

La ricerca continua...

Dopo la politica, spazio alle sessioni cliniche. La seconda parte dello speciale alza il sipario sulle tematiche scientifiche che verranno discusse al congresso.

Antibiotici tra etica e scienza

Alessandro Rossi

La sessione dedicata alla terapia antibiotica iniettiva domiciliare si colloca in un crocevia strategico e delicato, tra etica della professione del medico generale, scientificità delle proprie scelte terapeutiche e le ormai consolidate (ancorché detestabili) normative burocratiche costituite dalle Note Cuf. L'etica impone scelte che siano commisurate al rispetto delle esigenze e delle condizioni cliniche, soggettive ed ambientali del paziente, così come delle convinzioni del medico che lo cura. La scienza riconduce a decisioni compatibili in termini di efficacia e di appropriatezza, sulla base di studi accreditati. Le normative sono ispirate, anche se in un'ottica congiunturale e non strategica, a criteri di contenimento della spesa farmaceutica. Quindi, il destreggiarsi tra tali ambiti costituisce spesso una vera e propria operazione di prestigio, tra le tante che il medico di famiglia è quotidianamente abituato a praticare.

D'altra parte, come sostiene Sackett, "i bravi dottori utilizzano sia l'esperienza clinica individuale sia la migliore evidenza disponibile dalla letteratura, e nessuna delle due da sola è sufficiente. Senza esperienza clinica, l'attività rischia di essere condizionata tirannicamente dall'evidenza esterna e anche una eccellente evidenza può risultare inappropriata o inapplicabile in un singolo paziente. Senza utilizzare la migliore evidenza esterna disponibile, l'attività diviene rapidamente obsoleta, con detrimento dei pazienti."

Per quanto riguarda gli antibiotici, il loro numero negli ultimi cinquanta anni è andato progressivamente aumentando e, alle soglie del 2000, il medico dispone di molte classi e di svariate molecole all'interno di ciascuna classe, tanto che spesso si trova nell'imbarazzo della scelta.

Con le sole betalattamine si stima che oggi sia possibile curare circa il 95% delle infezioni batteriche e questo risultato ci dà, in un certo senso, la misura del progresso raggiunto dalla chemioantibiotico-terapia. Dall'altra parte, la selezione di microrganismi resistenti, gli effetti collaterali e l'aumento progressivo dei costi sono problemi reali che devono indurre tutti i medici ad una scelta attenta, sia per quanto riguarda il farmaco che la via di somministrazione.

La scelta di un antibiotico da parte del medico costituisce un processo decisionale che parte dalla situazione clinica del paziente per arrivare, attraverso criteri epidemiologici, farmacologici e clinici, anche alla valutazione di tipo economico.

La terapia antibiotica in medicina generale è quasi sempre una terapia empirica ragionata, per la quale prevalgono motivazioni di tipo epidemiologico e microbiologico. In Italia, nonostante le critiche messe in atto da più parti riguardo al consumo e alla tipologia di antibiotici impiegati, godiamo tutto sommato di un panorama di resistenze batteriche relativamente favorevole e migliore di molti altri Paesi, specialmente anglosassoni, nei quali l'antibioticoresistenza costituisce un problema epidemiologico e clinico molto più diffuso ed accentuato. Così come in Italia il numero dei ricoveri per patologie infettive, pur in aumento, risulta inferiore ad altre nazioni europee. Ridurre la durata dei ricoveri può essere conveniente, ma ridurre il numero di ricoveri può comportare risparmi ancora più consistenti per il SSN (ad esempio si stima che il costo medio di un ricovero ospedaliero per infezioni delle basse vie respiratorie sia da 7 a 10 volte superiore al costo di un trattamento extraospedaliero).

L'antibiotico deve inoltre assicurare di raggiungere il sito di infezione con la giusta concentrazione e per un tempo adeguato. Le caratteristiche farmacocinetiche e tossicologiche rappresentano quindi ulteriori fattori discriminanti, in relazione al tipo ed alla sede di infezione.

A questo punto, nel processo decisionale che porta alla scelta dell'antibiotico, diventa discriminante il criterio economico. È chiaro che questo debba essere inteso come rapporto tra costo ed efficacia del farmaco.

Gli outcomes clinici ed economici di una terapia antibiotica dipendono da tre differenti ordini di fattori (che in genere interagiscono tra loro):

- l'organizzazione dell'assistenza sanitaria, in relazione al contesto sociale in cui opera il medico
- le decisioni in relazione al tipo di infezione
- le caratteristiche intrinseche del prodotto antibiotico.

Infine, la ripartizione delle prescrizioni tra formulazioni orali ed iniettive dipende da ulteriori fattori: culturali (in Italia la richiesta di terapia iniettiva da parte dei pazienti, quantunque in diminuzione, è ancora forte), comportamentali (del medico e del paziente), psicologici (accettabilità della terapia). Tra i principali fattori in grado di orientare la scelta verso la terapia iniettiva si colloca il tipo di infezione e la percezione della sua gravità e dei rischi ad essa connessi, l'età e le condizioni di autosufficienza del paziente.

Codice rosso per l'asma

Germano Bettoncelli

Da più parti si ritiene che nei prossimi anni le malattie respiratorie avranno quel ruolo di primo piano avuto fino ad oggi dalle patologie cardiovascolari. A parte i tumori del polmone, a suscitare le maggiori preoccupazioni sono l'asma e la BPCO. Preoccupazioni dovute all'aumento generale di prevalenza ed incidenza di queste patologie, con le invalidità, le morti ed i costi socio-economici ad esse correlati. Tra le malattie dell'apparato respiratorio, quelle ostruttive sono oggi abbastanza conosciute nei loro meccanismi fisiopatologici, nelle cause e nel loro decorso clinico. Tuttavia proprio per il fatto di essere fenomeni caratterizzati da una lunga evoluzione, una delle principali difficoltà che il loro studio comporta, risiede nella necessità di effettuare osservazioni protratte nel tempo. Inoltre va anche ricordato quanto il comportamento clinico di queste forme morbose sia imprevedibile, decisamente poco codificabile e legato all'influenza di numerose variabili. Motivi questi che hanno indotto molte società scientifiche, in vari paesi del mondo, a mettere a punto linee guida sulla gestione dell'asma e della BPCO. Nel 1995, l'NHLBI-WHO ha elaborato il documento che attualmente gode di maggior prestigio ed alla cui edizione italiana hanno collaborato, tra gli altri, anche medici di famiglia della SIMG.

