



GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

ORGANIGRAMMA DELLA RIVISTA

Direttore Responsabile: Saverio Marino

Editor in chief: Giovanni Gelmini

Comitato di Redazione: Rocco Amendolara, Laura Calcara, Pietro Gareri, Giancarlo Isaia, Michele Garulli, Mara Dilda, Ciro Manzo, Titti Pavese, Morena Pellati, Cristina Basso, Luisa Guglielmi, Lorenzo Sampietro, Roberto Bellavigna, Antonietta Marino, Giuliana Mercadante .

Comitato Scientifico: Giuseppe Abate, Giuseppe Andreis, Fabrizio Arrigoni, Francesco Badagliacca, Luisa Bartorelli, Gianpaolo Bocconcelli, Piero Angelo Bonati, Renato Bottura, Carmine Cafariello, Vincenzo Canonico, Andrea Capasso, Alberto Cester, Robin Chattat, Julie Lidia Citarella, Raffaele Conforti, Antonino Maria Cotroneo, Domenico Cucinotta, Luigi Di Ciocco, Silvana Maria Di Placido, Andrea Fabbo,

Luigi Forgione, Pasqualina Insardà, Attilio Giacummo, Gianbattista Guerrini, Francesco Landi, Vincenzo Leoci, Carmine Macchione, Marcello Maggio, Ernesto Palummeri, Giuseppe Paolisso, Gabriele Peperoni, Francesco Perticone, Franco Rengo, Franco Romagnoni, Alberto Pilotto, Francesco Santamaria, Umberto Senin, Alessandra Tognetti, Marco Trabucchi, Orazio Zanetti.

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

Presidente: S. Putignano

Vice Presidente: L. Forgione

Segretario: C. Volpe

Tesoriere: F. Santamaria

Past President: S. Marino

Editor in Chief "Geriatrics Extraospedaliere": G. Gelmini

Responsabile attività scientifica - Newsletter: P. Gareri

Responsabile attività di ricerca: A. Giacummo - I. Pavese

Consiglieri: R. Conforti - A.M. Cotroneo - G. Peperoni

Revisori dei conti: Membri effettivi: R. Lacava - P. Cervera - F. Amoroso

Membri supplenti: F. Annunziata - P. Scognamiglio

Probi Viri: Membri effettivi: V. Leoci - G. Cerqua - M.C. Bollini

Membri supplenti: L. Iallonardo - G. Puzio

Comitato scientifico Congresso Nazionale

Coordinatore: A. Cester

Componenti: V. Canonico - A.M. Cotroneo - A. Fabbo - P. Gareri -

I. Pavese - G. Gelmini - L. Calcara

Responsabile Sito Web: P. Pellegrini



GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA

CONSIGLI DIRETTIVI REGIONALI

CAMPANIA:

Presidente: Lucia Iallonardo
Vice Presidente: Tommaso Genovese
Segretario: Giuliano Cerqua
Tesoriere: Pasquale Cervera
Responsabile scientifico: Andrea Capasso

CALABRIA:

Presidente: Roberto Lacava
Past President: Pietro Gareri
Vice Presidente: Maurizio Berardelli
Segretario: Alberto Castagna
Tesoriere: Francesca Mazzei
Responsabile scientifico: Pasqualina Insardà
Sezione Nursing: Enedina Gravina

PUGLIA:

Presidente: Francesco Badagliacca
Vice Presidente: Silvia Picillo
Segretario: Roberta Chiloiro
Responsabile scientifico: Giuseppe Pistoia
Delega ai rapporti con i Medici di Medicina Generale e le relative Associazioni: Marino Antonio Solazzo
Delega ai rapporti con l'Università e le altre Società Scientifiche: Francesco Torres
Delega ai rapporti con le Istituzioni e gli Specialisti Territoriali: Immacolata Pavese
Delega ai rapporti con le Professioni Sanitarie: Katia Pinto

LAZIO:

Presidente: Raffaele Conforti
Vice Presidente: Pio Pellegrini
Segretario e Tesoriere: Giovanni Sergio
Responsabile scientifico: Carmine Cafariello
Referente per la Psicogeriatría: Antonio Braconaro
Relazioni con i Medici di Medicina Generale: Carmelo Praticò
Sezioni Professioni Sanitarie: Presidente: Silvana Maria Di Placido
Consiglieri: Filippo Corte - Angelica Ciurescu - Pierangela Gravante - Rossella Cassanelli

EMILIA ROMAGNA:

Presidente: Piero Angelo Bonati
Segretario: Andrea Fabbo
Tesoriere: Giuseppe Buonanno
Responsabile scientifico: Giovanni Gelmini
Delega ai rapporti con l'Università e con le figure professionali di area psicologica: Rabih Chattat
Delega ai rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Clelia D'Anastasio
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Assistenti Sociali): Morena Pellati
Delega ai rapporti con le organizzazioni dei servizi territoriali (rete dei servizi): Elisabetta Silingardi
Sezione Nursing: Presidente: Antonietta Marino
Consiglieri: Rocco Amendolara - Michele Garulli - Pierangela Guerzoni
Dirigente Ufficio Infermieristico A.USL Modena - Distretto 2: Luigi Ralli

SICILIA:

Presidente: Gioacchino Oddo
Vice Presidente: Laura Calcara
Segretario: Marcello Tomarchio
Tesoriere: Giovanni Veneziano
Delega ai rapporti SIGG: Vito Sciacca Parrinello
Delega ai rapporti SICUD: Sara Manuele
Sezione Professioni Sanitarie: Presidente: Julie Lidia Citarrella
Vice Presidente: Elena Patorno
Segretario: Hichem Bejaoui
Referente Area Riabilitazione: Vincenzo Salerno
Referente Area Infermieristica: Patrizia Fortezza
Referente Area Assistenti Sociali: Cettina Bonomolo
Referente Area Case Management : Gioacchino Drago
Consiglieri: Tania Piccione - Violetta Valenti - Calogero Ninotta - Episcopo Gianfranco

VENETO

Presidente: Maria Cristina Bollini
Vice Presidente: Vincenzo Leoci
Segretario: Lucia Soattin
Tesoriere: Maria Beatrice Baggio
Responsabile scientifico: Adalberto Bordin
Rapporti con le Residenze Protette: Adalberto Bordin
Rapporti con le Istituzioni e le altre Società Scientifiche: Alberto Cester
Relazioni con le altre Figure Professionali (MMG, Infermieri, Fisioterapisti, Psicologi, Assistenti Sociali): Fernanda De Romedi
Sistemi di Valutazione Multidimensionale: F. Tiozzo

PIEMONTE – VALLE D'AOSTA

Presidente: Carmine Macchione
Vice Presidente: Gianluca Isaia
Segretario: Antonino Busceti
Tesoriere: Giuliana Mercadante
Responsabile scientifico: Antonino Maria Cotroneo

LIGURIA

Presidente: Ernesto Palummeri
Vice Presidente: Lorenzo Sampietro
Segretario: Tiziana Leale
Consiglieri: Alberto Cella - Roberto Anselmo - Ekaterini Zigoura - Natalia Vello

LOMBARDIA

Presidente: Corrado Carabellese
Vicepresidente: Gianbattista Guerrini
Segretario: Renato Bottura
Consiglieri : .Alberto Zanoni - Raffaele Latella - .Angelo Ceretti
Chiara Ubezio

Sommario

Geriatrica extraospedaliera - norme editoriali	pag. 4
Presentazione dell'Editor in Chief	pag. 5
Presentazione del Presidente	pag. 6
L'alleanza terapeutica: ne vale la pena? Cosa cambia negli esiti clinici	pag. 7
Comunicazione e relazionalità in medicina: lo stato dell'arte	pag. 11
L'empatia: ci interessa? I significati del colloquio anamnestico	pag. 15
Diabete e disabilità: studio osservazionale sul recupero funzionale nei pazienti in assistenza domiciliare integrata	pag. 19
Assistenza residenziale agli anziani campani: "si può fare?"	pag. 22
Terapia dei sintomi delle basse vie urinarie nell'anziano	pag. 26
Bacheca	pag. 32

Geriatrics extraospedaliera

Organo ufficiale dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri

Sede: Via G. Tenore, 17 - Napoli - Italia - www.associazionegeriatri.it

Geriatria Extraospedaliera pubblica contributi redatti in forma di editoriali, articoli originali, review, presentazione di casi clinici, lettere al Direttore aventi ad oggetto tematiche relative alla Geriatria Territoriale e alle attività dell'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE).

L'invio degli articoli avviene esclusivamente per via elettronica al seguente indirizzo e-mail: savmar@tin.it oppure saverio.marino@associazionegeriatri.it.

I contributi devono essere accompagnati da una dichiarazione degli Autori che l'articolo non è stato inviato ad alcuna altra rivista, né che è stato accettato altrove per la pubblicazione.

Gli Autori inoltre devono dichiarare se hanno ricevuto finanziamenti o se hanno in atto contratti o altre forme di finanziamento con Aziende i cui prodotti vengano citati nel testo.

Compilazione:

- Informazioni Generali: Il testo deve essere scritto utilizzando il programma Word (versione PC e MAC). E' preferibile utilizzare il carattere "Times New Roman" con interlinea 2. Le pagine devono essere progressivamente numerate ed ordinate secondo il seguente schema: titolo del lavoro; nomi e cognomi degli autori per esteso; istituto di appartenenza con indirizzo completo del primo autore comprensivo di e-mail (per eventuale corrispondenza); riassunto in italiano (esclusi editoriali e lettere); parole chiave (da un minimo di 3 ad un massimo di 5); testo; eventuali ringraziamenti; bibliografia completa; eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati presentati (in toto o in parte).
- Abbreviazioni: la prima comparsa di una abbreviazione deve essere sempre preceduta dal termine completo che la stessa sostituisce.
- Nome di Farmaci: va usato il nome farmacologico.
- Tabelle: devono essere dattiloscritte una per pagina e numerate progressivamente con numerazione romana. Nel testo della tabella e nella legenda, si consiglia utilizzare i seguenti simboli: *, §, **,.....
- Bibliografia: le voci bibliografiche vanno numerate secondo l'ordine di citazione riportando: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo del lavoro, nome della rivista abbreviato ex Index Medicus, anno di pubblicazione, volume, prima ed ultima pagina dell'articolo.
Esempio: Bernabei R., Barillaro C. : La valutazione multidimensionale e gli strumenti di seconda generazione. Ger. ExtraOsp. 2006; Volume IV (3-4):11-15
Nel caso di un libro, si indicheranno nel medesimo modo il nome degli Autori, il titolo, il numero dell'edizione, il nome dell'Editore, il luogo di pubblicazione, il numero del volume e le pagine (iniziale e finale).
- Esame dei contributi: i contributi inviati verranno esaminati dal Direttore responsabile e dal Comitato di redazione, inviati ad un referee esterno facente parte del Comitato Scientifico e quindi eventualmente accettati per la pubblicazione. Agli Autori è riservata la correzione ed il rinvio delle sole prime bozze del lavoro entro sette (7) giorni dall'invio. Il primo nome verrà informato, tramite e-mail, circa l'accettazione o meno del contributo entro massimo 30 giorni.

Importante: i lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti. Il comitato di redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale che si dovessero rendere necessarie.

Abbonamenti: Geriatria ExtraOspedaliera è una rivista trimestrale che viene inviata gratuitamente ai soci dell'AGE in regola con il pagamento della quota annuale di iscrizione.

COPYRIGHT: i lavori pubblicati rimangono di proprietà della rivista e possono essere riprodotti solo previa autorizzazione del Direttore Responsabile e citandone la fonte.

Gent.mi,
con questo numero di fine 2012 riparte la pubblicazione della nostra rivista GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA. Riparte dai lavori rimasti “nel cassetto”, ovviamente, che sono giacenti forse da troppo tempo e che ci pare giusto vedano finalmente la propria “luce espositiva”. Si riparte in definitiva da dove si era rimasti, come segno di continuità nonché di correttezza nei confronti dei nostri colleghi e soci autori che si erano adoperati per fornire un proprio contributo scientifico e di esperienza.

E' con entusiasmo che ho accettato l'invito del presidente Salvatore Putignano e di tutto il Direttivo Nazionale dell'AGE di occuparmi del nostro giornale scientifico.

Con GERIATRIA EXTRAOSPEDALIERA è nostra intenzione dare spazio a tutte quelle che sono le “voci” della geriatria del territorio, a tutti quei professionisti che giornalmente, con professionalità e dedizione, operano nella rete organizzativa che caratterizza le cure primarie, l'attività specialistica ambulatoriale, le strutture residenziali e semiresidenziali, i servizi sociali.

E' sicuramente già oggi e lo sarà ancor più domani il territorio il luogo privilegiato per lo sviluppo della geriatria, per la presa in carico della fragilità, delle malattie croniche, della non autosufficienza e della sua prevenzione, per la gestione integrata dei bisogni attraverso un'azione attuativa interprofessionale che vede nella valutazione multidimensionale e nell'approccio globale le proprie basi operative e culturali.

Le esperienze operative ed organizzative che si stanno progressivamente sviluppando nel nostro paese sono ormai tante, molte di esse sono consolidate o si stanno consolidando: c'è bisogno di conoscerle, c'è necessità di confronto, c'è necessità di creare un dialogo continuo tra i vari gruppi intra/extraregionali che fanno della “buona geriatria” affinché i punti di forza degli uni diventino stimolo per gli altri.

La rivista, nella mia visione di sviluppo in divenire, vorrei che avesse il ruolo di collettore delle varie esperienze, ricerche e conoscenze che provengono dai vari territori, dalle nostre sezioni regionali, con finalità pratica di dialogo continuo tra i soci, tra i professionisti, tra gli enti e le istituzioni che si occupano di geriatria del territorio (e non solo). Domicilio, ambulatori, Nuclei di Cure Primarie, Case della Salute, Centri Diurni, Case Protette, Residenze Sanitarie Assistenziali, Strutture Intermedie di post-acuzie e riabilitative, tutti luoghi “laboratori” da cui estrapolare esperienze e modelli applicativi di buona assistenza e cura. E in tali luoghi medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, animatori, psicologi, assistenti sociali, terapisti occupazionali, arte terapeuti, ecc., tutti attenti “ricercatori” e poi divulgatori di buone pratiche organizzative ed operative.

Tutto ciò in quanto etica e deontologia vogliono che in ogni parte del nostro paese ai nostri vecchi venga proposto lo stesso supporto di cura ed assistenza e, ovviamente, il migliore.

Ringrazio anticipatamente tutti i membri dei Comitati Scientifico e di Redazione con quali avremo modo, spero lungamente, di dialogare e collaborare attivamente e fattivamente.

Con la speranza e l'augurio che la nostra rivista possa progressivamente crescere e diventare “il” riferimento per chiunque si occupi di geriatria territoriale vi porgo il mio più cordiale saluto,

vostro *Giovanni Gelmini*

La ripresa della pubblicazione della rivista “Geriatrics Extraospedaliera” fa parte dei segnali che il neo-eletto Consiglio Direttivo Nazionale ha individuato per dare intensità e rivitalità alla vita associativa partendo da quelli che sono stati, sicuramente, momenti di successo.

Geriatrics Extraospedaliera sarà più che una rivista perché oltre essere la voce dell’Associazione avrà il compito di rispondere alle esigenze di informazione e di aggiornamento scientifico dei Geriatri e degli Operatori, sanitari e non, dell’assistenza geriatrica sul territorio.

L’incarico di editor in chief è stato affidato a Giovanni Gelmini che immediatamente ha iniziato il suo lavoro individuando il comitato di redazione, il comitato scientifico e puntando sulla massima partecipazione e su una forte condivisione di idee e di obiettivi.

Sono certo che con questo gruppo di lavoro e con la collaborazione di tutti noi la rivista toccherà nuovi e sempre più prestigiosi traguardi e, per questo, a nome mio e di tutto il Consiglio Direttivo Nazionale formulo gli auguri di buon lavoro e, principalmente, i ringraziamenti al neo-editor in chief, al gruppo redazionale e a tutti coloro che dedicheranno parte del loro tempo per la pubblicazione di “Geriatrics Extraospedaliera”.

Salvatore Putignano

L' alleanza terapeutica: ne vale la pena? Cosa cambia negli esiti clinici

di **Ciro Manzo** - Geriatra UOAA e Centro delle Demenze distr. 71 – ASL NA 4 - Responsabile Servizio di Reumatologia distr. 87/88 – ASL NA 5
e-mail : cirmanzo@libero.it

RIASSUNTO: l'alleanza terapeutica rappresenta un elemento caratterizzante della medicina moderna. Contrariamente che in passato, infatti, allorché il paziente veniva relegato ad un compito passivo di esecuzione delle indicazioni del curante, negli ultimi decenni sempre più viene emergendo ed imponendosi la volontà di una partecipazione attiva e consapevole del malato alle scelte di salute che lo riguardano. In questa ottica, la costruzione di una valida alleanza terapeutica rappresenta una felice sintesi tra le esigenze del malato e la professionalità del medico. Non pochi studi dimostrano come l'alleanza terapeutica sia in grado di migliorare la risposta terapeutica, non solo in termini di soddisfazione e qualità di vita del paziente ma anche in termini di esiti clinici. Ciò induce a considerare come l'esigenza di una medicina attenta all'uomo nella sua integralità e, pertanto, in grado di valorizzare l'aspetto "narrativo" senza annullare l'aspetto "euristico" (stressato da linee-guida e dalla evidence-based medicine) rappresenti, in campo sanitario, la vera sfida del terzo millennio.

PAROLE CHIAVE: alleanza terapeutica, esiti clinici, medicina narrativa, relazione medico-paziente, paziente geriatrico.

L' alleanza terapeutica può essere considerata un vero e proprio contratto (per quanto non scritto) tra medico e paziente con lo scopo di ottenere i migliori risultati possibili in rapporto al tipo di diagnosi e alle possibilità terapeutiche disponibili. Essa mira a realizzare un coinvolgimento attivo e partecipato del paziente nell'attuazione di obiettivi condivisi.

Almeno quattro ci sembra siano gli elementi costitutivi e caratterizzanti dell'alleanza terapeutica :

- 1) la CONOSCENZA ;
- 2) la COMUNICAZIONE ;
- 3) la RECIPROCITA' ;
- 4) la VERIFICA degli obiettivi prefissati.

Ognuno di questi elementi costitutivi presenta tutta una serie di complessità e di criticità. Così ad esempio, la CONOSCENZA della malattia da trattare presuppone non soltanto, come è facilmente intuibile, una adeguata preparazione specifica del medico ed una costante attività di aggiornamento sui progressi diagnostico-terapeutici, ma anche la capacità di saper "calare" il complesso delle conoscenze teoriche e del carico esperienziale del medico nella realtà singola, specifica, unica ed irripetibile di quel determinato paziente. Al riguardo, la capacità di saper interpretare ciò che è importante per il paziente rappresenta uno sbocco comunicativo irrinunciabile. In proposito, in ambito oncologico ad esempio, si è osservato come gli effetti collaterali vissuti come più importanti ed angoscianti dal malato il più delle volte non coincidono con quelli ritenuti più importanti per il medico (1) : cioè, evidentemente, può alzare una vera e propria barriera. In altri ambiti, si è osservato come "la valutazione da parte del medico di informazioni che riflettono la prospettiva del paziente abbia migliorato di più del 50% l'aderenza alle terapie " (2). In campo geriatrico, poi, la comunicazione presenta numerose specificità. L'età senile è di per se stessa fattore di isolamento sociale e, non di rado, si accompagna a depressione che può interferire con una corretta comunicazione . Il paziente geriatrico, poi, è

sovente gravato da diverse patologie : ciò da un lato, può creare disorientamento e confusione circa la figura medica da considerare come referente principale (specie in contesti nei quali lo specialista geriatra non riesce e/o non viene messo in condizione di affermare la propria specificità), dall'altro richiede sovente terapie complesse che possono risultare non semplici da armonizzare . Ed ancora, la compromissione cognitiva, se e quando presente,

non può non avere riflessi profondi sul piano comunicativo sia direttamente (3) sia perché comporta l'inserimento di una figura aggiuntiva (caregiver) la cui presenza trasforma la diade paziente-medico in una triade che ha meritato specifiche indagini proprio sotto il profilo della comunicazione (4, 5) . Infine, l'età avanzata, di per sé, sembra costituire un sorta di alibi per ridurre il tempo di durata della visita : così, ad esempio, in una indagine pubblicata nel 2000 (6) agli anziani venivano poste meno domande che ai pazienti più giovani, si discuteva meno con loro sulle abitudini di vita da modificare e si offriva un minor numero di informazioni utili al mantenimento dello stato di salute.

La RECIPROCITA' rappresenta un elemento dell'alleanza terapeutica assai delicato. Essa chiama in causa innanzitutto la decisione e la volontà da parte del paziente di prendere parte attiva alla gestione della propria salute, con tutto il carico di responsabilità che ciò comporta . Inoltre, ripropone l'importanza del colloquio tra curante e paziente del quale, accanto all'aspetto informativo (acquisizione da parte del medico delle nozioni utili per la diagnosi e la terapia) e a quello didattico (erogazioni di nozioni ed istruzioni terapeutiche), viene considerato ineliminabile la funzione di costruzione del rapporto, con la conseguenza di associare sempre più la Medicina alle Scienze umane pur senza sottrarla a quelle empiriche (7). Infatti soltanto un colloquio così impostato può generare una reciprocità tra medico e paziente (8). La VERIFICA dei risultati conseguiti, infine, rappresenta al tempo stesso punto di arrivo (per la messa a punto degli obiettivi conseguiti) e di partenza (per il mantenimento dei risultati ottenuti e/o per l'implementazione quantitativa o la diversificazione qualitativa delle strategie d'intervento nei confronti di obiettivi non ancora raggiunti). E' evidente che una corretta alleanza terapeutica deve indicare in maniera trasparente solo i risultati oggettivamente perseguibili in quel determinato paziente con quel determinato tipo e stadio di malattia. L'inerzia terapeutica può realizzare una pesante zavorra, tuttavia superabile attraverso tutta una serie di accorgimenti e suggerimenti pratici .

Quali sono le ricadute di una buona alleanza terapeutica in termini di esiti clinici ? Gli sforzi necessari per la costruzione ed il mantenimento di una corretta alleanza terapeutica vengono, poi, ripagati da risultati tangibili ?

Come per tutta la letteratura riguardante il rapporto medico-paziente, anche gli effetti pratici dell'alleanza terapeutica sono stati molto studiati in ambito psichiatrico (9). Ma non mancano valutazioni anche in diverso ambito. Già nel 1996, ad esempio, una metanalisi dimostrava come nei pazienti affetti da artrosi e da artrite reumatoide, un'alleanza terapeutica basata su di una adeguata educazione sanitaria comportava una ulteriore riduzione del dolore del 20-30% rispetto a quella ottenuta con i soli FANS (10). Risultati parimenti positivi ha dimostrato l'alleanza terapeutica nel migliorare l'aderenza alla terapia con bisfosfonati per l'osteoporosi (11) .

