7%.

Trigliceridi: il dato più rilevante tra questi è l'aumento di prevalenza dell'**ipertrigliceridemia**, infatti il valore medio è aumentato da 143,87 a 193,86. L'aumento è risultato statisticamente significativo (sig. < 0,000). È significativo (sig. < 0,000) anche l'aumento del criterio ATP III della trigliceridemia. Infatti la prevalenza di tale criterio sale dal 34,9% al 63,9%. La significatività dell'aumento è confermata dal test del Chi quadrato.

HDL: i valori di HDL sono aumentati nelle medie, ma tale aumento non è significativo, come non lo è la variazione della prevalenza secondo il relativo criterio ATP III. Il test del Chi quadrato non è risultato significativo.

Glicemia: non è significativa la diminuzione in media, ma è significativa la differenza nel criterio ATP III. Quindi la glicemia non è aumentata in media ma ci sono differenze significative per la diagnosi di SM riguardo a questo criterio. Infatti, la prevalenza del criterio glicemia si è ridotta dal 24,1 al 16,1%.

È interessante infine, notare che la prevalenza della SM non colpisce omogeneamente la popolazione nelle varie fasce di età, ma è nettamente superiore tra i 50 e i 70 anni.

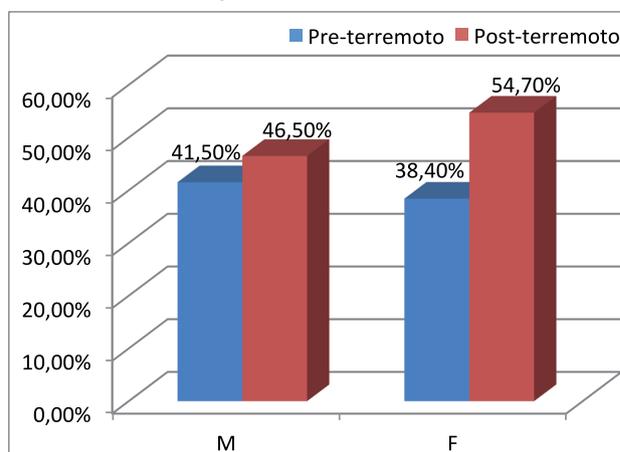
Differenze nei due sessi: I due fattori di rischio che hanno influito maggiormente sull'aumento di prevalenza della SM sono l'ipertrigliceridemia e l'ipertensione arteriosa.

La **trigliceridemia** è aumentata soprattutto nel sesso femminile, fino a superare il sesso maschile in media e in prevalenza, ad eccezione degli sfollati in hotel, in cui è rimasta una leggera prevalenza nel sesso maschile.

L'ipertensione arteriosa, è aumentata di prevalenza maggiormente nel sesso maschile, con l'eccezione degli sfollati in campo, tra i quali prevale nelle donne.

Se consideriamo il peso dei due sessi sull'aumento di prevalenza della sindrome metabolica, vediamo che il sesso femminile ha inciso di più, quindi le donne hanno risentito maggiormente degli effetti indiretti del terremoto. Infatti, dal grafico seguente si evince che nel campione pre-terremoto vi erano più soggetti maschi affetti da SM, mentre dopo il terremoto vi è stata un'inversione di tendenza, con una netta prevalenza nel sesso femminile, passando dal 38,4% al 54,7%.

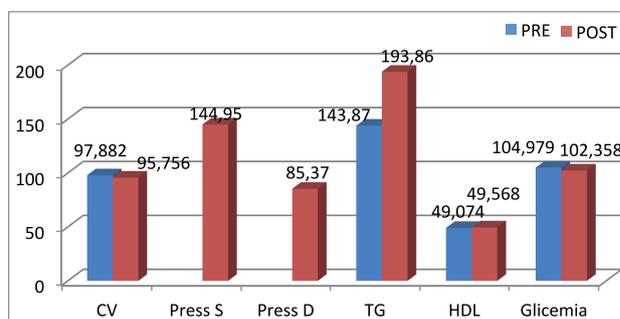
Aumento di prevalenza della SM nei due sessi



Discussione:

Confrontando i risultati dell'analisi statistica prima e dopo il terremoto emergono molte differenze nei due campioni di studio. Considerando le medie di ogni singolo criterio è subito evidente un importante aumento della trigliceridemia.

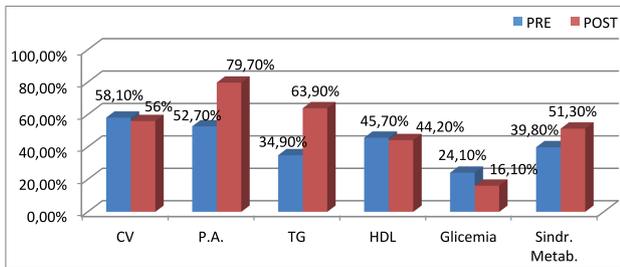
Confronto delle medie dei criteri diagnostici per la SM prima e dopo il terremoto



Contrariamente a quanto ci si aspetterebbe, le medie di alcuni parametri si sono abbassate nei campioni, ma questa diminuzione spesso non è risultata statisticamente significativa. Infatti, la circonferenza vita ha subito una significativa riduzione nella media, ma non si è rivelato altrettanto significativo l'aumento del criterio ATP III corrispondente. I valori medi di HDL sono aumentati lievemente; la glicemia si è ridotta in maniera significativa nel criterio ATP III ma non nella media. Per la pressione arteriosa non possiamo confrontare le medie poiché nei dati raccolti precedentemente al terremoto non erano riportati i valori pressori, bensì solo la presenza o meno di terapia antipertensiva. Se invece andiamo a considerare la prevalenza dei singoli criteri diagnostici relativi alla classificazione ATP III, notiamo subito che si è registrato un aumento di prevalenza per la pressione arteriosa e la trigliceridemia, ma per gli altri criteri c'è stata una riduzione di prevalenza, più o meno significativa, a seconda dei criteri considerati.

Il dato più allarmante, in linea con l'analisi delle medie, risulta ancora l'aumento della trigliceridemia, accompagnato da un aumento di prevalenza del criterio relativo alla Pressione Arteriosa, che risulta aumentata in maniera statisticamente significativa.

Aumento di prevalenza dei criteri diagnostici dopo il terremoto

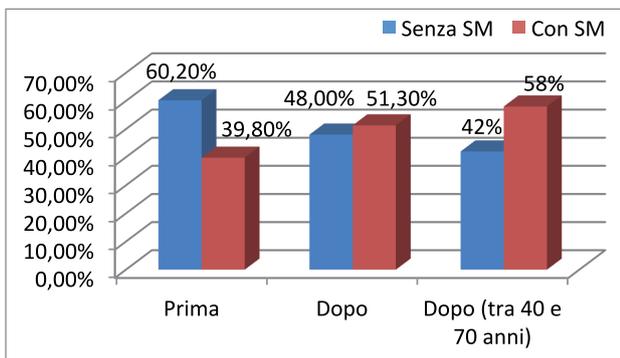


In conclusione, i due criteri che hanno inciso di più sull'aumento della prevalenza della sindrome metabolica dopo il terremoto sono la pressione arteriosa e la trigliceridemia.

Il terremoto e l'aumento di prevalenza della Sindrome Metabolica:

All'Aquila, prima del terremoto, secondo i nostri dati, facenti riferimento ad una popolazione di età compresa tra i 40 e i 70 anni, la prevalenza della SM nel campione si attestava al 39,8%, in linea con i dati presenti in letteratura⁹, in quanto il gruppo studiato era costituito prevalentemente da donne. Il campione studiato dopo il terremoto mostra una prevalenza del 51,3%, evidenziando un aumento che, come descritto nel capitolo precedente, è statisticamente molto significativo (sig. < 0,000), ed è compreso tra il 10 e il 23% (I.C. 95%). Inoltre abbiamo rilevato un aumento di prevalenza della SM ancora maggiore nella fascia di età compresa tra i 40 e i 70 anni; infatti, il rapporto tra persone con e senza sindrome metabolica risulta quasi invertito, raggiungendo una prevalenza di SM pari al 58% della popolazione studiata.

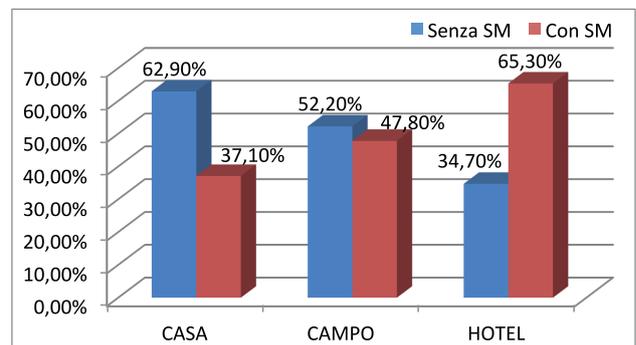
Aumento di prevalenza della Sindrome Metabolica dopo il terremoto



Effetti della delocalizzazione sulla prevalenza della SM:

Uno degli aspetti più interessanti dell'analisi eseguita è la significativa differenza di prevalenza della SM nel sottogruppo delocalizzato in hotel, rispetto a quelli che sono rimasti a casa o in un campo di accoglienza.

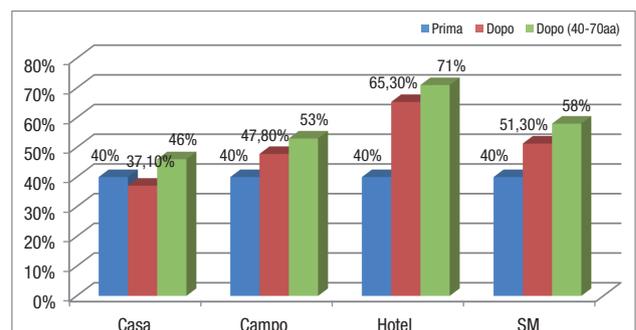
Differenze di prevalenza della SM nei tre sottogruppi con differente delocalizzazione



L'interdipendenza tra le variabili *campo*, *casa* e *hotel* è risultata infatti statisticamente significativa (sig. < 0,000). Infatti dalla valutazione dei dati abbiamo riscontrato che la prevalenza della SM negli sfollati delocalizzati in hotel arriva fino al 65,3% su tutto il campione, fino al 71% nei soggetti tra i 40 e i 70 anni, invertendo il rapporto tra soggetti con e senza SM che dimoravano in casa. Infatti, nel sottogruppo *casa* la prevalenza di SM era di appena il 37,1%, salendo al 47,8% nel gruppo *campo*. Inoltre, è risultato molto significativo l'aumento di incidenza tra ciascuno dei sottogruppi delocalizzati in casa e in campo rispetto a quello registrato nei soggetti in hotel, mentre non è risultata significativa la differenza nelle prevalenze di SM tra i gruppi *campo* e *casa*.

Se confrontiamo le prevalenze di SM nel campione pre-terremoto con quelle del campione post-terremoto, considerando rispettivamente prima tutti i soggetti, poi solo quelli di età compresa tra i 40 e i 70 anni, risulta evidente che questa fascia di età è stata più colpita dalle alterazioni metaboliche, in linea con i dati presenti in letteratura.

Confronto prevalenze prima e dopo il terremoto, sull'intero campione e nella fascia di età 40-70



Quindi, nei soggetti che alloggiavano in hotel c'è stato almeno un fattore determinante nell'aumento di prevalenza della SM, che ha influito in misura massima sul gruppo *hotel*, in misura minore sul gruppo *campo* e per niente sul gruppo *casa*, o perlomeno non in maniera statisticamente significativa; infatti, come si può notare dal grafico sovrastante, considerando i soggetti tra i 40 e i 70 anni, la prevalenza di SM è salita dal 40 al 46%, ma questo aumento non è risultato statisticamente significativo. Questo indurrebbe a pensare che l'alimentazione sia la causa determinante nell'aumento di prevalenza della SM; tuttavia, questo fattore ha influito

in maniera diversa nei tre sottogruppi. Quindi bisogna ipotizzare che vi siano altri fattori che hanno inciso con un peso diverso sui tre sottogruppi.

Le cause dell'aumento di prevalenza della SM: alimentazione, stress cronico e PTSD

Alla luce dei risultati ottenuti, è necessario identificare le cause di un così importante aumento di prevalenza della SM e della significativa differenza nei tre sottogruppi considerati. Probabilmente, gli elementi determinanti sono principalmente due:

1. Il cambiamento improvviso del regime alimentare;
2. Lo stress cronico seguente al trauma causato dal terremoto.

Tuttavia, non è da sottovalutare il peso della riduzione delle attività degli sfollati, molti dei quali hanno perso il lavoro e hanno interrotto da un giorno all'altro tutte le attività sportive che svolgevano regolarmente prima del terremoto.

Un altro aspetto che potrebbe aver inciso in maniera più o meno significativa è il pendolarismo, condizione sine qua non perché gli sfollati mantenessero la loro attività professionale all'Aquila.

Il fatto che non si sia rilevato un aumento di prevalenza nei soggetti che risiedevano a casa, a differenza di quelli che sono stati sfollati in campo o in hotel lascia spazio a parecchie riflessioni. In particolare la domanda che ci siamo posti è: il trauma causato dal terremoto ha influito sull'aumento di prevalenza della SM, o quest'ultimo è stato solo il risultato dei cambiamenti nello stile di vita e nell'alimentazione imposti dalla delocalizzazione?

L'alimentazione: Le persone che hanno vissuto in casa hanno avuto la possibilità di ripristinare il loro abituale regime alimentare ed il loro stile di vita precedente al terremoto. Viceversa, le persone che erano in campo e in hotel si sono dovute adattare ad un nuovo stile di vita e ad un regime alimentare fuori dal loro controllo, poiché ricevevano tre pasti completi ogni giorno, peraltro costituiti principalmente da grassi e poveri di scorie, frutta e ortaggi. Inoltre, in tali contesti il pasto diventava un momento di confronto e di socializzazione con gli altri sfollati, nonché un'importante fonte di informazioni relative alla propria città, alla ricostruzione, agli interventi sul territorio e spesso su cosa di dovesse fare, poiché le procedure burocratiche erano poco chiare. Dal punto di vista sociale e alimentare, pranzare in una mensa, in compagnia di amici o conoscenti, o in questo caso di persone solidali per via della comune condizione di sfollamento, può portare a mangiare di più, soprattutto se le informazioni scambiate durante il pasto aumentano il livello di ansia e di stress. Secondo uno studio pubblicato dalla rivista *Physiological Behaviour* sembra che mangiando in compagnia si introduca il 18% in più di calorie, poiché la conversazione distrae dall'attenzione per il cibo¹⁰.

Anche la delocalizzazione fuori dalla città può aver influito in una certa misura, promuovendo l'abitudine ai fast food nei pendolari, che ogni giorno si recavano all'Aquila per lavorare o seguire da vicino la ricostruzione e che, non avendo più una casa, dovevano ripiegare su un fast food, alimentandosi con pasti ricchi di grassi e calorie, a scapito di frutta e verdura.

L'analisi dei dati ha evidenziato una significativa differenza nell'aumento di prevalenza della SM tra i soggetti sfollati in campo e quelli sfollati in hotel, ma sulla base delle ultime considerazioni,

dobbiamo ritenere simile il tipo di alimentazione seguita dagli sfollati in campo e in hotel. Quindi la ragione dell'importante differenza rilevata nei due gruppi deve riguardare aspetti di natura psicologica, in particolare lo stress subito quotidianamente dagli sfollati che erano in hotel, ad una maggiore distanza dalla propria città.

Il PTSD e la SM: Lo studio condotto dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Aquila ha esaminato 157 soggetti compresi nel campione post-terremoto da noi analizzato, che hanno accettato di sottoporsi anche a test psicometrici. I risultati hanno portato a definire come il 75,64% (N=118) del campione non ha manifestato alcuna sintomatologia post-traumatica, mentre il 17,31% (N=27) dello stesso ha manifestato la presenza di una parziale sintomatologia post-traumatica senza soddisfare i criteri diagnostici per il PTSD secondo il DSM-IV-TR, e nel 7,05% (N=11) si è riscontrata la presenza di una sintomatologia post-traumatica ed è stata posta diagnosi di PTSD, secondo i criteri del DSM-IV-TR. Tali risultati mostrano come la maggior parte dei soggetti che afferivano ad un servizio non specialistico e che erano stati esposti all'evento sismico del 6 aprile, abbia una percezione soggettiva dello **stress** e della sofferenza post-traumatica a livelli medio-alti, ma nonostante questo solo il 7,05% della popolazione ha avuto diagnosi di PTSD secondo i criteri del DSM-IV-TR. Tale dato risulta non in linea con la letteratura, dove la prevalenza di PTSD è del 15%¹¹. Da questo studio non è emersa una correlazione tra gli aumenti di incidenza del PTSD e della SM dopo il terremoto. Su questo aspetto in letteratura ci sono dati discordanti; infatti, in uno studio del 2011 fu riscontrata un'associazione positiva tra i due disturbi¹², così come nello studio condotto da Heppner nel 2009¹³, mentre nello studio di Linnville del 2011 e negli altri non era stata riscontrata nessuna correlazione tra PTSD e SM. Quindi, anche se non tutti hanno manifestato sintomi tali da porre diagnosi di PTSD, moltissime persone hanno mostrato livelli medio-alti di stress e di sofferenza post-traumatica, condizioni che potrebbero in qualche modo aver favorito la precipitazione dell'equilibrio psico-fisico delle persone, fino alla comparsa di un disordine metabolico.

