

n° 43
Network

Anno XI - Ottobre 2005 Spedizione in a.p. - 45% - art. 2 comma 20/b legge 662/96 - filiale di Milano

Ricerca e migliori strumenti
di cura

La Comunicazione in MG

Progetto Pneumologia

DIMENSIONE

SNAMID



Dimensione SNAMID

Anno XI - Ottobre 2005 - Numero **43**

DIRETTORE RESPONSABILE

Paolo Spriano

COMITATO DI REDAZIONE

Virginio Bosisio, Rita Cambieri, Marco Cambielli, Alfredo Cuffari, Maurizio Mancuso, Roberto Stella.

SEGRETERIA DI REDAZIONE:

Via Anguissola, 2A - 20147 Milano
Tel. 02.4035069 - Fax 02.48716947
E-mail: snamid@tin.it
www.snamid.org

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

D. Cadamosti, M. Cambielli, R. Cambieri,
F. Chiameo, L. Giudici, I. Moschetti,
S. Paglia, A. Salvaterra,
P. Spriano, M. Voza.

EDITORE



pharma service s.r.l.
edizioni

Via Voghera, 16 - 20144 Milano
Tel. 02.89420868 - Fax 02.83201781
e-mail: pharmas@tin.it

STAMPA

Mariani Arti Grafiche
Via A. Diaz 93/95 - 21047 Olgiate Olona (VA)

Registrazione al Tribunale di Milano n°172 del 25/3/1995

SNAMID ASSOCIATA ALLA FISM

GARANZIA DI RISERVATEZZA

Il trattamento dei dati personali che riguardano gli abbonati viene svolto nell'ambito della banca dati elettronica della nostra Casa Editrice e nel rispetto di quanto stabilito dalla legge 675/96 sulla tutela dei dati personali. Il trattamento dei dati, di cui garantiamo la massima riservatezza, è effettuato al fine di aggiornare i nostri lettori su iniziative, offerte e nuove pubblicazioni della Pharma Service S.r.l.. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione.

Prezzo di copertina € 1.27 valido solo ai fini fiscali

Sommario

EDITORIALE

pag. 4

COMUNICARE: la nuova sfida dell'Ars Medica

Mauro Voza - SNAMID Bologna

PRIMO PIANO

pag. 5

Dalla ricerca al miglioramento degli esiti delle cure

Marco Cambielli - Segretario Nazionale SNAMID

Nella letteratura internazionale si discute ancora sul peso da dare alla medicina basata sull'evidenza e su come i dati che vengono forniti dalle ricerche debbano essere applicati in certe circostanze.

E' comunque noto che esista una distanza notevole tra le nostre conoscenze e le applicazioni pratiche nella professione.....

FOCUS ON

pag. 7

La Consultazione Specialistica in Medicina Generale: la lettera strutturata di invio

Ivan Moschetti - MMG Milano

La comunicazione tra MMG e specialista è un aspetto essenziale della pratica clinica. Un dialogo di buona qualità tra queste due figure è alla base di un'efficace continuità assistenziale.

Il medico di medicina generale in Italia ricopre il ruolo di filtro tra le cure primarie e quelle secondarie e deve decidere a quale struttura inviare il paziente e a quale specialità medica sottoporre il caso.

L'invio allo specialista da parte del MMG viene effettuato tra il 5 e il 12% dei contatti ed è stata dimostrata una notevole variabilità di comportamento tra i medici: uno studio ha evidenziato come alcuni gruppi di medici deleghino i propri pazienti alla medicina specialistica in misura sei volte maggiore rispetto ai loro pari..

La posta elettronica:

pag. 9

una nuova modalità di consultazione per il MMG

Daniilo Cadamosti - MMG Milano

Il diffondersi, sempre maggiore, della posta elettronica in un prossimo futuro potrebbe rivoluzionare la distribuzione delle cure sanitarie. La considerazione preliminare è che l'accesso alle cure mediche potrebbe essere più flessibile, utilizzando Internet, il telefono o altri metodi in aggiunta alla classica visita nello studio del medico.

PROGETTI IN MG

pag. 10

Profilo Assistenziale del paziente pneumologico cronico

Francesco Chiameo - SNAMID Trento

Alessandro Salvaterra - Pneumologo U.O. Arco

Il miglioramento dell'approccio al paziente BPCO e/o con asma bronchiale avviene attraverso l'implementazione delle rispettive Linee guida; in particolare quando il paziente si presenta può essere inquadrato attraverso la raccolta di dati clinico anamnestici riguardanti in numero delle crisi dispnoiche, l'uso dei farmaci di fondo e dei farmaci al bisogno, di dati funzionali quali la spirometria, l'emogasanalisi, il picco di flusso; questo risulta essere il punto qualificante in quanto su di esso si basa l'approccio terapeutico ed il sostegno psicologico teso a far accettare la malattia cronica ed a convivere con essa nel miglior modo possibile.



In questo modo vengono poste le premesse per una migliore aderenza alla terapia ed alla valutazione funzionale nel lungo periodo, in altre parole un follow-up più efficace gestito dal MMG applicando le linee guida GINA e GOLD nell'ambito di un progetto obiettivo in attuazione nella provincia autonoma di Trento.

PRATICA CLINICA

pag. 13

La Disfunzione Erettile - ruolo e competenze del MMG

Luigi Giudici - MMG Specialista in Urologia

Rita Cambieri, Paolo Spriano - MMG Centro Studi SNAMID Nazionale

Le Disfunzioni Erettili (DE) rappresentano una patologia "sui generis" nell'ambito della Medicina Generale (MG) perché non riguardano direttamente lo stato di salute fisica del paziente e non mettono in pericolo la sua vita ma coinvolgono profondamente la sfera emotiva essendo fonte di disagio personale e sociale.

L'aumentata incidenza ambulatoriale di questa problematica, dovuta a varie cause, ha indotto il Medico di Medicina Generale (MMG) ad una maggior attenzione verso questi pazienti, che sempre più frequentemente richiedono adeguate risposte diagnostiche e terapeutiche.

La contraccezione:

pag. 14

strumenti per la gestione nello studio del MMG

Stefano Paglia - MMG Milano

La contraccezione è ambito d'azione prevalentemente ginecologico, il medico di famiglia, peraltro, può rivestire un ruolo di riferimento per la donna single o per la coppia che vuole adottare un metodo contraccettivo.

Egli infatti gode di un più stretto rapporto fiduciario con gli assistiti e di una maggiore conoscenza delle loro condizioni di salute e del loro ambiente socio-culturale, che lo rendono particolarmente indicato ad orientare la scelta del metodo contraccettivo più adeguato.

La facile accessibilità alla consultazione consente inoltre di dirimere dubbi e risolvere problematiche che insorgono durante l'utilizzo del metodo.

NEWS

pag. 17

XIX Congresso Nazionale SNAMID

"La cura della Persona"

Milano, 10-12 marzo 2006

EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK

WORKSHOP

Research on diabetes

in General Practice

Tartu (Estonia) 20-23 October 2005

COMUNICARE: la nuova sfida dell'Ars Medica

Oggi più che mai si impone una buona relazione con le persone.

La comunicazione con gli anziani, con gli ansiosi, con i nevrotici, con quelli che "pagano tutto sulla loro pelle" è diventata difficilissima, a volte impossibile.

In un secolo in cui la medicina sembra avere sconfitto malattia, povertà e bruttezza tutti non pensano di essere fragili e mortali esattamente come 10.000 anni fa, solo l'ambiente esterno è cambiato e l'ammalarsi si può sopportare meglio.

Però i medici, nella relazione con gli individui, sono sempre più inadeguati: è certo che la tecnologia ha spazzato il campo alle vane parole ed un referto di eco, tac scan o risonanza magnetica dice più di migliaia di parole.

Il medico lo preferisce perché fa lo "scienziato", il "paziente" non si accontenta più e vuole quelle delucidazioni che gli tolgano la paura di star male, di soffrire, di...non guarire.

Far cambiare medici e pazienti, o meglio far comunicare medici e pazienti può rendere più efficace una qualsivoglia terapia e far sì che la cura prescritta (farmacologica, dietetica o comportamentale che sia) coincida con il curarsi, cioè con il prendersi in "carico" da parte del paziente.

Come comunicare? Come verificare una comunicazione efficace? Queste sono le domande che attendono una risposta e sulle quali ci confronteremo, portando le nostre esperienze e proposte al prossimo congresso nazionale a marzo 2006.

Mauro Voza
SNAMID Bologna

Dalla ricerca al miglioramento degli esiti delle cure

di **Marco Cambielli** - Segretario Nazionale SNAMID

Nella letteratura internazionale si discute ancora sul peso da dare alla medicina basata sull'evidenza e su come i dati che vengono forniti dalle ricerche debbano essere applicati in certe circostanze.

E' comunque noto (1) che esiste una distanza notevole tra le nostre conoscenze e le applicazioni pratiche nella professione. E' stato ampiamente documentato come molti dati offerti dalla letteratura, che possono cambiare il decorso di molte malattie ed il destino dei pazienti, possano rimanere inapplicati per molto tempo: ad esempio l'uso degli anticoagulanti e dell'aspirina nel trattamento della fibrillazione atriale (2).

Inoltre anche comportamenti molto noti sono spesso applicati in misura insufficiente, come è il caso ben noto del sotto-trattamento dell'ipertensione arteriosa (3).

In un recente editoriale dell'ACP Journal Club (4) si propongono alcuni spunti di riflessione per ridurre il gap tra quanto conosciuto ed i risultati ottenuti nella pratica clinica.

Come destreggiarsi tra i dati della letteratura.

Mantenersi aggiornati può essere una chimera, se si pensa che ogni giorno nel mondo vengono pubblicati 1500 nuovi articoli e 55 nuovi studi clinici. Per questo il medico deve dotarsi di precise strategie per evidenziare le vere novità e per usare ciò che di nuovo viene documentato.

Individuare le vere novità.