Nel controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, le ricadute pratiche dell'alleanza terapeutica sono state particolarmente studiate e vengono considerate così rilevanti in termini di esiti clinici che il settimo rapporto del

Joint National Committee statunitense sulla prevenzione, diagnosi e trattamento dell'ipertensione Arteriosa (JNC 7) ne sottolinea ruolo ed importanza nella sezione dedicata al miglioramento all'aderenza alla terapia (" La terapia può raggiungere i suoi obiettivi soltanto se il paziente è sufficientemente motivato a seguire le prescrizioni, e ciò può essere raggiunto attraverso una relazione positiva con il clinico") (12). Gli AA. forniscono, in tale sezione, anche alcuni suggerimenti pratici per migliorare la comunicazione ed il rapporto con i pazienti nonché per superare l'inerzia clinica che può nascere nel medico quando la terapia è poco seguita o produce scarsi risultati. Lo

studio ICON (Improving Cardiovascular risk profile in Older Neapolitans) coordinato da Teodoro Marotta presenta, per i lettori di questa rivista scientifica, più di un elemento di interesse in quanto coordinato da uno specialista ambulatoriale e rivolto ad una popolazione di pazienti tutti ultrasessantacinquenni (13). Lo studio si proponeva di valutare l'efficacia di un approccio basato sul rapporto empatico nella riduzione del rischio cardiovascolare del paziente anziano. Nei 503 pazienti oggetto dello studio, la frazione dei pazienti in sovrappeso che si trovava al di sotto della soglia di obesità (indice di massa corporea < 30 Kg/m²) passava, al termine del periodo di osservazione, dal 26.6 al 32.4 % ; quella degli ipertesi la cui pressione arteriosa era ben controllata (PA < 140/90 mmHg) saliva dal 12.8 al 36.5 % ; quella dei dislipidemici il cui colesterolo nelle lipoproteine leggere era al di sotto dei parametri indicati dalle linee-guida statunitensi ATP III aumentava dal 15.6 al 48.6 % ; infine, anche l'abitudine al fumo diminuiva significativamente. Quest'ultimo dato, insieme con la riduzione del numero degli obesi, ben esprimeva e qualificava l'effetto dell'indirizzo comunicativo adottato sulle abitudini di vita, più difficile da ottenere (specie in questi pazienti) rispetto alla "semplice" adesione ad un regime farmacologico.

Un'altro campo nel quale il ruolo dell'alleanza terapeutica è stato recentemente esplorato è quello delle malattie infettive croniche e gravi. In uno studio condotto tra 1743 pazienti affetti da AIDS, ad esempio, è stato osservato come l'essere considerate come persone risultava correlato, in misura statisticamente significativa, con l'adesione alla terapia antiretrovirale e con il riscontro di livelli sierici non misurabili di RNA virale specifico. Tali differenze conservavano la significatività statistica anche controllando la correlazione per diverse covariate quali età, sesso, origine etnica, durata del periodo di osservazione, consumo di alcol e droghe (14). In Sudafrica, presso l'ospedale di Tuang, molti pazienti con TBC interrompevano precocemente le cure, nella convinzione che non fosse utile proseguire il trattamento farmacologico dopo l'iniziale miglioramento dei sintomi. Il miglioramento dell'alleanza terapeutica, attraverso un percorso che prevedeva una terapia concordata con i pazienti e l'individuazione di una figura di riferimento (familiare o conoscente) che sostenesse il paziente a proseguire la terapia, ha comportato, durante un periodo di osservazione di venti mesi, un'abbattimento della quota percentuale di coloro che interrompevano la terapia precocemente dall'iniziale valore dell'11.6 ad un valore finale del 2.9% (15).

Ed ancora, nella gestione del diabete mellito una buona alleanza terapeutica si è rivelata arma vincente ed insostituibile per ottenere e mantenere un adeguato controllo metabolico ed una efficace prevenzione delle diverse complicanze della malattia (16).

In generale, le ricadute pratiche dell'alleanza terapeutica si avvertono maggiormente nella gestione di malattie croniche e dalle complicanze "insidiose" per le quali le modifiche degli stili di vita rivestono un'importanza non inferiore della terapia farmacologica *tour court*.

I dati disponibili in letteratura sono, tuttavia, ancora relativamente limitati. Molti dati provengono da esperienze personali o non vengono pubblicate su riviste ad elevato impact factor.

Una delle possibili spiegazioni può essere ricercata nel particolare momento storico dominato dalla c.d. EBM (Evidence Based Medicine), nei confronti della quale la medicina cosiddetta narrativa viene spesso presentata quale modalità contrastante se non, addirittura, mutuamente escludente.

Indubbiamente, la diversità e la complessità degli elementi dell'alleanza terapeutica presi, di volta in volta, in considerazione e la diversità degli esiti clinici valutati nei diversi studi rendono problematica la realizzazione di una metanalisi formale quantitativa dei diversi lavori finora pubblicati. Nel 2001, Di Blasi et al. hanno pubblicato su Lancet una prima revisione sistematica della letteratura : la revisione ha riguardato 21 articoli (11 dei quali riguardanti confronti clinici randomizzati), evidenziando come 16 di questi 21 articoli riportassero risultati positivi e dimostrando come un'efficace alleanza terapeutica fosse in grado di influire sulla salute del paziente in termini di stato emozionale, risoluzione dei sintomi, funzionalità, controllo del dolore, parametri quali la misurazione della pressione arteriosa e della glicemia. Gli autori concludevano che "One relatively consistent finding is that physicians who adopt a warm, friendly, and reassuring manner are more effective than those who keep consultations formal and do not offer reassurance" (17).

Più recentemente, il gruppo della Cochrane ha pubblicato una revisione degli effetti tra alleanza terapeutica ed esiti clinici, prendendo in considera-

zione 30 trials (di cui 4 sull'ipertensione arteriosa e 10 sulle dipendenze) per complessivi 4691 pazienti e giungendo alla conclusione che non vi è alcun elemento che dimostri che l'alleanza terapeutica possa migliorare, specie nel lungo periodo, l'adesione alla terapia. Purtroppo, gli stessi autori ammettevano che tutti i 30 studi valutati erano di qualità inadeguata. In proposito, non è fuori luogo sottolineare come la complessità degli elementi costitutivi dell'alleanza terapeutica e la soggettività che essa, costituzionalmente, contiene poco si accordano con la rigidità della statistica (18).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE : esistono in letteratura tutta una serie di dati che indicano l'utilità di una buona alleanza terapeutica nel conseguimento di obiettivi terapeutici, ivi compresa la riduzione della quota di pazienti che interrompono (per scarsa motivazione) le terapie proposte. La medicina "narrativa", che dell'alleanza terapeutica è parte costitutiva, sembra poco accordarsi con il freddo rigore statistico dell'EBM (19, 20).

Il trovare una modalità di incontro tra una medicina basata sull'evidenza ed una medicina basata anche sul vissuto del paziente, sembra rappresentare, a chi scrive, una vera e propria sfida per il mondo sanitario del terzo millennio. La costruzione di una alleanza terapeutica nella quale il medico sia disposto a calare le proprie conoscenze teoriche (mediate dall'EBM) ed il proprio carico esperienziale nel rapporto unico ed irripetibile con quel singolo paziente, in un rapporto "paritario" e non più monarchicamente dominante, può rappresentare, almeno per il paziente responsabilmente partecipativo, una valida strada da percorrere.

Bibliografia

- 1) Fallowfield LJ : Treatment decision-making in breast cancer : the patient-doctor relationship. *Breast Cancer Res Treat* 2008
- 2) Rost K, Carter W, Inui T : Introduction of information during the initial medical visit : consequences for patient follow-through with physician recommendations for medication. *Soc Sci Med* 1989 ; 28(4) : 315-321
- 3) Canonico V, Del Forno D, Abitabile M, Carotenuto A, Rengo F : La comunicazione con il paziente anziano demente. *Ger Extraosp.* 2009 (accepted for press)
- 4) Greene MG, Majerowitz SD, Adelman RD, Rizzo C : The effects of the presence of a third person on the physician-older patient medical interview. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 413-419
- 5) Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T : Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Soc Sci Med* 2005; 60: 2307-2320
- 6) Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Robbins JA, Heims LJ, Chang DW : The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *J Am Geriatr Soc* 2000 ; 48: 30-35
- 7) Marotta T, Manzo C : Relazionalità e professionalità medica : dai principi alle evidenze cliniche. *Ger Extraosp* 2007 (VI) ; 1:9-11
- 8) Marotta T : L'empatia: ci interessa? I Significati del colloquio anamnestico. *Ger Extraosp* 2009 (accepted for press).
- 9) Martin DJ, Garske JP, Davis MK : Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : a meta-analytic review . *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68: 438-450
- 10) Superio-Cabuslay E, Ward Mm, Lorig Kr : Patient Education Intervention In Osteoarthritis And Rheumatoid Arthritis : A Metaanalytic Comparison With Non Steroid Antiinflammatory Drug Treatment. *Patient Educ Council* 1996 ; 9:292-301
- 11) Osterberg R, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353: 487-97
- 12) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT jr, Roccella EJ : Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. National Heart, Lung and Blood Institute ; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-1252
- 13) Marotta T, Viola S, Ferrara F, Ferrara LA : Improvement of cardiovascular risk profile in an elderly population of low level social : the ICON (Improving Cardiovascular risk profile in Older Neapolitans) study. *J Hum Hypertens* 2007 ; 21 : 76-87
- 14) Beach MC, Keruly J, Moore RD : Is the quality of the patient-provider relationship associated with better adherence and health outcomes for patients with HIV ? *J Gen Intern Med* 2006; 21: 661-665
- 15) Di Mattia L : dati non pubblicati
- 16) Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA : The relative importance of physician communication, participatory decision making and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002; 17(4): 243-252
- 17) Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J :

Influence of context effects on health outcomes : a systematic review. *Lancet* 2001 ; 357 : 757-762

- 18) Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P : Contracts between patients and healthcare practitioners for improving patients' adherence to treatment, prevention and health promotion activities. *Cochrane Database*, 2007
- 19) Brody H : Foreward in : Greenhalgh T, Hurwitz B (eds) : Narrative based medicine. *BMJ books*. London 1998 ; xiii-xv
- 20) Sackett DL et al. : Evidence-based medicine : what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312:71-72

Il diritto alla qualità della vita non ha età

KCS *caregiver*

KCS caregiver Cooperativa sociale

nasce dall'unione di esperienze consolidate e qualificate in Strutture Socio-Sanitarie e in aziende di servizi alberghieri di livello nazionale, Operiamo come azienda leader nella gestione globale e integrata di Strutture specializzate per la terza e la quarta età e per i disabili.

Grazie alla nostra esperienza acquisita negli anni, siamo in grado di adeguare efficacemente i nostri modelli organizzativi alle singole realtà mantenendo invariato il livello di qualità dei servizi sul territorio.

La nostra MISSIONE:

promuoviamo una nuova cultura dell'assistenza: consideriamo gli anziani, le persone fragili e i disabili non più esclusivamente come soggetti di bisogni passivi, ma anche come soggetti attivi e fonti di risorse. Appliciamo un metodo scientifico avvalendoci anche dell'ausilio di uno staff di professionisti esterni, tra cui medici geriatri e psicologi. Offriamo a tutti i nostri utenti soluzioni personalizzate secondo i più elevati standard qualitativi.

Cosa FACCIAMO:

Offriamo servizi socio-assistenziali, assistenza diretta alla persona, servizi infermieristici e di riabilitazione psico-motoria, oltre alla gestione di centri per anziani, minori e diversamente abili. Miriamo a obiettivi innovativi, coordinando competenze approfondite e multidisciplinari.

Dai servizi erogati alla formazione del personale, dalle tecniche di lavoro alla scelta dei fornitori, mettiamo in atto un processo di miglioramento continuo che si estende a tutti i livelli della nostra struttura. La ricerca costante della qualità è, allo stesso tempo, strumento e fine ultimo di tutte le nostre attività.

Il nostro APPROCCIO:

Tre sono i punti imprescindibili: efficienza del modello organizzativo e gestionale; efficacia delle prestazioni, grazie a operatori motivati, preparati e dotati di mezzi adeguati; soddisfazione del Cliente come misura per valutare i risultati.

Per raggiungere questi obiettivi effettuiamo una costante opera di aggiornamento e formazione delle nostre risorse umane. L'impegno per offrire le massime garanzie ai nostri Clienti e a tutti i partners istituzionali ci ha portato a essere i primi, in Italia, a ottenere la Certificazione ISO 9001 nel nostro settore, cui sono seguite le certificazioni ISO 14001 e SA 8000.



Via dell'Artigianato 22 – 20864 Agrate Brianza (MI)

Tel. 039.65.61.71 – Fax 039.60.56.765

direzione@kcscaregiver.it - www.kcscaregiver.it

**Consideriamo gli anziani
e i disabili come soggetti
attivi e fonti di risorse.**

Comunicazione e relazionalità in medicina: lo stato dell'arte

di **Flavia Caretta** - Cattedra di Geriatria Università Cattolica, Roma

Pochi cambiamenti nella vita dell'uomo sono stati così profondi come quelli prodotti negli ultimi decenni dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina.

Gli enormi sviluppi nel campo tecnologico hanno comportato un progresso impensato nelle capacità diagnostiche e terapeutiche, con la nascita conseguente di nuove discipline specialistiche, necessarie per far fronte al rapido aumento delle conoscenze e alle biotecnologie sempre più sofisticate. Ne è derivata una frammentazione del sapere per cui, sul piano clinico, il singolo paziente non viene più curato da un solo medico, ma da più medici, e spesso in collaborazione con esperti di altre discipline.

Accanto a un *maximum* di capacità analitica però, esiste in genere solo un *minimum* di capacità sintetica. Lo sforzo professionale è concentrato prevalentemente sull'analisi.

Eppure i referenti concettuali della medicina - salute, malattia, vita, morte - sono attinenti a una dimensione totalizzante e unificante, la persona intera.

Storicamente e tradizionalmente, la medicina è stata identificata con la pratica messa in atto da un medico nel suo incontro con un paziente, un incontro cioè fra persone. Il rapporto medico-paziente rappresenta il nucleo storico della prassi medica.

Ma attualmente, la neutralità e l'obiettività degli esami diagnostici rischiano di farne una "medicina silenziosa" nei confronti del paziente, cioè del "proprietario" della sua malattia.

Il dato clinico può diventare l'unico contenuto di una comunicazione avulsa da una relazione tra persone.

Sembra quanto mai attuale la considerazione di Karl Jaspers (medico, psichiatra e filosofo), nel suo volume "Il medico nell'età della tecnica": "E' strano che, in contrasto con le straordinarie capacità operative della medicina moderna, sia emersa non di rado una sensazione di fallimento. Le scoperte delle scienze naturali e della medicina hanno portato ad una competenza senza precedenti. Ma è come se per la massa delle persone ammalate sia divenuto, per ognuna di esse, più difficile trovare il medico giusto. Verrebbe da pensare che, proprio mentre la tecnica va continuamente migliorando le proprie capacità, i buoni medici si siano fatti rari".

In effetti, nella società del pensiero tecnocentrico e della comunicazione istantanea, il mestiere del medico è preso nel vortice di trasformazioni radicali, cariche anche di incertezze crescenti¹.

I medici, insieme con i pazienti, e con tutte le altre figure che formano "la scena della cura", prendono parte a queste trasformazioni con un bagaglio di saperi, di sensibilità e di aspettative che si è formato in larga misura in epoca precedente. Un'epoca segnata dalla persuasione moderna che gli esseri umani sarebbero stati in grado di tener sotto controllo i fenomeni naturali, comunicativi e sociali, di ricondurre ogni azione umana verso cose o persone, a criteri di trasparenza, prevedibilità, programmazione lineare. Gli effetti sono stati però ampiamente diversi da quelli previsti.

Paradossalmente, invece di introdurci nell'epoca agognata delle certezze, ci hanno introdotto nell'epoca dell'incertezza permanente². Di quella che Ulrich Beck chiama "la società del rischio".

Ma questo scenario, pur corrispondente alla realtà odierna, non la

esaurisce: non si può negare infatti che, soprattutto negli ultimi venti anni, vi sia stato un crescente interesse sulle tematiche della comunicazione e della relazione in medicina, interesse che attesta l'esigenza di recuperare una prospettiva antropologica accanto a quella più specificamente biomedica.

Una comunicazione e una relazione nella quale sono intervenuti cambiamenti epocali, almeno nel mondo occidentale, se pensiamo che in tempi non molto lontani, la relazione medico-paziente era definita come "una storia di silenzio", nella convinzione che "un buon paziente segue le direttive del medico senza fare obiezioni, senza porre domande"³.

Fino agli anni '80, una capacità relazionale nell'ambito della medicina era vista come una qualità che un medico poteva possedere o non possedere: l'abilità nella comunicazione era considerata più una modalità del carattere che un aspetto professionale da formare nel corso degli studi e da attuare nella pratica clinica⁴.

Accanto a questi elementi propri del mondo medico, sono intervenuti anche fattori provenienti dal mondo esterno. La comunicazione è arrivata ad essere la base delle cosiddette civiltà industriali, tanto da costringere la persona ad operare scelte che incidono profondamente sul suo modo di essere e di agire.

Tutto quanto attiene alla salute non è sfuggito a questa regola: infatti l'informazione medica viene usata per influenzare i comportamenti personali ma anche collettivi, nella prospettiva di aumentare il livello di salute della popolazione, migliorando la prevenzione e la promozione della salute.

Di conseguenza, il rapporto esclusivo tra medicina e paziente, determinante fino a qualche decennio fa, è stato sostituito da una serie di messaggi, manifesti o subliminali, che hanno finito con il dare vita ad una medicina "universale" che ha scavalcato il medico per raggiungere direttamente l'individuo malato o quello sano che teme di diventarlo⁵. Così che il medico qualche volta si trova di fronte un "interlocutore" che sa, o almeno crede di sapere, e avanza pretese di scelte terapeutiche.

Un altro fattore è l'influenza crescente dell'economia sulla medicina, che sembra minacciare la natura essenziale del rapporto medico-paziente. Alcuni affermano che i medici in questa prospettiva corrono il pericolo di essere deprofessionalizzati⁶. Altri sostengono che il patto di fiducia tra medici e pazienti è minato dalle tendenze al profitto⁷.

In sintesi, una situazione contraddittoria. Di fronte alle straordinarie possibilità terapeutiche odierne, si assiste parallelamente al processo di aziendalizzazione in sanità, al consumismo farmacologico, alla burocrazia crescente: il rischio è quello di portare ad una medicina decadente e tecnologica dove il malato spersonalizzato diviene oggetto anziché persona e anche la figura del medico si appanna fino a

1 Manghi S., Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche, Franco Angeli, Milano 2005, pp.11-12

2 Barman Z., The individualized Society, Polity Press, Cambridge, 2000 (trad it. La società individualizzata, Il Mulino, Bologna, 2001)

3 Katz J. Physician and patients: A history of silence. In Beauchamp LT, Le Roy W. Contemporary issues in bioethics, Belmont (CA), Wadsworth Publishing Co 1994

4 Lailaw TS, Kaufman D, MacLeod H, van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. Med Educ. 2006;40:18-27

5 cfr. Fernandez C. Etica della comunicazione in medicina. Ital Heart J Supp 2002; 3(12): 1225-1228

6 Blumentale D., Effects of market reform on doctor and their patients. Health Aff (Millwood). 1996; 15:170-184; Zoloth-Dorfman L, Rubin S. The patient as commodity: managed care and the question of ethics. J Clin Ethics. 1995; 6:339-357

7 Cassel CK. The patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios. Conn Med. 1996; 60:291-293

costituire un semplice tecnocrate.

Una domanda fondamentale a questo punto è se la comunicazione tra medico e paziente sia realmente necessaria, e - se lo è - se rappresenti solo una forma di cortesia professionale o soltanto una attestazione dei diritti del paziente.

Se si considera la storia della medicina ai suoi inizi, verso il V secolo a.C., si evidenzia che il medico ippocratico costituisce l'archetipo del medico tanto impegnato tecnicamente quanto umanamente coinvolto. Uno dei più antichi precetti medici recita: "Dove c'è philanthropia c'è anche philotechnia".

Significava che l'essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli veramente d'aiuto usando le risorse dell'arte (tecnofilo). Ma significava inoltre che l'impegno tecnico nell'arte medica era il mezzo finalizzato anche al conseguimento di un buon rapporto d'amicizia, giovevole al paziente quanto le altre cure. Ancora, l'antico aforisma "Non c'è medico che non sia filosofo", ribadiva nel tempo che il medico doveva possedere la philosophia naturalis, cioè conoscere a fondo la natura, compresa quella umana.

Successivamente Rufus di Ephesus, un medico Greco vissuto al tempo dell'impero romano (I secolo d.C.) e noto per la ricchezza delle sue descrizioni cliniche, affermava che è necessario parlare con il paziente, per instaurare una relazione che permette di individuare un migliore trattamento della sua patologia, di conoscere i suoi atteggiamenti verso la vita, che condizionano la terapia.

Facendo un salto ora fino al XIX secolo, Peabody affermava che "Il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura".

E oggi? Il top nell'ambito scientifico è rappresentato dai trial clinici randomizzati, per i quali esistono metodi clinico-epidemiologici per valutarne l'efficacia; ma nello stesso tempo stanno emergendo metodi più rigorosi anche per valutare il cosiddetto "fattore soggettivo" quale oggetto di ricerca. In questo ambito, il miglioramento della comunicazione tra medici e pazienti, tra operatori sanitari e pazienti, è particolarmente rilevante⁸.

Ma c'è un altro aspetto, direi quasi sorprendente di fronte alla prospettiva spesso riduttiva della medicina: la riscoperta della spiritualità. Già 10 anni fa⁹ si affermava che la "spiritualità è il fattore dimenticato in medicina" e, da più parti, si auspicava che venisse inserita nei curricula degli studi di medicina.

Le ricerche volte ad indagare le influenze della spiritualità o della fede religiosa sullo stato di salute^{10,11} sono andate moltiplicandosi, soprattutto nell'ultimo decennio: si ritiene che già nell'anno 2.000 almeno 1200 studi pubblicati su riviste scientifiche avevano come oggetto le relazioni tra religiosità e salute, moltissimi dei quali riportavano una correlazione positiva tra queste variabili. Ma se la spiritualità è importante per la salute del paziente, lo dovrebbe diventare anche per il medico del paziente, che deve considerarla elemento essenziale nell'ambito terapeutico.

Appare evidente quindi come l'attenzione per la comunicazione e la relazione siano state una costante, presente sin dall'inizio della storia della medicina.

Se si consulta la letteratura medica degli ultimi anni, si trovano innumerevoli articoli su queste tematiche, a testimonianza dell'interesse crescente per esse.