Lo stress cronico: Si potrebbe pensare che nelle persone che alloggiavano in casa, la vicinanza alla propria famiglia e il mantenimento del proprio stile di vita potrebbero aver favorito una più precoce risoluzione di eventuali psicopatie scatenate dal trauma subito al momento del terremoto. Analogamente, i soggetti che si trovavano nei campi di accoglienza avevano la possibilità di seguire da vicino l'evoluzione della situazione. Infatti, nei campi c'erano molte persone che avevano scelto di non spostarsi sulla costa, rinunciando alla comodità dell'hotel, proprio per restare più vicino alla propria abitazione, più o meno agibile, e seguire così gli sviluppi della situazione. Ogni campo faceva riferimento ad una zona geografica della città, avvicinando persone che si conoscevano, che hanno così ritrovato le loro amicizie, traendone sicuramente un supporto psicologico. Invece, in hotel era più difficile ritrovare le proprie amicizie, poiché ogni hotel accoglieva indistintamente tutti gli sfollati che vi si recavano, indipendentemente dal quartiere di provenienza.

Questo potrebbe aver ridotto i livelli di stress nei gruppi **casa** e

campo rispetto agli sfollati in hotel? Forse, piuttosto che di stress in generale sarebbe più opportuno parlare di psicopatie in termini più specifici, infatti, dallo studio condotto dagli psichiatri sono emerse importanti differenze di prevalenza tra le varie patologie psichiatriche nei tre gruppi presi in esame ma, se parliamo di stress in quanto tale, secondo la scala GHQ-12 in tutti e tre i gruppi, in oltre il 90% degli sfollati sono stati riscontrati valori di stress percepito superiori al cut-off (GHQ-12 >15).

Conclusioni

Sulla base dell'analisi dei dati e delle considerazioni da essi scaturite, possiamo concludere che il terremoto del 6 Aprile 2009, direttamente o indirettamente, ha determinato un significativo aumento di prevalenza della dei fattori di rischio cardiovascolare e del PTSD nella popolazione colpita, senza alcuna correlazione tra le due patologie, poiché l'incremento della SM è stato molto più accentuato.

Abbiamo inoltre constatato che tale aumento di prevalenza non ha colpito in maniera omogenea l'intera popolazione studiata, ma ha seguito un progressivo aumento passando rispettivamente da un livello minimo per i soggetti che erano a casa, ad uno moderato nei soggetti che erano nei campi, fino ad un aumento molto elevato nelle persone che risiedevano in hotel. Questi aumenti si amplificano in tutti e tre i sottogruppi se limitiamo l'analisi alla fascia di età compresa tra i 40 e i 70 anni. Dalle nostre riflessioni, abbiamo dedotto che la causa di tale aumento sia da ricercare nel cambiamento del regime alimentare e dello stile di vita degli sfollati, che tuttavia ha interessato sia le persone nei campi che quelle in hotel; quindi, dobbiamo concludere che vi sia stata una causa, rilevante al punto da giustificare la significativa differenza di prevalenza tra i gruppi campo e hotel, che noi abbiamo identificato nell'interazione tra gli alti livelli di stress percepito, le varie psicopatie presenti in comorbidità nei singoli gruppi, il contesto sociale in cui sono stati collocati gli sfollati in seguito alla delocalizzazione e la differente alimentazione.

Sarebbe opportuno per il futuro preparare un piano di assistenza psicologica e clinica rivolto a tutti i sopravvissuti ad una calamità naturale, in modo da prevenire gli effetti negativi sulla salute che

abbiamo osservato nella popolazione aquilana. La figura sanitaria più adatta a identificare i soggetti a rischio e ad indirizzarli verso la giusta assistenza è sicuramente il MMG.

Inoltre, darebbe un grosso contributo, da parte delle autorità sanitarie, fornire delle forti indicazioni alle figure preposte alla preparazione ed alla scelta degli alimenti per gli sfollati, preferendo i vegetali ai derivati animali, e introducendo una consistente percentuale di fibre a discapito di dolci, amidi, grassi e condimenti.

BIBLIOGRAFIA

- 1 INGV. (2009, Aprile 6). Earthquake list.
- 2 INGV. Idem.
- 3 Luigi Fiocca, G.M. (2010). La sindrome metabolica: impatto sul rischio cardiovascolare. *G Ital Cardiol*.
- 4 Ramirez, P.-A. (2005). Epidemiology of traumatic injuries from earthquakes. *p. 27:47-55*.
- 5 McArthur, P.-A. K. (2000). Injury hospitalizations before and after the 1994 Northridge, California Earthquake.
- 6 Rossi A, M. R. (2011, Febbraio). A quantitative analysis of antidepressant and antipsychotic prescriptions following an earthquake in Italy. *Trauma stress, p. 24 (1) : 129-132*.
- 7 Pollice R, B. V. (2012). Psychological distress and post-traumatic stress disorder (PTSD) in young survivors of L'Aquila earthquake.
- 8 Bland, F. K. (2000). Long term relations between earthquake experiences and coronary heart disease risk factors. *American Journal of Epidemiology*.
- 9 Notarbartolo, Alberto. (2008) La sindrome metabolica in Italia: rilievi epidemiologici e clinici. Editoriale: *cardiometabolica.org*.
- 10 Marion M. Hetherington, Annie S. Anderson, Geraldine N.M. Norton, Lisa Newson. *Physiology & Behavior*, 2006. Volume 88, Issues 4-5, p 498-505.
- 11 Boscarino. Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Ann Epidemiol 16:248-256*.
- 12 Weiss T, S. K. (2011) Posttraumatic stress disorder is a risk factor for metabolic syndrome in an impoverished urban population. *General Hospital Psychiatry*.
- 13 Heppner PS, Crawford EF, Haji UA, et al, The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: A study of increased health risk in veterans. *BMC Medicine 2009 7: 1-27*

Aumento dell'indice della massa grassa e riduzione del eGFR (tasso presunto di filtrato glomerulare) in atleti di calcio 5 campionato serie A1, inizio della preparazione e durante lo svolgimento (60 giorni) della manifestazione

Increase of the fat mass and reduced eGFR (glomerular filtration rate presumed) athletes in football series A1-five, beginning of the preparation and during the course (60 days) of the event

Colucci G¹, Motolese P¹, Motolese F², Lemma A³, Colucci V⁴, Colucci E¹, Pecorella C⁵, De Mattia D⁵, Notaristefano A⁵, Robusto F¹

¹ General Practitioners of Martina Franca, Italy.

² Director of clinical laboratory analysis of Martina Franca, Italy.

³ Responsible center for Sports Medicine of Martina Franca, Italy.

⁴ Biomedical Engineer, BCI HealthCare, Kingston Upon Hull England

⁵ Sports Nutritionist, Italy.

Correspondence to:

Giovanni Colucci, MD

dragcolucci@libera.it

RIASSUNTO

Scopo: Gli effetti ed i meccanismi fisiopatologici compensativi del sistema cardio-renale negli atleti sottoposti ad una dieta ricca di proteine e l'iper-idratazione durante l'allenamento competitivo, non sono completamente definiti. Questo studio ha valutato le variazioni nella distribuzione dei fluidi e degli elettroliti e la risposta fisiologica alla idratazione e all'eccesso di proteine che si sono riscontrati negli atleti calcio a 5 Campionato Serie A1 durante la stagione agonistica. **Obiettivi:** a) stimare le variazioni di idratazione monitorando il volume intra ed extracellulare; b) valutare la variazione del tasso di filtrazione glomerulare (GFR), la pressione arteriosa e l'ipertrofia cardiaca concentrica (CCH); c) valutare la frequenza di microalbuminuria ed ematuria con la variazione del GFR e degli elettroliti. **Metodi.** Abbiamo monitorato l'indice di massa corporea, la pressione arteriosa, l'idratazione ed il GFR (da BIAGRAM), il CCH (dai criteri Romhil-Estes), la microalbuminuria e l'ematuria al basale e durante i successivi 60 giorni di allenamento. Tali risultati sono stati valutati con il test t-student per confrontare le differenze tra le medie. **Risultati / Discussione.** Sono stati inclusi 21 atleti di sesso maschile con un'età media di 25 anni (19-34). La media del BMI al basale era di 24,68 (20,57-31,83) ed, in particolare, il 28,6% dei soggetti era in sovrappeso ed il 4,8% era obeso. Al basale il 42,9% degli atleti ha mostrato una fase ottimale della pressione arteriosa, mentre dopo 60 giorni solo il 28,5% erano in fase ottimale e il 28,6% ha avuto segni elettrocardiografici di ipertrofia ventricolare sinistra. Al BIAGRAM c'è stato un aumento significativo dell'indice di massa grassa (FMI), ed una diminuzione dell'indice di massa senza grassi (FFMI), della massa cellulare corporea (BCM) e della massa muscolare (MM). Si è osservata una diminuzione del GFR dopo 60 giorni di allenamento calcolato attraverso le formule seguenti: MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo Clinic, formula BCM * 0,50 (impedenziometria). Non ci sono stati cambiamenti significativi dei livelli serici di elettroliti al basale e al follow-up ed in nessun atleta si sono riscontrate microalbuminuria e/o ematuria. **Conclusioni.** Alla fine dello studio si consiglia l'esecuzione della prevenzione primaria negli atleti, nei dilettanti e nei professionisti. Si consigliano inoltre il monitoraggio con BIAGRAM, il dosaggio della creatinina serica ed il GFR, al fine di preservare la funzione renale ed il distress muscolare.

Parole chiave:

Dosaggio standard di proteine, eGFR, il volume extracellulare, disagio muscolare

ABSTRACT

Aim: Effects and compensatory pathophysiological mechanisms of cardio-renal system in athletes undergoing an high-protein diet and hyper-hydration during competitive training are not completely defined. This study has evaluated modifications in fluid and electrolytes distribution and physiological response to dehydration and excess of proteins that have occurred in the athletes in team of major Italian futsal league (Serie A1) during agonistic season. **Objectives:** a) to estimate changes in hydration by monitoring intracellular and extracellular; b) to assess the change in glomerular filtration rate (GFR), blood pressure and concentric cardiac hypertrophy (CCH); c) to evaluate frequency of microalbuminuria and hematuria with changing in GFR and electrolyte. **Methods.** We monitored BMI, blood pressure, variation of hydration and GFR (by BIAGRAM), CCH (by Romhil-Estes criterias), microalbuminuria and hematuria at baseline and during following 60 days of competitive training. Differences were assessed by t-student test to compare differences between means. **Results / Discussion.** We included 21 male athletes with an average age of 25 years (19-34). Average BMI at baseline was 24.68 (20.57 - 31.83) and specifically, 28.6% of subjects was overweight and 4.8% was obese. At baseline 42.9% of athletes showed an optimal stage of blood pressure, while after 60 days only 28.5% were in optimal stage and 28.6% had ECG signs of left ventricular hypertrophy. At BIAGRAM there is a significant increase

in fat mass index (FMI), and a decrease of fat-free mass index (FFMI), body cell mass (BCM) and muscular mass (MM). It is noted a decrease of GFR after 60 days of training even when calculated by formulas (MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo Clinic, formula BCM * 0.50) or impedenziometry. There were no significant changes in serum electrolytes levels at baseline and at follow-up and no athletes showed microalbuminuria or hematuria. **Conclusions.** At the end of study it is recommend performing primary prevention in athletes, both amateur and professional, monitoring BIAGRAM, dose serum creatinine and GFR in order to preserve renal function and muscle distress.

Key words:

COPD; chronic heart disease; comorbidities; general practice

Introduzione

La somministrazione di una dieta iperproteica e dell'idratazione durante l'esercizio fisico hanno subito dettami differenti nel corso degli ultimi anni. I meccanismi fisiopatologici renali e cardiologici insieme al sistema simpatico hanno permesso di migliorare la performance corporea nell'adattarsi allo sforzo degli allenamenti grazie all'introduzione dei liquidi e delle proteine. Tali meccanismi sono efficienti nel ripristinare l'equilibrio idroelettrolitico e la funzionalità renale in tempi brevi. Bere e/o non bere, introdurre una dieta iperproteica e/o no, sono i substrati ideali a medio lungo termine per il sistema cardio-circolatorio? Durante l'attività sportiva variano alcune condizioni fisiologiche, che sono in grado di determinare modificazioni anche a livello renale. Il dato più importante sembra essere la vasocostrizione accompagnata da una riduzione del flusso renale, che compare subito dopo l'inizio dell'attività fisica: provoca l'attivazione del sistema renina-angiotensina con vasocostrizione dell'arteriola efferente e con un ipotizzato aumento della pressione all'interno dei capillari del floccolo glomerulare. Tale meccanismo è indicato come la causa principale di microematuria e albuminuria durante l'attività sportiva. La vasocostrizione e la conseguente transitoria ipossia renale sono in grado, inoltre, di causare un moderato danno delle cellule tubulari, evidenziato dall'aumentata escrezione di enzimi tubulari (b2 microglobulina) e talora glicosuria. Tali alterazioni sono reversibili a distanza di alcune ore o alcuni giorni senza alcun danno. Una dieta iperproteica in soggetti con patologia renale nel tempo determina un peggioramento della filtrazione glomerulare e le linee guida raccomandano un apporto non superiore ai 0.36 g/Kg di peso BCM (body cell mass), come anche un consumo eccessivo di proteine, determina un incremento del rischio di diabete ⁽¹⁾.

Materiali e metodi

Il presente studio si propone di esaminare gli atleti di calcio a 5 Campionato Serie A1 (Martina Franca), le variazioni renali, cardiache e idroelettrolitiche, nell'adattarsi al susseguirsi di idratazioni ed esubero di proteine (standard internazionali) per potenziare il corpo a sforzi eccessivi: a) valutare la pressione arteriosa e l'ipertrofia concentrica all'ECGgrafica con lo stadio di pre-ipertensione; b) valutare la variazione del filtrato glomerulare [clearance della creatinina attraverso le formule di MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo-Clinic, cCr con la formula BCM*0,50 (Donadio. Kidney Intl; fig. 1)] con una dieta ad hoc per ogni sportivo in base al BMI; c) Valutare la variazione del volume intracellulare ed extracellulare (idratazione) tramite monitoraggio BIVA – BIAVECTOR – BIAGRAM; d) Valutare se sono presenti la microalbuminuria e la microematuria al variare del filtrato glomerulare e variazioni elettrolitiche (Sodio e Potassio). Sono stati arruolati 21 atleti maschi con un'età media di 25 anni (min.19 – max. 34). Il BMI medio al baseline è

risultato pari a 24,68 (20,57 – 31,83) e nello specifico la popolazione in studio è così stratificata: normopeso 66.7% (14); sovrappeso 28,6% (6); obeso 4.8% (1). Prima di iniziare la preparazione gli atleti hanno conseguito i seguenti test: a) la pressione arteriosa è stata rilevata in posizione seduta e dopo 5 minuti di riposo, ripetuta per 3 misurazioni (considerando valida la pressione media) e dopo aver conseguito il test da sforzo; b) ECGgrafica a riposo e dopo sforzo fisico (test da sforzo - idoneità sportiva agonistica); c) BCM (Body Cell Mass), BCMI (Body Cell Mass Index), BMI (Body Mass Index: peso, altezza), circonferenza addominale, gamba e braccio; d) Indice di forma fisica in percentuale (BCM/tessuto magro x 100) cioè stato di idratazione e nutrizione; e) il monitoraggio dell'idratazione tramite il Biavector e Biagram (la nostra attenzione, è stata focalizzata, sull'idratazione dell'atleta quindi sui valori di **tbw** (acqua corporea totale), **icw** (acqua intracellulare), **ecw** (acqua extracellulare); f) calcolo del filtrato glomerulare (clearance della creatinina attraverso le formule di: MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo-Clinic, formula BCM*0,50) eseguendo il dosaggio della creatinina sierica e comparando le formule tra di loro; g) variazione dei valori elettrolitici con gli esami di laboratorio (sodiemia e potassiemia); h) microalbuminuria, microematuria; i) dieta adeguata mista in macro e micronutrienti in base al fabbisogno e il BMI con apporto di proteine nobili di 1.5 g per kg di peso corporeo [(0.54x kg di BCM) le proteine sono state fornite ogni settimana per il quantitativo giornaliero]. I seguenti esami sono stati ripetuti dopo sessanta giorni, tranne l'ECGgrafica.