L'ideale sarebbe avere a disposizione rassegne aggiornate e sistematiche della letteratura (5). Ma solo il 10% degli studi controllati sono sistematizzati in reviews; le linee guida non sono una panacea (4) e sono solitamente presentate in maniera non proprio agevole da leggere e considerare.

Cosicché estrapolare l'evidenza scientifica dalla mole di pubblicazioni disponibili è assai difficoltoso.

Utilizzare i dati dell'evidenza.

Abbiamo spesso domande inevase circa le situazioni cliniche che affrontiamo tutti i giorni, anche per la difficoltà di trovare rapidamente risposte che vadano oltre manuali o testi che invecchiano molto in fretta.

La mancanza della disponibilità di risposte al letto del malato ha ispirato un modello in 4 fasi della medicina basata sull'evidenza (6).

- Formulare un quesito che abbia una risposta
- Raccogliere la migliore evidenza
- Valutare criticamente l'evidenza per valore, impatto e applicabilità
- Integrare i risultati della letteratura con le caratteristiche biologiche uniche del paziente, le circostanze ed i valori

L'integrazione dei dati della letteratura nello scenario clinico e per i problemi reali del paziente è cruciale per modificare attitudini e comportamento.

Secondo la letteratura è compito del medico conoscere, condividere, adottare e quindi aderire.

Se facciamo un esempio, i tassi a proposito dell'uso delle

linee guida per il vaccino acellulare della pertosse sono: 90% conoscenza, 67% condivisione; 46% adozione e 35% aderenza (7).

Questi dati dimostrano come l'efficacia della conoscenza possa essere molto ridimensionata nei risultati clinici.

Le tappe del miglioramento dei risultati delle cure.

Possiamo tracciare la via dalla ricerca al miglioramento della performance clinica identificando sette diversi passaggi.

1. Essere a conoscenza.

Le novità che rappresentano comunque un investimento economico per qualcuno vengono ampiamente promosse dagli interessati che ne traggono i logici benefici economici, mentre molti cambiamenti importanti a basso costo hanno una circolazione molto più difficile presso i medici. Vi sono in letteratura esempi di servizi di rassegne che scandagliano più riviste, anche oltre 100, ed offrono ai lettori i dati più importanti rinvenuti. Ad esempio un servizio importante viene reso dall'ACP Journal Club dell'American College of Physicians e dall'Evidence-Based di fonte inglese. Inoltre è disponibile un servizio in rete (<http://bmjupdates.mcmaster.ca>) che permette di ricevere i dati più rilevanti e di interesse personale per la propria pratica clinica.

2. Accettazione

Occorre che ciascun medico sia persuaso della necessità di introdurre cambiamenti nella propria pratica clinica e sia disponibile a seguire i dati dell'evidenza. Spesso i cambiamenti sono suggeriti da pesanti politiche di marketing, o da problemi di reciprocità (ad esempio obbligazioni più o meno consapevoli di fronte ai "gifts"), o dall'autorevolezza di alcuni colleghi: tutti strumenti di scarsa evidenza scientifica (8).

3. Applicabilità

Anche se si accetta l'evidenza, occorre applicarla correttamente. Se consideriamo ad esempio il problema della terapia anticoagulante nei pazienti affetti da fibrillazione atriale, troviamo in letteratura indicazioni diverse sulla scelta dell'uso della terapia anticoagulante o dell'uso di antiaggreganti piastrinici. E' quindi necessario che si conoscano molto bene i fattori di rischio del paziente nei confronti di fenomeni emorragici, per poter scegliere il trattamento adatto, oltre agli indicatori predittivi di successo terapeutico (9).

4. Competenza

Per ciò che riguarda l'uso dei farmaci è sufficiente divenire famigliari con dosi, controindicazioni, eventi avversi ed eventuale necessità di monitoraggio. Per interventi più complessi come le manovre di piccola chirurgia, le manipolazioni spinali, il counselling per la cessazione del fumo, la curva dell'apprendimento è più lenta e richiede diversi passaggi perché il medico possa raggiungere i risultati già raggiunti in uno studio condotto da persone esperte.

5. Perseveranza

Le abitudini non cambiano facilmente e talora, anche chi è armato delle migliori intenzioni, finisce per dimenticare o trascurare ciò che è stato appreso. Ciò vale soprattutto per le procedure di prevenzione che non rappresentano il cuore delle richieste quotidiane di cura. Adottare un promemoria migliora molto la performance (10)

6. Consenso

Anche se non è ancora ben definito che la buona capacità persuasiva del medico possa determinare un risultato migliore per il paziente, è necessario che un trattamento applicabile a quel paziente sia completamente accettato, attraverso la condivisione delle sue opinioni e dei suoi valori con le istanze della scelta diagnostica o terapeutica.

7. Aderenza

E' un dato ormai accertato che l'aderenza tipica alla terapia può scendere sotto il 50%. L'evidenza deve perciò essere completamente dispiegata ai pazienti rendendoli edotti del corretto uso dei farmaci, dei loro possibili eventi avversi: nessuno meglio del medico di famiglia che conosce bene il contesto personale, familiare e sociologico del paziente può ottenere una buona aderenza alle scelte nuove, soprattutto a lungo termine. I metodi sono rappresentati non solo dal counselling, ma anche dai controlli periodici, dalla dotazione di pro-memoria, dal coinvolgimento dei famigliari.

Conclusioni

Non è sufficiente conoscere bene la letteratura per avere buoni risultati nella cura dei pazienti. ciò è assolutamente importante, ma non risponde completamente al bisogno. Non tutti i medici conosceranno o sapranno usare la medicina basata sull'evidenza, ma anche chi lo fosse non è detto che sappia incidere completamente sulla sua performance. E' quindi necessario, oltre che fare la fatica di ricercare le vere novità, rivolgere molta attenzione al processo di implementazione dei cambiamenti se si vuole una medicina più performante.

Bibliografia

1. Institute of Medicine Committee on quality of health care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington D.C. National Academy Press; 2001
2. Brass LM; Krumholz HM, Scinto JD and coll. *Warfarin use following ischemic stroke among Medicare patients with atrial fibrillation*. Arch Intern Med 1998; 158; 2093-2100
3. Hajjar I, Kotchen TA *Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000* JAMA 2003; 290; 199-206
4. Glasziou P and Haynes B Editorial. *ACP Journal Club 2005*; 142, 2, A8-A10
5. Clarke M., Alderson P.; Chalmers I. *Discussion sections in reports of controlled trials published in general medical journals* JAMA 2002; 287; 2799-2801
6. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS and coll. *Evidence-Based Medicine: How to Practise and Teach EBM*. 4 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000
7. Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, and coll. *The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. The case of pediatric vaccine recommendations*. Med Care 1996; 34; 873-889
8. Cialdini RB Influence: *The psychology of persuasion*. New York Quill, 1998
9. Peterson GM, Boom K, Jackson SL and coll. *Doctor's beliefs on the use of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: identifying barriers to stroke prevention*. Intern Med J. 2002; 32; 15-23
10. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 2; CD001431
11. Strauss SE, GreeML, BellDS, et al. *Evaluating the teaching evidence based medicine: conceptual framework*. BMJ 2004; 329; 1029-1032

SNAMID.ORG
PORTALE DI AGGIORNAMENTO MEDICO

società NAZIONALE di aggiornamento PER IL medico di MEDICINA generale
National Society of Medical Education

ULTIM e-mail | contatti | mailing list | iscrizione on line

Chi siamo
▶ presentazione società
▶ statuto
Sezioni
Scegli Sezione
▶ coordinatori provinciali
Servizi
▶ linee guida
▶ ricerca
▶ bacheca
Links
▶ Nuovi siti segnalati
▶ Ecm
▶ Pubmed
▶ Italian Stroke Forum
Scuola di Formazione
Direttore Dr. Roberto

News - venerdì 07 ottobre 2005

Del Barone, di partiti ce ne sono già troppi "Di partiti ce ne sono già troppi". Giuseppe Del Barone, presidente della Federazione degli Ordini dei medici (Fnomceo), commenta così la proposta di Mario Faiconi, segretario della Federazione dei medici di famiglia (Fimmg), di dare vita a un 'partito della salute', con liste di medici da presentare alle elezioni politiche del 2006. "Ho fatto politica per molto tempo, da consigliere regionale, assessore e deputato. Se e' solo folclore - aggiunge - mi sta bene, sono un uomo di spirito". Battute a parte, secondo Del Barone, "e' deleterio identificare in un solo partito la tutela della salute. Dovrebbero occuparsene tutti i partiti, come prevede appunto l'articolo 32 della Costituzione". **Altre News >>>**

Ricerca MMG: La percezione del ruolo, le aspettative, le minacce conseguenti ai processi di devolution **Form >**

Fnomceo commenta il proscioglimento dei medici accusati di ricevere regalie dalla Glaxo. **Leggi >**

Approfondimenti

- Navigando**
Chip antidepressione
- L'esperto dice..**
Chiamate Guardia Medica
- Dottor Web**
Cellularite
A cura di I.Frisoni
- Recensione**
Agopuntura e tecniche comp.
- Novità Ecm**
Nuove regole accreditamento

La Consultazione Specialistica in Medicina Generale

La lettera strutturata di invio

di **Ivan Moschetti** - MMG Milano

La comunicazione tra MMG e specialista è un aspetto essenziale della pratica clinica. Un dialogo di buona qualità tra queste due figure è alla base di un'efficace continuità assistenziale. Il medico di medicina generale in Italia ricopre il ruolo di filtro tra le cure primarie e quelle secondarie e deve decidere a quale struttura inviare il paziente e a quale specialità medica sottoporre il caso.

L'invio allo specialista da parte del MMG viene effettuato tra il 5 e il 12% dei contatti ed è stata dimostrata una notevole variabilità di comportamento tra i medici: uno studio ha evidenziato come alcuni gruppi di medici deleghino i propri pazienti alla medicina specialistica in misura sei volte maggiore rispetto ai loro pari.

