

72°

CONGRESSO NAZIONALE FIMMG - METIS
MEDICINA DI FAMIGLIA: CAMBIARE PER MANTENERE I PROPRI VALORI



**PERCORSI SIMPeSV PER UN
AMBULATORIO DEGLI STILI DI VITA:**

APPROCCIO ALLE PATOLOGIE CRONICHE

LE MALATTIE CRONICHE E LA MEDICINA GENERALE

Gallieno Marri

SIMP
eSV

Società Italiana
di Medicina di Prevenzione
e degli Stili di Vita

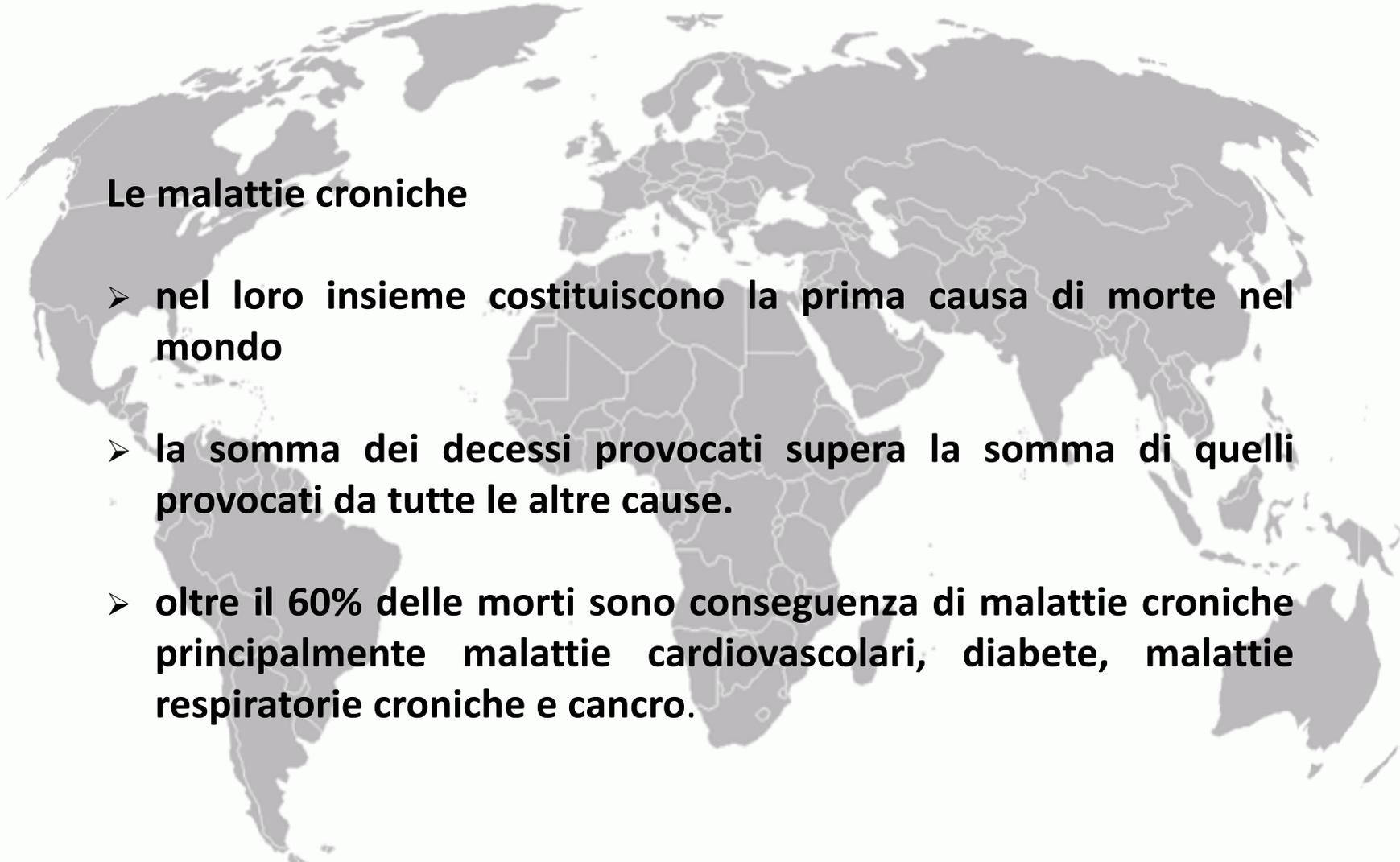
3/8 Ottobre 2016

Complesso Chia Laguna
Domus de Maria (CA)

Malattie croniche, definizione dell'OMS

“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”.