CORRELATION WITH GLOMERULAR FILTRATION RATE

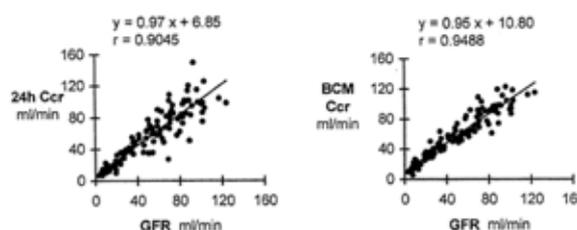


Fig.1

Risultati

La pressione arteriosa media sistolica (PAS) nel precampionato (PC), calcolata secondo le linee guida Europee dell'ipertensione, è stata pari al 23.8% (5) nello stadio normale alto, 33.3% (7) nello stadio normale, 42.8% (9) nello stadio ottimale. Tutti avevano una pressione arteriosa media diastolica di 63 mmHg (PAD) ottimale. Durante lo svolgimento a 60 giorni (DS) la PAS era pari al 71.4% (15) nello stadio normale, 28.5% (6) nello stadio ottimale; tutti avevano una PAD di 76 mmHg ottimale (fig. 2). Alla lettura dell'ECG-

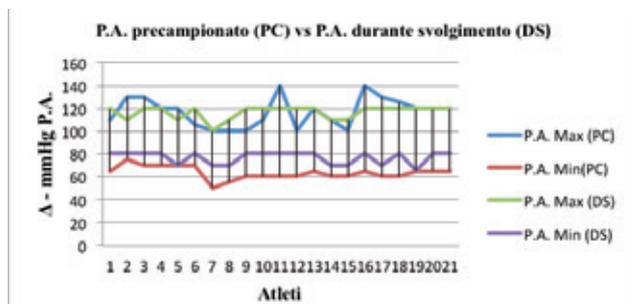


Fig. 2 PA min. media PC 63 mmHg – PA min. PC 76 mmHg

grafica abbiamo applicato i Criteri di Romhild-Estes per identificare l'ipertrofia ventricolare sinistra: il 19.4% (4) presentava un cut-off tra 1-5, il 4.7% (1) aveva il cut-off superiore a 6 soddisfacendo il criterio. Soltanto il 19.04% (4) aveva una PAS (PC) nello stadio normale alto. Abbiamo confrontato il rapporto BMI con massa libera da grassi (FFMI: cut-off < 16 basso, normale 17-20, alto >21) e l'indice di massa grassa (FMI: cut-off < 3.5 basso, normale 3.6-8.6, alto >8.7) (Kg/m²). Il 61.9% FFMI (normale) rientrava nello stadio normale del BMI, il 23.8% FFMI (alto) dello stadio sovrappeso del BMI. Il 33.3% FMI (basso) rientrava nello stadio normale del BMI, il 4.7% FMI (basso) nello stadio sovrappeso del BMI, il 33.3% FMI (normale) nello stadio normale del BMI, il 23.8% FMI (normale) nello stadio sovrappeso del BMI, il 4.7% FMI (normale) nello stadio obeso del BMI. Abbiamo confrontato i valori medi e le deviazioni standard al baseline e al follow-up del BMI, FFMI, FMI, BCM (body cell mass), ECW (acqua extracellulare), MM (fat mass) e l'indice di forma (idratazione, nutrizione) (tab.1). Dopo 60 giorni si è avuto un aumento significativo (<0,001) dell'indice di massa grassa (FMI) rimanendo invariata la circonferenza vita di tutti gli atleti, dell'acqua extracellulare (ECW) ed una diminuzione non significativa dell'indice di massa libera da grassi (FFMI), della body cell mass (BCM) e dell'indice di forma (idratazione, nutrizione). Abbiamo calcolato la filtrazione glomerulare media e la deviazione standard al baseline e al follow-up confrontando le diverse formule (MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo-Clinic, formula BCM*0,50), la Mayo-clinic è quella che più si avvicina ai valori di filtrazione calcolati con l'impedenziometria (tab.2). Si segnala una diminuzione non statisticamente significativa della filtrazione glomerulare dopo 60 giorni di allenamento. Non c'erano variazioni significative della sodiemia e della kaliemia al baseline e al follow-up, come anche assenza della microalbuminuria e microematuria.

	BASE-LINE	FOLLOW-UP (60 gg)	Variazione	p
BMI	24,68±2,85	24,55±2,73	- 0,53%	0,88
FFMI	20,63±2,14	20,38±1,94	- 1,21%	0,76
FMI	3,99±1,23	4,21±1,12	+ 5,51%	<0.001
BCM	39,44±5,51	38,51±4,45	- 2,36%	0,55
ECW	18,27±1,74	18,32±2,13	+ 0,27%	0,94
MM	34,89±3,35	34,29±3,14	- 1,72%	0,55
Idratazione	72,99±0,25	72,88±0,71	- 0,15%	0,49
Nutrizione	1148,22±154,23	1121,19±124,04	-2,35%	0,53

Tab.1 Valori medi e deviazione standard al baseline e al follow-up

	BASE-LINE	FOLLOW-UP (60 gg)	Variazione	p
Cockcroft-Gault	124,6±22,5	120,2±23,1	- 3,53%	0,54
MDRD2	99,8±20,0	95,9±18,0	- 3,91%	0,51
Mayo-clinic	128,5±17,9	125,2±20,9	- 2,57%	0,59
CKD-Epi	104,6±16,8	101,6±17,8	- 2,87%	0,58
CCLbcm	141,6±24,9	138,3±22,4	- 2,33%	0,20

Tab. 2 Calcolo della filtrazione glomerulare media e deviazione standard al baseline e al follow-up

Discussione dei risultati e Considerazioni conclusive Fisiologia renale

La continua e repentina variazione del volume extra ed intracellulare durante l'esercizio fisico, sia esso in presenza di aerobiosi che anaerobiosi, determina una contrazione e dilatazione del sistema vasale con distress vascolare che si ripercuote sui vasi cardiaci, cerebrali e renali. Aumentando il flusso nei distretti nobili (cerebrali e cardiaci) si riduce quello a livello renale e splancnico. Per mantenere costante la velocità di filtrazione glomerulare esistono diversi meccanismi di autoregolazione: a) per diminuzione del flusso nell'arteriola afferente avremo vasodilatazione della stessa con conseguente aumento del flusso di sangue al glomerulo e aumento della eGFR; b) per aumento del flusso nell'arteriola afferente avremo vasocostrizione della stessa con conseguente riduzione del flusso di sangue al glomerulo e riduzione della eGFR; c) Per diminuzione del flusso nell'arteriola efferente avremo vasodilatazione della stessa con conseguente aumento del flusso di sangue al glomerulo e riduzione della eGFR; d) per aumento del flusso nell'arteriola efferente avremo vasocostrizione della stessa con conseguente riduzione del flusso di sangue al glomerulo e aumento della eGFR. Tali meccanismi alquanto complessi coinvolgono numerosi fattori che agiscono in correlazione tra di loro (barocettori intrarenali, recettori tubulari per il sodio, innervazione simpatica renale, sistema renina-angiotensina, BNP e vasopressina). La riduzione del filtrato glomerulare è dovuta: 1) una riduzione del numero di capillari glomerulari funzionanti; 2) una riduzione della permeabilità dei capillari glomerulari funzionanti, ad esempio per processi infettivi che ne sovvertono la struttura; 3) un aumento del liquido contenuto nella capsula di Bowman, ad esempio per la presenza di ostruzioni urinarie; 4) un aumento della pressione colloid-osmotica del sangue; 5) una riduzione della pressione idrostatica del sangue che scorre nei capillari glomerulari. Tra quelli elencati, ai fini della regolazione della velocità di filtrazione glomerulare, i fattori più soggetti a variazioni, quindi sottoposti a controllo fisiologico, sono la pressione colloid-osmotica e soprattutto la pressione ematica nei capillari glomerulari. In vivo si ritiene che l'autoregolazione agisca nel breve periodo, ma per variazioni di lungo periodo della pressione arteriosa (dovute ad esempio a variazione del volume del LEC) i reni rispondono agendo anche sulla eGFR.

Discussione

Negli ultimi anni si è verificato un enorme incremento della popolarità di molti sport. Ne è derivato un aumento del numero di soggetti che giungono all'osservazione del medico presentando gli effetti cardiovascolari dell'allenamento. Le più grosse alterazio-

ni organiche dell'atleta nella quarta e quinta decade di vita sono l'obesità e le alterazioni a carico delle articolazioni. Quando vi è un aumento patologico del tessuto adiposo, tale attività endocrina viene alterata e diventa dannosa. In estrema sintesi, possiamo dire che viene alterato il rapporto tra le adipokine (sostanze ormonali prodotte dal tessuto adiposo) pro-infiammatorie e quelle anti-infiammatorie. Inoltre, si instaura il fenomeno della resistenza periferica alla leptina e all'insulina, il che porta ad aumento dell'attività simpatica, della ritenzione sodica e, in ultima analisi, dell'ipertensione. L'insieme di questi meccanismi porta ad una infiammazione cronica di bassa intensità che interessa l'endotelio vasale ed alcuni organi interni, in particolare il rene. Se tutto questo si manifesta negli anni quale è il meccanismo che innesca la malattia nella fase iniziale della vita e degli sportivi? Nello studio abbiamo evidenziato alterazioni ECG grafiche nel 19.4% degli atleti e il 4.7% che rispondeva ai criteri di Romhil- Estes (ipertrofia ventricolare sinistra), di questi il 19.4% aveva una PAS (PC) nello stadio normale alto con PAD ottimale. Fino a pochi anni fa era chiamato "cuore d'atleta" cioè adattamento sia a carico dei muscoli scheletrici sia a carico del sistema cardiovascolare. L'esame strumentale principe per evidenziare l'aumento delle cavità cardiache è l'ecocardiografia, molti studi clinici hanno dimostrato questo sia negli atleti a livello amatoriale che professionistico ⁽²⁾. È acclarato che la creatinina ha un ruolo come indice di malattia renale e che correla con il BMI ⁽³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾, ma valutare la funzionalità renale nel mondo dello sport non è possibile, attraverso il metodo classico della raccolta delle urine delle 24h, pertanto esistono delle formule per studiare il eGFR (MDRD-2, CKD-Epi, Cockcroft-Gault, Mayo-Clinic, formula BCM*0,50) e abbiamo cercato di correlarle fra loro per evidenziare l'adattamento cardiovascolare nel calcio a 5, attività sportiva che richiede ambedue le fasi di respirazione aerobica ed anaerobica, dove la potenza muscolare manifestata attraverso le fibre corte e lunghe è l'espressione massima del catabolismo. In generale, gli atleti si allenano aumentando progressivamente i carichi di lavoro per migliorare le loro performance. Attraverso la Valutazione Funzionale bioimpedenziometrica (BIA) è possibile verificare gli adattamenti fisiologici a cui vanno incontro gli atleti durante le diverse fasi della stagione agonistica (preparazione, competizione)⁽⁹⁾. I risultati sugli atleti agonisti evidenziano come il grande volume di lavoro a cui sono sottoposti influenza i parametri bioelettrici. In particolare, si è osservato come la reattanza (Xc) sia il valore da monitorare nei periodi iniziali di elevato stress atletico per non incorrere in sindromi da disidratazione, NFO (non functional overreaching) e OTS (Overtraining syndrome) che esporrebbero gli atleti a forte rischio di infortunio ⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Lo scopo dell'utilizzo della BIA è valutare lo stato di idratazione e le masse cellulare negli sportivi e nelle persone sedentarie (Shizgal 1990). La BIA, infatti, analizza il compartimento intracellulare e quello extracellulare tramite il passaggio di una corrente alternata alla frequenza di 50 KHz ⁽¹²⁾. Questa metodica può essere facilmente utilizzata nel contesto sportivo, grazie alla facilità di acquisizione ed elaborazione dei dati. Dai valori di Resistenza (Rz) e Reattanza (Xc), che sono i due valori bioelettrici che lo strumento misura direttamente, è possibile calcolare l'Angolo di Fase (PA= Phase Angle). Il PA si ricava dalla seguente formu-

la: $PA = \text{Arctan} (Xc/Rz) \times 180/3.1415$. La valutazione dei dati BIA è possibile attraverso una doppia analisi: a) Convenzionale; b) Vettoriale. L'analisi convenzionale utilizza i valori bioelettrici misurati direttamente dallo strumento, quali la resistenza (Rz) e la reattanza (Xc) per stimare i diversi parametri della composizione corporea (FFM, BCM, ECM) e dell'idratazione (TBW, ECW, ICW) ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Nello studio (fig.3) tra la prima e la seconda misurazione si rileva una diminuzione dell'angolo di fase con uno spostamento ed un accorciamento del vettore a destra. Di conseguenza rileviamo nel convenzionale una riduzione di BCM ed un aumento del volume dell'acqua extracellulare. Si tratta di un andamento negativo dovuto ad eccessivo affaticamento da iper-allenamento e probabilmente scarsa adesione al piano alimentare consigliato. L'eccessivo allenamento rileva una chiara situazione di overtraining dopo i 60 giorni rispetto il tempo zero. Infine, a conferma di quanto sopra riportato, l'aumento di volume idrico a carico di ECW e l'andamento vettoriale danno dimostrazione di un catabolismo generale di tutta la squadra in atto. Applicare le diverse formule per il calcolo del filtrato glomerulare comporta il classificare prima l'età dell'atleta, variabile dipendente, con altre variabili che nel tempo il mondo della nefrologia ha adottato per meglio stratificare il paziente nefropatico, quali: sesso, razza, peso, altezza. Le diverse formule elencate sono molto attendibili per l'età adulta e con una riduzione del eGFR <60 ml/m, mentre sono poco affidabili con un filtrato > 90 ml/m ⁽¹⁵⁾. Ecco perché, è stato necessario confrontare le varie formule con la BCM*0,50 (valori di FFM o di BCM, ottenuti per mezzo di dati bioimpedenza), la Mayo-Clinic ⁽¹⁶⁾ 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 ⁽¹⁷⁾, 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. Al confronto tutte le formule hanno dimostrato una riduzione del filtrato glomerulare dopo 60 giorni (fig. 4) anche se non statisticamente significativa.

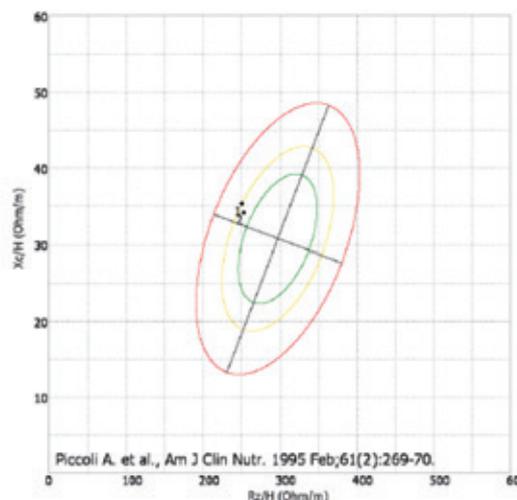


Fig. 3 BIVA squadra prima e dopo la preparazione

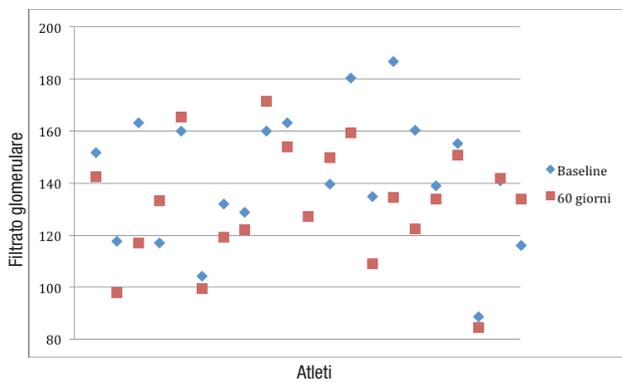


Fig. 4

Considerazioni conclusive

Dallo studio si evince che c'è un aumento del liquido extracellulare scatenato dall'eccessivo allenamento degli atleti ma che non spiega la riduzione del eGFR, pur rimanendo invariato il sodio e il potassio e non c'è presenza di microematuria e microalbuminuria. Si ha un aumento dell'indice di massa grassa, autosostentamento del grasso addominale, dimostrabile con la circonferenza vita che non varia nel follow-up rimanendo costante in tutti gli atleti, non tanto dovuto all'apporto delle proteine ma al non attenersi adeguatamente alla dieta e introducendo maggiormente i glucidi, anche se uno studio pubblicato recentemente dimostra che un elevato consumo di proteine (animali) sembra associato con un moderato incremento del rischio di diabete [studio **EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-InterAct)**]. Altro dato importante è la vasocostrizione periferica con l'aumento

della PA min. da 63 mmHg a 76 mmHg. Il 23.8% degli sportivi presentava il "cuore dell'atleta". Le condizioni cliniche che influenzano l'attività reninica plasmatica (PRA) sono: a) espansione del volume di liquidi (PRA↓); b) contrazione del volume di liquidi (PRA↑). Il RAS (sistema renina angiotensina) agisce sia nel circolo sistemico, sia nei diversi tessuti (Re,2004). La maggior parte degli autori è d'accordo sull'influenza del RAS nella funzione cardiaca (de Mello, 2004). La maggior parte della renina cardiaca⁽²⁰⁻²¹⁾ deriva probabilmente dalla renina plasmatica di origine renale, ma è possibile che gran parte della All (angiotensina II) cardiaca sia prodotta all'interno del cuore. All da una parte agisce a livello della corticale surrenale, rene, intestino e SNC mantenendo o aumentando il volume di liquidi extracellulari; dall'altra stimola il sistema nervoso periferico, la muscolatura liscia vascolare e il cuore determinando un aumento delle resistenze periferiche e un aumento della portata cardiaca. Tutti questi meccanismi vengono potenziati dalle cellule grasse dell'addome che producono un gran numero di proteine con funzioni endocrine che agiscono sul cervello attivando il SNA e perpetuando i meccanismi precedenti. Consigliamo come prevenzione primaria di eseguire negli atleti, sia a livello amatoriale che professionistico, il monitoraggio BIVA – BIAVECTOR – BIAGRAM con dosaggio della creatinemia ed il calcolo del eGFR in modo tale da preservare la funzionalità renale e il distress muscolare.

Ringraziamenti

Si ringrazia il presidente della squadra calcio a 5 Martina Franca, Scatigna Cosimo, ed il mister Basile Pietro per la collaborazione offerta. Si ringraziano inoltre il fisioterapista Pascali Vitantonio e tutti gli atleti.

Utilità degli esami di laboratorio per il medico di medicina generale per la diagnosi delle malattie reumatiche

Usefulness of the laboratory tests for the general practitioner for the diagnosis of rheumatic diseases

Giovanni Di Giacinto

Medico di Medicina Generale Specialista in Reumatologia, Responsabile Nazionale Area Reumatologica della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (S.I.I.C.P.)

Correspondence to:

Giovanni Di Giacinto, MD
g.digiacinto@tiscalinet.it

RIASSUNTO

La diagnosi delle malattie reumatiche è prevalentemente clinica. Tuttavia, in ambito reumatologico gli esami di laboratorio permettono di validare un'ipotesi diagnostica, di distinguere un'artropatia "infiammatoria" o "meccanica", di monitorare la fase di "attività" di una patologia infiammatoria cronica, di rilevare un possibile coinvolgimento d'organo in corso di patologie sistemiche, di controllare l'efficacia e la tossicità dei farmaci impiegati nella terapia. Esami "selettivi" quali il fattore reumatoide, gli anticorpi anti-nucleo, l'uricemia, l'HLA B27 andrebbero richiesti dal medico di medicina generale solo in presenza di elementi clinici di sospetto di patologie correlate a questi esami.

