

am

AVVENIRE MEDICO

IL MENSILE DELLA FIMMG
NUMERO 4 - 2016 ANNO LIV

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Famiglia

6 Studi Fimmg
Strumenti digitali,
e differenze regionali

15 Segui la terapia
Medici di famiglia e
farmacisti insieme per la
salute del paziente

26 Wonca 2016
I temi della Wonca Europe
Conference di Copenhagen

**72° CONGRESSO
NAZIONALE FIMMG-METIS**

MEDICINA DI FAMIGLIA: CAMBIARE PER MANTENERE I PROPRI VALORI

3 - 8 ottobre 2016
Complesso Chia Laguna
Domus de Maria (CA)

UN NUOVO AVVENIRE MEDICO

“Medicina di famiglia, cambiare per mantenere i propri valori”: questo numero dà il via a una nuova stagione di *Avvenire Medico*, profondamente rivisitato graficamente, più leggibile e ricco di contenuti professionali e scientifici. Una novità che ben si colloca sulla scia dello slogan del prossimo Congresso nazionale.

Rilanciare in questo momento una rivista cartacea può sembrare velleitario e anacronistico di fronte all'aggressività e pervasività informativa del web che in pochi minuti brucia enormi quantità di informazioni.

Ma pensiamo che per la vecchia carta esista ancora uno spazio: uno spazio per una rivista tradizionale, caratterizzata dall'autorevolezza della fonte, la Fimmg, e dalla professionalità di una redazione sperimentata, professionale e aperta alle nuove generazioni di medici di famiglia.

Tratteremo i temi più cari alla professione, cercheremo di ri-conquistare l'interesse e il cuore di tutti voi.

IL MENSILE DELLA FIMMG

am
 AVVENIRE
 MEDICO

Fondato nel 1963
 da Giovanni Turziani
 e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25
 00144 Roma
 TEL 06.54896625
 FAX 06.54896645
www.fimmg.it

Direttore
 Giacomo Milillo

Direttore responsabile
 Fiorenzo Corti

Comitato di redazione
 Esecutivo nazionale Fimmg

Coordinamento editoriale
 Eva Antoniotti

Hanno collaborato
 Gennaro Barbieri,
 Giuseppe Nicodemo
 Bombardiere, Fabio Bono,
 Angelo Campanini,
 Stefano Cellotto, Lucia
 Conti, Jacopo Demurtas,
 Pierluigi De Paolis,
 Luciano Fassari, Enrico
 Finazzi Agrò, Ester
 Maragò, Palo Misericordia,
 Stefano A. Nobili,
 Loredana Orsini, Maurizio
 Pirro, Andrea Pizzini,
 Giovanni Rodriguez,
 Andrea Stimamiglio

**Progetto grafico
 e Impaginazione**



Edizioni Health Communication

Editore
 Edizioni Health
 Communication
 Via V. Carpaccio 18
 00147 Roma
redazione@hcom.it
 TEL 06.59.44.61

Stampa
 Union Printing - Viterbo
 Registrazione al Tribunale di
 Bologna n. 7381 del
 19/11/2003

Sped. in abb. postale
 D.L. 353/2003
 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
 art. 1, comma 1, dcb Roma
 Finito di stampare
 nel mese di settembre 2016

AL VIA IL 72° CONGRESSO
FIMMG-METIS

MEDICINA DI FAMIGLIA: COSA CAMBIERÀ?

Il Congresso mette al centro il tema del cambiamento e sarà l'occasione per riflettere su tutto quello che dobbiamo mettere in gioco per realizzare la nostra mission, sempre rivolta alla cura olistica della persona

SEI INTENSE GIORNATE di lavori articolate in appuntamenti in sessione plenaria, con la partecipazione di ospiti istituzionali e personalità scientifiche, e incontri di formazione professionale, ovvero workshop seminari e corsi master per medici esperti.

Al centro c'è il tema del cambiamento, da realizzare per poter salvaguardare la mission della medicina di famiglia nei nuovi tempi in cui viviamo.

La mission è quella definita dal Wonca, articolata in sei competenze fondamentali: gestione delle cure primarie, cure centrate sulla persona, capacità di problem solving, approccio integrato, orientamento alla comunità, impiego di un modello olistico. Competenze che vanno completate con almeno tre caratteristiche necessarie a chi si prende cura della persona: una particolare sensibilità al contesto in cui si opera; un chiaro impegno etico; una costante attenzione all'aggiornamento scientifico. Nel corso degli anni ovviamente il valore di queste competenze cardine è rimasto immutato nella sostanza, ma la



Diventa impellente compiere scelte efficienti ed efficaci e farle accettare al paziente che è incalzato dalla offerta di soluzioni spesso inappropriate

modalità e il contesto della società in cui operano i medici e vivono gli assistiti è profondamente mutata. Quindi si rende indispensabile operare dei cambiamenti nel modo di operare.

È necessario trovare nuove modalità di accessibilità alle cure, in una società in cui il tempo è diventato un valore fondamentale, nuove modalità di comunicazione, percorsi più snelli per la soluzione dei problemi di salute.

Per questo la presenza di collaboratori di studio negli ambulatori, rendendo più fluido il lavoro, può migliorare la gestione dei tempi, così come le aggregazioni, sia fisiche (nello stesso spazio), sia funzionali, possono aumentare i servizi e gli orari a disposizione dell'utenza.

La società si orienta maggiormente alla ricerca del benessere, prima che alla cura della malattia. Pertanto occorre implementare fortemente la attitudine alla prevenzione e al mantenimento dello stato di salute e di efficienza della persona. Nella maggioranza dei casi i pazienti richiedono informazioni e ac-

compagnamento nelle scelte consapevoli di cura, piuttosto che atteggiamenti paternalistici di guida. Quindi anche l'approccio comportamentale al paziente cambia ed impegna maggiormente il medico. L'abilità diventa sempre più la capacità di offrire un ventaglio di opportunità terapeutiche tra cui scegliere. Peraltro *il contesto socio economico in cui ci si muove è più complicato*: le risorse sono sempre più esigue a fronte di una offerta di possibilità diagnostiche e terapeutiche sempre maggiore e sempre più pubblicizzata.

Diventa quindi impellente compiere scelte efficienti ed efficaci e farle accettare al paziente che è incalzato dalla offerta di soluzioni spesso inappropriate. In questa ottica la presa in carico delle patologie croniche da parte delle cure primarie costituisce una opportunità di crescita, di miglioramento della accessibilità, di corretta allocazione delle risorse, di realizzazione di percorsi di medicina proattiva. Anche l'attenzione alla aderenza alla terapia è un fattore che assume maggiore importanza ri-

Il programma del Congresso

Riportiamo gli appuntamenti previsti nella Sessione plenaria, che potranno ovviamente subire alcune variazioni legate alla presenza degli ospiti

Lunedì 3 ottobre 2016

09.00 - 10.30 (Fuori accreditamento)
Apertura del Congresso, *Giacomo Milillo*
Presentazione del Congresso, *Malek Mediati*
Di che cosa parliamo in questo Congresso, *Donatella Alessio*
Saluto delle autorità
Intervento del *Mario Cicala*,
Giudice della Corte di Cassazione
Premio Mario Boni

10.30 - 12.30 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - La Medicina di Famiglia e i nuovi bisogni della società
Moderatore: *Fiorenzo Corti*
Introduce: *Carla Collicelli*
Intervengono: *Tonino Aceti, Filippo Anelli, Guido Giustetto, Walter Marrocco, Roberto Messina*

12.30 - 13.30 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - MMG e vaccinazioni dell'adulto: quanto è difficile fare prevenzione in Italia?
Moderatore: *Donatella Alessio*
Intervengono: *Roberta Chersevani, Nicoletta Luppi, Tommasa Maio*

15.00 - 18.00 (Fuori accreditamento)
Sessione Istituzionale
Invitati ad intervenire:
Alberto Olivetti, Presidente ENPAM
Massimo Scaccabarozzi, Presidente Farindustria
Cinzia Falasco Volpin, Vice Presidente Assogenerici
Roberta Chersevani, Presidente FNOMCeO
Luca Pani, Direttore Generale AIFA
Relazione del Segretario Generale Nazionale, Giacomo Milillo
Intervento delle istituzioni:
- *Beatrice Lorenzin*, Ministro della Salute
- Rappresentanti Conferenza delle Regioni
- *Vincenzo Pomo*, Coordinatore SISAC
- Rappresentanti Camera e Senato

Martedì 4 ottobre 2016

09.00 - 11.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - Medico di Medicina Generale ed intensità di cure:
lo sviluppo dell'Assistenza Primaria
Moderatore: *Mauro Ucci*
Intervengono: *Pier Luigi Bartoletti, Pietro Drago, Luigi Galvano, Gabriella Levato, Massimo Magi*

11.00 - 13.00 (Fuori accreditamento)
TAVOLA ROTONDA - La nuova Medicina di iniziativa: modello professionale ed organizzativo
Intervengono: *Enrico Desideri, Dario Grisillo, Giacomo Milillo*

14.30 - 16.30 (Fuori accreditamento)
TAVOLA ROTONDA - Collaborazioni didattiche teorico-pratiche nei Corsi di Formazione di Medicina Generale - Protocollo FIMMG-SITI
Moderatore: *Roberto Venesia*
Intervengono: *Rossella Coppola, Carlo Curatola, Paolo Misericordia, Silvestro Scotti*

Mercoledì 5 ottobre 2016

09.00 - 11.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - Ruolo Unico e organizzazione del lavoro in Medicina Generale
Moderatore: *Giacomo Milillo*
Intervengono: *Vittorio Boscherini, Alessandro Dabbene, Renzo Le Pera, Luigi Sparano, Gennaro De Nardo*
16.00 - 18.00 (Fuori accreditamento)
Evento FIMMG CA: Accendiamo il giorno
a cura dell'Esecutivo FIMMG CA

Giovedì 6 ottobre 2016

09.00 - 11.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - L'impatto della sanità integrativa nella pratica della Medicina Generale
Moderatore: *Giacomo Milillo*
Intervengono: *Nicola Calabrese, Dario Grisillo, Paolo Misericordia, Roberto Scrivo**
*in attesa di conferma

14.00 - 16.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - Come cambierà il management delle patologie croniche nel percorso di evoluzione della medicina generale?
Intervengono: *Dario Grisillo, Massimo Magi*

16.00 - 18.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - L'ACN che verrà
Moderatore: *Giacomo Milillo*
Intervengono: *Tommasa Maio, Antonio Maritati, Romano Paduano, Silvestro Scotti*

18.00 - 18.30 (Fuori accreditamento)
CONVOCAZIONE DELLA PLENARIA CONGRESSUALE

18.30 - 20.00 (Fuori accreditamento)
CONVOCAZIONE DEL CONSIGLIO NAZIONALE

Venerdì 7 ottobre 2016

09.00 - 11.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - Il Medico di Famiglia: induttore di spesa o risorsa per il SSN?
Moderatore: *Silvestro Scotti*
Intervengono: *Domenico Crisarà, Walter Marrocco, Paolo Misericordia, Federico Spandonaro*

21.00 - 23.00 (ECM 247-170746)
TAVOLA ROTONDA - Come affrontare a tavola in allegria diabete e sovrappeso

SABATO 8 OTTOBRE 2016

09.00 - 11.00
Le esperienze del territorio

11.00 - 13.00 (ECM 247-162646)
TAVOLA ROTONDA - MEDICINA GENERALE 3.0: Il medico in formazione tra contenuti organizzativi minimi e intensità assistenziale massima
Moderatore: *Caterina Marcucci*
Intervengono: *Valentina Andrei, Daniele Angioni, Giuliana Arciello, Carlo Curatola, Noemi Lopes, Simone Quintana*

16.00 - 18.00 (ECM 247-162646)
Le evidenze emerse dal Congresso

petto al passato, nell'ottica della efficacia degli Medicina di Famiglia.

Se in sessione plenaria si discuteranno prevalentemente le ricadute organizzative di questi cambiamenti in atto, le moltissime occasioni di formazione offriranno ai medici gli strumenti professionali per dare risposte sempre più efficaci in termini di erogazione delle cure, trattamento delle patologie croniche, comunicazione col paziente ed organizzazione del lavoro.

Impossibile elencare tutti gli appuntamenti formativi, che vanno dalla medicina della sessualità, alla vaccinologia, alla diagnosi e gestione del dolore neuropatico, affrontando tutti i principali aspetti della cronicità, senza tralasciare anche le possibilità terapeutiche offerte dalla medicina estetica o dall'Hata Yoga. Confermati i corsi Master di Ecografia e quelli rivolti alla medicina degli stili di vita curati da SIMPESV.

Per informazioni dettagliate sul programma del Congresso, consultare il sito della Fimmg: www.fimmg.org

È morto Roberto Lala

Una malattia crudele e rapida ha portato via prematuramente Roberto Lala, segretario nazionale del Sumai-Assoprof e presidente dell'Ordine dei medici di Roma. Il segretario nazionale Giacomo Milillo, tutta la Fimmg e la redazione di *Avenire Medico* esprimono la loro vicinanza ai colleghi e alla famiglia.