L'analisi di come viene presa la decisione di consultare uno specialista in Italia (15) mostra questa realtà: consultazioni autonomamente decise dal paziente 39,5%, consultazioni su proposta del MMG 60,5%, ripartite in consultazioni. Su proposta dello specialista ovvero controlli 35,3% e consultazioni accordate dal MMG su proposta del paziente 22,2%, cons. richieste dal MMG 42,5%). Il MMG ovviamente in questo percorso dovrebbe tener conto di due aspetti: il primo è l'efficienza, momento essenziale per soddisfare le ansie del paziente; il secondo è l'efficacia, momento altrettanto utile, se non primario, che permette di trasferire sul paziente il regime di cure più adeguato alle sue richieste, sia implicite che esplicite.

Una volta presa la decisione di inviare un paziente per una consultazione specialistica usualmente questa si concretizza attraverso una richiesta scritta. All'interno del processo d'invio le lettere sono lo standard e tipicamente sono il solo modo di comunicare informazioni tra MMG e specialisti. I documenti d'invio sono stati oggetto di revisioni critiche per molti anni: comunicazioni scritte tra MMG e specialisti sono state considerate mal scritte e carenti di informazioni essenziali. L'evidenza degli ultimi 10 anni ha suggerito che la qualità delle comunicazioni scritte debba essere migliorata (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Modalità di comunicazione

In Italia sarebbe obiettivamente complicato vagliare tutte le modalità disponibili di comunicazione scritta in ambito sanitario, i modelli sono spesso calati dall'alto e raramente prevedono la partecipazione al tavolo decisionale di tutte le figure coinvolte nel loro utilizzo. Il SSN offre al MMG attraverso la classica "ricetta" poche righe non strutturate dove è possibile fare alcune considerazioni cliniche ma dove è improbabile che vengano riportate informazioni anamnestiche o esami obiettivi. Tradizionalmente in Italia la modalità comunicativa più frequente è di tipo cartaceo. Tuttavia è evidente che nell'ottica del principio del singolo ingresso di dati (efficienza) altre vie di comunicazione dovrebbero essere implementate.

Un'ipotesi potrebbe essere quella di sviluppare una versione elettronica del documento d'invio identica a quella car-

tacea che permetta di richiamare tutte le informazioni burocratiche e il sunto anamnestico del paziente dal sistema informatico che il medico utilizza. Al curante rimarrebbe così il compito di descrivere solo il problema emergente. È verosimile che proporre un documento sia in forma cartacea che elettronica sia un ovvio passo intermedio tra una comunicazione cartacea, al momento la prassi, di cui sono state ripetutamente sottolineate le carenze, ed una comunicazione per mezzo elettronico, che presenta invece dei vantaggi soprattutto nella gestione dei dati. Un approccio più futuristico ma non irrealizzabile rimane quello di prevedere una carta sanitaria elettronica di proprietà del paziente che possa essere vista e aggiornata da parte di tutte le figure che si occupano della sua salute. In altri paesi Europei, come vedremo, il futuro non è poi così distante.

Obiettivi della lettera d'invio

La lettera d'invio dovrebbe essere uno strumento flessibile utile a trasferire informazioni tra MMG e specialista e viceversa. Il documento dovrebbe permettere di comunicare in modo versatile sia casi semplici che complessi.

Le lettere d'invio possono essere utilizzate come strumenti per l'audit clinico. È stato suggerito che dall'analisi dei contenuti delle lettere d'invio si possono trarre conclusioni rispetto agli standard della pratica clinica generale (17, 18). L'audit delle lettere d'invio potrebbe quindi dare indicazioni sulla qualità della comunicazione tra medicina primaria e secondaria (16).

La qualità del documento d'invio è un elemento essenziale per una buona pratica clinica in quanto la lettera agisce da interfaccia tra due realtà che si occupano dello stesso soggetto.

La richiesta d'invio ha potenzialmente più di una funzione, potrebbe offrire una serie di informazioni come dettagli demografici, amministrativi, notizie cliniche rilevanti correlate al motivo per cui si è deciso di inviare il paziente.

Inoltre la lettera d'invio dovrebbe contenere tutte quelle informazioni difficilmente ottenibili dal paziente durante un primo incontro, spesso rapido, con lo specialista.

Solitamente la lettera viene scritta nell'ambulatorio del MMG ma può accadere che sia necessario compilarla in un setting differente, per esempio al domicilio del paziente quando si renda necessario un invio urgente in PS.

In questo caso adeguate informazioni cliniche sono essenziali per permettere ai colleghi che si occuperanno del malato di focalizzare meglio le caratteristiche cliniche dell'urgenza e

quindi mettere in atto rapidamente le cure adeguate al caso. La Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), dopo aver stabilito un gruppo multidisciplinare di lavoro che ha rivisitato sistematicamente l'evidenza presente in letteratura e gli esempi di buona pratica clinica, ha raccomandato un minimo dataset per la comunicazione di questioni urgenti ed uno più ampio ma sempre essenziale per la comunicazione elettiva tra la medicina primaria e quella secondaria (16).

Il documento è scambiabile attraverso la NHSnet, rete interna del loro SSN. Tuttavia vista la natura del soggetto, la maggior parte delle evidenze provengono da studi descrittivi non sperimentali o da opinioni di esperti e non esistono analisi costo/efficacia relative all'implementazione della comunicazione.

Valutare outcome di processo su esperienze di questo tipo, poco standardizzate per caratteristiche intrinseche è complesso.

L'ampia variabilità delle figure professionali e le differenti complessità dei network sanitari coinvolti ci conduce verso un'ultima considerazione da fare sulla trasferibilità delle metodiche proposte in letteratura: è necessario testare nella realtà in cui lo si intenda usare qualunque modello che si ipotizzi utile, per implementare la qualità della comunicazione, prima di renderlo fruibile o di imporlo.

Bibliografia

1. Coulter A, Noone A, Goldacre M. *General practitioners' referrals to specialist outpatient clinics*. BMJ 1989; 299: 304-8.
2. De Alarcon R, Hodson JM. *Value of the general practitioner's letter: A further study in medical communication*. BMJ 1964; 2: 435-8.
3. Hodge JA, Jacob A, Ford MJ, Munro JF. *Medical clinic referral letters. Do they say what they mean? Do they mean what they say?* Scott Med J 1992; 37: 179-80.
4. Hull FM, Westerman RF. *Referral to medical out patient department at teaching hospitals in Birmingham and Amsterdam*. BMJ 1986; 293: 311-14.
5. Jacobs LG, Pringle MA. *Referral letters and replies from orthopaedic departments: opportunities missed*. BMJ 1990; 301: 470-3.
6. Jenkins RM. *Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner*. Br J Gen Pract 1993; 43: 111-3.
7. Kentish R, Jenkins P, Lask B. *Study of written communication between general practitioners and departments of child psychiatry*. Br J Gen Pract 1987; 37: 162-3.
8. Long A, Atkins JB. *Communication between general practitioners and consultants*. BMJ 1974; 4: 456-9.
9. Marinker M, Wilkin D, Metcalf D. *Referral to hospital: can we do better?* BMJ 1988; 297: 461-4.
10. Newton J, Eccles M, Hutchinson A. *Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain?* BMJ 1992; 304: 821-4.
11. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. *Do Clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialties*. Fam Pract 1994; 11: 5-20.
12. Pullen I, Yellowlees A. *Is communication improving between general practitioners and psychiatrists?* BMJ 1985; 290: 31-3.
13. Roland M, Porter RW, Matthews JG, Redden JF, Simonds GW, Bewley B. *Improving care: a study of orthopaedic outpatient referrals*. BMJ 1991; 302: 1124-8.
14. Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. *A study of communication between general practitioners and specialists*. Br J Gen Pract 1990; 40: 445-9.
15. Caimi V et al. *La visita specialistica in medicina generale: aspetti epidemiologici e organizzativi*. SIMG 1996;6:14-17.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Interface Between Hospital and the Community: The Immediate Discharge Document. A minimum data set recommended for use in Scotland*. SIGN, Edinburgh 1996.
17. Monalto M. *Using Referral letters to measure quality and performance in general practice*. J Qual Clin Pract 1995; 15: 45-50.
18. Monalto M. *Letters to go: general practitioner's referral letters to an accident and emergency department*. Med J Aust 1991; 155: 374-7.

La posta elettronica - una nuova modalità di consultazione

di Danilo Cadamosti - MMG Milano

Il diffondersi, sempre maggiore, della posta elettronica in un prossimo futuro potrebbe rivoluzionare la distribuzione delle cure sanitarie. Gli autori del lavoro considerano la potenzialità delle consultazioni tramite e-mail e analizzano le evidenze del suo utilizzo nella prevenzione, l'educazione sanitaria e nella gestione delle patologie non urgenti. La considerazione preliminare è che l'accesso alle cure mediche potrebbe essere più flessibile, utilizzando Internet, il telefono o altri metodi in aggiunta alla classica visita nello studio del medico.

In tale ottica l'utilizzo delle e-mail può andare incontro ai bisogni di molti pazienti, prontamente e a basso costo, permettendo loro di evitare alcune visite in studio e perdite di ore di lavoro. Però, nell'opinione dei pazienti, l'uso del telefono o dei messaggi scritti è il metodo più efficace per confermare od annullare appuntamenti. Non esiste un'evidenza simile per l'e-mail, anche se potrebbe avere gli stessi risultati. Infatti, tramite e-mail si possono spedire promemoria (in modo automatizzato) o informazioni extra come notizie cliniche, facilità di parcheggio, ecc..

Inoltre l'e-mail dà ai pazienti la possibilità di concordare, cambiare o cancellare appuntamenti senza dover dare spiegazioni come invece potrebbe avvenire con un contatto telefonico.