La necessità di un approccio rinnovato alla patologia asmatica da parte dei medici generali è sostenuta dai dati che mostrano come, purtroppo, questa malattia sia nel nostro settore decisamente sottostimata, sottotrattata e gestita secondo modelli alquanto discostanti rispetto alle linee guida della letteratura. Questo mentre in tutto il mondo si sottolinea l'importanza della primary care, là dove si voglia davvero puntare ad un maggior controllo delle patologie ostruttive. La promozione di una maggior attenzione verso asma e BPCO deve rappresentare uno degli obiettivi della SIMG, attraverso l'azione dell'Area Pneumologica. È necessario partire dal dato epidemiologico, che deve emergere dall'individuazione sistematica sia dei malati che delle persone a rischio. Non è più accettabile che negli archivi dei medici di famiglia, a fronte di una prevalenza attesa di asma del 6-8%, come riportato dalla letteratura, si riscontrino valori inferiori all'unità. Nei confronti dell'asma in particolare esistono strumenti semplici e validati (questionari e misuratori di picco di flusso) che, in modo molto semplice, consentono di formulare un sospetto diagnostico di elevata attendibilità. Tali strumenti sono ancora troppo poco diffusi tra i medici generali e il vantaggio derivante dal loro utilizzo sembra godere di scarso apprezzamento.

La SIMG sta valutando, attraverso il progetto VEMS (in collaborazione con l'Università di Ferrara), se sia proponibile l'utilizzo dello spirometro nella attività pratica del medico generale, in un contesto, cioè, dove la media di una consultazione è di 10-12 minuti e dove la maggior parte dei medici non dispone di personale infermieristico. A questo proposito si stanno anche sviluppando interessanti studi sulla reale utilità per i medici generali di sistemi spirometrici operanti in telemedicina.

Indipendentemente dall'implementazione degli strumenti di valutazione della funzionalità respiratoria, l'attenzione della medicina generale nei confronti della BPCO deve però essere promossa con maggior decisione, sviluppando un modello di gestione globale del problema, che superi la logica corrente degli

interventi episodici ed occasionali, in concomitanza delle esacerbazioni. Una gestione che, partendo dalla prevenzione, si estenda fino alla gestione domiciliare integrata dei pazienti in insufficienza respiratoria grave. Come per tutte le patologie croniche, anche per quelle respiratorie l'educazione del paziente rappresenta un caposaldo tra tutti gli interventi che il medico deve programmare. Educare il paziente ed ottenere la sua collaborazione rappresenta infatti un modo molto efficace per migliorare i risultati clinici e per ridurre i costi di gestione della malattia. Un anno di lavoro del progetto GARDA ci ha consentito di vedere come, con una buona formazione dei medici ed un successivo loro intervento educativo sui pazienti, si possono modificare in modo decisivo i dati di prevalenza della malattia e riallineare i comportamenti prescrittivi dei medici, rispetto a quanto raccomandato dalle linee guida dell'OMS.

Le esigenze della professione e i lusinghieri risultati raggiunti con le iniziative fino ad oggi intraprese rappresentano uno stimolo a sviluppare la ricerca nell'area pneumologica della medicina generale, in particolare del campo delle malattie ostruttive croniche. Queste azioni si avvalgono talvolta anche della collaborazione degli specialisti pneumologi e questo ha permesso di migliorare la comunicazione e lo scambio di esperienze tra le rispettive aree. I rapporti della SIMG con le società scientifiche specialistiche pneumologiche sono andati sviluppandosi in questi anni in un clima di reciproca stima e di riconoscimento di specificità di ruoli.

Nella cura dei malati respiratori, la prevenzione occupa certamente un ruolo di primo piano ed il medico generale è nella posizione ideale per poter effettuare interventi preventivi su vasta scala. A tale proposito dovrà essere sviluppato un intervento della Società nel campo delle problematiche ambientali, per il rilievo che i fattori legati all'inquinamento rivestono nell'induzione delle malattie respiratorie.

I rischi del cuore secondo Cartesio

Augusto Zaninelli

Il problema della malattia cardiaca e vascolare cerebrale è sempre di massima attualità nella gestione della pratica clinica quotidiana e una buona parte delle risorse impiegate in medicina generale, sia in termini di accessi, che di tempo da dedicare, prescrizioni di accertamenti, terapia da applicare, sono indirizzate alla prevenzione, primaria e secondaria.

Molti, poi, sono gli strumenti che la letteratura internazionale mette a disposizione del medico di medicina generale per aumentare le sue conoscenze in tal senso, come linee guida, tavole di rischio e formule matematiche di previsione del rischio di sviluppare nei successivi anni un evento cardiovascolare maggiore.

Queste raccomandazioni, però, non sono mai state validate da una prova diretta sul campo, in termini di

fattibilità, chiarezza, aiuto effettivo, ricerca di esiti e, di fatto, sono poco utilizzate.