**I MEDICI USANO
SEMPRE PIU'
STRUMENTI DIGITALI.
MA RESTANO GRANDI
DIFFERENZE REGIONALI**

Il 79% dei medici di MG del Nord-Est consulta abitualmente online i referti di laboratorio, ma al Sud la percentuale crolla al 25%. La differenza la fanno i servizi messi a disposizione dai Sistemi Sanitari Regionali e dalle singole Asl, perché oltre il 90% degli intervistati dichiara di essere interessato ad utilizzare sempre più strumenti informatici

Paolo Misericordia
Responsabile
del Centro Studi
nazionale e dell'Area
ICT della Fimmg

IL CENTRO STUDI nazionale della Fimmg ha realizzato, anche quest'anno, nell'ambito ed in collaborazione con l'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano e DoxaPharma, un'indagine volta a comprendere la diffusione dell'ICT (Innovation Communication Technology) in MG.

Alla survey, condotta nell'aprile 2016, che viene oramai ripetuta ogni anno dal Centro Studi e che pertanto costituisce un monitor del fenomeno, hanno partecipato 656 medici.

Come nelle altre occasioni, oggetto dell'indagine sono stati gli investimenti destinati all'ICT, la tipologia dei servizi maggiormente utilizzati, la loro rilevanza

per l'attività del mmg; un focus particolare è stato posto per comprendere con quali ambiti assistenziali fosse più importante condividere telematicamente i dati sanitari dei propri assistiti. Altri aspetti sui quali è stata indirizzata l'attenzione sono state le barriere all'utilizzo più diffuso dell'ICT in MG e le nuove modalità di interazione con i propri assistiti.

I MMG riferiscono di destinare all'ICT circa 1.500 euro all'anno, con alcune differenze per distribuzione sul territorio nazionale (sembrerebbero spendere di più i medici del Sud/Isole e di meno quelli del Centro) e per modalità di lavoro (un investimento maggiore è di-

chiarato dai medici che lavorano in rete/gruppo rispetto ai medici che lavorano da soli).

Tra i servizi ICT più frequentemente utilizzati c'è la consultazione online dei referti di laboratorio e dei referti specialistici (risponde di utilizzarli frequentemente/occasionalmente il 46% e il 35% del campione rispettivamente). Particolarmente rilevanti appaiono però le differenze nella distribuzione delle risposte sul territorio nazionale (Fig. 1). Sono, ad esempio, il 79% i mmg nel Nord Est che consultano online frequentemente/occasionalmente i referti delle analisi di laboratorio, contro il 25% dei MMG nel Sud-Isole; sono il 67% i mmg che utilizzano la consultazione online dei referti specialistici sempre nel Nord Est, contro un 18% che utilizza analogo risorsa tra i mmg del Centro. Sempre molto alta appare la percentuale di coloro che, pur non essendo in condizione di poter fruire di tali possibilità, dichiarano di essere interessati a farlo.

È evidente che tali differenze sono relative a quanto viene messo a disposizione

del mmg da parte dei diversi Sistemi Sanitari Regionali o dalle singole Aziende. Quello che rimane sostanzialmente stabile infatti, in tutte le analisi di dettaglio, è l'esiguità della percentuale di coloro che dichiarano di non avere interesse per utilizzare queste risorse (ad eccezione dell'aggiornamento del Patient Summary, per il quale le perplessità appaiono dappertutto più consistenti; dichiarano di non essere interessati il 21% dei mmg complessivamente).

E se nel resto dell'Italia la consultazione online è avvenuta utilizzando sostanzialmente una risorsa informatica messa a disposizione dalla ASL (con percentuali sempre superiori al 50% per tutte le tipologie di dati consultati) (Fig. 2), nel Sud-Isole aumentano le percentuali dei medici che riferiscono che la consultazione è avvenuta accedendo tramite un software acquistato personalmente

(il 73% per quanto riguarda i referti degli esami di laboratorio, il 67% per i referti della diagnostica per immagini, il 59% per i referti specialistici).

Molto contenuto sembra ancora essere l'utilizzo delle risorse della telemedicina (tele-assistenza e teleconsulto), con una media di utilizzo dichiarata veramente bassa (intorno al 3% del campione); va notato però, che anche qui, appaiono ragguardevoli le percentuali di coloro che dichiarano di essere interessati ad utilizzare tali strumenti. Sembrerebbe cioè che l'elemento più rilevante sia una mancata proposta "di sistema" per sostenere e promuovere queste soluzioni. I MMG ritengono che possano risultare particolarmente utili per la propria operatività le iniziative di condivisione dei dati assistenziali: lo ritengono elemento rilevante il 93% dei MMG per quanto riguarda l'accesso e la condivisione di re-

ferti, verbali ed indagini, come altrettanto rilevante (85%) è giudicata la dematerializzazione vera della ricetta (Fig. 3). Importante viene considerata la possibilità di condividere soprattutto informazioni con gli specialisti del SSN (92%), con i reparti ospedalieri (95%), con il Pronto Soccorso (91%), ma anche tra gli stessi MMG in vista delle future Aggregazioni Funzionali Territoriali (85%).

Va segnalato come le principali barriere ad un uso più esteso degli strumenti dell'ICT vengano giudicate le limitate risorse economiche al momento disponibili, segnalate dal 54% del campione, prima della scarsa conoscenza della potenzialità degli strumenti ICT riportata dal 48% dei medici, della scarsa cultura digitale (per il 45%), della mancanza di competenze di utilizzo degli strumenti (per il 42%), delle difficoltà nell'identificare e valutare i benefici e giustificare

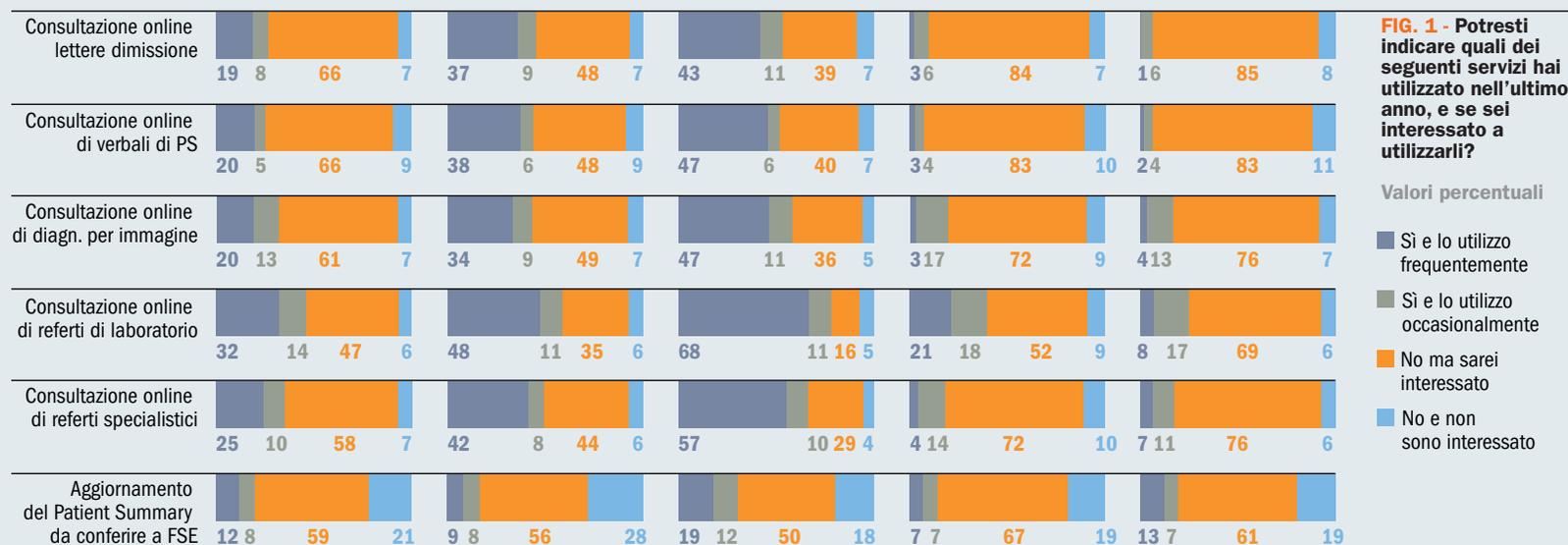


FIG. 1 - Potresti indicare quali dei seguenti servizi hai utilizzato nell'ultimo anno, e se sei interessato a utilizzarli?

Valori percentuali

- Si e lo utilizzo frequentemente
- Si e lo utilizzo occasionalmente
- No ma sarei interessato
- No e non sono interessato

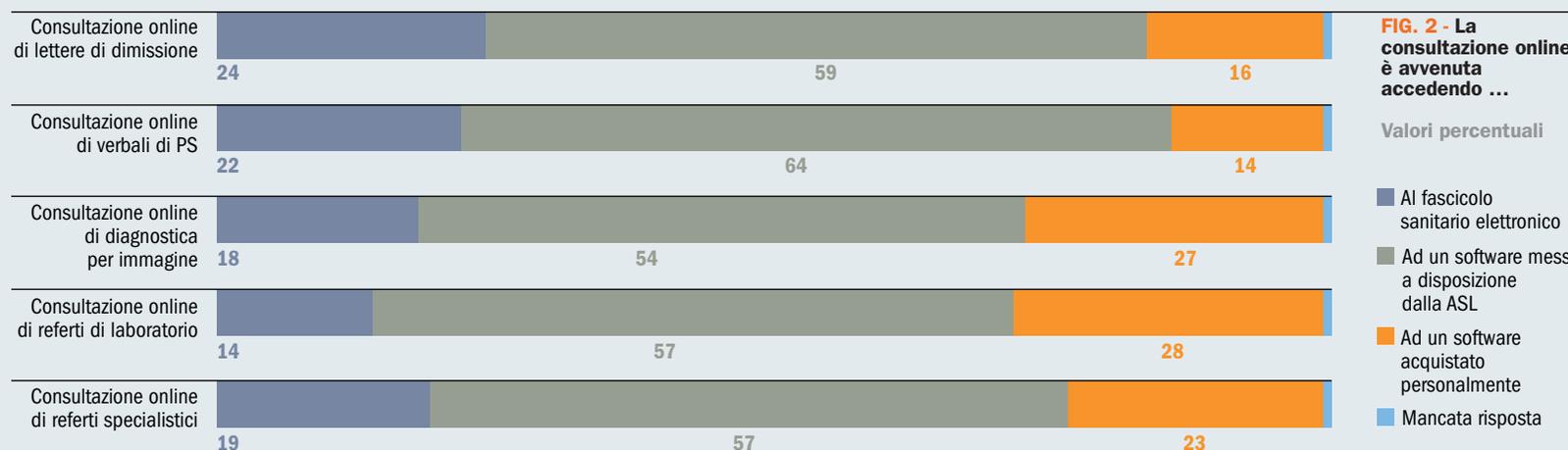


FIG. 2 - La consultazione online è avvenuta accedendo ...

Valori percentuali

- Al fascicolo sanitario elettronico
- Ad un software messo a disposizione dalla ASL
- Ad un software acquistato personalmente
- Mancata risposta

l'investimento (per il 33%), della percezione di scarsa sicurezza e/o di garanzia sulla privacy (per il 27%), della immaturità delle tecnologie e/o assenza di soluzioni di mercato (per il 21%) e della difficoltà nell'uso degli strumenti ICT attualmente disponibili (per il 20% del campione).

Particolarmente interessante appare l'analisi del dato relativo agli strumenti utilizzati per interagire con i pazienti: se l'email e l'SMS sembrano oramai appartenere ad un uso consolidato (stessi dati dello scorso anno: dichiara di utilizzarlo

rispettivamente l'83% e il 70% del campione), un significativo incremento (dal 40% al 53%) emerge sull'uso di WhatsApp (Fig. 4).

Il vantaggio che viene riferito dai medici, per queste modalità di interazione, è l'efficacia dello scambio informativo e la velocità con il quale questo avviene. Tra le motivazioni che invece ne determinano il loro mancato utilizzo c'è il rischio di un aumento del carico di lavoro, le possibili implicazioni medico-legali ed il mancato rispetto della normativa sulla privacy.

Come nelle altre occasioni emerge un quadro in cui la Medicina Generale è sostanzialmente disponibile ad utilizzare le risorse della ICT. È un obiettivo che viene raggiunto anche con investimenti diretti, per i quali comunque la categoria percepisce il peso: le difficoltà più evidenti, semmai, sono quelle di un sistema che spesso non permette queste evoluzioni. Molto graditi appaiono, in particolare, gli strumenti che consentono rapidi, semplici, ma certamente efficaci, scambi informativi con il paziente.

FIG. 3 A tuo parere, quanto è rilevante l'introduzione delle possibili seguenti operatività per il MMG?

