

IJPC

Italian Journal of Primary Care

TOPICS:

- *La medicina della complessità*
- *Acido Acetilsalicilico, prevenzione primaria e diabete*
- *Inibitori di pompa protonica e appropriatezza prescrittiva*
- *Vitamina D*
- *Teach Back Method*
- *Ipertensione arteriosa e obesità negli adolescenti*
- *Violenza domestica*
- *Alfabetizzazione sanitaria*



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

enzo.contursi@siicp.it

Segreteria e Coordinamento editoriale

Irma Scarafino

SIICP – Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

segreteria@siicp.it / irma.scarano@siicp.it

Editorial Office

Communication Laboratory s.r.l.

70016 Zona Commerciale Parchitello, 10

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

infocommunicationlaboratory.it

Marketing & Advertising

Communication Laboratory s.r.l.

70016 Zona Commerciale Parchitello, 10

tel +39 080 5061372

fax +39 080 5621010

infocommunicationlaboratory.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.

Vol 9, No 1, april 2020

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.

EDITORIAL BOARD

ASSOCIATE EDITOR

Francesco Bogliolo *Savona*
Francesco Carelli *Milano*
Antonio Cione *Avellino*
Giovanni Colucci *Martina Franca*
Carmelo Cottone *Palermo*
Giovanni Battista D'Errico *Foggia*
Giovanni Di Giacinto *Urbino*

Massimo Gennari *Perugia*
Paolo Evangelista *L'Aquila*
Mauro Martini *Milano*
Ciro Niro *Foggia*
Luciano Orsini *Chieti*
Antonio Cione *Avellino*
Ombretta Papa *Roma*

Editor in Chief
Giuseppe Maso

Executive Editor
Vincenzo Contursi

Scientific Editors
Antonio Infantino
Augusto Zaninelli

Antonio Pugliese *Taranto*
Diego Sabbi *Alessandria*
Alfonso Sauro *Caserta*
Irma Scarafino *Bari*
Maria Zamparella *Bari*
Filippo Zizzo *Milano*

CLINICAL ADVISOR

Allergology - Immunology

Gennaro D'Amato *Napoli*

Arterial Hypertension

Claudio Borghi *Bologna*

Cardiology

Gianfranco Sinagra *Trieste*

Clinical Biochemistry

Mario Plebani *Padova*

Clinical Research

Antonio Moschetta *Bari*

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

Claudio Ferri *L'Aquila*

Medical Ethics

Mariano Cingolani *Macerata*

Medical Psychology

Antonello Bellomo *Foggia*

Nefrology

Loreto Gesualdo *Foggia*

Neurology

Filippo Tamma *Bari*

Oncology

Ketta Lorusso *Roma*

Orthopedics

Michele D'Arienza *Palermo*

Pathology

Eugenio Maiorano *Bari*

Pediatrics

Alfred Tenore *Udine*

Pharmacology

Luigia Trabace *Foggia*

Pneumology

Lorenzo Corbetta *Firenze*

Psychiatry

Claudio Mencacci *Milano*

Rheumatology

Emilio Filippucci *Ancona*

Urology

Giario Conti *Como*

Vascular Surgery

Raffaele Pulli *Bari*

INTERNATIONAL SCIENTIFIC BOARD

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

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

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

NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Francesco Bartolomucci *Bari*
Francesco Bovenzi *Lucca*
Marco Cambielli *Tradate*
Marco Ciccone *Bari*
Massimo Clerici *Milano*
Maurizio Congedo *Lecco*
Giuseppe Di Pasquale *Bologna*
Vinicio Fay *Milano*
Leonardo M. Fabbri *Modena*
Maria Pia Foschino Barbaro *Foggia*
Gianfranco Gensini *Firenze*

Francesco Gentile *Bari*
Biagio Giordano *Brindisi*
Walter Grassi *Ancona*
Dario La Fauci *Milano*
Matteo Landriscina *Foggia*
Francesca Mallammaci *Reggio Calabria*
Maurizio Mancuso *Como*
Enzo Manzato *Padova*
Massimo Martelloni *Lucca*
Nicola Marzano *Bari*
Pierluigi Paggiaro *Pisa*

Gianfranco Parati *Milano*
Gianni Passalacqua *Genova*
Alberto Pilotto *Vicenza*
Giuseppina Pomara *Palermo*
Antonio Pugliese *Taranto*
Vincenzo Rucco *Udine*
Diego Sabbi *Alessandria*
Senia Seno *Imperia*
Giovanni Strippoli *Chieti*
Michele Tondo *Lecco*
Anastasio Tricarico *Napoli*
Vito Vulpis *Bari*

YOUNG NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Nicola Agnoletto *Venezia*, Giorgia Betteto *Venezia*, Fabrizia Farolfi *Reggio Emilia*, Valentina Gasparre *Bari*, Maria Elena Imbriani *Bari*, Alfonso Stigliano *Bari*, Anna Maria Cicoria *Bari*

INTRODUZIONE

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

ISTRUZIONI GENERALI

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

a) l'indicazione della Sezione per la quale il manoscritto è sottoposto;
b) la dichiarazione che il contenuto del manoscritto è originale, non è stato pubblicato e non è oggetto di valutazione presso altre riviste, eccetto che come abstract;

c) l'attestazione che il manoscritto è stato letto ed approvato da tutti gli autori;
2. In allegato al manoscritto dovranno essere inviati:

a) dichiarazione di cessione dei diritti alla Casa Editrice in caso di pubblicazione dello stesso, in nome e per conto di tutti gli autori, con firma autografata del primo, 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

3. Il manoscritto deve essere redatto con un "editor di testo" e salvato in formato ".doc", a spaziatura doppia e margini di 2 cm su ogni lato. Non è consentito l'utilizzo di formato ".pdf";

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

a) titolo (in italiano e in inglese), autori e rispettive affiliazioni, l'autore cui va inviata la corrispondenza con indirizzo postale elettronico e recapito telefonico;

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

c) testo (in italiano o in inglese);

d) ringraziamenti;

e) bibliografia;

f) tabelle;

g) Legende delle figure;

h) figure;

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

6. Allo scopo di mantenere un'adeguata uniformità di stile, la Redazione può se necessario, apportare variazioni linguistiche al manoscritto; queste saranno inviate agli autori per approvazione in fase di revisione delle bozze.

PAGINA DEL TITOLO

La pagina del titolo (prima pagina) deve contenere:

1. Il titolo del manoscritto (in italiano e in inglese) senza abbreviazioni; nome per esteso e cognome degli autori, con titolo e istituzione di appartenenza;

2. Il nome dell'Istituzione presso la quale il lavoro è stato eseguito, ed eventuale fonte e natura de sostegno finanziario alla ricerca (nel caso di pubblicazione di articoli originali di ricerca)

3. Il nome, l'indirizzo postale completo di codice di avviamento, numero di telefono ed e-mail 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, contenete non più di 300 parole, strutturato in quattro paragrafi, ciascuno con il proprio titolo, nel seguente ordine:

a. Razionale;

b. Materiali e metodi;

c. Risultati;

d. Conclusioni;

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

2. Tutti gli altri manoscritti (Casi Clinici, Corrispondenza, Editoriali, Opinioni, Prospettive attuali, 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 miniaabstract in italiano di circa 50 parole che illustri gli elementi essenziali del lavoro, utile per la stesura dei "Content".

TESTO

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

2. Una lista di abbreviazioni o acronimi utilizzati (es.: ECG, IMA, BPCO, IVS, ecc.) deve essere riportata in una pagina a parte con la loro definizione;

3. Unità standard di misura e simboli chimici devono essere abbreviati secondo le norme indicate in Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, elaborate dall'International Committee of Medical Journal Editors e pubblicate in Ann Intern Med 1982;96:766-71 e BMJ 1982;284:1766-70;

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

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

a. Introduzione;

b. Materiali e metodi;

c. Risultati;

d. Discussione;

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

BIBLIOGRAFIA

1. Le voci bibliografiche devono essere indicate nel testo con numeri arabi ed elencate in una sezione separata, usando la doppia spaziatura, in numero progressivo secondo l'ordine di comparsa nel testo;

2. Le voci bibliografiche a fine articolo devono essere rigorosamente redatte rispettando 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 agli autori di creare tabelle e figure originali.

Le figure devono essere inserite in formato ".ppt" (solo per diagrammi, grafici ed algoritmi; non utilizzabile per immagini ipertate), ".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

Le legende delle figure devono essere dattiloscritte 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 (freccette, linee continue e tratteggiate, cerchietti, ecc.) devono essere spiegati.

Per la riproduzione di figure già pubblicate è necessario allegare il permesso da parte dell'Editore.

BREVE BIOGRAFIA

Includere 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 ed 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 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 alla 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 medicina 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

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

in particolare, dedicata ad informazioni di vario genere: politica sanitaria, eventi, world report, news.

GUIDELINES AND SUGGESTIONS FOR AUTHORS

The English version of the authors guidelines is available on the journal's website at www.ijpc.it. Please provide for scientific and copy editing before submitting the article to the editor in Chief

Copyright © 2008 Italian Journal of Primary Care

Editorials

Editoriali

- 08 *Giuseppe Maso*
Lettera aperta
- Giuseppe Maso, Augusto Zaninelli, Antonio Infantino, Ciro Michele Niro, Mauro Martini, Irma Scarafino, Vincenzo Contursi, Antonio Pugliese, Fabrizia Farolfi, Alfonso Sauro, Maria Zamparella, Giovanni Colucci, Carmelo Cottone, Ombretta Papa, Vinicio Fay, Giovanni Di Giacinto, Massimo Gennari.*
- 10 **Riorganizzazione del lavoro e della attività assistenziale in Medicina Generale nella fase post Covid-19**
- Augusto Zaninelli, Vincenzo Contursi e Irma Scarafino*
- 16 **La medicina della complessità: una nuova definizione del governo clinico nella medicina del territorio**
Medicine of complexity: a new definition in the clinical management of primary care

Articles

Articoli

- Focus on | Approfondimento**
Augusto Zaninelli, Vincenzo Contursi e Irma Scarafino
- 18 **L'acido Acetilsalicilico nella prevenzione primaria nel paziente diabetico: come interpretare i risultati degli studi**
Asa in primary prevention in the diabetic patient: how to explain trial results
- Clinical Practice**
Vincenzo Savarino
- 22 **L'uso appropriato degli inibitori di pompa protonica: utile riesame.**
The appropriate use of proton pump inhibitors: a useful re-analysis.
- Maso Giuseppe, Betteto Giorgia*
- 28 **Dosaggio e integrazione della vitamina D: facciamo il punto della situazione**
Dosage and integration of vitamin D: let's take stock of the situation
- Original Research | Ricerca**
Bonaldo Serena, Maso Giuseppe
- 34 **Migliorare la compliance con il Teach Back Method**
Improve compliance with Teach Back Method

Original Research | Ricerca

Colucci G, Colucci E, Colucci V, Zamparella M, Robusto F, Nacchiero E, Iacovazzo P, Pasquali F, Minardi M, Amati L.

- 38 **Screening trasversale di corte per ipertensione arteriosa (IA), sovrappeso/obesità e alterazioni urinarie negli adolescenti. Le basi per il rischio cardiovascolare nell'adulto**
Screening of court for hypertension, overweight / obesity and urinary abnormalities in adolescents. The basis for cardiovascular risk in adults.

Reviews

Rubriche

Pointing up | In evidenza

Schiavolin Chiara, Maso Giuseppe

- 44 **Violenza domestica e Medicina Generale.**
Domestic violence and general medicine

Primary Care | Cure Primarie

Serena Bonaldo, Giuseppe Maso***

- 50 **L'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti che si rivolgono a un medico di famiglia**
Healthcare Practicioners' Opinions About Home Care

LETTERA APERTA

al Ministro della Salute, Onorevole Roberto Speranza

alla Ministra dell'Istruzione, Onorevole Lucia Azzolina

al Ministro dell'Università e della Ricerca, Onorevole Gaetano Manfredi

La pandemia che stiamo vivendo ha messo in evidenza ancora una volta quanto le Cure Primarie e in particolare la Medicina Generale siano importanti per l'efficacia e la sostenibilità di qualsiasi sistema sanitario.

Ma nel corso degli anni questa disciplina è stata espropriata di abilità e compiti che le appartengono, declassata a sub-specialità e condannata alla marginalità, al punto che da un lato le viene impedito addirittura di prescrivere farmaci per la cura di patologie ad alta prevalenza (diabete, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco...), dall'altro le si nega la possibilità di accedere a strumenti professionali, come la diagnostica di primo livello (ECG, ABPM, Holter, Ecografia generalista, Spirometria...), necessari a far fronte alla crescente domanda di salute, in particolare per la presa in carico del paziente cronico.

Eppure, tra mille difficoltà, ogni giorno circa l'ottanta per cento della quotidiana domanda di salute nel nostro Sistema Sanitario trova risposta nell'operato della Medicina Generale, che affronta innumerevoli problemi, vede enormi schiere di pazienti, prescrive migliaia di accertamenti e si fa carico della diagnosi e della cura di numerosissime patologie.

Ma è anche evidente la necessità di attribuire al medico di Medicina Generale nuovi compiti e nuove competenze per dare il via al processo di riorganizzazione e riqualificazione della sanità territoriale.

Di qui la necessità che il ruolo del medico di Medicina Generale nell'ambito del servizio sanitario venga rivalutato al più presto e questo non può avvenire se non attraverso una formazione accademica.

Il programma di insegnamento pre-laurea è fondamentale per la definizione dei principi fondanti e delle funzioni della Medicina Generale. Esso descrive il dominio della disciplina e ne definisce il ruolo all'interno dell'assetto organizzativo del sistema sanitario.

La Specializzazione in Medicina Generale è fondamentale perché con essa vengono definiti i compiti e le abilità. Definisce il Core Curriculum della disciplina e le performance che le competono.

Fondamentali quindi, anche in Italia, i Dipartimenti Universitari di Medicina Generale, con docenti scelti su base curriculare ed una rete di medici di Medicina Generale con relativi ambulatori accreditati all'insegnamento tutoriale.

La medicina generale deve avere anche in Italia il suo posto all'Università perché:

“La Medicina Generale/Medicina di Famiglia è riconosciuta a livello internazionale come una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia e proprie attività cliniche, che la configurano come una specialità clinica orientata a cure primarie ed inserita in esse (WONCA Europe, Definizione Europea della Medicina Generale, 2011)”.

- Per il riconoscimento della sua originalità e nobiltà di disciplina medica.
- Per la sua indipendenza culturale.
- Per il metodo nella ricerca e nell’insegnamento.
- Per il rapporto paritario con le altre discipline.
- Per la verifica dei titoli e della qualità dei docenti.
- Per i rapporti internazionali istituzionalizzati.
- Per lo scambio di metodologie di formazione e ricerca.
- Per gli stimoli innumerevoli da altre branche e offrire il proprio patrimonio di conoscenze

La Medicina Generale italiana sta soffrendo per un periodo di profonda crisi, crisi di identità e di riconoscimento, crisi formativa e di sviluppo professionale, crisi di performances e di campo di azione. Tutti coloro che hanno a cuore la sopravvivenza di questa disciplina si devono impegnare perché essa rinasca e raggiunga standard europei. Solo una Medicina Generale forte e performante potrà garantire l’esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale equo ed efficace.

Giuseppe Maso
Presidente SIICP

RIORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E DELLA ATTIVITÀ ASSISTENZIALE IN MEDICINA GENERALE NELLA FASE POST COVID-19

Giuseppe Maso, Augusto Zaninelli, Antonio Infantino, Ciro Michele Niro, Mauro Martini, Irma Scarafino, Vincenzo Contursi, Antonio Pugliese, Fabrizia Farolfi, Alfonso Sauro, Maria Zamparella, Giovanni Colucci, Carmelo Cottone, Ombretta Papa, Vinicio Fay, Giovanni Di Giacinto, Massimo Gennari

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo documento vuole essere quello di condividere alcune raccomandazioni su come riorganizzare il lavoro in Medicina Generale, alla ripresa a pieno regime delle attività assistenziali ambulatoriali e domiciliari, per affrontare in condizioni di sicurezza la fase post-emergenza della COVID-19.

È indubbio che l'applicazione delle norme sul distanziamento sociale e sulle nuove modalità prescrittive e la necessità di definire il profilo di rischio di ogni paziente riguardo alla ipotetica infezione da SARS-Cov2 in atto, presuppongono la messa in atto di una serie di misure e comportamenti che modificheranno sensibilmente la nostra attività professionale e le modalità di svolgimento della assistenza ambulatoriale e domiciliare.

Ciò va tenuto presente soprattutto per il ritorno alla presa in carico dei pazienti cronici politrattati, ambito che costituisce a tutt'oggi la stragrande maggioranza dell'impegno professionale che il medico di Medicina Generale deve sostenere.

Abbiamo così diviso schematicamente gli ambiti di intervento:

- Triage telefonico
- Accesso programmato agli ambulatori
- Standard personali di sicurezza per i pazienti
- Standard personali di sicurezza per i medici e il personale di studio
- Igienizzazione degli ambienti di lavoro
- Tele-Video consulto e telemonitoraggio
- Visita domiciliare
- Modalità prescrittive e rilascio ricette
- Presa in carico dei pazienti cronici

Triage telefonico

Processare “in remoto” le richieste di appuntamenti ambulatoriali e/o visite domiciliari sarà una delle priorità nella attività dei MMG, nell'immediato futuro.

Ciò risponde alla necessità di limitare al massimo e solo quando strettamente necessario la circolazione e i contatti tra pazienti e tra medico e paziente.

Ovviamente oggi il “triage in remoto” si avvale di tutti gli strumenti che la tecnologia mette a nostra disposizione: smartphone, chat (whatsapp, telegram...), email, tele-video consulto, piattaforme web dedicate, Fascicolo Sanitario Elettronico.

Utile conservare memoria del triage nella cartella clinica dell'assistito.

L'importante è stabilire una prassi codificata, che aumenti l'efficacia del triage:

- **Set Up:** essere preparati, avendo possibilmente sempre a portata di mano una guida o carta del rischio per la gestione domiciliare del paziente COVID.
- **Collegamento:** decidere come connettersi se la telefonata è ritenuta insufficiente, in funzione del quesito posto. Una video-chiamata o il supporto di immagini inviate dal paziente possono essere importanti. Annotare sempre il numero di telefono del paziente.
- **Inizio:** valutare subito se il paziente manifesta sintomi compatibili con la COVID; stabilire cosa il paziente desidera dal consulto.
- **Anamnesi:** adattare le domande alla storia del paziente, anche in funzione del quesito clinico posto.
- **Decisione e azione:** a) visita, ambulatoriale o domiciliare; b) monitoraggio domiciliare remoto; c) attivazione USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale); d) Chiamare il 118 con protocollo ambulanza.

Accesso programmato agli ambulatori

Decreti ministeriali e ordinanze regionali, al fine di mantenere le misure di sicurezza atte a proteggere gli assistiti, medici e personale di studio, indicano di organizzare l'accesso agli ambulatori come segue:

- programmare l'attività ambulatoriale esclusivamente su appuntamento, previo contatto e triage telefonico, e con cadenza tale da ridurre al minimo lo stazionamento del paziente in sala d'attesa;
- vietare l'accesso in ambulatorio a pazienti con sintomatologia suggestiva di infezione da COVID-19 (febbre, tosse, dispnea...)
- disporre all'ingresso dell'ambulatorio del disinfettante per le mani;
- accesso consentito solo con mascherina chirurgica (non consentite le sole mascherine con valvole di sfianto se non coperte da mascherina chirurgica) e guanti;
- disporre la necessità di cambiarsi i guanti indossandone di nuovi o igienizzano le mani con gel
- mantenere le idonee distanze interpersonali di sicurezza (calcolare il numero massimo di pazienti che è possibile accogliere in sala d'attesa in funzione della superficie

disponibile)

- non consentire l'accesso di accompagnatore all'interno dell'ambulatorio, se non nei soli casi strettamente necessari concordati telefonicamente con il medico.

Standard personali di sicurezza per i pazienti

Il paziente, prima di accedere in ambulatorio, dovrà:

- disinfettare le mani
- indossare i guanti monouso
- indossare la mascherina chirurgica

La mascherina chirurgica è un dispositivo medico che ha lo scopo di evitare che chi la indossa contamina l'ambiente, in quanto limita la trasmissione di agenti infettivi tramite droplets generate dal parlare, tossire, starnutire ecc.

Standard personali di sicurezza per i medici e il personale di studio

Il personale di segreteria dovrà indossare mascherina chirurgica e possibilmente guanti monouso (ove non possibile procederà a frequente disinfezione con prodotti appositi); ove possibile, si può procedere al posizionamento sul banco della reception di appositi schermi protettivi trasparenti.