Parole chiave:

velocità eritrosedimentazione, proteine fase acuta, fattore reumatoide, anticorpi anti-nucleo, uricemia, HLA B27, liquido sinoviale

ABSTRACT

The diagnosis of rheumatic diseases is mainly clinical. However, rheumatic diseases laboratory tests allow validating a diagnostic hypothesis, to distinguish mechanical or inflammatory arthropathy, to monitor the active phase of a chronic inflammatory disease, to detect a possible organ involvement in the course of systemic diseases, to control the effectiveness and toxicity of the drugs used for therapy. Selective examinations such as the rheumatoid factor, the antinuclear antibodies, the serum uric acid concentration, the HLA B27 should be required by the general practitioner only when there is clinical suspicion of related diseases in these examinations.

Key words:

erythrocyte sedimentation rate, acute phase proteins, rheumatoid factor, antinuclear antibodies, serum uric acid, HLA B27, synovial fluid

Prima di iniziare la trattazione sull'importanza degli esami di laboratorio per l'inquadramento diagnostico delle malattie reumatiche è opportuna una premessa.

In ambito reumatologico, sebbene alcuni esami di laboratorio siano abbastanza sensibili, nessuno di essi è realmente specifico né indispensabile per la diagnosi. Pertanto, l'accertamento delle patologie reumatiche deve basarsi, più che sui dati di laboratorio, principalmente sugli elementi anamnestici e clinici.

Tuttavia, gli esami di laboratorio costituiscono un valido aiuto per lo specialista e per il medico di medicina generale (MMG) per la diagnosi delle malattie reumatiche come:

- **supporto di un orientamento diagnostico:** in presenza di un paziente anziano che lamenta da settimane dolore e rigidità del collo, delle spalle e/o delle anche, con importante limitazione funzionale, con possibili sintomi sistemici (febbri-
- cola, malessere, anoressia), nel sospetto di una "polimialgia reumatica" la positività degli indici aspecifici di flogosi (VES, PCR, fibrinogeno, alfa-2 globuline, ecc.) sosterrà l'ipotesi diagnostica formulata;
- **monitoraggio del decorso di una patologia reumatica (fase di attività o remissione) o del possibile coinvolgimento d'organo:** in una paziente con "artrite reumatoide" (AR) la positività o la negatività degli indici aspecifici di flogosi, unitamente alla valutazione clinica dei segni e sintomi di infiammazione articolare e/o di tenosinoviti, indicherà se la malattia è in fase attiva o in remissione.
- **valutazione dell'efficacia e della tossicità dei farmaci impiegati nel trattamento delle patologie reumatiche:** In una paziente con "lupus eritematoso sistemico" (LES) la valutazione della funzionalità renale permetterà di verificare un possibile coinvolgimento d'organo;

gli antinfiammatori non steroidei (FANS), i glucocorticoidi (GC), i farmaci di "fondo" (disease modifying anti-rheumatic drugs - DMARDs) utilizzati nella terapia dei reumatismi infiammatori cronici, oltre alla valutazione dell'efficacia, richiedono uno stretto controllo laboratoristico della loro potenziale tossicità (nefrotossicità dei FANS, alterazione del metabolismo glucidico dei GC, epatotossicità del methotrexate, ecc.) (1).

Gli **esami di laboratorio** possono essere definiti "**generici**" (Tab.1) e "**selettivi**" (Tab.2-3), intendendosi per questi ultimi quegli esami che andrebbero richiesti dal MMG solo nel sospetto di una specifica patologia reumatica.

- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Proteine della fase acuta (proteina C reattiva, fibrinogeno, mucoproteine, ecc.)
- Emocromo con formula leucocitaria
- Glicemia, emoglobina glicata
- Elettroforesi sieroproteica
- Funzionalità epatica (transaminasi, γGT)
- Funzionalità renale (azotemia, creatininemia, volume filtrato glomerulare)
- Esame urine completo

Tab. 1 Esami di laboratorio "generici".

- Fattore reumatoide
- Anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico (anti-CCP)
- Anticorpi anti-nucleo (ANA)
- Anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili (anti-ENA)
- Anticorpi anti-DNA nativo
- Anticorpi anti-fosfolipidi (cardiolipina, lupus anti-coagulant)
- Anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili (ANCA)
- Titolo anti-streptolisinico

Tab. 2 Esami di laboratorio "selettivi": immunologici.

- Uricemia
- Creatin-fosfo-chinasi (CPK), lattico-deidrogenasi (LDH), aldolasi
- Crioglobuline
- Complemento
- Sistema istocompatibilità HLA B27
- Liquido sinoviale

Tab. 3 Esami di laboratorio "selettivi": non immunologici.

Velocità di eritrosedimentazione

La **velocità di eritrosedimentazione (VES)** è un esame frequentemente richiesto, sia nell'ambito della medicina generale che in quella specialistica, per i pazienti che presentano segni e/o sintomi di reumoartropatie, è di semplice esecuzione ed è anche economico (2).

Nel valutare il valore della VES bisogna tener conto che vi sono diversi fattori in grado di influenzarlo, sia in termini di aumento che di riduzione.

Le femmine tendono ad avere valori più alti della VES, così come gli anziani (3).

Poiché i livelli di fibrinogeno nel sangue sono strettamente correlati con la VES, ogni condizione che eleva il fibrinogeno (gravi-

danza, infezioni, processi infiammatori, neoplasie) può aumentare il valore della VES.

L'anemia e la macrocitosi eritrocitaria sono due condizioni che favoriscono un aumento della VES.

Al contrario, una sua riduzione si può osservare in corso di policitemia e di altre patologie ematologiche nelle quali gli eritrociti presentano un'alterazione della forma (sferocitosi) o sono di più piccole dimensioni (microcitosi), favorendo in tal modo una sedimentazione rallentata.

Anche l'ipofibrinogenemia, l'ipergammaglobulinemia associata con disprotidemia ed iperviscosità possono ciascuna determinare un decremento della VES.

Infine, va tenuto presente che errori tecnici nell'esecuzione dell'esame possono condizionarne il risultato, sia in senso di un aumento sia nel senso di una riduzione.

In ambito reumatologico l'aumento della VES costituisce un importante criterio diagnostico per la polimialgia reumatica e per l'arterite temporale di Horton (Tab. 4-5) nell'ambito delle quali possono essere raggiunti valori elevati (4,5), sebbene valori normali o lievemente aumentati non escludano la diagnosi di queste due patologie (6).

La determinazione della VES, inoltre, rappresenta un adeguato indice dell'attività di malattia e della risposta alla terapia farmacologica per l'AR, le connettiviti, la polimialgia reumatica, l'arterite temporale di Horton e le altre vasculiti.

- Età > 50 anni
- Dolore e rigidità mattutina, per almeno un mese, interessanti almeno due delle seguenti aree: spalle e braccia, anche e cosce, collo e dorso
- VES > 40 mm/h
- Esclusione di altre patologie causa di dolori muscolo-scheletrici
- Rapida risposta alla terapia con glucocorticoidi

Tab. 4 Polimialgia Reumatica: criteri diagnostici (da Evans JM e Hunder GG, 1998).

- Età > 50 anni
- Cefalea localizzata di recente insorgenza
- Dolorabilità dell'arteria temporale o riduzione della pulsatilità dell'arteria
- VES > 50 mm/h
- Alterazioni rilevate dalla biopsia dell'arteria temporale

Tab. 5 Arterite temporale di Horton: criteri diagnostici (American College of Rheumatology, 1990).

Proteine fase acuta

Le proteine della fase acuta, in particolare **proteina C reattiva (PCR), fibrinogeno, aptoglobina, mucoproteine (alfa-1 glicoproteina acida)**, sono prodotte dal fegato in risposta alle citochine (IL-1, IL-6, Tumor Necrosis Factor-alfa, ecc.) sintetizzate nei tessuti sede di infiammazione, allo scopo di limitare il danno tessutale dell'infiammazione.

La VES è un indice indiretto del livello di queste proteine nel plasma, correlando molto strettamente, come già evidenziato, con i livelli del fibrinogeno.

La **PCR** è presente in bassa concentrazione nel sangue. A diffe-

renza della VES aumenta rapidamente dopo poche ore lo stimolo infiammatorio, per ritornare ai livelli normali più precocemente. La persistenza dei valori al di sopra della norma è indice di cronicizzazione del processo flogistico.

Come la VES la PCR può aumentare in gravidanza, per traumi e stress, ma non è condizionata dall'età e dal sesso.

I livelli di PCR costituiscono un altro utile marker per valutare la presenza di un'infiammazione articolare o la sua risoluzione e per seguire nel tempo la risposta alla terapia farmacologica.

Emocromo

La valutazione dell'**emocromo** fornisce importanti informazioni in ambito reumatologico, con possibile coinvolgimento di tutte e tre le linee cellulari (Tab. 6-8).

- **Anemia da flogosi cronica** (artrite reumatoide ed altri reumatismi infiammatori cronici)
- **Anemia ipocromica microcitica** (perdite ematiche gastro-intestinali da uso protratto di antinfiammatori non steroidei e/o glucocorticoidi)
- **Anemia emolitica autoimmune** (lupus eritematoso sistemico, sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi)

Tab. 6 Alterazioni numeriche degli eritrociti in ambito reumatologico.

- **Leucocitosi** (artrite reumatoide in fase attiva, artriti da microcristalli, polimialgia reumatica, terapia protratta con glucocorticoidi, ecc.)
- **Leucopenia** (lupus eritematoso sistemico, sindrome di Sjogren primitiva)
- **Leucopenia da farmaci** (antinfiammatori non steroidei, salazopirina, methotrexate)

Tab. 7 Alterazioni numeriche dei leucociti in ambito reumatologico.

- **Piastrinosi** (artrite reumatoide in fase attiva, artriti da microcristalli, polimialgia reumatica, ecc.)
- **Piastrinopenia** (lupus eritematoso sistemico, sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi)
- **Piastrinopenia da farmaci** (antinfiammatori non steroidei, salazopirina, methotrexate)

Tab. 8 Alterazioni numeriche delle piastrine in ambito reumatologico.

Un'**anemia da flogosi cronica**, generalmente normocromica normocitica con iposideremia e ferritina normale od aumentata, talvolta associata a leucocitosi e/o piastrinosi, si può osservare nei soggetti con patologie infiammatorie croniche come l'AR, la polimialgia reumatica, le connettiviti, l'arterite temporale di Horton e le altre vasculiti.

L'anemia correla con la severità della malattia, sebbene raramente vengano raggiunti valori di emoglobina inferiori a 10 g/100 ml.

Un'**anemia ipocromica microcitica** secondaria a micro-sanguinamento gastro-intestinale è di osservazione non rara in soggetti anziani con patologie reumatiche, in primis l'osteoartrite, in trattamento cronico con FANS e/o GC.

I pazienti con LES, in genere femmine in età fertile, possono presentare nel decorso della malattia, ma talvolta anche all'esordio

della stessa, differenti alterazioni ematologiche, secondo quanto indicato nei criteri classificativi della patologia proposti dall'American College of Rheumatology (Tab. 9)(7).

- 1) **Rash malare**
 - 2) **Rash discoide**
 - 3) **Fotosensibilità**
 - 4) **Ulcere orali o naso-faringee** (di solito indolenti)
 - 5) **Artrite non erosiva**, che interessi almeno due articolazioni periferiche
 - 6) **Sierositi** (pleurite o pericardite)
 - 7) **Nefropatia**: proteinuria >0,5 g/die, cilindri al sedimento (di emazie, emoglobina, granulari, tubulari o misti)
 - 8) **Manifestazioni neurologiche**: crisi epilettiche, psicosi (in assenza di possibili altre cause farmacologiche, metaboliche o elettrolitiche)
 - 9) **Disordini ematologici**: anemia emolitica con reticolocitosi, leucopenia (<4.000/mmc in almeno due determinazioni), linfopenia (<1.500/mmc in almeno due determinazioni), trombocitopenia (<100.000/mmc) in assenza di cause farmacologiche
 - 10) **Disordini immunologici**: anticorpi anti-DNA nativo, anti-Sm, anti-cardiolipina o lupus anti-coagulant
 - 11) **Presenza di anticorpi anti-nucleo** (in assenza di cause farmacologiche)
- N.B.:** devono essere soddisfatti almeno 4 degli 11 criteri per poter classificare un caso come lupus eritematoso sistemico

Tab. 9 Criteri dell'American College of Rheumatology per la classificazione del lupus eritematoso sistemico.

In particolare un'**anemia emolitica** con reticolocitosi, una **leucopenia** (<4.000/mmc in due o più determinazioni), una **linfopenia** (<1.500/mmc in due o più determinazioni), una **piastrinopenia** (<100.000/mmc non determinata da farmaci) possono caratterizzare il quadro clinico di questa malattia (8).

Glicemia ed emoglobina glicata

La determinazione dei livelli della **glicemia** e/o del **emoglobina glicata** è utile prima di iniziare una terapia protratta con GC in pazienti affetti da reumatoartropatie infiammatorie croniche (AR, connettiviti, polimialgia reumatica, ecc.) e, soprattutto, nel corso del trattamento.

La polimialgia reumatica costituisce una condizione clinica che espone particolarmente alle complicanze della terapia steroidea prolungata, a cui si aggiunge la non rara presenza in età avanzata di un concomitante diabete mellito tipo 2. In questi casi, il periodico controllo dei valori dell'emoglobina glicata permette al MMG e/o al diabetologo di "modulare" la terapia farmacologica con antidiabetici orali e/o insulina.

Elettroforesi sieroproteica

Un incremento delle alfa-2 globuline si osserva in presenza di un'infiammazione articolare, mentre un aumento policlonale delle gammaglobuline si riscontra frequentemente nei pazienti con AR e con LES.

Funzionalità epatica

I FANS, in particolare la nimesulide e il diclofenac, alcuni DMARDs utilizzati nella terapia di "fondo" dell'AR e delle spondilo-artriti sieronegative (artrite psoriasica, spondilite anchilosante, artriti reattive, entero-artriti, spondilo-artriti indifferenziate), in particolare il methotrexate, la salazopirina, la leflunomide, possono essere causa di tossicità epatica.

L'ampio uso del **methotrexate** nel trattamento farmacologico delle artropatie infiammatorie croniche, soprattutto nei pazienti con AR, sia come DMARD unico od in associazione, sia come farmaco "ancora" dei DMARDs "biologici" (etanercept, infliximab, adalimumab, rituximab, tocilizumab, ecc.), ha aumentato le conoscenze del MMG riguardo ai potenziali effetti tossici del farmaco, in particolare sulla funzionalità epatica (9).

Per il rapporto continuativo con il paziente la gestione di questo effetto tossico ricade principalmente sul MMG, che deve controllare che il paziente esegua, secondo quanto spesso indicato dallo specialista reumatologo, un dosaggio delle transaminasi dopo un mese dall'inizio della terapia e, successivamente, almeno ad intervalli trimestrali.

Il riscontro di un aumento dei valori degli enzimi epatici oltre due volte il limite massimo normale rappresenta un'indicazione alla riduzione del dosaggio del methotrexate o ad una temporanea interruzione della somministrazione, mentre la persistenza di elevati livelli giustifica la sospensione del trattamento (10).

Funzionalità renale

Nei pazienti affetti da LES va monitorata costantemente la funzionalità renale, in quanto oltre la metà dei soggetti può andare incontro ad un danno d'organo.

Un coinvolgimento renale si può inoltre osservare in pazienti con sclerosi sistemica (SSc) ad impegno cutaneo diffuso, nella crioglobulinemia mista essenziale, nella porpora di Schonlein-Henoch ed in corso di altre vasculiti.

Per il MMG particolare attenzione va riservata all'impiego dei FANS per il trattamento delle reumoartropatie, principalmente dell'osteoartrosi in fase algica, per la loro potenziale nefrotossicità, soprattutto nei soggetti anziani con polipatologie ed in trattamento politerapico, che presentano un rischio aumentato di complicanze renali per le potenziali interazioni con farmaci che possono ridurre la funzionalità renale, quali ACE-inibitori, inibitori del recettore dell'angiotensina II, diuretici (11).

Quando possibile, i FANS dovrebbero essere evitati in persone con preesistenti patologie renali, insufficienza cardiaca congestizia, cirrosi epatica per prevenire la comparsa di un'insufficienza renale acuta (12).

Fattore reumatoide, anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico

Il **fattore reumatoide** (FR) è un autoanticorpo diretto contro il frammento Fc delle immunoglobuline G (IgG).

Sebbene siano stati descritti FR IgM, IgG, IgA, è il FR IgM quello abitualmente ricercato nei laboratori clinici.

Il FR deve il suo nome al fatto di essere stato osservato per la prima volta in un paziente con AR e caratteristicamente si osserva in un'alta percentuale (75-80%) di pazienti affetti da questa patologia in fase stabilizzata, ma non in tutti.

Pertanto, **il FR è certamente importante ma non indispensabile per la diagnosi di AR**, che può essere definita anche in sua assenza.

Un aspetto importante da sottolineare è rappresentato dalla non rara frequenza con cui **il FR risulta positivo in condizioni fisiologiche ed in patologie differenti dall'AR**.

In particolare, si può osservare nel 3-5% di persone sane e la sua prevalenza aumenta con l'età, tanto che circa il 15% dei soggetti anziani in buona salute presenta una positività per il FR.

Inoltre, è possibile rilevarlo, in percentuali differenti, nel siero di pazienti affetti da altre patologie reumatiche, in particolare nella sindrome di Sjogren primitiva (SSp), nel LES, nella SSc, nella crioglobulinemia mista essenziale, ma anche in corso di patologie non reumatologiche, quali epatiti virali B e C, mononucleosi infettiva, infezioni da micobatteri, epatiti autoimmuni, tireopatie autoimmuni, neoplasie.

Da quanto esposto risulta evidente che **il FR non può essere considerato un marker sierologico specifico dell'AR, né può essere utilizzato come unico criterio diagnostico di tale patologia**.

La **diagnosi di AR**, infatti, si basa essenzialmente su **criteri clinici e strumentali, in assenza dei quali non assume significato un test positivo**.