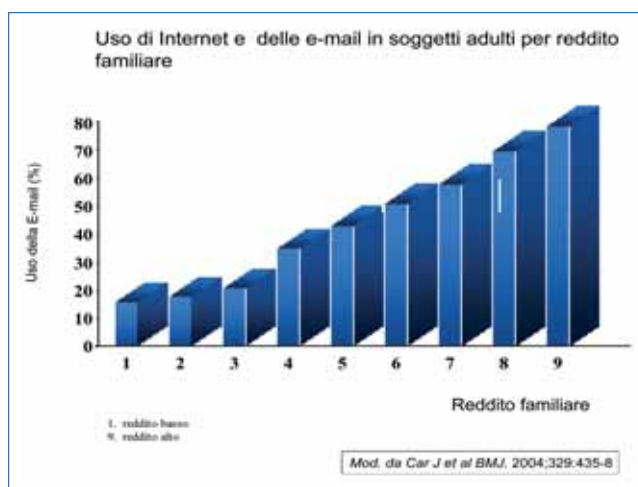
Efficacia

In un trial randomizzato per le cure primarie è stato analizzato un triage in cui i pazienti venivano incoraggiati ad usare l'email per comunicare con i loro dottori e con lo staff clinico riguardo appuntamenti, rinnovo di prescrizioni, problemi di salute, consulti e richieste di parcelle. Tutte le e-mail erano gestite da un'infermiere "navigatore" che le indirizzava allo staff medico appropriato. I dottori ricevevano copia di tutti i messaggi ma rispondevano solo a quelli che richiedevano il loro intervento. Gli autori concludevano che le e-mail aumentavano il carico delle comunicazioni, non sostituivano le consultazioni telefoniche e aumentavano limitatamente l'efficienza e l'efficacia delle cure mediche. Lo studio mostrava chiaramente che le consultazioni telefoniche o la visita nello studio medico rimangono i modi preferiti dai pazienti per comunicare la maggior parte dei loro problemi sanitari specie se complessi o delicati (tab. 1).

e-mail	
vantaggi	svantaggi
<ul style="list-style-type: none"> • Maggior disponibilità di spazio e tempo per il paziente e il medico • Riduzione della necessità di incontri diretti faccia a faccia • Rinforzo di informazioni fornite al pz oralmente • Miglior accesso alle cure • Aumentata opportunità di condivisione delle cure • Possibilità di anonimato del pz • Velocità di comunicazione • Possibilità di offrire informazioni contemporaneamente a più pz • Potenziale risparmio di risorse 	<ul style="list-style-type: none"> • Disparità di accesso con privilegio per soggetti a reddito elevato, giovani e istruiti • Come altre forme di comunicazione scritta (es lettera o fax) non rende disponibili i segnali della comunicazione non verbale • Impossibile visitare il paziente • Aumento del rischio di errori diagnostici o di comunicazione • Risposta potenzialmente inadeguata a messaggi urgenti • Trattamento dei dati sensibili (privacy) • Sovraccarico di lavoro per numero e lunghezza dei messaggi

Le e-mail venivano utilizzate di preferenza per comunicare esami chiari come la colesterolemia, un Pap test normale, problemi minori come il mal di schiena o di gola e costituivano un mezzo di comunicazione per quei pazienti che non riuscivano a comunicare in altro modo con i loro medici su

problemi riguardanti nuovi sintomi o la risoluzione di problemi. I soggetti che utilizzavano di più la mail per comunicare con i loro curanti appartenevano ad un gruppo distinto da quelli che usavano il telefono o facevano frequenti visite nello studio medico: generalmente giovani adulti della classe media, più istruiti e in buona salute (tab. 2).



Pro e contro

L'e-mail potrebbe essere un'alternativa a basso costo per favorire l'adesione a campagne di screening (PAP test, mammografia, ecc), ma sono poche le strutture sanitarie che attualmente la utilizzano.

Nell'educazione sanitaria vi è una discordanza tra la grande richiesta di informazione da parte del paziente e le limitate opportunità da parte del medico di soddisfare questo bisogno, l'email potrebbe ridurre questo gap.

Per la gestione di problemi clinici trials controllati e randomizzati su programmi di riduzione del peso corporeo condotti per Internet provano che aggiungendo un counselling tramite email ne aumenta significativamente l'efficacia. Altre condizioni dove la combinazione di Internet ed email hanno effetti favorevoli sono: il diabete, la depressione, la cefalea ricorrente, gli attacchi di panico e l'anoressia.

I limiti attuali, oltre che in una discriminazione d'uso a favore di soggetti giovani, benestanti e istruiti, sono legati all'impossibilità di effettuare l'esame clinico e ad un aumentato rischio di errori di comunicazione e diagnostici. Inoltre questo strumento è un sistema di comunicazione asincrona e pertanto inadeguato a gestire messaggi urgenti. Infine, rappresenta una reale possibilità di un sovraccarico di lavoro per numero e lunghezza dei messaggi. Quindi la comunicazione tramite posta elettronica ha le potenzialità per entrare nella pratica clinica, ma questo potrà avvenire solo quando ci saranno sicure evidenze che ciò porterà ad un effettivo miglioramento delle cure sanitarie

Profilo Assistenziale del paziente pneumologico cronico

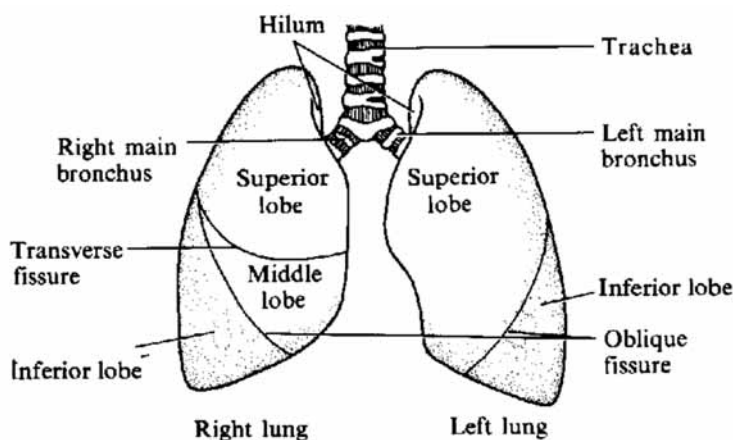
di **F. Chiumeo** - MMG SNAMID Trento; **A. Salvaterra** - Pneumologo U.O. Arco



Provincia Autonoma di Trento
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari



Progetto obiettivo **2005 - 2006 Distretto ALTO GARDA e LEDRO & Altri Distretti**
Gruppo di Progetto **dott. Francesco Chiumeo, dott. Alessandro Salvaterra, dott. Pietro Severino**
Responsabile del Progetto: **dott. Francesco Chiumeo** (chiumeo@snamid.org)



Le conoscenze scientifiche

Le patologie più diffuse in campo pneumologico sono la BPCO (11%), l'asma bronchiale (6%) e l'OSAS (4%); in campo pneumo-allergologico la rinite allergica presenta una prevalenza del 20-40%, spesso associata ad asma bronchiale che talvolta si rivela un fattore di rischio anche per l'OSAS.

La probabilità di sovrapposizione semplice fra le diverse patologie ed il sommarsi dei vari fattori di rischio è alta nella popolazione generale; l'asma bronchiale è considerata uno dei fattori di rischio della BPCO, l'OSAS sovrapposto alla BPCO induce un aggravamento della medesima in misura più che proporzionale; la rinite allergica infine è considerata un fattore di rischio per OSAS.

Ha quindi un senso compiuto affrontare queste patologie in un unico "Progetto Pneumologico".

BPCO

Prevalenza 9-11% nella popolazione adulta (18% dopo i 65 anni; 33% dopo i 75 anni); malattia cronica che nei prossimi 10 anni si porrà al 5° posto nelle malattie invalidanti; il numero dei pazienti tende infatti ad aumentare per l'aumentare dell'esposizione ai fattori di rischio (fumo, inquinamento) e per l'invecchiamento della popolazione; si calcola che il costo medio di un paziente BPCO si aggiri intorno ai 1900 €/anno; la BPCO è la principale causa di ricovero nei reparti di Medicina e di Pneumologia; il costo medio per ricovero si aggira sui 3200 €; i pazienti più gravi con insuffi-

cienza respiratoria sono i principali candidati alla O2 terapia long-term (che nel solo Trentino nel 2004 sono stati in n° di 360 per un costo totale per la fornitura di O2 di € 1.200.000; non vi sono terapie efficaci per cui il massimo sforzo va fatto sui fattori di rischio, sull'individuazione dei casi in fase precoce e sull'instaurazione, la più precoce possibile, della terapia medica.

L'utilizzo della spirometria di base, esame diagnostico-funzionale, ha dimostrato di poter ridurre i costi della BPCO: la spirometria permette una diagnosi precoce ed un migliore follow-up dei pazienti, che quindi possono essere più motivati a ridurre i fattori di rischio e/o ad introdurre le terapie utili al rallentamento della progressione della malattia.

Asma bronchiale

Colpisce il 5-6% della popolazione; elevato impatto sulla condizione del paziente che risulta con qualità di vita ridotta, elevati costi sociali (19% delle giornate di scuola o di lavoro persi nel 2000 sono imputabili all'asma), elevato numero di ricoveri (8% dei ricoveri ospedalieri per causa respiratoria, 50.000 ricoveri nell'anno 2000 con una degenza media di circa 8 gg); il paziente con asma in Italia costa € 600 per la fascia di età fino ai 45 anni (€ 1.900 nelle forme più gravi); nell'anno 2000 il costo complessivo in Italia è stato di € 650 milioni di euro (lo 0,05% del PIL); esiste ampia letteratura scientifica che dimostra come:

- la gestione ambulatoriale efficace impegna meno risorse economiche rispetto alla sola gestione ospedaliera.

- il trattamento di emergenza è più costoso di quello pianificato
- mantenere la sorveglianza sui processi chiave e sulle conseguenze dell'asma riduce i costi.

Consegue che un processo di conoscenza ed addestramento orientato a migliorare l'approccio ambulatoriale del MMG può produrre benefici sanitari e socio-economici.