In sintesi, due sono le fasi in cui il medico di famiglia svolge il suo compito all'interno del rischio globale cardiovascolare: innanzitutto la prevenzione primaria e in seguito l'assistenza continuata nel tempo dei pazienti colpiti da infarto, cardiopatia ischemica cronica e ictus cerebrale.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, sono ormai note le peculiari caratteristiche del medico generale: è infatti una delle poche figure professionali nel nostro Sistema Sanitario Nazionale in grado di venire a contatto con persone apparentemente sane. Nei suoi studi, capillarmente sparsi su tutto il territorio nazionale, transitano ogni giorno, con accesso gratuito, 1 milione di cittadini; è stato dimostrato che viene contattato almeno una volta all'anno dal 75% dei suoi assistiti e dal 100% in tre anni e un paziente si reca da lui in media 5 volte l'anno. I metodi, sempre più diffusi, di medicina opportunistica e anticipatoria, permettono inoltre di operare in modo preventivo sui fattori di rischio, anch'essi ben noti e classificati, come ipertensione, fumo, diabete, dislipidemia, sedentarietà, abitudini alimentari, sovrappeso, stress, nello stile caratteristico della medicina generale di affrontare dialogo e rapporto con la persona nella sua totalità e non con un fattore di rischio.

Quindi, il paziente che ha accusato un evento cardiovascolare maggiore, dopo il periodo di ricovero ospedaliero e un'eventuale iniziale fase di riabilitazione intraospedaliera, viene dimesso e riaffidato alla gestione del suo medico di famiglia, che lo riprende in cura e ne sorveglia il ritorno nell'ambiente domestico. Suo è il compito di pianificare il follow-up, personalizzandolo il più possibile, in relazione alle caratteristiche cliniche, psicologiche e sociali del paziente, attivando i controlli programmati o l'assistenza domiciliare integrata, informando e istruendo in modo adeguato i famigliari, verificando l'efficacia dei trattamenti, analizzando la compliance e, infine, producendo tutte quelle manovre farmacologiche e non, indirizzate alla prevenzione delle recidive e delle complicanze. Per meglio svolgere questo compito, tuttavia, il medico generale del prossimo futuro dovrà praticare alcune modernizzazioni del suo lavoro, indispensabili per fornire un miglior servizio a costi accettabili, come la medicina di gruppo, il collaboratore di studio, l'ambulatorio per patologia e le visite su appuntamento. Infine, per passare in modo effettivo e attuabile dalla teoria delle linee guida alla pratica clinica quotidiana, saranno necessarie alcune validazioni delle stesse, attraverso studi osservazionali che transitino nella medicina generale.

Una di queste ricerche sarà, nel 2000, il Progetto CARTESIO (Cardiovascular Risk Table Epidemiological Survey: an Italian Overview), uno studio che si prefigge come obiettivo principale, partendo dall'applicazione della formula per il calcolo del rischio cardiovascolare a dieci anni, derivata dallo studio di Framingham, di redigere la mappa della effettiva distribuzione del rischio in Italia.

Sotto obiettivi parcellari saranno:

- verificare la reale applicabilità del metodo, inserendolo nel più diffuso software di gestione in medicina generale
- valutare l'impatto che la riduzione virtuale del rischio, intervenendo a terminale su di uno specifico

fattore, può avere sui comportamenti dei pazienti

- abituare i medici ad osservare il rischio globale cardiovascolare, inserendo obbligatoriamente le informazioni necessarie nei vari campi del database
- osservare se la previsione del rischio a 10 anni, può essere confermata o meno da una osservazione più breve (2 anni)
- considerare aspetti di economia sanitaria e di razionalizzazione della spesa, legati alla riduzione del rischio stesso.

Si tratterà di uno studio osservazionale, analitico di prevalenza (fotografia della situazione attuale) e longitudinale prospettico (sotto obiettivi parcellari) e verranno coinvolti 600 medici di medicina generale italiani, uniformemente distribuiti su tutto il territorio nazionale, coinvolti a “cascata”, da referenti di macro e micro aree, dotati di computer.

I nemici dello stomaco

Alberto Bozzani

Gli anti secretori sono una classe di farmaci che rappresenta per il medico di medicina generale, come gli antibiotici o l'aspirina, un modello di efficacia. Per altre classi di farmaci la recente evoluzione normativa ha contribuito positivamente al miglioramento della appropriatezza prescrittiva e quindi allo sviluppo di una professionalità del medico.

Purtroppo, nel caso del management della dispepsia, un pregiudizio negativo degli specialisti sulla medicina generale (il medico di famiglia spreca gli antisecretori per la dispepsia non ulcerosa) e un analogo pregiudizio troppo favorevole alla diagnostica invasiva, ha invece prodotto la Nota 48, stesa peraltro senza il contributo delle società scientifiche gastroenterologiche e della medicina generale.

A fronte di risultati di risparmio mai provati e sospettati come inesistenti, la “norma” ha provocato effetti collaterali molto negativi sulla professionalità del medico generale: in seguito all'introduzione di queste regole sono stati riportati dati non smentiti di aumento dei tassi di ospedalizzazione per dispepsia e sanguinamenti gastroenterici e delle indagini endoscopiche inutili in persone giovani non a rischio e uno spostamento da classi di antisecretori a minor costo (anti H2) verso altre classi a costo maggiore (nuovi PPI).

Sono state soppresse indicazioni indiscutibili alla terapia con antisecretori a medio lungo periodo e

presenti nella nostra pratica assistenziale come la malattia da reflusso gastro-esofageo senza esofagite, laringite e asma da reflusso gastro-esofageo, pancreatite cronica ricorrente, gestione di pazienti neoplastici complicati, di pazienti anziani complessi con controindicazione all'esame endoscopico, di cirrotici con varici potenzialmente sanguinanti, di pazienti con artrite reumatoide o altre artropatie in terapia con forti dosi di FANS e intolleranza al misoprostol. Ma i pazienti sono rimasti sempre nei nostri ambulatori e il medico di famiglia ha dovuto costringere il suo assistito a pagare la cura, oppure prescrivere terapie meno efficaci contro la propria coscienza o sfidare future possibili penalità amministrative senza appello.

Nel management della dispepsia la norma attuale è sentita come impopolare ed è evidente nel legislatore il passaggio dall'incoraggiamento ad una appropriatezza prescrittiva verso un molto meno etico razionamento delle risorse sanitarie.