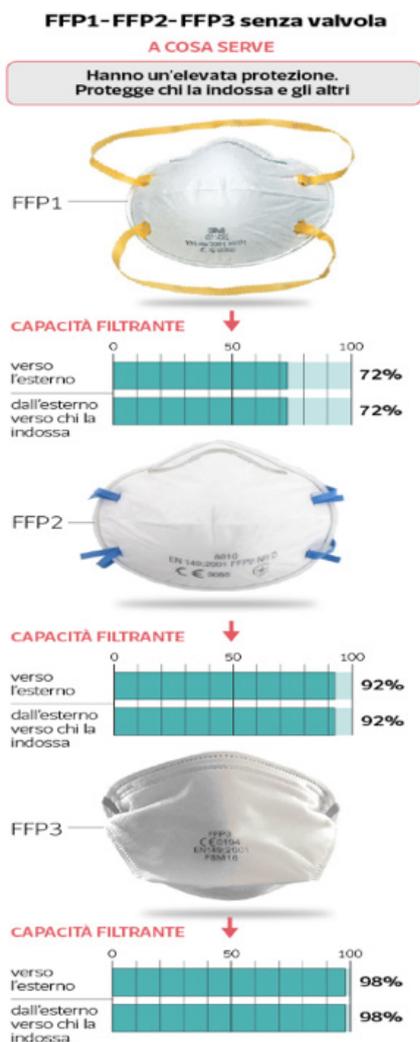
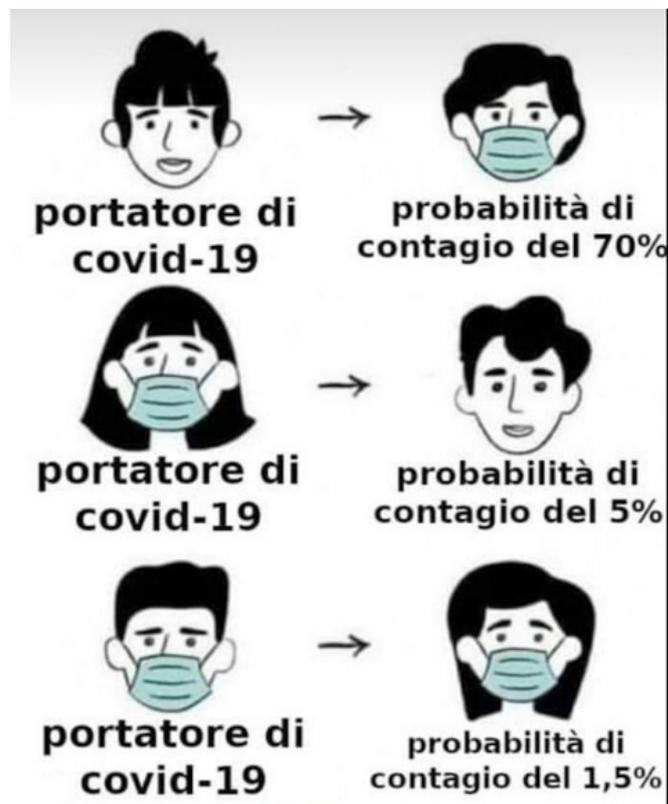
Il Medico, per svolgere al sua attività ambulatoriale, dovrà:

- Prestare particolare attenzione all'igiene frequente delle mani
- indossare i guanti monouso
- indossare la mascherina chirurgica o opportuno filtrante facciale sulla base del rischio
- indossare visiera/occhiali
- indossare camici monouso a maniche lunghe (o con cambio per turno) che vanno lasciati in ambulatorio e possibilmente lavati (ove non monouso) in lavanderie specializzate
- indossare preferibilmente copricapo e calzari

Nell'attuale scenario emergenziale, la scelta del tipo di DPI da utilizzare dipende dalla valutazione del rischio operata caso per caso dal sanitario, tenuto conto delle attuali conoscenze relative al COVID-19, del tipo di

paziente e di scenario assistenziale. Nello specifico è indicato che l'operatore sanitario indossi una mascherina con capacità filtrante FFP2 (N95 o KN95 secondo nomenclatore americano o cinese) qualora il paziente indossi e possa mantenere la sua mascherina chirurgica durante la visita, mentre qualora ciò non fosse possibile l'operatore dovrà indossare mascherina FFP2 o superiore (specie in caso di manovre a rischio di produrre aerosol delle secrezioni del paziente), visiera o schermo paraschizzi ed occhiali protettivi. Per le mascherine con filtro FFP2/FFP3 prediligere quelle senza valvola espiratoria (o qualora non fosse possibile indossare durante la visita al di sopra una mascherina chirurgica) per prevenire il contagio "inverso" da operatore a paziente.

Nelle aree ristoro o comunque ad uso esclusivo degli operatori sanitari, è consigliabile indossare sempre la mascherina chirurgica e mantenere le distanze interpersonali di sicurezza.



Riferimenti bibliografici

Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev.)*

Emergenza COVID-19. Validazione straordinaria di dispositivi di protezione individuale ai sensi dell'art.15, comma 3, del decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, INAIL, FAQ Marzo - Aprile 2020.

Igienizzazione degli ambienti di lavoro

Per pulizia quotidiana/sanificazione si intende il complesso di procedimenti atti a rendere salubre un ambiente mediante le attività di pulizia, di detergenza e/o successiva disinfezione che possono essere svolte separatamente o in un unico processo, ponendo particolare attenzione alla rimozione (detersione) di sporco e residui che possono inficiare l'intero processo.

Nella prima fase, quella di pulizia, è indicata la detersione dei locali con acqua ed i comuni saponi e detergenti.

Per la successiva decontaminazione l'Istituto Superiore di Sanità raccomanda l'uso di ipoclorito di sodio allo 0,1% (ovvero la comune candeggina in commercio) oppure di etanolo (alcol etilico) al 75% per le superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio.

Vanno decontaminate con particolare attenzione e più volte durante la giornata lavorativa tutte le superfici toccate di frequente come maniglie, porte, finestre, vetri, scrivanie, tavoli, interruttori della luce, tasti, tastiere, telefoni, eccetera.

Per i servizi igienici si consiglia, dopo ogni utilizzo, una disinfezione delle superfici con acqua ed ipoclorito di sodio 0,5% in soluzione con uno spruzzatore, areando opportunamente dopo l'impiego.

In accordo con l'OMS, il Ministero della Salute raccomanda come efficaci e sufficienti le stesse procedure e gli stessi disinfettanti su descritti anche per sanificare gli ambienti in caso di presenza di caso sospetto di infezione da COVID-19.

Fondamentale e necessario garantire un buon ricambio dell'aria negli ambienti in cui sono presenti postazioni di lavoro e personale, così come durante e dopo le operazioni di pulizia e sanificazione.

Gli impianti di raffrescamento/riscaldamento dovrebbero essere tenuti spenti; qualora ciò non fosse possibile si raccomanda la pulizia settimanale accurata ad impianto fermo dei filtri oltre che delle prese e delle griglie di ventilazione, con acqua e sapone e/o alcol etilico al 75%.

Riferimenti bibliografici

Istituto Superiore di Sanità Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'Aria Indoor 2020, ii, 10 p. Rapporti ISS COVID-19 n. 5/2020

Tele-Video consulto e telemonitoraggio

Il tele-consulto segue le stesse regole del triage nel moni-

torare il rischio di malattia da COVID-19.

Il telemonitoraggio si rivolge ai pazienti COVID correlati (pazienti assistiti a domicilio, dimessi, in isolamento) ai quali permette di fornire oltre che la sorveglianza clinica anche il supporto personalizzato con istruzioni, informazioni, certificati, ecc.

Dotazione da consigliare ad ogni nucleo familiare: termometro, saturimetro e sfigmomanometro elettronico da braccio.

Visita domiciliare

Eseguito il triage telefonico, si può decidere di visitare a domicilio il paziente.

In questo caso bisogna chiedere all'assistito di garantire i seguenti requisiti di sicurezza:

- Arieggiare il locale in cui sarà visitato il paziente per almeno 30' prima della visita
- Far indossare guanti monouso e mascherina chirurgica, sia al paziente che a tutto il nucleo familiare e tutti dovranno rispettare le distanze di sicurezza
- Evitare la presenza di familiari in stanza, se non per necessità di aiuto nella visita
- Chiedere che nella stanza della visita venga predisposta una zona di appoggio almeno 60X60 cm libera da suppellettili che il medico disinfetterà o proteggerà con telo monouso per appoggiare i propri strumenti
- Predisporre una sedia sanificata esterna all'ingresso dell'appartamento, ad uso del medico che dovrà fare la vestizione/svestizione dei DPI
- Predisporre un sacchetto per raccolta indifferenziate per i DPI usati nei pressi della sedia posta all'esterno dell'abitazione.

Modalità prescrittive e rilascio ricette

Le ricette devono continuare ad essere inviate, ai sensi della normativa vigente e con il consenso dell'assistito, attraverso email, sistemi di messaggistica o attivando il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Organizzare il ritiro delle prescrizioni che al momento non è possibile dematerializzare per appuntamento.

È vietato inviare le ricette all'email della farmacia.

Presa in carico dei pazienti cronici

Questi pazienti possono essere individuati prima di tutto in base alla conoscenza del Medico di Famiglia, anche a partire da alcune condizioni a più alta prevalenza:

- a) Scompenso cardiaco cronico
- b) Malattie respiratorie broncostruttive (BPCO; Asma)
- c) Malattie oncologiche in fase attiva
- d) Diabete, Obesità
- e) Cardiopatia Ipertensiva
- f) Cardiopatia Ischemica Cronica

Il paziente cronico costituisce la stragrande maggioranza dell'impegno professionale che il medico di Medicina Generale deve sostenere. Competenze cliniche, organizzazione del lavoro e coinvolgimento pro-attivo dei pazienti sono la base essenziale per una buona pratica clinica ed un governo appropriato, efficace e sostenibile della medicina territoriale e della domanda di salute che ad essa afferisce. Ma il sopravvenire della emergenza sanitaria dovuta al diffondersi della pandemia COVID-19, impone nell'immediato futuro il ricorso a nuove strategie e strumenti che da un lato tutelino la salute di tutti (riducendo sensibilmente le visite in ambulatorio e/o domiciliari), dall'altro facilitino la presa in carico del paziente cronico e ne migliorino l'aderenza terapeutica al piano di cura.

La Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie vuole offrire ai Medici di Medicina Generale, e in generale a tutti gli operatori sanitari delle Cure Primarie, la piattaforma web dedicata "IOMICURO" e un percorso formativo (RES, FAD, FSC) che gli consenta la presa in carico del paziente cronico nonostante la diffusione del coronavirus COVID-19.

Tuttavia, alcuni gestionali in uso nella Medicina Generale, in particolare in forme organizzative sperimentali o avanzate che prevedono attività di medicina di iniziativa ma anche da gruppi di MMG o da MMG singoli, dispon-

gono di funzioni che possono risultare di grande utilità nell'identificare rapidamente un elenco di pazienti ad elevato rischio complessivo di scompenso clinico.

DISEASE RISK SCORE COVID 19

SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE - SEGNI E SINTOMI ULTIMI 14 GIORNI

Sesso: _____ Età: _____ Regione _____ Data di compilazione: _____

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO	NO	SI	1 giorno	2 giorno	3 giorno	4 giorno	5 giorno	6 giorno	7 giorno	8 giorno	9 giorno	10 giorno	11 giorno	12 giorno	13 giorno	14 giorno
-------------------------	----	----	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

ESPOSIZIONE A RISCHIO

- 0 1
- Soggiorno in Paese/località a rischio
 - Contatti con persone rientrate da località a rischio
 - Contatti a rischio con malati/contagiati accertati
 - Contatti con casi sospetti ad alto rischio

CRITERIO CLINICO	NO	SI	1 giorno	2 giorno	3 giorno	4 giorno	5 giorno	6 giorno	7 giorno	8 giorno	9 giorno	10 giorno	11 giorno	12 giorno	13 giorno	14 giorno
------------------	----	----	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

A) SINTOMI MAGGIORI

- 0 4
- Febbre > 37,5°C
 - Tosse
 - Dispnea (affaticament

B) SINTOMI MINORI

- 0 2
- Disturbo del gusto (Ageusia) e/o dell'olfatto (Anosmia)
 - Dolori muscolari e/o articolari
 - Congestione nasale e/o mal di gola
 - Diarrea e/o vomito
 - Astenia (stanchezza)

C) SINTOMI DI INSTABILITA' CLINICA

- 0 3
- Saturazione Ossigeno (SpO2) < 93% a riposo
 - Frequenza respiratoria aumenta >15/min.
 - Frequenza cardiaca aumentata (> 100 b/min)
 - Pressione Arteriosa Sistolica < 100 mmHg
 - Coscienza alterata

D) CONDIZIONE DI RISCHIO ASSOCIATE

- 0 1
- Malattia polmonari (escluso BPCO)
 - BPCO
 - Malattie Cardiovascolari
 - Diabete
 - Malattie Metaboliche
 - Malattie Renali
 - Malattie Oncologiche
 - Malattie Immunitarie
 - Gravidanza
 - Disabilità non autosufficiente
 - > 65 anni

E) CONDIZIONI ASSOCIATE

- Hai eseguito Vaccinazione Antinfluenzale? SI - NO
 Sei fumatore? SI - NO

TOTALE SCORE: _____

RISCHIO DI MALATTIA	SCORE	REQUISITI CLINICI
BASSO	0 - 3	Nessun Sintomo C
MEDIO	4 - 8	Max 1 Sintomo A / Nessun Sintomo C
MEDIO ALTO	9 - 12	Nessun Sintomo C
ALTO	> 12	



LA MEDICINA DELLA COMPLESSITÀ: UNA NUOVA DEFINIZIONE DEL GOVERNO CLINICO NELLA MEDICINA DEL TERRITORIO

MEDICINE OF COMPLEXITY: A NEW DEFINITION IN THE CLINICAL MANAGEMENT OF PRIMARY CARE

Augusto Zaninelli, Enzo Contursi e Irma Scarafino

SIICP, Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie, Firenze e Bari

Correspondence to: Irma Scarafino, MD irma.scarafino@siicp.it

RIASSUNTO

Il ragionamento medico-diagnostico inteso come identificazione di criteri prestabiliti con quanto riscontrato nel paziente al fine di definire la malattia potrebbe non essere più sufficiente oggi e nei tempi a venire. Questo tipo di ragionamento infatti si può applicare con grande efficacia nei casi di pazienti con patologie singole, ma rischia di fallire e di diventare dannoso nella realtà in cui l'invecchiamento della popolazione comporta un aumento esponenziale della prevalenza delle malattie croniche, spesso multiple nel paziente, in cui viene meno la possibilità di guarigione ma rimane aperta la possibilità di cura. In questo scenario il medico di famiglia deve essere in grado di affrontare la complessità della condizione del paziente garantendo la coordinazione tra i diversi specialisti e i diversi piani terapeutici prescritti. Diventa quindi fondamentale il ruolo del medico della complessità e dell'educazione universitaria in tale senso, che possa essere in grado di comprendere, gestire ed integrare tutti gli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi necessari ai pazienti con condizioni multiple.

Parole chiave: comorbidità, gestione del caso, diagnosi

ABSTRACT

The clinic-diagnostic process known as the identification of conventional criteria in patient findings in order to define diseases could no longer be effective today and in future time. This kind of approach can be applied with great results in single-disease patients, however it can be misleading or become dangerous in the event of an aging population where chronic diseases increase exponentially, often more than one for patient, that cannot be fully healed but can still be cured. In this scenario the family doctor should be able to face the complexity of conditions of these patients, ensuring the coordination among different practitioners and different therapeutic plans prescribed. The role of the complexity practitioner and university education with this aim becomes critical, as it should enable to understand, manage and integrate every aspect of diagnosis, therapy and rehabilitation needed by patients with multiple diseases.

Key words: comorbidity, Case Management, Diagnosis

La medicina ha coniato il concetto di “malattia” e aderisce a questo concetto nella sua attività. Il ragionamento diagnostico assume così le caratteristiche del riconoscimento, ad esempio, di un'impronta digitale: si ricercano i punti di identità fra malattia conosciuta e situazione clinica del paziente e, quando i punti di identità superano un certo numero, si definisce la diagnosi. Tuttavia, il singolo malato, potenzialmente sempre, ma in parti-

colare oggi con il progressivo invecchiamento della popolazione, può presentare con un quadro clinico complesso in rapporto alla coesistenza di più condizioni morbose. Questo complica e rende più difficile, e talora impossibile, il processo di identificazione di una di queste malattie con la condizione del paziente. La complessità è un tema che sostanzialmente non è al momento presente in modo organico nella formazione curricolare

e post-curricolare. Tuttavia, essa è ben presente nell'elenco delle problematiche all'attenzione del Servizio Sanitario Nazionale e lo è, fortunatamente, nella sensibilità dei medici che hanno un'attenzione complessiva per il loro paziente. Affrontare questo problema appare oggi doveroso. La lettura della complessità può essere molto articolata e sicuramente i Medici che affrontano pazienti complessi devono trovare una strada, anche quando questa strada va cercata passo passo come in un campo minato. Riflettere sulla complessità è innanzitutto un bisogno della moderna attività del Medico, per cercare di decodificarne i vari elementi senza perdere la ricchezza dell'insieme. Attualmente, esistono molte linee guida basate sulle evidenze, quasi sempre di ottima fattura, che offrono riferimenti solidi per pazienti affetti da una singola condizione morbosa, mentre l'esperienza clinica quotidiana propone assai frequentemente condizioni multiple. Questa contraddizione tra linee guida per condizioni elementari e realtà cliniche complesse pone problemi di difficile soluzione. Quando si parla di comorbidità è implicita la decisione su quale sia la morbidità e quali le comorbidità, il che è non solo arbitrario, ma soggetto a cambiamenti nel decorso di una osservazione, anche breve. Le caratteristiche del medico oggi derivano essenzialmente da tre elementi: la competenza clinica, la capacità di dialogare con Esperti e quella di lavorare in squadra. L'invecchiamento progressivo della popolazione, il miglioramento della diagnostica e delle cure stanno facendo esplodere le malattie croniche. In Italia, dati ISTAT estrapolati dal rapporto 2008, hanno rilevato che dal 2003 al 2007 vi è stato un progressivo incremento della prevalenza di una o più malattie croniche, passata dal 36,5% nel 2003 al 38,4% nel 2007, prevalenza che d'altra parte aumenta linearmente con l'età. L'elevata prevalenza di malattie croniche induce la prescrizione di trattamenti farmacologici multipli, spesso di lunga durata con schemi terapeutici complicati e di non facile gestione. Nello scenario globale dalla salute si affaccia una nuova tipologia di malato, non più portatore di una singola patologia ma di patologie plurime: il paziente complesso, attualmente all'attenzione dei sistemi sanitari. Il paziente complesso piuttosto che

essere un individuo affetto da un'unica patologia, acuta e guaribile nel breve-medio tempo, è piuttosto un malato cronico, colpito da più patologie contemporaneamente, che non guarisce ma può essere curato e influenzato da fattori biologici e non biologici.

La medicina attuale e ancor più quella del futuro è spostata verso la complessità, un tema trascurato al momento nella formazione universitaria, ma tra le problematiche più sentite a livello di servizi sanitari nazionali e mondiali. Il paziente complesso è anziano in generale, assume più di 3-5 farmaci e questo comporta diversi rischi: riduzione dell'aderenza ai trattamenti, interazione farmacologiche, prescrizioni inappropriate o inutili, comparsa di reazioni avverse ai farmaci, elevati costi sanitari e sociali. La presenza di pluripatologie costringe il malato cronico a consultare numerose figure mediche specialistiche (cardiologo, geriatra, ortopedico, diabetologo, nefrologo...) con il rischio di una gestione discontinua e interventi frammentati per una mancanza di comunicazione tra i vari specialisti.

Il Professionista esperto in medicina della complessità è la nuova figura professionale che ha le competenze certificate per affrontare attraverso un percorso diagnostico terapeutico integrato il paziente complesso, tenendo conto delle sue condizioni cliniche, psicologiche e sociali che rendono questo malato più fragile e in condizioni di svantaggio. Questa definizione ben si addice alle caratteristiche peculiari del Medico dell'Assistenza Primaria, da sempre impegnato in una sorta di alleanza gestionale con il Paziente cronico, "multimorboso" e con i suoi familiari o caregivers.

Gli obiettivi di cura del paziente complesso con malattie croniche plurime sono finalizzati non alla guarigione bensì al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, a minimizzare la sintomatologia, a prevenire le disabilità e a migliorare la qualità della vita quotidiana.

Bibliografia:

Gian Franco Gensini, Leonardo M. Fabbri, Massimo Fini, Carlo Nozzoli: *La Medicina della Complessità*, ISBN 978-88-6453-205-9 (print) ISBN 978-88-6453-209-7 (online), Firenze University Press, 2010

L'ACIDO ACETILSALICILICO NELLA PREVENZIONE PRIMARIA NEL PAZIENTE DIABETICO: COME INTERPRETARE I RISULTATI DEGLI STUDI ASA IN PRIMARY PREVENTION IN THE DIABETIC PATIENT: HOW TO EXPLAIN TRIAL RESULTS

Augusto Zaninelli, Enzo Contursi e Irma Scarafino

SIICP, Società Italiana Interdisciplinare delle Cure Primarie, Firenze e Bari

Correspondence to: Irma Scarafino, MD irma.scarafino@siicp.it

RIASSUNTO

Somministrare acido acetilsalicilico (ASA) in prevenzione primaria nei pazienti diabetici riduce gli eventi cardio e cerebro vascolari e la mortalità per tutte le cause o produce seri danni alla salute legati ai sanguinamenti e alle emorragie? A questo dilemma si sta tentando di rispondere da diversi anni con evidenze a volte contrastanti. È indubbio che, come dimostrato da molte osservazioni, il beneficio in termini di prevenzione primaria esiste, ma come tutti i trattamenti attivi gli effetti indesiderati anche gravi vanno tenuti in conto, in una valutazione globale di rischio/beneficio. Pertanto, la decisione di instaurare una terapia con ASA in prevenzione primaria nei soggetti diabetici va presa analizzando caso per caso e personalizzando in modo estremo l'approccio a ciascun Paziente in considerazione del livello di rischio legato a fattori modificabili e a predisposizioni genetiche non modificabili.