OSAS

“La sindrome delle apnee ostruttive nel sonno” (OSAS) colpisce il 2-4 % degli uomini e l'1-2% delle donne di mezza età; provoca sonnolenza diurna, incapacità di concentrazione, incidenti automobilistici e predisposizione alla cardiopatia ischemica ed agli accidenti cardiovascolari. Questa associazione tra elevata prevalenza e conseguenze ad ampio spettro ha generato la convinzione che l'OSAS possa rappresentare un rischio sanitario pubblico di entità confrontabile con il fumo. (The Lancet n° 8923, p 653 ; autori N.J. Douglas and O. Polo). L'incremento di consumo delle risorse sanitarie derivante dall'OSAS ed il risparmio derivante dalla sua diagnosi e trattamento appaiono tuttavia ben codificati: nel 2000 è stato pubblicato un position statement dell'American Academy of Sleep Medicine (AASM Position Statement of the American Academy of Sleep Medicine. Cost Justification for Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea Sleep 2000;23:1017-8) che definisce giustificabili e remunerativi i costi sostenuti per detta diagnosi e trattamento, ribadendo che la massima efficienza viene raggiunta quando alla valutazione clinica si accompagna l'esame strumentale.

Il costo socio-sanitario di un paziente OSAS si aggira sui € 3.000/anno, mentre il paziente trattato efficacemente con ventilazione notturna riduce i costi a circa € 1.500/anno, giustificando quindi l'impegno nell'individuare e curare questa malattia. La prevalenza dell'OSAS nel Trentino è diversificata da distretto a distretto: varia dallo 0,3% del C7, C8 all'1,3% del C9; vi sono quindi "sacche" di insensibilità al problema ed altre con notevole attenzione ad esso.

Obiettivi del progetto

1. inquadramento delle patologie e trattamento in relazione alla gravità
2. miglioramento della compliance alla terapia del paziente cronico con bpc, asma bronchiale, osas

Il miglioramento dell'approccio al paziente BPCO e/o asma bronchiale avviene attraverso la implementazione delle rispettive Linee guida; in particolare quando il paziente si presenta può essere inquadrato attraverso la raccolta di dati clinico anamnestici riguardanti in numero delle crisi dispnoiche, l'uso dei farmaci di fondo e dei farmaci al bisogno, di dati funzionali quali la spirometria, l'emogasanalisi, il picco di flusso; questo risulta essere il punto qualificante in quanto su di esso si basa l'approccio terapeutico ed il sostegno psicologico teso a far accettare la malattia cronica ed a convivere con essa nel miglior modo possibile.

In questo modo vengono poste le premesse per una migliore aderenza alla terapia ed alla valutazione funzionale nel lungo periodo, in altre parole un follow-up più efficace.

Una parte rilevante potrebbe essere svolta dai MMG che dispongono o intendono disporre di spirometro ambulatoriale, in quanto questo sottogruppo di medici potrebbe più effi-

cacemente raggiungere questi obiettivi.

L'obiettivo nel migliorare l'approccio all'OSAS ed alla terapia ventilatoria, sine die, si basa innanzitutto sulla acquisizione delle fondamentali nozioni per lo screening del paziente, sulle possibilità terapeutiche, ma soprattutto sull'approfondimento delle problematiche riferibili alla ventilazione notturna a pressione positiva (n-CPAP): il successo di questa terapia si fonda sull'uso continuativo, ad vitam, del ventilatore con problematiche fisiche (decubiti), psicologiche (rifiuto della protesi) e motivazionali (conoscere i benefici attesi dall'uso ed i rischi connessi con la sospensione) specie quando il paziente si sente ormai "normale" o non più così grave come prima dell'inizio della ventilazione.

Sintesi dei percorsi formativi gestionali

- acquisizione/miglioramento della capacità di inquadramento della BPCO (Linee guida GOLD) e dell'asma bronchiale (Linee guida GINA)
- acquisizione/miglioramento della capacità di motivare il paziente all'adesione alle Linee guida diagnostico-terapeutiche per BPCO e asma bronchiale
- acquisizione/miglioramento delle conoscenze sul sonno, sui disturbi respiratori nel sonno e sulle modalità di approccio al paziente in ventilazione con CPAP si tende al raggiungimento dei seguenti obiettivi secondari:
 - sensibilizzazione sui fattori di rischio per la BPCO
 - precoce inquadramento diagnostico terapeutico del paziente BPCO secondo le Linee guida GOLD
 - miglioramento della compliance alle indicazioni di riabilitazione allo sforzo, alla terapia farmacologica ed alla terapia con O₂ a lungo termine nel paziente BPCO
 - corretto inquadramento diagnostico e terapeutico dell'asma bronchiale secondo le Linee guida GINA
 - implementazione dell'uso dello spirometro sia nella BPCO che nell'asma bronchiale
 - acquisizione della metodica di screening per l'OSAS (questionario di Berlino)
 - implementazione delle conoscenze sulla ventilazione a domicilio per migliorare la compliance al lungo termine della terapia con CPAP

Materiali e metodi

incontri a cadenza quadrimestrale per consegna materiali, verifica ed implementazione dei protocolli clinico-assistenziali, verifica degli outcomes di progetto

Fasi del progetto

- 1 **incontro:** Costituzione dei gruppi operativi secondo criteri di scelta volontaria nella coorte di valutazione clinica e strumentale. Formazione specifica dei gruppi costituiti.
- 2 **incontro:** Valutazione e discussione del percorso formativo gestionale secondo le scelte operate.
- 3° **incontro:** Valutazione e discussione conclusiva del progetto.

Risultati attesi

Attraverso il lavoro di gruppo durante gli incontri, l'utilizzo sul campo della spirometria, l'applicazione metodica dell'inquadramento dei pazienti secondo le linee guida per BPCO e asma bronchiale, nonché l'apprendimento delle metodiche di scree-

ning per i disturbi respiratori nel sonno implementeranno:

- corretto uso delle flow-chart diagnostiche
- corretta indicazione e valutazione degli esami funzionali (spirometria, emogasanalisi, walking test, saturimetria notturna, polisonnografia)
- incentivazione all'utilizzo dello spirometro nella pratica del MMG presso il proprio ambulatorio
- valutazione coerente ed applicabile del paziente secondo le linee guida GOLD e GINA
- applicazione delle metodiche di screening per il paziente con sospetta OSAS (Questionario di Berlino)
- incremento delle conoscenze sulla terapia ventilatoria nell'OSAS mirate al sostegno all'uso del ventilatore.

Bibliografia

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. National Heart Lung and Blood Institute/World Health Organization; 2003. Gold website: <http://www.goldcopd.com>.
2. Celli BR, MacNee W, ATS/ERS Task Force: *Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper*. Eur Respir J 2004; 23:932-946.
3. National Institute for Clinical Excellence: *Chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax 2004; 59:1-232.
4. O'Donnell DE, Fluge T, Gerken F, et al. *Effect of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD*. Eur Respir J 2004; 23:832-840.
5. Mahler D: *The effect of inhaled beta2-agonists on clinical outcomes in chronic obstructive pulmonary disease*. J Allergy Clin Immunol 2002; 110:S298-S303.
6. Niewoehner DE. *The role of systemic corticosteroids in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Med 2002;1:243-8
7. Alsaeedi A, Sin DD, McAlister FA. *The effects of inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review of randomized placebo-controlled trials*. Am J Med 2002;113:59-65
8. Szafranski W, Cukier A, Ramirez A, et al. *Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease*. Eur Respir J 2003;21:74-81
9. Highland KB, Strange C, Heffner JE. *Long-term effects of inhaled corticosteroids on FEV1 in patients with chronic obstructive pulmonary disease. A meta-analysis*. Ann Intern Med 2003;138:969-73
10. Sutherland ER, Allmers H, Ayas NT, Venn AJ, Martin RJ. *Inhaled corticosteroids reduce the progression of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis*. Thorax 2003;58:937-41
11. Global Initiative for Asthma. *Global strategy for asthma management and prevention: NHLBI/WHO workshop report*. Updated 2004. Bethesda, Md.: National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004. Pauwels RA, Pedersen S, Busse WW, et al. *Early intervention with budesonide in mild persistent asthma: a randomised, double-blind trial*. Lancet 2003; 361:1071-1076.
12. NAEP Expert Panel report: *guidelines for the diagnosis and management of asthma - update on selected topics 2002*. Bethesda, Md.: National Heart, Lung, and Blood Institute, June 2002. (NIH publication no. 02-5075.)
13. O'Byrne PM, Barnes PJ, Rodriguez-Roisin R, et al. *Low dose inhaled budesonide and formoterol in mild persistent asthma: the OPTIMA randomized trial*. Am J Respir Crit Care Med 2001;164:1392-1397
14. Boushey HA, Sorkness CA, King TS, et al. *Daily versus as-needed corticosteroids for mild persistent asthma*. N Engl J Med 2005;352:1519-1528
15. FitzGerald JM, Becker A, Sears MR, et al. *Doubling the dose of budesonide versus maintenance treatment in asthma exacerbations*. Thorax 2004;59:550-556
16. Williams L, Pladevall M, Xi H, et al. *Relationship between adherence to corticosteroids and poor outcomes among adults with asthma*. J Allergy Clin Immunol. 2005;115:S273. Abstract 1089
17. Khoo K, Lee DKC, Lipworth B. *The evaluation of intranasal and inhaled corticosteroid therapy in patients with allergic rhinitis alone, asthma alone, and allergic rhinitis with concomitant asthma*. J Allergy Clin Immunol. 2005;115:S198. Abstract 789
18. Malhotra A, White D.P. *Obstructive sleep apnoea*. Lancet 2002; 360: 237-45
19. Teran-Santos J, Jimenez-Gomez A, Cordero-Guevara J. *The association between sleep apnoea and the risk of traffic accidents*. Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med 1999; 340: 847-51.
20. Jenkinson C, Davies RJ, Mullins R, Stradling JR. *Comparison of therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnoea: a randomised prospective parallel trial*. Lancet 1999
21. Faccenda J, Boon NA, Mackay TW, Douglas NJ. *CPAP Effects on blood pressure in the sleep apnoea/hypopnoea syndrome during a randomized controlled trial*. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 344-48
22. Shahar E, Whitney CW, Redline S, et al. *Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study*. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 19-25.
23. Nieto F, Young TB, Lind BK, et al. *Association of sleep-disordered breathing, sleep apnoea, and hypertension in a large community-based study*. Sleep Heart Health Study. JAMA 2000; 283: 1829-36.