Valori percentuali

- Molto rilevante
- Rilevante
- Poco rilevante
- Non rilevante

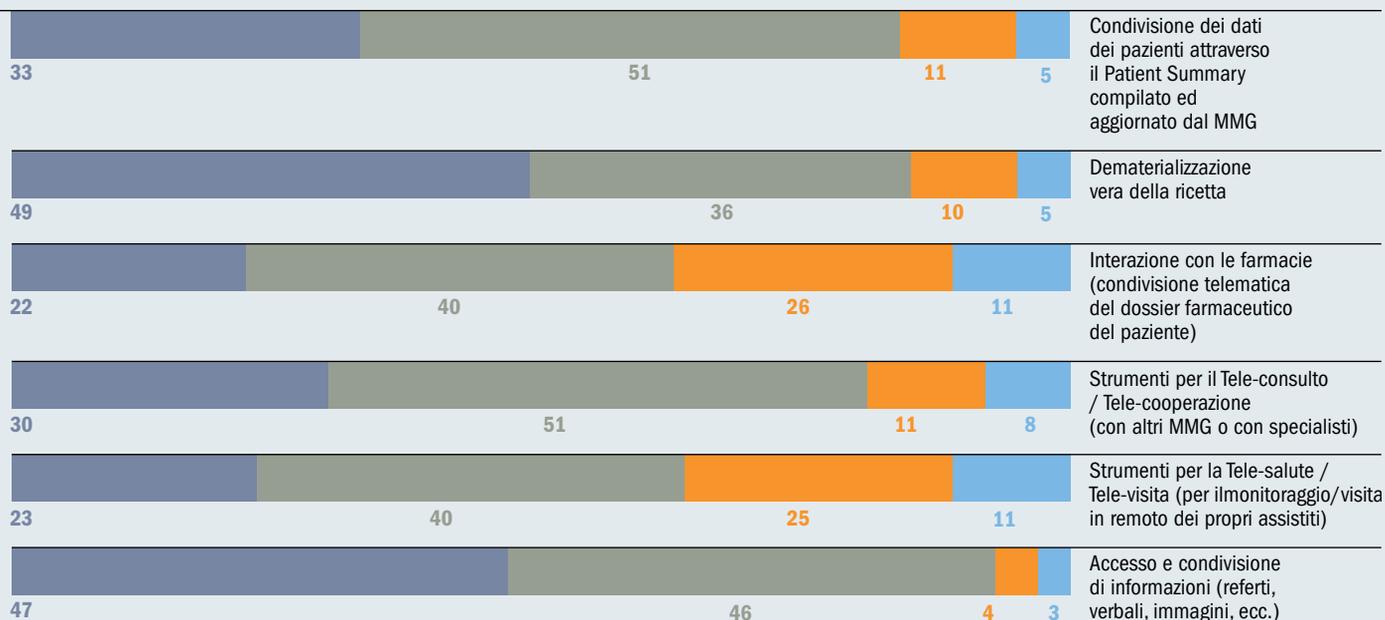
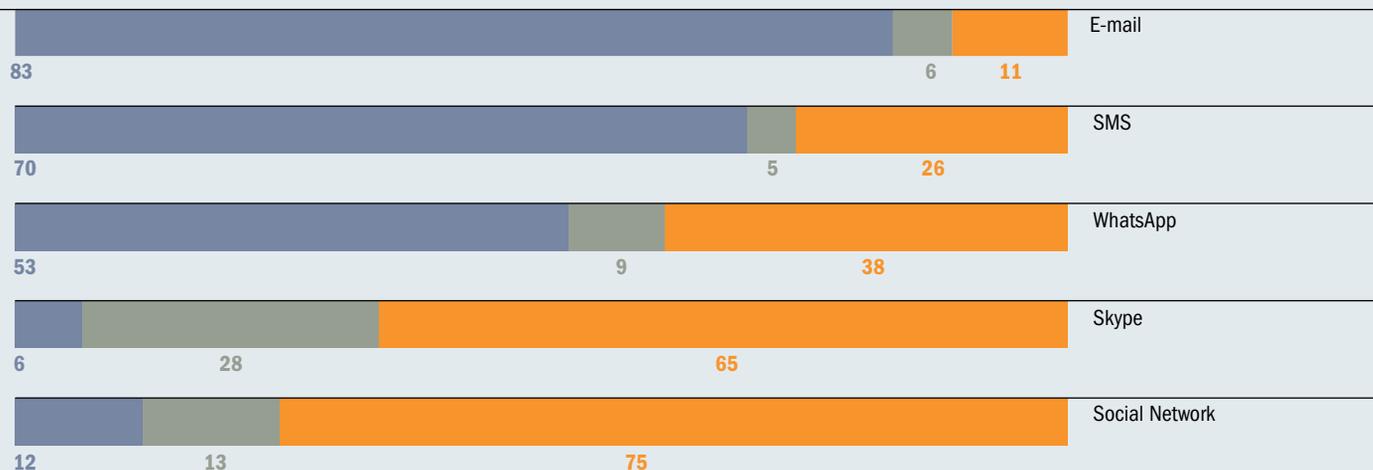


FIG. 4 Quali dei seguenti servizi/strumenti utilizzi nello svolgimento della tua professione per interagire con i tuoi pazienti e con quale frequenza?

Valori percentuali

- Utilizzo
- Non utilizzo ma sono interessato
- Non utilizzo ma sono interessato



LA RICERCA DI UNO STRUMENTO PER IDENTIFICARE E GESTIRE LA COMPLESSITÀ IN MG

La valutazione del paziente
complesso in Medicina Generale



Andrea Pizzini
Medico di Famiglia
Fimmg – Simpesv

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE ed il conseguente progressivo incremento della prevalenza delle patologie croniche richiede un'attenta riflessione sul modo in cui le linee guida cliniche vengono sviluppate e applicate e su come debbano essere quindi considerati appropriati determinati interventi rispetto ad altri.

I sistemi sanitari Europei si trovano ad affrontare molteplici sfide: l'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle persone che soffrono di multimorbilità, e risorse finanziarie ed umane sempre più limitate.

L'Italia è il Paese dell'Unione Europea con il maggior numero di persone anziane: i dati indicano che l'Indice di Vecchiaia (termine usato per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione) è nel nostro Paese il più alto, con valori che raggiun-

gono in alcune Regioni livelli estremamente elevati (ai primi posti troviamo Liguria, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Piemonte). Un'età superiore ai 65 anni è inoltre caratterizzata da comorbidità, definita come la presenza concomitante di due o più patologie nello stesso soggetto. È stato valutato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta in media 4,9 malattie, mentre nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie sale ad una media di 5,4. Ottimizzare il trattamento e l'assistenza per queste fasce di popolazione diventa un'esigenza prioritaria specialmente per i Medici di Famiglia ai quali è affidata la gestione di questi pazienti per i quali fino ad ora la maggior parte dell'assistenza è fornita in modo frammentario e specifico per malattia.

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

dovrebbe disporre di uno strumento che gli consenta di identificare tra i propri assistiti quelli con maggior complessità, così da poter pianificare il più efficiente utilizzo delle risorse disponibili e per poter così prevenire il rapido progredire dell'inabilità e delle infermità

Fino ad ora si sono utilizzate scale di valutazione create per altri contesti (per lo più ospedalieri) e/o altre specialità (Medicina Interna, Geriatria, ecc...). Il MMG deve puntare ad un cambiamento epocale nel modo di affrontare le persone con un'alta vulnerabilità BioPsicoSociale del proprio territorio e per far questo ha la necessità di avere strumenti di valutazione specifici per la Medicina Generale (MG), che siano di rapida esecuzione ed al contempo completi e validati. Nell'ambito del Congresso dell'European Forum of Primary Care (EFPC) che si è recentemente svolto a Riga, la FIMMG ha presentato i risultati di un lavoro originale dal titolo: "The biopsychosocial vulnerability in Primary care".

Come gruppo di lavoro SIMPeSV (Andrea Pizzini, Antonio Pio D'Ingianna, Gallieno Marri, Walter Marrocco) abbiamo costruito una scala complessa (comprendente 6 diversi aspetti di analisi) per la valutazione della Complessità in termini Bio-Psico-Sociali dei pazienti afferenti alla Medicina Generale.

Per la valutazione dell'aspetto biologico abbiamo utilizzato quattro parametri.

1. NUMERO DI PATOLOGIE CRONICHE, attraverso l'utilizzo dell'Extended Quality and Outcome Framework (QOF): una scala di valutazione per l'identificazione del peso delle comorbidità che un paziente può avere. Tale scala è recentemente stata creata proprio specificatamente per la Medicina Generale e qui è anche stata validata. (Tab. 1)

2. NUMERO DI FARMACI ASSUNTI CRONICAMENTE, valutando se il numero dei farmaci assunti cronicamente da parte del paziente è ≥ 8 . (I dati del punto 1 e del punto 2 nella tabella 3 risultano accorpati)

3. RIDUZIONE DEL PESO CORPOREO, valutando se il paziente ha perso più del 5% del peso corporeo negli ultimi 6 mesi.

4. CAPACITÀ DI MOVIMENTO / RISCHIO DI CADUTA / AUTONOMIA, attraverso l'esecuzione del test "Get up and Go": si tratta di un test validato ed affidabile che si sta affermando nei paesi anglosassoni. È utilizzato anche in MG e non impiega più di 2 minuti. (Tab. 2)

Tabella 1

Punteggio	Patologie croniche
1	Fibrillazione atriale Depressione Infarto miocardio Diabete Mellito
2	BPCO Epilessia in trattamento Problemi di salute mentale Insufficienza Renale Cronica - Stadio 4 Stroke (TIA=0) Insufficienza cardiaca
3	Cancro Demenza Epatopatia moderata o severa
5	Insufficienza Renale Cronica - Stadio 5
6	Metastasi di tumore

Per la valutazione dell'aspetto psicologico siamo ricorsi a due parametri.

5. STATO COGNITIVO: vi sono numerosi Test in letteratura, in genere però sono studiati per la neurologia e/o la geriatria. Di recente è stato introdotto un Test per la MG, molto semplice che ha una sensibilità e specificità diagnostiche (85% ed 86% rispettivamente) che sono confrontabili con quelle del più complesso Mini Mental State Evaluation (MMSE), richiedendo però solo meno di 4 minuti per il paziente o circa 2 minuti nel caso si utilizzi la scala per il Caregiver: si tratta del GPCog (General Practice Cognitive Test).

6. STATO DELL'UMORE, attraverso le classiche 3 domande:

Si ritiene insoddisfatto della sua vita nell'insieme?

Si ritiene insoddisfatto della sua salute? Soffre di solitudine?

Infine abbiamo inserito un elemento per la valutazione dell'aspetto sociale.

7. SUPPORTO SOCIALE E/O FAMILIARE, ovvero sapere se presente un Caregiver affidabile. (Tab. 3)

La Medicina Generale ha bisogno di dotarsi di strumenti specifici per il suo ambito, che ben possano evidenziare e rappresentare il grado di complessità dei pazienti che assistiamo



Tabella 2

Get up and Go Test.

Descrizione. Il paziente siede in una sedia senza braccioli e indossa indumenti e calzature comode; può utilizzare un bastone se lo fa usualmente. Si richiede al paziente di:

1	Alzarsi dalla sedia senza aiutarsi con le braccia
2	Restare nella posizione eretta
3	Camminare per 3 metri
4	Girarsi di 180°
5	Ritornare alla sedia
6	Sedere senza aiutarsi con le braccia

Tabella 3

N	Valutazione	Cut-off	Punteggio
1	Extended Quality and Outcome Framework (QOF)	≥4	1
	Numero di farmaci assunti cronicamente	≥8	1
2	Riduzione del peso corporeo involontaria ≥5kg i 6 mesi	SI	1
3	Get up and Go test	>12 sec.	2
4	General Practice Cognitive Test (GPCog)	≤5/9 Paziente ≥3/6 Parente	1 1
5	Percezione della propria qualità di vita	≥1/3	1
6	Rete di supporto Socio-Famigliare: Care Giver presente	NO	2

Al termine, con il sommarsi dei vari punteggi ottenuti, si giunge alla valutazione globale del paziente che permetterà di ottenere un Punteggio finale del paziente: questo ne esprimerà il grado di complessità in Medicina Generale.

Per poter validare questa scala così costruita, l'abbiamo applicata per un periodo di alcuni mesi nei nostri ambulatori a pazienti complessi, ottenendo i seguenti risultati su 79 pazienti.