Dal punto di vista pratico il MMG, nella valutazione clinica di un paziente che presenta segni e/o sintomi osteo-articolari, dovrebbe richiedere un prelievo ematico per la ricerca del FR solo se abbia il fondato sospetto clinico di un'AR all'esordio (Fig.1) e non in presenza di una sintomatologia chiaramente attribuibile ad una specifica patologia reumatica (osteoartrosi, fibromialgia, gotta, ecc.).



Fig. 1 Segni e sintomi articolari di una sospetta artrite reumatoide all'esordio.

Alcuni esempi di attività clinica quotidiana nell'ambulatorio del MMG possono essere utili per comprendere meglio il concetto espresso.

Per un paziente anziano che viene in ambulatorio lamentando dolori alle mani con associata rigidità mattutina della durata di pochi minuti e che, all'esame obiettivo, presenta nodosità "dure" (noduli di Heberden) in corrispondenza delle articolazioni interfalangee distali (Fig.2), ci si orienterà per una **"osteoartrosi primaria delle mani"** e non saranno necessarie per la diagnosi indagini di laboratorio, né tantomeno la ricerca del FR.

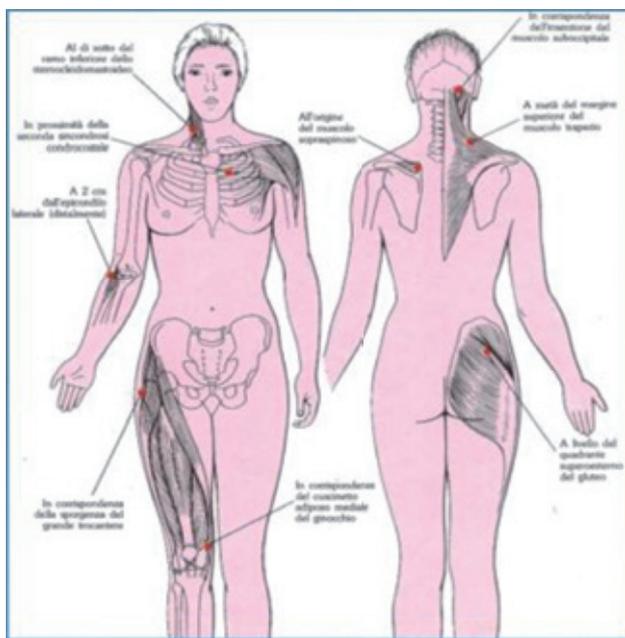


Fig. 2 Osteoartriosi primaria delle mani: noduli di Heberden in corrispondenza delle interfalangee distali.

Per un paziente, spesso di sesso femminile, di età compresa tra i 25 e 50 anni, che lamenta da tempo dolori muscolo-scheletrici diffusi, spesso associati a disturbi dell'umore di tipo sia ansioso che depressivo, da disturbi del sonno contrassegnati prevalentemente da frequenti risvegli durante la notte, da astenia presente per quasi tutta la giornata, da cefalea muscolo-tensiva, da disturbi gastro-enterici inquadrabili in una sindrome del colon irritabile, con un reperto obiettivo di "punti algogeni" (tender points), cioè di zone dolorabili localizzate in corrispondenza delle inserzioni ossee di certi tendini e nel contesto di certi muscoli (Fig.3), ci si orienterà per una diagnosi di "fibromialgia" e non sarà necessario ricercare il FR.



Fig. 3 Aree dolorabili localizzate in corrispondenza di inserzioni tendinee e muscoli (tender points) nella fibromialgia.

Un paziente, di età compresa tra i 30 e 60 anni, buon mangiatore e bevitore, spesso in sovrappeso, con ipertensione arteriosa, dislipidemia, obesità viscerale, che lamenta dolore intenso associato a rossore e calore in corrispondenza della I metatarso-falangea di un piede (Fig.4), presenta una sintomatologia suggestiva per una diagnosi di "gota", che renderà opportuna la ricerca dell'uricemia, ma non del FR.



Fig. 4 Artrite acuta gottosa della I metatarso-falangea (podagra).

Per una paziente, di età compresa tra 30 e 50 anni, che lamenta da alcune settimane dolore e rigidità mattutina alle mani, della durata superiore ad un'ora, che necessita dell'impiego di FANS per l'attenuazione dei sintomi, che all'esame obiettivo presenta tumefazione e dolorabilità delle interfalangee prossimali, riduzione della forza prensile, manovra della "gronda" positiva (pressione latero-laterale a livello delle metacarpo-falangee) (Fig.5), vi è un forte sospetto di un'AR all'esordio.

RED FLAGS

La presenza dei seguenti segni e sintomi rende opportuno l'invio del paziente al Reumatologo

- Tumefazione a carico di 3 o più articolazioni persistente da più di 6 settimane**
- Interessamento dei polsi e delle piccole articolazioni di mani e piedi:**
 - metacarpofalangee
 - interfalangee prossimali
 - metatarsofalangee
- Rigidità al risveglio superiore a 30 minuti**

Manovra della gronda (o squeeze test)

Fig. 5 Artrite reumatoide all'esordio.

In una situazione di questo genere è certamente indicato ricercare il FR e, in aggiunta, anche gli anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico (anti-CCP), dotati di una sensibilità simile o di poco inferiore a quella del FR, ma di una specificità maggiore.

La positività di questi anticorpi orienta per la diagnosi di malattia (13) e, se a titolo elevato, assume un importante valore prognostico in quanto può associarsi a forme persistenti, evolutive ed erosive di AR (14,15) e condiziona anche l'approccio terapeutico dello specialista che avrà in cura la paziente.

FR ed anti-CCP possono essere rilevati nel siero di pazienti che svilupperanno un'AR anche anni prima della comparsa dei segni e/o sintomi della malattia (16).

Anticorpi anti-nucleo, anticorpi anti-antigeni nucleari estraibili, anticorpi anti-DNA nativo

Gli anticorpi anti-nucleo (ANA) sono un gruppo di anticorpi diretti verso differenti antigeni del nucleo cellulare (DNA, proteine ribonucleari, istoni, centromero).

L'immunofluorescenza indiretta (IFI) rappresenta il metodo di riferimento per la determinazione degli ANA.

La quasi totalità dei pazienti affetti da LES presenta nel siero ANA a titolo elevato e, per tale motivo, la loro determinazione rappresenta un test di elevata sensibilità per la diagnosi, in accordo con i criteri classificativi dell'American College of Rheumatology (7) (Tab.9).

ANA possono rilevarsi, in percentuali differenti, in pazienti affetti da altre connettiviti (SSp, SSc, dermato-polimiosite (DM/PM), malattia mista del tessuto connettivo), ma anche in corso di infezioni (virus epatite B e C, mononucleosi infettiva, micobatteri), di neoplasie, di terapie con farmaci (beta-bloccanti, clorpromazina, salazopirina, biologici anti-TNF-alfa), nei parenti apparentemente sani di pazienti con malattie autoimmuni sistemiche.

Inoltre, l'incidenza di positività per gli ANA aumenta dopo i 40 anni. ANA a basso titolo sono rinvenuti in circa il 18% dei soggetti normali con età >65 anni, ma solo nel 4% della popolazione giovane (17).

In presenza di un risultato ANA-IFI positivo un maggiore potere diagnostico e prognostico è ottenibile con la caratterizzazione delle specificità anticorpali dirette contro i differenti antigeni nucleari.

Pertanto, con una positività degli ANA, la determinazione degli anticorpi diretti verso i cosiddetti **antigeni nucleari estraibili (anti-ENA)** è utile, in quanto questi anticorpi possiedono un proprio rilievo clinico legato alla diversa frequenza con la quale si osservano nelle connettiviti e/o all'associazione con particolari manifestazioni cliniche (Tab.10).

Anti-Sm: altamente specifici per il LES, la sensibilità clinica varia dal 15% al 30%; titoli elevati hanno un maggiore significato diagnostico

Anti-U1RNP: non specifici, presenti nel 30-40% dei pazienti con LES; ad alto titolo criterio diagnostico per la diagnosi di malattia mista del tessuto connettivo

Anti-SSA/Ro: non specifici, sensibilità variabile dal 60 al 90% a seconda del metodo testato, nei pazienti con SSp si associano frequentemente a manifestazioni extra-ghiandolari, presenti nel 30% circa dei pazienti con LES; ad alto titolo sono un fattore di rischio per il lupus neonatale

Anti-SSB/La: non specifici; nei pazienti con SSp e LES sono presenti con frequenza inferiore rispetto agli anticorpi anti-SSA

Anti-centromero: associati a SSc con impegno cutaneo limitato; specificità elevata

Anti-topoisomerasi I (Scl70): associati a SSc ad impegno cutaneo diffuso, sensibilità clinica variabile, a secondo del metodo, dal 35 al 70%; specificità clinica elevata

Anti-Jo I: specifici per la DM/PM; sensibilità dall'8 al 40%.

Tab. 10 Principali specificità auto-anticorpali anti-ENA

Gli **anticorpi anti-DNA nativo** sono altamente specifici per il LES e presenti nei soggetti affetti con prevalenza variabile tra il 40 e l'80%.

La ricerca di questi anticorpi è indicata solo in caso di sospetto clinico di LES ed in caso di positività degli ANA in IFI.

Le connettiviti sono affezioni di rara osservazione nell'ambulatorio del MMG.

Seppur clinicamente eterogenee condividono alcuni elementi clinici ed anomalie laboratoristiche.

Colpiscono in prevalenza pazienti di **sesso femminile in età fertile**.

Per la rarità dell'osservazione e per il polimorfismo clinico con il quale queste affezioni, in particolare il LES, possono manifestarsi all'esordio, risulta difficile per lo specialista reumatologo, ed ancor di più per il MMG, porre una diagnosi di connettivite (18).

Tuttavia, tenendo conto che generalmente le persone che presentano all'esordio segni e/o sintomi che orientano verso una diagnosi di connettivite si rivolgono al proprio MMG, è opportuno che questi faccia eseguire la ricerca degli ANA in IFI in presenza di manifestazioni cliniche sospette (Tab. 11)(19).

Segni e sintomi sistemici di malattia: febbre, astenia, anoressia, dimagrimento

Artralgie e/o artriti

Eruzioni cutanee: eritema a farfalla, fotosensibilità, alopecia, ecc.

Aumento VES, ipergammaglobulinemia policlonale, anemia, leucopenia, piastrinopenia, microematuria, proteinuria persistenti

Secchezza orale (xerostomia) e/o oculare (xeroftalmia)

Ispessimento, indurimento e perdita dell'elasticità cutanea

Fenomeno di Raynaud

Tab. 11 – Segni e sintomi di sospetta connettivite all'esordio.

Le pazienti con il LES, sebbene all'esordio e nel decorso della malattia qualsiasi organo ed apparato possa essere interessato, si presentano più frequentemente all'esordio con artralgie e/o artriti, febbre e manifestazioni cutanee.

La secchezza della mucosa del cavo orale (xerostomia) e la secchezza oculare (xeroftalmia), correlate al coinvolgimento infiammatorio cronico delle ghiandole salivari e lacrimali, rappresentano le manifestazioni più tipiche della SSp.

La xerostomia si manifesta soggettivamente con sensazione di bocca asciutta, difficoltà alla deglutizione di cibi secchi, sensazione di bruciore, alterazione del gusto e della fonazione.

La xeroftalmia si caratterizza per la sensazione di corpo estraneo descritta come "sabbia negli occhi", per bruciore oculare e fotofobia con arrossamento della congiuntiva.

I soggetti che svilupperanno una SSc inizialmente presentano un ispessimento del derma, soprattutto a livello delle mani (fase "edematosa"), che successivamente può estendersi ad interessare avambraccia, piedi, gambe, volto ed esita, dopo un periodo di tempo variabile, nella fase "indurativa", in cui la cute diviene gradualmente ispessita, rigida e strettamente aderente al tessuto sottocutaneo.

Il **fenomeno di Raynaud** (RF) si osserva non raramente nell'ambulatorio del MMG (20).

Si caratterizza per la comparsa di episodi reversibili di pallore cutaneo delle dita delle mani e, meno frequentemente, dei piedi dopo esposizione alle basse temperature e/o a seguito di uno stress emotivo, associato a sensazione di intorpidimento, formicolio e, talvolta, dolore (Fig. 6).

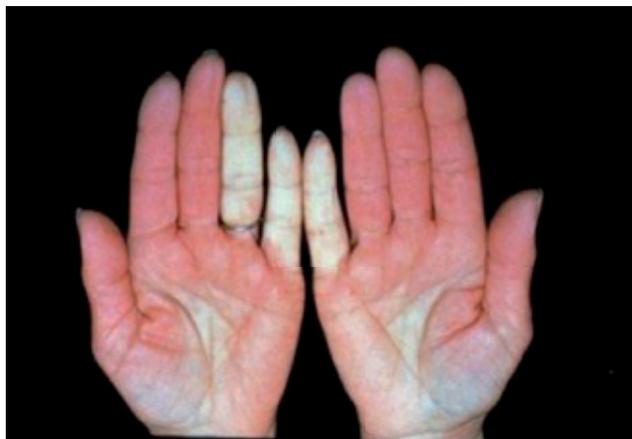


Fig. 6 Fenomeno di Raynaud alle dita delle mani.

Dal punto di vista classificativo viene definito "primario" (sinonimi: RF "idiopatico" o "malattia" di Raynaud) quando non è associato ad una causa nota, mentre una condizione correlata (connettiviti, arteriopatia ostruttiva, patologie ematologiche, uso di strumenti vibranti, impiego di alcuni farmaci, esposizione a sostanze chimiche, ecc.) identifica il RF "secondario" (sinonimo: "sindrome" di Raynaud).

Le connettiviti, in particolare la SSc, rappresentano la più comune causa di RF secondario.

La presenza di un RF clinicamente isolato in un paziente, spesso di sesso femminile, giustifica la ricerca degli ANA da parte del MMG e, in caso di positività, identifica un subset di pazienti a rischio di evoluzione verso una connettivite.

Anticorpi anti-fosfolipidi

Gli elementi clinici che giustificano la ricerca degli **anticorpi anti-fosfolipidi** (anti-cardiolipina, lupus anti-coagulant) sono le perdite fetali ricorrenti, le trombosi arteriose o venose, la trombocitopenia, le ulcere agli arti inferiori, la livedo reticularis, l'anemia emolitica.

La presenza di anticorpi anti-fosfolipidi è uno dei criteri di classificazione del LES, ragione per cui la loro ricerca rientra nella routine di inquadramento di questa malattia.

La loro positività è alla base della "**sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi**", le cui manifestazioni cliniche sono state ristrette alla patologia trombotica ed abortiva (21).

La ricerca degli anticorpi anti-fosfolipidi richiede una competenza prevalentemente specialistica.

Anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili

Gli **anticorpi anti-citoplasma dei neutrofili (ANCA)** sono autoanticorpi diretti verso i costituenti citoplasmatici dei granulociti neutrofili.

Vengono considerati un utile marker sierologico per la diagnosi delle vasculiti sistemiche, in particolare della granulomatosi di Wegener, la poliangeite microscopica e, in misura minore, della sindrome di Churg-Strauss.

Per la rarità di queste patologie, anche in ambito specialistico, il MMG non dovrebbe mai direttamente richiedere questi anticorpi!

Titolo anti-streptolisinico

Il **titolo anti-streptolisinico (TAS)** esprime la presenza nel siero di anticorpi diretti contro la streptolisina O, antigene extra-strutturale prodotto dallo streptococco beta-emolitico di gruppo A.

Dopo un'infezione streptococcica il TAS aumenta nel 70-80% dei soggetti colpiti.

Gli anticorpi anti-streptolisina O compaiono nel siero intorno alla decima giornata fino a circa tre settimane dopo l'infezione streptococcica.

Poiché molti casi di faringite streptococcica guariscono nell'arco di una settimana, la determinazione del TAS non risulta utile nella diagnosi di malattia acuta.

A distanza di qualche giorno dall'infezione, quando questa è guarita, si possono rilevare i livelli più elevati del TAS, ma è anche possibile che i valori anticorpali possano essere già ridotti qualora compaiano le manifestazioni patologiche correlate all'infezione streptococcica, quali febbre reumatica e glomerulonefrite acuta.

Talvolta il TAS può rimanere per lungo tempo oltre il limite della norma per una particolare reattività del soggetto, perché il focus streptococcico non è stato adeguatamente eradicato o perché si succedono nel tempo diverse infezioni streptococciche.

Il MMG deve tenere in mente che **il rilievo di un TAS elevato** indica soltanto l'avvenuto contatto con gli antigeni dello streptococco beta-emolitico di gruppo A, non permette di risalire all'epoca ed all'entità dell'infezione e, soprattutto, **non autorizza a porre diagnosi di "febbre reumatica"!**

Uricemia

L'**iperuricemia** costituisce un utile elemento diagnostico nel sospetto di un'artrite gottosa, ma valori di uricemia nei limiti della norma non costituiscono un criterio di esclusione della diagnosi di **gotta**.

Molti soggetti con rilievo laboratoristico di iperuricemia non svilupperanno mai un'artrite e, d'altro canto, durante gli attacchi acuti di gotta i livelli sierici di uricemia possono risultare normali (22).

Il **quadro clinico** di esordio della **gotta** si caratterizza per la comparsa di **episodi recidivanti di monoartrite acuta**, ad esordio improvviso, ad impronta iperalgica, con marcati segni di flogosi, soprattutto a carico dell'articolazione metatarso-falangea dell'alluce (Fig. 4) e delle articolazioni degli arti inferiori (23).

I pazienti con gotta presentano frequentemente comorbidità, in particolare ipertensione arteriosa, patologie cardio-vascolari, alterata funzionalità renale, diabete mellito, obesità, dislipidemie, sindrome metabolica (24).

Tali comorbidità ed il loro trattamento farmacologico possono favorire lo sviluppo della malattia e condizionare la scelta dei farmaci impiegati per la terapia.