Alcuni studi sottolineano che le difficoltà di comunicazione nella relazione medico-paziente hanno conseguenze negative soprattutto

sull'aderenza al trattamento e sul rispetto della prescrizione. La qualità della comunicazione ha un impatto determinante anche sulla soddisfazione del paziente¹², sugli outcome^{13,14} sui costi sanitari, sulle denunce per malpractice¹⁵.

A questo proposito, già nel 1994 si evidenziava che i due terzi delle cause giuridiche in ambito professionale medico erano da imputare ad un difetto di quantità e qualità della comunicazione interpersonale più che a manchevolezze o errori diagnostici o tecnici¹⁶.

Nella pratica clinica i problemi più frequenti nella comunicazione con il paziente emergono nel momento in cui si dimostra di non ascoltarlo; un altro ostacolo è il ricorso ad un linguaggio tecnico che contraddice lo stesso concetto di comunicazione; comunicazione che esiste, in quanto tale, solo se il messaggio è interpretato e compreso allo stesso modo da chi lo emette e da chi lo riceve. Si è affermato che l'insoddisfazione del paziente per la cattiva comunicazione ha un peso di gran lunga superiore a qualsiasi altra insoddisfazione circa le competenze tecniche¹⁷.

Un'altra considerazione riguarda i contenuti e le modalità della comunicazione.

Negli ultimi decenni si è assistito ad una trasformazione sostanziale: un tempo si attribuiva al medico la discrezionalità nel fornire o no le informazioni al paziente, a seconda che le ritenesse opportune per favorire la sua salute. Nel giro di pochi anni, è stato riconosciuto il diritto esclusivo del paziente di essere informato, diritto rafforzato dalle disposizioni legali di tutela della privacy.

L'impressione tuttavia è che i comportamenti dei sanitari rischiano di essere influenzati non tanto dalle norme deontologiche, quanto piuttosto dal timore di procedimenti giudiziari.

Quando esiste una comunicazione spesso si limita ad un nudo processo informativo: senza coinvolgimento empatico, in assenza di relazione autentica e di un fondamento etico, che non sia quello del rispetto formale dei diritti. Ne è un esempio la richiesta del consenso informato, che si limita in genere ad una semplice sottrazione di responsabilità da parte del medico piuttosto che ad una informazione corretta del paziente.

Esiste quindi un divario tra teoria e pratica: la ricerca scientifica ha ormai sottolineato ampiamente la centralità della comunicazione in medicina e cerca di definire come questa comunicazione può essere pensata, insegnata e attuata¹⁸: ma in che misura questo bagaglio scientifico e culturale riesce ad influenzare l'agire medico?

Lo stesso ambito accademico si sta interrogando sui contenuti dell'insegnamento nelle Facoltà di Medicina: si ritiene fondamentale far comprendere agli studenti che una cura efficace si fonda sulla comprensione della storia biologica, psico-sociale e culturale del paziente¹⁹. E per raggiungere questo obiettivo, il medico deve essere in grado di utilizzare le capacità comunicative, la conoscenza biomedica e il ragionamento clinico per formulare le ipotesi diagnostiche. Si sostiene la stretta correlazione tra l'attuazione di queste abilità nella pratica assistenziale e vari outcome rilevanti, quali la diagnosi e la terapia, una diminuzione degli errori medici, una riduzione dello stress, una maggior soddisfazione da parte sia del paziente che del

8 Larson EB. A new editor for Annals of Internal Medicine- 2001, Annals of Internal Medicine 2001;134(11):1072-1073

9 Firshein J. Spirituality in medicine gains support in the USA. The Lancet 1997; 349 May 3: 1300

10 Faith & Healing. Can prayer, faith and spirituality really improve your physical health? A growing and surprising body of scientific evidence says they can in "Time", 24 giugno 1996, p. 35

11 Caretta F., Petrini M., Ai confini del dolore. Salute e malattia nelle culture religiose, Città Nuova, Roma 1999

12 Wiggers J.H., Donovan K.O., Redman S., et al. Cancer patient satisfaction with care. Cancer 1990;66:610-16

13 Greenfield S., Kaplan S., Ware J-E Jr. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. Ann Intern Med 1985;102:520-28

14 Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can Med Assoc J 1995;152:1423-33

15 Levinson W., Roter D.L., Mullan J.P. et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997;277:553-59

16 Journal American Medical Association, 1994

17 Buckmann R., La comunicazione della diagnosi, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003, pp. 37-39

18 Kurtz S, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. Medical education initiatives in communication skills. Cancer Prevention Control 1999; 3:37-45; Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning Communication Skills in Medicine, 2nd edn. Abington, Oxon: Radcliffe Publishing Ltd. 2005

19 Windish D.M., Pric G.E., Clever S.L., Magaziner J.L., Thomas P.A., Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning. Journal of General Internal Medicine 2005;20(12):1108

medico.

Eppure, nonostante questi sforzi, è raro che venga insegnato agli studenti di medicina come fare per integrare la comunicazione con il ragionamento clinico. A tutt'oggi i giovani medici in genere imparano ancora le modalità del rapporto con il paziente sul campo e dall'esempio dei colleghi più anziani. Ne deriva la necessità di prevedere percorsi formativi efficaci.

In conclusione, potremmo immaginare il rapporto medico-paziente come un percorso: dall'informazione alla comunicazione, dalla comunicazione all'incontro, dove l'ascolto attivo gioca un ruolo fondamentale. Ma potrebbe anche essere un percorso inverso, dato che in un rapporto umano la neutralità è impossibile: ogni incontro produce presenza e la presenza è sempre comunicazione.

Sullo sfondo allora, quale punto di partenza ed insieme mèta ideali, si può intravedere quell'incontro che non è solo uno scambio tra chi è portatore di un bisogno e chi ha risposte efficaci, non è solo uno scambio tra ruoli: è uno scambio tra persone, in una situazione di suprema densità antropologica.

Uno scambio che può diventare terapeutico anche per il medico stesso.

Si è affermato che "Se la biologia molecolare è stata adottata quale paradigma della medicina del 20mo secolo, il paradigma medico per il 21mo secolo dovrebbe essere centrato sulla relazione"²⁰.

E' una sfida da raccogliere perché possa diventare un obiettivo largamente condiviso e attuato.

Ma direi di più: perché non fare di questa proposta un progetto operativo?

La sfida allora è quella di provare a sostanziare l'agire medico delle dimensioni di reciprocità, di comunione, mettendole a fondamento di ogni relazione.

²⁰ cfr. Johns Hopkins University, Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit October 30 – November 2, 2003 Phoenix, Arizona V.1 ©2004 American Healthways, Inc

GERIATRIA NEL TERRITORIO

Un metodo per i vecchi, per i medici e per il futuro...



GERIATRIA NEL TERRITORIO

Un metodo per i vecchi, per i medici e per il futuro....

Salvatore Putignano – Alberto Cester – Pietro Gareri

Prefazione (S. Putignano G. Paolisso G. Peperoni)

- 1. I nuovi assetti demografici e i nuovi bisogni degli Anziani** (C. Tomassini, G. La mura, M. Di Rosa)
- 2. La qualità di vita nei grandi vecchi: tra perdite e guadagni** (U. Senin, N. H. Nguyen, M. Pigliautile)
- 3. Il Paziente Geriatrico Complesso e la Sindrome di Fragilità: Specificità della Geriatria** (M. Barbagallo, Ligia J Dominguez)
- 4. La ricerca genetica nelle demenze degenerative: stato dell'arte e applicabilità** (A.C. Bruni, M. E. Conidi, L. Bernardi)
- 5. Il delirium: un problema geriatrico di grande rilevanza, ma poco studiato** (G. Bellelli, M. Trabucchi)
- 6. Le cardiocerebrovasculopatie nell'anziano: nuove realtà** (F. Rengo)
- 7. La depressione** (V. Canonico)
- 8. Marcatori biologici per la diagnosi clinica di decadimento cognitivo e Malattia di Alzheimer: indicazioni e limiti** (E. Cavedo, G.B. Frisoni)
- 9. Diabete e geriatria: outcome e terapia farmacologica** (M. R. Rizzo, G. Paolisso)
- 10. Lo studio emodinamico in Geriatria: quando e perché** (D. Leosco, G. D. Femminella, F. Rengo)
- 11. La Fibrillazione atriale nel paziente geriatrico: fisiopatologia, diagnosi e terapia** (P. Abete)

Riflessioni

- . Geriatria ed empatia. (R. Conforti)
- . Alcuni problemi aperti della Geriatria (A. Bordin)

1. Premessa culturale (S. Putignano)

- .Premessa storica (S. Putignano)
- .La strategia metodologica (R. Lacava, A. Castagna)
- .Settings assistenziali (E. Piermatteo, G. De Martino)

2. Il perché per una Geriatria Territoriale

(A. Cester)

- .Il perché per una Geriatria Territoriale (A. Cester)
- .La Rete dei Servizi geriatrici (M.C. Bollini; Leoci)
- .La Rete dei Servizi ideale (M.B. Baggio)

3. Continuità assistenziale e Paziente geriatrico

(A. Fabbo)

L'Ambiente come modello di intervento terapeutico nei setting assistenziali rivolti all'anziano con demenza.

(P. A. Bonati)

.Esiste la continuità assistenziale per il paziente geriatrico?

(A. Fabbo, M. Garulli.)

.Le Strutture Intermedie

(E. Silingardi, D. Lombardi, A. Balotta)

.Le cure domiciliari e l'assistenza domiciliare integrata (ADI).

(A. Fabbo)

.L'unità di valutazione geriatrica. (G. Gelmini)

.La gestione del dolore nella rete dei servizi. (P. Guerzoni)

.Il Centro Diurno: sostegno della domiciliarità delle persone anziane a supporto dei familiari. (A. Marino)

.Il governo clinico nelle strutture residenziali

(R. Amendolara)

.Cure palliative di fine vita- Hospice: la dignità della cura. (M.Pellati)

.Le dimissioni difficili. (C. D'Anastasio)

.La formazione al lavoro di cura con l'anziano (R. Chattat)

4. Problematiche legali (C. Volpe)

.Argomenti di bioetica

.Direttive anticipate di trattamento

5. Principi e problemi di Farmacologia geriatrica (P. Gareri, G. De Sarro)

6. L'equipaggiamento del Geriatra territoriale

(A. Giacommo)

.Lo Scenario Cardiac Syndrome geriatrica emergente

(A. Giacommo)

.Problemi nutrizionali nel paziente anziano (L. Santarpia,

F. Pasanisi)

.L'insufficienza renale cronica.(A. Corsonello, I. Laino, S. Garasto)

.Disturbi dell'equilibrio idroelettrolitico (S. Garasto, I. Laino,

A. Corsonello)

.La terapia anticoagulante orale in geriatria (B. Castaldo,

D. Castaldo, S. Putignano)

7. I disturbi cognitivi (V. Canonico)

.Mild Cognitive Impairment

.Le demenze

8. I grandi problemi (S. Marino)

.Le cadute (S. Marino)

.Le problematiche reumatologiche nel Paziente anziano (C. Manzo)

.Osteoporosi ed invecchiamento (C. Manzo)

.Le statine e l'Anziano (A. Giacommo)

.Il dolore (L. Iallonardo)

9. Le quotidianità (AM Cotroneo)

.I disturbi del sonno nell'Anziano (AM. Cotroneo)

.La disfunzione erettile nell'Anziano (A. Aversa, R. Bruzziches,

M. Natali, D. Francomano, A. Lenzi)

.La febbre (D. Grassone)

.La sincope (G. Mercadante)

10. Casi clinici (G. Cerqua)

.Talassemia (G. Cerqua, G. De Rosa)

.Ulcera vascolare? (G. Cerqua, G. De Rosa)

.Nutrizione artificiale domiciliare: età correlata? (G. Cerqua)

.Delirium, demenza ed...infarto miocardio acuto (G. Cerqua)

.Isolamento relazionale. Quale relazione con la demenza?

(C. Postiglione)

.Prepensionamento e depressione (C. Postiglione)

.Un caso di fvFTD ad esordio precoce e decorso atipico

(A. Capaso)

L'empatia: ci interessa? I significati del colloquio anamnestico

di **Teodoro Marotta** - Specialista Ambulatoriale ASL Napoli 1 e Salerno 1 - teodoro.marotta@libero.it

RIASSUNTO: All'empatia è oggi riconosciuto un ruolo rilevante nella strutturazione del rapporto tra medico e paziente. Essa è stata definita come la capacità di comprendere che cosa sta sperimentando un'altra persona dall'interno del suo sistema di riferimento, facendo in modo che essa avverta l'impegno a porsi nella sua prospettiva. Per costruire relazioni cliniche empatiche, è considerato essenziale porre a tacere commenti e ragionamenti diagnostici mentre si ascolta il paziente.

La condotta empatica facilita la raccolta delle informazioni in sede anamnestica, ponendo le premesse per una diagnosi più accurata ed una terapia migliore; inoltre, aiuta il paziente a recuperare la propria autonomia ed a partecipare alla terapia, aumentandone l'efficacia. Essa permette di costruire interazioni terapeutiche, che influenzano positivamente il recupero del paziente e risultano benefiche anche per il medico, entrando a far parte delle esperienze che danno significato alla vita. Inoltre, l'empatia rende più accettabile l'incertezza clinica e le situazioni in cui la risposta biomedica è insufficiente.

Nel raccogliere l'anamnesi, è utile adottare un approccio narrativo, consentendo al paziente di esprimersi compiutamente: in tal modo è possibile cogliere elementi altrimenti inespressi, che possono rivelarsi cruciali per la diagnosi. Si parla oggi di costruire la storia clinica, piuttosto che raccogliercela, poiché essa risulta opera di entrambi gli attori - medico e paziente - i quali vi contribuiscono ciascuno con le sue specificità, tecniche da un lato ed esperienziali dall'altro. Il colloquio clinico risulta, così, avere un triplice obiettivo: raccogliere le informazioni necessarie alla diagnosi, costruire il rapporto attraverso un ascolto empatico e fornire al paziente le nozioni utili a gestire il suo problema.

Quest'operazione richiede del tempo: dopo visite più lunghe, è più probabile che il paziente acquisti fiducia nel suo medico e, conseguentemente, sia motivato ad aderire alla terapia. Tuttavia, è stato osservato ripetutamente, in contesti diversi, che il tempo dedicato alle visite è usualmente molto breve. Un rapporto correttamente ed efficacemente impostato è la premessa migliore per giungere all'alleanza terapeutica, cioè al coinvolgimento del paziente nel perseguire obiettivi condivisi.

PAROLE CHIAVE: rapporto medico-paziente, empatia, interazioni terapeutiche, anamnesi, alleanza terapeutica.

L'empatia: senso e definizione

Trattare di empatia in un contesto medico può avere significato se essa svolge un ruolo nell'adempimento degli scopi della medicina, i quali possono essere riassunti nell'aiutare le persone a vivere di più e meglio (in altre parole, nel ridurre il numero dei decessi prematuri e migliorare la qualità di vita).

Per la loro stessa natura, questi obiettivi lasciano spazio ad un continuo miglioramento. Possiamo chiederci in quale misura oggi la medicina riesca a perseguirli. La risposta è complessa, perché varia a seconda delle diverse parti del mondo e delle patologie che si prendono in considerazione; inoltre, quando si nota una variazione della mortalità o della morbilità relative ad una malattia nel tempo, occorre distinguere il ruolo causale delle mutate condizioni di vita di quella popolazione da quello attribuibile stricto sensu alla medicina. Consideriamo, a titolo di esempio, l'impatto della terapia sui danni provocati dall'ipertensione arteriosa, che è forse la malattia più dif-

fusa (la sua prevalenza aumenta con l'età, fino ad interessare più del 50% delle persone oltre 60 anni) (1) ed è responsabile di una quota rilevante della mortalità e morbilità totale. Le evidenze disponibili sull'efficacia della terapia antiipertensiva nel ridurre la morbilità e la mortalità legate all'ipertensione arteriosa sono molto ampie (2-3). Tuttavia, qual è l'effetto dell'intervento terapeutico nella popolazione reale, al di fuori degli studi clinici controllati? Se osserviamo la frazione di pazienti la cui ipertensione è ben controllata nei diversi Paesi del mondo, giungiamo a conclusioni ben diverse da quelle che farebbero sperare i grandi studi d'intervento: secondo i dati del progetto MONICA, la quota di ipertesi la cui pressione arteriosa è ridotta al di sotto dei 140/90 mm Hg è minore del 25% in tutti i Paesi considerati, e nella maggior parte di essi si discosta notevolmente da tale valore. Anche considerando solo gli ipertesi trattati, la percentuale di successo terapeutico è scarsa, poiché di rado raggiunge il 30% tra gli uomini ed il 50% tra le donne (4) (Fig. 1). Se ne deduce che il potenziale della terapia antiipertensiva per ridurre la mortalità e la disabilità (cioè, per perseguire gli scopi principali della medicina) è ben poco utilizzato e, quindi, i vantaggi per le centinaia di milioni di ipertesi presenti nel mondo sono di gran lunga minori di quanto si potrebbe ottenere. Ed infatti si stima che, nonostante l'efficacia comprovata delle terapie disponibili, per l'anno 2001 siano attribuibili globalmente all'ipertensione arteriosa 7.600.000 decessi (13,5% della mortalità totale) e 92.000.000 di anni di vita con disabilità (6,0% del totale) (5).

Ci si può chiedere quali siano le ragioni della discrepanza tra l'efficacia degli strumenti a nostra disposizione per la terapia ed un esito così deludente. Tra i vari elementi che possono condurre all'insuccesso terapeutico, il settimo rapporto del Joint National Committee statunitense sulla prevenzione, il rilevamento, la valutazione ed il trattamento dell'ipertensione arteriosa (JNC7) (6) ne sottolinea due, che sono validi per molti campi della medicina, se non per tutti: l'inerzia clinica, cioè il non perseguire con la dovuta energia gli obiettivi che l'evidenza disponibile rivela come necessari, e la mancata motivazione dei pazienti. Gli autori del rapporto partono dalla considerazione che anche la terapia più efficace, prescritta dal miglior medico, produrrà i suoi effetti solo se il paziente è motivato a seguire le prescrizioni in termini di assunzione di farmaci e di adeguamento delle abitudini di vita. La motivazione migliora se il paziente nutre fiducia nel proprio medico e fa un'esperienza positiva del rapporto con lui: l'empatia "costruisce la fiducia ed è un potente elemento di motivazione".

Ma che cos'è l'empatia? Essa è stata definita come "la capacità di comprendere che cosa sta sperimentando un'altra persona dall'interno del suo sistema di riferimento: in altre parole, la capacità di mettersi nei panni dell'altro" (7), facendo sì che il paziente percepisca tale impegno (8). Allo stesso tempo, il medico dovrebbe evitare un coinvolgimento emotivo troppo intenso, che risulterebbe usurante e disturberebbe l'obiettività necessaria all'esercizio della sua attività (9).

Molteplici sono le conseguenze della condotta empatica: anzitutto, essa rende i pazienti più propensi a comunicare sintomi e problemi, ponendo le premesse per una diagnosi più accurata ed una terapia migliore; inoltre, aiuta il paziente a recuperare la propria autonomia ed a partecipare alla terapia, aumentandone l'efficacia; infine, apre la strada all'instaurarsi di "interazioni terapeutiche", che si rivelano tali

sia per il paziente (10), sia per il medico, perché capaci di rispondere all'esigenza, comune a tutti noi in quanto uomini, di rapporti e di esperienze che diano significato alla vita (11). Queste interazioni rendono più accettabile anche l'incertezza clinica, che rimane inevitabile in medicina, e le situazioni in cui la risposta biomedica è insufficiente (12).

L'anamnesi: solo raccolta dati?

Nel raccogliere l'anamnesi, avviene spesso che il medico a trascuri la prospettiva del paziente ed adotti un approccio prevalentemente "euristico", mirato ad identificare in ciò che ascolta segni e sintomi che gli consentano di inquadrare il caso secondo criteri classificativi pre-stabiliti (13). Tuttavia, un tale paradigma comunicativo viene oggi considerato insufficiente. In uno studio realizzato in ambulatori di Medicina Generale, infatti, è stato osservato che il 54% dei problemi ed il 45% delle preoccupazioni dei pazienti non erano rivelati durante la visita, né i medici facevano in modo che ciò avvenisse (14). Affinché il colloquio anamnestico sia fruttuoso, occorre fare spazio al paziente e mettere insieme i brani di storia, spesso interrotti e talora contraddittori, che egli racconta. Questo approccio "narrativo" (15) consente di cogliere elementi altrimenti inespressi (16), apprezzabili solo tenendo conto della prospettiva dalla quale il paziente vive la propria condizione, che possono rivelarsi cruciali per la diagnosi.

E' stata suggerita una strategia in quattro tempi per costruire relazioni empatiche con i pazienti (17):

1. Stabilire il rapporto: esso dipende dal rispetto e dall'interesse reciproci, che devono essere manifestati da entrambi gli interlocutori. A tale scopo occorre lasciar parlare il paziente, saper riconoscere le sue emozioni ed aiutarlo a renderle esplicite.
2. Far tacere dentro di sé commenti, critiche e ragionamenti diagnostici mentre il paziente parla. Solo dopo sarà opportuno procedere a chiarire i punti oscuri del racconto ed a verificare le ipotesi cliniche.
3. Mirare ad attingere i processi inconsci del paziente: ciò aiuterà a comprendere che cosa si cela dietro alle sue parole ed ai suoi silenzi ed a porre correttamente le domande volte a chiarire la diagnosi.
4. Comunicare al paziente che lo abbiamo capito e lo accettiamo incondizionatamente. E' qui che il processo empatico raggiunge il suo culmine e può cominciare a stabilirsi un rapporto profondo.

Di particolare rilievo è il secondo di questi quattro punti. Noi medici siamo più abituati a parlare che ad ascoltare, eppure occorre anche, in certa misura, saper tacere esteriormente ed interiormente, per fare spazio a ciò che il paziente intende comunicare di sé e della sua esperienza di malattia. Occorre la fatica di "accantonare" temporaneamente il nostro sapere medico, o meglio la parte tecnica di esso, che potrebbe costituire un ingombro verso una comunicazione piena. Nessun interlocutore, con il suo mondo esperienziale, può trovare spazio dentro di noi, se la nostra mente è occupata da nozioni, ipotesi e schemi. L'ascolto empatico richiede di essere liberi da ciò che abbiamo dentro: solo così si costruisce efficacemente un rapporto. E' questa una regola di vita generale (18), pienamente applicabile anche alla nostra professione. Attuandola, si sperimenta che l'"arte dell'ascolto" non comporta affatto una diminuzione del nostro ruolo, ma che, al contrario, saperla esercitare integra ed estende la professionalità e permette di raccogliere frutti altrimenti inaccessibili.