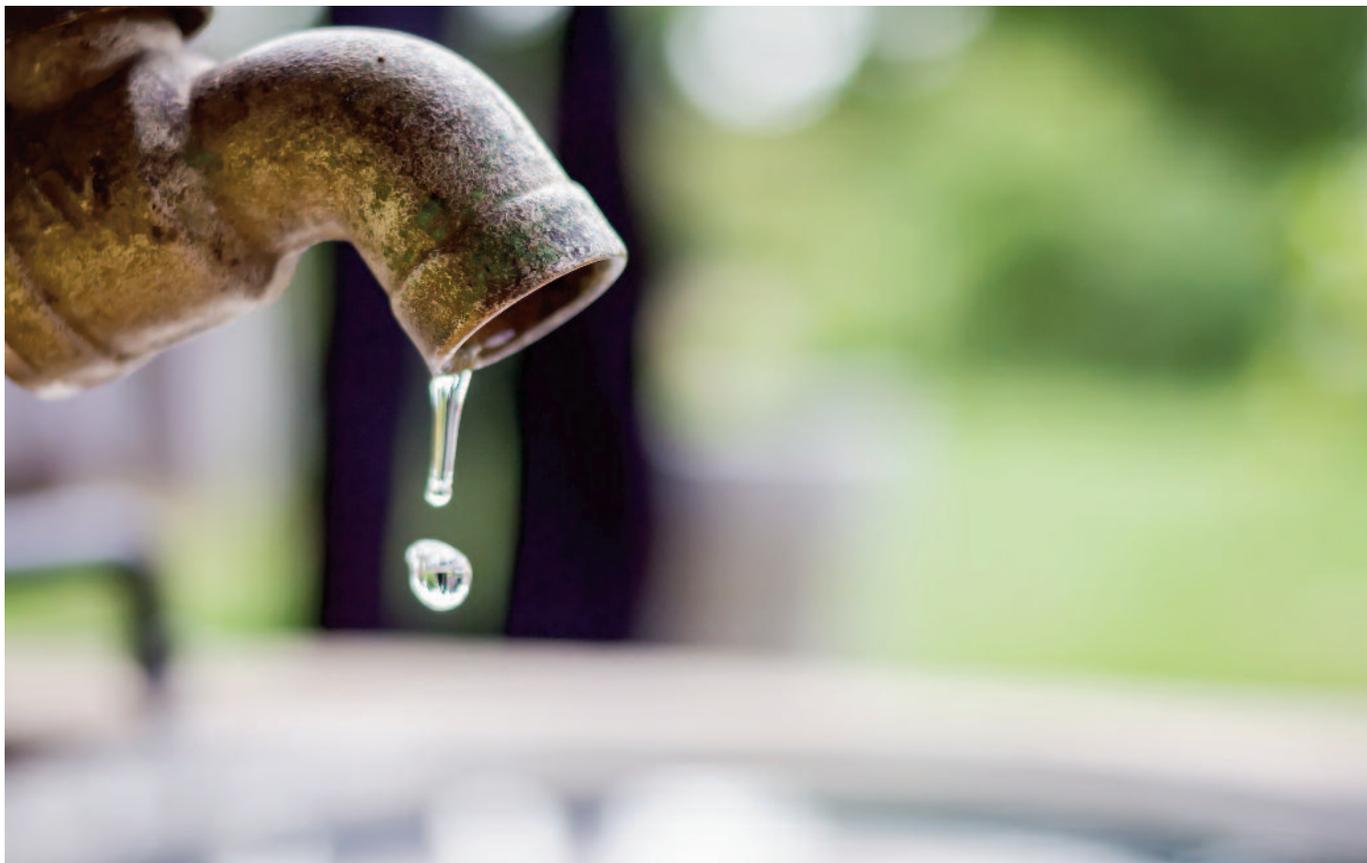
A. Gli alti punteggi non si correlavano con l'età dai pazienti. Questo ben spiega come la semplice valutazione degli anni anagrafici dei nostri assistiti non possa assolutamente essere uno specchio fedele della complessità di tali pazienti. Eppure molte delle nostre attività ci vengono valutate e/o indicate in base a criteri anagrafici: riceviamo un maggior compenso per le persone più anziane, le valutazioni dell'appropriatezza delle nostre prescrizioni vengono "pesate" solo per l'età dei pazienti! Dobbiamo vaccinare i pazienti più anziani, ecc...

B. Abbiamo invece trovato una forte correlazione tra gli alti punteggi della nostra scala con il numero di visite (in ambulatorio e/o domiciliari) effettuate dal Medico di Famiglia per quel paziente!

C. Abbiamo trovato inoltre una correlazione diretta tra gli alti punteggi ed il numero di ricoveri in ospedale;

D. ed il numero di esami di laboratorio e strumentali eseguiti dal paziente.

Concludendo, da questo studio si può ben capire come, sia a livello professionale, che a livello di programmazione e valutazione sanitaria, la Medicina Generale abbia bisogno di dotarsi di strumenti specifici per il suo ambito, che ben possano evidenziare e rappresentare il grado di complessità dei pazienti che assistiamo; complessità che non è solo un mero dato biologico, ma neanche solo psicologico né tantomeno sociale, ma che deve tenere conto dell'insieme di questi 3 aspetti che caratterizzano gli ambiti di competenza della nostra attività professionale.



INCONTINENZA URINARIA: UN PROBLEMA FREQUENTE E COSTOSO

L'incontinenza urinaria viene definita dall'International Continence Society (ICS) come la "presenza di qualsiasi perdita involontaria di urine"

Enrico Finazzi Agrò*,
Loredana Orsini**

*Professore
Associato di Urologia
Dipartimento
di Medicina
Sperimentale e
Chirurgia Università
degli Studi di Roma
"Tor Vergata" -
Presidente della
Società Italiana di
Urodinamica (SIUD)
**Medico di
Medicina Generale -
S.I.M.P. e S.V. (Soc.
.It. di Medicina di
Prevenzione
e degli Stili di Vita)

L'ORGANIZZAZIONE Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto nel 1998 l'incontinenza urinaria come un problema di sanità pubblica, qualificando la stessa come malattia, altamente invalidante. In Italia è stata istituita (con direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006 e su iniziativa della Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico - FINCOPP) la Giornata Nazionale per la Prevenzione e la Cura dell'Incontinenza che si svolge il 28 giugno di ogni anno.

Prevalenza

La prevalenza di tale condizione è molto variabile in letteratura, anche perché varie sono le definizioni utilizzate (*The epidemiology of urinary incontinence: a case still open.*

Serati M Ghezzi F. 2016 Mar;4(6):123). Si calcola che nei Paesi Europei siano circa 36 milioni le persone affette da incontinenza urinaria (*Libro Bianco sull'Incontinenza Urinaria*, FINCO, Federazione Italiana Incontinenti).

In Italia si stima che il 7,1% della popolazione sia incontinenti, cioè fra i 3 ed i 5 milioni di persone.

Studi epidemiologici più estesi stimano una prevalenza dell'incontinenza urinaria pari a circa il 30% nelle donne nell'età peri- e immediatamente postmenopausale, con incremento fino al 50% nelle donne anziane (RevUrol. 2001; 3(Suppl 1): S2-S6.) e di queste oltre la metà sono assistite in case di riposo.

La prevalenza nell'uomo è certamente inferiore, attestandosi fra il 3 e l'11%, con netta predominanza di soggetti in età più avanzate interessati dal problema.

Eziologia e fisiopatologia

Le cause (eziologia) e le alterazioni funzionali (fisiopatologia) che determinano l'incontinenza urinaria sono molteplici. Generalmente esse variano soprattutto in relazione all'età ed al sesso della persona.

In età pediatrica l'incontinenza urinaria può essere sintomo di una infezione delle vie urinarie, oppure segno della presenza di una malformazione dell'apparato urinario (estrofia vescicale, uretere ectopico) o di una patologia neurologica (spina bifida). La persistenza della perdita di urina durante il sonno nell'età in cui dovrebbe essere acquisita la capacità

di controllo sulle strutture che permettono di trattenere le urine (sfinteri), viene definita "enuresi" o "enuresi notturna". Si calcola che una percentuale variabile tra il 5 e il 10% dei bambini in età scolare presenta perdite di urina di giorno o di notte, di carattere "funzionale". In alcuni casi tale condizione può prolungarsi nell'adolescenza e, sebbene raramente, anche nell'adulto.

Nell'adulto, le cause dell'incontinenza sono tendenzialmente diverse tra i due sessi, principalmente in relazione alla differente anatomia del basso tratto urinario. La donna è principalmente colpita dalla cosiddetta "incontinenza urinaria da sforzo", associata all'effettuazione di uno sforzo fisico. I fattori di rischio per questo tipo di incontinenza sono soprattutto le gravidanze, i parti complicati, l'aumento del peso corporeo e gli interventi chirurgici sulla pelvi.

Nell'uomo la forma di incontinenza da sforzo è rara, per la maggiore capacità di contenimento dello sfintere uretrale e la presenza della ghiandola prostatica; si può manifestare, tuttavia, in quelle pazienti precedentemente sottoposti ad interventi chirurgici sulla prostata o sull'uretra, quale complicanza della procedura, associata ad un rischio di danno dello sfintere uretrale esterno.

Sia l'uomo sia la donna possono indifferentemente essere affetti, invece, dalla cosiddetta "incontinenza urinaria da urgenza", nella quale la perdita di urina è associata alla presenza di uno stimolo intenso ed improvviso di urinare (urgen-

La donna è principalmente colpita dalla cosiddetta "incontinenza urinaria da sforzo", associata all'effettuazione di uno sforzo fisico.

I fattori di rischio per questo tipo di incontinenza sono soprattutto le gravidanze, i parti complicati, l'aumento del peso corporeo e gli interventi chirurgici sulla pelvi.

Nell'uomo la forma di incontinenza da sforzo è rara, per la maggiore capacità di contenimento dello sfintere uretrale e la presenza della ghiandola prostatica; si può manifestare,

tuttavia, in quelle pazienti precedentemente sottoposti ad interventi chirurgici sulla prostata o sull'uretra, quale complicanza della procedura, associata

ad un rischio di danno dello sfintere uretrale esterno.

za minzionale). Spesso tale forma di incontinenza è dovuta ad iperattività detrusoriale, la presenza cioè di contrazioni involontarie del muscolo liscio che costituisce la maggior parte del detrusore vescicale. Le cause di questa forma di incontinenza sono molteplici: infezioni urinarie, calcolosi vescicale, diabete, farmaci, invecchiamento. Molti pazienti affetti da malattie neurologiche quali il M. di Parkinson, la S. di Alzheimer, la Sclerosi Multipla, soffrono di incontinenza urinaria, più frequentemente da urgenza. In alcuni pazienti l'incontinenza, invece, è la manifestazione di una grave ritenzione di urina. Paradossalmente, infatti, pazienti che hanno gravi difficoltà di svuotamento per la presenza di una ostruzione al passaggio delle urine o per una perdita della contrattilità vescicale, la sovradistensione della vescica determina un rigurgito all'esterno della stessa (incontinenza da rigurgito o overflow incontinenza o *iscuria paradossa*). Generalmente questa condizione si verifica in pazienti che hanno una storia clinica di ostruzione al deflusso dell'urina dalla vescica (causata dall'ipertrofia prostatica, da una stenosi dell'uretra, nella donna dal prolasso vescicale, o per una vescica neurologica) e non hanno effettuato terapie o controlli adeguati nel tempo.

Costi

In ragione del grandissimo numero di persone interessate da tale condizione, l'incontinenza urinaria rappresenta un onere economico ed organizzativo notevole per il nostro sistema sanitario nazionale. La spesa per l'incontinenza urinaria, infatti, costituisce uno dei maggiori costi per i sistemi sanitari nazionali dei paesi economicamente più sviluppati: secondo lo studio (Hu TW et al. In: Incontinence. 2002:965-983) tale condizione è la seconda più costosa dopo la patologia artrosica. In Italia, si spendono quasi 400 milioni di euro all'anno solo per la distribuzione degli assorbenti urinari; al contrario, il nostro sistema sanitario nazionale non rimborsa, nemmeno in parte, i costi per l'acquisto di farmaci per l'incontinenza, che ricadono quindi per intero sul cittadino affetto dal problema. Inoltre, nonostante la presenza di molti centri che dispongono delle competenze per valutare e trattare il paziente incontinente (disponiamo per fortuna di molte terapie riabilitative, farmacologiche e chirurgiche estremamente efficaci ed, in genere, poco o per nulla invasive e pericolose), in molte regioni



“
La spesa per l'incontinenza urinaria costituisce uno dei maggiori costi per i sistemi sanitari nazionali dei paesi più sviluppati

In Italia, si spendono quasi

400

milioni di euro all'anno solo per la distribuzione degli assorbenti urinari

non esiste alcuna organizzazione o percorso per il paziente incontinente, che rischia quindi di perdere tempo (e denaro...) prima di essere correttamente trattato.

Un capitolo a parte poi riguarda il problema dell'incontinenza nelle persone anziane residenziali, sia in termini di spesa per assistenza, infermieristica o con badanti, ausili protesici, prevenzione e rieducazione.

Presenza in carico del paziente incontinente

Proprio in ragione di tali considerazioni è stato istituito nel mese di novembre del 2015 ed è attualmente al lavoro un tavolo tecnico istituito dal Ministro della Salute, onorevole Beatrice Lorenzin. Il tavolo, cui partecipa anche il rappresentante della Medicina Generale, dovrà fornire un modello organizzativo volto ad incrementare l'efficienza dei centri che si occupano del trattamento dell'incontinenza e delle terapie prescritte, cercando al contempo di contenere i costi. La speranza è che dai lavori in corso, che dovranno essere ultimati entro il prossimo mese di novembre, emergano suggerimenti utili ad affrontare il problema incontinenza in modo efficiente e sostenibile e soprattutto omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Il modello organizzativo allo studio vede il MMG impegnato nella prevenzione dell'incontinenza urinaria attraverso le

indicazioni sugli stili di vita, nella diagnostica di 1° livello, nella terapia farmacologica e nella individuazione di eventuali interferenze e nel raccordo con gli specialisti ed altre figure professionali.

Una interessante iniziativa divulgativa è stata intrapresa presa dalla SIUD (Società Italiana di Urodinamica) con il lancio di un sito online curaincontinenza.it dedicato ai pazienti con incontinenza urinaria; si possono trovare notizie riguardanti le cause e le possibili terapie della condizione ma anche l'elenco dei centri di cura più vicini alla propria provincia di residenza.

Il sito fornisce anche consigli di carattere più pratico rivolti ai familiari o ai caregiver dei pazienti incontinenti, per offrire la migliore assistenza possibile ai loro cari che spesso sono anche disabili per esiti di altre patologie (ad esempio neurologiche) oppure sono ricoverati in strutture semiresidenziali.

Per quanto riguarda la prevenzione e gli stili di vita che competono al medico di Medicina generale, la Simpesv (Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita) sta progettando, all'interno del suo sito (<http://alimentazione.fimmg.org/educazionali.htm>) una serie di interventi informativi ed educazionali per il paziente affetto da incontinenza urinaria e di supporti scientifici per il medico.