Il MMG rappresenta la figura di riferimento per i pazienti affetti da gotta.

Per la possibilità di un costante accesso ambulatoriale è possibile instaurare un'adeguata comunicazione con il paziente, impiegando un tempo adeguato per spiegare il significato dell'iperuricemia in relazione alla formazione di cristalli, le caratteristiche

cliniche della malattia, l'importanza di mantenere a target i valori di uricemia quando si instaura il trattamento con farmaci ipouricemizzanti orali.

Spetta, inoltre, al MMG la gestione delle eventuali comorbidità associate e l'educazione del paziente riguardo alle modifiche degli stili di vita (25).

Creatin-fosfo-chinasi, lattico-deidrogenasi, aldolasi

L'aumento della **creatin-fosfo-chinasi (CPK)** rappresenta spesso, sia per il MMG che per lo specialista, un dilemma diagnostico che necessita di un adeguato processo di diagnosi differenziale, che si basa su un'accurata anamnesi ed un attento esame obiettivo, di esami emato-chimici e talora strumentali (26).

Il CPK è un enzima presente nel muscolo scheletrico, nel miocardio e, in ordine decrescente, nel cervello, retto, stomaco ed altri organi.

L'aumento del CPK è considerato il parametro più sensibile e specifico di una miopatia muscolo-scheletrica, ma la valutazione del danno ed il monitoraggio devono essere eseguiti in associazione alla determinazione anche di altri enzimi, quali la transaminasi glutammico-ossalacetica (GOT), la lattico-deidrogenasi (LDH) e l'aldolasi.

L'aumento del CPK come espressione di un danno muscolare può riscontrarsi in numerose miopatie (infiammatorie, distrofiche, metaboliche) non di tipo neurogenico.

Tuttavia, numerose altre cause possono essere implicate nell'aumento dei valori ematici dell'enzima.

Un'occasionale elevazione del CPK si può osservare anche in soggetti asintomatici (iperCPKemia "idiopatica"). In questi casi bisogna escludere condizioni para-fisiologiche come l'attività sportiva intensa, le iniezioni intra-muscolari, precedenti esami strumentali o istologici muscolari che possono portare a variazioni transitorie dei valori dell'enzima, che perdurano anche per più di 48 ore dall'evento scatenante.

Alcune sostanze (alcol, cocaina) e farmaci, in particolare gli ipocolesterolemizzanti orali (statine, fibrati) ed alcuni farmaci impiegati in ambito reumatologico come la colchicina, la cloroquina, la ciclosporina possono favorire un aumento dei livelli ematici dell'enzima.

Altre cause sono rappresentate da infezioni batteriche (streptococco, stafilococco, escherichia coli, yersinia) e, soprattutto, da infezioni virali intercorrenti (parvovirus B19, echovirus, virus influenza A e B, virus rosolia, virus epatite B, coxackie B), che tendono a risolversi spontaneamente.

Tra le cause di aumento del CPK vanno annoverate anche alcune patologie endocrine, quali l'ipotiroidismo e l'ipoparatiroidismo.

Nel sospetto di una miopatia, oltre alla clinica ed agli esami di laboratorio, si rendono necessarie indagini approfondite, in particolare l'elettromiografia e la biopsia muscolare.

Crioglobuline

Le **crioglobuline** sono delle immunoglobuline sieriche che precipitano al fondo di una provetta posta al freddo, alla temperatura di 4 °C e si sciolgono con il caldo.

Il crioprecipitato può essere formato da immunoglobuline IgG o IgA o IgM raramente presenti come crioglobuline monoclonali,

più frequentemente da due o più immunoglobuline a costituire la crioglobulinemia mista.

Dal punto di vista clinico la **crioglobulinemia mista essenziale** si manifesta con la triade sintomatologica **astenia, artralgie, porpora palpabile**, prevalentemente agli **arti inferiori**, per una vasculite crioglobulinemica determinata dalla precipitazione di immunocomplessi circolanti nei piccoli vasi del derma. Altre importanti manifestazioni cliniche sono rappresentate dalla glomerulonefrite membranosa-proliferativa e dalla neuropatia periferica distale.

Può essere primitiva o associata a malattie linfo-proliferative, connettiviti, epatite cronica da HCV.

La vasculite crioglobulinemica è considerata la più comune manifestazione extra-epatica dell'infezione da HCV (27).

Complemento

Le concentrazioni sieriche del complemento, in particolare il dosaggio delle due frazioni C3 e C4, assumono una rilevante importanza in quelle patologie come il LES, la crioglobulinemia mista essenziale, le vasculiti autoimmuni, nelle quali gli immunocomplessi circolanti svolgono un ruolo patogenetico importante.

Sistema istocompatibilità HLA B27

La ricerca dell'**antigene di istocompatibilità HLA B27** è strettamente correlata con le affezioni che compongono il gruppo delle **spondilo-artriti sieronegative**, in particolare con la spondilite anchilosante.

I recenti criteri classificativi dell'ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) (28) hanno messo in risalto l'importanza dell'HLA B27, unitamente al riscontro di una sacro-ileite evidenziata con la risonanza magnetica del bacino, per l'inquadramento diagnostico delle spondilo-artriti con coinvolgimento assiale (Tab. 12).

New ASAS Classification Criteria

ASAS classification criteria for axial SpA
 (in patients with back pain ≥3 months and age at onset <45 years)

Sacroiliitis on imaging* plus ≥ 1 SpA feature**	Or	HLA-B27 plus ≥ 2 other SpA features**
---	----	---

****SpA features:**

- Inflammatory back pain
- Arthritis
- Enthesitis (heel)
- Uveitis
- Dactylitis
- Psoriasis
- Crohn's disease / ulcerative colitis
- Good response to NSAIDs
- Family history for SpA
- HLA-B27
- Elevated CRP

***Sacroiliitis on imaging:**

- Active (acute) inflammation on MRI highly suggestive of sacroiliitis associated with SpA
- or
- Definite radiographic sacroiliitis according to mod. New York criteria

sensitivity 82.9%, specificity 84.4%, n=649 patients with chronic back pain and age at onset <45 yrs. ging arm (sacroiliitis) alone has a sensitivity of 66.2% and a specificity of 97.3%. ** Note: Elevated CRP is considered a feature in the context of chronic back pain

Tab. 12 Criteri classificativi ASAS per le spondilo-artriti ad impegno assiale.

L'indicazione alla ricerca dell'antigene viene data generalmente dallo specialista reumatologo. Tuttavia, anche il MMG, nel sospetto di una lombalgia "infiammatoria", potrebbe richiedere l'esame.

La lombalgia è una delle principali reumoartropatie osservate nell'ambulatorio del MMG.

Sebbene la quasi totalità di queste sia su base “meccanica”, una piccola percentuale presenta le caratteristiche di tipo “infiammatorio”.

Compito del MMG è quello di sospettare una **lombalgia “infiammatoria”** sulla base di criteri clinici ben definiti (29) (Tab.13) ed indirizzare il paziente, spesso giovane e di sesso maschile, allo specialista reumatologo per l’inquadramento diagnostico.

Dolore lombare cronico, insorgenza < 45 anni

Rigidità mattutina >30 minuti

Miglioramento con l’esercizio fisico, non con il riposo

Risveglio nella seconda metà della notte per il dolore

Dolore ai glutei alternante (da sacro-ileite)

Si definisce dolore lombare infiammatorio in presenza di almeno due dei parametri indicati

Tab. 13 Criteri diagnostici per il dolore lombare infiammatorio (Rudwaleit M, 2006).

Liquido sinoviale

L’analisi del **liquido sinoviale (LS)** è un esame molto utile in quanto permette, nell’arco di poche decine di minuti, sulla base della valutazione delle caratteristiche chimico-fisiche, della citologia numerica e differenziata, di differenziare un LS “infiammatorio” da un LS “meccanico”, di svelare la presenza di microcristalli e di sospettare un’artrite infettiva.

L’esame del LS viene richiesto ed eseguito esclusivamente in ambito specialistico reumatologico, raramente in ambito ortopedico.

Non rientra nelle attività quotidiane del MMG, in presenza di un paziente con una tumefazione articolare, aspirare dall’articolazione il LS, metterlo in una provetta ed inviarlo al laboratorio analisi di riferimento.

Tuttavia, talvolta, nella pratica clinica, il MMG esegue un’artrocentesi di un ginocchio tumefatto e solo sulla base degli elementi obiettivi può, in linea di massima, orientarsi verso un LS “meccanico” od “infiammatorio”.

Il volume del LS non offre informazioni di particolare significato, sebbene l’iperproduzione possa rappresentare un indice indiretto di infiammazione, in quanto è raro osservare quantità superiori a 30 ml in una grossa articolazione come il ginocchio in corso di un’artropatia non infiammatoria.

IL LS ha un aspetto limpido, per diventare torbido nelle artropatie infiammatorie per un aumento della cellularità, sino ad assumere un aspetto francamente purulento nelle artriti settiche.

Il colore del LS è abitualmente giallo paglierino e, in caso di infiammazione, assume tonalità più intense fino al giallo verdastro nelle artriti settiche.

Un emarto deve orientare verso una causa traumatica, un’emopatia od essere correlato all’impiego di anticoagulanti orali e/o antiaggreganti piastrinici.

L’osservazione della viscosità del LS è particolarmente utile per il MMG. Essa può essere valutata misurando la lunghezza del filamento ottenuto da una goccia fatta cadere da una siringa (normalmente 3-6 cm).

Un LS “infiammatorio” è poco viscoso per la riduzione del contenuto di acido ialuronico indotto da un processo di degradazione da parte delle citochine flogogene, mentre un LS “meccanico” è molto viscoso e si presenta con un lungo filamento (Fig.7).



Fig. 7 Caratteristiche della viscosità del liquido sinoviale.

Conclusioni

La diagnosi delle malattie reumatiche è prevalentemente una diagnosi clinica.

Un’accurata anamnesi ed un attento esame obiettivo dei pazienti che presentano segni e/o sintomi di patologie reumatiche sono molto importanti per il medico per l’orientamento diagnostico.

Gli esami di laboratorio sono spesso di valido aiuto per lo specialista ed il MMG per l’inquadramento diagnostico delle reumoartropatie, a patto che essi sia interpretati nella giusta direzione e che ad essi non venga attribuito un valore diagnostico assoluto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Di Giacinto G. Utilità e limiti degli esami di laboratorio nella diagnosi delle malattie reumatiche. *Medicinae Doctor* 2005; 2: 18-23.
- 2) Brigden ML. Clinical utility of the erythrocyte sedimentation rate. *Am Fam Phys* 1999; 60: 1443-50.
- 3) Brigden ML. The erythrocyte sedimentation rate: still a helpful test when used judiciously. *Postgrad Med* 1988; 103: 257-74.
- 4) Evans JM, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 455-73.
- 5) Hunder GG, Bloch DA, Michel BA et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 1122-8.
- 6) Helliwell T, Muller S, Hider S. ESR can be normal in giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *BMJ* 2012; 344: 1408-9.
- 7) Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1725-9.
- 8) Kao AH, Manzi S, Ramsey-Goldman R. Review of ACR hematologic criteria in systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2004; 13: 865-8.
- 9) Jones KW, Patel SR. A family physician’s guide to monitoring methotrexate. *Am Fam Physician* 2000; 62: 1607-12.
- 10) Todoerti M, Maglione W, Bernero E et al. Revisione sistematica della letteratura 2008-2012 e aggiornamento delle raccomandazioni per l’utilizzo del methotrexato

- nelle malattie reumatiche con focus sull'artrite reumatoide. *Reumatismo* 2013; 65: 227-40.
- 11) Risser A, Donovan D, Heintzman J et al. NSAID prescribing precautions. *Am Fam Physician* 2009; 80: 1371-8.
 - 12) Patino FG, Olivieri J, Allison JJ et al. Nonsteroidal antiinflammatory drug toxicity monitoring and safety practices. *J Rheumatol* 2003; 30: 2680-8.
 - 13) Jansen LMA, van der Horst-Bruinsma IE, van Schaardenburg D et al. Rheumatoid factor and antibodies to cyclic citrullinate peptide differentiate rheumatoid arthritis from undifferentiated polyarthritis in patients with early arthritis. *J Rheumatol* 2002; 29: 2074-6.
 - 14) Kroot EJ, De Jong BA, Van Leeuwen MA et al. The prognostic value of anti-cyclic citrullinate peptide antibody in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1831-5.
 - 15) Bas S, Genevay S, Meyer O et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies, IgM and IgA rheumatoid factors in the diagnosis and prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2003; 42: 677-80.
 - 16) Nielen MMJ, van Schaardenburg D, Reesink HW et al. Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis. A study of serial measurements in blood donors. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 380-6.
 - 17) Tan EN, Feltkamp TE, Smolen JS et al. Range of antinuclear antibodies in healthy individuals. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1601-11.
 - 18) Vescovi F, et al. Riconoscere il lupus eritematoso sistemico in fase precoce: la vera sfida del medico di base e dello specialista reumatologo. *Giorn It Mal Reum* 2002; 2: 22-32.
 - 19) Scrivo R, Perrotta FM, Spadaro A. Quando sospettare una connettivite? Segni e sintomi: come iniziare il procedimento diagnostico. *Reumatologia Pratica* 2009; 4: 62-8.
 - 20) Di Giacinto G. Gestione del fenomeno di Raynaud: dalla corretta diagnosi alla terapia. *Medicinae Doctor* 2004; 13: 23-5.
 - 21) Miyakis S, Lockshin MD, Atsuni T et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006; 4: 295-306.
 - 22) Mc Carty DJ. Gout without hyperuricemia. *Jama* 1994; 12: 302-3.
 - 23) Grassi W, De Angelis R. Il quadro clinico della gotta. *Reumatismo* 2011; 63: 242-50.
 - 24) Stamp LK, Chapman PT. Gout and its comorbidities: implications for therapy. *Rheumatology* 2013; 52: 34-44.
 - 25) Di Giacinto G, Medea G. La gestione del paziente con gotta in *Medicina Generale. Media* 2014; 4: 254-9.
 - 26) Neri R, Vesprini E, Bombardieri S. Il reumatologo di fronte all'aumento delle CPK. *Reumatismo* 2006; 58 (numero speciale 3): 62-4.
 - 27) Agnello V, De Rosa FG. Extrahepatic disease manifestations of HCV infection, some current issues. *J Hepatol* 2004; 40: 341-52.
 - 28) Rudwaleit M, Landewè R, van der Heijde D et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for axial spondyloarthritis: classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 770-6.
 - 29) Rudwaleit M, Metter A, Listing J et al. Inflammatory back pain in ankylosis spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 569-78.

Medico di Medicina Generale e Psicologo insieme nelle Cure Primarie

General practitioner and Psychologist together in primary care

Rosario Falanga¹, Lisa Pillot²

¹Medico di Medicina Generale, Polcenigo (PN)

²Psicologa e Psicoterapeuta, Pordenone

Correspondence to:

Rosario Falanga, MD
rfalanga@tin.it

RIASSUNTO

Le richieste che giungono al Medico di medicina generale (Mmg), nascono spesso da situazioni problematiche che necessitano di un approccio olistico, biopsicosociale. L'inserimento di uno psicologo di base a fianco al Mmg, permette di dare una risposta più completa al disagio presentato dalle persone attraverso le integrazioni delle reciproche competenze, favorendo altresì l'interscambio formativo tra i due professionisti.

Parole chiave:

medicina di famiglia, psicologia, cure primarie

ABSTRACT

The requests submitted to the General Practitioner (GP) are often due to problems that need a holistic, biopsychosocial approach in order to be solved. The support of a psychologist to the GP allows a more complete response to the patient's distress, also through the integration of the mutual competences, fostering the formative interchange between the two specialists.

Key words:

family medicine, psychology, primary care

*Il grande errore compiuto da certi medici nel curare gli esseri umani
è quello di scindere la cura dell'anima dalla cura del corpo
(PLATONE, V° sec. A.C.)*

Introduzione

Il modo di relazionarsi del medico con il paziente e il suo contesto psico-sociale, può essere considerato un vero e proprio strumento terapeutico, "a costo zero", a volte superiore a farmaci o interventi chirurgici, certamente decisivo per la compliance e la **fiducia** degli assistiti nei confronti del proprio medico.

Nonostante gli enormi progressi dal punto di vista tecnico, la medicina attuale tende invece a trascurare il rapporto medico-paziente. Negli ultimi 150 anni si è realizzata una progressiva differenziazione tra medicina e psicologia, cioè tra un approccio al corpo e un approccio alla mente. La medicina si è allontanata da una visione globale dell'essere umano, che era una delle sue

caratteristiche nell'800, concentrandosi sugli aspetti biologici e genetici.

A volte il medico non è in grado di soddisfare la domanda complessa del paziente e tenta quindi di fornire risposte solo sul piano biologico, ricorrendo all'effettuazione di analisi e alla somministrazione di farmaci di cui per primo riconosce la dubbia utilità. Questo si traduce non solo in una assistenza inadeguata e inappropriata, ma anche in un inutile aumento della spesa sanitaria.

Le richieste che giungono al Mmg nascono spesso da situazioni problematiche e complesse che necessitano di un approccio olistico.