Con un rapporto impostato così, il paziente percepisce il medico non più come distante, ma prossimo. Tale percezione non è indifferente per chi vive l'esperienza della malattia. In uno studio condotto negli Stati Uniti su 214 pazienti afferenti a 29 medici di assistenza primaria, è stato osservato che la percezione da parte del paziente di un'affinità personale col medico (a differenza dell'affinità etnica, di età o di sesso), predice il grado di soddisfazione, di fiducia e la volontà di aderire alla terapia. Tale percezione è a sua volta influenzata dalla misura in cui la comunicazione del medico è centrata sul paziente (19). Quando qualcuno narra la propria storia, è influenzato dall'ascoltatore: l'attenzione e la risposta di quest'ultimo, espressa attraverso la mimica ed i gesti, modificano la modalità ed il contenuto della narrazione. Contemporaneamente, chi ascolta interpreta il racconto se-

condo il suo patrimonio di esperienza e reagisce di conseguenza (20). Il medico raccoglie la storia di un malessere concreto, la informa delle proprie nozioni scientifiche, la reinterpretata alla luce di esse, la riformula come storia clinica ed infine la restituisce al paziente come ipotesi diagnostica (21). Si parla, perciò, di costruire la storia clinica, piuttosto che raccoglierla, poiché essa risulta opera di entrambi gli attori, i quali vi contribuiscono ciascuno con le sue specificità, esperienziali da un lato e tecniche dall'altro (13).

Ecco definiti, allora, i tre obiettivi del colloquio tra medico e paziente (22):

1. raccogliere le informazioni necessarie;
2. costruire il rapporto attraverso un ascolto empatico (7)
3. fornire al paziente le nozioni utili a gestire il suo problema.

Il valore del tempo

Questa operazione, naturalmente, richiede del tempo, che spesso, nelle nostre ordinarie condizioni di lavoro, scarseggia, o noi stessi non siamo disposti a concedere. Uno studio eseguito in Germania intervistando 617 pazienti affette da carcinoma della mammella, ha evidenziato che la durata mediana della visita nella quale veniva comunicata la diagnosi era di 15 minuti; alla domanda su che cosa suggerissero di migliorare nell'assistenza, il 51% delle pazienti rispondeva che i medici dovrebbero dedicare più tempo a dare spiegazioni (23). Negli ambulatori di Medicina Generale, i ritmi possono essere ancora più sostenuti: presso 112 Medici di famiglia di Madrid, la durata media delle oltre 3500 visite registrate era di 7,8 minuti (24). È stato inoltre osservato, esaminando registrazioni di colloqui clinici, che il paziente viene interrotto in media dopo appena 18 (25) o 23 secondi (16).

Eppure, è notevole il vantaggio di incoraggiare il paziente ad esprimere il contesto psicosociale nel quale sono inseriti i suoi sintomi (26). Il tempo dedicato a ciascun paziente contribuisce, tra l'altro, a determinare la fiducia che egli ripone nel proprio medico. In uno studio statunitense, eseguito su 100 medici di Medicina Generale, è stato osservato che la fiducia nutrita per essi dai loro pazienti era correlata positivamente con la durata delle visite; inoltre, era maggiore se il medico si sforzava di comprendere l'esperienza che i pazienti avevano della malattia (27).

È anche possibile che se il medico è troppo frettoloso, il paziente consideri l'ipotesi di abbandonarlo: in uno studio condotto su 2052 pazienti di tre diverse aree metropolitane negli Stati Uniti, l'idea di cambiare il proprio medico di Medicina Generale o ginecologo era legata a tre fattori: la scarsità di informazioni fornite dal medico (odds ratio [OR] = 4,0; intervallo di confidenza al 95% [IC] = 2,4-6,6); il poco tempo da lui dedicato a rispondere alle domande (OR = 3,3; IC = 2,2 - 5,2); l'insufficiente comprensibilità delle sue risposte (OR = 2,0; IC = 1,3-3,0) (28).

Inoltre, è stato osservato che se il tempo della visita è troppo breve, è più difficile per il medico risolvere i propri dubbi diagnostici o terapeutici. Nello studio di Madrid citato sopra, di tutte le domande che i medici si erano posti nel corso delle visite, ben il 78% era lasciato inavuto e solo il 9,6% trovava risposta in presenza del paziente (24). Occorre considerare, tuttavia, che non sempre noi medici siamo liberi di dedicare ai nostri pazienti il tempo che riterremmo necessario, poiché siamo legati a quanto ci viene richiesto dalle strutture per le quali lavoriamo. Questa difficoltà è ormai universale. Di 816 cardiologi di Buenos Aires, i due terzi ritenevano adeguata per le proprie visite una durata di 20-30 minuti, ma le aziende sanitarie ne lasciavano a loro disposizione solo la metà; quasi tutti gli intervistati pensavano che ciò costituisse una violazione dei principi etici da parte dell'azienda ed i tre quarti di loro avvertivano di infrangere essi stessi l'etica professionale nell'aderire a tali disposizioni (29). Qui in Italia, l'Accordo Collettivo Nazionale degli Specialisti Ambulatoriali prevede che le prestazioni non debbano durare "meno" di 15 minuti; tuttavia, presso molte ASL questa norma viene interpretata nel senso che viene programmata una visita ogni quarto d'ora, con la conseguenza di rendere l'attività degli specialisti meno accurata, di

ridurre la fiducia che i pazienti nutrono in loro e, quindi, l'aderenza alla terapia ed i vantaggi di essa: in una parola, si disattendono i fini istituzionali di un'Azienda Sanitaria.

Investire nel rapporto: quali esiti concreti?

Un rapporto correttamente ed efficacemente impostato nel colloquio anamnestico è la premessa migliore per giungere all'alleanza terapeutica, cioè al coinvolgimento del paziente (ed eventualmente della sua famiglia) nel perseguire obiettivi condivisi. Cercare di stabilire un rapporto qualitativamente valido in vista di tale alleanza comporta dei costi professionali: occorre impegnarsi più a fondo con ciascun paziente, studiare per acquisire le abilità necessarie, dedicare a ciò tempo ed energie. Ci si può chiedere se ne valga la pena, se tutto ciò produca un vantaggio in termini di risultati terapeutici, oltre quelli già considerati riguardanti il livello di fiducia del paziente, la soddisfazione sua e del medico e l'intenzione di aderire alla terapia.

Numerosi studi clinici si sono proposti di rispondere a questa domanda ed esistono sull'argomento alcune revisioni della letteratura, che sono prese in esame nell'articolo successivo (30). Qui cito solo un'osservazione personale recente, lo studio ICON (31), nel quale abbiamo valutato l'efficacia in termini di prevenzione cardiovascolare di un approccio basato sul rapporto empatico nei confronti di pazienti anziani con basso livello d'istruzione e lavorativo, afferenti a due ambulatori di Medicina Interna del Servizio Sanitario Nazionale situati in rioni popolari della città di Napoli. L'età avanzata ed il basso livello socioculturale sono fattori notoriamente associati ad una scarsa adesione alla terapia. Sono state adottate le misure suggerite dal JNC7 per fornire ai pazienti un rinforzo empatico (6). In particolare: è stato dimostrato interesse per le loro necessità e preoccupazioni; i progressi compiuti in termini di modifiche delle abitudini di vita ed i miglioramenti clinici ottenuti sono stati sottolineati in maniera gratificante; è stato verificato che le indicazioni date venissero comprese adeguatamente; in caso di scarsa risposta terapeutica, gli appuntamenti sono stati ravvicinati; le problematiche incontrate nell'aderire alle misure farmacologiche e non farmacologiche sono state ripetutamente esaminate; le indicazioni riguardanti la dieta e le abitudini di vita sono state rinforzate ad ogni visita, suggerendo rimedi per superare le difficoltà. E soprattutto, ci si è impegnati a praticare l'ascolto empatico, secondo i principi enunciati sopra. Ciò ha condotto alla diagnosi di numerose condizioni morbose misconosciute (462 su 503 pazienti, di cui 283 riguardanti fattori di rischio cardiovascolare o segni di danno d'organo) ed al miglioramento significativo del profilo di rischio durante il periodo d'osservazione (Fig. 2).

Conclusioni

Da quanto esposto si può concludere che un'assistenza di buona qualità richiede non solo la prescrizione di un trattamento efficace, ma anche una buona comunicazione e lo sviluppo della fiducia, che è favorito dall'empatia (32).

L'aforisma secondo il quale "non esiste la malattia, ma il malato" esprime una realtà evidente, poiché ciascuno fa un'esperienza unica dello "star male". Per assicurargli gli indubbi benefici della medicina moderna, è certamente nostro dovere di medici estrarre dalla narrazione del paziente ciò che lo accomuna agli altri, inquadrandolo come un "caso clinico"; tuttavia, se facciamo solo questo, lo disumanizziamo, non lo trattiamo come persona e, invece di aiutarlo, possiamo in realtà aumentare la sua sofferenza (33). Nostro compito è apprezzare l'unicità e l'irripetibilità della persona che ci sta di fronte (34), senza spostare il fuoco dell'indagine clinica dagli aspetti ripetibili e biologici della malattia.

Unicità e riproducibilità: due poli apparentemente opposti, ma integrabili da un rapporto correttamente impostato tra curante e paziente. Sono i due poli tra i quali si muove la medicina: disciplina singolare, a cavallo tra le Scienze umane e quelle positive (15), perché più di ogni altra ha a che fare contemporaneamente con il mondo fisico e con quelli psicologico, sociale e spirituale. Chi la esercita deve neces-

sariamente usare il rigore logico del metodo matematico-statistico e la duttilità, la capacità d'introspezione e d'immedesimazione che solo le scienze umane ed una profonda interiorità aiutano a sviluppare.

A contatto col paziente, noi medici abbiamo il compito di integrare la nostra personale esperienza clinica e la nostra sensibilità umana con la più solida evidenza scientifica disponibile (35). La medicina si rivela, così, contemporaneamente una Scienza ed un'Arte (20). Qui, forse, risiede il fascino di una professione che sempre più si va confermando essere pienamente se stessa solo se orientata all'uomo.

Bibliografia

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217-223.
2. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration; Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000; 356: 1955-1964.
3. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration; Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, Bulpitt C, Chalmers J, Fagard R, Gleason A, Heritier S, Li N, Perkovic V, Woodward M, MacMahon S. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2008;336:1121-1128.
4. Antikainen RL, Moltchanov VA, Chukwuma C Sr, Kuulasmaa KA, Marques-Vidal PM, Sans S, Wilhelmsen L, Tuomilehto JO, for the WHO MONICA Project. Trends in the prevalence, awareness, treatment and control of hypertension: the WHO MONICA Project. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13, 13-29.
5. Lawes CMM, Vander Hoorn S, Rodgers A, for the International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513-1518.
6. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003; 42: 1206-1252.
7. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA* 1991; 266: 1831-1832.
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1563-1569.
9. Bolognini S. Empathy and "empathism". *Int J Psychoanal* 1997; 78: 279-293.
10. Halpern J. From detached concern to empathy: humanizing medical practice. Oxford University Press, New York 2001.
11. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 1100-1106.
12. Suchman AL, Matthews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-130.
13. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med* 2003; 26: 1131-1132.
14. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-1433.
15. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet* 2000; 356: 2086-2089.
16. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-287.
17. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "connections": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationship. *Ann Intern Med* 1993; 118: 973-977.
18. Lubich C. La dottrina spirituale. Città Nuova, Roma 2006, p. 474.
19. Street RL Jr, O'Malley KJ, Cooper LA, Haidet P. Understanding concordance in patient-physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Ann Fam Med* 2008; 6: 198-205.
20. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. In: *Narrative Based Medicine*, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998 (pp. 247-265).
21. Jones AH. Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet* 1997; 349: 1243-1246.
22. Barrier PA, Li JT, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 211-214.
23. Oskay-Ozcelik G, Lehmacher W, Konsgen D, Christ H, Kaufmann M, Lichtenegger W, Bamberg M, Wallwiener D, Overkamp F, Diedrich K, von Minckwitz G, Hoffken K, Seiber S, Mirz R, Sehoul J. Breast cancer patients' expectations in respect of the physician-patient relationship and treatment management. Results of a survey of 617 patients. *Ann Oncol* 2007;18: 479-84.
24. González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, Hernández-Fernández T. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2007; 5: 345-352.
25. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.
26. Heath I. Following the story: continuity of care in general practice. In: *Narrative Based Medicine*, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998 (pp. 83-92).
27. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004; 42: 1049-1055.
28. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17: 29-39.
29. Doval HC, Borracci RA, Darú VD, Giorgi MA, Samarelli M. Perception of consultation length in cardiology and its ethical implications. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24: 31-35.
30. Manzo C. L'alleanza terapeutica: ne vale la pena? Che cosa cambia negli esiti clinici. *Geriatrics Extraospedaliere* 2009; ...
31. Marotta T, Viola S, Ferrara F, Ferrara LA. Improvement of cardiovascular risk profile in an elderly population of low social level: the ICON (Improving Cardiovascular risk profile in Older Neapolitans) study. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 76-85.
32. Neuwirth ZE. Physician empathy - Should we care? *Lancet* 1997; 350: 606.
33. Brody H. Foreword. In: *Narrative Based Medicine*, a cura di T. Greenhalgh e B. Hurwitz, BMJ Books, London 1998 (pp. xiii-xv).
34. Lubich C. Una via nuova: la spiritualità dell'unità. Città Nuova, Roma 2002, pp. 97-112.
35. Sackett DL et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996; 312: 71-72.
36. Executive summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.

DIABETE E DISABILITA': studio osservazionale sul recupero funzionale nei pazienti in assistenza domiciliare integrata

di *Cataldo Maria Concetta, Calcara Maria Luisa, Caputo Giuseppe**, Salerno Vincenzo, Licari Maria Ivana, Rizzo Giovanna, Pirrotta Silvia - U.O. UVG e ADI Distretto 10 ASP6 Palermo, Lima Vincenzo - Direttore Distretto 10 ASP6 Palermo, Mammìna Caterina - ¹ Dipartimento di Scienze per la Promozione della salute "G. D'Alessandro" Università degli studi di Palermo, Oddo Gioacchino - Direttore del Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria ASP6 Palermo

RIASSUNTO: La gestione sanitaria e sociale del paziente anziano diabetico è un problema con un impatto di rilevanza crescente sui costi di assistenza. Il diabete mellito frequentemente associato ad altre patologie croniche, figura tra i maggiori fattori di rischio di disabilità fisica nel paziente anziano.

Scopo dello studio è stato quello di valutare la prevalenza della malattia diabetica tra i nostri pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata dall'U.O. UVG e ADI del Distretto 10 dopo un evento acuto disabilitante di tipo neurologico o ortopedico (ictus o frattura) e studiarne l'eventuale associazione con un grado maggiore di disabilità nelle ADL/IADL, mettendo a confronto i pazienti diabetici con quelli non affetti da questa patologia.

Lo studio ha evidenziato che i pazienti diabetici soprattutto quelli con problemi ortopedici, ed in particolar modo le donne, hanno presentato maggiori difficoltà nel realizzare un recupero funzionale.

Parole chiave: diabete, riabilitazione, assistenza domiciliare, disabilità

INTRODUZIONE

Il diabete mellito è una malattia ad elevata diffusione in tutto il mondo e la sua prevalenza ed incidenza sono in continua crescita anche nei Paesi in via di sviluppo. (1) È stato già dimostrato che nei Paesi occidentali l'avanzare dell'età si associa spesso con un aumento di incidenza della malattia e la forma più frequente di diabete mellito nella popolazione anziana è quella non insulino-dipendente, cioè la forma determinata da una riduzione della secrezione insulinica associata ad un aumento delle resistenze periferiche. (2) La gestione sanitaria e sociale del paziente anziano diabetico è, dunque, un problema con un impatto di rilevanza crescente sui costi di assistenza per cui assume grande rilievo studiare le misure in grado di controllare e minimizzare la disabilità che la malattia stessa procura. (3) Le Linee Guida internazionali recenti sottolineano l'importanza di un trattamento farmacologico specificamente adattato al paziente anziano. Di fatto, tuttavia, non vi sono sufficienti studi di intervento su larga scala sugli anziani diabetici e mancano prove sostanziali del vantaggio derivante dal controllo glicemico e lipidico nel garantire una buona qualità di vita al paziente evitando per quanto possibile le complicanze invalidanti che la malattia diabetica determina.

Nel soggetto anziano, assistiamo ad un progressivo rimodellamento della composizione corporea con una riduzione della massa magra che è quella metabolicamente attiva e un aumento assoluto e relativo del tessuto adiposo. Questo fatto determina una situazione sfavorevole dal punto di vista metabolico predisponendo ad una alterazione dell'omeostasi glicemica.

Gli effetti multistemici propri del dismetabolismo glucidico e le altre alterazioni metaboliche ad esso correlate, interagiscono in modo probabilmente sinergico, con le modificazioni fisiopatologiche proprie del processo d'invecchiamento. L'interazione tra questi due fattori nel soggetto anziano rappresenta il substrato per lo sviluppo di tipiche sindromi geriatriche quali i disturbi della funzione cognitiva e affettiva, il declino funzionale fisico, l'elevato rischio di cadute e fratture, tutte condizioni che rappresentano alcuni dei problemi più allarmanti e pressanti, anche in termini di salute pubblica, della medicina geriatrica. (4) Vi sono sempre più chiare evidenze di come il diabete sia associato a riduzione delle performance psicofisiche e disabilità, conducendo così a forme di handicap nella popolazione anziana. (5) (6) La disabilità è una condizione eterogenea non solo in termini di gravità ma anche di modalità di esordio e progressione. La disabilità da noi analizzata in relazione alla malattia diabetica è quella che si sviluppa in maniera rapida come conseguenza di un evento morboso acuto. La sua comparsa negli anziani è sempre un evento grave in quanto si associa ad un peggioramento dello stato di salute, determinando uno scadimento della qualità di vita ed una ulteriore riduzione dell'autonomia e dell'autosufficienza. (7)

SCOPO

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prevalenza della malattia diabetica tra i nostri pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata dopo ictus o frattura e studiarne l'eventuale associazione con un grado maggiore di disabilità nelle ADL/IADL, confrontando i pazienti diabetici con quelli non affetti da questa patologia.

MATERIALI E METODI

Nel nostro lavoro sono stati esaminati i dati epidemiologici relativi a 337 pazienti consecutivamente trattati dal 2006 al 2009 in assistenza domiciliare per esiti di ictus e fratture del femore dal dall'Unità Operativa di Valutazione geriatrica e A.D.I. del Distretto 10.

I pazienti sono stati stratificati in due gruppi: 99, di cui 51 con postumi di fratture (15 maschi e 36 femmine) e 48 con postumi di ictus cerebrale (21 maschi e 27 femmine) affetti da diabete mellito, e 239 pazienti di cui 82 con postumi di ictus (35 maschi e 47 femmine) e 157 con postumi di fratture (37 maschi e 120 femmine) che non presentavano tale patologia. I pazienti, al momento della presa in carico, sono stati sottoposti a valutazione multidimensionale da parte della Unità Valutativa Geriatrica (UVG) distrettuale. La valutazione multidimensionale è stata fatta utilizzando la cartella SVAMA. La valutazione dello stato cognitivo è stata effettuata con l'SPQM, la valutazione dell'attività di base della vita quotidiana e della mobilità con l'Indice di Barthel-attività di base e l'Indice di Barthel-mobilità. La valutazione dell'Indice di Barthel sia relativa all'attività di base che alla mobilità è stata ripetuta al momento della dimissione.

Sulla base di quest'approccio metodologico, quindi, ciascun assistito è stato configurato da una serie di parametri ed, in particolare, dai seguenti: condizioni iniziali, interventi previsti ed effettuati, risultati attesi, risultati ottenuti.

L'analisi dei dati è stata effettuata con il software EpiInfo v. 6.0 (CDC, Atlanta, GA, USA). L'analisi descrittiva è stata effettuata con il calcolo delle medie di posizione e delle frequenze. La significatività delle differenze riscontrate è stata valutata con il test ANOVA ad una via o Kruskal-Wallis, quando indicato, o del chi quadrato, rispettivamente. L'esito del trattamento è stato definito come la differenza percentuale tra il punteggio prima e dopo il trattamento sulle scale di Barthel-attività di base e Barthel mobilità. La significatività delle differenze riscontrate è stata valutata con il test ANOVA ad una via o Kruskal-Wallis, quando indicato.

RISULTATI

Sono stati valutati i dati relativi a 337 pazienti, di cui 229 di genere femminile e 108 maschile. L'età mediana è risultata pari a 72,5 anni (range interquartile, RIQ, 66,0-82,5) per le donne e 80,0 anni (RIQ 75,0-86,5) per gli uomini, $P < 0,001$.

99 soggetti, di cui 63 donne (63,6%) e 36 uomini (36,4%), erano affetti da diabete, mentre 239, di cui, rispettivamente, 167 donne (69,9%) e 72 uomini (30,1%), non erano affetti da tale patologia. Nel gruppo di soggetti in studio nessuna associazione statisticamente significativa è stata messa in evidenza tra genere e presenza di diabete ($P = 0,13$). Nessuna associazione è stata documentata, inoltre, tra età e diabete: i soggetti affetti da questa patologia avevano, infatti, un'età mediana pari a 77,0 anni (RIQ = 71,0-82,0), mentre i soggetti non diabetici un'età mediana di 80,0 anni (RIQ=72,0-86,0), $P = 0,41$.

227 pazienti (67,2%) sono stati classificati come ipertesi e questa condizione ha mostrato, come ampiamente atteso, un'associazione statisticamente significativa con il diabete: infatti, i soggetti diabetici sono apparsi ipertesi nel 77,8% dei casi vs. il 62,8% di ipertesi tra i soggetti non affetti da diabete, $P = 0,003$.

Tra i pazienti in studio, 134 soggetti presentavano postumi di fratture e 202 di ictus cerebrale. Una frequenza significativamente più elevata di fratture è risultata presente nel genere femminile ($F = 65,8\%$ vs $M =$

48,1%) e, alternativamente, i postumi di ictus erano significativamente associati al genere maschile ($M = 51,9\%$ vs. $34,2\%$), $P = 0,001$.

Nel confronto con i soggetti non affetti da diabete, quest'ultimo ha mostrato un'associazione significativamente più frequente con le condizioni neurologiche post-ictus rispetto ai postumi di fratture: nei soggetti diabetici, infatti, postumi neurologici di ictus erano presenti nel 48,5% dei casi vs 36,3% nei pazienti non diabetici ed, al contrario, i postumi di fratture si riscontravano nel 51,5% dei pazienti diabetici vs 63,7% nei pazienti non diabetici, $P = 0,02$.

L'SPQM ha mostrato un valore medio di 3,46, DS 3,48. Una differenza statisticamente significativa è apparsa evidente tra gli individui appartenenti al genere maschile – media 3,17, DS 3,22 – e femminile – media 4,33, DS 3,55, $P = 0,004$. Analogamente, una differenza altamente significativa da un punto di vista statistico è stata riscontrata tra i soggetti affetti da postumi di fratture e quelli con esiti neurologici: l'SPQM ha mostrato nel primo caso un valore medio di 3,40, DS 3,21, mentre nel secondo caso di 4,82, DS 3,71, $P = 0,0002$.