MEDICI DI FAMIGLIA E FARMACISTI INSIEME PER LA SALUTE DEL PAZIENTE

L'obiettivo è favorire l'aderenza alla terapia nei pazienti cronici o politrattati attraverso l'invio di messaggi che gli ricordano l'assunzione del farmaco e l'imminente esaurimento della confezione. Un servizio innovativo e gratuito, patrocinato da Fimmg, Federfarma e Fofi e sponsorizzato da Mylan

Seguilaterapia è il nuovo servizio patrocinato da Fimmg, insieme a Federfarma e Fofi, grazie al quale i pazienti possono essere sostenuti gratuitamente nella corretta assunzione delle terapie prescritte dal medico curante attraverso promemoria personalizzati.

Si tratta di un aiuto concreto che permette al farmacista, grazie alla collaborazione con il medico, di guidare al meglio il paziente durante la terapia, minimizzando dimenticanze ed errori. Aderendo a questo innovativo progetto il paziente può ricevere dei promemoria per assumere il farmaco giusto all'ora esatta e per avvisare sull'avvicinarsi dell'esaurimento della confezione.

Un paziente su tre non segue pienamente la terapia

L'obiettivo di *Seguilaterapia* è di contribuire a risolvere uno dei problemi oggi più dibattuti in ambito sanitario: quello dell'appropriatezza e della aderenza terapeutica. Gli errori di dosaggio, le omissioni parziali o totali nell'assunzione per diversi periodi di tempo, gli errori nella frequenza di assunzione, le interruzioni del trattamento sono tutti aspetti che possono compromettere l'efficacia della cura con conseguenze anche gravi sulla salute dei pazienti. Secondo i dati dell'Aifa, infatti, in Italia almeno un paziente su tre non segue pienamente la terapia prescritta dal medico con conseguenze sia per la salute dei pazienti, sia per la sostenibilità del Sistema Sanitario, che deve impiegare risorse di personale ed economiche per far fronte ad interventi di cura causati dalla non adeguata aderenza terapeutica.



Secondo i dati dell'Aifa in Italia almeno un paziente su tre non segue pienamente la terapia prescritta dal medico

GIACOMO MILILLO



Come funziona *Seguilaterapia*

Per usufruire del servizio *Seguilaterapia* basta recarsi in una delle farmacie aderenti e richiedere di essere inserito gratuitamente nel sistema fornendo al farmacista il piano di cura rilasciato dal medico e il numero di telefono sul quale si desidera ricevere i promemoria o essere contattato.

Le modalità tra le quali scegliere sono: notifica tramite APP dedicata, SMS al numero di telefono fornito o messaggio vocale ricevuto direttamente sul telefono di casa. I dati rilasciati dal paziente sono protetti dalla vigente normativa sulla privacy ed il piano di cura può essere modificato in base alle indicazioni del medico; al farmacista spetta il ruolo di inserire questi dati nel software e di aggiornarli eventualmente su input del paziente o del medico. In alternativa, medico e farmacista possono interagire direttamente tramite Netmedica, il portale della Fimmg che è collegato direttamente a quello di *Seguilaterapia*.

La sponsorizzazione di Mylan

Seguilaterapia è reso possibile grazie al sostegno di Mylan, una delle aziende farmaceutiche leader a livello mondiale e terza in Italia per numero di confezioni vendute, che sponsorizza interamente il progetto, nella forma di **contributo incondizionato**.

Mylan non ha accesso ai dati dei pazienti e non retribuisce in alcun modo il medico e il farmacista. *Seguilaterapia* è un progetto a servizio della salute della comunità, totalmente **gratuito** per paziente, per il medico e per il farmacista; non è legato né vincolato in alcun modo all'acquisto, promozione o prescrizione di alcun genere di farmaci e per il quale gli operatori sanitari **non ricevono alcun compenso**.

Ad oggi al progetto hanno aderito 730 farmacie. L'elenco delle farmacie è disponibile sul sito <http://www.seguilaterapia.it/?r=farmacie/index>

“La collaborazione tra medici di famiglia e farmacisti riduce complicità e ospedalizzazioni”

“Il progetto **Seguilaterapia**, che usufruisce di un sistema di alta tecnologia per aiutare le persone a seguire correttamente le cure, presenta l'indubbio vantaggio di mettere in collegamento due figure fondamentali dell'assistenza primaria, il medico e il farmacista. Due professionisti – ha sottolineato

Giacomo Milillo, presentando l'iniziativa – la cui collaborazione consente di migliorare la salute dei pazienti e andare incontro ad un minor rischio di complicità e di ospedalizzazione, grazie ad una maggior sicurezza ed efficacia delle terapie”.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE CON “INTERESSI DISCIPLINARI SPECIALI” E I PDTA DELLA CRONICITÀ

Alla luce di quanto espresso nel Piano Nazionale sulla Cronicità, il ruolo della Medicina Generale sarà centrale, come tradizionalmente ribadito da decenni nei documenti ufficiali, e sarà di coordinamento nella gestione del percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale di ogni singolo cittadino portatore di cronicità.

**Fabio Bono,
Angelo Campanini,
Andrea Stimamiglio**

LA FIGURA DI RIFERIMENTO sarà quella di un medico di Medicina Generale, ma potrà essere anche in alcuni casi uno specialista, capace di gestire il lavoro di équipe tra differenti professionalità che operano concordemente a favore del cittadino.

Questo MMG dovrà essere in grado non solo di operare professionalmente al meglio, ma dovrà farlo rispettando ed ottimizzando tutte le risorse, professionali e tecnologiche, avendo cura di evitare sovrapposizioni di interventi, possibili e probabili nel caso di cittadini affetti da polipatologie.

Il medico generalista con “interessi disciplinari speciali”

Il rapporto sempre più stretto tra territorio ed ospedale, tra Medicina Generale e Specialistica, nell’ambito dei nuovi modelli organizzativi (AFT, UCCP), ha fatto sentire da più parti la necessità di una figura di medico generalista con interessi disciplinari speciali che “seppur non così profondi come quelli specialistici” consentano di diminuire la distanza tra territorio ed ospedale, fornendo una gestione avanzata della cronicità.

Medici di Medicina Generale con interessi disciplinari speciali possono, nell’ambito delle AFT e delle UCCP, attra-

verso la contaminazione reciproca dei saperi e la somma delle competenze, migliorare, ampliare e rendere più appropriata la risposta alla domanda di salute. Questa figura professionale possiede ed ha coltivato “sapere e saper fare” specifici, in ben riconoscibili aree della medicina e non va confusa con quella del Coordinatore, Dirigente ecc. delle AFT o UCCP.

Il coordinamento di queste strutture territoriali deve essere sicuramente in carico alla Medicina Generale, ma richiede altre competenze, di tipo organizzativo/gestionale, che possono anche ed eventualmente sommarsi a quelle professionali “speciali”, ma che con queste non vanno confuse.

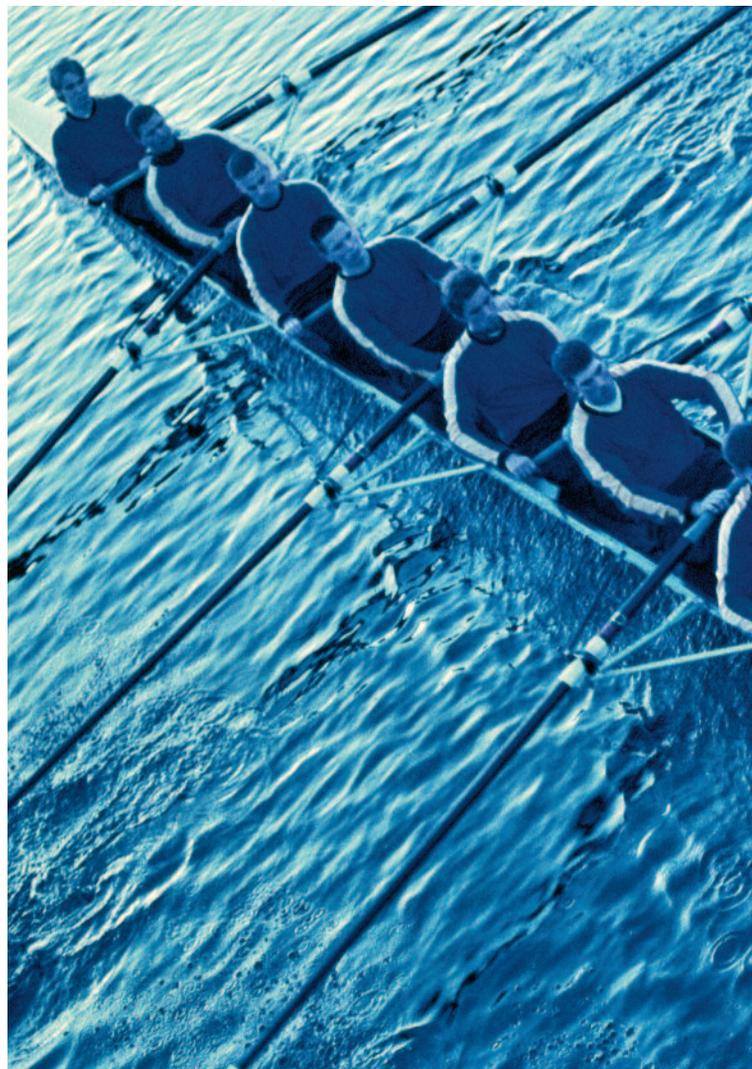
In quali settori possono svilupparsi le competenze

Sono molteplici i settori in cui un aumento di competenze potrebbe contribuire in modo importante a costruire la Medicina Generale del futuro prossimo. Il senso di una esplicitazione e strutturazione di queste competenze ha una logica unica, che porta ad una fusione, dal punto di vista filosofico e metodologico di due approcci complementari al paziente, tra l’anima “generalista” e quella “specialistica delle Cure Primarie”, po-

tendo fornire risposte da parte di professionisti, appunto i medici di Medicina Generale con interessi specifici. Infatti costoro, pur nell’intervento “con competenze specifiche” sono capaci di mantenere una assoluta visione olistica, garantita da un lato dalle competenze comunque possedute nei vari settori della medicina, e dall’altro dall’esercizio quotidiano di una professione che opera secondo un modello bio-psico-sociale. In questa prospettiva non è solo probabile, ma certo, che la Medicina Generale confermerà ed amplierà la capacità di concludere la maggior parte dei problemi di salute al primo livello del sistema sanitario, colmando altresì la distanza che la separa dalle realtà della Medicina Generale del Nord Europa, ove da anni la tecnologia e le competenze speciali sono quotidianamente messe in campo a favore degli assistiti ed organicamente comprese negli Accordi con le Autorità Regolatorie dei diversi Paesi.

Il ruolo della tecnologia

In una visione di questo genere la tecnologia è strategica: è la via attraverso la quale si riduce l’attività di triage avanzato e di *gate keeping* della Medicina Generale attuale per sviluppare ulteriormente, e con strumentazione opportu-





“
La figura di riferimento dovrà essere in grado non solo di operare professionalmente al meglio, ma dovrà farlo rispettando ed ottimizzando tutte le risorse, professionali e tecnologiche, avendo cura di evitare sovrapposizioni

na, le attività dirette di diagnosi e cura. Le competenze necessarie per l'uso della tecnologia vanno viste a loro volta come service per i colleghi, i quali possono così fruire, nell'ambito della AFT o UCCP, di conferme diagnostiche strumentali dirette ed in tempi brevissimi, e prendere di conseguenza decisioni diagnostiche terapeutiche più appropriate. Limitandoci all'impiego delle apparecchiature maggiormente diffuse (elettrocardiografo, ecografo, spirometro, holter ecg, holter pressorio) in una qualunque forma di organizzazione territoriale della MG (AFT, UCCP, medicina di gruppo, medicina in rete) il numero di ipotesi diagnostiche confermabili, o al contrario escludibili, sarebbe molto elevato. Ciò avrebbe, e dove queste strumentazioni vengono utilizzate ha dimostrato di avere, un impatto immediato ed enorme nell'acuzie, ma deve essere molto chiaro che anche la gestione delle patologie croniche ne avrebbe un immenso beneficio.

I vantaggi della gestione dei PDTA nella Medicina Generale

Il metodo che si va disegnando per la gestione delle patologie croniche è quello dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), che vogliono essere, in



Una scommessa importante nel prossimo futuro sarà l'integrazione dei PDTA nei portatori di polipatologie, per non trasformare la loro vita in un lungo, ripetitivo, inesauribile pellegrinaggio tra indagini e controlli e per non duplicare inutilmente una serie di prestazioni che diverrebbero automaticamente inappropriate.



estrema sintesi, strumenti di governo clinico che rappresentano ed attuano l'equilibrio possibile nei differenti contesti tra necessità assistenziali, linee guida professionali, disponibilità strutturali e bilanci economici.

Strutturare i PDTA spostando al primo livello di cura, grazie a competenze disciplinari più avanzate ed alla presenza di tecnologia a disposizione della Medicina Generale, una serie di controlli attualmente in carico ad altri livelli di cura ridurrebbe i costi e renderebbe gli stessi più performanti (liste d'attesa più brevi) ed appropriati.