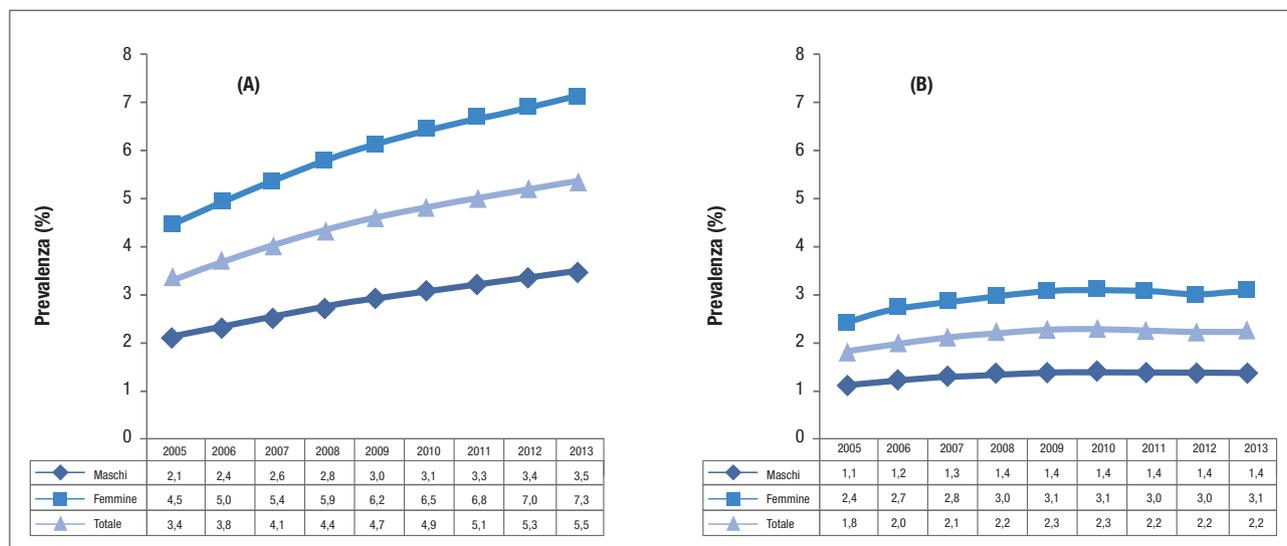


Figura 1 Prevalenza (%) "lifetime" (A) e "puntuale" (B) di depressione standardizzata per fasce d'età. Analisi per sesso (anni 2005 – 2013), VII Report Health Search (www.healthsearch.it)

stico, biopsicosociale, in grado di integrare i livelli di intervento al fine di rispondere in modo appropriato alla "domanda di salute". Numerose ricerche, a cominciare da quelle di Balint (1957), hanno mostrato che almeno il 50% delle richieste che pervengono ai Mmg esprimono un disagio di tipo relazionale/esistenziale più che un problema somatico.

Dati recenti vanno nella stessa direzione: dal rapporto OsMed 2014 (Osservatorio sull'uso dei medicinali in Italia) il consumo di antidepressivi è una delle principali componenti della spesa farmaceutica pubblica.

La pubblicazione dei risultati di Health Search (Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale) VIII report 2014, mostra una prevalenza (%) "lifetime" del 5,5% (M:3,5%, F:7,1%), con un trend crescente sensibilmente maggiore per le donne e all'aumentare dell'età.

Rispetto ad altri dati della letteratura i dati qui riportati sono sottostimati probabilmente perché non tutti gli individui depressi esprimono o descrivono i propri sintomi nella sfera psichica.

Il tempo che il Mmg può dedicare al singolo paziente, durante la visita, a volte non è sufficiente per un corretto inquadramento di questo tipo di diagnosi. Il Mmg potrebbe inoltre "nascondere" la diagnosi al paziente (e non registrarla nella cartella clinica) se crede che il paziente possa sentirsi "bollato", visto che le malattie mentali sono ancora stigmatizzate.

Nel periodo 2010-2013, la sorveglianza epidemiologica "Passi" ha rilevato che il 6,5% degli adulti fra i 18 e i 69 anni ha riferito sintomi di depressione e percepisce come compromesso il proprio benessere psicologico.

Ad oggi ancora un'elevata percentuale della popolazione adulta che presenta sintomi depressivi non chiede aiuto a nessuno, e solo un terzo dei pazienti riceve terapie antidepressive. In questi soggetti il rischio di suicidio risulta essere trenta volte superiore rispetto alla popolazione generale, ma soprattutto, se non tratta-

ta, la depressione tende alla cronicità e alla progressiva disabilità dell'individuo, con conseguenze sull'individuo stesso e le persone intorno a lui.

Dal rapporto OsMed risulta inoltre che questa tipologia di pazienti evidenzia una scarsa aderenza alla cura: solo il 37,7% assume correttamente la terapia proposta.

Da uno studio osservazionale, condotto sull'analisi dei dati forniti da 87 Mmg italiani, risulta che in questi casi solo il 3% dei Mmg invia gli assistiti ad una valutazione psicologica (3).

Come sottolineato dall'OMS, la depressione porta con sé una spiccata comorbilità con cancro, disturbi cognitivi, malattie cardiovascolari, il che si traduce in una maggiore mortalità precoce evitabile.

La stessa OMS nei casi di depressione moderata invita a considerare in ambito non specialistico la psicoterapia in combinazione con il trattamento farmacologico.

Secondo stime più recenti, la depressione nel 2020 sarà la causa maggiore di disabilità dopo le malattie cardiovascolari.

La depressione e il disagio psichico in senso più ampio appaiono a volte difficilmente definibili, oggettivabili e gli individui che ne soffrono sono molto spesso stigmatizzati e "isolati".

Gli assistiti che il Mmg invia al Centro di Salute Mentale per un intervento specialistico, sono persone che sono riuscite a portare in qualche modo all'interno dello studio del medico il proprio disagio nella sfera psichica e, magari faticosamente, hanno espresso la disponibilità ad occuparsene, superando il timore di essere etichettati come "matti".

Rimangono fuori le persone che, pur trovandosi in situazioni di particolare sofferenza psichica più o meno persistente, non riescono ad esprimere il proprio disagio se non, come a volte si può osservare, soltanto attraverso il corpo.

Accade spesso che la persona, qualora riconosca i segnali del pro-

prio disagio, non riesca a richiedere l'aiuto di cui necessiterebbe, e quindi non si rivolga ad alcun professionista psicologo **neppure se dovesse solamente attraversare la strada per trovarlo**.

Diversamente accade se lo psicologo se lo trova di fronte a sè, seduto accanto al proprio medico di famiglia.

È quindi evidente la necessità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia previsto per tutti, e non solo per una categoria particolare di persone.

In quest'ottica è nato il progetto che vede coinvolto il Mmg e lo Psicologo in co-presenza nella stessa stanza - dietro la stessa scrivania - l'uno accanto all'altro, nell'assistenza di base (6).

L'inserimento di uno Psicologo di base a fianco del Mmg permette di dare una risposta più completa al disagio più o meno esplicitato dai pazienti, attraverso le integrazioni delle reciproche competenze, favorendo altresì l'interscambio formativo tra i due professionisti.

➤ Esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita;
➤ Garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione assistita dal Mmg, senza il rischio di essere etichettati come "disagiati psichici";
➤ La possibilità di intervenire in tempo reale su crisi accidentali (crisi coniugali o lavorative, perdita o malattia di figure significative) oltre che di intervenire in momenti significativi dal punto di vista evolutivo (es. adolescenza, inizio dell'università, matrimonio, genitorialità, pensionamento);
➤ Intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico, anche senza una specifica richiesta da parte del paziente;
➤ Favorire un interscambio tra Medicina e Psicologia, integrando le reciproche competenze;
➤ Limitare la spesa per analisi ematochimiche, accertamenti strumentali, visite specialistiche e ricoveri ospedalieri nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico, quindi richieste che a volte possono essere inappropriate di fronte a chiari disturbi funzionali;
➤ Favorire interventi di prevenzione, diagnosi, riabilitazione e sostegno psicologico, per migliorare la qualità di vita di ogni assistito;
➤ Migliorare la comunicazione, l'autostima, la qualità di vita per la crescita personale dell'individuo.

Tabella 1 Lavoro congiunto tra Mmg e psicologo: gli obiettivi

L'esperienza

Dal 01 gennaio 2014 al 31 dicembre 2015 a Polcenigo in provincia di Pordenone si è svolto un progetto relativo allo "Psicologo di base presso lo studio del Medico di medicina generale".

Il progetto, prima dell'avvio, è stato notificato all'OMCeO di Pordenone, per conoscenza al Direttore Generale dell'Azienda Socio Sa-

nitaria "Friuli Occidentale" e al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi del FVG, il quale ha espresso il proprio sostegno ed apprezzamento per l'interessante iniziativa progettuale.

Questa iniziativa si colloca all'interno dell'esperienza avviata qualche anno fa nel Lazio dal gruppo del Prof. Luigi Solano del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma, dove è stato sviluppato questo modello di copresenza fra medico e psicologo attraverso anche le esperienze di tirocinio degli Specializzandi della Scuola di Psicologia della Salute e più recentemente attraverso le esperienze di tirocinio degli psicologi partecipanti al Master "Lo psicologo di base nell'assistenza primaria". La psicologa ha svolto l'esperienza appunto come tirocinio relativo al Master suddetto.

Per informare gli assistiti, prima dell'inizio della copresenza della psicologa, è stato esposto nella bacheca dello studio medico un avviso in cui venivano specificate le modalità di questo progetto collaborativo. Ad ogni assistito/a inoltre è stato chiarito che, qualora lo desiderasse, avrebbe potuto comunque richiedere di essere ricevuto dal solo Mmg. Ogni paziente è stato inoltre informato che la Psicologa non avrebbe richiesto alcun compenso ai pazienti per la collaborazione fornita all'interno dello studio medico e che, come professionista, era tenuta alla riservatezza e al segreto professionale.

L'attività della Psicologa accanto al Mmg si è svolta il giovedì pomeriggio - presso lo studio del Mmg per due anni consecutivi; si è verificato infatti che affinché si possa instaurare un necessario **affiatamento** tra i due professionisti coinvolti vi è la necessità di un periodo abbastanza lungo di tempo di copresenza e collaborazione.

La partecipazione a questa iniziativa è stata a titolo gratuito e volontario sia per la psicologa che per il medico di base.

Durante il biennio di copresenza in Ambulatorio, la Psicologa ha partecipato agli incontri di supervisione di gruppo - a cadenza quindicinale - aperti ai medici e agli psicologi, condotti dal Prof. Solano, presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università "Sapienza" di Roma.

➤ accogliimento di ogni richiesta insieme al medico;
➤ osservazione delle richieste e della modalità di instaurare la relazione con il medico da parte di ogni assistito;
➤ inquadramento psicosociale dei casi osservati, intercettando insieme al Mmg eventuali disagi psichici allo stato iniziale;
➤ eventuale intervento esplorativo - chiarificatore nei confronti del paziente, nel contesto della visita ambulatoriale o, quando necessario, attraverso successivi colloqui individuali (il lunedì pomeriggio) con la presenza solamente della psicologa, sempre all'interno dello studio medico, in una stanza attigua al Mmg;
➤ discussione tra i due professionisti dei casi osservati alla fine della giornata;
➤ costruzione, insieme al Mmg e al paziente, qualora ve ne sia la necessità, dell'invio allo specialista della salute mentale

Tabella 2 Modalità di intervento della Psicologa accanto al Mmg

Lo scopo principale dell'intervento della psicologa a fianco al Mmg non è stato di fare della "piccola psichiatria" in casi con disagio psichico evidente, ma di sforzarsi di dare un senso in ogni caso al disturbo portato dal paziente, sia nella sfera psichica che in quella somatica, all'interno della sua situazione relazionale e di ciclo di vita.

Nei diversi casi, è stato possibile inquadrare il sintomo non solo e soltanto come qualcosa da eliminare ma come un segnale d'allarme, un movimento evolutivo, un attivatore di risorse rispetto ad una situazione di vita molto problematica e insoddisfacente.

È stato inoltre possibile offrire ascolto e assistenza a quei pazienti che, come riconosciuto diffusamente in letteratura, esprimono il proprio disagio in forma somatica, mostrano spesso non un disagio psichico esplicito ma uno scarso contatto con le proprie emozioni, che sfocia in modalità di comunicazione caratterizzate da scarsa pregnanza emotiva, da uno stile incolore, da una scarsa espressione delle proprie esigenze (alesitimia).

Risultati

Un primo dato da evidenziare: la maggior parte dei pazienti ha espresso chiaramente il proprio favore per la presenza della psicologa accanto al proprio medico di fiducia, accettando di buon grado l'iniziativa. Gli assistiti sono abituati a trovare accanto al Mmg altri giovani medici in formazione, data l'esperienza pluriennale di Tutor per la Medicina Generale, questo forse ha facilitato la copresenza della Psicologa che è stata ben accolta e mostrando nel contempo di comprendere perfettamente la specificità di funzione della psicologa rispetto al medico.

Nell'arco dei due anni solo una persona ha chiesto di essere ricevuta dal solo medico.

La maggior parte del lavoro è stato svolto in copresenza. Nonostante la psicologa non intervenisse necessariamente in tutte le relazioni del medico con i pazienti, tuttavia i tempi dell'ambulatorio nel giorno di copresenza si sono inevitabilmente allungati, come era prevedibile. È accaduto anche che le persone, per timore delle proteste degli assistiti in sala d'attesa, si siano sentiti in obbligo a non trattenersi molto e a liquidare sommariamente vissuti problematici. Lo sforzo di assicurare l'ascolto per tutti in alcune occasioni è stato ostacolato dal carico di lavoro. La copresenza prolungata nel tempo ha rappresentato però una risorsa in queste situazioni poiché ha dato alle persone la possibilità di tornare per poter integrare, o riprendere da dove avevano interrotto, sapendo quando avrebbero nuovamente trovato anche la psicologa.

In situazioni particolari, si è valutata l'opportunità assieme al medico e al paziente di uno spazio individuale con la psicologa, per poter approfondire quanto introdotto ed esplorare meglio gli aspetti psicosociali, relazionali o esperienze di vita delle persone.

Nonostante la maggiore o minore consapevolezza del proprio disagio, la maggior parte delle persone ha accolto di buon grado la proposta sostenuta all'unisono da medico e psicologa, come quando il medico propone di accomodarsi sul lettino per l'esame fisico.

Durante i due anni di copresenza sono stati proposti dei colloqui individuali, con la sola psicologa, a trenta assistiti (7 maschi e 23 femmine) portatori più o meno consapevoli di un disagio psicosociale.

Un numero più alto rispetto al trend dell'esperienza del Lazio (7).

Le ragioni di ciò sono da attribuirsi, come anticipato, anche ai tempi delle visite che – considerando l'accesso libero all'ambulatorio da parte degli utenti – non possono rispondere sempre alle necessità di tempi più prolungati per approfondimenti nella sfera psichica.

Delle persone a cui sono stati proposti percorsi individuali, 4 sono stati accompagnati nell'invio ai Servizi Specialistici della Salute Mentale, 5 hanno abbandonato o interrotto dopo il primo colloquio e 21 hanno tratto beneficio dai colloqui riuscendo a rendersi più consapevoli del senso che quel disagio o sintomo o disturbo poteva avere in quel particolare momento della propria vita.

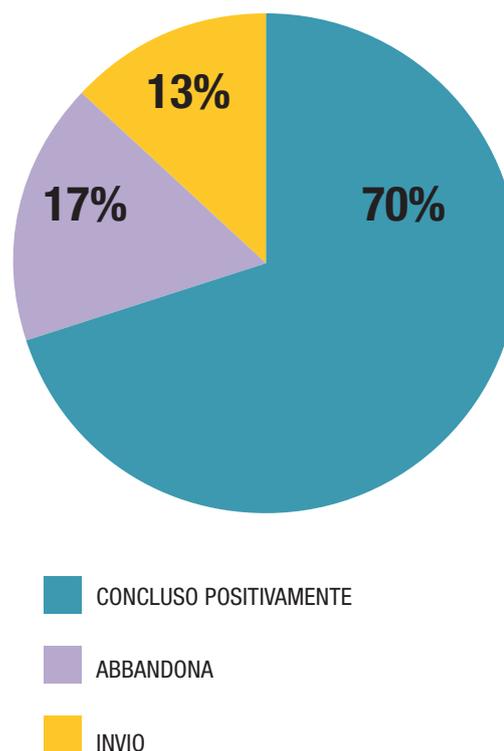


Figura 2 Esiti dopo il percorso individuale

Nella maggior parte dei casi i colloqui individuali con la psicologa sono stati 4 o 5 (da un minimo di 1 colloquio ad un massimo di 13).

L'arco di età degli assistiti che hanno intrapreso un percorso individuale è stato piuttosto ampio, dal più giovane di 14 anni al più anziano di 86.

La fascia maggiormente rappresentata è stata l'età compresa fra i 35 e i 44 anni (vedi fig.3).

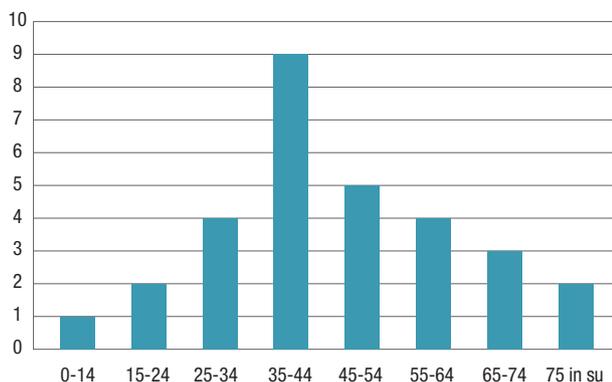
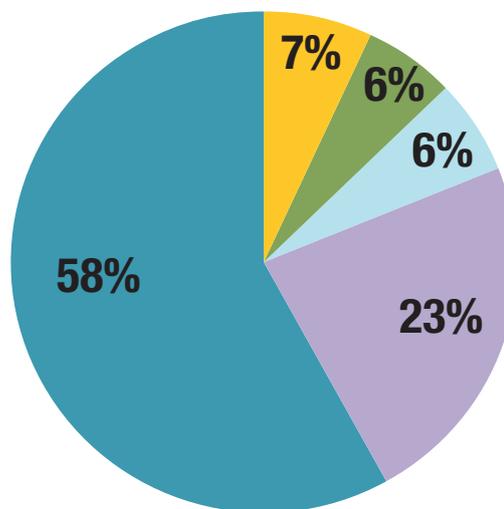


Figura 3 Distribuzione dei pazienti per fasce d'età

Per descrivere il tipo di disagio rilevato durante i colloqui individuali, abbiamo utilizzato le aree di disagio psicosociale utilizzate nei lavori pubblicati in relazione all'esperienza del Lazio (fig. 4).