Altra cosa sarebbe l'introduzione di nuove linee guida di riferimento non rigide e imposte dall'alto, ma costruite sulla casistica reale e complessa presente al primo livello di cure (indagine epidemiologica) e non solo al secondo livello (popolazione troppo selezionata), elaborate con il concorso delle società scientifiche gastroenterologiche e della medicina generale e validate poi a livello locale.

In nome della terapia sostitutiva, dialogo immaginario con uno scettico

Giorgio Tresoldi

Che importa a me medico di medicina generale della menopausa?

«Il nostro paese ha una popolazione femminile ultracinquantenne di circa 11 milioni di persone. Le donne oltre i 50 anni sono circa il 25% della popolazione totale e, in molte zone oltre il 50% della popolazione femminile. Hai mai pensato che un medico di medicina generale, tra le sue pazienti, ha più donne ultracinquantenni che pazienti ipertesi o diabetici? E che le donne di quest'età sono tra le maggiori frequentatrici del tuo studio? Il climaterio femminile, inoltre, può significare maggior rischio di cardiopatia ischemica, di osteoporosi, di fratture di femore, di disturbi genitourinari, di problematiche sessuali, di malattia di Alzheimer, di disturbi emozionali. Può anche accadere che tu non sia tanto interessato a conoscere le variazioni ormonali del climaterio femminile, o le ultime risultanze della ricerca relative a queste tematiche, ma puoi non interessarti alla prevenzione della cardiopatia ischemica, alla prevenzione e alla terapia della osteoporosi, alla demenza, al carcinoma della mammella o a quello del colon? Puoi non interessarti alla depressione, al disagio psichico e sessuale? La massima parte del nostro lavoro di ogni giorno è compresa in queste condizioni ed è chiaro che non puoi non interessarti a queste problematiche se vuoi far bene la professione».

Ma scusa, la menopausa non è una tappa normale della vita di una donna? Perché tutti questi problemi? Non è meglio lasciar fare alla natura? E poi le donne con la menopausa sono un po', come dire... finite, no?

«È vero che la menopausa è un evento naturale, inevitabile. Ma questa fase della vita femminile può essere un'eccellente occasione di prevenzione e di promozione della salute. Anche il solo proporre la stagione del climaterio come occasione di salute anziché come "l'inizio della fine" della loro vita e della loro femminilità può costituire un obiettivo particolarmente significativo per ogni medico di medicina generale.

Il climaterio è una delle fasi dell'esistenza di una donna che tu, probabilmente, conosci da tempo e che assisterai ancora per anni. La menopausa infatti è solo un episodio di una vita, ma la salute di quella donna spesso è già stata per buona parte determinata da comportamenti e da fatti precedenti. Per esempio: se è pur rilevante fare HRT per prevenire o curare l'osteoporosi è almeno altrettanto rilevante far sì che la donna arrivi alla menopausa con un picco di massa ossea il più elevato possibile. Questo è un problema da affrontare ben prima dell'evento del climaterio, ed è compito di chi – come te – si occupa della salute di quella persona per molti anni. Proprio perché sei medico delle persone, non di un accadimento patologico ti devi interessare ai problemi del climaterio, anche se sono ben consapevole che questo è solo uno dei momenti della vita di una donna. La nostra preoccupazione principale è, in effetti, la sua salute, non la gestione del climaterio in sé e per sé.

Da quanto dici emerge un problema di formazione, ma forse – consentimelo - anche di tipo etico-relazionale: quello di una arretrata concezione di sé nel rapporto medico paziente e quello legato al riconoscimento di problemi solo quando coincidano con i propri orientamenti culturali e ideologici. Infatti, le indicazioni di carattere estetico o sessuale, di solito, non vengono riconosciute come indicazioni alla HRT. E ciò spesso in nome delle proprie convinzioni personali. Non è ancora maturata in molti medici generali (ma anche in molti specialisti) la visione del proprio ruolo come consulente di una paziente che sa decidere della propria salute piuttosto che come nocchiero della salute altrui».

Ma io mi trovo a mal partito con gli ormoni, non ho mai fatto una visita ginecologica, ho paura di fare la figura dell'ignorante, di non essere all'altezza; insomma sono in difficoltà a trattare con le donne, quando si tratta di problemi ginecologici e le mando tutte dallo specialista...

«Come te molti medici di medicina generale italiani hanno abdicato alla massima parte dei compiti e delle competenze teoriche, ma anche alle capacità manuali relativi alla gestione di problematiche della salute femminile. La progressiva rinuncia da parte dei medici di medicina generale ad occuparsi dei problemi delle donne è certamente frutto di una corretta presa di coscienza della necessità di interventi sempre più appropriati per questi problemi, in parte anche frutto di una impostazione culturale influenzata dai mass-media per cui ad ogni singolo problema corrisponde uno specialista, ma anche di scelte sociopolitiche (introduzione dei consultori) e sindacali che hanno privilegiato alcuni compiti, tralasciandone altri ed accettando che passasse l'idea che sono interventi appropriati sulle donne solo

quelli fatti dai ginecologi. Tuttavia, non si vede perché il medico di medicina generale italiano sia così diverso dai colleghi stranieri nelle cui nazioni vengono ritenuti “interventi appropriati” per la gestione di una gravidanza fisiologica, della contraccezione ormonale e della menopausa anche quelli effettuati da medici di medicina generale ben preparati e con una adeguata organizzazione.

Certo l'Università non ti ha fornito un bel servizio: molti come te si laureano in Italia senza avere mai eseguito una esplorazione vaginale. E anche il Servizio Sanitario Nazionale non incentiva i medici generali ad occuparsi delle donne. Inoltre poche sono le occasioni di formazione su argomenti ginecologici e le stesse industrie farmaceutiche non ci informano dei loro prodotti».

Si, ma come potrei fare io, che non sono specialista, a gestire correttamente una donna in climaterio?