Una scommessa importante nel prossimo futuro sarà l'integrazione dei PDTA nei portatori di polipatologie, per non trasformare la loro vita in un lungo, ripetitivo, inesauribile pellegrinaggio tra indagini e controlli e per non duplicare inutilmente una serie di prestazioni che diverrebbero automaticamente inappropriate.

Un altro tema importante sarà l'identificazione di marcatori dell'evoluzione delle singole patologie sensibili e di basso costo, gestibili in Medicina Generale. Inevitabilmente in PDTA evoluti la tecnologia diagnostica avrà un ruolo chiave.

Pensiamo all'uso dell'elettrocardiografo

o dell'holter ecg non solo per il follow-up dei vasculopatici in qualsiasi percorso essi si trovino inseriti (ipertensione arteriosa con danno d'organo, scompenso cardiaco cronico, insufficienza renale cronica, diabete mellito ecc.), ma anche per percorsi apparentemente lontani da questi come quelli psichiatrici per il follow-up degli effetti avversi cardiologici indotti o aggravati dagli psicofarmaci. Se del tutto ovvio appare l'uso degli spirometri nei PDTA dei pazienti con BPCO, pensiamo quanto più accurata possa essere la gestione dei percorsi dei pazienti con scompenso cardiaco potendo utilizzare nel follow up misure precise e quantificazioni oggettive consentite dall'esame ecografico. Non si tratta di sostituire altre figure professionali (specialisti), ma di permettere a loro di lavorare in modo più appropriato avocando alla Medicina Generale una serie di competenze di base che consentano una gestione più evoluta di questi pazienti.

Valutare ecograficamente una frazione d'eiezione visiva¹ o una sindrome interstiziale polmonare², dopo una breve formazione di alcune ore, è sicuramente possibile e permetterebbe al cittadino di avere una gestione di prossimità più efficace ed ottimizzerebbe l'uso delle ri-

sorse specialistiche.

Anche in altri modelli di cronicità l'ecografia si rende estremamente utile come ben segnalano le linee guida nazionali sulla insufficienza renale cronica.

Non un esame di screening, ma un esame da proporre a tutti i cittadini che hanno una micro-macro ematuria persistente o una familiarità per malformazioni renali, sintomi da ostruzione delle vie urinarie o che in stadio 3-4-5 della malattia renale cronica hanno un peggioramento del filtrato glomerulare.

Si tratterebbe comunque di numeri elevati di esami che, se riversati semplicemente sulla specialistica, andrebbero a gravare sui già lunghi tempi d'attesa per questo settore della diagnostica. In alternativa si dovrebbe diminuire il "tempo/esame" con un incremento dell'efficienza del sistema, ma con probabile diminuzione della qualità e dell'accuratezza dell'indagine ecografica.

È evidente che nulla di tutto ciò accadrebbe se riportato al primo livello di cura, accorpando, in uno stesso momento, più funzioni e riducendo il tempo speso dal cittadino in questi controlli.

Diversi PDTA hanno come denominatore comune l'angiosclerosi e l'ecografia fornisce due marcatori facilmente valutabili e misurabili in modo accurato e ripetibile: il calcolo dello spessore medio-intimale/elasticità della parete vascolare (QIMT)³ e gli indici di resistenza renali⁴. L'evoluzione dei software per lo studio del QIMT e dei moduli ecocolorDoppler di più facile ed accurato impiego ha in questi anni consentito la pubblicazione di una mole importante di lavori su questi indicatori, consentendoci di comprendere cosa rappresentino realmente. Lo spessore medio intinale e gli indici di resistenza racchiudono in sé non solo un indicatore di danno d'organo, ma anche di danno sistemico vascolare e quindi hanno un valore prognostico generale. Nel prossimo futuro un'altra cronicità, che per motivi di farmaco-economia e di stili di vita ci seguirà ancora per diversi anni, potrà essere indagata negli studi di Medicina Generale ed è l'epatopatia cronica virale o più probabilmente, visto lo sviluppo delle terapie antivirali, metabolica.

Se attualmente solo gli ecografi di alta fascia sono in grado di valutare la durezza di un parenchima in KPa, tra pochi anni sarà possibile farlo con apparecchiature di livello accessibile anche ai nostri studi.

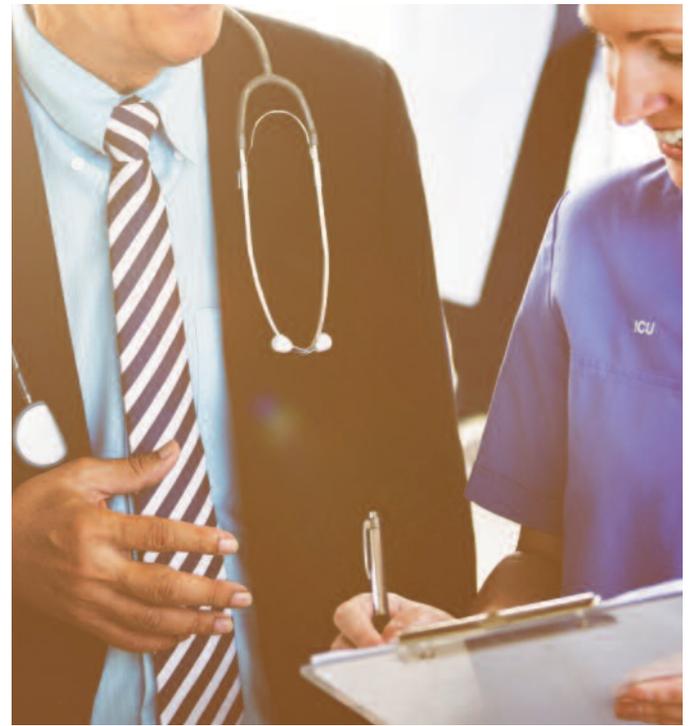
L'esperienza della Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis e di SIEMG

Dal 2004, come Scuola Nazionale di Ecografia Generalista Fimmg-Metis e come Società Italiana di Ecografia in Medicina Generale (SIEMG), stiamo formando medici di Medicina Generale con un interesse specifico nel campo della diagnostica ad ultrasuoni, consapevoli e convinti del contributo che questa metodica può dare nella gestione quotidiana della domanda di salute nell'ambito delle AFT e UCCP sia nell'acuzie che nella cronicità.

In questi 12 anni abbiamo svolto più di 600 corsi con oltre 11.000 presenze a dimostrazione dell'interesse dei medici di Medicina Generale ad acquisire competenze che possano migliorare il loro agire professionale.

Quello che allora sembrava un obiettivo impossibile, grazie al lavoro di molti non solo in campo ecografico, è diventato una realtà: la Medicina Generale ha acquisito interessi disciplinari speciali che nel lavoro di equipe territoriale le possono consentire una gestione avanzata della cronicità.

Rivendichiamo orgogliosi la paternità dell'idea, del progetto didattico formativo e della sua applicazione. Ma per essere realmente protagonisti in futuro nei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali della cronicità c'è anche l'urgenza di un cambio di paradigma operativo del sindacato. È necessario più coraggio nel proporre abilità e capacità professionali cliniche e tecnologiche, da integrare a quelle organizzativo/gestionali, con maggior decisione, negli Accordi Collettivi Nazionali, negli Accordi Regionali e negli Accordi Locali. Questo coraggio e questa determinazione vanno messi in campo con uno sguardo rivolto ad un futuro di medio-lungo periodo, a tutela della professione e di quei giovani colleghi che entreranno con entusiasmo e molte aspettative nella nostra impegnativa e meravigliosa disciplina: la Medicina Generale / Medicina di Famiglia.



Bibliografia

1. *Visually estimated left ventricular ejection fraction by echocardiography is closely correlated with formal quantitative methods.* Gudmundsson P1, Rydberg E, Winter R, Wilenheimer R. *Int J Cardiol.* 2005 May 25;101(2):209-12.
2. *Ultrasound of extravascular lung water: a new standard for pulmonary congestion.* Eur Heart J. 2016 Jul 14;37(27):2097-104. Picano E1, Pellikka PA2.
1-CNR Institute of Clinical Physiology, Italian National Research Council, Pisa 56124, Italy
2-Department of Cardiovascular Diseases, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN, USA
3. *Carotid Intima-Media Thickness and Plaque in Cardiovascular Risk Assessment.* Tasneem Z. Naqvi, MD, MMM , † , , Ming-Sum Lee, MD, PhD†VALIDHTML
Echocardiography Laboratory, Mayo Clinic, Scottsdale, Arizona
† Cardiac Noninvasive Laboratories, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, California
JACC: Cardiovascular Imaging, Volume 7, Issue 10, October 2014, Pages 1054-1056
4. *Reference Values and Factors Associated With Renal Resistive Index in a Family-Based Population Study.* Ponte BI, Pruijm M, Ackermann D, Vuistiner P, Eisenberger U, Guessous I, Rousson V, Mohaupt MG, Alwan H, Ehret G, Pechere-Bertschi A, Paccaud F, Staessen JA, Vogt B, Burnier M, Martin PY, Bochud M
1- Division of Nephrology, University Hospital of Geneva, Geneva
Hypertension. 2014;63:136-142.

“**Rivendichiamo orgogliosi la paternità dell'idea, del progetto didattico formativo e della sua applicazione. Ma per essere realmente protagonisti in futuro nei Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali della cronicità c'è anche l'urgenza di un cambio di paradigma operativo del sindacato.**”

L'esercizio fisico aiuta nel disturbo da deficit da attenzione e iperattività (ADHD)

L'ESERCIZIO FISICO, anche in piccola quantità, può alleviare i sintomi dell'ADHD negli adulti, secondo un nuovo studio condotto dai ricercatori dell'Università della Georgia. Circa il 6% degli adulti americani presenta sintomi compatibili con ADHD, che portano ad ansia, depressione,

scarsa energia e motivazione, basso rendimento al lavoro oppure a scuola e anche un aumento degli incidenti stradali. "L'esercizio fisico è già conosciuto come elemento che riduce stress e migliora l'umore, quindi ha davvero il potenziale per aiutare chi soffre di ADHD", ha detto Patrick O'Connor, professore del dipartimento di kinesiologia della Georgia University. "La prescrizione di farmaci che possono essere utilizzati per il trattamento dell'ADHD portano a un aumento del rischio di abuso o di dipendenza e degli effetti collaterali. Questi rischi non esistono con l'esercizio fisico!"

Lo studio ha testato 32 giovani adulti con sintomi di ADHD che hanno usato la bicicletta, pedalando ad una intensità moderata per 20 minuti al giorno e un altro gruppo equivalente che non svolgeva attività fisica. I partecipanti erano invitati a svolgere un compito che richiedeva una certa attenzione, sia prima sia dopo le diverse condizioni, al movimento delle gambe, ai cambiamenti dell'umore e alla motivazione. Il primo gruppo si sentiva motivato, meno confuso e affaticato e più in forze. Questi risultati sono coerenti con la ricerca precedente che mostra che l'esercizio, anche con allenamenti brevi, aiuta psicologicamente le persone affette da ADHD.

P. J. O'Connor. *MEDICINE & SCIENCE IN SPORTS & EXERCISE*, 2016; 48 (6): 1153.

La vitamina D è una soluzione ai problemi di salute?

Una recente revisione di letteratura scientifica esamina 10 credenze comuni sulla vitamina D, che vanno dalla capacità di ridurre cadute e fratture, migliorare depressione e benessere mentale, prevenire l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla e diminuire l'incidenza di cancro e la sua mortalità. La revisione trova poche prove che la supplementazione con questa vitamina abbia un reale effetto sui miglioramenti sopra citati. Mike Allan, professore di Medicina di Famiglia e direttore dell'Evidence Based Medicine presso l'Università di Alberta, Canada, ha preso in considerazione, ad esempio, le fratture ossee. Statisticamente, la popolazione adulta ha una certa probabilità in 10 anni di fratturarsi un osso. Se tale



I grassi sono pericolosi, anche senza aumentare di peso

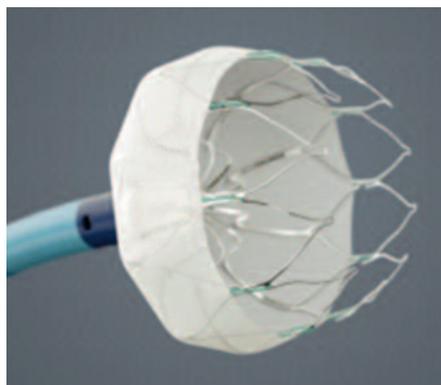


Si ritiene che circa il 90 per cento della gluconeogenesi avvenga nel fegato, mentre il rimanente 10 per cento nei reni e nell'intestino