La Disfunzione Erettile - ruolo e competenze del MMG

di **Luigi Giudici** - Specialista in Urologia

Rita Cambieri, Paolo Spriano - MMG - Centro Studi SNAMID Nazionale

Le Disfunzioni Erettile (DE) rappresentano una patologia "sui generis" nell'ambito della Medicina Generale (MG) perché non riguardano direttamente lo stato di salute fisica del paziente e non mettono in pericolo la sua vita ma coinvolgono profondamente la sfera emotiva essendo fonte di disagio personale e sociale.

L'aumentata incidenza ambulatoriale di questa problematica, dovuta a varie cause, ha indotto il Medico di Medicina Generale (MMG) ad una maggior attenzione verso questi pazienti, che sempre più frequentemente richiedono adeguate risposte diagnostiche e terapeutiche.

Il problema nel contesto della MG

Non esistono molte indagini sulla frequenza della DE nell'ambito della MG, mentre sono più frequenti le indagini sulla popolazione generale. Ad esse fa riferimento lo studio americano MMAS (1994), mentre dati italiani quantificano la prevalenza globale del fenomeno nel 12.6% dei maschi (Parazzini, Sessa e Michieli)

La richiesta spontanea ambulatoriale riguarda solo 1% della popolazione maschile degli assistiti, rappresentando il 75° motivo di consultazione in ambulatorio. I pazienti riconosciuti sono quindi solo "la punta dell'iceberg" in quanto la maggior parte dei pazienti rimane misconosciuta. Da una recente indagine italiana (progetto EDES) emerge che i pazienti riferiscono un ruolo marginale del MMG nell'identificazione della DE anche se in varie casistiche i pazienti stessi esprimono il desiderio di affrontarlo primariamente con il proprio medico curante. Dunque questa patologia è sicuramente sottostimata e sottodiagnosticata e rappresenta un compito del MMG farla emergere.

Un'analisi delle motivazioni riconosce numerosi fattori barriera, schematizzabili in tre categorie:

1. da parte del paziente: imbarazzo o vergogna 32%, c'è poco tempo per parlarne 10%,
2. da parte del medico mancanza di tempo perché assorbito da problematiche di primaria importanza 20%, timore di creare imbarazzo nel paz 27%, scarsa conoscenza dell'argomento 14%; il MMG ha una sua scala di priorità rispetto alle patologie che affliggono i pazienti per la loro gravità e prevalenza e la DE non rientra in questi gruppi.
3. nel rapporto medico/paziente: fattori socio culturali e differenza di sesso.

Perché ricercare la DE in ambulatorio?

1. *perché migliora la qualità della vita dei pazienti* (sessuale e generale)
Le problematiche sessuali sono fonte di disagio e possono indurre fenomeni depressivi o di perdita dell'autostima.
2. *può essere un primo sintomo di una patologia misconosciuta:*
E' notorio che fino al 12% dei soggetti diabetici riconosce la DE quale sintomo prodromico. Recentemente è stata riconosciuta la possibilità che la DE su base di vasculopatia arteriosa possa precedere, anche di parecchi mesi, una cardiopatia ischemica misconosciuta.
3. *può essere un marker biocomportamentale delle stesse patologie* (O'Kane, Montorsi)
Alcune patologie croniche in fase di scompenso come il

diabete, possono precipitare o peggiorare una DE che diventa quindi una spia del compenso metabolico di base.

4. può svelare cattive abitudini di vita e fattori di rischio cardiovascolare

Notoriamente la DE può portare l'attenzione su abusi alimentari o voluttuari (fumo) oppure riconoscere fattori di rischio per le cardio-vasculopatie

La presenza di fattori di rischio rappresenta un'opportunità che deve indurre il MMG a ricercare la disfunzione erettile.

Alcune importanti patologie, le cattive abitudini di vita, l'abuso farmacologico e sostanze voluttuarie sono in gran parte correlate alla DE.

Di recente riconoscimento la relazione fra DE e cardiopatia ischemica coronarica. E' noto infatti che numerosi pazienti con DE riconoscono un'etiologia vascolare ed è possibile che la stessa alterazione sia presente in altri distretti arteriosi.

Su questa base sembra ragionevole pensare che il sistema coronarico sia maggiormente esposto al danno ischemico a causa del piccolo calibro delle arterie coronarie che verrebbero colpite successivamente al distretto cavernoso.

Alcuni Autori (Montorsi F, Montorsi P) suggeriscono che nei pazienti con DE vasculogenica, questa possa essere una sentinella delle malattie ischemiche cardiache.

Il Processo Diagnostico- Terapeutico

La diagnostica di I livello deve essere di stretta competenza della Medicina di Base. *Anamnesi* generica e sessuale, *esame obiettivo* e *screening ematologico* sono strumenti per riconoscere l'origine delle DE in almeno metà dei casi.

L'invio allo specialista rappresenta una preziosa risorsa che va riservata ai casi di dubbio diagnostico o in presenza di patologie di specifica competenza.

Il MMG, quale profondo conoscitore della "persona" nella sua interezza anamnestica, si pone come "osservatore" privilegiato, come figura unica nel panorama sanitario italiano, capace di gestire preziose informazioni da quel enorme data-base che è l'anamnesi.

La comunicazione con il paziente affetto da DE rappresenta un elemento cruciale nella procedura diagnostica. La grande maggioranza dei pazienti ritiene che sia il medico a dover affrontare per primo l'argomento. Sta alla capacità quindi del MMG trovare la formula comunicativa migliore e il momento più adatto.

Concetti base per un colloquio proficuo

- eliminare i fattori di disturbo (telefono, infermiera, rumori di fondo);
- "ascolto globale" attivo e partecipe con un atteggiamento invitante al colloquio;
- metodica dell'informare-sondare;
- ricordare che la comunicazione è un flusso bidirezionale di informazioni,
- chiedersi: a chi comunicare, quando, dove, come e cosa comunicare.

Le aree di competenza del MMG

Riconoscere il disagio maschile

Il MMG deve informare il paziente che la DE è una patologia relativamente frequente e non una mancanza di virilità, che le cause possono essere identificate e quindi curate.

Valutare il disagio della coppia

E' sempre opportuno coinvolgere la partner femminile quando presente e stabile. Spiegare alla coppia, la possibile genesi del disturbo e i potenziali rimedi, ha un'importante valenza psicologica e talvolta è sufficiente per superare il disagio. L'intervento del MMG è altresì importante per spiegare il significato dei farmaci, che si posizionano all'interno della coppia e non possono sostituirsi al desiderio o ai sentimenti. La donna può erroneamente sentirsi responsabile, oppure credere di aver perso le sue capacità seduttive.

Eliminare i fattori di rischio e trattare le cause potenzialmente curabili; migliorare il compenso delle patologie croniche di base (ipertensione, diabete)

Iniziare una terapia orale di primo livello.

L'introduzione degli iPDE5 ha sostanzialmente modificato l'approccio terapeutico e ridato alla figura del MMG centralità nella cura. Egli deve informare il paziente sulla corretta posologia del farmaco e delle sue aspettative, ricordargli i possibili effetti collaterali, avvertendolo dei rischi di una somministrazione scorretta, per evitare facili drop-out.

Bisogna ricordare che la DE spesso presenta un andamento cronico, specie quando è sintomatica di patologie croniche

(es. diabete, vasculopatie, ipertensione) e quindi il percorso terapeutico non può esaurirsi nella semplice prescrizione farmacologica iniziale ma deve completarsi con una "presa in carico" del paziente, per garantire il raggiungimento di un equilibrio fra la persistenza del sintomo e una normale vita di relazione.

L'invio allo specialista si concretizza di fronte al fallimento terapeutico (pz non responder), quando si renda necessaria una particolare terapia (ICI, Vacuum, Protesi), oppure di fronte a patologie chirurgiche (Induratio penis) dove la consulenza andrologica diventa necessaria.

Conclusioni

I media e la carta stampata hanno creato il fenomeno "Viagra" aumentando la richiesta andrologica quasi come se i nuovi farmaci (iPDE5) avessero "scoperto" la malattia.

Se il paziente non trova adeguate risposte nella medicina generale, quindi accessibile a tutti, le cerca altrove, con il rischio della cattiva informazione e la sensazione di essere abbandonato.

Il Generalista dovrebbe rivedere criticamente i propri comportamenti, ponendo maggior attenzione ai pazienti con DE e dedicando loro più tempo, soprattutto a coloro che trovano maggiori difficoltà dialettiche, proponendosi quale "strumento" di sensibilizzazione della popolazione assistita.

Il MMG deve gestire la diagnostica e la terapia di primo livello. Questo richiede un'adeguata preparazione professionale, per non lasciarsi sfuggire questa ennesima opportunità di ricoprire il ruolo di attore che gli compete.

La contraccezione: strumenti per la gestione nello studio del MMG

di **Stefano Paglia** - MMG Milano

La contraccezione è ambito d'azione prevalentemente ginecologico, il medico di famiglia, peraltro, può rivestire un ruolo di riferimento per la donna single o per la coppia che vuole adottare un metodo contraccettivo.

Egli infatti gode di un più stretto rapporto fiduciario con gli assistiti e di una maggiore conoscenza delle loro condizioni di salute e del loro ambiente socio-culturale, che lo rendono particolarmente indicato ad orientare la scelta del metodo contraccettivo più adeguato.

La facile accessibilità alla consultazione consente inoltre di dirimere dubbi e risolvere problematiche che insorgono durante l'utilizzo del metodo.