Dal momento che i due gruppi di pazienti di genere femminile e maschile mostravano condizioni non sovrapponibili da un punto di vista anagrafico, anamnestico e clinico, l'esito del processo riabilitativo e le sue possibili associazioni con il diabete sono stati valutati separatamente.

Come si può osservare dalle Tab. I e II, l'esito del processo riabilitativo misurato con la valutazione degli indici di Barthel pre- e post-trattamento, risente negativamente della presenza del diabete. In particolare, un'efficacia del trattamento minore associata in misura statisticamente significativa al diabete è stata dimostrata dagli indici di Barthel-mobilità ottenuti nelle pazienti appartenenti al genere femminile.

Anche tra i pazienti diabetici, rispettivamente con postumi neurologici o di fratture, i pazienti appartenenti ai due generi si sono comportati in maniera diversa relativamente all'esito del trattamento riabilitativo (Tab. III e IV). Pur essendo presente una tendenza generale all'associazione tra recuperi post-trattamento meno soddisfacenti e postumi sia neurologici post-ictus che di fratture nei pazienti diabetici di entrambi i generi, l'unica differenza statisticamente significativa è risultata quella tra indici di Barthel mobilità pre- e post- nelle donne diabetiche con esiti di fratture (Tab. IV).

DISCUSSIONE

Nel soggetto anziano lo stato funzionale e il livello di disabilità fisica sono considerati fondamentali indicatori dello stato globale di salute.⁽⁸⁾ Per valutare il miglioramento delle condizioni globali dell'anziano dopo il trattamento abbiamo utilizzato la differenza degli indici di Barthel funzionale e Barthel mobilità pre e post trattamento.

L'analisi dei dati ha evidenziato che in generale i soggetti con diabete mellito ottengono un minore recupero a prescindere dalla patologia di base ortopedica o neurologica. Tuttavia l'analisi della differenza percentuale di miglioramento secondo la patologia di base mostra che la presenza di diabete nei pazienti con postumi di ictus incide nel recupero in maniera minore ed in particolare per quanto riguarda la Barthel mobilità nelle donne non vi è alcuna differenza di recupero tra diabetiche e non. Tab. IV. Al contrario, una incidenza significativa del diabete si è manifestata nel recupero di soggetti affetti da postumi di fratture e soprattutto nel Barthel mobilità delle donne dove la differenza percentuale di miglioramento è la più inficiata dalla presenza della malattia diabetica. Questo dato potrebbe probabilmente essere associato alle complicanze a lungo termine legate alla malattia diabetica oltre che alla terapia ad essa connessa.⁽⁹⁾ Alcuni studi hanno evidenziato che alcuni farmaci utilizzati per la terapia hanno un effetto inibitorio sui processi legati alla formazione dell'osso (ad esempio il rosiglitazone).⁽¹⁰⁾

Il nostro studio osservazionale ha confermato l'associazione tra i due fenomeni (diabete e disabilità), dal momento che il diabete preesisteva all'evento acuto ed il periodo di riabilitazione ha previsto una valutazione prospettica. Studi longitudinali hanno, d'altra parte, evidenziato una relazione causale e temporale tra la presenza della malattia diabetica e lo sviluppo di disabilità.

Il meccanismo patogenetico che lega il diabete alla comparsa di disabilità è molto probabilmente multifatoriale e l'identificazione di questi meccanismi è importante per poter instaurare adeguate strategie preventive ed interventi terapeutici e riabilitativi efficaci. L'etiopatogenesi di questa correlazione è ancora oggetto di studio. Il grado di insulino resistenza può essere il fattore che interagisce negativamente sul turnover metabolico dell'osso favorendo l'aspetto catabolico piuttosto che quello anabolico, inoltre la scarsa mobilità del soggetto anziano peggiora sia l'aspetto glicometabolico che quello fisico dell'osso stesso. Alcuni Autori ritengono inoltre che il *primum movens* sia dato dall'aumentata stimolazione dei fibro-

blasti da parte dell'insulina e delle somatomedine con conseguente fibrosi, clinicamente evidente a carico delle strutture articolari e periarticolari.

Altri Autori individuano invece il processo iniziale nella glicosilazione non enzimatica di strutture proteiche del collagene. A tutto ciò vanno aggiunte le condizioni extra-reumatologiche *sensu lato*, come la microangiopatia e la compromissione della sensibilità dolorifica.

I dati emersi nel nostro studio hanno evidenziato comunque che un valore glicemico alterato può interferire con le capacità di recupero in pazienti che hanno disturbi della motilità determinando una riduzione delle performance psicofisiche e una disabilità cronica che possono condurre a diversi livelli di handicap. Tutto ciò con modifiche dell'autosufficienza e della qualità di vita dei pazienti.

In generale la presenza di una disabilità e la perdita dell'autonomia funzionale è fortemente influenzata sia dal numero che dalla gravità delle comorbosità che i pazienti presentano. Già nel Framingham Cohort Study il diabete è stato indicato come causa di limitazione funzionale nelle persone anziane⁽¹¹⁾, e l'Health and Retirement Survey ha identificato il diabete come un fattore predittivo del mancato recupero da una disabilità motoria.⁽¹²⁾ In particolare, nello studio americano Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III:3.475 F, 3.113 M età ≥ 60 anni) i soggetti affetti da diabete avevano una probabilità quasi doppia di non riuscire a camminare autonomamente per 400 metri rispetto ai non diabetici.

I pazienti che abbiamo osservato nel nostro studio, presi in assistenza dopo un evento acuto, sono in seguito a questo, caratterizzati tutti da una notevole limitazione delle performance motorie e coerentemente con quanto su esposto, soprattutto nelle pazienti di sesso femminile confrontate alle non diabetiche, è emersa una maggiore difficoltà nel recupero funzionale. Tuttavia in seguito al trattamento riabilitativo domiciliare si è assistito comunque ad un recupero, fatto importante per la qualità di vita dei pazienti, dimostrando l'efficacia dei programmi di assistenza domiciliare sia dal punto di vista del recupero funzionale che della mobilità. Per i pazienti diabetici la maggiore difficoltà nella mobilità potrebbe tradursi successivamente in un maggiore rischio di perdita dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana. Pertanto andrebbe effettuato uno studio longitudinale prospettico volto a valutare specifici percorsi riabilitativi terapeutici da destinare ai pazienti anziani diabetici.

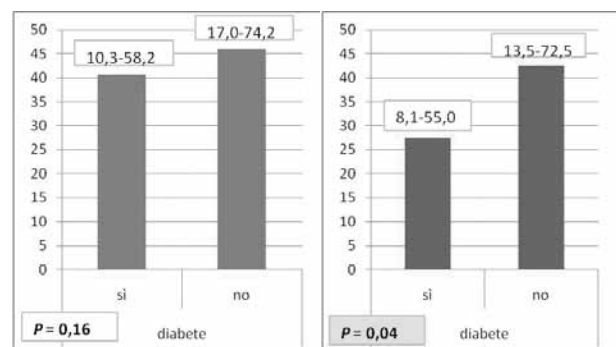
CONCLUSIONE

Il diabete mellito frequentemente associato ad altre patologie croniche, figura tra i fattori di rischio di disabilità fisica nel paziente anziano.

Tra i nostri pazienti in assistenza i diabetici, ed in particolar modo le donne, hanno avuto maggiori difficoltà nel realizzare un recupero funzionale dopo un evento acuto disabilitante di tipo neurologico, ma soprattutto ortopedico. Per efficacemente contrastare questa tendenza abbiamo individuato alcune strategie riabilitative:

di attuare una procedura fatta da esercizi personalizzati da effettuare autonomamente dallo stesso paziente che viene addestrato e seguito dal terapeuta della riabilitazione durante la fase di assistenza riabilitativa domiciliare; in questa fase sarà opportuno prestare una particolare attenzione alle donne diabetiche con postumi di frattura che si sono rivelate un gruppo con particolare criticità. Sarà interessante valutare se questa modulazione dell'intervento ridurrà o manterrà inalterato il gap di differenza nei risultati con le pazienti senza disabilità di tipo ortopedico.

di inserire i pazienti diabetici in un programma di continuità assistenziale che preveda la prosecuzione dell'attività riabilitativa o la programmazione di un'attività fisica adattata secondo le condizioni fisiche dei pazienti stessi.



Tab. I Mediana delle differenze percentuali ottenute con gli indici di Barthel (a sinistra) e Barthel mobilità (a destra) in soggetti di genere femminile con e senza diabete (nei riquadri i rispettivi range interquartili).

Bibliografia

- 1) Annali AMD 2008. Roma: Associazione Medici Diabetologi Italiani 2008
- 2) Clinical Guidelines for Type 2 Diabetes Mellitus, European Diabetes Working Party for Older People 2004. London: European Union Geriatric Medicine Society 2004.
- 3) SIM-AMD. Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito, Torino: Ed. Infomedica 2007
- 4) Graydon S, Tessier D, Tessier M. Diabetes in Elderly Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M5-M13
- 5) Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:92-110.
- 6) Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, Leveille SG, Langlois JA, Engelgau MM, et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. *Diabetes Care* 2000; 23:1272-7
- 7) Maggi S, Noale M, Gallina C, Marzari C, Bianchi D, Limongi F, et al. Physical disability among older Italians with diabetes. The ILSA study. *Diabetologia* 2004;47:1957-62.
- 8) Wang L, van Belle G, Kukull WB, Larson EB. Predictors of functional change: a longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1525-34
- 9) Schwartz AV, Sellmeyer DE, Ensrud KE, Cauley JA, Tabor HK, Schreiner PJ, Jamal SA, Black DM, Cummings SR: Older women with diabetes have an increased risk of fracture: a prospective study: *J Clin Endocrinol Metab* 86: 32-38, 2001
- 10) Grey A, Bolland M, Gamble G, Wattie D, Horne A, Davidson J, Reid IR: The peroxisome proliferators-activated receptor-gamma agonist rosiglitazone decreases bone formation and bone mineral density in healthy postmenopausal women: a randomized, controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 92: 1305-1310, 2007
- 11) Guccione AA, Felson DT, Anderson JJ, Anthony JM, Zhang Y, Wilson PW, et al. The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham Study. *Am. J Public Health* 1994; 84:351-8
- 12) Clark DO, Stump TE, Wolinsky FD. Predictor of onset of and recovery from mobility difficulty among adults aged 51-61 years. *Am J Epidemiol* 1998; 148: 63-71

Assistenza residenziale agli anziani campani: “si può fare?”

di Gerardo de Martino -asl napoli3sud, Cooperativa Sociale NUOVA SAIR, Gianluca Belfiore, Pasquale Biancardi, Virginia Scamardella, Daniela Colantuono, Immacolata Guadagno, Giuseppina Petricciuolo

I nostri problemi strutturali sono ‘invecchiamento e la gestione della cronicità’. La gente lo sa bene e sa anche di essere spesso sola ad affrontare questa problematica. L’antibiotico si va a chieder al dottore. La crisi di confusione mentale, la progressiva riduzione della capacità di deambulare si risolvono per la maggior parte dei casi a casa, come si può’.

(Luigi Ferrucci)

Le RSA – cosa sono?

Nel Luglio 2002 la Commissione per la garanzia dell’Informazione statistica della Presidenza del Consiglio dei Ministri¹ parla, a proposito di RSA, di “problemi definitivi”. Viene affermato, nel capitolo che tenta una definizione delle RSA, che: “L’esigenza di una omogeneizzazione della classificazione delle strutture residenziali costituisce già da tempo una delle priorità delle autorità preposte alla gestione dei servizi socio-sanitari per anziani. Ciò è testimoniato, in primo luogo, dal recente avvio, da parte del Ministero della Salute su sollecitazione della Conferenza Stato-Regioni, del progetto “Mattoni del SSN” (Falcitelli e Langiano 2004:213-229), il quale prevede, tra le prime iniziative da avviare nel settore (cfr. punto 1.2 del progetto), la definizione di una classificazione omogenea delle strutture esistenti.”

Infatti nel progetto “mattoni” si trovano le seguenti affermazioni: “Situazione di Fatto: In Italia stimiamo oggi l’esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN. Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali: E non esiste un modello univoco di classificazione delle strutture, delle prestazioni e dei pazienti.” Inoltre, si legge ancora: “Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.”

E allora cosa sono le RSA?

Contesto

L’Italia è il paese più vecchio del Mondo² ... ma siamo anche il fanalino di coda fra le nazioni più industrializzate per la politica di assistenza e sostegno del popolo degli anziani.

L’invecchiamento demografico della nostra popolazione ci pone, e non da oggi, di fronte ad una sfida che bisogna assolutamente vincere e che ci impone di affrontare non solo il problema della specializzazione tecnologica dell’ospedale del futuro, ma anche quello di organizzare e gestire modelli di “long-term care” in ambienti sempre più professionali.³ Nonostante l’epidemiologia metta da tempo in evidenza il problema crescente della cronicità e degli aspetti sociali ed economici che ad essa si correlano, in questo ambito l’avanzamento scientifico, culturale e tecnologico è stato molto limitato⁴.

Le risorse di cura destinate agli anziani non sembrano destinate a crescere (semmai a diminuire, almeno questa è l’esperienza nella nostra regione: la Campania), così come è destinato a diminuire (tutti gli studi concordano) l’appoggio assistenziale della famiglia.

La nostra Regione occupa uno degli ultimi posti in Italia per numero

di posti semiresidenziali (quasi assenti) e residenziali. Del resto, anche il fabbisogno di posti in RSA stimato dalle normative regionali ci pone in una posizione, a dir poco, peculiare, in quanto fissato all’1,5-3 per mille abitanti anziani⁵. Nessuno vuole istituzionalizzare gli anziani ma non è “battaglia di retroguardia culturale” osteggiare questo dato, anche se stiamo assistendo ad una diminuzione in Europa dei posti in RSA⁶.

In Campania, dove non esistono quasi le RSA, saremmo fortunati! Non dovremmo riconvertire nessuna struttura. Ma la realtà e la necessità è diversa: all’aumento dei bisogni si aggiunge una diminuzione delle già scarse risorse di cura. Abbiamo un deficit del bilancio della nostra sanità e dobbiamo affrontare il problema in ristrettezze economiche e le nostre famiglie, conosciute come famiglie che “tengono” e che ci vengono invidiate per i forti legami interni, forse per la numerosità dei componenti, sono ancora sostenute nella cura delle persone anziane da fattori non sempre positivi come, ad esempio, dall’alto tasso di disoccupazione femminile. Ma sempre più “scoppiano” in quanto principalmente su di loro pesa l’assistenza degli anziani. Per non parlare del fenomeno, che determina la possibilità di ipotizzare un “abbandono collettivo”, degli anziani non autosufficienti male assistiti, e in alcuni casi maltrattati, come riportato dalle frequenti cronache, che popolano strutture non deputate a dare l’assistenza di cui hanno bisogno. Di qui il fenomeno dell’alto numero di case di riposo oggetto di reiterate ispezioni con successivi, e periodici, provvedimenti da parte dell’autorità giudiziaria.

La risposta dunque è: non solo più RSA (ovvio!), ma RSA migliori.

Un come fare

In una tribù africana le persone anziane non autosufficienti e incapaci di dare alcun contributo alla comunità vengono portate sulla riva di un profondo fiume e spinte, dolcemente ma inflessibilmente, con lunghe pertiche verso il punto del “non ritorno”. Barbarie? O necessità legata al mantenimento di un equilibrio demografico indispensabile alla sopravvivenza della tribù stessa, tra l’altro sicuramente coesa e ricca di aspetti di solidarietà al suo interno?⁷

Già nel 1992 si temevano le conseguenze sulla previdenza e sull’assistenza dell’invecchiamento della popolazione: “In Italia emergenza previdenziale e assistenziale: nel 2025 2/3 della spesa sociale dovrà essere assorbita dalle pensioni! “Temo che l’alternativa delle “pertiche”, se non cambieranno molte cose, dovrà essere presa in seria considerazione.”⁸. Del resto E.Durkheim affermava: “Nella nostra società la persona co-

5 (L.R. 8/2003) . Tale standard non è stato assolutamente neanche raggiunto a sette anni dalla legge. Si registra invece il netto contrasto con l’art.20 della L.67 del 1988 che finanziava, con fondi nella nostra regione decisamente sotto utilizzati, la realizzazione di posti RSA per il 2% della popolazione anziana.

6 Si rimanda all’articolo “Perché diminuiscono gli anziani nelle strutture residenziali?” – C.Gori, A.Guaita “I LUOGHI DELLA CURA – Organo ufficiale della SIGG – Anno V N.3-2007) dove si riporta anche il dato della diminuzione dei posti in RSA nella nostra nazione.

7 Ma anche gli antichi Greci ritenevano la vecchiaia peggiore della morte tanto che, secondo la leggenda di Titone, nell’isola di Coe gli anziani venivano obbligati a togliersi la vita bevendo la cicuta alla presenza di tutta la comunità. Presso gli antichi Romani c’era verosimilmente l’uso di uccidere i vecchi annegandoli. Solo con la cultura ebraica, di cui siamo eredi, il vecchio è circondato di grande rispetto: i comandamenti di Dio impongono di onorare il padre e la madre; nel Levitico si legge che “al cospetto dei capelli bianchi ti alzerai ed onorerai la persona del vecchio”; nel libro dei Numeri Dio dice a Mosè “radunami 70 anziani di Israele. Essi porteranno con te il peso di questo popolo e non sarai più il solo a portarlo” <http://www.alper9000.it/medicina/invecchiamento.htm>

8 E. Rea, L’ultima lezione, Einaudi, Torino, 1992

1 Rapporto di Indagine “L’INFORMAZIONE STATISTICA SULL’ASSISTENZA AGLI ANZIANI IN ITALIA”

2 Assemblea Mondiale dell’Invecchiamento (ONU - Madrid –Aprile 2002)

3 E.Brizioli - La transizione verso il nuovo sistema di cure “long-term” e a bassa complessità.

4 Linee-Guida sull’Utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l’Anziano Fragile nella Rete dei Servizi

(Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità ICS 110.1 RF 98.98) – Responsabile Prof. Luigi Ferrucci - <http://www.sigg.it/vmd/home.htm>

stretta a pesare sugli altri viene esposta ad una pressione sociale che la spinge a “togliersi di mezzo”. Viene allora da chiedersi: “ma quali analogie fra il “togliere di mezzo” con le pertiche e, invece, con servizi non adeguati se non assenti ? Versione tecnologicamente più avanzata delle pertiche?”

Cosa sappiamo

È dimostrato che gruppi di soggetti omogenei di fronte alla crisi del processo di invecchiamento hanno profonde differenze nella capacità di adattamento (invecchiamento patologico, normale e “di successo”). Fattori facilitanti di questa capacità sono rappresentati dal patrimonio culturale dell'individuo, dall'eredità affettiva e, soprattutto, dal sentimento di radicamento in un habitat sociale e fisico che rafforza la sua identità spaziale. “E' solo radicando l'anziano in una rete ed in uno spazio ricco di stimoli logico-affettivi che si può sperare di mettere in moto la capacità plastica dell'anziano di ridefinire la propria situazione”⁹.

Gli anziani non chiedono di essere curati e basta, ma di essere curati in modo tale da poter continuare a esercitare, da soli o con l'aiuto di altri, il controllo, sia pure simbolico, della loro vita. “L'assistenza all'anziano fragile non è solo una vicenda clinica e scientifica, ma anche e soprattutto una vicenda umana, di umani che si prendono cura di umani” (Marco Trabucchi).

Come fare

Allora si comprende come particolare attenzione vada posta a limitare i disagi della vita istituzionale, a contrastare l'invasività del sistema di cura nel quotidiano e a sviluppare capacità di riconoscere la dignità umana. Questo attraverso la costruzione di un ambiente terapeutico se è vero, come è vero, che i risultati di studi recenti in psicogerontologia fanno ritenere che il miglioramento dell'ambiente fisico e sociale possa incrementare in modo assai significativo il benessere psicologico. La guarigione (o il benessere psico-fisico –ndt) dipende dalla convinzione del paziente di essere una persona autonoma, cui spetta un posto importante in quel particolare segmento del mondo e della società in cui la sua vita sta svolgendosi in quel momento¹⁰. Fondamentale è, a nostro giudizio, comprendere la complessità. La complessità insita nella RSA, nel CD, nell'ADI, come in genere in sanità, impone non potersi limitare ad una organizzazione “razionale”: insieme di modi, di persone, di funzioni e di attività che convergono per la realizzazione di obiettivi convenuti. La realtà è assai più complessa! E' sempre più complesso dare una risposta alla malattia. Sono sempre più complessi i pazienti (una volta malati e casi clinici ora anche cittadini, utenti, ospiti, persone...). Sappiamo, per esempio e finalmente, che per curare un paziente cronico non basta solo diagnosi e terapia appropriata. Dobbiamo estendere la nostra conoscenza ad aspetti sociali, psicologici e culturali. Le possibilità di intervento sono sempre più affidate al coinvolgimento di molti operatori e della famiglia stessa. Più complesse ed articolate sono le domande rivolte alla medicina: non più solo cura, ma salute, benessere, prevenzione, assistenza, riabilitazione, educazione alla salute, promozione della salute, qualità di vita,.... Sempre più complesse e specializzate sono le “medicine” e sempre più complessi anche i prodotti delle attività sanitarie.

Si può fare!

Prendiamo a prestito, per titolare l'articolo, l'interrogativo che denomina un film che propone in maniera decisa e leggera uno spazio di speranza per situazioni che, sebbene diverse, hanno una comune necessità di approccio: le difficoltà si affrontano e si possono risolvere con impegno, cultura, umanità e con la consapevolezza della loro complessità. Vi è sempre la possibilità, sul territorio, concretamente di muoversi nella direzione che riteniamo possibile, utile e opportuna: di creare cioè cultura concreta che significa idee, scelte, impegno di realizzare soluzioni organizzative, con le risorse che ci permettono, che si muovono nella direzione della protezione dei non forti ma dei deboli. L'evoluzione della struttura socio-demografica deve essere accettata come punto di partenza per ogni considerazione, senza atteggiamenti

pessimistici, ma riaffermando che l'alleanza tra la politica -che indirizza e programma-, gli operatori -che costruiscono e gestiscono i servizi- ed i cittadini utenti, è oggi in grado di dare risposte adeguate al bisogno.

Un fare.

Il Centro Geriatrico “Villa delle Terrazze” di Torre del Greco è costituito da una Residenza Sanitaria Assistenziale con 21 posti ed un Centro Diurno geriatrico e per malati di Alzheimer con 15 posti.

Essa rappresenta la prima struttura a gestione diretta dell'Azienda Sanitaria Locale ed una delle prime, se non la prima, sorta in Campania. Si tratta di una struttura a valenza essenzialmente sanitaria per persone anziane non autosufficienti, che richiedono un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello elevato di assistenza tutelare ed alberghiera. L'esperienza dei primi 5 anni di attività vede prevalere un target di persone affette da patologie psicogeriatriche (demenze). Questo forse in ragione della estrema povertà di offerta che ha determinato la selezione di casi estremi poco gestibili in ambito domiciliare, con il risultato di dover registrare una presenza di tali patologia in misura maggiore di quelle individuate dalla letteratura (dal 20 al 50%).