IL GLUCOSIO NEL SANGUE fornisce energia essenziale per le cellule, ma quando la consueta fonte dietetica di carboidrati è scarsa, gli zuccheri possono essere prodotti dal fegato. La nuova ricerca dalla Johns Hopkins School of Medicine di Baltimora, Maryland, afferma che anche altri organi possono intervenire per creare glucosio, quando la capacità del fegato è compromessa, come rene e intestino. La gluconeogenesi richiede la ripartizione e la lavorazione o ossidazione degli acidi grassi. Inoltre, si ritiene che circa il 90 per cento della gluconeogenesi avvenga nel fegato, mentre il rimanente 10 per cento nei reni e nell'intestino. "Ad esempio, i topi vivono per le prime due

settimane alimentandosi col latte materno, ad alto contenuto di grassi e povero di carboidrati", dice Michael J. Wolfgang, Associate Professor of Biological Chemistry at the Johns Hopkins University School of Medicine. "Quando gli enzimi diminuiscono i composti ad alta energia, come gli acidi grassi, vengono prodotte molteplici molecole di acetil-CoA, che creano due diverse reazioni. Una genera molecole contenenti ATP, utilizzato per produrre glucosio e mantenerne stabili i livelli nel sangue. L'altra reazione crea chetoni, che possono essere utilizzati da alcuni tessuti, come il cervello, come fonte di energia alternativa quando il glucosio è scarso". I ricercatori si sono sorpresi che i topi privi del gene CPT2, necessario per l'ossidazione degli acidi grassi, presentano un fegato con un peso identico a quelli che ne so-





Device impiantabile per le aritmie, più conveniente della terapia farmacologica

Il "Watchman®" è un catetere, che permanentemente impiantato nell'apertura dell'appendice atriale sinistra (LAA – che si forma nella quarta settimana dello sviluppo embrionale), una piccola appendice di tessuto che sporge fuori dall'atrio. Quando i pazienti sono in fibrillazione atriale, sono noti i rischi della formazione dei trombi che possono staccarsi e provocare ictus. Una volta, però, che il dispositivo è in posizione nella LAA, si forma un sottile strato di tessuto che evita la formazione di trombi. Come trattamento per la fibrillazione atriale, il dispositivo Watchman® può essere preferibile agli anticoagulanti, che aumentano il rischio di sanguinamento. Per valutare il rapporto costo-efficacia del dispositivo contro farmaco, i ricercatori hanno sviluppato un modello statistico basato su dati provenienti dallo studio PROTECT AF (Watchman Left Atrial Appendage System for Embolic Protection in Patients With Atrial Fibrillation) e dallo studio PREVAIL (Watchman LAA Closure Device in Patients With Atrial Fibrillation Versus Long Term Warfarin Therapy) e hanno concluso che il dispositivo sembra avere un migliore rapporto costo-efficacia, a lungo termine.

J. V. Freeman et al. ARRHYTHMIA AND ELECTROPHYSIOLOGY, 2016; 9 (6): e003407.

gruppo è trattato con Vitamina D per 10 anni, solo un soggetto su 50 previene la frattura. Questo dato non è probabilmente sufficiente per essere significativo, ma è quanto è risultato dalla revisione di letteratura. Secondo Allan, altri possibili benefici della vitamina D, nell'ambito della revisione, non sono stati confermati o sono ancora da dimostrare. Sempre secondo il suo pensiero, una parte della ricerca sulla vitamina D si compone di prove di scarsa qualità. Per questo motivo, occorrono lavori di maggior impatto al fine di ottenere una rilevanza clinica. Nonostante la mancanza di prove, la fede nei benefici della supplementazione di vitamina D rimane forte. E conclude: "Per le persone di 40 anni è altamente improbabile che esistano benefici misurabili da parte della vitamina D".

G. M. Allan et al. JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE, 2016; 31 (7): 780.

no privi. In altre prove, quando i ricercatori hanno esaminato i reni dei topi privi del gene CPT2, essi hanno trovato un aumento del contenuto di grasso con geni responsabili dell'ossidazione degli acidi grassi più attivi, il che suggerisce che il rene era chiamato a produrre molti più grassi rispetto ai topi con normale espressione di CPT2.

Per scoprire come il digiuno potrebbe influenzare l'ossidazione degli acidi grassi nel fegato, i ricercatori hanno posto a digiuno per 24 ore i topi, i quali sono stati in grado di adattarsi con un utilizzo complessivo di energia normale, mentre per capire meglio il metabolismo dei topi privi di CPT2, i ricercatori hanno sperimentato una dieta ad alto contenuto di grassi, una "dieta chetogenica", simile alla dieta commerciale Atkins®, con basso contenuto di carboidrati. In questo

caso il fegato di questi topi non riusciva a gestire il grasso e la dieta è stata infine letale. I topi avevano apparentemente consumato tutto il tessuto grasso corporeo, ma il loro fegato era steatosico. "Tutto questo – dice Wolfgang – potrebbe aiutare a spiegare come e perché il metabolismo va in tilt in obesi, diabetici o in chi è nato con errori genetici che influenzano l'ossidazione degli acidi grassi, tra cui la soppressione di CPT2, tutti quadri che possono essere letali". Wolfgang rileva che ciò che minaccia i diabetici è la chetoacidosi. Poiché questi individui mancano di insulina, le cellule provocano ossidazione degli acidi grassi nel fegato e ciò genera chetoni con le conseguenze note in termini di acidosi e diminuzione del trasporto di ossigeno nel sangue.

M. J. Wolfgang, CELL REPORTS, June 2016.

Percezione differente del "make up" femminile negli uomini e nelle donne



UNO STUDIO dell'Università di Stirling, in Scozia, ha scoperto che gli uomini pensano che le donne che usano il make-up siano più "prestigiose", mentre le donne pensano che le donne col make-up siano più "dominanti". Secondo i ricercatori, il make-up cambia la percezione di status a seconda di chi giudica: maschi o femmine. Entrambi i sessi concordano sul fatto che le donne con make-up abbiano un aspetto più attraente perché collocate nell'immaginario dell'high society. La ricerca suggerisce che uno "status elevato" può essere ottenuto attraverso due percorsi principali. In entrambi i casi si è dominanti, il che significa dimostrare forza o potere di manipolazione in modo da creare seguito. La considerazione di uno status elevato per il giudizio di "prestigio" significa percepire meriti positivi e qualità che fanno in modo che altri vogliano seguirli. Lo studio ha anche riscontrato che le donne hanno opinioni piuttosto negative sulle altre donne che utilizzano il make-up. Sono stati eseguiti alcuni studi di follow-up sul motivo per cui le donne potrebbero percepire le donne con make-up come dominanti e ciò sembra correlato a gelosia e potenziale minaccia: le donne con make up sono percepite come più attraenti per gli uomini rispetto a quelle che non lo usano. Ad esempio, a un colloquio di lavoro, sapere se l'insieme dei reclutatori sarà composto da uomini o donne, potrebbe influenzare la decisione di un candidato di sesso femminile di utilizzare un certo make-up. Gli intervistatori potranno anch'essi/e percepire le candidate come attraenti, dominanti o dare un giudizio delle candidate in termini di prestigio e conseguentemente essere influenzati/e per l'esito del colloquio stesso. In questo modo, la comprensione delle potenziali implicazioni dell'uso dei cosmetici per il make up è importante non solo per chi li utilizza, ma anche per chi li percepisce.

V. R. Mileva et al. PERCEPTION, 2016.

“
Lo studio ha anche riscontrato che le donne hanno opinioni piuttosto negative sulle altre donne che utilizzano il make-up



Giuseppe Nicodemo
Bombardiere,
Pierluigi De Paolis,
Maurizio Pirro
Simpesv

René Magritte,
Gli amanti (1928)
MoMA, New York

I DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE

Ci sono problematiche che il DSM5, ovvero il testo di riferimento internazionale in quest'ambito, non include tra le disfunzioni sessuali. Ciononostante sono disturbi significativi, che incidono sull'equilibrio psicofisico e che dunque meritano l'attenzione del medico di famiglia

La prima e la seconda parte di questo articolo, dedicate rispettivamente alle disfunzioni sessuali femminili e maschili, sono state pubblicate sui n.1 e 2 2016 di *Avvenire Medico*

ESISTONO DISTURBI che il DSM5 non ha ritenuto di voler includere nelle disfunzioni sessuali, ma che spesso affliggono i nostri pazienti e, quindi, è doveroso affrontare, sia pure brevemente. Si tratta del dimorfismo penieno e dell'ipersessualità. Infine tratteremo alcuni argomenti che rivestono notevole importanza nel campo della sfera sessuale, pur non essendo dei disturbi veri e propri; si tratta delle fantasie erotiche, del sexting e della sessualità negli anziani.

Dismorfismo penieno

Il dimorfismo penieno⁽¹⁻²⁾ è una forma di disturbo da dimorfismo corporeo in cui i pazienti sono così preoccupati per la forma e le dimensioni del pene da sentire un senso di vergogna tale da influire sulla loro vita professionale e sociale. Peraltro, è un senso di vergogna patologico che non li porta a cercare aiuto da medici, ma preferiscono affidarsi ad internet per cercare dei rimedi improvvisati, pur di non essere esposti al giudizio altrui. Il risultato è che spesso si trovano ad usare improbabili estensori del pene o altri oggetti non validati che li portano poi di fatto a danneggiare i

corpi cavernosi e la funzionalità erettile. I pazienti affetti da questo disturbo, che secondo il professor Veale del King's College London è molto sottostimato, hanno spesso una storia di abusi in età infantile, specialmente di tipo emozionale, e mostrano una maggiore sensibilità alla presa in giro e allo stress.

Ipersessualità

Si parla di ipersessualità⁽³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁾ quando il rapporto col sesso si modifica e non è più finalizzato al piacere condiviso col partner, ma acquisisce i connotati di puro autosoddisfacimento, dando origine a ricorrenti ed intense fantasie, impulsi e comportamenti sessuali, che causano nel soggetto un disagio personale. L'esclusione di questo disturbo dal DSM5 è dovuta alla mancanza di dati sufficienti a classificarlo come una forma di dipendenza, un disturbo ossessivo-compulsivo oppure un disturbo del controllo degli impulsi. I sostenitori della prima tesi sottolineano infatti che il paziente deve consumare molto tempo per soddisfare le sue fantasie, impulsi o comportamenti, che vengono ad interferire con la sua vita lavorativa o sociale e che,

nonostante molti sforzi per interrompere queste azioni, non ci riesce, proprio come avviene per le altre dipendenze. Secondo altri, invece, poiché determinate attività, compresa quella sessuale, possono essere descritte come “compulsive” quando si manifestano in una modalità ritenuta eccessiva, l'ipersessualità potrebbe essere il sintomo di un sottostante disturbo ossessivo compulsivo. Altri ancora, infine, suggeriscono che il modello più appropriato per descrivere un comportamento sessuale eccessivo sia quello che lo considera come un disturbo del controllo degli impulsi.

Al di là della classificazione, il soggetto affetto da tale disturbo non riesce a godere della sessualità in modo naturale, mettendo in atto comportamenti quali masturbazione ossessiva, rapporti sessuali con persone sconosciute o con prostitute, atteggiamenti esibizionistici, voyeurismo, pratiche di tipo sado-masochistico, acquisto di materiale pornografico, utilizzo massiccio di servizi erotici al telefono o via internet; inoltre, può arrivare a sacrificare la salute, la famiglia, gli amici, il lavoro, in quanto non è più in grado di fare scelte e l'unica esigenza davvero indispensabile diventa il sesso.

Tra i vari strumenti utilizzati per la diagnosi di ipersessualità, ricordiamo il *Sexual Addiction Screening Test* (SAST), ideato dal dottor Carnes, direttore del Sexual Disorder Service all'Istituto Meadows in Arizona (USA), che, analogamente al SOGS, ovvero al test per lo screening delle dipendenze dal gioco, è il risultato delle esperienze dei casi trattati nei gruppi di autoaiuto, nei programmi terapeutici multimodali e da psicoterapeuti privati; è composto di 25 items con risposta dicotomica sì/no e permette di distinguere tra coloro che hanno una compulsione verso il sesso e coloro che hanno atteggiamenti normali o a rischio; quando si ottiene un punteggio uguale o superiore a 13, pur essendo il confine tra dipendenza sessuale e normalità difficile da definire a causa delle numerose influenze culturali e religiose, conviene approfondire la situazione, magari con una consulenza specialistica.

Un altro strumento molto utilizzato è l'*Hypersexual Behavior Inventory* (HBI), sviluppato negli USA, costituito da 19 items che descrivono pensieri, sentimenti e comportamenti e che chiedono al paziente di dire quanto si sente familiare con ogni singola situazione, in una scala che va da 1 (mai) a 5 (molto frequentemente), al fine di valutare, di fronte a diverse compulsioni sessuali, le capacità di controllo, di gestione e di valutazione delle conseguenze e, quindi, in base alle risposte, stabilire una diagnosi.

Ricordiamo, infine, il TSO (*Total Sexual Outlet*) che valuta il numero di orgasmi



in una settimana, per quantificare la sussistenza di questa condizione senza farsi fuorviare da elementi culturali; utilizzando questo parametro, alcuni studi hanno valutato che la percentuale di soggetti affetti da tale comportamento è del 7% circa.