Le malattie croniche

- **nel loro insieme costituiscono la prima causa di morte nel mondo**
- **la somma dei decessi provocati supera la somma di quelli provocati da tutte le altre cause.**
- **oltre il 60% delle morti sono conseguenza di malattie croniche principalmente malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e cancro.**





Le malattie croniche sono malattie non trasmissibili ma per la loro diffusione hanno raggiunto dimensioni epidemiche.

La popolazione mondiale sta globalmente invecchiando per cui le malattie croniche avranno un impatto sempre maggiore sulla salute e incideranno maggiormente sulle popolazioni o sulle classi sociali economicamente svantaggiate.

Intervenire sui fattori di rischio modificabili può essere un'arma vincente contro tutte le patologie siano esse acute o croniche



L'OMS ritiene fattori di rischio modificabili comuni

- alimentazione scorretta
- mancanza di attività fisica
- consumo di tabacco

e fattori di rischio intermedi

- ipertensione arteriosa
- glicemia elevata
- anomalie lipidiche del sangue
- sovrappeso/obesità

a questi va aggiunto l'elevato consumo di alcol.



Alimentazione scorretta

- un consumo inadeguato di frutta e verdura aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e di malattie neoplastiche, in particolare dello stomaco e del colon-retto
- un consumo elevato di grassi saturi e acidi grassi insaturi è stato messo in relazione con l'insorgenza di malattie cardiache
- un elevato consumo di sale, cosa che si riscontra nella maggior parte delle popolazioni, deve essere ritenuto un importante fattore di rischio per l'ipertensione arteriosa e le malattie cardiovascolari
- la globalizzazione ha determinato l'adozione di stili di vita scorretti in popolazioni economicamente svantaggiate con conseguente aumento dei fattori di rischio a essa collegati



Manca di attività fisica

- nelle persone che svolgono una insufficiente attività fisica si riscontra un incremento tra il 20% e il 30% del rischio di mortalità per tutte le cause; oltre 3 milioni di morti ogni anno vengono attribuite all'inattività fisica
- il rischio di malattie cardiovascolari, ipertensione compresa, di diabete, di tumore del seno e del colon e di depressione, si riduce nei soggetti che svolgono un'attività fisica regolare
- l'insufficiente attività fisica raggiunge i livelli più elevati nei Paesi ad alto reddito



Consumo di tabacco

- il fumo attivo e passivo è la causa di morte di circa 6 milioni di persone ogni anno
- il fumo è ritenuto responsabile del 71% dei tumori del polmone, del 42% delle malattie respiratorie croniche e del 10% delle malattie cardiovascolari
- l'incidenza più alta del fumo tra gli uomini si registra nei Paesi a reddito medio-basso, mentre per il totale della popolazione la prevalenza del fumo è più alta nei Paesi a reddito medio-alto



Ipertensione arteriosa



- è uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari
- è ritenuta responsabile di 7,5 milioni di decessi ogni anno nel mondo, circa il 12,8% del totale
- La prevalenza dell'ipertensione presenta valori simili per tutte le fasce di reddito



Glicemia elevata

- in Italia circa 27.000 persone fra i 20 e i 79 anni muoiono ogni anno a causa del diabete con un probabile incremento dell'1,2% annuo
- riduce l'aspettativa di vita di 5-10 anni
- dal 60% all'80% delle persone affette da diabete muoiono a causa di malattie cardiovascolari
- il 30-40% dei diabetici di tipo 1 e il 5-10% di quelli tipo 2 sviluppano insufficienza renale terminale dopo 25 anni di malattia





Anomalie lipidiche del sangue

l'ipercolesterolemia è responsabile dell'incremento del rischio di malattie cardiovascolari e di ictus

viene considerata la causa di 2.6 milioni di decessi l'anno

l'ipercolesterolemia raggiunge valori più elevati nei Paesi ad alto reddito



Sovrappeso/obesità

- il rischio di malattie cardiache, ictus e diabete aumenta progressivamente con l'incremento dell'indice di massa corporea e il valore della circonferenza vita
- anche l'aumento del rischio di insorgenza di alcuni tumori è riconducibile al sovrappeso/obesità
- almeno 2,8 milioni di persone muoiono ogni anno come risultato di una condizione di sovrappeso o obesità
- la prevalenza del sovrappeso/obesità è maggiore nei Paesi a reddito medio-alto