Parole chiave: acido acetilsalicilico, diabete, prevenzione primaria

ABSTRACT

Giving acetylsalicylic acid (ASA) in primary prevention in diabetic patients reduces cardio and cerebro-vascular events and all-cause mortality or induces serious health side effects related to bleeding and hemorrhage? This dilemma has been trying to answer for several years with sometimes conflicting evidence. There is no doubt that, as shown by many observations, the benefit in terms of primary prevention exists, but like all active treatments, even serious side effects must be considered, in a global risk/benefit assessment. Therefore, the decision to establish a therapy with ASA in primary prevention in diabetic subjects should be made by analyzing each case, personalizing the approach to each Patient, evaluating the risk level linked to modifiable factors and non-modifiable genetic patterns.

Key words: acetylsalicylic acid, diabetes, primary prevention

Il 26 agosto 2018, in contemporanea al Congresso Annuale della Società Europea di Cardiologia e sulla prestigiosa rivista internazionale *New England Journal of Medicine*, sono stati presentati i dati dello studio ASCEND(1), uno studio di prevenzione cardiovascolare in soggetti portatori di diabete mellito, nel quale si è valutato l'impatto sugli esiti dell'impiego di acido acetilsalicilico a 100 mg versus placebo.

Lo studio ASCEND

Lo studio ha visto la partecipazione di 15.480 soggetti tutti con la presenza di diabete mellito, ma senza evidenza di malattia cardiovascolare in atto o pregressa e seguiti per un follow-up medio di 7,4 anni per la valutazione della comparsa di importanti eventi vascolari come l'infarto del miocardio, l'ictus, il TIA, o la morte per qualsiasi causa vascolare. Allo stesso tempo, altro obiettivo primario dichiarato era la valutazione di eventi emorragici maggiori come, per esempio, emorragie

intracraniche, sanguinamento significativo corneale, sanguinamento del tratto gastro intestinale oppure altre condizioni di sanguinamento grave.

I Partecipanti sono stati divisi in due gruppi assolutamente comparabili uno dei quali assumeva acido acetilsalicylico (ASA) 100 mg e l'altro invece il placebo. Durante il periodo di osservazione si è verificato una bassa percentuale di eventi cardiovascolari definiti secondo l'obiettivo primario in entrambi i gruppi anche se c'è da dire che il gruppo che faceva aspirina ha avuto un numero significativamente minore di eventi rispetto al placebo (658 eventi [8.5%] vs. 743 [9.6%]; rate ratio, 0.88; 95% confidence interval [CI], 0.79 to 0.97; P = 0.01)(Figura 1).

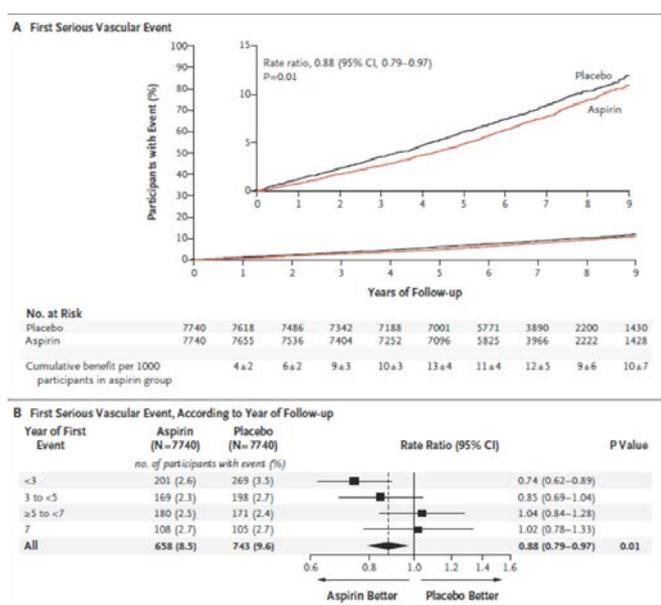


figura 1

Tuttavia, un maggior numero di sanguinamenti importanti sono capitati comunque nel gruppo che faceva l'aspirina rispetto al gruppo placebo anche qui in modo statisticamente significativo, anche se numericamente il numero degli eventi collaterali è stato meno della metà degli eventi cardiovascolari, confermando quindi all'interno del totale dei partecipanti una esigua comparsa anche di effetti collaterali (314 (4.1%) nel gruppo aspirina e 245 (3.2%) nel gruppo placebo, rate ratio 1.29; 95% CI, 1.09 to 1.52; P = 0.003)(Figura 2).

Gli Autori del lavoro, quindi concludevano dicendo che l'aspirina previene la comparsa di eventi cardiovascolari nelle persone con diabete e senza evidenti malattie cardiache all'ingresso dello studio ma allo stesso modo pro-

duceva una maggiore sanguinamento per cui il possibile beneficio legato alla comparsa di malattia veniva largamente controbilanciato dal rischio di sanguinamento.

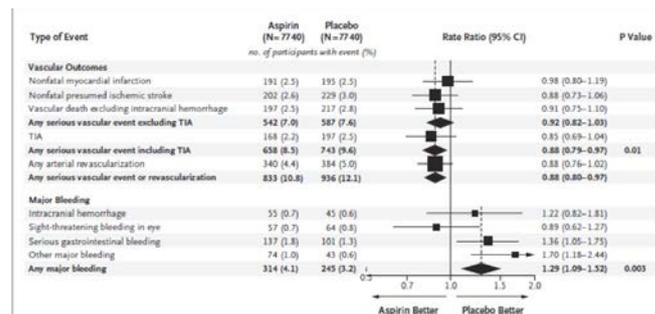


figura 1

Discussione

L'impiego dell'acido acetilsalicylico a basse dosi nella prevenzione del primo evento cardiovascolare in soggetti affetti da diabete mellito è da sempre una sfida importante nel panorama dell'impiego dei farmaci in prevenzione primaria, sia per il fatto che si considera il paziente diabetico come un individuo a rischio elevato o molto elevato, sia perché alcuni pazienti diabetici sono portatori di una mutazione genetica che li rende particolarmente resistenti all'effetto antiaggregante dell'ASA. Agli inizi del nuovo secolo, quindi, si è preso in considerazione l'opportunità di eseguire studi randomizzati e controllati su questa popolazione di pazienti che non avevano ancora avuto un evento cardio o cerebro vascolare.

Un primo consistente lavoro scientifico è stato condotto nei primi anni 2000 in Giappone ed è identificato dalla sigla JPAD(2). Si è trattato di uno studio randomizzato in aperto su oltre 2500 pazienti diabetici senza evidenza di patologia aterosclerotica. Il trattamento utilizzato era acido acetilsalicylico a basse dosi (81-100 mg) verso trattamenti alternativi dato che in Giappone non è permesso l'uso del placebo. L'osservazione media è stata di 4,7 anni ed i risultati non hanno evidenziato un significativo beneficio. In realtà ad un'analisi più accurata, pur non raggiungendo la significatività statistica, gli eventi sono stati chiaramente a favore del trattamento con acido acetilsalicylico con una riduzione del rischio relativo del 20%, che però non raggiunge la significatività statistica probabilmente per un sottodimensionamento del campione dello studio e per il fatto che la popolazione

studiata era a rischio molto basso. Infatti, nello studio JPAD, si cominciava a prendere coscienza del fatto che i soggetti con diabete mellito non sono tutti a priori per definizione a rischio alto o molto alto, ma la diffusione della malattia oramai era stratificata su una varietà molto ampia di individui comprendenti anche le categorie di rischio basso o intermedio.

Due anni dopo, sono stati pubblicati i risultati di un'altra molto seria osservazione, lo studio Fremantle(3), che ha seguito soggetti diabetici reclutati dal 1993 al 1996, seguendoli fino al 2007. In questo caso i risultati hanno dato numeri statisticamente significativi in termini di riduzione degli eventi cardiovascolari e della mortalità per tutte le cause con particolare effetto vantaggioso, per quest'ultima, nel sottogruppo di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni. Gli Autori, infatti, concludevano che una assunzione regolare di una bassa dose giornaliera di acido acetilsalicilico era in grado di ridurre gli eventi cardio e cerebro vascolari mortali, unitamente a una riduzione della mortalità per qualunque causa in un gruppo di pazienti con diabete mellito di tipo due, in prevenzione primaria anche a rischio cardiovascolare basso. L'anno successivo veniva pubblicata la metanalisi di Butalia e collaboratori (4) che su un totale di quasi 12.000 pazienti affetti da diabete mellito riscontrava una riduzione significativa del rischio relativo di sviluppare un evento cardio o cerebro vascolare maggiore, includendo mortalità e morbilità per infarto del miocardio, ictus cerebrale ischemico, rivascolarizzazione coronarica, arteriopatia agli arti inferiori e mortalità per tutte le cause, valutando anche la comparsa di effetti indesiderati come emorragie da tutti i distretti, in particolare quello cerebrale e il tratto gastro intestinale, raggiungendo un livello di rischio accettabile, in quanto per ogni 109 eventi complessivi evitati con la terapia con ASA a basse dosi, si erano verificati 19 sanguinamenti maggiori. Gli Autori, quindi, concludevano che i risultati di questa metanalisi che comprendeva sia due studi esclusivamente dedicati alla osservazione di pazienti diabetici, sia altri quattro studi in cui la sottopopolazione di pazienti diabetici era stata estrapolata dal resto degli individui osservati, propendeva a favore della prevenzione primaria con ASA

a basse dosi, a fronte di un rischio assolutamente accettabile e contenuto di sviluppare emorragie clinicamente gravi o significative.

Ovviamente, il dibattito della comunità scientifica internazionale non si è fermato qui e nella valutazione rischio/beneficio dell'impiego dell'ASA a basse dosi in prevenzione primaria nel gruppo di pazienti diabetici, si sono registrate posizioni a favore e posizioni contro tutte supportate da evidenze o esperienze varie.

Anche lo studio ASCEND si presta a molti commenti e considerazioni.

Lo studio è stato piuttosto sbrigativamente etichettato come negativo in quanto l'esiguità del numero degli eventi manifestatisi nel corso del periodo di osservazione in entrambi i gruppi da un lato e la prevalenza di maggiori effetti collaterali a carico del gruppo che faceva ASA a 100 mg, dall'altro hanno prodotto un giudizio di mancato obiettivo per quanto riguarda la valutazione rischio/beneficio del trattamento.

Il primo commento che si deve fare e che rispetto ad una ventina di anni fa quando, soprattutto negli Stati Uniti, si adduceva l'assioma che un paziente con diabete mellito poteva essere di fatto assimilato ad un paziente che aveva già avuto un infarto del miocardio, l'interpretazione del valore clinico del diabete e del livello di rischio ultimamente è decisamente cambiato. Infatti, grazie anche ai nuovi farmaci, a precoci individuazioni di situazioni di iper- o dis- glicemia e ad una maggiore consapevolezza della malattia diabetica della popolazione generale, non tutte le persone con diabete mellito possono essere classificate allo stesso livello di rischio cardiovascolare.

In particolare, analizzando la tipologia della popolazione arruolata nello studio ASCEND si nota come non più di un sesto di tutti i pazienti, sia del gruppo di trattamento, sia nel gruppo placebo si potesse considerare a rischio elevato di sviluppare un evento cardiovascolare. A ciò si aggiunge un'altra doverosa considerazione legata al fatto che alcuni sottogruppi di pazienti diabetici hanno in passato dimostrato di avere delle alterazioni genetiche che riducono di molto la sensibilità ASA oppure, ribaltando il concetto, risultano resistenti all'azione antiaggregante piastrinica dell'aspirina. Anche se gli

Autori di questo lavoro, nel commento della discussione, riferiscono di non aver notato fenomeni di resistenza al farmaco, in entrambi i gruppi, resta comunque il fatto che l'ASA potrebbe, in pazienti diabetici non trovare, una completa indicazione.

In realtà, però, uno dei possibili commenti che va fatto è che molto probabilmente, pur essendo costituita da pazienti con diabete mellito, il rischio generale globale della popolazione coinvolta nello studio era tutto sommato moderato o al massimo intermedio e questo spiega comunque l'esiguo numero di eventi. Tuttavia, pur di fronte a percentuali di comparsa di infarto del miocardio, ictus o morte vascolare tutto sommato basse la significatività statistica per cui nel gruppo con aspirina si sono verificati meno eventi, è in ogni caso da considerare, sottolineare e osservare con attenzione.

La comparsa di sanguinamento, ha presentato percentuali ancor più basse, circa la metà rispetto alle percentuali degli eventi ed è risultato, per quasi la metà dei Pazienti, proveniente da emorragie del tratto gastro intestinale soprattutto delle alte vie. Percentuali minori si sono avute per il sanguinamento congiuntivale, per sanguinamenti intracranici e emorragie provenienti da altri organi ed apparati come ematuria o epistassi. L'incidenza, tuttavia, di un sanguinamento fatale è stata uguale nei due gruppi, peraltro bassissima, iscrivendosi allo 0,2% di probabilità di comparsa sia per il gruppo con aspirina, sia per il gruppo con placebo, così come l'incidenza di ictus emorragico assestasi allo 0,3% per entrambi i gruppi.

Le figure riportate provengono dal lavoro originale: la prima mostra i vantaggi legati alla riduzione del rischio della comparsa del primo serio evento cardiovascolare e la seconda della comparsa invece degli effetti di collaterali emorragici.

Conclusione

La definizione di studio negativo per la somministrazione di acido acetilsalicilico nei pazienti diabetici, in una forma di prevenzione per coloro che non hanno avuto evidenza di una malattia cardiovascolare manifesta, appare sicuramente un po' frettoloso. Dati positivi comunque emergono nello studio ASCEND e consentono

di avere quindi una valutazione ulteriore nella considerazione della gestione del rischio globale del Paziente diabetico, da parte del Medico. È evidente che il Medico deve valutare la bilancia fra l'efficacia di un farmaco ed il rischio che questi sviluppi effetti collaterali. Questa considerazione va rapportata alle caratteristiche del Paziente in osservazione.

Come è noto, la medicina non è una scienza esatta è una scienza del possibile e del probabile e quindi definire a priori l'inutilità della somministrazione di acido acetilsalicilico in un Paziente con diabete mellito, sulla scorta dei risultati dello studio ASCEND, diventa comunque una affermazione un po' azzardata, in quanto la medicina è anche personalizzazione degli interventi e anche precisione delle scelte terapeutiche. Inoltre, va considerato che non più del 20% dei pazienti in studio assumevano degli inibitori della pompa protonica, che invece hanno dimostrato avere effetti protettivi sul sanguinamento del tratto superiore gastroenterico in pazienti che assumono acido acetilsalicilico, non dimenticando che nel nostro Paese, rispetto al Regno Unito dove è stato condotto lo studio, molti più pazienti assumono inibitori della pompa protonica.

L'impiego quindi, di acido acetilsalicilico, nel complesso terapeutico del paziente con diabete mellito va considerato, tenendo conto del livello globale di rischio del paziente di sviluppare un evento cardiovascolare e del suo livello globale di sviluppare un sanguinamento o una emorragia.

Bibliografia

1. The ASCEND Study Collaborative Group: *Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus*. August 26, 2018, at NEJM.org. DOI: 10.1056/NEJMoa1804988
2. Ogawa H, Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators: *Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial*. JAMA. 2008 Nov 12;300(18):2134-41. Epub 2008 Nov 9.
3. Ong G, Davis TM, Davis WA: *Aspirin is associated with reduced cardiovascular and all-cause mortality in type 2 diabetes in a primary prevention setting: the Fremantle Diabetes study*. Diabetes Care. 2010 Feb;33(2):317-21. Epub 2009 Nov 16.
4. Butalia S, Leung AA, Ghali W, Rabi, DM: *Aspirin effect on the incidence of major adverse cardiovascular events in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis*. Cardiovascular Diabetology, 2011, 10: 25

L'USO APPROPRIATO DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA: UTILE RIESAME

THE APPROPRIATE USE OF PROTON PUMP INHIBITORS: A USEFUL RE-ANALYSIS

Vincenzo Savarino

Professore Onorario di Gastroenterologia, Università degli Studi di Genova

Correspondence to: vsavarin@unige.it

RIASSUNTO

Gli inibitori della pompa protonica (IPP) hanno rivoluzionato la nostra gestione delle malattie acido-correlate del tratto digestivo superiore, ma il loro uso continua a crescere in Italia e nel resto del mondo con incremento dei costi e dei possibili effetti collaterali. Pertanto, l'esistenza di una iperprescrizione inappropriata non può essere negata ed è utile rivedere quali sono le indicazioni accettate universalmente per il loro utilizzo. In base alle linee guida internazionali la prescrizione di IPP deve essere limitata alle seguenti principali condizioni morbose: trattamento acuto e cronico della malattia da reflusso gastroesofageo in tutte le sue manifestazioni cliniche e complicanze, eradicazione dell'infezione da *H. pylori* in associazione agli antibiotici, cicatrizzazione e profilassi delle ulcere gastriche dovute ai farmaci anti-infiammatori non-steroidi, terapia di alcune rare situazioni di ipersecrezione acida gastrica (gastrinoma).

Parole chiave: IPP, EBM, appropriatezza prescrittiva

ABSTRACT

Proton pump inhibitors (PPIs) have revolutionized the management of acid-related diseases of upper GI tract, but their use continues to grow yearly in Italy and around the world with an increase of costs and possible adverse events. Therefore, the existence of an inappropriate hyperprescription cannot be denied and it is useful to review their universally accepted right indications. On the basis of international guidelines, the prescription of PPIs must be confined to the following main disorders: acute and chronic treatment of gastroesophageal reflux disease with its multiple clinical manifestations and complications, eradication of *H. pylori* infection in combination with antibiotics, healing and prevention of gastric ulcers caused by anti-inflammatory non-steroidal drugs, therapy of some rare conditions of gastric acid hypersecretion (gastrinoma).

Key words: PPIs, EBM, proper prescription

L'avvento di potenti farmaci acido-soppressivi, come gli inibitori di pompa protonica (IPP), ha rivoluzionato la gestione dei pazienti con malattie acido-correlate ed ha ridotto al minimo il ruolo della chirurgia nel loro trattamento. Tuttavia, è stato osservato che l'uso degli IPP continua a crescere di anno in anno non solo in Italia, ma in tutto il mondo, nonostante la scoperta dell'infezione da *H. pylori* quale agente causale dell'ulcera peptica abbia rimosso una delle maggiori indicazioni all'im-

piego di questi farmaci. Questa incessante espansione del mercato degli IPP ha sollevato molti dubbi sulla loro possibile prescrizione inappropriata ed ha creato un problema importante per le autorità regolatorie di molti paesi (1).

L'argomento suddetto è particolarmente rilevante in considerazione dell'eccessivo costo sia per i pazienti sia per i governi ed il potenziale rischio di danni iatrogeni dovuti agli eventi avversi o alle interazioni farmacolo-

giche negli individui poli-trattati. È stato calcolato che l'uso inappropriato degli IPP è superiore al 50% di tutte le prescrizioni, sia del medico ospedaliero sia del medico di medicina generale (2).

Pertanto, un riesame delle indicazioni appropriate degli IPP può essere utile al fine di ridurre la costosa e potenzialmente pericolosa iperprescrizione di tali farmaci. Lo scopo di questa revisione è di fornire un riassunto dell'attuale informazione sull'uso appropriato degli IPP, tenendo in considerazione le linee guida pubblicate nella letteratura medica nazionale ed internazionale e basate sui risultati di molti studi clinici nel trattamento dei disordini del tratto digestivo superiore e le relative meta-analisi e revisioni sistematiche.

La **tabella 1** riporta le indicazioni accettate universalmente per l'uso appropriato degli IPP, come riportato dai documenti ufficiali della Food and Drug Administration negli USA (3), l'Istituto Nazionale per l'Eccellenza Clinica in UK (4) e la Società Italiana di Gastroenterologia e di Endoscopia Digestiva in Italia (5).

INDICAZIONI ACCETTATE PER L'USO APPROPRIATO DEGLI IPP

- Cicatrizzazione dell'esofagite erosiva e mantenimento della cicatrizzazione
- MRGE con le sue varie manifestazioni cliniche (forme non-erosive o NERD, sintomi extraesofagei sicuramente dovuti a MRGE, stenosi esofagee ed esofago di Barrett)
- Trattamento dell'infezione da *H. pylori* in combinazione con antibiotici
- Trattamento acuto delle ulcere *H. pylori*-negative e mantenimento della loro cicatrizzazione
- Dispepsia sine materia indotta dai FANS
- Cicatrizzazione delle ulcere gastriche causate dai FANS
- Prevenzione delle ulcere gastriche in coloro che assumono FANS cronicamente
- Condizioni di ipersecrezione acida (sindrome di Zollinger-Ellison)
- Trattamento breve con revisione regolare nei pazienti con dispepsia funzionale, variante EPS

Tab.1

Malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

Gli IPP rappresentano la terapia di prima scelta in questa patologia, perché essi sono risultati molto più efficaci degli H2 antagonisti nella cicatrizzazione delle erosioni esofagee e nel controllo dei sintomi tipici da reflusso (6). Poiché la MRGE è dovuta a molteplici alterazioni motorie e l'acido rappresenta soltanto un co-fattore della malattia, essa non è curata in maniera definitiva con gli IPP e rimane quindi una condizione recidivante cronicamente, perché i farmaci antisecretori non influiscono sui reali meccanismi fisiopatologici che inducono il reflusso anormale di acido in esofago. Pertanto, gli IPP sono necessari non solo nel trattamento acuto, ma anche come terapia di mantenimento al fine di prevenire le recidive, sia sintomatologiche sia erosive (7).