Il modello operativo di assistenza socio-sanitaria agli anziani del Centro Geriatrico “Villa delle Terrazze” presuppone una presa in carico dell'ospite a più livelli, assumendo come principio di base che il benessere globale di ciascun individuo è il risultato di una armonica coesistenza di più elementi tra loro correlati. Di qui una organizzazione di servizi che vede definiti più livelli assistenziali che operano in maniera integrata:

Livello clinico: governato dal MMG in collaborazione con lo specialista geriatra della struttura, che assicura l'assistenza medica di base e specialistica geriatrica.

Livello di nursing infermieristico e assistenziale che assicura l'assistenza tutelare, infermieristica e di aiuto infermieristico (infermiere –OSS).

Livello psicologico, sociale e riabilitativo (Psicologo- Assistente sociale – Fisioterapista- Logopedista – Animatore – Terapista occupazionale) che garantisce: -Assistenza riabilitativa (finalizzata al mantenimento delle abilità, allo svolgimento delle comuni attività quotidiane nonché alla rieducazione psicosociale, soprattutto attraverso attività occupazionali, riabilitazione cognitiva e neuromotoria) -Assistenza psicologica con funzione di supporto all'ospite e alla famiglia attraverso colloqui individuali e di gruppo -Assistenza sociale intesa come Attività di socializzazione, di integrazione e di raccordo con l'ambiente familiare e sociale e culturale di origine.

Ai sensi della L.R. 8/2003 l'accesso alla RSA ed al CD è consentito previa valutazione da parte delle UVG Distrettuali. Le risultanze della Valutazione MultiDimensionale della UVG sono comprensive del Piano di Intervento Personalizzato provvisorio. Nelle prime due settimane l'ospite è sottoposto ad una rivalutazione con l'utilizzo dello strumento VAOR-RSA e con l'uso di scale per le diverse determinati: sociali, psicologiche, funzionali, mediche. Tale valutazione è a cura dell'equipe valutativa che vede integrata l'UVG distrettuale (di provenienza dell'ospite) e l'UVG della RSA (Geriatra, Infermiere, Psicologo, Assistente Sociale, terapeuta,..). Le diverse competenze presenti all'interno della struttura procedono alle valutazioni con la seguente organizzazione:

- 1) Equipe: Accoglienza utente/familiari: Analisi della documentazione prodotta - Scheda di accoglienza –formalizzazione del piano provvisorio con eventuali integrazioni –Scheda di ingresso
- 2) Assistente Sociale: Rilievi socio-ambientali e produzione della Scheda sociale
- 3) Geriatra/MMG: Valutazione clinica Visita Geriatrica CIRS - Cartella Clinica
- 4) Infermieri: Valutazione e diagnosi infermieristiche - ADL – IADL - Piano infermieristico e assistenziale
- 5) Psicologo: Valutazione psicologica e neuropsicologica MMS – GDS –ADAScog – C.B.I – NPI
- 6) Terapista: Valutazione neuromotoria, Valutazioni abilità linguistiche e comunicative – valutazione abilità di autonomia - Proposta Piano

9 Micheli G.A. Plasticità e stati d'animo, in “I luoghi della cura”,2,2004

10 C. Bettelheim – Psichiatria non oppressiva – Feltrinelli - Milano 1998

riabilitativo. Scheda di valutazione neuromotoria e linguaggio – SVAP (Scheda di Valutazione Attività padroneggiate)

7) Equipe: Identificazione dei problemi -Scheda SIP -definizione del RUG III -Proposta Piano complessivo di Intervento Personalizzato -VAOR RSA

8) UVG RSA e UVG distrettuale Utente/familiari: Piano di Intervento Personalizzato

Alla data prevista, o in caso di variazioni dello stato di bisogno, si procede alla rivalutazione con la medesima metodologia. Dalla rivalutazione può esitare, in caso di raggiungimento degli obiettivi, il passaggio dell'utente al domicilio o ad altra forma meno pesante di assistenza, negli altri casi una riformulazione del PIP con gli eventuali aggiustamenti. Il PIP condiviso viene sottoscritto da tutti i partecipanti e dall'ospite o familiari. Per realizzare la necessaria responsabilizzazione alla progettazione ed alla realizzazione del piano assistenziale e riabilitativo della famiglia tutti gli interventi sono improntati al suo massimo coinvolgimento. Per la puntuale applicazione e la necessaria integrazione operativa il PIP viene trasmesso a tutti gli operatori per il tramite dei coordinatori (Infermiere coordinatore e Psicologo) attraverso programmate riunioni di lavoro. Incontri formalizzati con tutti gli operatori, tendenzialmente, a cadenza settimanale, oltre che per la presentazione dei nuovi ospiti hanno lo scopo di verificare l'andamento dei singoli PIP, delle complessive attività e del grado di soddisfazione dell'ospite e dell'operatore.

Le attività svolte pongono in primo piano la persona attraverso l'elaborazione di progetti individualizzati, l'integrazione e/o il coordinamento nell'operatività delle varie figure professionali sul singolo caso e, soprattutto, la flessibilità operativa.

L'organizzazione attuale è frutto di una evoluzione storica durata oltre cinque anni, che ci ha portato ad individuare e scegliere la metodologia del lavoro di equipe in modo che sia multidisciplinare la capacità di attenzione, osservazione e risposta ai ritmi, bisogni e desideri di ogni ospite e, soprattutto, che l'ambiente di vita dell'ospite diventi casa.

Conclusioni

La condizione anziana in Italia, e anche nella nostra regione, è oggi ad un punto di svolta, sia a causa della situazione sociale, politica, ed economica, sia in ragione di una rinnovata coscienza collettiva.

Ciò che la renderà più accettabile, sarà la qualità dei processi assistenziali e sanitari, e dei sistemi istituzionali ed interpersonali in essa coltivati. Ne deriva la necessità di un rinnovato impegno progettuale, a cui deve seguire con costanza, intelligenza ed apertura, l'organizzazione e la conduzione quotidiana dell'accoglienza e del sostegno.

Un momento: PROGETTO PASQUA

Il progetto Pasqua è stato un progetto educativo, finalizzato e contestualizzato presso il Centro

Geriatrico "Villa delle Terrazze" di Torre del Greco.

Esso nasce in seguito ad un gruppo di discussione a tema, con gli utenti di Villa delle Terrazze,

riguardante le recenti festività pasquali.

Gli obiettivi di questo progetto sono stati il mantenimento e la riattivazione, di aspetti legati alla

memoria procedurale (MLT) attraverso attività manipolative finalizzate, e la creazione di

un'atmosfera più familiare, riducendo i BPSD, in modo da favorire il benessere degli utenti,

operatori e, per quanto possibile, dei caregiver coinvolti nel percorso assistenziale

Gli utenti sono stati coinvolti nel realizzare l'albero della Pasqua, nel prendersi cura della piantina

di grano (dal seme alla pianta) che è stata regalata ai familiari e nella realizzazione degli inviti per

la festa conclusiva che si è tenuta presso la residenza il 1 Aprile cui hanno partecipato tutti: gli ospiti con i loro familiari in primis, gli operatori, amici e anche i dirigenti dell'Azienda Sanitaria, i dirigenti della Coop. sociale NUOVA S.A.I.R. e del consorzio Confini.

E' bene ricordare che ciò che più conta e ha importanza è il processo e non tanto il tipo di attività;

non il risultato bensì il fare stesso dei pazienti.

Altro punto che è stato perseguito è il continuo riferimento ai vissuti personali. Il fare in questo senso, allora, acquista quella dimensione di cura e capacitazione

Nel progetto sono stati coinvolti gli O.S.S. oltre a tutte le figure riabilitative dell'équipe quali il

terapista occupazionale e le fisioterapiste e le animatrici.

Per selezionare gli ospiti sono stati utilizzati criteri di inserimento legati alla valutazione funzionale DI.CO.G. e sono stati considerati punteggi sufficienti:

A ≥ 6/10 (Area sociale)

C ≥ 6/10 (Abilità manuali)

D ≥ 14/26 (Abilità cognitive)

Il progetto si è articolato in tre sedute a settimana della durata di due ore circa. Tutte le fasi del

progetto sono state fotografate in modo da dare vita, successivamente, a sedute di videotraining.

Per la valutazione dell'esperienza e delle ricadute sul benessere degli ospiti si è somministrata agli utenti una scheda costruita ad hoc, sia all'inizio che a fine progetto. Inoltre gli ospiti sono stati valutati con il POMS (Profile of Mood State) a T0 (inizio progetto) e a T1 (a fine progetto ovvero a 40 giorni dal T0) (fig1).

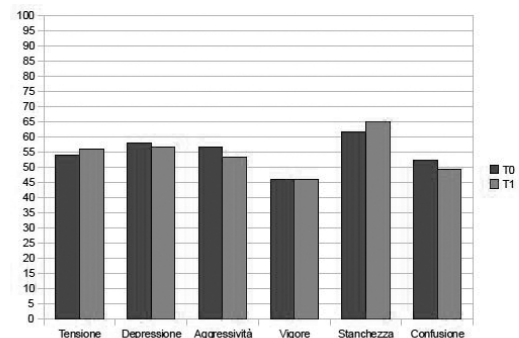
I Risultati sono incoraggianti. Tutti gli utenti selezionati hanno portato a termine il progetto e l'analisi qualitativa e quantitativa dei dati ha evidenziato un miglioramento degli utenti coinvolti soprattutto in termini di socializzazione e di minore confusione. Da segnalare un lieve incremento, tra l'altro fisiologico, del fattore stanchezza.

Fig1

Inserito:

FATTORE	SOMMINISTRAZIONE			
	T ₀	T ₁		
Tensione	53,83	56	Tensione/Ansia	2,17
Depressione	58	56,5	Depressione/Avvilimento	-1,5
Aggressività	56,66	53,33	Aggressività/Rabbia	-3,33
Vigore	46	46	Vigore/Attività	0
Stanchezza	61,5	65	Stanchezza/Indolenza	3,5
Confusione	52,16	49,16	Confusione/Sconcerto	-3
	22/02/10	02/04/10		

GLOBALE



Gli occhi di C.

Quindici tavoli, sessanta sedie, ottanta metri quadrati, tanti occhi, un solo desiderio: rilanciare le attività socio riabilitative di Villa delle Terrazze. E' il primo Aprile. Ma non è uno scherzo.

Con il pranzo di auguri organizzato dall'équipe socio-riabilitativa della Coop. Sociale Nuova S.A.I.R. che opera presso Villa delle Terrazze di Torre del Greco, distretto 57 dell'ASL NA3 Sud, qualcosa, credo, stia cambiando. Qualcosa che si può a giusto titolo chiamare entusiasmo e voglia di fare. A questo evento hanno partecipato i medici del distretto, i dirigenti della Coop. Sociale Nuova S.A.I.R. E quelli del consorzio Confini e i familiari degli utenti che vivono a Villa delle Terrazze.

Il primo aprile, è stato il giorno conclusivo del progetto educativo "Pa-

squa” al quale hanno partecipato, tenendo conto delle competenze professionali ma soprattutto umane, tutti gli operatori della struttura. Ma i veri protagonisti non indossano una divisa, non si abbottonano un camice, non hanno un cartellino da s/timbrare, loro, i veri protagonisti sono le persone che in Villa ci abitano davvero. Molti ci camminano, altri no. Tutti da tempo vedono e calpestano sempre lo stesso e solo pavimento. Tutti hanno due occhi, qualcuno con cataratta; tutti hanno dei dolori. I veri protagonisti sono stati gli utenti, i pazienti, gli ospiti, i dementi, i malati gli altri, i diversi da noi: sai è sempre difficile confrontarsi con l'altro, cercare di dargli un nome senza classificarlo né tanto meno sminuirlo. Lasciarlo essere. In questa sede per comodità li chiamerò utenti.

Non ti parlerò del progetto “Pasqua” utilizzando parole come cut-off o assesment, non te ne parlerò nemmeno come se ne parla ai convegni quando noi conferenzieri tutti ben vestiti, muniti di personal computer, di musica e di slide cerchiamo l'assenso e il consenso scrutando gli occhi degli astanti.

Vorrei parlarti di altri occhi, di quelli abitati dalla sorpresa, di occhi spalancati che improvvisamente hanno rivisto quelle stesse pareti diventare altre, diverse, forse più calde, forse, più loro, sicuramente più casa.

Vorrei parlarti degli occhi di C., tu non la conosci, io la conosco da poco. E' del suo sguardo che ti vorrei raccontare.

Prima di ciò è necessario un breve inciso, ti spiegherò in cosa è consistito il progetto “Pasqua”.

Il progetto Pasqua è stato un progetto educativo finalizzato e contestualizzato. Esso è nato in seguito ad un gruppo di discussione a tema, con gli utenti di Villa delle Terrazze, riguardante le ultime festività pasquali. Il progetto ha avuto come obiettivi il mantenimento o la riattivazione di aspetti legati al fare, quella che noi del mondo della riabilitazione chiamiamo memoria procedurale, e la creazione di un'atmosfera più familiare, diciamo che abbiamo voluto che Villa delle Terrazze fosse come una casa, che a Villa delle Terrazze ci si sentisse a casa.

Gli utenti, e gli operatori che Villa ci lavorano, sono stati coinvolti nel realizzare e allestire l'albero della Pasqua, raccogliere la terra dal giardino per poi seminare il grano nei contenitori di plastica. Hanno visto come da un semplice e antico gesto fatto di continue cure e attenzione un seme diventi pianta. L'hanno abbellita, la pianta, con la cartapesta per regalarla – leggi proprio bene, sono loro che la volevano regalare – ai loro familiari il giorno della festa. Che credi?

Per quel giorno hanno lavorato sodo, molti sapevano cosa stavano facendo, qualcuno è uscito fuori – ha avuto occhi anche per altre cose – a comprare ciò che sarebbe occorso per il pranzo. Per quel giorno, il giorno di festa, hanno realizzato degli inviti mettendo nei colori tutta l'incredulità dei loro occhi. Quegli inviti qualcuno attento e sensibile li ha portati via come ricordo, come trofeo, come quando da un lungo viaggio si porta una parola e non il solito souvenir perché tutto ciò che è stato pensato e realizzato per quel giorno ha avuto un lungo percorso: due mesi e mezzo di lavoro; ha avuto fallimenti che si sono trasformati in possibilità; ha avuto scatti d'ira risoltisi con un abbraccio e un complimento - noi tutto questo lo chiamiamo shiftare, ma non te lo voglio raccontare con queste strane parole; ha avuto intesa e diffidenza, coinvolgimento e paura che sono poi sentimenti a te comuni; ha avuto, te lo scrivo ma non ne sono sicuro, amore; ha avuto occhi. Ne sono certo. Gli occhi di C. il giorno della festa erano gli occhi di una persona che improvvisamente ritorna a vivere, si guarda intorno vede i tavoli apparecchiati, vede il salone completamente cambiato, abbellito, preparato per l'occasione. Sono gli occhi di una persona che è capace di vedere dinnanzi a sé. Gli occhi di C., il giorno della festa, mi hanno anticipato pensieri che solo dopo si sono trasformati in parole:

– *Ua, ma addò stamme, al ristorante?*

– *Sì, pecceré chesta casa è pure nu ristorante. Goditi la festa.*

Terapia dei sintomi delle basse vie urinarie nell'anziano

di **Antonio Aversa e Davide Francomano** - Dipartimento Medicina Sperimentale, Sezione di Endocrinologia e scienza dell'alimentazione, Università di Roma "La Sapienza"

Introduzione

I sintomi del basso tratto urinario (lower urinary tract symptoms-LUTS) nell'anziano sono tradizionalmente attribuiti ai meccanismi coinvolti nell'allargamento del volume prostatico: ipertrofia prostatica benigna (BPH), allargamento benigno della prostata (BPE), e ostruzione prostatica benigna (BPO). Tuttavia, nel corso dell'ultimo decennio, il nesso causale tra patologia prostatica e patogenesi dei LUTS stata messa in discussione. Anche se l'ingrossamento della prostata può contribuire alla comparsa di LUTS, specialmente in uomini oltre i 40 anni di età, altri fattori sono ugualmente importanti. Le ultime acquisizioni suggeriscono che i LUTS possono essere legati ad alterazioni sia della prostata (BPH-LUTS), che della vescica (muscolo detrusore-sindrome della vescica iperattiva [OAB], o ipoattività del detrusore) o renali (poliuria notturna). (1) A causa della grande prevalenza di BPH negli uomini anziani, circa il 40% degli uomini oltre la quinta decade di vita e circa il 90% degli ultraottantenni presentano cambiamenti microscopici della prostata che coesistono in maniera silente con malfunzionamenti renali e/o vescicali. (2) Questa visione multi-fattoriale dell'eziologia dei LUTS ha condotto la maggior parte degli esperti a considerare l'intero tratto urinario come singola unità funzionale. Quest'approccio più ampio e più complesso alla patogenesi di LUTS comporta che anche le principali linee guida internazionali identificano con accuratezza i pazienti che richiedono un trattamento specifico per i LUTS. (3,4) Sono pertanto candidati a tale trattamento sia i coloro i quali presentano un'alterata qualità della vita che i pazienti complicati da sintomatologia. In primo luogo, il trattamento deve mirare a migliorare il quadro sintomatologico dei pazienti, riducendo l'entità dei LUTS e il loro impatto sulla qualità della vita, migliorando anche la qualità della minzione. Inoltre, qualora il paziente presenti delle complicanze correlate all'iperplasia prostatica (ad esempio, infezioni urinarie ricorrenti, ritenzione urinaria acuta o cronica), il trattamento deve essere ad esse. Negli ultimi anni, accanto al più tradizionale approccio sintomatologico, si è assistito a un crescente interesse nei confronti di un approccio protettivo a lungo termine, i cui obiettivi sono costituiti dalla prevenzione e dalla riduzione del rischio di complicanze e dalla prevenzione e dalla riduzione del rischio di trattamenti chirurgici.

Opzioni per il trattamento dei LUTS

La più semplice delle scelte per il trattamento dei LUTS è rappresentata da modifiche dello stile di vita. Nel dettaglio, la riduzione dell'assunzione di alcol e caffeina, l'adozione di minzioni a orario ed il bladder-training sono misure semplici, economiche e particolarmente efficaci in tutti i pazienti con LUTS e, specialmente, in quelli con disturbi a carico della fase di riempimento. (5) Trials clinici hanno valutato l'adozione di tali misure comportamentali in associazione al trattamento standard dimostrando una maggiore efficacia del solo trattamento standard nel migliorare i sintomi dei pazienti dopo 6 mesi (con una differenza di 6.5 punti di International prostate symptom score [IPSS] tra i due gruppi, $p < 0.0001$) e dopo 12 mesi (con una differenza di 5.1 punti IPSS tra i due gruppi, $p < 0.0001$) di trattamento. (5) Inoltre, laddove possibile, è preferibile ridurre l'assunzione di quei farmaci che possano interferire con la funzionalità del basso apparato urinario, come, ad esempio, i farmaci diuretici per il trattamento dell'ipertensione arteriosa.

Le principali opzioni terapeutiche sono attualmente rappresentate dai farmaci α -litici (principalmente doxazosina, terazosina, tamsulosina

e, più recentemente, silodosina), dagli inibitori delle 5 α -reduccasi (5ARI) (finasteride e dutasteride), in monoterapia o in associazione. Nei pazienti con disturbi della fase di riempimento possono assumere un ruolo determinante i farmaci anticolinergici (principalmente, ossibutina, tolterodina, solifenacina e fesoterodina) in monoterapia o in associazione con gli α -litici. Un ampio ruolo è, poi, rivestito dai fitoterapici (principalmente, la *Serenoa repens* ed altri estratti del saw palmetto). Infine, un ruolo estremamente interessante è rappresentato dagli inibitori delle fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5-I), dei quali principalmente il tadalafil.

Un recente studio di popolazione che ha valutato oltre 11 milioni di prescrizioni per LUTS effettuate in Europa dal 2004 al 2008 ha dimostrato che i farmaci α -litici costituiscono la categoria di farmaci più comunemente utilizzata (in monoterapia o in associazione), rappresentando circa il 70% di tutte le prescrizioni. Gli 5ARI (in monoterapia o in associazione), invece, corrispondono a circa il 20% di tutte le prescrizioni, mentre la quota di prescrizioni dei fitoterapici è di circa il 17%, sebbene esista ampia variabilità nelle prescrizioni di fitoterapici nei diversi paesi europei. (6)

α -Litici

Si ritiene tradizionalmente che i farmaci α -litici agiscano inibendo l'effetto delle catecolamine endogene a livello delle cellule muscolari lisce della prostata dove sono presenti recettori $\alpha 1$ -A, riducendone il tono e, quindi, diminuendo l'ostruzione. E' tuttavia, possibile, che tali farmaci agiscano sui altri sottotipi dei recettori $\alpha 1$ ($\alpha 1$ -B e $\alpha 1$ -D) localizzati in altri settori del basso apparato urinario o nel midollo spinale o nei vasi sanguigni. Alfuzosina, doxazosina e terazosina sono ritenuti farmaci non selettivi, perché agiscono inibendo sostanzialmente tutti i sottotipi di recettori $\alpha 1$; viceversa, tamsulosina ed, in misura maggiore, silodosina presentano una spiccata selettività per i recettori $\alpha 1$ -A. (7)

La quasi totalità della letteratura scientifica sugli α -litici ritiene che tali farmaci sono solitamente di efficacia sovrapponibile, riducendo lo score IPSS di circa il 35-40% e migliorando il flusso massimo (Qmax) di circa il 20-25%. Le differenze tra i diversi α -litici emergono, invece, in termini di effetti collaterali. L'ipotensione posturale e le vertigini sono più comuni con gli α -litici non uro-selettivi (prevalenza variabile fino al 10%), mentre le disfunzioni eiaculatorie sono più comuni con la tamsulosina (10%). (8) La letteratura sulla silodosina è più limitata ma gli studi disponibili suggeriscono che il farmaco sia in grado di ridurre l'IPSS di circa 3 punti in più rispetto al placebo e di migliorare il Qmax di circa 1 ml/sec in più rispetto al placebo, mentre l'efficacia clinica sarebbe simile per tamsulosina e solifenacina. Per quanto riguarda gli effetti collaterali, gli studi disponibili dimostrano come le disfunzioni eiaculatorie sono più comuni con silodosina (prevalenza del 14 - 28%, a seconda dei diversi studi), rispetto al placebo ed alla tamsulosina. Tuttavia, gli altri eventi avversi, specialmente, quelli cardiovascolari sembrano essere inferiori con silodosina e simili in percentuale a quelli riscontrati nel braccio in trattamento con placebo, a dimostrazione della marcata uroselettività del farmaco. (8,9)

In conclusione, i farmaci α -litici in monoterapia sono un trattamento in grado di migliorare rapidamente i sintomi e le performance flussimetriche nei pazienti con LUTS. Le differenze principali tra i vari farmaci della categoria risiedono piuttosto nel profilo degli eventi avversi, con minori effetti cardiovascolari per gli α -litici uroselettivi, (migliori per la silodosina) e con minori effetti sulla funzione eiaculatoria per gli

α -litici non-uroselettivi.