La scelta del metodo

Attualmente sono disponibili diversi strumenti contraccettivi: la contraccezione ormonale combinata estro-progestinica, quella con solo progestinico, l'inserimento di dispositivi intrauterini, i metodi di barriera (condom e diaframma), i metodi naturali, gli spermicidi e i metodi chirurgici (irreversibili).

Tra i diversi metodi contraccettivi la scelta è operata sulla base di diversi parametri di valutazione: l'infallibilità, la tollerabilità, il rapporto rischio-beneficio sulla salute della paziente, il grado di interferenza con la spontaneità e il piacere dell'atto sessuale. La seguente tabella illustra l'infalibilità dei

diversi metodi espressa come numero di gravidanze su 100 donne durante il primo anno di utilizzo.

Pillola combinata contenente 50 mcg di etinilestradiolo	0.1-3
Pillola combinata contenente meno di 50 mcg di etinil estradiolo	0.2-3
Contraccezione con solo progestinico	0.3-4
Dispositivi intrauterini	0.3-2
Diaframma	2-15
Condom maschile	2-15
Metodi naturali	6-25
Coito interrotto	8-17
Solo spermicidi	4-25
Sterilizzazione femminile	0-0.5
Sterilizzazione maschile	0-0.2

La contraccezione ormonale estro-progestinica

Questa metodica presenta un alto grado di infallibilità contraccettiva. La pillola contiene una combinazione ormonale

dove la componente estrogenica è costituita dall'etinil estradiolo, mentre i progestinici più impiegati sono levonorgestrel, desogestrel, gestodene e ciproterone acetato.

In base al tempo di comparsa sul mercato i progestinici sono suddivisi in I generazione (ciproterone acetato), II generazione (levonorgestrel), e III generazione (gestodene, desogestrel). Le associazioni possono presentare diversi dosaggi ormonali e sono presenti formulazioni monofasiche, bifasiche e trifasiche. La contraccezione si realizza attraverso l'inibizione della secrezione dello FSH e LH ipofisari con conseguente blocco dell'ovulazione. La pillola presenta anche effetti benefici non contraccettivi: riduzione della dismenorrea, assenza di dolore ovarico, miglioramento dell'acne.

Possibili effetti collaterali sono: nausea, ingrossamento mammario, mastodinia e lievi perdite ematiche che di norma regrediscono dopo tre cicli di assunzione. Effetti più tardivi come cefalea, alterazione della libido, secchezza vaginale, depressione richiedono la sospensione dell'estroprogestinico in utilizzo per passare ad una formulazione con diverso profilo ormonale. E' comune un lieve innalzamento della pressione arteriosa (in media 9 mmHg la sistolica e 5 mmHg la diastolica) reversibile con l'interruzione. Alcune donne possono sviluppare una ridotta tolleranza al glucosio anch'essa reversibile. Gli estrogeni hanno la tendenza ad aumentare il colesterolo HDL mentre i progestinici a diminuirlo.

La contraccezione estroprogestinica e il rischio cardio-vascolare

La tromboembolia venosa è un rischio grave, anche se raro, connesso con l'assunzione di estroprogestinici. Una associazione significativa era già nota poco dopo l'introduzione di preparati con alti livelli di estrogeno; la diminuzione del contenuto estrogenico dai livelli iniziali di 50 mcg ha portato miglioramenti con effetto proporzionale alla diminuzione (1). Non sono disponibili dati sul beneficio di pillole con meno di 20 mcg di etinilestradiolo. Dopo l'introduzione di progestinici di terza generazione e il loro largo impiego per una supposta azione protettiva sul rischio cardiovascolare, numerosi studi di coorte e caso-controllo hanno dimostrato un aumentato rischio di tromboembolia venosa profonda; in particolare lo studio caso-controllo multicentrico WHO nel 95 evidenziava OR=3.5 con levonorgestrel, e OR=9.1 con desogestrel e gestodene rispetto a non utilizzatrici. Il rischio di entrambi i progestinici di III generazione era 2,6 volte superiore a levonorgestrel (2).

Altri studi di coorte e caso controllo dimostrano risultati sostanzialmente in linea con lo studio WHO (Jilk h., Jilk S. RR=2.2 e RR=2,1 rispettivamente desogestrel e gestodene vs. levonorgestrel;) e sono raccolti nella metanalisi condotta da Kemmeren con un OR=1.7 (3).

Queste considerazioni si tradurrebbero in una aumentata incidenza di incidenti trombo embolici di 2-4 volte per i progestinici di II generazione e di 6 volte per i progestinici di III generazione. Da un'incidenza basale di 5 eventi/100.000 donne-anno, a 10-20 eventi/100.000 donne-anno per la II generazione di progestinici a 30 eventi/100.000 donne anno per la III generazione. Il rischio è ancora superiore se associato a trombofilia congenita, la più frequente delle quali è il fattore V di Leiden. L'interazione dei due fattori comporta un rischio tromboembolico 50 volte superiore rispetto a donne non utilizzatrici e non portatrici della mutazione genetica (4). L'assunzione di estroprogestinico è stata associata ad un aumentato rischio di IMA. L'effetto è fortemente potenziato dalla presenza di fattori di rischio per IMA quali l'ipertensio-

ne, il diabete, l'obesità e soprattutto il fumo. Recenti studi caso-controllo sul rischio attribuibile alla pillola, in assenza di altri fattori, danno risultati contrastanti anche se attualmente vi è la tendenza a considerare un aumento di circa due volte per le preparazioni con progestinico di II generazione, e nessun aumento di rischio per quelle con progestinico di III generazione (5, 6).

Le fumatrici che usano contraccettivi orali hanno un rischio di IMA fino a 30 volte superiore rispetto alle non fumatrici che non li usano. Simili considerazioni valgono per l'ictus ischemico per il quale la pillola aumenta il rischio del doppio rispetto alle non utilizzatrici. Anche in questo caso è da rilevare la forte influenza di altri fattori di rischio cardio-vascolare.

La contraccezione estro-progestinica e il rischio oncologico

Carcinoma della mammella: una metanalisi di 54 studi condotta dalla Collaborative Group on hormone factors in breast cancer (7) ha dimostrato un modesto aumento del rischio di carcinoma mammario (RR=1.2) negli anni di utilizzo dell'estroprogestinico con un ritorno ai valori della popolazione generale a pochi anni dalla sospensione.

Carcinoma della cervice uterina: gli estroprogestinici vengono studiati come cofattori insieme allo HPV nello sviluppo del carcinoma della cervice uterina. Uno studio caso-controllo della WHO dimostra un rischio relativo di 2.2 nelle utilizzatrici correnti da almeno 8 anni (8).

Il rischio persiste fino a 10 anni dalla sospensione.

Carcinoma dell'endometrio: gli estroprogestinici riducono di circa il 50% il rischio di tumore endometriale con una protezione correlata alla durata d'uso e persistente per almeno 10-20 anni dopo la sospensione.

Tumori dell'ovaio: da numerosi studi di coorte e caso controllo risulta una diminuzione del rischio di neoplasie ovariche del 40% nelle utilizzatrici e la protezione sembra essere almeno del 50% per l'uso prolungato (almeno 5 anni).

Tumori del colon-retto: una metanalisi su 12 studi internazionali (9) ha confermato una riduzione del rischio (RR=0.82)

Tumori epatici: diversi studi epidemiologici riportano un'associazione tra l'uso di estroprogestinici e tumore primitivo del fegato soprattutto con l'uso prolungato.

Il Multicenter International Liver Study ha confermato l'aumento del rischio (RR=2.8) in donne senza cirrosi epatica o evidenza di infezione da virus dell'epatite (10).

Contraccettivo orale e counselling in medicina generale

I dati epidemiologici identificano condizioni di rischio che sono oggetto di valutazione del medico per la prescrizione della pillola.

Sono controindicazioni assolute: trombofilie congenite, progressi ictus, cardiopatia ischemica, gravi fattori di rischio cardiovascolare o combinazione di più fattori di rischio, emicrania focale, epatite, colestasi, colelitiasi, adenoma epatico, familiarità per carcinoma mammario, nodulo mammario non diagnosticato e sanguinamento genitale non diagnosticato.

Sono controindicazioni relative: i fattori di rischio cardiovascolare in forma isolata e non grave, anemia a cellule falciformi, immobilizzazione prolungata, amenorrea non diagnosticata, iperprolattinemia, depressione, malattie renali croniche, morbo di Crohn, PAP test anormali.

Gli accertamenti da eseguire sono: emocromo, transaminasi, bilirubinemia, colesterolo tot e HDL, glicemia, fibrinogeno, PT, PTT e, in caso di familiarità per TVP, antitrombina III, proteina C, proteina S, fattore V di Leiden.

La scelta della pillola deve conciliare l'esigenza di una

contraccezione sicura con la minore esposizione possibile agli effetti collaterali degli ormoni. La migliore formulazione è quella con il minor dosaggio ormonale che non provoca spotting. Come prima assunzione, almeno per il primo anno, la scelta può essere una preparazione monofasica a basso contenuto estrogenico (meno di 50 mcg) in associazione con levonorgestrel (per il minore rischio tromboembolico). In caso di spotting o flussi abbondanti potrebbe essere indicata una preparazione trifasica, mentre le preparazioni monofasiche sono più indicate nelle sindromi premestruali. Nelle donne con cefalea, dove la pillola non è controindicata si devono scegliere i minori dosaggi di etinilestradiolo (15-20 mcg). In fase di follow up è utile il monitoraggio pressorio con cadenza annuale e l'esecuzione del PAP test ogni tre anni.

L'uso contemporaneo di alcuni farmaci riducono l'efficacia del contraccettivo a causa dell'induzione di enzimi epatici: è il caso di alcuni antiepilettici come fenitoina, carbamazepina, fenobarbital. Alcuni antibiotici alterando la flora intestinale modificano il riassorbimento entero-epatico (amoxicillina, eritromicina, rifampicina, tetraciclina).