La terapia di mantenimento può essere somministrata sia su base continuativa sia al bisogno. La prima modalità è richiesta nelle forme più severe di esofagite erosiva, in coloro che presentano sintomi extraesofagei che rispondono alla terapia con IPP, nell'esofago di Barrett ed in quei pazienti con frequenti recidive, indipendentemente dalla presenza di erosioni esofagee. La modalità al bisogno consiste nella somministrazione dell'IPP alla comparsa dei disturbi e nella sua sospensione dopo che essi sono stati completamente risolti e rappresenta l'opzione terapeutica più allettante per i pazienti. Ovviamente anche i costi sono molto ridotti (8).

Alcuni studi suggeriscono che gli IPP non sono capaci di diminuire la lunghezza dell'esofago di Barrett, ma possono ridurre il tasso di progressione da metaplasia a displasia e ciò è molto più importante dal punto di vista prognostico (9). Quindi, l'assunzione di una compressa al giorno di IPP in via continuativa può essere raccomandata in questi pazienti con complicanza della MRGE al fine di prevenire lo sviluppo di adenocarcinoma esofageo (10).

Eradicazione dell'infezione da *H. pylori*

Questa terapia è fondamentale perché porta alla cura permanente dell'ulcera duodenale con scomparsa sia delle recidive sia delle complicanze, specialmente di tipo

emorragico (11). I regimi terapeutici usati includono almeno 2 antibiotici e 2 dosi giornaliere di IPP per 7-14 giorni (12). Gli IPP sono una componente chiave di tutti gli schemi eradicanti proposti ed evolutosi nel tempo, perché essi potenziano l'azione degli antibiotici e molti studi hanno confermato tassi di successo terapeutico dell'80%-90% nelle aree dove la resistenza agli antibiotici, specie la claritromicina, è bassa (13).

Ulcere duodenali *H. pylori*-negative

Nonostante il riconosciuto legame causale tra *H. pylori* e ulcera duodenale sia incontrovertibile, esistono ancora casi in cui il germe è assente ed il ruolo patogenetico di una ipersecrezione acida rimane centrale (14). Queste ulcere esenti da infezione da *H. pylori* sono più frequenti negli USA ed in Australia (20%-50%) che in Europa (3%-12%), come dimostrato in una recente revisione (15). Esse rispondono bene agli IPP come terapia acuta e questi farmaci sono anche raccomandati nel lungo termine per mantenere le ulcere cicatrizzate (16).

Farmaci anti-infiammatori non-steroidici (FANS)

Una debole difesa della mucosa gastrica è l'elemento patogenetico principale dell'ulcera gastrica e ciò spiega la ragione per cui le ulcere indotte dai FANS albergano molto più nello stomaco che nel duodeno. Sebbene la secrezione acida sia normale o ridotta in questi casi, l'acido rimane un attore importante, perché aggredisce una mucosa alterata. Inoltre, i FANS tendono ad aumentare l'acidità gastrica per il loro blocco delle prostaglandine, che hanno un'azione inibente sulla produzione di HCl da parte della cellula parietale (17).

In considerazione di quanto sopra detto sul ruolo patogenetico dell'acido nella formazione dell'ulcera gastrica, gli IPP somministrati per 8-12 settimane sono in grado di cicatrizzare tali ulcere (18). Anche la dispepsia indotta dai FANS e non accompagnata da lesioni mucose gastriche può beneficiare di una terapia breve con IPP (19).

Tuttavia, FANS e aspirina sono spesso prescritti cronicamente, specialmente nelle persone anziane, per varie

importanti ragioni di prevenzione cardio- e cerebro-vascolare ed esse sono responsabili del 50% circa di ulcere e delle loro complicanze, specie emorragie gastroduodenali (20) nei pazienti ad alto rischio, come riportato nella **tabella 2**. Studi clinici randomizzati e varie meta-analisi hanno dimostrato che gli IPP combinati con i FANS sono capaci di ridurre la formazione di ulcere endoscopiche (21) e la ricorrenza di emorragie da ulcera (22), anche in coloro che assumono aspirina a basso dosaggio (23).

FATTORI DI RISCHIO CHE SUPPORTANO L'USO A BREVE E LUNGO TERMINE DEGLI IPP NEI PAZIENTI TRATTATI CON FANS O AGE

- Età superiore a 65 anni
- Precedente ulcera gastrica o duodenale
- Storia di ulcera complicata, specialmente emorragia
- FANS ad alte dosi o in combinazione con altri farmaci (steroidi, warfarin)
- Uso di aspirina, anche a basso dosaggio, in soggetti anziani o in combinazione con altri farmaci (FANS, steroidi, anticoagulanti, clopidogrel)
- Uso di ticlopidina o clopidogrel in pazienti ad alto rischio (vedi sopra)
- Uso acuto di FANS in pazienti che assumono cronicamente anticoagulanti di ogni tipo

Tab.2

Condizioni ipersecretorie patologiche

La condizione morbosa più caratterizzata da questo punto di vista è la sindrome di Zollinger-Ellison, che peraltro è molto rara ed è causata da un tumore (gastri-noma) produttore gastrina, che stimola la secrezione di acido. Oggigiorno, gli IPP sono la terapia medica anti-secretiva di scelta e devono essere somministrati continuamente senza limiti temporali (24).

Pazienti critici con prolungata ventilazione meccanica

Le ulcere da stress sono comunemente localizzate nello stomaco prossimale e possono comparire nei pazienti degenti nelle unità di terapia intensiva. Esse sono principalmente il risultato di un danno ischemico e, quindi,

l'acido è solo un fattore secondario che può agire su una mucosa indebolita per scarso apporto ematico. Le attuali linee guida approvano l'uso degli IPP come profilassi delle ulcere da stress nei pazienti in terapia intensiva che richiedono ventilazione meccanica per più di 48 ore o che hanno una coagulopatia (25,26).

Dispepsia funzionale

In accordo con i criteri di Roma IV (27), essa è una condizione caratterizzata da uno o più sintomi rapportati alla parte centrale dell'addome superiore, senza che vi siano lesioni mucose o altre patologie sistemiche che ne giustifichino la comparsa. Si distinguono una forma dolorosa (epigastric pain syndrome = EPS) ed una dismotoria (postprandial distress syndrome = PDS). Il ruolo di una ipersecrezione acida è stato escluso da più studi fisiopatologici (28), ma la mancanza di terapie valide per questa condizione invalidante e frequente ha portato i medici ad usare gli IPP nella speranza di controllare comunque i sintomi.

Nonostante il ruolo minimo dell'acido, alcune meta-analisi (29) hanno concluso che gli IPP possono essere efficaci in alcuni pazienti con la forma EPS della dispepsia funzionale, ma il numero necessario da trattare per avere un successo è piuttosto alto (n = 10-15). Quindi, la dispepsia funzionale rappresenta un'area grigia a grande rischio di iperprescrizione di IPP e si raccomanda ai medici che usano questi farmaci in tale condizione di effettuare brevi trattamenti (2-4 settimane) e di controllare periodicamente che i farmaci non vengano assunti continuativamente dai loro pazienti (30).

Condizioni in cui l'uso degli IPP è inappropriato

A corollario di quanto sopra riportato ed ai fini di fornire un utile suggerimento pratico per l'attività clinica quotidiana di medici ospedalieri e di medicina generale, la **tabella 3** riporta i casi in cui gli IPP sono inappropriati e che costituiscono le situazioni di spreco di tali farmaci e di possibile sviluppo di eventi avversi iatrogeni (31).

Occorre sottolineare che nelle condizioni elencate l'acido non gioca alcun ruolo patogenetico e quindi gli IPP

non hanno alcuna indicazione terapeutica.

CONDIZIONI IN CUI L'USO DEGLI IPP È CONSIDERATO INAPPROPRIATO

- Steroidi da soli
- Profilassi del danno da FANS in soggetti < 65 anni e senza altri fattori di rischio
- Terapia con eparina a basso peso molecolare o warfarin in assenza di fattori di rischio
- Uso di ticlopidina o clopidogrel in assenza di fattori di rischio
- Uso di bifosfonati o SSRI da soli
- Uso di antibiotici o agenti chemioterapici
- Pazienti dispeptici con sintomi dismotori (variante PDS)
- Pazienti con epatopatie croniche ed ipertensione portale
- Pazienti con gastrite atrofica multifocale
- Pazienti con gastrectomia parziale o totale

Tab.3

Bibliografia

1. Forgacs I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors. *Br Med J* 2008; 336:2-3.
2. Savarino V, Dulbecco P, de Bortoli N, Ottonello A, Savarino E. The appropriate use of proton pump inhibitors (PPIs): need for a reappraisal. *Eur J Intern Med* 2017; 37:19-24.
3. Ladd AM, Panagopoulos G, Cohen J, et al. Potential costs of inappropriate use of proton pump inhibitors. *Am J Med Sciences* 2014; 347:446-451.
4. Batuwitige BT, Kingham JGC, Morgan NE, et al. Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in primary care. *Postgrad Med J* 2007; 83:66-68.
5. Savarino V, Tosetti C, Benedetto E, Compare D, Nardone G. Appropriateness in prescribing PPIs: A position paper of the Italian Society of Gastroenterology (SIGE) - Study section "Digestive Diseases in Primary Care". *Dig Liver Dis* 2018; 50:894-902.
6. Savarino V, Di Mario F, Scarpignato C. Proton pump inhibitors in GORD. An overview of their pharmacology, efficacy and safety. *Pharmacol Res* 2009; 59:135-153.
7. Laine L, Nagar A. Long-term PPI use: balancing potential harms and documented benefits. *Am J Gastroenterol* 2016; 111:913-915.
8. Metz DC, Inadomi JM, Colin-Howden W, et al. On-demand therapy for gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:642-653.
9. Kastelein F, Spaander MC, Steyerberg EW, et al. Proton pump inhi-

bitors reduce the risk of neoplastic progression in patients with Barrett's esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11:382-388.

10. Richter JE, Penagini R, Tenca A, et al. Barrett's esophagus: proton pump inhibitors and chemoprevention II. *Ann N Y Acad Sci.* 2011; 1232:114-139.

11. Graham DY, Lew GM, Klein PD, et al. Effect of treatment of *Helicobacter pylori* infection on the long-term recurrence of gastric and duodenal ulcer – A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1992; 116:705-708.

12. Zagari RM, Romano M, Ojetti V, et al. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection in Italy: The III Working Group Consensus Report 2015. *Dig Liver Dis* 2015; 47:903-912.

13. Ford A, Delaney B, Forman D, et al. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori* positive patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2004: CD003840.

14. Gisbert JP, Calvet X. Review article: *Helicobacter pylori*-negative duodenal ulcer disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 30:791-815.

15. Bytzer P, Teglbjaerg PS; Danish Ulcer Study Group. *Helicobacter pylori*-negative duodenal ulcers: prevalence, clinical characteristics, and prognosis--results from a randomized trial with 2-year follow-up. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1409-1416

16. Howden CW, Leontiadis GI. Current indications for acid suppressants in *Helicobacter pylori*-negative ulcer disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001; 15:401-412.

17. Savarino V, Mela GS, Zentilin P, et al. Effect of one-month treatment with nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) on gastric pH of rheumatoid arthritis patients. *Dig Dis Sci.* 1998; 43:459-463.

18. Salas M, Ward A, Caro J. Are proton pump inhibitors the first choice for acute treatment of gastric ulcers? A meta-analysis of randomized clinical trials. *BMC Gastroenterol* 2002; 2:17-27.

19. Laine L. The role of proton pump inhibitors in NSAID-associated gastropathy and upper gastrointestinal symptoms. *Rev Gastroenterol Disord* 2003;3 Suppl 4:S30-39.

20. Lanas A. We are using too many PPIs, and we need to stop: A European perspective. *Am J gastroenterol* 2016; 111:1085-1086.

21. Rostom A, Dube C, Wells G, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD002296.

22. Chan FKI, Chung SCS, Suen BY, et al. Preventing recurrent upper gastrointestinal bleeding in patients with *helicobacter pylori* infection who are taking low-dose aspirin or naproxen. *New Engl J Med* 2001; 344:967-973.

23. Tran-Duy A, Vanmolkot FH, Joore MA, et al. Should patients prescribed long-term low-dose aspirin receive proton pump inhibitors? A

systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract* 2015; 69:1088-1111.

24. Metz DC, Pisegna JR, Fishbeyn VA, et al. Control of gastric acid hypersecretion in the management of patients with Zollinger-Ellison syndrome. *World J Gastroenterol* 1993; 17:468-480.

25. Durand C, Willet KC, Desilets AR. Proton pump inhibitors use in hospitalized patients: is overutilization becoming a problem? *Clin Med Insights : Gastroenterology* 2012;5:65-76.

26. Heidelbaugh JJ, Inadomi JM. Magnitude and economic impact of inappropriate use of stress ulcer prophylaxis in non-intensive care unit hospitalized patients. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:2200-2205.

27. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, et al. Gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2016; 150:1380-1392.

28. Savarino V, Mela GS, Zentilin P, et al. Circadian gastric acidity in *Helicobacter pylori* positive ulcer patients with and without gastric metaplasia in the duodenum. *Gut* 1996; 39:508-512

29. Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, et al. Effects of proton pump inhibitors on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5:178-185.

30. National Institute for Clinical Excellence. Management of dyspepsia in adults in primary care. August 2004, revised July, 2005.

31. Savarino V, Dulbecco P, Savarino E. Are proton pump inhibitors really so dangerous? *Dig Liver Dis* 2016; 48:851-859.



**LAVORO IN TEAM E TEAM TRAINING:
STRUMENTI E STRATEGIE PER FORMARE E VALUTARE
IL TEAM DELLE CURE PRIMARIE**

**ROMA
25 - 27 ottobre 2020
Centro Congressi A. Roma**



DOSAGGIO E INTEGRAZIONE DELLA VITAMINA D: FACCIAMO IL PUNTO DELLA SITUAZIONE

DOSAGE AND INTEGRATION OF VITAMIN D: LET'S TAKE STOCK OF THE SITUATION

Maso Giuseppe*, Betteto Giorgia**

* Medico di Medicina Generale; Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine; Responsabile Nazionale Area Geriatrica SIICP. ** Medico in formazione.

Correspondence to: *Giorgia Betteto, MD giorgia.betteto@gmail.com*

RIASSUNTO

La carenza di vitamina D in Italia è una condizione ampiamente diffusa che risulta essere associata allo sviluppo di osteoporosi. Questo fenomeno ha portato i medici a scegliere la supplementazione routinaria come miglior misura di prevenzione dell'ipovitaminosi e delle sue conseguenze. I dati relativi al crescente ricorso ad essa portano però a riflettere sull'impatto della possibile inappropriata prescrizione. Risulta infatti evidente una mancanza di cut off universalmente accettati per la definizione di carenza e dosaggi condivisi per la supplementazione. Inoltre, appaiono troppo deboli le indicazioni alla supplementazione indiscriminata nella popolazione sana. Questo lavoro si propone di affrontare tali criticità e proporre nuove indicazioni di uso comune per la pratica clinica del medico di medicina generale.

Parole chiave: Carenza di vitamina D; Avitaminosi; Osteoporosi; Italia.

ABSTRACT

Vitamin D deficiency in Italy is a widespread condition associated with the development of osteoporosis. This phenomenon has led doctors to choose routine supplementation as the best measure to prevent hypovitaminosis and its consequences. Data on the increasing use of it, however, can lead us to reflect on the real impact of prescription unsuitability. In fact, there is evidence of a lack of universally accepted cutoffs for the condition of deficiency and shared dosages for supplementation. Furthermore, the indications for indiscriminate supplementation in healthy people are too weak. This work aims to explore these critical issues and to suggest new indications commonly exploitable for the clinical practice of a family doctor.

Key words: Vitamin D Deficiency; Avitaminosis; Osteoporosis; Italy.

Introduzione

Nonostante l'interesse sempre maggiore dell'opinione pubblica verso il tema e la tendenza generale della comunità medica del nostro Paese ed estera ad un sempre più frequente ricorso allo screening del livello sierometrico della vitamina D e all'integrazione della stessa, è giunto il momento di interrogarci sull'effettiva importanza ed efficacia di tale provvedimento.

La vitamina D viene sintetizzata a livello cutaneo a par-

tire dal 7-deidrocolesterolo, quindi va incontro a due successive reazioni di idrossilazione (in sede rispettivamente renale ed epatica) per essere trasformata nella sua forma attiva (1,25-OH-D). La quota ingerita attraverso l'intestino viene rapidamente assorbita e trasportata, attraverso i vasi linfatici, al tessuto adiposo. Da qui, vista la sua natura particolarmente lipofila, viene rilasciata in una quota irrisoria rispetto a quella immagazzinata. Interviene principalmente sul metabolismo del calcio:

livelli insufficienti sono correlati a ridotto assorbimento intestinale, iperparatiroidismo secondario e aumentato riassorbimento osseo. L'ipovitaminosi D si manifesta come rachitismo nel paziente pediatrico e come osteomalacia nel paziente adulto. Bassi livelli di calcio sono correlati anche all'insorgenza di osteoporosi. Si tratta di una malattia sistemica caratterizzata da un calo della massa ossea e da un'alterazione della microarchitettura tissutale che esitano in un'aumentata fragilità e suscettibilità alle fratture.

Dimensioni del problema

Studi epidemiologici dimostrano come la carenza di vitamina D in Italia sia una condizione frequente. L'86% delle donne italiane sopra i 70 anni dimostra livelli insufficienti alla fine dell'inverno e dati ancora peggiori si ottengono andando a considerare pazienti istituzionalizzati o portatori di comorbidità. (1) Si parla di "paradosso scandinavo" per definire la maggior prevalenza di questa condizione nel bacino del Mediterraneo rispetto ai Paesi del Nord Europa, dove è pratica diffusa l'integrazione degli alimenti con vitamina D. Le cause dell'aumento di incidenza di questa condizione vanno ricercate nell'invecchiamento della popolazione generale (correlato a un apparato di sintesi meno efficiente), ma anche nell'obesità sempre più diffusa e nelle terapie farmacologiche (in particolare la terapia cronica con glucocorticoidi). (2) (3) Nel nostro Paese è inoltre rilevante l'associazione tra ipovitaminosi D e osteoporosi che riguarda soprattutto le donne dopo la menopausa e gli uomini in età senile. (1)

Il crescente impatto di questa condizione sulla popolazione ha portato i medici a propendere per la supplementazione routinaria come misura più efficace di prevenzione delle fratture rispetto a screening ematochimici e tecniche di imaging. Questo aumentato ricorso a tale principio attivo è testimoniato dal rapporto AIFA (Agenzia Italia del Farmaco) del 2016 sul consumo dei medicinali. Due sono i dati particolarmente significativi: dal 2006 al 2016 la spesa relativa alla vitamina D è passata da 24 a 208 milioni di euro e il colecalciferolo è

passato dal 63° posto del 2012 all'8° posto del 2016 nella classifica dei principi attivi a maggior spesa. (4) Risulta quindi inevitabile pensare che questo aumento del numero di prescrizioni del farmaco sia, almeno in parte, da imputare a casi di inappropriata prescrizione.

Il ricorso all'integrazione multivitaminica è una tendenza, diffusa a livello internazionale, che risente anche della pressione commerciale, testimoniata dalla vastità e variabilità dell'offerta di prodotti presenti nei banchi delle farmacie. Una conferma di ciò risulta arriva anche dagli Stati Uniti dove è stato registrato un aumento in termini di ricorso a supplementi multivitaminici da parte della popolazione generale adulta del 30% tra il 1988 e il 1994 e del 39% tra il 2003 e il 2006. (5)

Definizioni e cut off

Alla base di questo fenomeno c'è senza dubbio la mancanza di linee guida condivise. In effetti, come mostrato nella **tabella 1** i cut off per le condizioni di carenza e insufficienza proposti dalle società scientifiche italiane ed internazionali sono diversi. (6)

INTERPRETAZIONE			
nmol/L	ng/mL	SIOMMMS	NAM/NIH
<25	<10	Grave carenza	Carenza
25-50	10-20	Carenza	Rischio di inadeguatezza
50-75	20-30	Insufficienza	Sufficienza
75-125	30-50	Condizione desiderabile	
125-250	50-100	Possibile insorgenza di eventi avversi	Possibile
250-375	100-150	Possibile insorgenza di eventi avversi	eccesso di eventi avversi
>375	>150	Intossicazione	

Tab. 1

La SIOMMMS (Società Italiana dell'Osteoporosi, del Metabolismo Minerale, delle Malattie dello Scheletro) propone, per la definizione di carenza, livelli inferiori a 20ng/ml e dosaggi più alti per l'integrazione rispetto alle altre società citate. Viene infatti consigliata, per i pazienti risultati carenti, la somministrazione di una dose

d'attacco compresa tra le 400000 e le 600000 UI nell'arco di otto settimane, seguita da una dose di mantenimento compresa tra le 1000 e le 4000 UI giornaliere. È inoltre suggerita, a scopo preventivo, l'assunzione dell'integrazione anche alla popolazione anziana e alle donne in post-menopausa. La definizione dei livelli di carenza e insufficienza deriva tuttavia dall'osservazione di indicatori indiretti (in particolare, assorbimento intestinale e livelli di PTH circolanti). Inoltre, l'indicazione alla supplementazione finalizzata alla riduzione del rischio di fratture, del rischio di cadute o al miglioramento della performance fisica, non sembra supportata da sufficienti evidenze scientifiche.