Fantasie erotiche

Si definisce fantasia erotica⁽⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾ una rappresentazione immaginaria di desideri consci o inconsci, che generano un'emozione e un'eccitazione, soprattutto sessuale; può comparire spontaneamente, ad esempio durante il rapporto sessuale, oppure essere creata appositamente, ad esempio durante la masturbazione, grazie ad un pensiero o ad un ricordo, per produrre una situazione di eccitazione sessuale o, infine, manifestarsi anche durante il sogno. Secondo J.L. Singer, tutti hanno delle fantasie erotiche, a qualsiasi età, in modo cosciente o meno, esplicito o meno; le donne ne hanno tante quante gli uomini, anche se questi ultimi sono meno pudichi e ne parlano quindi più liberamente. Le fantasie più diffuse, sia nei maschi che nelle femmine, riguardano l'infedeltà, le posizioni sessuali, il sesso orale ed il sesso di gruppo. Inoltre, i maschi tendono a concentrarsi maggiormente su immagini visive esplicite e dettagli anatomici, mentre le femmine ricercano maggiormente contenuti emotivi e romantici. Per quanto riguarda la finalità, le fantasie

erotiche hanno lo scopo di aiutare il rapporto sessuale, risvegliando la sessualità ed appagando alcuni bisogni, indipendentemente dal fatto di essere condivise o meno con il partner. In ogni caso, infatti, permettono di immaginare situazioni erotiche e sentimentali in grado di accendere aree corporee e mentali che mettono il soggetto in condizione di essere più seducente e attraente, più libero con sé stesso e col partner, più soddisfatto e sicuro. Peraltro, nella maggior parte dei casi, esse non vengono realizzate e rimangono pensieri e desideri utilizzati per eccitarsi o accompagnare la masturbazione o il rapporto sessuale; sembra, infatti, che il desiderio di realizzazione sia parte integrante della fantasia stessa, per cui, raggiunto lo scopo, la fantasia perde il suo valore erotico.

Sexting

Il termine *sexting*⁽¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾ è un neologismo, nato dalla fusione delle parole inglesi sesso, *sex*, ed inviare sms, *texting*, col quale si intende l'invio di messaggi o immagini sessualmente espliciti, per via telematica, cellulare, internet, ecc. Interessa circa il 10% della popolazione generale ed è particolarmente diffuso tra i più giovani, dai 12 ai 14 anni, che hanno accesso ad internet in una percentuale del 93%, il 71% attraverso il cellulare con accesso al web. Naturalmente, sebbene questi ragazzi abbiano più confidenza col mondo digitale rispetto ai lo-



Tutti hanno delle fantasie erotiche, a qualsiasi età, in modo cosciente o meno, esplicito o meno; le donne ne hanno tante quante gli uomini, anche se questi ultimi sono meno pudichi e ne parlano quindi più liberamente



Tiziano Vecellio, *Amor sacro e Amor profano* (1515)
Galleria Borghese, Roma

ro genitori, la loro carenza di maturità e di previsione delle conseguenze può portare ad esiti negativi, specialmente nel caso di adolescenti a rischio per labilità emotiva o turbe caratteriali. Peraltro, chi fa sexting, scambiando materiale con chi ha una stessa visione di facile sessualità e consultando materiale (es. pornografico) che approva e favorisce le attività sessuali, è più portato a ricercare precocemente un'attività sessuale ed è ben noto che gli adolescenti che iniziano precocemente un'attività sessuale sono più a rischio per malattie sessualmente trasmesse e per uso di sostanze. Per quanto riguarda le differenze di genere, sembra che i ragazzi tendono a scambiarsi maggiormente testi a sfondo sessuale, le ragazze immagini.

L'esplosione di questo fenomeno dovrebbe essere un'occasione per gli educatori per cominciare a discutere sulle abitudini e sulla salute sessuale, campi da affrontare in età purtroppo sempre più precoce, ed aiutare gli adolescenti ad usare i media, migliorare le loro relazioni ed evitare complicanze anche di tipo legale.

Sessualità negli anziani

È opinione comune, sia tra i pazienti che tra molti medici, che con l'età i cambiamenti fisici ed ormonali ed il sopraggiungere di malattie croniche riducano o annullino la sessualità. In effetti, nelle donne, la fase di declino della funzione ovarica e la conseguente riduzione nella produzione di steroidi sessuali, estradiolo e progesterone, che si verifica dopo la menopausa, in genere tra i 40 e i 58 anni, in media a 51 anni, può portare a dispareunia per la diminuzione della lubrificazione vaginale, alla riduzione della capacità di raggiungere l'orgasmo e alla diminuzione del desiderio. Analogamente, negli uomini, i livelli di testosterone, che generalmente raggiungono il loro picco tra la seconda e la terza decade, cominciano a decrescere gradualmente, con conseguente regressione degli organi androgeno-dipendenti (pene, testicoli, scroto, peli, muscolatura), riduzione della quantità di liquido seminale, tendenza alla precocità eiaculatoria con minore potenza nell'espulsione del seme, rapida detumescenza del pene, allungamento della fase di refrattarietà ed, infine,

riduzione della libido; a ciò va aggiunta anche la frequente disfunzione erettile, legata a patologie croniche, ipertensione, diabete e cardiopatie ischemiche in primis, ma anche ad altri fattori, quali difficoltà relazionali, sintomi depressivi, ecc., ed i danni causati dall'abuso di fumo o alcool. Inoltre molti farmaci assunti in età avanzata riducono le capacità erettile: betabloccanti, diuretici, chemioterapici, antidepressivi, psicolettici, antiistaminici. A conferma di ciò, secondo Jeong, solo il 60% degli uomini e il 25% delle donne compiuti i 60 anni ha un rapporto sessuale almeno una volta al mese. Ma, nonostante tutto ciò, molti studi sono concordi nel riportare che nella cosiddetta "terza età", tra i 70 e gli 85 anni, circa il 39% degli uomini e il 17% delle donne risulta aver ancora rapporti sessuali, anche se con una frequenza ed una intensità ridotti rispetto alle decadi precedenti. Questi studi concordano sul fatto che lo stato di benessere psico-fisico e la presenza di un partner non solo mantengono vivo l'interesse per l'attività sessuale, ma producono un ulteriore aumento della sensazione di benessere e di autostima⁽¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁾. Appare evidente, dunque, l'importanza di affrontare l'argomento coi nostri pazienti. Infatti, è dimostrato che il dialogo con il paziente, anche anziano, anche su temi così delicati, se fatto in modo rispettoso ed empatico lo aiuta a comunicare non solo col suo medico, ma anche col suo partner, invogliandolo a raccogliere informazioni sulle sue problematiche ed a studiarne le possibili soluzioni.

Bibliografia

- 1: Veale D., *The penile dysmorphic disorder (PPD) a new form of body dysmorphic disorder (BDD)*. International Congress of the Royal College of Psychiatrists (RCPsych), London, 2014.
- 2: Brauser D., *Risk factors identified for penile dysmorphic disorder*, Medscape. Jul 01, 2014. www.medscape.com
- 3: Martin P. Kafka, *Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V; Published online: 24 November 2009; American Psychiatric Association*.
- 4: Daniel Turner, Daniel Schöttle, John Bradford, Peer Briken, *Assessment Methods and Management of Hypersexuality and Paraphilic Disorders*. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(6):413-422.
- 5: Christine Kearney, *Sex Addiction Is A Legitimate Mental Disorder*
- 6: Carnes P., *Out of the Shadow: Understanding Sexual Addiction*, Minneapolis Comp.Care, 1983.
- 7: Carlo Rosso, Maura Garombo, Pier Maria Furlan, *La Dipendenza Sessuale*, Enciclopedia di Bioetica e Sessuologia" a cura di Giovanni Russo; (C) 2004 Editrice ELLEDICI - 10096 Leumann (Torino)
- 8: John S. Antrobus, Jerome I. Singer, and Stanley Greenberg, *Studies in the stream of consciousness: experimental enhancement and suppression of spontaneous cognitive processes; perceptual and motor skills: volume 23, issue , pp. 399-417* © Southern Universities Press 1966.
- 9: Harold Leitenberg e Kris Henning, *Sexual Fantasy*, in *Psychological Bulletin*, vol. 117, n° 3, 1995, pp. 469-496.
- 10: Bhugra, D., Rahman, Q., & Bhintade, R. (2006). *Sexual fantasy in gay men in India: a comparison with heterosexual men*. *Sexual and Relationship Therapy*, 21, 197-207.
- 11: Seymour Fisher, *Sexual Images of the Self: The Psychology of Erotic Sensations and Illusions*, First, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1989
- 12: Spencer A. Rathus, Jeffrey S. Nevid, Lois Fichner-Rathus, Edward S. Herold e Sue Wicks McKenzie, *Human sexuality in a world of diversity*, Second, New Jersey, USA, Pearson Education, 2005
- 13: Madden M, Lenhart A, Duggan M, Cortesi S, Gasser U. *Teenagers and technology* 2013. Washington, DC: Pew Research Center's Internet & American Life Project
- 14: Christopher D. Houck, David Barker, Christie Rizzo, Evan Hancock, Alicia Norton *Sexting and Sexual Behavior in At-Risk Adolescents* *PEDIATRICS* Vol. 133 No. 2 February 1, 2014
- 15: <http://www.azzurro.it> *Il sexting tra le nuove insidie delle tecnologie della comunicazione*.
- 16: Jennifer L. Hillman *Clinical Perspectives on Elderly Sexuality* (Issues in the Practice of Psychology) Springer; 2000 edizione (14 marzo 2013)
- 17: Chow Elaine, Hategan Ana, Bourgeois James, *When it's time for 'the talk': Sexuality and your geriatric patient. A sexual history is an essential part of the comprehensive psychiatric evaluation*. *Current Psychiatry* 2015 May;14(5):13-19, 29-30.
- 18: Hyun Cheol Jeong, e al. *Behavior of the Elderly in Urban Areas*. *World J Mens Health*. 2012 Dec; 30(3): 166-171.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE CON LA TESTA E CON IL CUORE: TRA ANATROCCOLI, CIGNI E SIRENETTE

Jacopo Demurtas,
Stefano Celotto

Si è tenuto a giugno in Danimarca l'annuale incontro europeo dell'associazione internazionale che riunisce i medici di famiglia. Le atmosfere fiabesche del paese di Hans Christian Andersen hanno stimolato la fantasia e la riflessione sul futuro della professione



LA GIOVANE GUARDIA DI TIVOLI, i celebri giardini della capitale danese, smette di suonare e poco dopo Michael Kidd, presidente Wonca World, sale sul palco: una platea di 3.000 persone e più, provenienti da tutte le parti del pianeta, rimane incantata dai parallelismi letterari, di cui la presentazione keynote del professore australiano è piena.

Le storie, la loro raccolta, sono parte fondamentale del nostro lavoro come medici di famiglia. Ma non avremmo mai pensato in questo modo. Hans Christian Andersen risuona nelle sue parole, con momenti lirici e drammatici, immagini vivide che scaturiscono dai richiami alle celebri fiabe danesi, e fanno riflettere.

Così i giovani medici di famiglia sono paragonati al brutto anatroccolo: derisi e goffi, starnazzano in maniera imbarazzante, motivo di sdegno e incredulità per i colleghi; eppure sono dei meravigliosi cigni in potenziale, che spiccheranno il volo e verranno guardati con ammirazione, saranno al centro del sistema assistenziale. Starà a loro prendersi cura di una popolazione sempre più anziana. Occuperanno sempre più spesso posizioni di leadership.

La povertà, le iniquità nella distribuzione della ricchezza e nella possibilità di ottenere una degna assistenza sanitaria, sono esemplificate dalla storia della piccola fiammiferai; spunti di riflessione vengono offerti anche dagli abiti dell'imperatore: la coscienza di un bambino che non si lascia abbindolare da schemi, preconcetti e impostazioni e che, con tutta l'innocenza di questo



mondo, grida: "il re è nudo!". E tanti, troppi sono i condizionamenti di cui è vittima la nostra categoria.

Si parla anche del simbolo per eccellenza di Copenhagen, la triste sirenetta, sospesa tra due mondi e che si sacrifica per amore. Allo stesso modo, per favorire un rafforzamento dell'assistenza comunitaria, dovrà essere sacrificata la costruzione di nuove strutture ospedaliere, con buona pace del politico di turno.

La necessaria riorganizzazione del sistema sanitario italiano, da questo punto di vista, appare perfettamente in linea con le considerazioni di Kidd. Un sistema che deve far leva sull'assistenza territoriale, riconoscendola come il pilastro fondamentale per la propria sostenibilità. I giovani medici italiani sono pronti

al confronto, lo ha dimostrato la nutrita partecipazione al Wonca Europe Conference 2016; sono desiderosi di svecchiare il sistema da inutili e dispendiose procedure burocratiche, per mettersi al servizio del cittadino, del paziente sofferente e fornire tutta la propria competenza e conoscenza a chi si rivolge ad un servizio pubblico, mettendoci "heads and hearts".

Per far questo è necessaria una pragmatica programmazione finanziaria, dedicare risorse a quella che finora è stata la Cenerentola del Ssn, esigere una formazione di qualità su tutto il territorio nazionale, e ampliare e supportare la comunicazione ospedale-territorio, orientandosi sui bisogni della comunità cui ci si rivolge.

L'impegno di Mylan a sostegno dell'Aderenza Terapeutica.

sequilaterapia

un esclusivo ed innovativo servizio: tramite l'invio gratuito di promemoria, digitali o telefonici, ricorda al paziente di assumere i medicinali e lo allerta in caso di imminente esaurimento delle confezioni.



*Rapporto OsMed 2014

Seguilaterapia favorisce l'aderenza del paziente alla terapia, attraverso una maggiore collaborazione tra farmacista e medico di famiglia.

Dati recenti* infatti evidenziano, soprattutto tra gli anziani e i soggetti politrattati, una percentuale modesta di pazienti che seguono correttamente le indicazioni del medico.

Per saperne di più visiti il sito www.seguilaterapia.it

Il progetto è di proprietà di MTCS S.r.l.

Con il patrocinio di

Con il supporto incondizionato di