Inibitori delle 5 α -reduttasi e terapia di combinazione

Il diidrotestosterone, l'ormone androgeno piú potente con attivit  di 4-5 volte superiore rispetto a quella del testosterone, viene prodotto dell'enzima 5-alfa reduttasi che rende semplice il doppio legame esistente tra il carbonio 4 ed il carbonio 5. Nel corpo umano sono presenti due isoforme dell'enzima 5-alfa reduttasi, codificate da due diversi cromosomi e con diversa sensibilit  ai fattori regolatori, rispettivamente chiamate 5-alfa reduttasi di tipo I e 5-alfa reduttasi di tipo II. L'isoforma di tipo I si concentra soprattutto a livello della pelle, delle ghiandole sebacee, del sistema nervoso centrale e del fegato. L'isoforma di tipo II   espressa principalmente nella prostata e a livello dei follicoli piliferi. Per inibire l'attivit  di questi enzimi sono stati sviluppati due farmaci. Il primo, chiamato Finasteride,   un inibitore selettivo dell'isoforma di tipo II. Il secondo, chiamato Dutasteride, inibisce entrambe le isoforme. Sebbene sia stato dimostrato che dutasteride sia in grado di ottenere una maggiore e piú rapida riduzione dei livelli sierici di diidrotestosterone, l'unico trial clinico randomizzato disponibile che ha comparato l'efficacia clinica delle due molecole ha dimostrato risultati simili per entrambi nel ridurre il volume prostatico e nel migliorare sia i sintomi dei pazienti che le loro performance minzionali. (10)

La maggior parte degli studi disponibili sui 5ARI ha interessato la finasteride. Numerosi studi randomizzati hanno dimostrato come la finasteride sia significativamente piú efficace del placebo nel migliorare i LUTS e nel ridurre il volume prostatico nei pazienti con prostata di volume >30 cc, purch  il trattamento sia protratto per almeno 6-12 mesi. (11,12,13) Analogamente, Roehrborn et al. hanno dimostrato che dutasteride   significativamente piú efficace del placebo nel ridurre il volume prostatico (gi  dopo un mese di trattamento) e nel migliorare sia il punteggio dell'AUA-SI (dopo sei mesi di trattamento) sia il Qmax (gi  dopo un mese di trattamento). (14) Sebbene tali farmaci siano complessivamente ben tollerati dalla maggior parte dei pazienti,   stato documentato, tuttavia, un significativo rischio di eventi avversi, specialmente sulla sfera sessuale. Nel dettaglio, l'uso di finasteride   associato al rischio di calo della libido (circa nel 5% dei pazienti), di disfunzioni erettile (circa nel 6% dei pazienti) e di disfunzioni eiaculatorie (circa nel 3% dei pazienti), tutti significativamente piú elevati con finasteride che con placebo. (15) Analogamente, dutasteride   associata ad un rischio di deficit erettile nel 7% dei pazienti trattati, di calo della libido nel 4% e di disordini eiaculatori nel 2%.¹⁴ Emerge numerosa letteratura sulla persistenza di tali effetti collaterali anche a distanza di anni dalla sospensione del trattamento; tuttavia il fatto che tali eventi si manifestino piú frequentemente nei giovani rispetto agli anziani, lascia presupporre una eziologia non ancora ben chiarita. Oltre al beneficio sintomatologico nel breve termine, gi  nel 1998   stato dimostrato un effetto della finasteride nella prevenzione della progressione di malattia. Infatti, lo studio Finasteride Long-Term Efficacy and Safety Study, un ampio studio prospettico che ha arruolato oltre 3000 pazienti randomizzati al trattamento con finasteride per 4 anni o placebo, ha dimostrato che una terapia protratta con finasteride   in grado di ridurre anche il rischio dei pazienti di sviluppare una ritenzione acuta di urina e la necessit  di chirurgia rispetto al placebo. (16)

Stante la possibilit  di prevenire il rischio di progressione di malattia con l'utilizzo a lungo termine dei 5ARI, si   proposto di attuare terapie di associazione con farmaci α -litici (allo scopo di ottenere un rapido miglioramento sintomatologico) e 5ARI. Tuttavia, due ampi studi prospettici che hanno randomizzato ciascuno oltre 1000 pazienti in terapia con finasteride, α -litici (doxazosina in uno studio e terazosina nell'altro), in combinazione o placebo per 12 mesi non hanno dimostrato alcun vantaggio della terapia di combinazione rispetto alla monoterapia con α -litici. (17, 18) Conclusioni notevolmente differenti, invece, sono state ottenute dal Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS), un ampio trial che ha rivoluzionato la visione della terapia di combinazione nei pazienti con LUTS. Nel dettaglio, lo studio ha randomizzato oltre 3000 pazienti con LUTS di grado moderato o se-

vero e Q max compreso tra 4 e 15 ml/sec a trattamento per 4.5 anni con finasteride 5 mg, doxazosina 8 mg, alla loro combinazione o a placebo. L'end-point primario   stato la progressione clinica di malattia, definita come la presenza di un peggioramento dell'AUA-SI di almeno 4 punti, o di ritenzione acuta di urina, insufficienza renale, infezioni urinarie ricorrenti o incontinenza urinaria. Al follow-up, si   verificata una significativa riduzione del rischio di progressione nei pazienti in terapia di combinazione sia rispetto al placebo (rischio di progressione 1.5 casi/100 persone/anno in terapia di combinazione vs 4.5 casi/100 persone/anno in placebo; riduzione del rischio 3%; riduzione del rischio relativo 66%) sia rispetto alla monoterapia con finasteride (rischio di progressione 2.9 casi/100 persone/anno) che con doxazosina (rischio di progressione 2.7 casi/100 persone/anno). Inoltre, lo studio ha riconfermato che la finasteride   in grado di prevenire il rischio di ritenzione acuta di urina e di terapia chirurgica per i LUTS. Tuttavia, per questi end-point, la terapia di combinazione   risultata tanto efficace quanto la finasteride in monoterapia, mentre la doxazosina   stata tanto efficace quanto il placebo. (19) In sintesi, la terapia di combinazione finasteride + doxazosina sembra essere piú efficace delle singole monoterapie per quanto riguarda il rischio globale di progressione di malattia definita da un end-point composito (ma determinato nel 60% circa dei casi da un peggioramento dell'AUA-SI); tuttavia, nel lungo termine, la sola terapia con finasteride sembra essere in grado di prevenire il rischio di complicanze e di chirurgia in maniera sovrapponibile alla terapia di combinazione, stante l'effetto "placebo like" degli α -litici su questi end-point. Tuttavia numerosi fattori rendono tali conclusioni particolarmente critiche. Infatti, il rischio di progressione riscontrato nel braccio placebo (4.5 casi/100 persone/anno in placebo)   stato piuttosto basso e la riduzione del rischio assoluto riscontrata nel braccio in terapia di combinazione sebbene elevata in valore relativo (66% circa)   bassa in valore assoluto (solo 3 casi/100 persone/anno). Di conseguenza, il numero di pazienti da trattare in terapia di combinazione per 4.5 anni per prevenire un evento   particolarmente elevato (circa 8 per prevenire una progressione di malattia, 11 per prevenire un peggioramento dell'AUA-SI di almeno 4 punti, 51 per prevenire una ritenzione acuta di urina e 29 per prevenire un trattamento chirurgico). Se a ci  si aggiunge la relativa "benignit " dell'evento che si va a prevenire, i costi di un trattamento cos  prolungato e il rischio di complicanze, si comprende come la terapia di combinazione, in base ai risultati del MTOP, non possa essere raccomandabile in tutti i pazienti. Numerose analisi secondarie del MTOP hanno permesso di identificare i pazienti con volume prostatico >40 ml, PSA >1.5 ng/ml o Qmax <10 ml/sec come coloro a maggiore rischio di progressione e che, quindi, potrebbero maggiormente giovare dalla terapia di combinazione. (20, 21)

Ulteriori informazioni in merito alla terapia di combinazione sono disponibili dallo studio COMBAT, uno studio randomizzato che ha arruolato oltre 4000 pazienti trattati con dutasteride, tamsulosina da soli o in combinazione per 3 anni [22]. Nel dettaglio, lo studio ha arruolato pazienti di et  \geq 50 anni, con sintomi di grado moderato o grave (IPSS >12), volume prostatico >30 cc, PSA compreso tra 1.5 e 10 ng/ml e Qmax compreso tra 5 e 15 ml/sec, ci , mediamente con volume prostatico piú ampio e PSA piú elevato rispetto ai pazienti inclusi nello studio MTOPS. L'endpoint primario a 2 anni era rappresentato dalle modificazioni dell'IPSS rispetto al basale, mentre quello a 4 anni dal tempo alla ritenzione acuta di urina o alla chirurgia. Per quanto riguarda l'andamento dell'IPSS, lo studio ha dimostrato che la terapia di combinazione   maggiormente vantaggiosa rispetto alla monoterapia con dutasteride fin dalla prima valutazione a 3 mesi e per tutta la durata dello studio. Inoltre, la terapia di combinazione ha avuto miglio efficacia della monoterapia con tamsulosina a partire da 9 mesi dopo l'inizio del trattamento e le differenze si sono mantenute evidenti fino al termine dello studio. A tal proposito,   interessante notare come i pazienti sottoposti a monoterapia con tamsulosina inizino dopo 18 mesi di terapia a presentare un peggioramento dell'IPSS, che poi si continua fino al termine dello studio. Tuttavia, tale differenza non si percepisce nei pazienti in terapia di combinazione se compa-

rati con dutasteride in monoterapia, cosa che ha fatto ipotizzare che dutasteride possa prolungare l'efficacia dei farmaci α -litici durante le terapie di combinazione. Per quanto riguarda il tempo alla ritenzione acuta di urina o a chirurgia, la terapia di combinazione è risultata significativamente più efficace nel ridurre il rischio di questi due eventi rispetto a tamsulosina in monoterapia (rischio assoluto 4.2% nel braccio in terapia di combinazione vs 11.9% nel braccio in terapia con tamsulosina; riduzione del rischio assoluto 7.7%; riduzione del rischio relativo 65.8%; $p < 0.001$) ma non rispetto a dutasteride in monoterapia (rischio assoluto 5.2% nel braccio in terapia con tamsulosina; riduzione del rischio assoluto 1%; riduzione del rischio relativo 19.6%; $p = 0.18$). Infine, la terapia di combinazioni è risultata significativamente più efficace a 4 anni rispetto ad entrambe le monoterapie nel ridurre il rischio di progressione clinica, definita come la presenza di un peggioramento dell'AUA-SI di almeno 4 punti, o di ritenzione acuta di urina, insufficienza renale, infezioni urinarie ricorrenti o incontinenza urinaria. Numerose analisi secondarie hanno riconfermato risultati simili in tutte le categorie di pazienti, ad eccezione di quelli con prostata di volume < 40 cc. In sintesi, lo studio ha riconfermato i vantaggi previsti per la terapia di combinazione in base ai dati di MTOP in un gruppo di pazienti a più elevato rischio di progressione (età più avanzata, volume prostatico e PSA più elevati), che, quindi, possono maggiormente beneficiare di tale approccio terapeutico. Tuttavia, la terapia di combinazione è associata ad un numero significativamente più elevato di eventi avversi rispetto al braccio in placebo. Nel dettaglio, nello studio MTOPS, le vertigini (5.3 casi/100 persone/anno), l'ipotensione ortostatica (4.3 casi/100 persone/anno), la disfunzione erettile (5.1 casi/100 persone/anno), le alterazioni dell'eiaculazione (3 casi/100 persone/anno) ed il calo della libido (2.5 casi/100 persone/anno) sono stati gli eventi avversi più comuni, tutti significativamente più comuni con la terapia di combinazione che con placebo e 27% dei pazienti in terapia con doxazosina, 24% di quelli in terapia con α -litici e 18% di quelli in terapia di combinazione hanno interrotto il trattamento, la maggior parte a causa degli eventi avversi [19]. Analogamente, nel COMBAT, il 28% dei pazienti in terapia di combinazione ha sviluppato eventi avversi (vs 21% in dutasteride vs 19% in tamsulosina, $p < 0.001$) ed il 6% dei pazienti ha interrotto lo studio per eventi avversi (vs 4% in dutasteride vs 4% in tamsulosina). Gli eventi avversi più comuni sono stati la disfunzione erettile (9% in terapia di combinazione vs 7% in dutasteride vs 5% in tamsulosina), il calo della libido (4% in terapia di combinazione vs 3% in dutasteride vs 2% in tamsulosina) e l'eiaculazione retrograda (4% in terapia di combinazione vs $< 1\%$ in dutasteride vs 1% in tamsulosina). (22)

In conclusione, sia le linee guida AUA che EAU raccomandano l'utilizzo dei 5ARI nei pazienti con LUTS moderati o gravi secondari a BPH con una prostata aumentata di volume, (3,4) mentre le linee guida NICE specificano ulteriormente come i pazienti con prostata > 30 gr, o PSA ≥ 1.5 ng/ml e che sono considerati a rischio di progressione (per esempio, i più anziani) possano essere i candidati ideali a tali farmaci. (23) Analogamente, sono considerati candidati a terapia di combinazione i pazienti con LUTS moderato-gravi, con volumi prostatici aumentati e ridotti livelli di Qmax. (3,4)

Farmaci anticolinergici

I farmaci anticolinergici sono un presidio comunemente utilizzato nei pazienti, prevalentemente di sesso femminile, con la sindrome della vescica iperattiva, meno nei pazienti anziani maschi. Si tratta di molecole con effetto inibitorio sui recettori colinergici di tipo muscarinico; alcuni sottotipi dei quali (M1, M2, e M3) sono coinvolti nella contrazione detrusoriale. Si tratta di farmaci la cui efficacia nella sindrome della vescica iperattiva è suffragata da numerosi trial randomizzati e meta-analisi, che hanno tutti dimostrato un'efficacia significativa rispetto al placebo nel ridurre il numero di episodi di urgenza ed il numero di minzioni. (24) Tuttavia, numerosi studi hanno valutato l'efficacia di questa categoria di farmaci nei pazienti con LUTS comunemente attribuibili ad ipertrofia prostatica, (25) principalmente in considerazione del fatto che circa il 50% di tali pazienti presentano LUTS della fase di riempimento. Kaplan et al hanno pubblicato un

ampio trial nel quale oltre 800 pazienti di età superiore a 40 anni, con IPSS totale > 12 , IPSS quality-of-life score > 3 e con più di 8 minzioni e 3 episodi di urgenza nelle 24 ore al diario minzionale sono stati trattati con tamsulosina 0.4 mg, tolterodina ER 4 mg, la loro combinazione o placebo per 3 mesi. Criteri di esclusione erano, invece, la presenza di un residuo postminzionale > 200 ml o di Qmax < 5 ml/sec. L'endpoint primario dello studio è stato costituito dal "patient perception of treatment benefit" a 12 settimane, definito dalla risposta alla domanda "Have you had any benefit from your treatment?" ed, in caso di risposta affermativa, anche "Have you had little benefit or much benefit?". Dopo 3 mesi di trattamento, 80% dei pazienti in terapia di combinazione ha riferito un beneficio dal trattamento, vs 70% di quelli in monoterapia con α -litici, 65% di quelli in monoterapia con anticolinergici e 62% di quelli nel braccio placebo, con la terapia di combinazione significativamente migliore delle singole monoterapie e le singole monoterapie di efficacia simile tra loro ed uguale a placebo. Analogamente, la terapia di combinazione si è mostrata più efficace delle singole monoterapie nel ridurre il numero di minzioni ed il numero di episodi di urgenza nelle 24 ore e nel migliorare l'IPSS totale e l'IPSS quality-of-life score. L'evento avverso più comune per i pazienti in terapia di combinazione è stato la secchezza delle fauci (21%, vs 7% per le monoterapie e 2% per il placebo). E' d'interesse che solo 2 pazienti (1%) in terapia di combinazione, 4 (2%) in terapia con tolterodina, nessuno nel braccio in tamsulosina e 4 (2%) in placebo abbiano sviluppato una ritenzione acuta di urina, ad indicare un buon grado di sicurezza di questi farmaci. (26)

Ancora più interessanti dal punto di vista pratico, sono i risultati di un altro trial randomizzato pubblicato da Chapple et al. Circa 600 pazienti, di età superiore ai 40 anni, con almeno 8 minzioni ed 1 episodio di urgenza nelle 24 ore ma senza incontinenza urinaria da urgenza, in trattamento con α -litici da almeno un mese e con disturbi minzionali almeno moderati in accordo al Patient Perception of Bladder Condition, sono stati randomizzati a trattamento con tolterodina ER 4 mg per 12 settimane o placebo. Il trattamento di combinazione è risultato associato ad un miglioramento di tutte le variabili correlate al diario minzionale (numero di minzioni diurne e nelle 24 ore, numero di episodi di urgenza diurni, notturni e nelle 24 ore) ed alla riduzione dello storage subscale dell'IPSS. E' interessante, inoltre, notare che il braccio in terapia di combinazione ha presentato una prevalenza di eventi avversi superiore al braccio in monoterapia (34.7% vs 27.6%; prevalentemente i tipici effetti anticolinergici, come secchezza delle fauci, costipazione e cefalea), mentre il rischio di ritenzione acuta di urina sovrapponibile a quello in monoterapia con α -litici. Anche in questo studio, tuttavia, i pazienti con residuo post-minzionale > 200 ml, storia di ritenzione acuta di urina o Qmax basso erano stati esclusi. (27)

In conclusione, gli anticolinergici in monoterapia sono un trattamento appropriato per i pazienti con prevalenti LUTS della fase di riempimento e sono associati ad un basso rischio di ritenzione acuta di urina se si escludono i pazienti a più alto rischio di ostruzione cervicouretrale (residuo postminzionale > 200 ml, Qmax < 5 ml/sec o storia di ritenzione acuta di urina). (3,4,23) Tali farmaci possono essere utilizzati in monoterapia nei pazienti con sintomi suggestivi di sindrome della vescica iperattiva o in associazione con i farmaci α -litici nei pazienti con persistenti LUTS della fase di riempimento dopo monoterapia con α -litici.

Fitoterapici

Numerosi fitoterapici sono attualmente utilizzati nel trattamento dei LUTS, come la *Serenoa repens*, il *Pygeum africanum*, *Hypoxis Roperi*, *Urtica dioica*, *Secale cereale*, *Cucurbita pepo* e molti altri ancora. I fitoterapici di maggior utilizzo e con il maggior numero di studi disponibili sono senza dubbio gli estratti di Palmetto della Florida (*saw palmetto*, noto come *Serenoa repens*). La *Serenoa repens* è un estratto n-esano lipidosterolico ricavato dalle bacche della palma nana che possiedono attività antiandrogene, antinfiammatorie e antiproliferative proapoptotiche. In una recente meta-analisi Cochrane ha messo a confronto tutti gli studi randomizzati disponibili in letteratura

ra volti a comparare i differenti estratti di *Serenoa repens* presenti in commercio, dimostrando nessun vantaggio con l'assunzione di *Serenoa repens* rispetto al placebo in termini di miglioramento dei sintomi urinari espressi tramite il questionario IPSS e dei valori di Qmax. (28) Recentemente è stato pubblicato un nuovo trial randomizzato multicentrico, che ha valutato l'efficacia di uno specifico estratto di *Serenoa repens* prodotto dalla Rottapharm/Madaus, il Prosta-Urgenin Uno°. Nello studio, Prosta-Urgenin Uno° è stato assunto da circa 400 pazienti, per un periodo di 72 settimane, con dosi scalari sino a 960 ng/d. Anche questo studio ha dimostrato che Prosta-Urgenin Uno° non è più efficace del placebo nel migliorare i sintomi del paziente valutati con l'AUA Symptom Index anche dopo 72 settimane di trattamento, riconfermando i risultati della meta-analisi Cochrane. (29) Sulla scorta di tali dati, sia le linee guida EAU che quelle AUA non ritengono di poter raccomandare l'uso dei fitoterapici nel LUTS. (3,4) Tuttavia, sembra assodato che differenze significative esistono tra i diversi preparati in commercio in termini di concentrazioni di acidi grassi liberi, esteri metilici ed etilici, esteri a lunga catena e gliceridi nei 14 brand di *Serenoa repens* disponibili, confermando notevoli differenze di composizione tra gli estratti. (30) Tali differenze si rispecchierebbero in una diversa efficacia in vitro dei diversi estratti nell'inibire la 5-alfa reduttasi di diversi lotti. (31) La rilevanza clinica di tali dati, tuttavia, non è al momento chiara.