Al contrario, la NAM (National Academy of Medicine, USA) considera adeguati al mantenimento di una massa ossea normale valori di 25-OH-D superiori a 20 ng/ml. La carenza invece si configura, secondo la società americana, solo quando il livello scende al di sotto dei 12 ng/ml. All'interno dell'intervallo compreso tra 12 e 20 ng/ml il paziente è a rischio di sviluppare una condizione di carenza e quindi l'indicazione alla supplementazione va ponderata in base alle comorbilità, e quindi ai fattori di rischio per l'osteoporosi, che egli presenta. La stessa NAM stabilisce i dietary reference intake a 600 UI per i pazienti con meno di 70 anni e a 800 UI per i pazienti più anziani.(7) Il limite massimo di tollerabilità giornaliera risulta essere pari a 4000 UI. Intake superiori infatti si accompagnano ad effetti avversi non trascurabili. Ipercalcemia e ipercalcemia devono essere considerati come segno spia di eccessiva supplementazione che si accompagna a tossicità renale (in particolare nefrolitiasi), ipercalcemia e calcificazioni vascolari e a carico dei tessuti molli.(8)

Dal confronto tra i due approcci (FIGURA 1) risulta che in Italia viene sottoposta a trattamento una quota importante della popolazione senza che ne sia stata attentamente valutata l'effettiva necessità, secondo i fattori di rischio individuali. Questi pazienti vengono inoltre esposti all'insorgenza di effetti avversi. In conclusione, la valutazione dei costi e dei benefici di questa scelta appare sfavorevole.

A supporto di più bassi valori di riferimento, va inoltre considerato che una sufficiente esposizione solare a livello di viso, braccia, gambe o schiena, tale da produrre una carnagione rosa chiaro, equivale all'assunzione orale di 20000 UI di vitamina D. (9)

Anche la USPSTF (United States Preventive Services Task Force) si esprime contro la supplementazione con vitamina D (anche in combinazione alla somministrazione di calcio) nella popolazione adulta asintomatica non istituzionalizzata (cioè uomini e donne in premenopausa). Appaiono infatti non sufficienti le evidenze a supporto dei suoi benefici in termini di prevenzione delle fratture le quali invece trovano come principale fattore di rischio, e quindi potenziale bersaglio di efficaci attività di prevenzione, le cadute a terra.(10)

Una review pubblicata dalla Cochrane Collaboration mette in evidenza come non ci sia indicazione alla supplementazione di vitamina D per migliorare la densità minerale ossea nemmeno nella popolazione pediatrica sana. Risulta invece meritevole di ulteriori approfondimenti la potenziale utilità clinica della stessa nei bambini che mostrano livelli carenziali, correlati all'insorgenza di rachitismo (le cui potenziali complicanze sono rappresentate, ad esempio, da crisi epilettiche e cardiomiopatia). Un basso valore di densità minerale ossea è il principale fattore di rischio per lo sviluppo, in età adulta, di osteoporosi ed è funzione del picco di massa ossea (di cui il 90% si forma prima dei diciotto anni) e della successiva perdita. (11)

Un'ulteriore criticità che contribuisce alla mancanza di valori di riferimento universalmente accettati è rappresentata dal fatto che gli studi attraverso i quali questi dati vengono prodotti non sono stati condotti sulla popolazione sana, bensì su specifiche categorie di pazienti portatori di condizioni morbose che rappresentano di per sé un fattore di rischio. Nella popolazione generale invece, è stata smentita l'associazione tra la supplementazione della vitamina D e la riduzione del rischio di cardiopatia ischemica, accidenti cerebrovascolari o cancro. In particolare, l'associazione con la patologia neoplastica era sostenuta soprattutto da studi preclinici

e tali risultati erano frutto di analisi post-hoc, metanalisi e end-point secondari. (12) Non sembra inoltre avere alcun effetto significativamente positivo sulle malattie croniche non scheletriche, in particolare asma, BPCO, depressione, diabete mellito, sindrome da affaticamento cronico, insufficienza cardiaca, ipertensione e corteo sintomatologico post-menopausale. Due trial clinici randomizzati-controllati (in doppio cieco, farmaco versus placebo), pubblicati su JAMA, hanno inoltre smentito l'effetto positivo della supplementazione di vitamina D anche nei pazienti affetti da osteoartrite, mettendo in evidenza come il ricorso a tale terapia in realtà non si accompagna ad un miglioramento del decorso della patologia né da un punto di vista clinico (in termini di riduzione del dolore) né da un punto di vista radiologico (in termini di aumento dello spessore della cartilagine articolare). (13) (14)

Quanto al dosaggio del livello sierolemico della vitamina D, siamo nuovamente di fronte alla mancanza di riferimenti chiari e universali. Le evidenze a supporto dello screening nella popolazione generale sono insufficienti. Sun et al. hanno dimostrato, attraverso tre diversi metodi di randomizzazione mendeliana, come, nella popolazione generale asintomatica europea, non ci sia correlazione tra i livelli sierolemici di vitamina D e la densità minerale ossea, parametro utilizzato per la diagnosi di osteoporosi. Diretta conseguenza è che la supplementazione di calcio e vitamina D non si accompagna a minor rischio di osteoporosi e di fratture. Va tuttavia tenuto presente che tali risultati non possono essere estesi a pazienti con osteoporosi, storia di fratture o basso introito di vitamina D. (15)

Conclusioni

Alla luce di quanto affermato finora appare opportuno un adeguamento della pratica clinica. L'adozione dei valori di riferimento statunitensi permetterebbe un uso più razionale della supplementazione che ridurrebbe l'incidenza degli effetti avversi ed eviterebbe inutili sprechi di risorse per il sistema sanitario nazionale. **Figura 1**

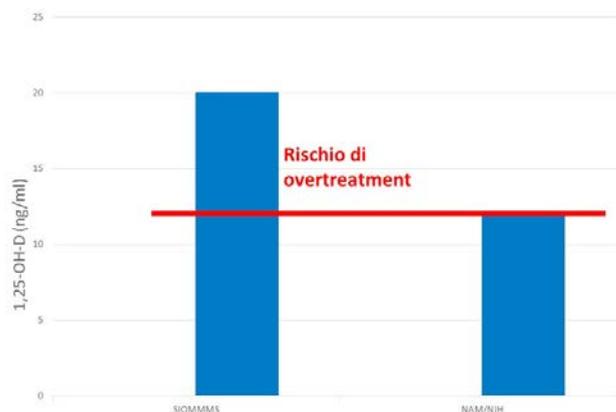


Fig 1

C'è quindi sempre l'indicazione al trattamento di pazienti che mostrano livelli sierolemici di vitamina D inferiori ai 12 ng/ml, considerati inadeguati.

Per coloro i quali mostrano valori compresi tra 12 e 20 ng/ml andrebbero valutati i fattori di rischio per osteoporosi e di fratture. Tra questi troviamo: bassa densità minerale ossea, storia di cadute (dal 10 al 15% delle cadute esitano in frattura e, viceversa, quasi tutte le fratture dell'anca sono correlate a caduta (16)), sesso femminile, menopausa, abitudine al fumo, utilizzo cronico di glucocorticoidi e di altri farmaci in grado di alterare il metabolismo osseo (i.e. inibitori dell'aromatasi). (17) (18) (19)

Non andrebbero assolutamente trattati, invece, i pazienti che presentano un livello di vitamina D superiore a 20 ng/ml poiché tali valori rappresentano un indice di adeguata acquisizione della stessa.

Al medico, e in particolare al medico di famiglia, rimane comunque il compito di focalizzare l'attenzione del paziente sulla necessità, prima ma anche durante l'eventuale trattamento, di un corretto stile di vita. La prevenzione primaria infatti risulta essere la migliore arma a disposizione: è importante perciò sensibilizzare il paziente ad una dieta varia e bilanciata, un livello di attività fisica anche moderato ma costante e una sufficiente esposizione solare.

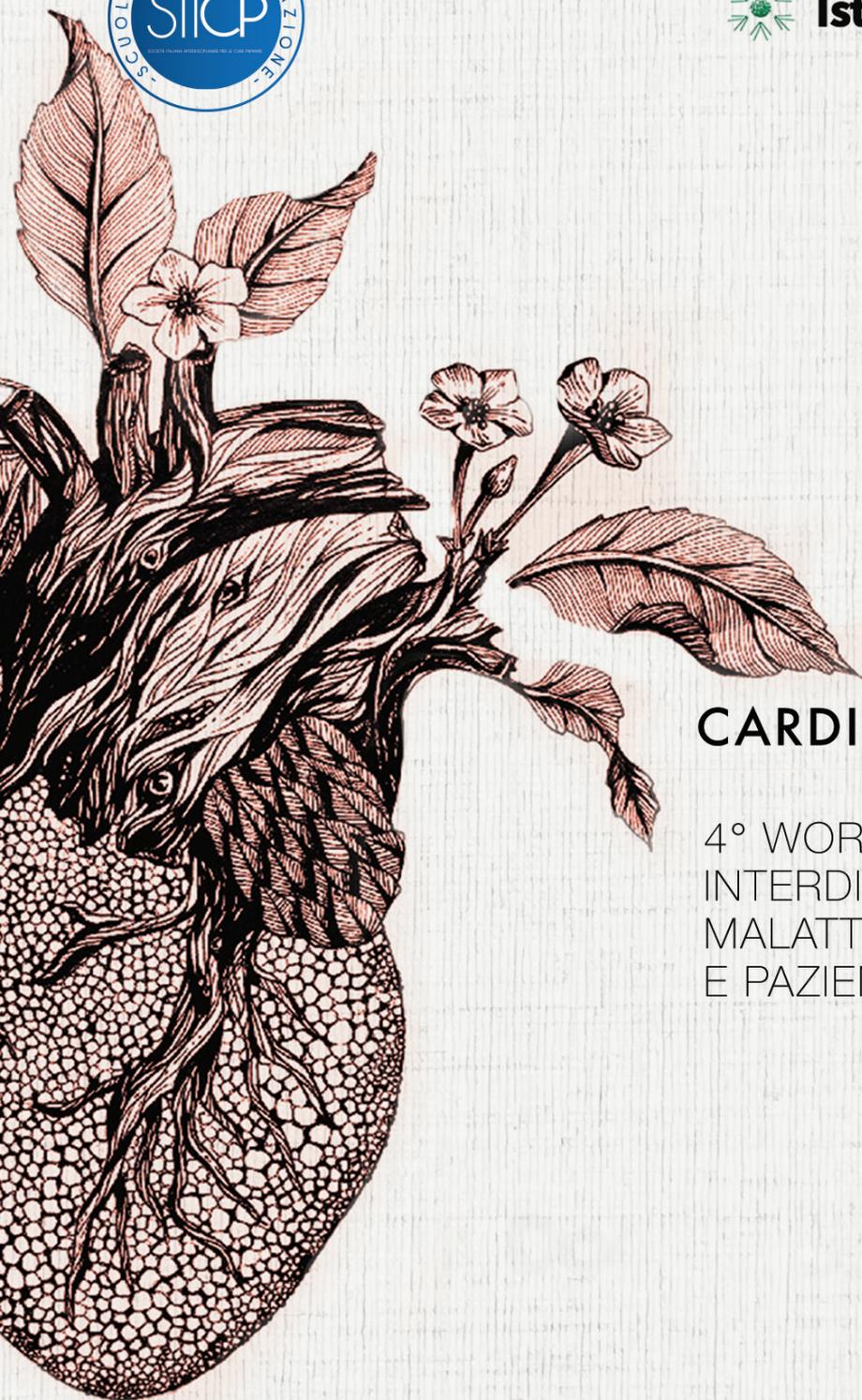
Bibliografia

1. Isaia G, Giorgino R, Rini GB, et al. "Prevalence of hypovitaminosis"

- sis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors". *Osteoporos Int* 2003; 14: 577-582.
2. Bendik I, Friedel A, Roos FF, et al. "Vitamin D: a critical and essential micronutrient for human health". *Front Physiol* 2014; 5: 248.
 3. Bikle DD. "Vitamin D metabolism, mechanism of action, and clinical applications". *Chem Biol* 2014; 21: 319-329.
 4. AIFA, "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali: L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2016". Roma, 2016.
 5. Gahce J, et al. "Dietary supplements use among US adults has increased since NHANES III", *NCHS Data Brief* 2011; 1-8.
 6. D'Alò GL, Ciabattini M, Da Cas R, Traversa G. "Somministrazione di vitamina D per la prevenzione dell'osteoporosi: una scelta basata sull'evidenza?" *EpiCentro*, 2018.
 7. LeFevre ML, LeFevre NM. "Vitamin D Screening and Supplementation in Community-Dwelling Adults: Common Questions and Answers". *American Family Physician* 2018; 97(4).
 8. Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB; Committee to Review Dietary Intakes for Vitamin D and Calcium; Institute of Medicine. "Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D". National Academies Press, 2011.
 9. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, et al. "Evaluation, treatment and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline". *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 97(7): 1911-1930.
 10. USPSTF. "Vitamin D, calcium or combined supplementation for the primary prevention of fractures in community-dwelling older adults: recommendation statements". *American Family Physician* 2018; 98(4).
 11. Winzenberg TM, Powell S, Shaw KA, Jones G. "Vitamin D supplementation for improving bone mineral density in children (Review)". *Evid-Based Child Health* 2011; 7(1): 294-386.
 12. Minisola S, Ferrone F, Danese V, Cecchetti V, Pepe J, Cipriani C, Colangelo L. "Controversies surrounding vitamin D: focus on supplementation and cancer". *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 189.
 13. McAlidon T, LaValley M, Schneider E et al. "Effect of vitamin D supplementation on progression of knee pain and cartilage volume loss in patients with symptomatic knee osteoarthritis: a randomized control trial". *JAMA* 2013; 309 (2): 155-162.
 14. Jin X, Jones G, Cicuttini F, et al. "Effect of vitamin D supplementation on tibial cartilage volume and knee pain among patients with symptomatic knee osteoarthritis: a randomized clinical trial". *JAMA* 2016; 315(10): 1005-1013.
 15. Sun J, Zhao M, Hou Y, Zhang C, Oh J, Sun Z, Sun B. "Circulating serum vitamin D levels and total body bone mineral density: A Mendelian randomization study". *J Cell Mol Med* 2019; 1-4.
 16. Parkkari J, Kannus P, Palvanem M et al. "Majority of hip fractures occur as a result of a fall and impact on the greater trochanter of the femur: a prospective controlled hip fracture study with 206 consecutive patients". *Calcif Tissue Int* 1999; 65(3): 183-187.
 17. Robbins J, Aragaki AK, Kooperberg C, et al. "Factors associated with 5-year risk of hip fracture in postmenopausal women". *JAMA* 2007; 298(2): 2389-2398.
 18. Vondracek SF, Hansen LB, McDermott MT. "Osteoporosis risk in premenopausal women". *Pharmacotherapy* 2009; 29(3): 305-317
 19. Olszynski WP, Shawn Davison K, Adachi JD, et al. "Osteoporosis in men: epidemiology, diagnosis, prevention and treatment". *Clin Ther* 2004; 26(1): 15-28.



Istituto Tumori Bari | "Giovanni Paolo II"
I.R.C.C.S.



96

CARDIONCOLOGIA 2020

4° WORKSHOP DI FORMAZIONE
INTERDISCIPLINARE
MALATTIE CARDIOVASCOLARI
E PAZIENTE ONCOLOGICO

PRESIDENTE
Stefano Oliva

COMITATO SCIENTIFICO
Vincenzo Contursi
Agnese Maria Fioretti
Roberta Villoni

Bari 11-12 Dicembre 2020

MIGLIORARE LA COMPLIANCE CON IL TEACH BACK METHOD

IMPROVE COMPLIANCE WITH TEACH BACK METHOD

Bonaldo Serena*, Maso Giuseppe**

* infermiera

** medico di famiglia, prof. Di Medicina di Famiglia, Università di Udine

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

RIASSUNTO

Lo studio riporta l'esperienza dell'applicazione del teach-back method in ambito ambulatoriale presso lo studio di un medico di famiglia nella provincia di Venezia. L'applicazione del metodo, che consiste nel far ripetere al paziente i concetti chiave emersi nella visita, consente al professionista di evitare errori e al paziente di aumentare consapevolezza e conoscenza della propria condizione.

Parole chiave: educazione del paziente, educazione sanitaria, Teach-back.

ABSTRACT

This report talks about the adoption of the “teach back method” in general practice, at the surgery of a family physician next to Venice, in Italy. This method is used by healthcare providers to confirm whether a patient (or care takers) understands what is being explained to them, since if patients understand, they are able to repeat or “teach-back” the information accurately. This method allows the healthcare providers to avoid mistakes and misunderstandings and patients to improve their empowerment, engagement and awareness.

Key words: patient education, health education, Teach-back.

Introduzione

Sappiamo bene come, tra medico e paziente, sia necessaria una comunicazione efficace per evitare che la maggior parte delle informazioni trasmesse durante un colloquio vengano dimenticate nel giro di poco tempo. Uno dei metodi utilizzati per raggiungere questo scopo è il Teach Back Method.

Questo metodo consiste nel far ripetere al paziente, con parole proprie, quanto appena spiegato per testarne l'apprendimento, verificare l'efficacia della comunicazione e apportare le eventuali correzioni alle informazioni risultate inaccurate. La comprensione del paziente è confermata quando è in grado di ripetere correttamente quan-

to appena detto dal professionista.

Per far ciò il professionista deve attuare delle semplici “domande guida” seguendo un semplice percorso:

1. mettere il paziente a proprio agio.
2. verificare la comprensione con frasi aperte come: “mi aiuti a capire se le ho detto tutto”, “vediamo se sono stato chiaro, cosa dirà a suo marito?”, “spiego queste cose molto spesso, voglio essere sicuro di non aver dimenticato nulla, per cui le va di spiegarmi che cosa farà da domani?”.
3. dopo aver ascoltato il paziente correggere immediatamente i punti della spiegazione che risulteranno essere meno accurati.

L'utilizzo del Teach Back Method ha molti effetti positivi, comporta una miglior conoscenza della propria patologia, una maggior capacità di auto-gestione e un aumento nell'aderenza ai trattamenti anche nelle patologie croniche. (2) (3)

Obiettivo

L'obiettivo del nostro lavoro è di verificare come l'utilizzo del Teach Back Method possa migliorare la comunicazione professionista sanitario-paziente ed aumentare l'aderenza dei pazienti ai trattamenti.

Materiali e Metodi

Per rilevare il livello di comprensione, delle informazioni ricevute, abbiamo utilizzato un questionario prima e dopo l'applicazione del Teach Back Method nei pazienti di uno studio di un medico di famiglia nella provincia di Venezia. Il questionario è stato somministrato nel mese di agosto e settembre 2018, nei giorni e negli orari di apertura dell'ambulatorio.

Lo strumento utilizzato

Per la raccolta dati è stato utilizzato uno strumento di misurazione soggettiva (allegato 1), che comprendeva due tabelle contenenti le tre variabili analizzate (cambiamenti nella terapia, cambiamenti nello stile di vita

e ulteriori accertamenti da effettuare) a cui, a seconda dell'argomento trattato durante il colloquio con il medico, doveva essere attribuito un punteggio su scala Likert 1 – 5 (dove 1 corrispondeva a “nulla” e 5 a “tutto”), in merito al grado di comprensione percepito dal paziente. La prima tabella è stata compilata immediatamente dopo la visita ed il colloquio con il medico, mentre, la seconda, è stata compilata successivamente all'utilizzo del Teach Back Method.