«Credi proprio che si debba essere specialisti per decodificare e comprendere i problemi personali, quelli sessuali, di coppia o relativi alla immagine di sé? Credi che occorra proprio essere specialisti per fare diagnosi di menopausa? Che occorra essere specialisti per effettuare il rilievo dei fattori di rischio cardiovascolare, per l'osteoporosi o per fare la valutazione dello stato generale della donna in vista di una eventuale terapia ormonale sostitutiva? E che solo gli specialisti possano prescrivere correttamente la terapia ormonale sostitutiva o effettuarne il controllo a distanza?

Inoltre è compito tuo informare correttamente circa i fenomeni e i problemi del climaterio. Spesso le donne sono penalizzate da un'informazione incompleta e di parte. Un'efficace educazione sanitaria, approfittando dello spazio “sala d'attesa”, potrà migliorare e favorire anche il tuo rapporto con loro. È compito tuo anche l'individuazione delle situazioni meritevoli di un approccio specialistico: sia il collega che la signora te ne saranno grati. Così come spetta a te discutere con la signora di tutti gli aspetti del problema, in modo che lei possa prendere una decisione consapevole circa la gestione della propria salute in climaterio. Quando te la sentirai anche la prescrizione della HRT – quando opportuna – o delle terapie alternative ad essa sono compito nostro, così come le indicazioni di tipo comportamentale (dieta, stile di vita, contraccezione) e un metodico controllo nel tempo. E chi altri potrà fare un sostegno psicologico nei confronti della signora e dei membri del suo gruppo familiare e un counselling mirato circa le modificazioni psicologiche, relazionali e del comportamento sessuale che possono avvenire in climaterio?

Le donne in climaterio hanno bisogno di questo tipo di cose. Tu sei in grado di poterlo fare, se ti prepari e ti organizzi bene».

Influenza,nuove armi contro il male di stagione

Aurelio Sessa

Ogni anno nel periodo epidemico i medici italiani visitano, prevalentemente a domicilio, milioni di pazienti con influenza.

La diagnosi formulata dal medico di famiglia è generalmente di tipo clinico in quanto la certezza ci può essere soltanto, o attraverso l'isolamento diretto del virus (fase precoce), o mediante la titolazione del titolo anticorpale, che avviene in una fase più tardiva. La possibilità di avere un test rapido da fare al letto del malato (attualmente non ancora disponibile ma già in fase avanzata di perfezionamento) sul tampone o lavaggio nasale potrebbe aiutare il medico ad affinare la sua capacità diagnostica.

In assenza di un supporto diagnostico, la diagnosi viene fatta seguendo i criteri definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i quali prevedono che una persona presenti contemporaneamente febbre, accompagnata da almeno un sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, secrezione nasale, rinite) e da almeno un sintomo sistemico (dolore muscolare, astenia, cefalea, sensazione di freddo, malessere generale, inappetenza). Tale combinazione sintomatologica, in un periodo in cui il virus dell'influenza è circolante, permette una sensibilità diagnostica pari a circa il 70%.

Gli adulti sono tra coloro che presentano questa sintomatologia in maniera ben definita, mentre bambini e anziani possono presentare sintomi più sfumati o addirittura fuorvianti. I bambini, ad esempio, sono i primi ad infettarsi e talvolta presentano una sintomatologia caratterizzata da sonnolenza o inappetenza e sono quelli a maggior rischio di complicanze e di ospedalizzazione. Ciò vale anche per gli anziani in cui solitamente vi è già una presenza di comorbidità che li rende ancora più vulnerabili alle complicanze e ai ricoveri. Va anche ricordato che spesso gli anziani presentano una ridotta risposta febbrile e possono anche manifestare disturbi della sfera neurologica con scoordinamento motorio, incontinenza sfinteriale fino allo scempenso di altre malattie concomitanti.

L'entrata in commercio di una nuova classe di farmaci per l'influenza deve essere considerata un'arma in più a disposizione del medico. Finora il medico di famiglia si avvaleva solo di sintomatici per la febbre, mentre per la sintomatologia di corollario dispensava una serie di consigli generali, come ad esempio lo starsene a letto e al caldo.

Lo zanamivir, capostipite di questa nuova classe di farmaci, da una parte permetterà al medico di essere ancora più preciso nella formulazione della diagnosi di influenza, in quanto di questo farmaco si potranno giovare solo coloro che andranno a contrarre l'influenza A e B, dall'altra si porrà un po' di ordine nell'abuso del termine influenza, con cui oggi si tende a far rientrare tutto il mare magno delle sindromi respiratorie acute indifferenziate. Lo zanamivir, oltretutto, è l'unico antivirale attivo nei confronti del virus B, responsabile di circa il 30% dei casi di influenza. Gli studi condotti nel mondo e

l'utilizzo da parte dei nostri colleghi medici di famiglia nell'emisfero meridionale (in particolare gli australiani) nella loro stagione invernale appena trascorsa, ci confortano in termini di efficacia e tollerabilità. Il farmaco riduce di un terzo la durata della malattia nella popolazione generale, attenua la gravità dei sintomi e il tasso delle complicanze. Nei pazienti anziani (sopra i 65 anni e con problemi respiratori cronici) la durata della malattia è addirittura inferiore di cinque giorni, con riduzione delle complicanze che necessitano di trattamento antibiotico. Nella popolazione esaminata risulta inoltre ridotto del 26% l'utilizzo degli antibiotici per il trattamento delle complicanze batteriche attribuibili all'influenza.