L'area che ha richiesto il maggior numero di interventi è risultata l'area delle relazioni all'interno della famiglia (58%); se a questa sommiamo le richieste relative all'area della maternità/paternità la percentuale cresce ulteriormente (64%).

Al di là delle aree specifiche, una tematica che più volte è emersa durante i colloqui è stata la difficoltà di accettare una quota di autonomia e di distacco rispetto a persone significative della propria vita (in genere genitori o figli) sia viventi che defunti, necessaria a vivere una vita sufficientemente realizzata; in altri termini, la difficoltà ad elaborare il lutto di una separazione.



- IMMIGRAZ./EMIGRAZ.
- LAVORO/STUDIO
- MATERNITÀ/PATERNITÀ
- MALATTIA/LUTTO
- FAMIGLIA

Figura 5 Aree di disagio psicosociale su cui si sono concentrati gli interventi durante i colloqui individuali (n totale = 30)

AREE DI DISAGIO PSICOSOCIALE

<p>FAMIGLIA (relazione conflittuale e/o simbiotica tra genitori e figli; difficoltà nella relazione di coppia, tradimenti, divorzi e separazioni; conflittualità nel rapporto tra fratelli e sorelle)</p>	<p>MALATTIA/LUTTO (paura, angoscia, solitudine, dolore, rabbia, frustrazione, rispetto al lutto e alla malattia, sia propria che di una persona significativa; ipocondria; dipendenze da cibo e fumo)</p>	<p>LAVORO/STUDIO (mobbing, disoccupazione, pensionamento, stress; difficoltà di concentrazione e/o rendimento scolastico, bocciatura)</p>
<p>MATERNITÀ (aspettative, incertezze e paure rispetto alla gravidanza, al nascituro, ai tentativi di fecondazione assistita, all'aborto, alla menopausa)</p>	<p>IMMIGRAZIONE/EMIGRAZIONE (vissuto di solitudine e difficoltà di integrazione delle persone straniere, immigrate da altri paesi e dei cittadini italiani trasferiti in altre città per esigenze lavorative e/o familiari)</p>	

Figura 4 Aree del disagio psicosociale (Solano, 2013)

Vignetta clinica: *Quel mal di pancia non è niente...*

Ginevra, 18 anni, mulatta, abita ora in un comune vicino ma ha mantenuto lo stesso medico di base. Arriva accompagnata dalla mamma proprio nel giorno di copresenza. Lamenta un fastidioso *mal di pancia* iniziato alle medie circa. Sottolinea che nell'ultimo mese e mezzo il dolore si è accentuato ed è diventato più frequente. Ultimamente si presenta spesso nello studio del Mmg lamentando dolori addominali, accompagnati da nausea mattutina. APR: dei comuni esantemi ricorda la varicella, l'anno scorso episodi di amenorrea, di recente recidivanti episodi di tonsillite.

E.O: addome trattabile, peristalsi valida, alvo e diuresi regolare, apiretica. Esami ematici di routine nella norma; Ab transglutaminasi, TSH, PRL, BHCG nella norma, es. parassitologico feci nella norma, breath test al lattosio neg. Eco addome completo neg.

Durante il colloquio in copresenza gli interventi della mamma sembrano ostacolare Ginevra nell'esprimersi. Proponiamo uno spazio individuale con la psicologa che la ragazza accetta subito. Ginevra è una ragazza espressiva e sorridente. Durante i colloqui individuali parla molto della scuola che frequenta, descrive il difficile rapporto con i professori, le dinamiche all'interno della classe con i compagni. Sottolinea con decisione che non fa assenze da scuola se non per gravi motivi: "sono andata a scuola anche con la febbre e con il male che ho sempre". Esprime preoccupazione al pensiero di andare all'università e *fuori casa*. Ginevra ha pochi amici ma che sente molto vicini; ha una relazione con un ragazzo coetaneo da circa un anno. Si descrive ancora piccola: "resto piccola sul piano sentimentale, voglio le coccole tutte per me, da mia mamma e da mio papà e da mio moroso".

Rispetto al sintomo la ragazza precisa che durante l'estate scompare quasi completamente. Ritene che i genitori non le credano e che abbiano solo ora deciso di portarla dal medico a seguito della sua crescente insistenza. Ginevra si descrive molto agitata e ansiosa, mai tranquilla; dice di non sapere la causa di questa sua agitazione, "tengo dentro le cose e poi le tiro fuori tutte su un colpo". Tutto d'un colpo è arrivata anche la sua frase, dopo alcuni colloqui, "ah sì, io sono stata adottata...". Ricorda che più o meno alle medie i genitori le hanno detto di più su questo e recentemente le hanno raccontato tutto il resto.

Si apre per lei la possibilità di considerare aspetti interni: il tema dell'attaccamento e dell'abbandono, aspetti affettivi e relazionali con le figure genitoriali, aspetti identitari, fantasie e fantasmi inesprimibili, legati alla propria origine, alla nascita, ai primi mesi di vita e ai successivi passaggi evolutivi. Ginevra ha potuto nominare e riconoscersi il desiderio di sapere di più dei propri genitori naturali, delle proprie origini, in conflitto con le aspettative percepite dei propri genitori che le prospettano delle delusioni certe e dolore profondo nell'incontrare i genitori naturali. Alla conclusione dei colloqui riferisce che il dolore addominale si è attenuato e diminuito di intensità, ma comunque presente. La mamma ritorna in studio qualche tempo dopo raccontando che la figlia ha iniziato l'università, e ora *quel mal di pancia* non c'è più.

Considerazioni e conclusioni

Il lavoro congiunto Medico di medicina generale e Psicologa ha permesso ad entrambi i professionisti della salute di far dialogare - progressivamente - i propri punti di vista professionali.

La prima integrazione fra le due figure professionali, è passata attraverso la narrazione che il Mmg fa della biografia del paziente: al momento della visita tutti gli elementi della vita del soggetto, fisici e psichici, hanno acquisito pari dignità per entrambi e questo ha permesso poi di restituire al paziente una visione più integrata di sé.

La "semplice" presenza della psicologa nell'ambulatorio ha portato a cambiamenti nella relazione con il paziente e ad una continua "rinarrazione" della propria storia personale. In tale contingenza, il medico si è trovato a rinarrare anche a se stesso la storia dei propri pazienti, permettendo così di venire a conoscenza di fatti nuovi o di rivedere alcune posizioni alla luce di nuove "letture" possibili.

In presenza di entrambi, il paziente stesso si è sentito più autorizzato a parlare in maniera più ampia e generale di sé e dei suoi vissuti emotivi, inizia ad apprendere che in quello spazio si tiene conto parimenti della *mente* e del *corpo* ed è sostenuto nell'espressione dei propri vissuti emotivi nei confronti della malattia ma anche elementi importanti per inquadrare meglio la sua situazione sociale, di vita e di relazioni.

La collaborazione diretta tra medico e psicologo ha favorito nei pazienti una maggiore disponibilità a "vedere" e "sentire" il proprio disagio e, quindi, ad affrontarlo, senza il timore di essere etichettati.

La maggior parte delle persone incontrate difficilmente avrebbero cercato un qualche sostegno psicologico *da qualche parte* considerando il ricorso ad uno psicologo una possibilità assai *lontana culturalmente*, nonostante magari una certa consapevolezza di un disagio.

Si conferma come è sembrato naturale per gli assistiti rivolgersi alla psicologa lì presente.

La psicologa che comunque era lì per tutti i pazienti.

La copresenza nello studio, per un periodo di tempo prolungato, ha dato la possibilità alle persone di incontrare anche più volte la psicologa a fianco al medico anche a distanza di mesi, consentendo, da un lato, alle stesse di *avvicinarsi con i propri tempi*, ma anche alla psicologa di seguire nei mesi gli esiti e gli sviluppi di situazioni via via incontrate.

La situazione "ambulatoriale" offre dunque una possibilità difficilmente riproducibile in un setting clinico abituale: il rapporto con il paziente non si interrompe con la fine del trattamento e può capitare che la persona torni, a distanza di tempo, *"casualmente"* o intenzionalmente in una sorta di follow up.

Allo stesso modo il paziente stesso sa dove trovare la psicologa qualora lo desideri anche a distanza di qualche tempo. Questo dà alle persone la possibilità di utilizzare, anche in futuro, uno strumento/aiuto adeguato per superare il difficile passaggio di vita che stanno attraversando, oppure di considerare una modalità differente di affrontare situazioni o problematiche che hanno contribuito alla formazione del sintomo.

Il sintomo si trasforma davvero così in "una risorsa o un campanello d'allarme" affinché le persone si attivino verso un cambiamento, anziché essere visto solo come qualcosa da eliminare per *tornare* persone *normali*.

L'obiettivo non sarà più quello di "trattare" il paziente per ottenere semplicemente la scomparsa del sintomo somatico, quanto piuttosto dare un senso, inserirlo nel contesto di vita del paziente, di modo che, anche se il disturbo non dovesse scomparire, acquisirebbe il significato non di "malattia" ma di reazione ad una situazione di vita problematica o insoddisfacente. L'eventuale scomparsa del sintomo dipenderà a questo punto dalla possibilità di trovare, ove possibile, modalità di reazione più adeguate, possibilmente cercando una soluzione ai problemi, sul piano interno alla persona e della realtà esterna.

Il valore evolutivo del sintomo potrà esprimersi soltanto se il sintomo stesso trova un contenitore adeguato entro cui essere accolto e messo in relazione con una situazione di vita insoddisfacente, al fine di poter attivare nella persona cambiamenti tangibili.

Qualora il sintomo trovi un adeguato accoglimento e riconoscimento, anche un intervento molto limitato potrà incidere in maniera significativa sul percorso di vita degli individui, tanto più se l'individuazione del disagio rispetto all'esordio dello stesso, potrà avvenire in tempi precoci, cioè in prossimità del primo manifestarsi di una sintomatologia ma anche in una fase della vita altamente evolutiva.

Nel corso dei due anni di copresenza è stato possibile osservare alcune situazioni in cui con interventi in copresenza assieme ad alcuni colloqui individuali, le persone abbiano potuto rileggere la propria sintomatologia all'interno delle esperienze di vita conflittuali, insoddisfacenti, invischiati.

Una riflessione breve in relazione al delicato tema dell'invio al professionista della salute mentale.

Se il medico, con il contributo dello psicologo, capisse meglio la natura del disagio e lo inserisse all'interno delle esperienze psicosociali del paziente, e se insieme guidassero il paziente verso una lettura globale dei sintomi, promovendone le risorse personali e l'autostima, ciò rappresenterebbe da parte del medico e dello psicologo insieme il tentativo di costruire insieme al paziente stesso un invio ad uno specialista della salute mentale: in una situazione

come questa il paziente si sentirebbe affidato e non delegato a quest'ultimo.

Nel corso dei mesi si è venuta a creare una base comune fra Mmg e psicologa, fatta di stima e rispetto reciproco, di fiducia e complicità, sia da un punto di vista umano che professionale.

Da una parte la psicologa ha avuto la possibilità di farsi meglio accettare dai pazienti in quanto ha "sfruttato", nel senso positivo del termine, l'autorevolezza della professione medica, dall'altra il medico ha trovato un sostegno adeguato per quei pazienti per cui una reiterazione di soluzioni esclusivamente mediche avrebbero potuto portare, con il tempo, ad una cronicizzazione delle problematiche.

"C'è davvero bisogno di trovare un altro modo, più umano, più completo, di interpretare la sofferenza delle persone che si rivolgono a noi, di imparare a interpretare e a volte aiutare e capire il loro (e il nostro!) vissuto".

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1) Balint M. (1957), *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London. trad. it. *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.
- 2) Falanga R., Pillot L. Un percorso sperimentale di interazione tra Mmg e psicologo, *M.D. Medicinae Doctor* 2014; 5:20-22.
- 3) Mozzon R., Maso G., *Medici di Famiglia e depressione: studio sulle modalità di diagnosi e terapia in Medicina Generale*. *Italian Journal of Primary Care* 2015; 4:21-26.
- 4) Health Search, VIII Report 2013 – 2014, www.healthsearch.it
- 5) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2014*. Agenzia italiana del Farmaco, Roma, luglio 2015.
- 6) Solano, L. *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina, Milano, 2013.
- 7) Solano L. *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Franco Angeli, Milano 2011.
- 8) Sorveglianza Passi. *Sintomi depressivi nella popolazione adulta: prevalenze e caratteristiche socio-demografiche (Dati nazionali 2013)* URL: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/depressione.asp> (ultimo accesso 26 Maggio 2015).



EURACT Statement on Family Medicine Undergraduate Teaching in all European Universities

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

This statement was drawn up by the Basic Medical Education Committee of EURACT and approved by the EURACT Executive Board according to Council approval. The following members of the Basic Medical Education Committee were involved in the preparation of the document: Francesco Carelli, Valentina Madjov Janko Kersnick, Natalia Zarbailov, Givi Javashvili, Mira Kis, Howard Tandeter

Taking into account Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors, the European Credit Transfer System, UEMO Policy Paper on Specific Training in GP /FM, Framework for Professional and Administrative Development of GP / FM in Europe, considering Bologna declaration, bill of patient rights and other documents on education and training in higher education as WHO -WONCA Framework published in 1998, and confirmed in series of documents from EU Commissions, Colleges, Academies, remembering Alma Ata declaration on the role of primary care, EU orientation in strengthening primary care, EURACT states that each University medical School educating future medical doctors must offer all students adequate level of knowledge, practice and exposure to family practice care to gain knowledge, skills, attitudes and scope of primary care approach. To achieve these goals this statement intends to provide guidance how to tailor existing or how to introduce teaching and training in General Practice / Family Medicine (GP/FM) in all European Universities. It is not intended to be a detailed and exhaustive description of the content of teaching curricula as these should be, of necessity, context specific and will depend on the tasks that GP/FM doctors are expected to undertake in different countries. Nevertheless a core European content as coming from the WONCA European Definition, as well as it cannot forget content as detailed in EURACT Educational Agenda, which are applicable universally. EURACT is the network organization for education of WONCA Europe, the European Society of General Practice/Family Medicine. This document has been produced by a working party of EURACT Council.

Introduction

As indicated in WHO - WONCA Framework published in 1998, and confirmed in series of documents from EU Commissions, Colleges,

Academies (not to say EURACT) every Faculty of Medicine must create a Department of Family Medicine managed by qualified and selected general practitioners/family doctors. At the same time there must be a training to take place in the GP/FM setting, where the student encounters patients who are representative of GP/FM practice populations. This teaching and training are recognized as a "must" in all modern societies: medical students cannot become future good doctors without knowing family medicine context; family medicine is the keystone for economic welfare, quality and costs.

Teachers in GP/FM practice must be qualified general practitioners / family doctors, selected according to clear and open criteria as described in the EURACT Statement for Selection of Teachers and Practice in GP/FM.

Medical Students also need to acquire specific competencies that are most easily obtained in a general practice setting. These competencies have been clearly outlined by Wonca (World Organization of Family Doctors) in the "Checklist for Family Medicine/ General Practice Experiences" and could be grouped in two categories:

- management of patients and conditions that are frequently seen in GP/FM, essential for competence with regard to diagnosis, prognosis and appropriate treatment;
- development of skills and attitudes specific and necessary as future GP/FM practitioners.

Based on the European society development, it is urgent and not avoidable necessity to set down principles that ensure these teaching and training would be finalized and with the required quality and relevance for future family doctors for the best of the European population.

Key Principles

Considering EURACT Mapping of Undergraduate Teaching of Family Medicine in Europe (showing in detail, who is in delay or worse), considering EURACT BME Committee's work and publication on an European Minimal Core Curriculum for teaching Family Medicine¹ (indicating the line to be followed to get an essential and key homogeneity, so to help, avoid resistances, avoid confusion) these are the key principles.

1. Each University Medical School should have fully integrated and operational a Department of Family Medicine / General Practice, starting with undergraduate training as a part of the process of obtaining a level of clinical competence sufficient for independent practice
2. Family Medicine / General Practice Curriculum for undergraduate education should be developed in collaboration with Family Medicine / General Practice departments and Medical Professional Organizations in the country. International collaboration among Departments which present a success story in the development of the discipline could be sought.
3. Family Medicine / General Practice Curriculum should be based on European Definition of General Practice and Educational Agenda. National specifics on organisation and delivery of health care on primary care level and collaboration across the interface between primary and secondary care should be appropriately included.
4. Based on UEMO policy statement on specific training, a minimum of 50% of training should be in general practice, starting

with undergraduate training as a part of the process of obtaining a level of clinical competence sufficient for independent practice

5. All students should be able to learn primary care management of patients through a student clerkship in general practice, lasting several weeks during the later years of medical school.
6. What about this ?There should be a minimal curriculum with minimum of credits across more than just one (last) semester. Lectures should be delivered by family physicians / general practitioners and limited to core themes proposed by EURACT and national associations of family physicians / general practitioners. The majority of programme should be in small group work and in one to one teaching in family physicians' / general practitioners' practices.
7. The chairs of the departments must be doctors with appropriate academic achievements as other department chairs in the particular University. A lack of academic achievements should be overcome by assigning a family physician/general practitioner to co-chair a department for a defined transition period.

Conclusion

Family Medicine teaching as well as training are fundamental resources for medicine today and for future generations as urged by all the International Organizations and Institutions of Medicine. University Ministries, Universities Deans and Departments Responsible are urged to organize at the best as outlined above or to open where this is incredibly non done till now.

¹ H. Tandeter et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: A European Delphi survey among EURACT representatives. *European Journal of General Practice*, 2011; 17: 217–220

Adenuric[®]

febuxostat





SOCIETÀ ITALIANA INTERDISCIPLINARE PER LE CURE PRIMARIE