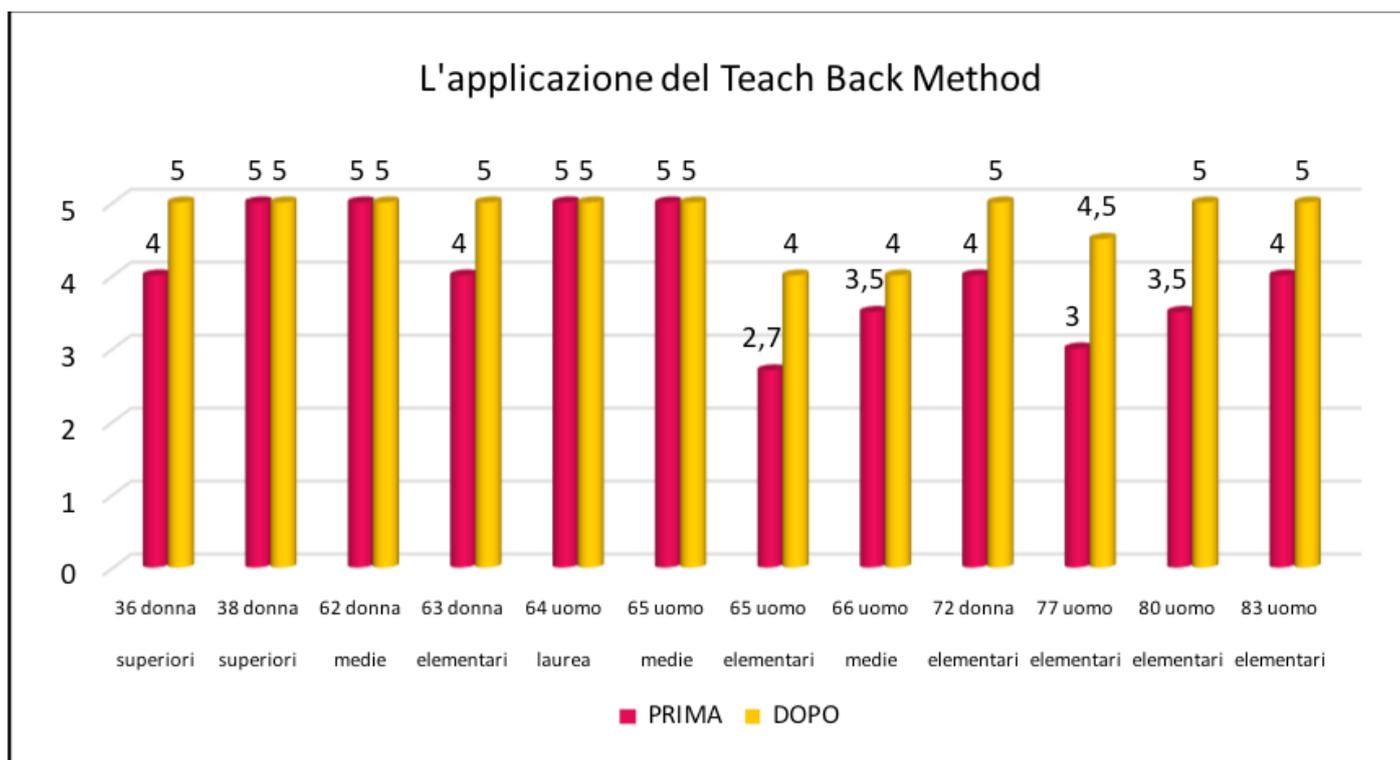
I punteggi ottenuti da ciascun paziente sia nel “prima” che nel “dopo” l'applicazione del metodo, sono stati ottenuti calcolando la media aritmetica fra i valori indicati nelle diverse variabili analizzate, in modo tale da ottenere un singolo valore di riferimento compreso fra 1 e 5 con lo scopo

di confrontare, per ciascun paziente, i rispettivi punteggi “prima” e “dopo” l'applicazione del metodo per determinare se questo ha comportato un aumento del punteggio e quindi un incremento nella comprensione delle informazioni trasmesse.

Risultati

Il campione

Il campione preso in esame era costituito da 12 pazienti, 7 uomini e 5 donne, suddivisi secondo le seguenti fasce



di età: 18-40 anni (16.7%), 41-64 anni (25%) e >65 anni (58.3%).

L'applicazione del Teach Back Method

Nella **figura 1** si evidenziano i punteggi “prima” e “dopo” l'applicazione del metodo, in correlazione con l'età e il titolo di studio. Per quanto riguarda i punteggi, ad eccezione dei quattro casi in cui si è verificata una parità di punteggio fra “prima” e “dopo”, il Teach Back Method si è dimostrato efficace evidenziando un netto miglioramento dopo l'applicazione con un punteggio medio di differenza di 1.1 punti in più.

I punteggi ottenuti sono poi stati correlati alle variabili età e titolo di studio. Nei 5 pazienti di età compresa fra i 36 anni e i 64 anni, i cui titoli di studio risultano essere più elevati, il grado di comprensione iniziale dichiarato è stato molto alto con una media di 4.6 punti. Al contrario, nei 7 pazienti over 65, i cui titoli di studio sono di grado inferiore, il grado di comprensione iniziale dichiarato è stato inferiore (ad eccezione di un caso), con una media di 3.7 punti.

Conclusioni

Il personale sanitario molto spesso sovrastima le abilità di alfabetizzazione sanitaria dei pazienti, pensando che le informazioni date siano state comprese completamente. Utilizzare il Teach Back, nella pratica clinica garantisce una miglior compliance al paziente. (2)

Questo metodo è semplice da utilizzare, è applicabile in tutti contesti e da qualsiasi professionista sanitario, richiede pochi minuti, non incide sui tempi di lavoro del professionista, riduce il rischio di errore, permette di evidenziare alcuni punti chiave della spiegazione e aumenta l'aderenza ai trattamenti.

Bibliografia

1. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* 2015; 92(2):118-24.
2. Ha Dinh TT, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic re-

view. *JBI Database System Reviews and Implementation Reports* 2016; 14(1):210-47.

3. Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(7):1079-1086.

**Congresso
Regionale SIICP**



6°

Puglia

PRESIDENTI

Giuseppe Maso

Presidente Nazionale SIICP

Michele Tondo

Coordinatore Regionale SIICP Puglia

**OTRANTO (LE) 16-17 Ottobre 2020
HOTEL DEGLI HAETHEY**

SCREENING TRASVERSALE DI CORTE PER IPERTENSIONE ARTERIOSA (IA), SOVRAPPESO/OBESITÀ E ALTERAZIONI URINARIE NEGLI ADOLESCENTI. LE BASI PER IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELL'ADULTO

SCREENING OF COURT FOR HYPERTENSION, OVERWEIGHT/OBESITY AND URINARY ABNORMALITIES IN ADOLESCENTS. THE BASIS FOR CARDIOVASCULAR RISK IN ADULTS.

Colucci G, Colucci E, Colucci V, Zamparella M, Robusto F, Nacchiero E, Iacovazzo P, Pasquali F, Minardi M, Amati L.
Working Group of the Italian Interdisciplinary Society of Primary Care (SIICP)

Correspondence to: Giovanni Colucci, MD giovanni.colucci@siicp.it

RIASSUNTO

La prevalenza di ipertensione e obesità in bambini e adolescenti è in continuo aumento nella maggior parte dei Paesi ad alto e medio reddito. Poiché l'adiposità è considerata un fattore di rischio cardiovascolare, è stata valutata l'associazione dell'ipertensione arteriosa con la distribuzione del grasso corporeo e le alterazioni della funzionalità renale in bambini e adolescenti.

Parole chiave: Ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, alterazioni urinarie, rischio cardiovascolare

ABSTRACT

The prevalence of hypertension and obesity in children and adolescents is increasing in most countries with high and middle income countries. Adiposity is considered a driving force for cardiovascular disease, so we examined whether high blood pressure was associated with body fat distribution and renal impairment (microalbuminuria and microscopic hematuria) in children and adolescents.

Key words: Hypertension, overweight / obesity, urinary abnormalities, cardiovascular risk.

Introduzione

L'obesità infantile ha conseguenze importanti per la salute e il benessere, sia durante l'infanzia sia anche nella successiva vita adulta. Combatterla rappresenta una sfida per la salute pubblica sia nei Paesi sviluppati che in via di sviluppo in quanto aumenta il peso delle malattie croniche non trasmissibili. Nel primo decennio di questo secolo, nei Paesi sviluppati, fino al 28% dei bambini in età scolare e il 12% dei bambini in età prescolare sono risultati in sovrappeso od obesi. La task-force internazionale ha definito l'obesità infantile come una crisi glo-

bale della salute pubblica [1]. È infatti fortemente associata a ipertensione arteriosa (IA) e diabete mellito di tipo II (DMII), a loro volta causa di malattia renale allo stadio terminale (ESRD). Tali condizioni hanno registrato un importante aumento di prevalenza in concerto con l'aumentata diffusione dell'obesità nei bambini.

Il National Institute of Health (NIH - USA) ha definito l'adulto sottopeso se ha un BMI di <18.5, normopeso se è compreso tra 18.5 e 24.9, sovrappeso se è compreso 25 e 29,9 e obeso quando supera i 30. Per quanto riguarda invece l'età infantile invece, secondo il CDC (Center for

Disease Control and Prevention), sovrappeso e obesità sono definite come valori che superano rispettivamente l'85° e il 95° percentile sulle tabelle di crescita del 2000 [6]. I dati NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) hanno dimostrato un raddoppio della prevalenza di bambini con BMI > 85° percentile dal 1999 al 2004. Più recentemente la prevalenza di un alto indice di massa corporea nella popolazione con meno di 19 anni è risultata stabile: il 10% di neonati e nei bambini < 2 anni e il 17% dei soggetti di età compresa tra 2 e 19 anni supera il 95° percentile e il 32% supera l'85° percentile relativo al BMI corretto per l'età [7,8]. Al Congresso ESC (European Society of Cardiology) del 2014 il professor Peter Schwandt (Germania) ha presentato lo studio PEP (Prevention Education Program - Family Heart Study) che comprendeva 22.051 bambini ed adolescenti. I ricercatori hanno dimostrato che rispetto a bambini e adolescenti di peso normale, il rischio di pre-ipertensione era significativamente più alto in quelli con un elevato BMI, in particolare nei soggetti di sesso maschile rispetto al sesso femminile (OR 1,6 e 1,8, rispettivamente) ed obesi rispetto ai normopeso (OR 2,4 e OR 3,3, rispettivamente). Le associazioni significative erano ancora più forti per il rischio di IA. Nei ragazzi obesi l'OR era 5,9 e nelle ragazze obese 4,3.

The Olaf Study Group (coorte di 14.266 soggetti) ha dimostrato correlazione tra pressione arteriosa sistolica e circonferenza vita. Studi recenti definiscono l'obesità come fattore di rischio indipendente per la malattia renale cronica (CKD) nei bambini. In un centro terziario in Canada per un periodo di due decenni, adolescenti con malattia renale hanno dimostrato BMI nettamente superiori rispetto alla popolazione normale. Inoltre Pantoja, Zuzuárregui et al [14] hanno dimostrato che i bambini obesi hanno reni di dimensioni maggiori rispetto ai pazienti di peso normale. La correlazione tra malattia renale cronica e obesità risulta indipendente dall'ipertensione. Bonnet et al [16] hanno dimostrato che un eccessivo peso corporeo è un nuovo fattore di rischio indipendente per la progressione clinica e patologica in nefriti da IgA. È stato inoltre dimostrato che

l'obesità influisce in modo indipendente nella progressione dell'insufficienza renale cronica, ad esempio in pazienti con agenesia renale monolaterale [17] o dopo nefrectomia unilaterale [18]. È associata a iperfiltrazione glomerulare e ipertensione. La glomerulopatia correlata ad obesità (ORG) è clinicamente caratterizzata da proteinuria moderata, edema minimo, elevati livelli di colesterolo sierico e bassi livelli di albumina sierica. [20]. Si tratta di una forma secondaria di glomerulosclerosi focale segmentale (GSFS). Cohen ha descritto un aumento del volume glomerulare nella zona del mesangio con ipercellularità lieve nei pazienti obesi, e queste caratteristiche sono state trovate anche in bambini di 3 anni [22]. I bambini obesi hanno reni più grandi in cui si registra un aumento del flusso sanguigno rispetto a individui di peso normale di uguale età.

L'aumento di peso in eccesso sembra quindi essere un fattore di rischio per la malattia renale cronica e ipertensione. I potenziali meccanismi riguardano l'insulino-resistenza, l'infiammazione, renina-angiotensina-aldosterone renali iperattività, e simpatica iperattività del sistema nervoso. Una maggiore consapevolezza è necessaria per la diagnosi precoce e l'attuazione di misure di prevenzione e di trattamento.

Obiettivi

Lo scopo di questo studio è descrivere il profilo epidemiologico di sovrappeso e obesità nella popolazione studiata. Attraverso la valutazione di pressione arteriosa, BMI e circonferenza vita si mira a definire la proporzione di soggetti ad aumentato rischio cardiovascolare. Lo studio si propone inoltre di individuare i soggetti affetti da alterazioni urinarie (microematuria e alterazione del rapporto albuminuria/proteinuria) e dimostrarne la correlazione a S/O e IA. Infine si mira alla descrizione delle abitudini in termini di sedentarietà e alimentazione della popolazione pediatrica studiata.

Materiali e Metodi

È stata valutata una popolazione di adolescenti residenti nel Comune di Martina Franca afferenti alle scuole ele-

mentari. Sono stati arruolati 935 adolescenti, maschi 432 (46.2%) e femmine 503 (53.8%). Ad ogni partecipante è stato dato un questionario, compilato dai genitori, per il trattamento dei dati e uno, a cura dello studente, costituito da tredici domande (item) a risposta multipla. I dati raccolti sono stati elaborati mediante il software SPSS. Sono stati esclusi dall'elaborazione statistica tutti i casi che non avevano risposto in maniera completa alle domande del questionario e/o che non avevano voluto sottoporsi all'analisi antropometrica e/o i cui genitori non avevano firmato il consenso informato. Il questionario, oltre alle informazioni anagrafiche standard (età, sesso, comune di residenza, classe scolastica), prevedeva domande a risposta multipla sulle abitudini alimentari e lo stile di vita. In particolare, sono state raccolte informazioni sulla distribuzione abituale dei pasti durante la giornata, la frequenza di assunzione dei diversi alimenti, le modalità di gestione del tempo libero extrascolastico. Di ogni ragazzo sono stati rilevati il peso, misurato con abbigliamento essenziale e usando bilancia Healthometer professional, l'altezza, rilevata a piedi nudi tenendo le scapole accostate alla parete, con braccia parallele al tronco e con capo eretto, e la circonferenza vita. In tutti i pazienti è stato calcolato l'indice di massa corporea (BMI), in accordo alle International Obesity Task Force (IOTF) Recommendations. In base ad esso ogni soggetto è stato classificato come sottopeso (SP), normopeso (N) sovrappeso (S), obeso (O) secondo cut-off specifici per età e sesso elaborati da Cole. Per ogni partecipante sono stati inoltre raccolti dati relativi a pressione arteriosa (con specifici bracciali raccomandati dalle linee guida) e circonferenza della vita (WC). È stato infine eseguito un esame delle urine a fresco in cui è stata valutata la presenza di microematuria e microalbuminuria nella prima minzione. Il campione è stato raccolto a casa in un contenitore sterile ed esaminato con strisce reattive. In caso di positività è stata praticata l'analisi di un secondo campione raccolto dopo due giorni di astensione dall'attività fisica.

Risultati

Sono stati arruolati 935 bambini residenti nel comune di Martina Franca dal 1.4.2013 al 30.4.2013. L'età media in anni era di 9,48 (SD=1.02) e l'età mediana di 9,52 (minimo 6.51 – massimo 12.05), dove la popolazione maggiormente espressa era di 10 anni (30.48%). Secondo la classificazione di Cole la percentuale di sovrappeso/obesità era maggiormente espressa nei maschi (43.28%), mentre il sottopeso era maggiormente espresso nelle femmine (7.16%). La popolazione totale era così composta: sottopeso 5.24%, normopeso 56.79%, sovrappeso 25.56% e obesi 12.41%. Soggetti in sovrappeso e obesi rappresentavano complessivamente il 37.97% (TABELLA 1). In una regressione logistica multivariata, il sesso maschile è risultato indipendentemente associato a sovrappeso/obesità: sesso M, OR: 1.517, CI: 1.163 – 1.979, $p < 0.01$. L'obesità addominale è stata definita come circonferenza vita superiore al 95° percentile corretto per sesso ed età e ha dimostrato una prevalenza del 40.05% nei maschi (173M) e del 36.58% nelle femmine (184F). Abbiamo confrontato la distribuzione della circonferenza vita nella coorte tra SP/N e S/O: obesità addominale: S/O (11.3%) mentre SP/N (82.54%) nel secondo gruppo era maggiormente espresso la WC, statisticamente abbiamo applicato il test del Chiquadro con $p < 0.001$ e confrontato il test della sensibilità = $516/578 = 89.23\%$ con la specificità = 82.07%. Correlava perfettamente. I dati relativi alla pressione arteriosa rilevata al braccio sinistro sono stati i seguenti: stadio pre-ipertensivo 48 (N: 3.20%; S: 7.11%; O: 12.07%), ipertensione 17 (N: 0.94%; S: 2.51%; O: 5.17%); ipertensione conclamata 5 (N: 0.19%; S: 0.42%; O: 2.59%) (TABELLA 2). Dei 48 bambini in stadio pre-ipertensivo 31 erano S/O e 17 N. Per quanto riguarda invece la pressione arteriosa misurata al braccio destro: stato preipertensivo 51 (N: 3.39%; S: 9.21%; O: 9.48%); ipertesi 24 (N: 0.75%; S: 2.51%; O: 3.45%); ipertensione conclamata 7 (N: 0.56%; O: 3.45%). In una regressione logistica corretta per età e sesso, l'essere in sovrappeso/obesi ha presentato un rischio 5 volte superiore di presentare ipertensione arteriosa (OR maschi S/O: 5.041; CI: 2.325-10.931; $p < 0.01$) e un rischio

3.46 volte superiore di presentare uno stato pre-ipertensivo (OR maschi S/O: 3.469; CI: 1.943-6.194; $p < 0.001$) rispetto all'essere normopeso/sottopeso (TABELLA 3). Appare interessante sottolineare che l'età è risultata essere un fattore indipendente per lo sviluppo di stati pre-ipertensivi, potendo suggerire un incremento del rischio a partire dai 10 anni. La presenza di microematuria e/o microalbuminuria è stata dimostrata nel 5.35% del campione in analisi. Mettendole in correlazione con sesso, età, S/O e IA sono emersi i seguenti dati: età (OR: 1.884; CI: 1.378-2.576; $p < 0.001$) e IA (OR: 4.946; CI: 1.838-13.314; $p < 0.01$) hanno dimostrato una correlazione con la presenza di microalbuminuria; inoltre età (OR: 2.055; CI: 1.652-2.556; $p < 0.001$) e IA (OR: 2.430; CI: 1.025-5.756; $p < 0.05$) hanno dimostrato una correlazione anche con la presenza di microematuria. Utilizzando una regressione logistica multivariata inoltre, IA è risultata in correlazione con WC (OR: 3.720; CI: 1.237-11.188; $p < 0.02$) e non con S/O. Non c'è alcuna correlazione tra l'essere in sovrappeso/obesità e fare merenda (OR: 0.29; CI: 0.570-1.484; $p < 0.73$), spuntino (OR: 1.371; CI: 0.735-2.635; $p < 0.31$) o colazione (OR: 0.677; CI: 0.398-1.151; $p < 0.15$). L'attività fisica sembra avere un effetto protettivo rispetto all'insorgenza di sovrappeso e obesità solo se di durata superiore alle 4 ore settimanali (OR: 0.457; CI: 0.247-0.844; $p < 0.02$), senza alcuna correlazione con il tipo specifico di attività (calcio, pallavolo, basket, nuoto, calcetto, bici, arti marziali, ginnastica-ballo). Non è stata evidenziata alcuna correlazione statisticamente significativa tra S/O e assunzione di bevande a base di fruttosio.

Discussione

Rispetto agli obiettivi posti in fase di progettazione dello studio, è possibile trarre alcune conclusioni:

Obiettivi a) In Europa la prevalenza S/O nei bambini di età compresa tra 7-11 anni, è risultata tra 10-35%. I dati mostrano una tendenza all'aumento anche in Paesi con prevalenze basse come Francia, Norvegia e Paesi Bassi. In particolare in Francia la prevalenza è passata dal 3% al 16% dal 1960 al 2000 e in Polonia dal 8% al 18% dal

1994 al 2000. In Ungheria risulta che il 20% degli adolescenti tra 11-14 sono obesi di cui 6% soffrono di IA. La prevalenza di S/O in Paesi quali isola di Malta, Portogallo e Italia riporta valori superiori a 30%. In Italia il 4% dei bambini e adolescenti tra 6-17 anni risulta obeso e il 20% in sovrappeso. La fascia maggiormente colpita è quella compresa tra 6-13 anni, soprattutto i maschi rispetto alle femmine. La regione con il più alto numero di bambini obesi è la Campania (36%), mentre il valore più basso si registra in Valle d'Aosta 14.3%. Appare evidente un gradiente dal Nord al Sud. È stata pubblicata una metanalisi di 25 studi (2012) (3) con l'obiettivo di ottenere dati affidabili da indagini recenti (pubblicazioni comprese tra gennaio 2000 e settembre 2010) condotte in Italia per prevalenza di S/O tra 6 e 11 anni. I valori più alti sono stati registrati nel Sud Italia (S: 25,6%, IC95%: 24,8-26,3; O: 15,2%, IC95% 13-17,5), mentre valori più bassi sono emersi per l'Italia centrale (S: 22,6%, IC 95% 21-24,1; O: 9,3%, IC95% 7,9-10,7) e ancora minori per il Nord Italia (S: 21%, IC95% 19,6-22,3; O: 8,2 %, IC95% 6,8-9,7). Nella nostra corte il 25.56% era in S e il 12.41% era obeso; il sesso M (OR: 1.517, CI: 1.163 - 1.979, $p < 0.01$) era fattore indipendente.

Obiettivo b) Una metanalisi di 63 studi, su 49.220 bambini, hanno riportato un peggioramento del rischio cardiovascolare nei soggetti S/O rispetto ai bambini normopeso. La pressione sistolica era più alta di 4.54 mmHg nei bambini in sovrappeso (99% intervallo di confidenza da 2.44 a 6.64; $n=12.169$, otto studi) e di 7.49 mmHg (da 3.36 a 11.62; $n=8074$, 15 studi) nei bambini obesi. Avere un indice di massa corporea al di fuori dei limiti di normalità peggiora i fattori che influenzano il rischio cardiovascolare già in età scolare. Uno studio eseguito in Lituania (6) su adolescenti tra 11-15 (7.457) sono stati classificati come pre-ipertensivi (12,8%), ipertesi (22,2%), e normotesi (65%). Lo stadio pre-ipertensivo è risultato significativamente associato con WC nelle $75^\circ < 90^\circ$ (OR: 3.16; CI: 2,43-4,10) e $WC \geq 90^\circ$ (OR:4,08; IC: 2,35-7,10). Per l'ipertensione, associazioni significative sono state rilevate con WC nelle $75^\circ < 90^\circ$ (OR:3,92; IC: 3,18-4,82) e $WC \geq 90^\circ$ (OR = 7,41; IC: 4,97-11,05).