La vaccinazione antiinfluenzale annuale rimane comunque un intervento di grande valore preventivo in ambito di sanità pubblica. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede di arrivare ad una copertura vaccinale del 75% nei cittadini di età superiore ai 65 anni. Attualmente siamo ancora lontani da questa percentuale ed è quindi anche compito del medico di famiglia intervenire per una maggior penetrazione della vaccinazione antiinfluenzale nella popolazione. La vaccinazione è un presidio efficace, sicuro, valido ed economico ed è uno dei mezzi a disposizione per aumentare la cosiddetta "coscienza preventiva". È indicata nei gruppi cosiddetti ad alto rischio di complicanze (età >65 anni, assistiti in residenze protette con malattie croniche, adulti e bambini con cardiopatie, pneumopatie, malattie metaboliche, renali e immunocompromessi), nei gruppi che possono trasmettere l'influenza a persone ad alto rischio (personale sanitario e coloro che assistono o che convivono con malati e anziani), nelle persone che vivono in comunità chiuse, nei sieropositivi, ecc. La diffusione della pratica vaccinale in Italia è alquanto difforme con punte minime del 25% fino a punte massime di quasi il 50%. Anche nel resto dell'Europa non è dissimile e varia, da nazione a nazione, dal 25 al 47%. La ridotta penetrazione del programma vaccinale dipende da più fattori. Il medico a volte dimentica di incoraggiare alla vaccinazione i pazienti a rischio. Probabilmente anche per la mancanza di un'incentivazione economica, come invece previsto dall'accordo collettivo nazionale. Non va infatti dimenticato che il medico di famiglia è l'unico che può recarsi a domicilio dei pazienti a rischio non deambulabili. Da parte loro, le Aziende Sanitarie Locali talvolta non mettono a disposizione dei medici le opportune quantità di vaccino preferendo essere i principali erogatori di questo servizio, ben sapendo però di non poter raggiungere tutti i pazienti a rischio. Infine, anche nella popolazione esiste una sorta di negativa predisposizione alle vaccinazioni, dovuta sia a esperienze di episodi influenzali (che in realtà non lo erano) seguiti alla vaccinazione, sia al fatto di considerare l'influenza una non-malattia. In tutto questo panorama la funzione educativa del medico generale è cruciale se si integra anche con la funzione educativa delle istituzioni.

Una buona penetrazione vaccinale e la disponibilità di farmaci antivirali specifici possono permettere di affrontare con maggior sicurezza e minori danni biologici ed economici le annuali epidemie.

Smoke cessation, per non far andare in fumo la salute

Germano Bettoncelli

L'astensione dal fumo di tabacco rappresenta, in assoluto, l'intervento con il miglior rapporto costo-beneficio tra tutti quelli attuabili nel mondo occidentale, al fine di migliorare la salute dei cittadini. Nonostante le periodiche iniziative volte a suscitare interesse attorno al problema, nel nostro Paese non ha ancora visto la luce l'elaborazione di un progetto globale di intervento, capace di incidere con forza sul fenomeno. In Italia infatti non si osserva lo stesso trend per quanto riguarda il calo dei fumatori e, per contro, si registra una percentuale di fumatori, tra i medici, che addirittura supera quella della media della popolazione. La stessa legislazione, volta a proibire il fumo in determinati ambienti, è stata tardiva, debole nelle sanzioni e, nel complesso, quasi del tutto inapplicata. Pur non essendo i medici gli unici operatori in grado di incidere sull'abitudine tabagica, è certamente grande la loro responsabilità quando mostrano di non saper/voler assumere un ruolo più determinato nei confronti del paziente fumatore. Le cause di ciò vanno certamente fatte risalire ad una carenza di formazione scolastica, specialmente universitaria, là dove il fumo viene quasi sempre trattato come fattore di rischio associato alle patologie e mai affrontato come problema a sé stante, attraverso un'analisi specifica delle cause, dei comportamenti del fumatore e degli interventi preventivi e curativi disponibili.

Per questo un impegno contro il fumo dell'Area Nazionale Pneumologica della Simg deve essere prioritario. Non certo perché il fumo sia un problema esclusivamente pneumologico, ma semplicemente perché i danni da fumo sull'apparato respiratorio mostrano oggi una preoccupante tendenza all'aumento. Ripartendo dalla storica esperienza della Simg nel settore, il progetto "Il tuo dottore per amico", è necessario aprire un fronte di intervento nei confronti dei medici fumatori ed uno nei confronti della popolazione dedita al fumo.

Per prima cosa dovranno essere raccolti dati in grado di descrivere un'epidemiologia più attendibile del fenomeno. Vi sono studi che dimostrano come un medico che raccoglie sistematicamente i dati sull'abitudine al fumo dei suoi pazienti, finisce con l'avere un numero di fumatori inferiore alla media. Deve pertanto essere migliorato e rinforzato lo spazio delle nostre cartelle (specie se informatizzate) dedicato alla raccolta e alla descrizione del problema. Un obiettivo della Società dovrebbe essere anche quello di selezionare e studiare gli interventi che più si sono dimostrati efficaci nella lotta contro il fumo, valutandone l'applicabilità nel contesto della medicina generale. Un "minimal advice" ovviamente dovrebbe far parte del lavoro quotidiano di tutti, ma anche forme di intervento più strutturate e complesse potrebbero essere prese in considerazione, da parte di medici disposti a coltivare questo particolare interesse. Ad esempio, nell'ambito di progetti obiettivo elaborati dagli enti pubblici, o all'interno di particolari forme organizzative di medici operanti in gruppi integrati, che potrebbero conferire ad un loro collega il compito di effettuare interventi più approfonditi su tutti quei pazienti del gruppo che presentano maggiori fattori di rischio.

La Società, infine, nella lotta al tabagismo dovrebbe farsi promotrice di attività che, a garanzia della loro efficacia, abbiano le seguenti caratteristiche:

- la coerenza dei messaggi educazionali contro i fumo, premessa importante per la loro efficacia, dovrebbe essere il risultato dell'adozione da parte di tutti gli operatori della salute di messaggi condivisi. In tutti i contatti con ambienti ed operatori della salute i pazienti dovrebbero ricevere comunicazioni omogenee e complementari
- ogni intervento educazionale ha dei costi: economici, umani, di cui va tenuto rigorosamente conto
- ogni intervento educazionale dovrebbe essere pianificato e programmato per durare nel tempo, pena l'induzione di false attese nel paziente e la perdita di credibilità per gli operatori
- il costante monitoraggio degli indicatori di efficacia degli interventi
- ai medici dovrebbe essere noto quanto, ragionevolmente, ci si possa attendere in termini di percentuale di cessazione da un intervento educazionale o con una terapia, come quella che sta dando ottimi risultati negli Usa e che si basa sul bupropione. Questo per evitare delusioni o frustrazioni indotte da attese irrealistiche. Perciò è necessaria la conoscenza della letteratura specializzata e delle sue periodiche revisioni, conoscenza degli interventi di dimostrata efficacia e delle ragionevoli percentuali di successo ottenibili con la loro applicazione.