Nell'ambito del counselling il medico fornisce una corretta informazione sui benefici e i rischi della contraccezione estrogenica evidenziandone la sicurezza contraccettiva, gli effetti curativi sulla dismenorrea, sulla policistosi ovarica sull'acne e l'effetto protettivo verso alcuni tipi di tumore. I rischi, particolarmente quelli vascolari, andranno serenamente analizzati nella loro reale entità, sulla scorta dei dati epidemiologici. Un adeguato intervento di counselling fornito alla paziente all'inizio della assunzione e la continua assistenza del medico durante l'utilizzo della pillola mettono la paziente al riparo dall'effetto ansiogeno dei foglietti informativi delle confezioni del farmaco o di messaggi mediatici male interpretati che possono indurre alla sospensione dell'estroprogestinico donne perfettamente eleggibili a questo metodo contraccettivo.

La contraccezione con solo progestinico

Può essere praticata con l'assunzione quotidiana di levonorgestrel in pillole da 30 mcg, o iniezioni intramuscolari di medrospirogesterone acetato ogni tre mesi. Questo metodo è indicato per coloro che non tollerano l'estrogeno, durante l'allattamento o in presenza di controindicazione all'estroprogestinico (diabete ipertensione, emicrania focale, fumo), presenta minore efficacia contraccettiva e maggiore irregolarità mestruale.

Dispositivo intrauterino

Consiste nell'introduzione nel lume uterino di un dispositivo flessibile a forma di T o di 7 rivestito da un filo di rame.

Il dispositivo provoca una flogosi asettica dell'endometrio creando un ambiente inadatto all'annidamento dell'uovo fecondato, le contrazioni uterine da corpo estraneo e l'azione spermicida del rame potenziano l'effetto contraccettivo.

Per il suo meccanismo d'azione viene considerato un metodo abortivo. Tra i possibili effetti collaterali si annoverano gravidanza extrauterina, malattia infiammatoria pelvica.

La contraccezione d'emergenza

E' praticata assumendo due compresse di levonorgestrel da 750 mcg a distanza di 12 ore, entro 72 ore da un rapporto sessuale a rischio di fecondazione.

Il progestinico agisce interferendo con l'ovulazione ovvero provocando modificazioni endometriali che impediscono l'annidamento dell'uovo fecondato, realizzando in questo caso un aborto.

Questo metodo contraccettivo deve avere un utilizzo del tutto occasionale e non può sostituire una contraccezione regolare. Si è dimostrato efficace nel prevenire lo 85% delle gravidanze.

Nausea e vomito sono i possibili effetti indesiderati e si verificano rispettivamente nel 23% e nel 6% dei casi. E' controindicata in caso di porfiria e sanguinamenti vaginali non indagati. Controindicazioni relative sono il diabete, la cardiopatia ischemica, l'ictus o una storia pregressa di cancro mammario.

Metodi di barriera

Il condom è al tempo stesso metodo contraccettivo e strumento di protezione da malattie infettive sessualmente trasmesse, da usare a questo scopo anche in aggiunta ad altri metodi. Importante la sensibilizzazione dell'adolescente al loro utilizzo accompagnata da chiarimenti sul loro corretto utilizzo. Il diaframma è una membrana di gomma o lattice da applicare alla cervice prima del rapporto mantenendolo fino a sei ore dopo. L'efficacia contraccettiva aumenta cospargendo il dispositivo con creme spermicide. Per l'azione combinata della barriera meccanica e antimicrobica dello spermicida il metodo protegge da infezioni dalle cervice.

Metodi chirurgici

E' possibile intervenire sulla donna con la legatura o la recisione delle tube. Tecnicamente viene considerata una metodica reversibile anche se la formazione di sinechie o reazioni aderenziali rendono spesso difficile il ripristino della fertilità. Nel maschio viene praticata la vasectomia che costituisce un intervento irreversibile.

Per questi motivi, di fronte a una richiesta di eseguire una metodica chirurgica, è bene valutare le circostanze in cui la scelta è maturata cercando sempre di proporre l'alternativa di metodiche reversibili.

Conclusioni

Da un documento dell'OMS si legge: "Reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws.... These rights rest on the recognition of the basic right of the couple and individuals to decide freely and responsibly the number and spacing and timing of their children and to have information and means to do so" (11).

La pianificazione familiare è un diritto basilare dell'uomo da esercitare attraverso una completa informazione sui metodi contraccettivi. Spesso il ritardo a rivolgersi al medico per adottare un metodo contraccettivo o la loro precoce sospensione sono frutto di nozioni scorrette sui rischi della contraccezione. I medici di base possono svolgere un capillare intervento di educazione sanitaria guidando ogni individuo alla scelta del metodo più adatto alle proprie preferenze, alle proprie convinzioni religiose e al tipo di rapporto con il partner.

Bibliografia

1. Gerstman et al. "Oral contraceptive estrogen dose and the risk of deep venous thromboembolic disease" Am J Epid 1991;133: 32-37
2. Lancet 1995; 346:1582
3. Kemmeren et al BMJ 2001;323
4. Bloomenkamp "Enhancement by factor V of Leiden mutation of risk of deep venous thrombosis with oral contraceptives containing a third generation progestagen" Lancet 1995;346:1593
5. Dunn and colleagues: MICA case-control study BMJ 1999; 318:1579
6. Tanis and coll. "Oral contraception and risk of myocardial infarction" N Engl J Med 2001;345: 1787
7. Group on hormon factors in breast cancer Lancet 1996; 347:1713
8. WHO Collaborative Study. Am J Epidemiol 1996;144:281
9. Fernandez E., La Vecchia C. "Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a metanalysis". Br J Cancer 2001; 84: 722
10. Multicenter International Liver Study Contraception 1997; 56: 275
11. OMS Beijing platform for action, 1995

XIX CONGRESSO NAZIONALE SNAMID

SNAMID
SOCIETÀ NAZIONALE
DI AGGIORNAMENTO PER IL
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**La cura
della
persona**
tra scienza, pratica clinica
e scelte politiche

In corso di accreditamento ECM

Milano,
10-12 marzo 2006
Marriott Hotel - via Washington, 66

XIX CONGRESSO NAZIONALE SNAMID

Razionale dell'evento

- ⇒ **ANALIZZARE** il tema centralità del paziente nell'ambito della medicina generale, identificando progetti e proposte pensati e realizzati nell'ambito delle cure primarie che offrano soluzioni per la miglior cura dei pazienti.
- ⇒ **CONSIDERARE** la ricerca scientifica come la base di nuovi modelli di decisione medica utili ai pazienti e ai medici.
- ⇒ **VALUTARE** l'impatto delle scelte di politica sanitaria sull'appropriatezza delle cure della persona e il rapporto fiduciario.

END POINT

per la presentazione dei lavori scientifici

Entro il
30 Ottobre 2005

invio **TITOLO + AUTORI**
+ **ABSTRACT**

alla

Segreteria scientifica **SNAMID**

Via Anguissola, 2/A
20146 MILANO
tel 02.4035069
fax 02.48716947
e-mail snamid@tin.it

Per facilitare la maggiore partecipazione è stato prorogato il termine di presentazione delle comunicazioni, che dovranno pervenire alla segreteria entro il 30 ottobre 2005.

I documenti dovranno essere in formato elettronico comprensivi di titolo, autori, abstract e società o ente di appartenenza.

Per chiarimenti o informazioni sul programma scientifico contattare:

Direzione scientifica

Paolo Spriano
m 335.6897451

e-mail: spriano@snamid.org

SCHEDA DI ISCRIZIONE XIX CONGRESSO SNAMID

Si prega di compilare e rispedire per posta o via fax la presente scheda a: **Segreteria Organizzativa: SNAMID Nazionale**
via Anguissola, 2/A - 20146 Milano - tel. 02.4035069 - fax 02.48716947 E-mail: snamid@tin.it

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____

Cap. _____ Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

P. Iva _____ Cod. Fisc. _____

Non potrà essere emessa alcuna fattura se la compilazione del modulo non sarà completata in ogni sua parte.

QUOTA DI ISCRIZIONE

€ 100,00 Gratis Studenti e Corsisti Sistemazione alberghiera presso Marriott Hotel*

MODALITA' DI PAGAMENTO

Mediante versamento da effettuarsi sul CC 14337 - ABI 01025 - CAB 01602 intestato a SNAMID Nazionale
- Ag. n°2 - San Paolo IMI - Via Antonello da Messina - Milano (causale - Iscrizione XIX Congresso Nazionale)

***Per prenotazione alberghiera contattare Sig.ra Alice Cannillo - Ufficio Booking - Marriott Hotel - Tel. 02.48522818**

EGPRN EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK WORKSHOP

Tartu (Estonia) 20-23 October 2005

Research on diabetes in General Practice

La presenza di SNAMID

• THEME PAPER

Primary Care Management of Type 2 Diabetic Patients in Europe: Differences in Diagnostic and Therapeutic Tools and in GPs' Patients Records in Neighbouring Mediterranean Countries

Filippo D' Addio,
Christos Lionis, Jean-Karl Soler, Nicola Buono, Ferdinando Petrazzuoli
Pinar Topsever

• ONE-SLIDE/FIVE MINUTES PRESENTATION

Does the role of gate-keeper of Health Expenditure, entrusted to the General Practitioners, change heavily their distinguishing marks?

Filippo D' Addio,
Nicola Buono, Ferdinando Petrazzuoli

• POSTERS

Inequalities in diabetes control in a rural practice

Ferdinando Petrazzuoli
Francesco Carelli, Nicola Buono, Filippo D'Addio, Fausto Scalzitti, Carmela Castellano,
Stefano di Sorbo, Giuseppe di Sorbo, Luigi Ponsillo

Diabetes Mellitus and Erectil disfunction: what are the most prevalent risk factors in these patients?

Nicola Buono
Alfonso Sauro, Filippo D'Addio, Ferdinando Petrazzuoli, Pietro Lo Greco, Alfredo Marcello, Luigi Russo
And ED study group