Nella nostra corte l'essere in S/O ha presentato un rischio di 5 volte superiore di presentare I/A (OR maschi S/O: 5.041; CI: 2.325-10.931; $p < 0.01$). L'essere in S/O e presentare uno stato pre-ipertensivo è 3.46 volte superiore rispetto ai normopeso nei maschi S/O (OR: 3.469; CI: 1.943-6.194; $p < 0.001$). Appare interessante sottolineare che l'età è risultata essere un fattore indipendente per lo sviluppo di stati pre-ipertensivi, potendo suggerire un incremento nelle probabilità di sviluppare stati pre-ipertensivi a partire dai 10 anni in su. La WC correlava con l'OA e non con il BMI.

Obiettivo c) L'obesità è associata a iperfiltrazione glomerulare e ipertensione e determina una glomerulopatia correlata con glomerulo sclerosi focale segmentaria (GSFS). Kincaid e Smith hanno suggerito che la resistenza all'insulina può essere la vera responsabile dello sviluppo di glomerulosclerosi [19]. La sindrome metabolica presenta un'insieme di fattori di rischio che nel tempo determina CKD. La resistenza all'insulina può portare ad uno stato pro-infiammatorio nei bambini obesi. Le concentrazioni plasmatiche di alcuni mediatori infiammatori come fattore di necrosi tumorale (TNF- α), la proteina C-reattiva (CRP) e l'interleuchina 6 (IL-6) erano aumentati nei pazienti con sindrome metabolica [26]. Questi risultati suggeriscono che l'infiammazione è un fattore di rischio chiave per l'obesità e l'infiammazione è stata fortemente associata alla sindrome metabolica. Dati recenti indicano che l'infiammazione è legata all'obesità nei pazienti con IRC. Beddhu e altri [27] hanno rilevato che nella coorte NHANES III, la sindrome metabolica è stato associato ad una maggiore probabilità di infiammazione a vari livelli di clearance della creatinina. Nella popolazione totale dei bambini ed è risultato che il 94.65% non presentavano alterazioni urinarie mentre il 5.35% aveva la presenza di proteinuria e/o microalbuminuria. Abbiamo correlato la microalbuminuria con sesso, età, S/O e IA. Età (OR: 1.884; CI: 1.378-2.576; $p < 0.001$) e IA (OR: 4.946; CI: 1.838-13.314; $p < 0.01$) era messo in correlazione con microalbuminuria.

Obiettivo d) Il 21 Settembre 2012 il New England Journal of Medicine ha anticipato sul suo sito la pubblicazio-

ne di tre trial clinici (Qi et al, de Ruyter et al., Ebbeling et al.; in fondo a questo commento si trovano i link a questi articoli , oltre all'editoriale che li accompagna e a un Perspective dedicato alla politica sanitaria per la prevenzione dell'obesità) che mostrano che il consumo di bevande zuccherate influisca sullo sviluppo dell'obesità tra i bambini, gli adolescenti e gli adulti. Questa correlazione non è stata dimostrata nel nostro studio molto probabilmente per un fattore legato alla cultura della nostra società. Al contrario in un altro studio ancora in corso negli adolescenti 17-19 anni appare un abuso di fruttosio. È stato dimostrato che un aumento del numero di ore settimanali dedicate all'attività fisica protegge dal S/O. I ricercatori dell'Università Rovira I Virgili, di Reus (Spagna), hanno condotto un'analisi secondaria dei dati dello studio PREDIMED (Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet), pubblicato nel 2013. Si sono concentrati prevalentemente sulla quantità di proteine assunte con la dieta. Il rischio di mortalità generale viene accresciuto da un'elevata assunzione di proteine. Quando le proteine sostituivano i carboidrati, il rischio di decesso aumentava del 59%. Quando le proteine sostituivano i grassi, la probabilità aumentava del 66%. Nella nostra corte solo il 23.5% (222) assumeva quotidianamente proteine animali e non correlava con S/O. Certamente tutti i fattori messi insieme condizionano il rischio cardio-vascolare.

Conclusioni

La prevalenza di ipertensione è in aumento nei bambini, e può persistere in età adulta. È stata condotta una meta-analisi dalla US Preventive Services Task Force sull'efficacia dello screening nei bambini asintomatici per l'ipertensione, al fine di prevenire le malattie cardiovascolari. Sono stati identificati su Medline e Cochrane Library (luglio 2012) studi eleggibili in prevenzione primaria su bambini e adolescenti per IA e obesità. Non vi è alcuna prova diretta che lo screening per l'ipertensione nei bambini e negli adolescenti riduca gli esiti cardiovascolari avversi negli adulti. Sono necessari ulteriori studi per migliorare la diagnosi e la stratificazione del rischio

dei bambini con pressione sanguigna elevata e per quantificare i rischi e i benefici degli interventi. Il ruolo fondamentale della Medicina Generale è promuovere una migliore qualità di vita agendo sugli stili di vita.

Bibliografia

1. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010 Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, Angela Spinelli, Gregor Starc, Maria Hassapidou, Igor Spiroski, Harry Rutter, Éva Martos, Ana I Rito, Ragnhild Hovengen, Napoleón Pérez-Farinós, Ausra Petrauskienė, Nazih Eldin, Lien Braeckeveld, Iveta Pudule, Marie Kunešová and João Breda. *BMC Public Health* 2014, 14:806 .
2. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” - 1999 – 2000
Periodo di riferimento: Anni 1999-2000
3. Turchetta FI, Gatto G, Saulle R, Romano F, Boccia A, La Torre G. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of overweight and obesity among school-age children in Italy]. *Epidemiol Prev.* 2012 Maggio-Agosto; 36 (3-4): 188-95.
4. Kulaga, Zbigniewa; Litwin, Mięczyława , c; Grajda, Anetaa; Kulaga, Katarzynad; Gurdzowska, Beataa; Gózdź, Magdalena; Pan, Huiqie; The OLAF Study Group. Oscillometric blood pressure percentiles for Polish normal-weight school-aged children and adolescent. *Journal of Hypertension: October 2012 - Volume 30 - Issue 10 - p 1942–1954.*
5. Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4759.
6. Dulskiene V, Kuciene R, Medzioniene J, Benetis R. Association between obesity and high blood pressure among Lithuanian adolescents: a cross-sectional study. *Ital J Pediatr.* 2014 Dec 10;40(1):102.
7. [1.] Lobstein T, Baur L, Uauy R; IASO International Obesity Taskforce. L'obesità nei bambini e giovani: una crisi di salute pubblica *Obes Rev.* 2004; 5 Suppl 1:.. 4-104
8. [6] Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Mei Z, Wei R, Curtin LR, Roche AF, Johnson CL. 2000 Grafici CDC di crescita per gli Stati Uniti: metodi e sviluppo *Vital Salute Stat* 11. 2002, (246):.. 1-190
9. [7] Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. .. Prevalenza di sovrappeso e obesità negli Stati Uniti,

1999-2004 *JAMA* 2006; 295: 1549-1555

10. [8] Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Agnello MM, Flegal KM. Prevalenza di indice di massa corporea nei bambini e negli adolescenti degli Stati Uniti, 2007-2008 *JAMA* 2010; 303:.. 242-249
11. [14] Pantoja Zuzuárregui JR, Mallios R, Murphy J. Gli effetti dell'obesità sulla lunghezza rene in una popolazione pediatrica sana *Pediatr Nephrol* 2009; 24:.. 2023-2027
12. [16] Bonnet F, Deprele C, Sassolas A, Moulin P, Alamartine E, Berthezène F, Berthoux F. peso corporeo eccessivo come un nuovo fattore di rischio indipendente per la progressione clinica e patologica in primaria nefrite IgA *Am J Kidney Dis* 2001; 37 : 720-727
13. [17] E González, Gutiérrez E, Morales E, Hernández E, Andres A, Bello I, Díaz-González R, Leiva O, Praga M. fattori che influenzano la progressione del danno renale nei pazienti con agenesia renale monolaterale e rene residuo. *Kidney Int .* 2005; 68: 263-270
14. [18] Marcantoni C, Ma LJ, Federspiel C, Fogo AB. Nefrosclerosi ipertensiva negli afro-americani rispetto ai caucasici *Kidney Int* 2002; 62:.. 172-180
15. [20] Srivastava T. non diabetici conseguenze dell'obesità sui reni *Pediatr Nephrol* 2006; 21: 463-470
16. [22] Cohen AH. Massive obesità e il rene. Uno morfologiche e studio statistico *Am J Pathol* 1975; 81:.. 117-130
17. [19] Kincaid-Smith P. Ipotesi: L'obesità e la sindrome da insulino-resistenza svolgono un ruolo importante in caso di insufficienza renale all'ultimo stadio attribuita a ipertensione e Labeled “nephrosclerosis ipertensiva” *J Hypertens* 2004; 22:.. 1051-1055
18. [26] Wisse BE. La sindrome infiammatoria: il ruolo delle citochine tessuto adiposo in malattie metaboliche legate all'obesità *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:.. 2792-2800
19. [27] Beddhu S, Kimmel PL, Ramkumar N, Cheung AK. Associazioni di sindrome metabolica con infiammazione in CKD: risultati dalla salute e nutrizione Examination Survey terzo (NHANES III) *Am J Kidney Dis* 2005; 46:.. 577-586

VIOLENZA DOMESTICA E MEDICINA GENERALE. DOMESTIC VIOLENCE AND GENERAL MEDICINE.

*Schiavolin Chiara**, *Maso Giuseppe***

*Medico in formazione. ** Insegnamento di Medicina di Famiglia Università di Udine

Correspondence to: *Giuseppe Maso, MD giuseppe.maso@siicp.it*

RIASSUNTO

La violenza domestica è un fenomeno diffuso in Italia, specialmente contro le donne. È stato dimostrato che essa ha molti effetti negativi sulla salute fisica e mentale delle vittime e dei figli presenti nella coppia, anche quando non sono vittime in prima persona. Applicare uno screening per trovare i casi di violenza domestica è raccomandato dalle associazioni mediche statunitensi American Academy of Family Physicians, American Medical Association ed American College of Obstetricians and Gynecologists, mentre non esiste un approccio unitario in Italia. Per questo, si è voluto studiare l'interesse e le competenze sul tema dei medici di famiglia della provincia di Venezia

Parole chiave: violenza domestica, medicina generale

ABSTRACT

Intimate Partner Violence (IPV) is a growing problem in Italy, especially against women. It has been demonstrated that IPV has several negative effects on both physical and mental health of victims and their children, despite not being direct victims of violence. Screening for IPV in all women of reproductive age is recommended by the American Academy of Family Physicians, the American Medical Association and the American College of Obstetricians and Gynaecologists, and it can have positive outcomes, however there is not any Italian guideline on the matter. The study is intended to investigate the interest and the knowledge on the matter of the family doctors in the Venice province of Italy.

Key words: Intimate partner violence, Family Practice, Domestic Violence.

Introduzione

La violenza domestica è un termine che include la violenza fisica, sessuale, la minaccia di perpetrare violenza o l'abuso emotivo da parte di un partner attuale o precedente, dello stesso sesso o di sesso opposto.

Sebbene sia un fenomeno che vede come vittime persone di entrambi i generi e in tutti i tipi di relazioni, si è deciso, a causa della maggiore consapevolezza che si ha in merito, di concentrarsi sulla violenza domestica sulle donne.

Secondo un'indagine Istat del 2014, in Italia le donne

che hanno subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale almeno una volta nella vita sono state 6 milioni e 788 mila, ovvero il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni. Le violenze più gravi sono in genere commesse dai partner e dagli ex partner. Il 62,7% degli stupri è infatti commesso da un partner attuale o precedente. La violenza più frequente è di tipo psicologico ed interessa la maggioranza delle donne (73.6%), mentre quelle che subiscono violenza fisica rappresentano il 62.1%. (1)

A preoccupare maggiormente è il dato secondo il quale il 10,6% delle donne ha subito violenze sessuali prima

dei 16 anni, mentre il rischio di subire violenza è aumentato tra le donne con disabilità (36,6%) o in cattive condizioni di salute (36%). Anche il rischio di subire stupri o tentativi di stupri è doppio, ovvero del 10% contro il 4,7% delle donne senza limitazioni fisiche o psichiche. (1)

Nello studio Istat del 2014 sono stati anche confrontati i nuovi dati con i precedenti raccolti nel 2006 e dal confronto emergono alcuni dati positivi, quali la riduzione delle violenze fisiche o sessuali rispetto ai 5 anni precedenti, che sono passate dal 13,3% all'11,3%. Si è osservato anche un calo della violenza fisica (da 5,1% a 4,0%) e sessuale (da 2,8% a 2,0%) da parte di partner o ex partner, e la violenza perpetrata dai non partner (dal 9,0% al 7,7%). (1)

Si ritiene che tale riduzione derivi dalla maggiore informazione e da una migliore capacità delle donne di prevenire e combattere il fenomeno, nonché dal clima sociale di maggiore consapevolezza e dal clima di condanna della violenza. Sempre più spesso infatti la violenza subita viene considerata un reato e viene denunciata alle forze dell'ordine. In aumento è anche il ricorso ai servizi specializzati come centri antiviolenza e sportelli d'aiuto, che avviene nel 4,9% dei casi rispetto al 2,4% del 2006. (1)

Si segnala anche che il numero degli stupri o dei tentativi di stupro è rimasto stabile dal 2006 al 2014, con un'incidenza dell'1,2% annuo; al contempo però le violenze sono più gravi: aumentano infatti quelle che hanno causato ferite (dal 26,3% al 40,2% da parte del partner) ed il numero di donne che hanno temuto per la propria vita (dal 18,8% del 2006 al 34,5% del 2014). (1)

È chiaro come questo sia un argomento di notevole importanza nella pratica quotidiana del medico di famiglia poiché le conseguenze sulla salute fisica e mentale delle vittime sono notevoli.

Sono stati riconosciuti come fattori che aumentano il rischio di violenza del partner il consumo di alcool, la disoccupazione, la presenza di patologie psichiatriche, un'anamnesi di relazioni violente durante l'infanzia e lo scarso rendimento accademico o finanziario. (2)

La violenza da parte del partner può comportare effetti acuti e cronici sulla salute delle pazienti, inclusi danni fisici e l'omicidio, così come importanti effetti cronici. Secondo un'indagine statunitense sul problema, i costi sanitari e quelli derivanti dalla perdita di produttività sono aumentati in modo significativo nelle sopravvissute agli abusi, fino a una spesa stimata annua di 2,3 - 8,3 miliardi di dollari. (2)

Secondo le stime Istat, le conseguenze economiche sulle vittime di violenza sono consistenti, poiché il 15% ha dovuto sostenere spese per cure mediche e psicologiche presso strutture private, il 16,4% ha sostenuto spese per farmaci, l'11,7% per spese legali e il 5% per danni a proprietà. (1) Anche gli effetti sulla produttività sono notevoli, infatti il 5,7% si è dovuta assentare dal lavoro a causa delle conseguenze delle violenze ed il 6,3% ha avuto difficoltà a gestire le attività quotidiane, nella maggior parte dei casi per un periodo maggiore di 10 giorni. (1) Le conseguenze a lungo termine della violenza del partner sono più comuni nelle sopravvissute di sesso femminile che nei sopravvissuti di sesso maschile. (3)

Tra gli effetti sulla salute riconosciuti come conseguenze di un'anamnesi di violenza sono il dolore addominale cronico, un'aumentata incidenza di diabete mellito di tipo II e la sindrome del colon irritabile. Come effetti sul sistema riproduttivo, si annoverano il ritardo diagnostico delle neoplasie ginecologiche, la dispareunia, il dolore pelvico, una maggiore incidenza di malattie sessualmente trasmesse e di gravidanze indesiderate, nonché di comportamenti sessuali a rischio, oltre ad effetti negativi sulla gravidanza, con maggiore incidenza di aborti, parto pretermine e neonati con basso peso alla nascita. (3) Sul sistema muscoloscheletrico è stata riconosciuta l'associazione tra violenza da parte del partner e dolore scheletrico cronico e fibromialgia. Anche l'emicrania ha un'associazione riconosciuta con l'anamnesi di violenza da parte del partner. (3)

Altri disturbi funzionali percepiti dal paziente vittima di violenza domestica sono palpitazioni, dispnea, dolore toracico atipico, dolore addominale e altri disturbi gastrointestinali, vertigini e parestesie, che, nonostante

siano sintomi comuni, risultano essere più frequenti nei soggetti vittime di violenza. (4)

Importanti sono anche le conseguenze psichiatriche, con una maggiore prevalenza di depressione, ansia, fobie, disturbo da stress post-traumatico, bassa autostima, disturbi del sonno e abuso di sostanze, nonché una maggiore incidenza di suicidio. Anche l'asma vede una maggiore incidenza nei soggetti che hanno una storia di violenze da parte del partner. (3)

Anche i figli del partner abusato riportano effetti sulla salute a breve e lungo termine, anche se non sono direttamente vittime di violenza in prima persona (3) e, secondo l'indagine Istat, la percentuale dei figli che hanno assistito a episodi di violenza sulla propria madre è pari al 65,2% nel 2014. (1)

I ragazzi hanno uguale rischio a breve e lungo termine di sviluppare problemi fisici e mentali rispetto al genitore che è stato abusato in prima persona. Sostengono maggiori spese sanitarie ed hanno un maggior rischio di ospedalizzazione, minori percentuali di immunizzazione vaccinale, maggior incidenza di disturbo post-traumatico da stress, di difficoltà scolastiche, di abuso di sostanze, nonché maggiore rischio di avere relazioni abusive da adulti. (3)

Visto l'importante peso sanitario del fenomeno, nel 2013 la U.S. Preventive Task Force (USPSTF) raccomandava uno screening routinario della violenza da parte del partner in tutte le donne in età fertile, indicando gli attuali strumenti di screening come sensibili e specifici e riportando come lo screening e il conseguente intervento comporta una riduzione dell'abuso, di danno ai pazienti e un basso rischio di effetti negativi comportati dallo screening stesso. (5)

Nel 2014 una review Cochrane contraddice le raccomandazioni della USPSTF, riportando come non esista una sufficiente evidenza che lo screening routinario migliori l'outcome o comporti beneficio e suggerisce che la ridotta sensibilità degli strumenti di screening possa portare a una falsa rassicurazione, mostrando una prevalenza minore di violenza da parte del partner rispetto

alla realtà. (6)

Le più importanti società mediche statunitensi come l'American Academy of Family Physicians, l'American Medical Association e l'American College of Obstetricians and Gynecologists raccomandano comunque uno screening routinario per la violenza da parte del partner e avvertono che le conseguenze dell'attesa di ulteriori e più conclusive evidenze sui benefici dello screening potrebbero comportare notevoli effetti negativi sulle donne, esponendole a rischi maggiori. (3)

Un fattore da tenere in considerazione è che l'efficacia degli strumenti di screening è comunque limitata da quanto le pazienti sono pronte ad esporsi riguardo l'abuso. Alcune di loro, infatti, potrebbero non essere pronte ad ammettere di vivere una relazione abusiva o potrebbero temere delle ripercussioni da parte del partner nonostante le rassicurazioni di confidenzialità del medico. (3)

Questi fattori tuttavia non dovrebbero ostacolare l'applicazione degli strumenti di screening, che si sono dimostrati sensibili e specifici, sia quelli più brevi e rapidi che quelli più lunghi e articolati. Gli strumenti di screening più utilizzati sono i questionari HARK, HITS (Fig.1), STAT (Fig.2), E-HITS, PVS e WAST (Fig.3), che hanno dimostrato di saper individuare episodi di violenza avvenuti nell'anno precedente con una sensibilità che varia dal 64% all'87% e una specificità dall'80% al 95%. (3)

HITS (HURT, INSULT, THREATEN, SCREAM)

- Quanto spesso il tuo partner ti fa del male?
- Quanto spesso il tuo partner ti insulta o ti sgrida?
- Quanto spesso il tuo partner minaccia di farti del male?
- Quanto spesso il tuo partner alza la voce rivolgendosi a te?

Score: mai=1 punto, raramente=2 punti, a volte=3 punti, abbastanza spesso=4 punti, frequentemente=5 punti.

Uno score maggiore di 10 punti è indicativo di relazione violenta.

Fig.1. Questionario HITS tradotto (7)

STAT (SLAPPED, THREATENED AND THROW)

- Sei mai stato/a in una relazione in cui il tuo partner ti ha spinto o schiaffeggiato?
- Sei mai stato/a in una relazione in cui il tuo partner ti ha minacciato con la violenza?
- Sei mai stato/a in una relazione in cui il tuo partner ha lanciato, rotto o preso a pugni delle cose?

Una risposta positiva a qualunque di queste domande dà risultato positivo.