Conoscere e curare la depressione

Tiziano Scarponi

La depressione per il medico generale rappresenta un problema: ha un'alta prevalenza, è spesso sconosciuta e soprattutto risulta difficile da gestire. Studi internazionali e studi condotti in Italia hanno evidenziato come i pazienti con problematica psichiatrica che affollano i nostri studi raggiungano circa il 35%. In alcuni studi italiani i medici generali presentano un tasso di riconoscimento complessivamente buono (73%), ma non sufficiente per i disturbi depressivi, anche se questi rappresentano la causa più importante di disabilità rispetto ai disturbi "internistici".

Molto è stato detto sulla difficoltà del medico di medicina generale a diagnosticare i disturbi psichici. Talora è stata invocata una sua presunta inefficienza, altre volte l'inadeguatezza delle informazioni a sua disposizione. Studi più recenti però hanno sottolineato come si tratti di un fenomeno complesso legato soprattutto a problemi di contesto. Da tempo è infatti dimostrato come la capacità del medico di famiglia di riconoscere problematiche psichiche dipenda da come si relaziona con il paziente e da come gestisce il colloquio clinico. È stato precisato che i medici, spesso, non riconoscono la depressione quando si presenta con sintomi prevalentemente somatici o quando si accompagna a quadri di grave patologia organica. Questo senza dubbio è il frutto di una formazione universitaria prettamente

organicista, più attenta alle istanze “fisiche”, ma senza dubbio è anche la prova di come risulti difficile fare “aprire” il paziente sulla sua realtà interiore e sui suoi vissuti psichici.

Sempre gli stessi studi hanno delineato un modello di colloquio clinico idoneo a far emergere il disagio psichico: un colloquio condotto senza fretta, in maniera rilassata, empatica, che sfrutta le regole elementari del counselling, un modello di colloquio e dialogo che non si impara però leggendo sui libri, ma si apprende attraverso un training di formazione e si applica nella pratica quotidiana organizzando la propria attività ambulatoriale, nel senso di creare più spazi possibili dedicati allo scambio comunicativo. Il nostro medico generale quindi, per poter ben riconoscere la depressione, dovrà adeguare il proprio setting prevedendo un intervento sull'organizzazione del proprio lavoro in ambulatorio ed un training di formazione su tecniche di comunicazione. Per poter poi gestire il paziente depresso, dovrà acquisire un'adeguata competenza (specialistica) sul trattamento farmacologico, stabilire, se necessario, un reale collegamento con un eventuale servizio psichiatrico, delineare poi anche per la depressione il management come ha fatto per quasi tutte le problematiche assistenziali.

Il medico generale del terzo millennio, insomma, sarà in possesso di competenze specifiche e specialistiche sulla depressione in quanto avrà avuto sull'argomento una formazione idonea prima e dopo la laurea. Avrà organizzato il proprio lavoro in ambulatorio con personale ausiliario e potrà quindi dedicare tutto il tempo necessario al colloquio.

Obiettivo vaccinazioni

Massimo Bevilacqua

Scopo della sessione clinica è di capire il bisogno di copertura vaccinale nella popolazione adulta e anziana, di definire le strategie per ottenere una copertura vaccinale ottimale e di esaminare i modelli di collaborazione fra medicina generale e dipartimenti di prevenzione delle ASL.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) per il triennio 1998-2000 colloca, tra le aree prioritarie di intervento, la prevenzione vaccinale di tutte le malattie infettive per le quali il rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio risulti favorevole. In tal modo, quindi, viene sottolineata l'importanza attribuita dal Servizio Sanitario Nazionale a tali interventi preventivi, uno tra i pochi strumenti in grado, a lungo termine, di ridurre l'incidenza delle malattie infettive, migliorare la qualità della vita della collettività e contenere i costi dell'assistenza. Ovviamente, trattandosi nella maggior parte dei casi di interventi preventivi raccomandati e non obbligatori, è indispensabile che la popolazione sia messa in condizione di percepire non soltanto i benefici di tali interventi, ma anche gli effetti individuali e collettivi di un eventuale rifiuto della vaccinazione.

In un simile contesto il ruolo del medico, ed in particolare del medico di medicina generale, risulta

determinante, tanto che proprio a queste figure vengono attribuite dalla normativa non soltanto la funzione di filtro per le cure di secondo livello, ma soprattutto quella di promotore della salute. Non vi è ormai alcun dubbio che l'immunizzazione costituisca uno dei metodi più efficaci, dal punto di vista costo\beneficio, per la prevenzione della morbilità e della mortalità dovuta a malattie infettive. Le vaccinazioni hanno comportato riduzioni significative dei casi denunciati di morbillo, parotite, rosolia, tetano, difterite e pertosse fino alla scomparsa di polio, difterite e vaiolo. Tuttavia è dato rilevare come, nel nostro Paese, la copertura vaccinale degli anziani sia ancora molto al di sotto del tasso raccomandato dalle organizzazioni internazionali di medicina preventiva. Ciò riguarda in particolare la vaccinazione anti-influenzale, anti-pneumococcica e anti-tetanica.

Il massiccio fenomeno immigratorio verso il nostro paese di popolazioni non soggette a controllo vaccinale e la possibilità di essere ammessi a scuola senza certificazione vaccinale possono complicare ulteriormente le cose. Analizzando la storia vaccinale del nostro Paese non si può disconoscere che la coesistenza di un obbligo vaccinale contro alcune malattie (polio, difterite, tetano, epatite B) a fronte di altre vaccinazioni ritenute facoltative (morbillo, rosolia, parotite, pertosse, hemofilus influenzae b, anti-pneumococcica) ha provocato un inaccettabile gap nel diritto alla prevenzione.