Inibitori delle fosfodiesterasi-5

I PDE5-I (sildenafil, tadalafil, vardenafil) sono indicati per il trattamento al bisogno o per uso giornaliero della disfunzione erettile (DE). Dati epidemiologici suggeriscono come LUTS e DE siano due condizioni spesso co-presenti nei pazienti adulti (Figura 1). Il Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7) ha, infatti, dimostrato come circa il 50% dei pazienti cinquantenni con LUTS moderati o severi presentino una concomitante disfunzione erettile e che tali percentuali sono ancora più elevate nei pazienti sessantenni e settantenni. (32) Per questo ampio numero di pazienti i PDE5-I potrebbero costituire un valido strumento per trattare entrambe le condizioni e, tra i vari farmaci disponibili, il tadalafil per la sua lunga emivita (17.5 ore) si presta meglio degli altri a tale uso in monosomministrazione. Il meccanismo di azione di tali farmaci nei pazienti con LUTS non è ancora completamente chiarito. Tuttavia, la fosfodiesterasi-5 è presente nella vescica, nella prostata, nell'uretra e nei vasi sanguigni di questi organi. L'incrementato rilasciamento della muscolatura liscia di questi organi e la vasodilatazione, effetto dell'azione di questi farmaci sulla concentrazione del guanosin monofosfato, possono essere responsabili di questi effetti. Si è dimostrato, infatti, che il monossido di azoto (NO) è in grado di mediare e influenzare le funzioni urinarie mediante numerose vie. (33,34) Pertanto i PDE5-I, aumentando la produzione di guanosina monofosfato ciclico, ossia il mediatore finale nella via del NO, sono considerati una terapia potenzialmente in grado di migliorare i LUTS suggestivi di IPB (IPB-LUTS) (Figura 2). Egerdie et al. hanno valutato l'assunzione di tadalafil 5mg/die su analizzando i pazienti per fasce di età. Per i pazienti di età ≤65 anni rispetto ai soggetti di età >65 anni, le variazioni dal basale all'endpoint non sono state significativamente differenti tra i due sottogruppi in termini di punteggio IPSS totale (-0,86 ± 1,05 per il sottogruppo più anziano vs. -2,25 ± 0,81 per il sottogruppo più giovane) né per il dominio FE dell'IIEF (4,89 ± 1,07 per il sottogruppo più anziano vs. 4,65 ± 0,86 per il sottogruppo più giovane). Per i pazienti di età <75 anni rispetto ai soggetti di età ≥75 anni, le variazioni dal basale all'endpoint non sono state statisticamente significative tra i due sottogruppi in termini di punteggio IPSS totale (-2,31 ± 1,76 per il sottogruppo più anziano vs. -2,37 ± 0,62 per il sottogruppo più giovane). Tuttavia, la sottopopolazione più anziana ha mostrato miglioramenti del dominio DE dell'IIEF significativamente maggiori rispetto alla popolazione più giovane (8,09 ± 1,98 per i soggetti di età ≥75 anni vs. 4,33 ± 0,70 per i soggetti di età <75 anni; p = 0,046). (35)

Numerosi altri studi hanno recentemente dimostrato interessanti effetti clinici di questi farmaci nei pazienti con LUTS. (36) McVary et al sono stati i primi a dimostrare in un trial randomizzato che la som-

ministrazione di sildenafil 50 mg bedtime o un'ora prima dei rapporti sessuali era significativamente più efficace del placebo nel migliorare lo score IPSS (-6.32 vs -1.93, p <0.0001), e l'IPSS quality-of-life score (-0.97 vs -0.29, p <0.0001) nei pazienti con LUTS e deficit erettile concomitante, senza, tuttavia, modificare il Qmax dei pazienti. (37) Stief et al hanno valutato l'efficacia di vardenafil 10 mg o placebo in pazienti con LUTS di grado moderato grave, dimostrando che 8 settimane di trattamento con il farmaco erano significativamente più efficaci del placebo nel ridurre l'IPSS (-5.9 vs -3.6, p = 0.0013). (38) Analogamente, McVary et al hanno dimostrato che 12 settimane di trattamento con tadalafil (6 settimane a 5 mg + 6 settimane a 20 mg) è più efficace del placebo nel ridurre l'IPSS (-7.1 vs -4.5). (39) Successivamente, Roehrborn et al in un ampio studio comprendente oltre 1000 pazienti affetti LUTS sono stati trattati con tadalafil 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg o placebo, identificando il dosaggio di 5 mg once a day come il dosaggio con miglior associato ai maggior benefici. (40) L'ampia varietà di studi randomizzati disponibili è stata recentemente sottoposta a meta-analisi da Liu et al che hanno dimostrato come i PDE5-I siano in grado di ridurre efficacemente lo score IPSS rispetto al placebo (weight mean difference [WMD] -2.6; 95% confidence interval [CI] -3.1 - -2.1; p <0.0001) sia in pazienti affetti solo da LUTS che in misura analoga in pazienti con concomitante deficit erettile. (41) Tuttavia, rispetto al placebo, tali farmaci non sono in grado di migliorare il Qmax dei pazienti (WMD 0.21; 95% CI: -0.21 - 0.64; p = 0.32) né il residuo postmizionale (WMD -0.1; 95% CI: -4.7 - 4.89; p = 0.97). Per quanto riguarda gli eventi avversi, la stessa meta-analisi ha dimostrato che il rischio di eventi avversi è certamente maggiore che con placebo (37.31% vs 24.03%; relative risk [RR]: 1.87; 95% CI 1.31-2.68; p = 0.0005), sebbene il rischio di eventi avversi gravi sia risultato estremamente basso (sildenafil 1%, tadalafil 1.1%, vardenafil 1.8%) e simile a quello del placebo (RR: 0.52; 95% CI: 0.25-1.1; p = 0.07). Gli eventi avversi comunemente riferiti (da ≥2% dei pazienti) tra i soggetti che hanno assunto tadalafil 5 mg/die sono stati simili indipendentemente dalla fascia di età e sono stati cefalea, lombalgia, capogiri e rinofaringite. Inoltre, non sono state osservate particolari differenze tra la percentuale di soggetti anziani e quella di soggetti più giovani che hanno mostrato variazioni clinicamente significative nella pressione arteriosa sistolica, nella pressione arteriosa diastolica e nella frequenza cardiaca. (42) Sulla base di tali dati, tadalafil 5 mg è stato recentemente approvato negli uomini per il trattamento del LUTS. Al momento attuale, sono disponibili evidenze di qualità inferiore in merito all'associazione tra PDE5-I ed α-litici. Nel dettaglio, due piccoli studi randomizzati hanno valutato l'associazione alifuzosina-tadalafil e Tamsulosin + Tadalafil ma il limitato numero di pazienti arruolati non ha consentito di ottenere conclusioni definitive sull'efficacia di queste combinazioni. (43,44)

Recentemente, Oelke et al hanno riportato il primo trial randomizzato in cui tadalafil 5 mg è stato comparato con tamsulosina 0.4 mg o placebo in 511 pazienti con IPSS >13 e Qmax ≥4 ml/sec e ≤15 ml/sec. Nello studio, sono stati riconfermati significativi miglioramenti di IPSS totale (tadalafil -6.3 vs tamsulosina -5.7 vs placebo -4.2), IPSS voiding subscore (tadalafil -4.1 vs tamsulosina -3.5 vs placebo -2.6) e di IPSS quality-of-life score (tadalafil -1.3 vs tamsulosina -1.1 vs placebo -1.0) rispetto al placebo, miglioramenti di entità simile a quella riportata con tamsulosina. (45)

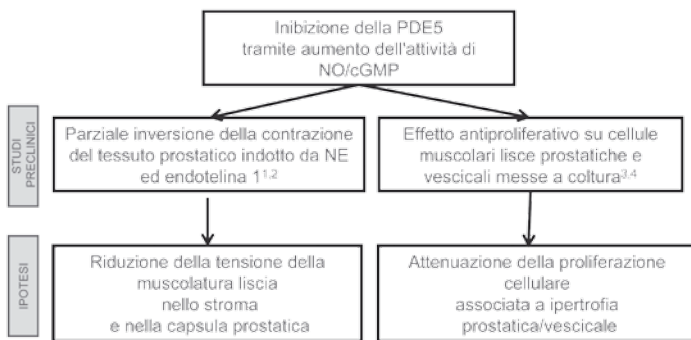
In conclusione, in base ai dati clinici disponibili, i PDE5-I in generale e, maggiormente, il tadalafil 5 mg, in virtù delle sue caratteristiche farmacocinetiche, sembrano essere un trattamento valido per i LUTS, essendo in grado di migliorare significativamente la sintomatologia del paziente, senza impattare sulle performance urodinamiche. Tali farmaci sono associati a scarsi, e già noti effetti collaterali. Inoltre, consentono di fornire un trattamento valido per tutti i pazienti affetti da LUTS e deficit erettile, come pure per tutti i pazienti con LUTS che non vogliono affrontare il rischio di disfunzione erettile od eiaculazione associata con i 5ARI, con gli α-litici o con la loro combinazione. Tuttavia, per quanto noto, attualmente tale categoria di farmaci sembra migliorare la sintomatologia senza agire sul versante progressione,

come, invece, i 5ARI.

Conclusioni

Il trattamento dei LUTS ha a disposizione numerosi presidi farmacologici di provata efficacia clinica sia per migliorare i sintomi che per ridurre il rischio di complicanze e di trattamenti invasivi. Nel complesso, tali trattamenti sono ben tollerati, sebbene la disfunzione erettile ed eiaculatoria rappresenti, specialmente nei pazienti più giovani o in coloro che ne sono già affetti, una problematica di sicura rilevanza. L'attuale disponibilità dei PDE5-I (ed in special modo del tadalafil 5 mg) mette a disposizione una nuova linea per il trattamento di tutti quei pazienti che non trovano valida una soluzione nei trattamenti classici, o nei pazienti anziani in cui la DE rappresenta una frequente associazione.

PDE5 inibitori e LUTS: razionale



Relazione tra LUTS e Deficit erettivo nell'anziano



Bibliografia

- Rittmaster RS, Norman RW, Thomas LN, et al. Evidence for atrophy and apoptosis in the prostates of men given finasteride. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:814-819.
- Naslund MJ, Miner M. A review of the clinical efficacy and safety of 5α-reductase inhibitors for the enlarged prostate. *Clin Ther* 2007; 29:17-25.
- M. Oelke, A. Bachmann, A. Descazeaud, M. Emberton, S. Gravas, M.C. Michel, J. N'Dow, J. Nordling, J.J. de la Rosette. Guidelines on the management of male lower urinary tract symptoms (LUTS), incl. benign prostatic obstruction (BPO). http://www.uroweb.org/gls/pdf/12_Male_LUTS_after%20corrections.pdf
- Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia (BPH) [http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinical-guidelines/main-reports/bph-management/chap_1_GuidelineManagementof\(BPH\).pdf](http://www.auanet.org/content/clinical-practice-guidelines/clinical-guidelines/main-reports/bph-management/chap_1_GuidelineManagementof(BPH).pdf)
- Brown CT, Yap T, Cromwell DA, Rixon L, Steed L, Mulligan K, Mundy A, Newman SP, van der Meulen J, Emberton M. Self-management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 Jan 6;334(7583):25
- Cornu JN, Cussenot O, Haab F, Lukacs B. A widespread population study of actual medical management of lower urinary tract symptoms related to benign prostatic hyperplasia across Europe and beyond official clinical guidelines. *Eur Urol*. 2010 Sep;58(3):450-6.
- Schilit S, Benzeroual KE. Silodosin: a selective α1A-adrenergic receptor antagonist for the treatment of benign prostatic hyperplasia *Clin Ther*. 2009;31:2489-2502.
- Kawabe K, Yoshida M, Homma Y, Silodosin Clinical Study Group. Silodosin, a new alpha 1A-adrenoceptor-selective antagonist for treating benign prostatic hyperplasia: results of a phase III randomized, placebo-controlled, double-blind study in Japanese men. *BJU Int* 2006;98:1019-24.
- Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E, Fernández Fernández E; on behalf of the European Silodosin Study Group. Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia: results of an international, randomized, double-blind, placebo and active-controlled clinical trial performed in Europe. *Eur Urol* 2011; 59: 342-52.
- Nickel JC, Gilling P, Tammela TL, Morrill B, Wilson TH, Rittmaster RS. Comparison of dutasteride and finasteride for treating benign prostatic hyperplasia: the Enlarged Prostate International Comparator Study (EPICS). *BJU Int*. 2011; 108:388-94.
- Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, Imperato-McGinley J, Walsh PC, McConnell JD, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. *The New England Journal of Medicine* 1992;327:1185-91.
- The Finasteride Study Group. Finasteride (MK-906) in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *The Prostate* 1993;22:291-9.
- Byrnes CA, Morton AS, Liss CL, Lippert MC, Gillenwater JY on behalf of the CUSP investigators. Efficacy, tolerability, and effect on health-related quality of life of finasteride versus placebo in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: a community-based study. *Clinical Therapeutics* 1995;17: 956-69.
- Roehrborn CG, Boyle P, Nickel JC, Hoefner K, Andriole G; ARIA3001 ARIA3002 and ARIA3003 Study Investigators. Efficacy and safety of a dual inhibitor of 5-alpha-reductase types 1 and 2 (dutasteride) in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology*. 2002; 60:434-41.
- Tacklind J, Fink HA, Macdonald R, Rutks I, Wilt TJ. Finasteride for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Oct 6;(10):CD006015. doi: 10.1002/14651858.CD006015.pub3.
- McConnell JD, Bruskewitz R, Walsh P, et al. The effect of finasteride on the risk of acute urinary retention and the need for surgical treatment among men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1998;338: 557-63.

- 17 Lepor H, Williford WO, Barry MJ, Brawer MK, Dixon CM, Gormley G, Haakenson C, Machi M, Narayan P, Padley RJ. The efficacy of terazosin, finasteride, or both in benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1996;335:533-9
- 18 Kirby RS, Roehrborn C, Boyle P, Bartsch G, Jardin A, Cary MM, Sweeney M, Grossman EB; Prospective European Doxazosin and Combination Therapy Study Investigators. Efficacy and tolerability of doxazosin and finasteride, alone or in combination, in treatment of symptomatic benign prostatic hyperplasia: the Prospective European Doxazosin and Combination Therapy (PREDICT) trial. *Urology* 2003;61:119-26.
- 19 McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, Lepor H, McVary KT, Nyberg LM Jr, Clarke HS, Crawford ED, Diokno A, Foley JP, Foster HE, Jacobs SC, Kaplan SA, Kreder KJ, Lieber MM, Lucia MS, Miller GJ, Menon M, Milam DF, Ramsdell JW, Schenkman NS, Slawin KM, Smith JA; Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med*. 2003 Dec 18;349(25):2387-98.
- 20 Crawford ED, Wilson SS, McConnell JD, Slawin KM, Lieber MC, Smith JA, Meehan AG, Bautista OM, Noble WR, Kusek JW, Nyberg LM, Roehrborn CG; MTOPS RESEARCH Group. Baseline factors as predictors of clinical progression of benign prostatic hyperplasia in men treated with placebo. *J Urol*. 2006;175:1422-6
- 21 Kaplan SA, McConnell JD, Roehrborn CG, Meehan AG, Lee MW, Noble WR, Kusek JW, Nyberg LM Jr; Medical Therapy of Prostatic Symptoms (MTOPS) Research Group. Combination therapy with doxazosin and finasteride for benign prostatic hyperplasia in patients with lower urinary tract symptoms and a baseline total prostate volume of 25 ml or greater. *J Urol*. 2006;175: 217-20.
- 22 Roehrborn CG, Siami P, Barkin J, Damião R, Major-Walker K, Nandy I, Morrill BB, Gagnier RP, Montorsi F; CombAT Study Group. The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. *Eur Urol*. 2010; 57:123-31.
- 23 NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12984/48557/48557.pdf>
- 24 Novara G, Galfano A, Secco S, D'Elia C, Cavalleri S, Ficarra V, Artibani W. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with antimuscarinic drugs for overactive bladder. *Eur Urol*. 2008; 54:740-63.
- 25 Novara G, Galfano A, Ficarra V, Artibani W. Anticholinergic drugs in patients with bladder outlet obstruction and lower urinary tract symptoms: A systematic review. *Eur Urol*. 2006;50: 675-83.
- 26 Kaplan SA, Roehrborn CG, Rovner ES, Carlsson M, Bavendam T, Guan Z. Tolerodine and tamsulosin for treatment of men with lower urinary tract symptoms and overactive bladder: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 296:2319-28.
- 27 Chapple C, Herschorn S, Abrams P, Sun F, Brodsky M, Guan Z. Tolerodine treatment improves storage symptoms suggestive of overactive bladder in men treated with alpha-blockers. *Eur Urol*. 2009; 56:534-41.
- 28 Tacklind J, MacDonald R, Rutks I, Wilt TJ. Serenoa repens for benign prostatic hyperplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD001423. DOI: 10.1002/14651858.CD001423.pub2.
- 29 Barry MJ, Meleth S, Lee JY, Kreder KJ, Avins AL, Nickel JC, Roehrborn CG, Crawford ED, Foster HE Jr, Kaplan SA, McCullough A, Andriole GL, Naslund MJ, Williams OD, Kusek JW, Meyers CM, Betz JM, Cantor A, McVary KT; Complementary and Alternative Medicine for Urological Symptoms (CAMUS) Study Group. Effect of increasing doses of saw palmetto extract on lower urinary tract symptoms: a randomized trial. *JAMA*. 2011; 306:1344-51.
- 30 Habib FK, Wyllie MG. Not all brands are created equal: a comparison of selected components of different brands of Serenoa repens extract. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. 2004; 7:195-200.
- 31 Scaglione F, Lucini V, Pannacci M, Caronno A, Leone C. Comparison of the potency of different brands of Serenoa repens extract on 5alpha-reductase types I and II in prostatic co-cultured epithelial and fibroblast cells. *Pharmacology*. 2008; 82:270-5.
- 32 Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Puppo P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). *Eur Urol*. 2003; 44: 637-49.
- 33 Roehrborn CG. Lower urinary tract symptoms, benign prostatic hyperplasia, erectile dysfunction, and phosphodiesterase-5 inhibitors. *Rev Urol*. 2004; 6 :121-127.
- 34 Andersson K-E, de Groat WC, McVary KT, et al. Tadalafil for the treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: pathophysiology and mechanism(s) of action. *Neurourol Urodyn*. 2011;30: 292-301.
- 35 Egerdie RB, Auerbach S, Roehrborn CG, et al. Tadalafil 2.5 or 5 mg administered once daily for 12 weeks in men with both erectile dysfunction and signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: results of a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *J Sex Med*. 2012; 9: 271-281.
- 36 Martínez-Salamanca JJ, Carballido J, Eardley I, Giuliano F, Gratzke C, Rosen R, Salonia A, Stief C. Phosphodiesterase type 5 inhibitors in the management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms: critical analysis of current evidence. *Eur Urol*. 2011; 60: 527-35.
- 37 McVary KT, Monnig W, Camps JL Jr, et al. Sildenafil citrate improves erectile function and urinary symptoms in men with erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia: a randomized, double-blind trial. *J Urol*. 2007; 177: 1071-1077.
- 38 Stief CG, Porst H, Neuser D, Beneke M, Ulbrich E. A randomised, placebo-controlled study to assess the efficacy of twice-daily vardenafil in the treatment of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol*. 2008; 53: 1236-44.
- 39 McVary KT, Roehrborn CG, Kaminetsky JC, Auerbach SM, Wachs B, Young JM, Esler A, Sides GD, Denes BS. Tadalafil relieves lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol*. 2007; 177: 1401-7.
- 40 Roehrborn CG, McVary KT, Elion-Mboussa A, Viktrup L. Tadalafil administered once daily for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: a dose finding study. *J Urol*. 2008; 180: 1228-34.
- 41 Liu L, Zheng S, Han P, Wei Q. Phosphodiesterase-5 inhibitors for lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. *Urology*. 2011; 77: 123-9.
- 42 Porst H, Kim ED, Casabé AR, Mirone V, Secrest RJ, Xu L, Sundin DP, Viktrup L; LVHJ study team. Efficacy and safety of tadalafil once daily in the treatment of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: results of an international randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*. 2011; 60: 1105-13
- 43 Liguori G, Trombetta C, De Giorgi G, Pomara G, Maio G, Vecchio D, Ocello G, Ollandini G, Bucci S, Belgrano E. Efficacy and safety of combined oral therapy with tadalafil and alfuzosin: an integrated approach to the management of patients with lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. Preliminary report. *J Sex Med*. 2009; 6: 544-52.
- 44 Bechara A, Romano S, Casabé A, Haime S, Dedola P, Hernández C, Rey H. Comparative efficacy assessment of tamsulosin vs. tamsulosin plus tadalafil in the treatment of LUTS/BPH. Pilot study. *J Sex Med*. 2008; 5: 2170-8.
- 45 Oelke M, Giuliano F, Mirone V, Xu L, Cox D, Viktrup L. Monotherapy with tadalafil or tamsulosin similarly improved lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in an international, randomised, parallel, placebo-controlled clinical trial. *Eur Urol*. 2012;61: 917-25.



9° Congresso Nazionale A.G.E.

Napoli, 6/9 Marzo 2013
Centro Congressi Hotel Ramada Naples

La Geriatria che vorrei...

PROGRAMMA LA TUA AGENDA 2013:
ecco un appuntamento da non perdere

L'intenzione è stata quella di partire dal basso con l'obiettivo di creare un Convegno utile e fruibile, oltre che rappresentativo di una parte della scienza geriatrica che sta così difficilmente, ma anche tanto tenacemente, inseguendo una sua modellistica organizzativa e culturale.

Abbiamo voluto cercare di rappresentare i bisogni percepiti da questa categoria che si sta affermando nel campo della Geriatria moderna. Per questo abbiamo compiuto lo sforzo di produrre un libro e cercheremo di dare i messaggi finali in ogni relazione del congresso.

La scienza Geriatrica è certamente una e indivisibile in senso culturale, ma ormai le sovrastrutture organizzative richiedono modi, spazi e tempi individualizzati alle singole professionalità. Assistere un malato geriatrico sul territorio (dagli ambulatori alle strutture residenziali) richiede tempi e modi diversi da quelli in acuzie, richiede una specifica competenza.

Quest'appuntamento vuole iniziare a essere una tappa indispensabile per la formazione del Geriatra Territoriale moderno, che richiede temi pratici, spendibili nell'attività quotidiana e un aggiornamento approfondito e peculiare su temi d'interesse specifico del suo operare.

Si è optato per affidare a singoli team l'organizzazione delle sessioni, questo per responsabilizzare al meglio i gruppi ed i più giovani tra di noi che ci sostituiranno nel futuro: imparare, formare e decidere insieme.

La partecipazione dovrà, da oggi ai futuri impegni collettivi, essere attiva e non solo caratterizzata dall'esserci, ma esserci per partecipare.

Un Congresso pensato per chi ci sarà e non più di chi lo organizza ... Non una vacanza congressuale, ma un momento di scambio reale dei nostri saperi ...

Così pensiamo di aiutare il cambiamento e la rinascita della società scientifica AGE, Abbiamo questa ambizione, ma abbiamo anche la necessità dell'aiuto e del supporto di tutti i Geriatri.

Alberto Cester e Salvatore Putignano

Segreteria organizzativa :

Concerto Srl

Email: age@concertosrl.net

Tel: 081.19569195 - Fax: 081.2140448

BACHECA

a cura di Salvatore Vescio

- **IX CONGRESSO NAZIONALE AGE “LA GERIATRIA CHE VORREI...”**
06-09 marzo 2013 Napoli
- **CORSO DI II LIVELLO “ELETTROCARDIOGRAFIA CLINICA DEDUTTIVA”**
2 marzo 2013 Castelnuovo sul Garda (Parc Hotel Paradiso e golf resort)
13 aprile 2013 Aprilia
- **XIII CONGRESSO NAZIONALE AIP**
18-28 aprile 2013 Gardone Riviera
- **XXVII CONGRESSO NAZIONALE SIGOT “LA GERIATRIA OSPEDALIERA E LA SFIDA DELLA FRAGILITÀ”**
08-11 maggio 2013 Palermo
- **CONVEGNO REGIONALE SIGOT “LA GERIATRIA PER LA SALUTE DEGLI ANZIANI”**
8 giugno 2013 Sassari
- **58° CONGRESSO NAZIONALE SIGG**
27-30 novembre 2013 Torino

“Quando in Africa muore un vecchio, è una biblioteca che brucia”

Amadou Hampatè Ba

I COLLEGHI DELLE SEDI REGIONALI, INTERESSATI A SEGNALARE CORSI, CONGRESSI, AGGIORNAMENTI E RECENSIONI DI LIBRI SONO PREGATI DI INVIARE TALI INFORMAZIONI, ALMENO SEI MESI PRIMA DELL' EVENTO A:
SALVATORE VESCIO - E-mail: paolane@tin.it