Elevato consumo di alcol



- nel mondo più di 2 milioni di persone muoiono ogni anno a causa dell'eccessivo consumo di bevande alcoliche
- oltre il 50% di queste morti è dovuta a malattie neoplastiche, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica
- il maggiore consumo pro-capite di alcol negli adulti si registra nei Paesi a livello di reddito alto e medio-alto



In Italia alle malattie croniche va attribuito il 92% dei decessi totali registrati



I costi delle malattie croniche raggiungono il 70-80% del budget totale che i Paesi dell'Unione Europea spendono per la salute, con aggravii difficilmente quantificabili, anche per le singole famiglie che impiegano importanti risorse per la cura e le attenzioni ai loro malati



Gli interventi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia razionale, possono avere importanti ricadute sulla salute generale della popolazione e sul Sistema Sanitario

Come attuare questi interventi di contrasto al fenomeno delle malattie croniche?



71° Congresso Nazionale

Nell'attuale quadro socioeconomico, la soluzione per la gestione delle malattie croniche e dell'invecchiamento della popolazione può solo essere quella che Fimmg ha da sempre indicato:

- la Medicina Generale, organizzata in aggregazioni, attrezzata, coadiuvata da figure professionali che a essa facciano capo e rispondano
- che sia cardine della cura e dell'assistenza

D. Alesso





Punti di forza della Medicina Generale

La prossimità con l'assistito consente di:

- individuare le persone a rischio, attraverso criteri di conoscenza diretta
- promuovere controlli mirati
- praticare una medicina di iniziativa con programmazione personalizzata
- garantire accessibilità per i cittadini in ogni condizione
- migliorare l'aderenza alle cure

D. Alesso



Le azioni e gli interventi del MMG devono contribuire a migliorare gli stili di vita degli assistiti mediante lo stimolo di un processo di empowerment individuale



L'empowerment è “la conquista della consapevolezza di sé e del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni, sia nell'ambito delle relazioni personali sia in quello della vita politica e sociale”



Una comunicazione efficace è fondamentale perché medico e paziente condividano delle scelte

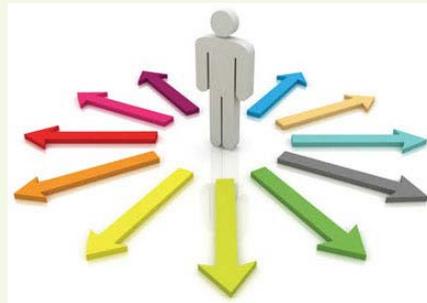


L'empowermen e il counselling, mirati al miglioramento degli stili di vita, favoriscono l'adesione ai programmi di prevenzione o di riduzione dei fattori di rischio delle malattie croniche



Il counselling

- attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente/assistito, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta
- consulenza all'interno di relazione di aiuto



La consulenza

- intervento per il quale intervengono le competenze specifiche di un professionista

La relazione di aiuto

- un processo nel quale un soggetto attraverso l'offerta di tempo, di attenzione e di rispetto, talvolta col sostegno di specifiche metodologie, aiuta un altro in difficoltà a ritrovare risorse e modi per gestire al meglio la sua esistenza



SOVRAPPESO/OBESITÀ, ALIMENTAZIONE SCORRETTA



Occorre impostare una Rete Assistenziale che con setting multipli preveda:

- la gestione ambulatoriale a lungo termine
- la riabilitazione intensiva-semiresidenziale e residenziale indirizzata a:
 - stati gravi di malnutrizione per eccesso (o per difetto)
 - fasi di instabilità e scompenso delle comorbidità e psichiatriche
- correzione stabile dello stile di vita (mirata, in particolare, su alimentazione e attività fisica)



Rete assistenziale

- 1°livello: medicina generale e SIAN
- 2°livello: ambulatorio specialistico in rete interdisciplinare
- 3°livello: day hospital (diagnostico/terapeutico-riabilitativo)
day service, centro diurno
- 4°livello: riabilitazione intensiva residenziale
riabilitazione psichiatrica (incluse le comunità terapeutico-riabilitative)
- 5° livello: ricoveri H24

LM. Donini, E. Alonzo, G. Cairella, D. Campisi, MG. Carbonelli, V. Carreri, M. Cuzzolaro, AP. D'Ingianna, L. Lucchin, G. Marri, W. Marrocco, A. Pizzini, V. Pontieri, G. Spera, G. Ugolini