Il problema delle vaccinazioni in Italia è attualmente in una fase di ripensamento, se non di vera e propria rivoluzione. E tuttavia, senza tenere presenti il progetto OMS, il PSN 1998-2000 e il Piano Nazionale Vaccini risulta impossibile capire fin dove la innovazione in questo campo si sia spinta. Il Progetto OMS " Salute per tutti nell'anno 2000" prevede:

- la scomparsa di difterite, tetano, tetano neonatale e parotite indigeni, così come rosolia congenita ed infezione rubeolica dell'infanzia
- la riduzione della mortalità a meno di un caso su 100.000 per morbillo e pertosse
- l'estensione a tutti i Paesi della vaccinazione contro l'epatite B
- l'eradicazione della poliomielite
- le vaccinazioni routinarie dei nuovi nati contro l'Hemofilus Influenzae b ed eliminazione di meningite e patologie invasive sostenute dal batterio.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 coglie i molteplici aspetti della realtà sanitaria italiana e definisce le priorità e gli strumenti per raggiungere gli obiettivi prefissati. Per ciò che riguarda le malattie infettive sono molti gli aspetti controversi di un campo che in conseguenza della introduzione degli antibiotici ha visto una inversione del trend di morbosità\mortalità. Molto rimane da fare ma appare sempre più evidente che senza un controllo vaccinale adeguato di alcune patologie, non si potranno controllare adeguatamente molte malattie infettive.

Il Piano Nazionale Vaccini 1999-2000 si propone di dare una risposta operativa alle problematiche evidenziate dal PSN e fornisce linee di indirizzo per lo svolgimento delle attività vaccinali in modo che

esse siano coordinate ed allineate a quelle della comunità internazionale per il raggiungimento di obiettivi operativi uniformi su tutto il territorio nazionale. Tutte le vaccinazioni sono ugualmente importanti ed ogni cittadino ha diritto ad uguale accesso alla prevenzione vaccinale efficace. Gli obiettivi sono la copertura vaccinale al 95% per poliomielite, tetano, difterite, pertosse, morbillo, parotite, rosolia, entro i 2 anni di età, e del 75% per l'influenza nella popolazione anziana. Se tali obiettivi saranno raggiunti la vaccinazione di massa agirà come strumento di protezione degli individui più deboli della comunità.

Per fare ciò sono necessari:

1. l'ottimizzazione del sistema di sorveglianza degli eventi avversi correlati alle vaccinazioni anche mediante strumenti informatici e che preveda un ritorno di informazioni a livello locale;
2. il miglioramento della formazione degli operatori sanitari e della informazione degli utenti e delle attività di rilevamento e notifica delle malattie infettive;
3. il miglioramento dell'accessibilità ai servizi vaccinali stabilendo degli standard che consentano la valutazione di qualità.
4. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle pratiche di profilassi vaccinale rivolte alla popolazione adulta

Inoltre la recente approvazione della Legge 229/99 e il Decreto attuativo collegato in approvazione in Parlamento, insieme alla Convenzione A.C.N. DPR 484/96 tuttora in vigore, di fatto delimitano il campo in cui il medico di famiglia si trova ad operare quotidianamente. Sarà quindi necessario introdurre meccanismi incentivanti e compiti ben definiti se si vorrà fare in modo che il libro dei sogni si trasformi in un progetto operativo che coinvolga tutti gli operatori nel campo della prevenzione e fra questi in particolare il pediatra di libera scelta e il medico.

In questo scenario si dovrà tenere conto del Dipartimento di prevenzione che è il regista della politica aziendale territoriale per ciò che riguarda il piano vaccinale. La vita media (dati Istat '93) è di 74 anni per gli uomini e 80,5 per le donne mentre la fecondità (Istat '94) è scesa ai livelli più bassi del mondo (1,22 figli per donna). In questo modo, la popolazione al di sopra dei 65 anni è passata dal 9,5% del 1961 al 16,2% del 1994, pari a quasi 9 milioni di persone, in maggioranza di sesso femminile. Nel 2020 sarà il 23%, mentre quella al di sopra degli 80 anni (dati ISTAT 1994-95) rappresenta il 3,5% pari a circa 2 milioni. Il fatto più rilevante è che il gruppo degli ultraottantenni, gravati da polipatologia, sta aumentando due volte più rapidamente dei sessantacinquenni e oltre.

La speranza di vita alla nascita (numero di anni che un individuo può attendere mediamente di vivere) è di 78,3 anni per gli uomini e 84,6 per le donne. Per queste ragioni, mai come ora, alle problematiche dell'anziano è puntata l'attenzione del mondo scientifico e dell'economia sanitaria. I fattori demografici di fatto impongono un ripensamento di tutto l'impegno del medico di medicina generale e della sanità. Invecchiamento della popolazione significa infatti aumento della spesa sanitaria. Il medico generale per

primo si è accorto di tale cambiamento: rispetto ai pazienti di mezza età, visite ambulatoriali e domiciliari agli ultrasessantacinquenni hanno frequenze superiori di circa il 50%. A questa fascia di età, in particolare crescita, appartiene la maggior parte degli anziani cosiddetti “fragili”, che più frequentemente presentano disabilità e necessitano di aiuti e presidi nonché di assistenza medica, infermieristica e di giorni di ricovero.

Il medico di famiglia per queste persone deve avere un'attenzione speciale e dal punto di vista della prevenzione delle malattie infettive deve attivarsi affinché si raggiungano le coperture vaccinali ottimali consigliate dal Ministero per Influenza, Pneumococco, Tetano: segnalando tutti gli interventi effettuati al Dipartimento di Prevenzione. Nell'adulto bisognerà tenere conto dei viaggi all'estero, della immunocompromissione (HIV) e tumori e terapie cortisoniche e la gravidanza.