Fig.2. Questionario STAT tradotto (8)

WAST (WOMAN ABUSE SCREENING TOOL)

- In generale, come descriveresti la tua relazione? Con nessuna tensione, qualche tensione, molta tensione?
- Tu e il tuo partner risolvete le discussioni senza alcuna difficoltà, con qualche difficoltà o con grande difficoltà?
- Le discussioni finiscono mai con te che ti senti abbattuto o ti senti male con te stessa?
- Le discussioni finiscono mai con l'essere picchiata, calciata o spinta?
- Ti senti mai spaventata da ciò che dice o fa il tuo partner?
- Il tuo partner ti abusa mai fisicamente?
- Il tuo partner ti abusa mai emotivamente?
- Il tuo partner ti abusa mai sessualmente?

I risultati del questionario vengono singolarmente valutati dal medico in base al suo giudizio clinico.

Fig.3. Questionario WAST tradotto (9)

Alcuni studi mostrano che le pazienti, sia quelle con una storia di violenza in anamnesi che quelle senza tale precedente, preferiscono che il medico indaghi la sussistenza di tali situazioni familiari durante le visite di benessere. Tuttavia, sebbene la maggior parte dei medici ritenga che sia opportuno applicare uno screening per studiare la presenza di una anamnesi di violenza domestica, solo una piccola percentuale applica realmente lo screening, in larga parte perché non si sente a suo agio nel sostenere tale conversazione. (3) Altri fattori che sono stati rico-

nosciuti essere causa di difficoltà nell'applicazione dello screening da parte del medico di famiglia sono la mancanza di tempo e di formazione pratica per prendersi cura delle donne vittime di violenza, la scarsa conoscenza della diffusione e della gravità del fenomeno ed anche la modalità inappropriata con la quale l'operatore di genere maschile tende ad interpretare la violenza. (10)

Obiettivo dello studio

La medicina di famiglia nel suo ruolo di specialità medica orientata a fornire una cura comprensiva agli individui e alle famiglie è l'ambito in cui è più facile notare le conseguenze di una storia di abuso e violenza domestica e per questo motivo rappresenta il luogo ottimale per applicare uno screening e iniziare ad attuare interventi a favore della sicurezza della donna.

Al fine di indagare la percezione della preparazione di un campione di medici di famiglia della provincia di Venezia in merito all'argomento, è stato preparato un questionario web-based a cui poter rispondere anonimamente.

Materiali e metodi

Un questionario anonimo costituito da 7 domande alle quali il professionista poteva scegliere se rispondere a tutte le domande o solo ad alcune di esse ospitato dalla piattaforma Google Forms è stato inviato a 200 medici di medicina generale. Queste domande esploravano l'effettivo interesse in merito al tema, la precedente esperienza con casi analoghi, l'abitudine del medico a indagare la presenza di violenza domestica, la conoscenza degli strumenti di screening, delle conseguenze sulla salute a breve e lungo termine e dei servizi territoriali di aiuto alla donna vittima di violenza.

Risultati

Al questionario hanno risposto 105 medici di famiglia. Il 93,3% dei soggetti ha ribadito l'importanza e la pertinenza della violenza di genere nell'ambito della medicina di famiglia e l'80% ha affermato di aver avuto esperienza diretta di pazienti vittime di violenza di genere nella loro pratica (Fig.4).

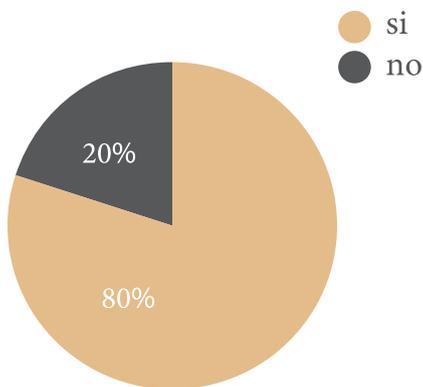


Fig.4. Nella tua pratica hai avuto esperienza di violenza sulle donne?

Il 66,7% degli intervistati afferma di indagare solo qualche volta la presenza di violenze familiari mentre il 17,1% afferma di ricercarla sempre (Fig.5).

Tuttavia, solo il 17,3% dei soggetti afferma di conoscere gli strumenti di screening da utilizzare per indagare la violenza (Fig.6).

Una larga percentuale, il 66,7%, afferma di essere a conoscenza delle conseguenze a breve e lungo termine sulla salute dei pazienti della presenza in anamnesi di una storia di violenza (Fig.7).

Il 54,3% dei soggetti ha affermato di non conoscere i servizi territoriali di supporto e aiuto alle vittime di violenza (Fig.8).

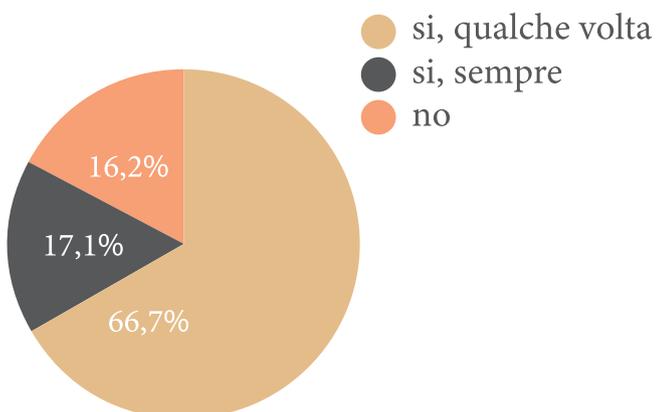


Fig.5. Nella tua pratica indaghi se le donne hanno subito o subiscono qualche tipo di violenza?

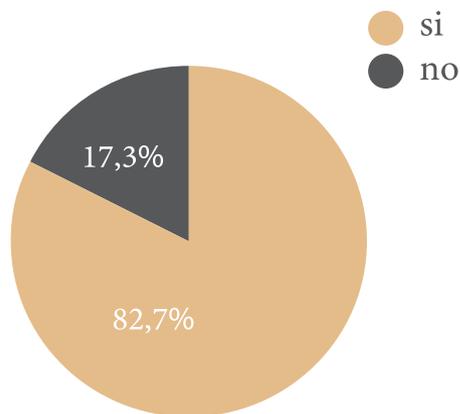


Fig.6. Sei a conoscenza di strumenti di screening per riconoscere i casi di violenza?

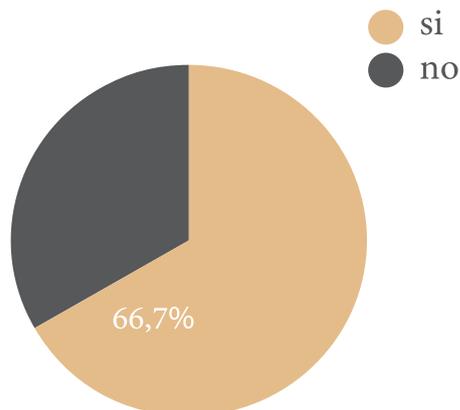


Fig.7. Conosci le conseguenze a breve e lungo termine degli episodi di violenza?

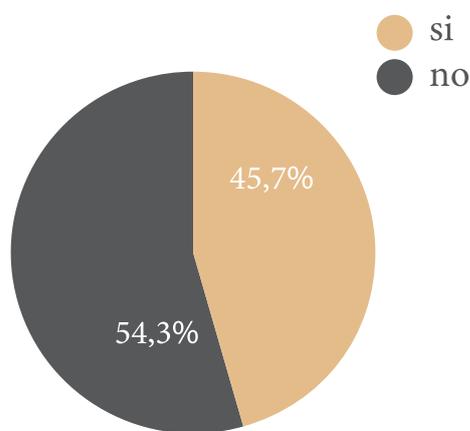


Fig.8. Conosci i servizi territoriali di supporto e aiuto alla vittima di violenza?

Discussione

Dai dati raccolti emerge chiaramente come l'interesse sull'argomento sia elevato e che l'importanza e pertinenza nell'ambito della medicina di famiglia sia riconosciuta da una larghissima fetta di professionisti.

Emerge anche la conferma di quanto la violenza di genere sia un fenomeno estremamente diffuso, dato che l'80% ne ha avuto diretta esperienza nell'ambito della pratica clinica. Questa percentuale tuttavia mostra an-

che come il problema sia sotto-diagnosticato, poiché se l'11,3% delle donne ha subito violenza negli ultimi 5 anni e contando un numero medio di 1299 di pazienti adulti per Medico di Medicina Generale in Veneto (11), la percentuale di medici che ha incontrato nella pratica almeno una paziente vittima di violenza domestica dovrebbe essere maggiore dell'80%.

È utile osservare come la mancanza di precise linee guida italiane in ambito di medicina di famiglia comporti un atteggiamento non unitario da parte dei professionisti che hanno deciso di partecipare allo studio, infatti solo una piccola percentuale indaga sulla presenza di storia di violenze in tutte le pazienti donne e solo il 17,3% conosce i questionari di screening esistenti.

Più della metà poi afferma di non sentirsi preparato in merito ai servizi territoriali antiviolenza e questo non può che ripercuotersi sulla difficoltà ad aiutare le vittime di violenza da parte del partner.

Conclusione

Lo studio mette in luce l'utilità di elaborare delle precise linee guida nazionali per l'applicazione di screening per la diagnosi di violenze domestiche e la necessità di una campagna di informazione più estesa riguardo gli interventi, i protocolli, le strutture e i servizi territoriali che possono essere utili alle vittime per uscire dalla relazione violenta in modo sicuro e meno rischioso.

Bibliografia

1. Istat. LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE DENTRO E FUORI LA FAMIGLIA. 2014.
2. CDC. Risk and Protective Factors[Intimate Partner Violence|Violence Prevention|Injury Center|CDC [Internet]. October 23, 2018. 2018 [cited 2019 Aug 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>
3. Dicola D, Spaar E. Intimate Partner Violence. *Am Fam Physician*. 2016 Oct;94(8):646–51.
4. Barkley Burnett L. Domestic Violence Clinical Presentation.
5. Moyer VA. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013 Mar;158(6):478–86.

6. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 May;348:g2913.
7. Shakil A, Bardwell J, Sherin K, Sinacore JM, Zitter R, Kindratt TB. Development of Verbal HITS for intimate partner violence screening in family medicine. *Fam Med*. 2014 Mar;46(3):180–5.
8. Paranjape A, Liebschutz J. STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003 Apr;12(3):233–9.
9. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. 1996 Jun;28(6):422–8.
10. Michieli R, Pedale R. Progetto ViOLA Violenza domestica ed extra-famigliare sulle donne. *Riv Soc Ital di Med Gen*. 2014;2.
11. *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. 2013.

L'ALFABETIZZAZIONE SANITARIA DEI PAZIENTI CHE SI RIVOLGONO A UN MEDICO DI FAMIGLIA

HEALTH LITERACY IN PATIENTS FOLLOWED BY FAMILY PHYSICIAN

Serena Bonaldo*, Giuseppe Maso**

* infermiera, ** medico di famiglia, prof. Di Medicina di Famiglia, Università di Udine

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

RIASSUNTO

L'obiettivo dello studio è quello di descrivere i livelli di alfabetizzazione sanitaria e di individuare delle semplici strategie comunicative da attuare quotidianamente nella pratica clinica al fine di incrementare i livelli di comprensione dei pazienti. Per valutare il livello di alfabetizzazione sanitaria è stato utilizzato un questionario contenente i test Single Item Literacy Screener (SILS) volto a indagare la necessità soggettiva del paziente di chiedere aiuto nella comprensione del materiale scritto di natura medico-sanitaria e Italian Medical Term Recognition Test (IMETER) volto ad una valutazione oggettiva della comprensione di vocaboli di uso medico e di uso quotidiano.

Sono stati raccolti i dati di 144 pazienti afferenti ad uno studio di un medico di medicina generale, nella provincia di Venezia tra i mesi di agosto e settembre 2018. I risultati ottenuti dal test SILS riportano che il 39% dei pazienti non necessita "mai" di aiuto nella comprensione, il 28.4% e il 26.2% rispettivamente "qualche volta" e "raramente" e solo il 6.4% riporta la necessità come "spesso" o "sempre". Per quanto riguarda il test IMETER nel 70.1% è stata riscontrata una conoscenza di livello marginale, nel 21.1% di livello critico e solo l'8.8% un livello funzionale.

Altri studi dimostrano come bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria si associno con la riduzione dell'aderenza alla terapia, presenza di stili di vita non salutari e tassi maggiori di ospedalizzazione. L'adozione da parte del medico di semplici strategie comunicative indirizzate a favorire una maggiore comprensione nel colloquio con il paziente ha dimostrato un aumento della compliance del 16% rispetto ai pazienti dove tali strategie non venivano attuate.

Parole chiave: Alfabetizzazione Sanitaria, Compliance del Paziente, Comunicazione

ABSTRACT

The aim of this study is to outline levels of health literacy and identify simple communicative strategies to apply in general practices in order to increase these levels. The evaluation of health literacy was obtained by using a survey composed by the Single Item Literacy Screener (SILS) test used for subjective need to seek help in comprehension of health related written material and the Italian Medical Term Recognition Test (IMETER) used for objective comprehension of medical and non-medical terms recognition. Data were collected from 144 patients followed by a family physician in Venice district between August and September 2018. Answers reported in SILS test highlight 39% of patients "never" seek for comprehension help, 28.4% and 26.2% seek for help respectively "sometimes" and "rarely", and only 6.4% "often" or "always". Otherwise IMETER tests results show that 70.1% has a marginal understanding of medical/non-medical terms, 21.1% has critical understanding and only 8.8% has a functional understanding.

Other studies show correlation between low health literacy and reduced therapeutic compliance, presence of unhealthy lifestyle and increased hospitalization rate. Physician adoption of simple communicative strategies aimed to promote higher comprehension in the consultant with patients has shown a 16% increased rate of compliance compared to patients on which these strategies have not been applied

Key words: Health Literacy, Patient Compliance, Communication

Introduzione

L'alfabetizzazione sanitaria è la capacità degli individui di ottenere, elaborare e comprendere le informazioni sanitarie di base e i servizi necessari per poter prendere decisioni adeguate sulla propria salute.(1) Il fenomeno dell'alfabetizzazione sanitaria è stato studiato diffusamente in diversi paesi, e sempre sono stati riscontrati livelli di health literacy piuttosto bassi. (2) I dati indicano che più di un terzo degli adulti statunitensi, stimati in 80 milioni di persone, ha un livello limitato di alfabetizzazione sanitaria. Anche in altri paesi del mondo, come nelle popolazioni ispaniche (66%), nere (58%) e dell'Alaska (48%) è stato riscontrato un livello di alfabetizzazione sanitaria limitata.(3)

In Europa e ancor più in Italia, gli studi risultano essere ancora piuttosto scarsi e da questi emerge che in l'Italia i livelli di alfabetizzazione sono tra i più bassi configurando il fenomeno come allarme sociale. (4) (9)

Tutti gli studi evidenziano come un basso livello di alfabetizzazione abbia ripercussioni significative sulla vita quotidiana delle persone: favorisca uno stato di salute precario, causi una minor comprensione delle informazioni sanitarie, diminuisca l'aderenza terapeutica e conduca ad un aumento di comportamenti non salutari come fumare, consumare bevande alcoliche, non praticare attività fisica e non controllare il peso corporeo.(4) Un livello di alfabetizzazione inadeguato è correlato ad un maggior tasso di ospedalizzazione e ad un uso maggiore, da parte della popolazione, dei servizi d'emergenza.(5)

Lo Studio

L'obiettivo dello studio è quello di descrivere i livelli di alfabetizzazione sanitaria, nella popolazione afferente ad uno studio di un medico di medicina generale, nella provincia di Venezia e di individuare delle semplici strategie comunicative da attuare quotidianamente nella pratica clinica al fine di incrementarne i livelli.

I livelli di alfabetizzazione sanitaria sono stati rilevati attraverso la somministrazione di un questionario comprensivo di due test (allegato 1). La raccolta dei dati è

avvenuta nei mesi di agosto e settembre 2018.

- Il Single Item Literacy Screener (SILS) (6) uno strumento di rilevazione soggettiva che prevede una domanda: "Quante volte ha bisogno di qualcuno che la aiuti quando legge istruzioni, opuscoli o altro materiale scritto, dato dal suo medico o dal farmacista?". La valutazione prevede un punteggio da 1 a 5 (1: mai, 2: raramente, 3: qualche volta, 4: spesso, 5: sempre). Questo strumento permette di identificare le persone adulte che necessitano di aiuto nella comprensione di informazioni relative a materiale scritto di natura medico-sanitaria.

- L'Italian Medical Term Recognition Test (IMETER) (7) strumento di rilevazione oggettiva, versione validata in italiano del test Medical Term Recognition Test (METER), sviluppato negli Stati Uniti. È uno strumento auto-somministrabile, che richiede circa due minuti, e comprende un elenco di 70 vocaboli, fra cui 40 vocaboli di uso medico e 30 che invece non lo sono. Il punteggio, ottenuto in base al numero di vocaboli medici correttamente riconosciuti, permette di determinare il livello di health literacy, secondo le seguenti fasce di punteggio: pt.0-20 livello critico, pt.21-34 livello marginale, pt.>35 livello funzionale.

Risultati

Il campione

Il campione preso in esame era costituito da 61 uomini e 83 donne, per un totale di 144 pazienti. Questi sono poi stati suddivisi in fasce di età: 18-40 anni (25%), 41-64 anni (45.2%) e >65 anni (29.9%). Nel campione preso in esame, la nazionalità prevalente è risultata essere quella italiana con un 74.4%.

Test IMETER

I punteggi del test hanno individuato che il livello di alfabetizzazione sanitaria prevalente nei pazienti del campione è quello marginale (70.1%), seguito dal livello critico (21.1%) e da una minoranza con un livello funzionale (8.8%). Quindi: bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria.

Le persone con età maggiore di 65 anni e quelle con

un basso grado di istruzione, ottengono, generalmente, punteggi di alfabetizzazione sanitaria più bassi rispetto alle persone più giovani e con grado di istruzione più elevato. (Fig.1)

Test SILS

I dati analizzati hanno evidenziato che il 39% dei pazienti ha risposto “mai”, il 26.2% ha risposto “raramente”, il 28.4% ha risposto “qualche volta”, il 5% dei pazienti ha risposto “spesso” e l’1.4% ha risposto “sempre”. Dati che, risultano essere in contrasto con quelli emersi con il test IMETER che invece evidenzia nello stesso campione bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria.

Le fasce d’età più giovani (18-40 anni e 41-64 anni) e le persone con un alto grado di istruzione dichiaravano una minor necessità di aiuto. (Fig.2)

Conclusioni

L’alfabetizzazione sanitaria va migliorata attuando interventi di promozione della salute che rispondano alle esigenze culturali e linguistiche della popolazione (3), Importante è l’adozione di semplici strategie comunicative (3), verbali e non, da utilizzare quotidianamente, per creare una più efficace relazione terapeutica operatore sanitario-paziente come:

- utilizzare un linguaggio semplice con parole comuni e se nel colloquio si utilizzano dei termini medici è necessario spiegarne il significato;
- parlare lentamente, semplificando le informazioni in singole frasi.
- focalizzarsi su non più di tre “messaggi chiave” per ogni incontro.
- esprimere le probabilità in termini di frequenze naturali (ad esempio 1 persona su 20, anziché il 5% della popolazione);
- usare scritti, come opuscoli informativi, con pochi concetti espressi in un lessico semplice. Illustrazioni ed immagini facilitano l’apprendimento.

Nei pazienti in cui sono stati effettuati tali interventi, il tasso di compliance è risultato essere del 16% più alto, rispetto ai pazienti in cui gli interventi di alfabetizzazione non sono stati attuati.(8)

Bibliografia

- 1.Sørensen K, Van denBroucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health* 2012; 12:80.
- 2.Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health* 2015; 25(6): 1053-1058.
- 3.Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *American Family Physician* 2015;92(2):118-24.
- 4.Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy* 2016;120(9):1087-94.
- 5.Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect* 2008; 11(2): 113-122.
- 6.Bonaccorsi G, Grazzini M, Pieri L, Santomauro F, Ciancio M, Lorini C. Assessment of Health Literacy and validation of single-item literacy screener (SILS) in a sample of Italian people. *Annali dell’Istituto Superiore di Sanità* 2017; 53(3):205-212.
- 7.Biasio LR, Corbellini G, D’Alessandro D. An Italian validation of “meter”, an easy-to-use Health Literacy (hl) screener. *Annali di Igiene: medicina preventiva e di comunità* 2017; 29(3):171-178.
- 8.Miller TA. Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(7):1079-1086.
- 9.Maso G, Marsilio A, Bonfiglio C, Rinaldi C, Semenzato A. La persona con disagio cognitivo nello studio del medico di famiglia. *M.D. Medicinae Doctor* 2004,31,14-16.

Abbreviazioni

IMETER: Italian Medical Term Recognition Test

SILS: Single Item Literacy Screener

The IJPC Conference



2°

Sicilia

Gastroenterology
in Primary Care

Cure Primarie
e Malattie Digestive

PRESIDENTI

Carmelo Cottone

Chairman Area Gastroenterologica SIICP

Giuseppa Pomara

Coordinatrice Regionale SIICP Sicilia

PALERMO 27/28 Novembre 2020

I.E.ME.S.T. Istituto Euro-Mediterraneo di Scienze e Tecnologia

SANiLab+

CONSULENZA

MARKETING

FORMAZIONE

VIRTUAL TRAINING

IN SANITÀ

Start-up innovativa

segreteria@sanilabplus.it

www.sanilabplus.it

Bari - Via Delle Murge n.61