<http://alimentazione.fimmg.org/>



http://alimentazione.fimmg.org/dieta_online.html



DIABETE MELLITO

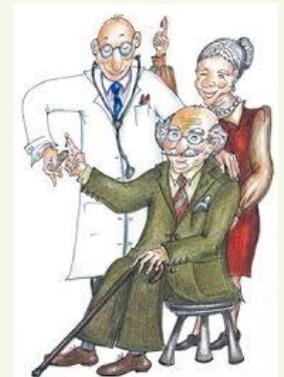
È tra le prime patologie che hanno avuto un trattamento multidisciplinare

Impossibilità per il MMG di prescrizione dei farmaci di più recente immissione in commercio

Il MMG impegnato non uniformemente sul territorio nazionale per via delle diverse realtà sanitarie regionali

Nel sito Fimmg Alimentazione, è presente il Progetto Diabetico Anziano per il trattamento di questo particolare paziente

“Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016”



ABITUDINE TABAGICA



Il fumo tabacco è il principale fattore di rischio modificabile per BPCO e tumori del polmone

L'abitudine tabagica determina dipendenza e come tutte le dipendenze è di difficile risoluzione

Il SSN mette a disposizione dei fumatori che desiderano smettere di fumare diversi centri antifumo, ma anche il MMG può intervenire in questo senso a favore del proprio assistito



TEST DI FAGERSTROM

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0
Punteggio totale 0-2 = livello di dipendenza lieve		
Punteggio totale 3-4 = livello di dipendenza media		
Punteggio totale 5-6 = livello di dipendenza forte		
Punteggio totale 7-10 = livello di dipendenza molto forte		



QUESTIONARIO MOTIVAZIONALE DI MONDOR

Ho deciso di presentarmi spontaneamente	2
Ho già smesso di fumare per più di una settimana	1
Attualmente non ho problemi sul lavoro	1
Attualmente non ho problemi sul piano familiare	1
Mi voglio liberare da questa schiavitù	2
Pratico dello sport / ho intenzione di praticarlo	1
Voglio raggiungere una forma fisica migliore	1
Voglio curare il mio aspetto fisico	1
Sono incinta / mia moglie è incinta	1
Ho dei bambini piccoli	2
Attualmente sono di buonumore	2
Di solito porto a termine quello che intraprendo	1
Sono di temperamento calmo e disteso	1
Il mio peso è abitualmente stabile	1
Voglio migliorare la qualità della mia vita	2

Possibilità di smettere			
Scarsa	Discreta	Buona	Ottima
<6	6-12	13-16	>16



COUNSELING DELLE 5 A

Brevi strategie per aiutare il paziente intenzionato a smettere	
1. CHIEDERE (<u>A</u> sk)	Identificare sistematicamente ogni fumatore a ogni visita. <i>Realizzare un servizio a livello di sistema che assicuri che a OGNI paziente a OGNI visita sia indagata e documentata la condizione tabagica.</i>
2. CONSIGLIARE (<u>A</u> dvice)	Stimolare fermamente tutti i fumatori a smettere. <i>Stimolare in modo chiaro, fermo e personalizzato ogni fumatore a smettere.</i>
3. VALUTARE (<u>A</u> ssess)	Determinare la <u>volonta</u> di fare un tentativo di cessazione. <i>Chiedere a ogni fumatore se vuole fare un tentativo di cessazione in quel momento (per esempio entro i prossimi 30 giorni).</i>
4. ASSISTERE (<u>A</u> ssist)	Aiutare il paziente a smettere. <i>Aiutare il paziente con un intervento di cessazione; offrire consigli pratici; fornire supporto sociale intra-trattamento; aiutare il paziente a ottenere supporto sociale extra-trattamento; raccomandare l'utilizzo di terapia farmacologica approvata tranne particolari circostanze; fornire materiale di supporto</i>
5. ORGANIZZARE (<u>A</u> rrange)	Programmare un contatto di follow-up. <i>Programmare un contatto di follow-up sia personalmente che per telefono.</i>



POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE DISPONIBILI

Prodotto	Dosaggio	Durata trattamento
Nicotina cpr sub.li (2- 4 mg)	8-12 die fum. leggeri- 16-24 die fum. forti non superare le 30 cpr/die	12 settimane poi riduzione graduale
Nicotina gomme (2 - 4 mg)	2 mg al bisogno fum. leg. - 4 mg al bisogno fum. Forti - Non superare 15 gomme/die	4 settimane poi al bisogno
Nicotina Cerotti (10- 15 mg)	1 die da 10 mg fumatori leggeri 1 die da 15 mg forti fumatori	8 settimane
Nicotina Inalatori (1 inal. = 15 µg)	1 inalazione al bisogno. Max 6-12 cartucce die (1 cartuccia = 4 sigarette)	8 settimane poi mezza dose per 2 sett.
Bupropione cpr (150- 300 mg)	150 mg die x 6 gg poi 300 mg die (intervallo almeno 8 ore)	7-9 settimane
Vareniclina cpr (0,5- 1 mg)	0,5 mg die x 3 gg poi 0,5 mg bi die x 4 gg poi 1 mg bi die	12 settimane ripetibile



ABUSO DI ALCOL

La disassuefazione dall'alcol presenta difficoltà anche maggiori rispetto a quella dal fumo

I fattori di rischio:

- un genitore alcolista
- ansia/depressione
- partner o amici che bevono regolarmente
- messaggi mediatici devianti:
 - bere fatto di moda
 - esagerazione con l'alcol non pericolosa



ABUSO DI ALCOL

L'alcolista con vari stratagemmi può nascondere anche per anni il suo stato di dipendenza

Raramente si rivolge direttamente al suo medico di famiglia

Il rifiuto di riconoscere la propria malattia è una caratteristica frequente tra gli alcolisti

Per diagnosticare l'alcolismo non esistono esami speciali

Fondamentalmente, il compito del MMG è quello della diagnosi precoce e di un intervento di counselling mirato ad aiutare l'assistito a chiedere aiuto



ABUSO DI ALCOL

Le strutture pubbliche mettono a disposizione centri per la dipendenza dall'alcol

Presenza di strutture private anti alcol di cui la più nota è quella degli Alcolisti Anonimi



Gli AA sono un gruppo di auto aiuto formato da persone che stanno tentando di guarire dall'alcolismo e offrono un modello di astinenza totale dall'alcol

Il programma terapeutico si articola in 12 fasi che costituiscono una guida verso la guarigione



POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE DISPONIBILI

Sono approvati per il trattamento dell'alcoldipendenza solo:

Naltrexone ([Nalorez](#)): antagonista degli oppioidi derivato della morfina, capace di legarsi ai recettori degli oppioidi presenti nelle strutture cerebrali deputate alla trasmissione del dolore

E' stato ipotizzato che tale meccanismo sia alla base anche della riduzione del craving (desiderio)

Sale sodico dell'acido-4-idrossibutirrico – GHB - ([Alcover](#)): agirebbe sui recettori GABA e su recettori specifici per il GHB, inducendo un incremento della concentrazione cerebrale di dopamina e di serotonina

Il GHB determina una riduzione del craving da alcol, in quanto ne riproduce gli effetti “gratificanti” diminuendo così anche la frequenza degli episodi di ricaduta



POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE DISPONIBILI

Altri farmaci (Baclofen, Topiramato, Fluoxetina, S-adenosil-L-metionina, Metadoxina, Clonidina, Isradipina) non sono suffragati da sufficienti studi clinici di controllo

In commercio da non molto anche il Nalmefene (Selincro) che:

- modula il sistema degli oppioidi endogeni
- riduce gli effetti di rinforzo dell'alcol
- interrompe il circolo vizioso che spinge le persone alcol dipendenti a continuare a consumare alcol



PDTA E LINEE GUIDA PER MOLTE DELLE PATOLOGIE CRONICHE

Aiuto per il medico nel loro trattamento

Difficoltà nella loro applicazione

Tra gli assistiti del Medico di Famiglia è inusuale trovare pazienti che presentino una singola patologia cronica mentre è molto frequente, quasi la regola, che più patologie coesistano



Conclusioni

Le patologie croniche rappresentano un grave problema di Salute a livello mondiale

Impegnano importanti risorse economiche

Devono essere trattate in maniera multidisciplinare

Impegno gravoso per il MMG cui spetta la diagnosi precoce, l'aiuto all'assistito per contrastare i fattori di rischio, il controllo diagnostico terapeutico in collaborazione con altre figure sanitarie

Per il MMG non è possibile utilizzare le Linee Guida perché queste sono un mezzo per garantire la salute ma non sono calate nella realtà del Medico di Famiglia che è il medico delle polipatologie e della complessità

