

## Quale medicina di iniziativa per il Mmg?

**Luciano Camerra**

Medico di medicina generale  
Limbiate (MB)

*Malgrado il mare magnum burocratico che caratterizza il lavoro quotidiano dei medici di famiglia, la prevenzione potrebbe costituire un vero e proprio terreno comune per la ricerca, a patto che la medicina generale abbia il desiderio di riappropriarsi di parte delle proprie competenze cliniche*

**S**ebbene di stress si sia da sempre parlato, ufficialmente studi approfonditi sui fini meccanismi in grado di indurre importanti modificazioni su organi e apparati furono intrapresi solo dopo la comparsa su *Nature* nel 1936 di un articolo in cui si faceva riferimento ad una "sindrome prodotta da diversi agenti nocivi", a firma del medico-scienziato ungherese Hans Selye. Se noi Mmg facciamo mente locale al problema *stress*, dovremmo giungere alla conclusione che ne siamo certamente super esperti. Da un lato un'alta percentuale di nostri pazienti ne soffre, dall'altro la maggior parte di noi ne ha esperienza diretta grazie alle attuali condizioni di lavoro, per lo più volute da altri. Se è vero che seguiamo e curiamo in modo adeguato i nostri assistiti e facciamo tutto ciò che è nelle nostre possibilità per risolvere alla fonte i mali da esso derivanti, non possiamo dire di adottare le stesse misure nei nostri confronti. O sbaglio?

Dovremmo sapere tutto dell'aumento di cortisolo e adrenalina indotto da situazioni di stress cronico, delle ripercussioni su sistemi ormonali più o meno intrinsecamente connessi come la vasopressina, l'ossitocina, le endorfine e gli ormoni sessuali. Quindi ci dovremmo aspettare di avere già inserito nei numerosi protocolli di indagine e di monitoraggio per malattie cardiovascolari (ipertensione e sindromi ischemiche), malattie psichiatriche (ansia e depressione), malattie metaboliche (diabete e obesità) e malattie della sfera sessuale (alterazioni del ciclo mestruale e deficit della funzione erettile) tutta una serie di operazioni a carattere preventivo e diagnostico terapeutico

atte a contenere, se non a risolvere, le ricadute in termini di salute che questo "ciclo perverso" determina. In teoria dovremmo dunque essere già pronti ad affrontare i CReG in Lombardia, considerando che buona parte delle malattie croniche è in relazione con problematiche legate anche allo stress.

Chi meglio del Mmg infatti è al corrente di situazioni familiari, sociali e lavorative rispetto ai propri assistiti. Siamo consapevoli ormai, dopo decenni di studi sperimentali sugli animali ed altrettante osservazioni sugli esseri umani, che i livelli cronicamente elevati di cortisolo sono in grado di produrre quel "suicidio cellulare" nella delicata area dell'ipocampo, che va sotto la definizione tecnica di apoptosi, compromettendo un sistema delicato di regolazione neurofisiologica legato alle funzioni cognitive superiori e ai processi di memorizzazione.

Conosciamo gli effetti che, in materia di ansia o depressione, ci dovremmo aspettare da chi, magari venendoci a chiedere l'ennesimo certificato di malattia, telematico ovviamente, nasconde sotto questa forma di comunicazione un problema di stress lavorativo altrimenti meritevole di attenzione. Oppure conosciamo ormai da alcuni anni, essendo stata di fatto riscritta l'immunologia rispetto ai tempi in cui noi medici cinquantenni l'avevamo studiata, l'effetto dello spostamento della reattività del sistema immunitario verso una polarità Th2, squisitamente anticorpale, rispetto alla più sana Th1, cellulo mediata, quest'ultima più adatta a contrastare patologie infettive o neoplastiche, spostamento indotto dall'ipercorti-

solemia derivante dallo stress cronico. Dovremmo quindi essere nelle condizioni di mettere in relazione la maggior esposizione di alcuni nostri assistiti a recidive di forme respiratorie nel periodo invernale o, ancor peggio, all'insorgenza di forme particolarmente aggressive di malattia tumorale con questo meccanismo eziopatogenetico, approntando eventuali interventi da parte nostra al fine di ottenere il perseguimento di corretti stili di vita da parte dei nostri assistiti.

Dovremmo anche conoscere gli effetti che lo stress acuto e cronico hanno sul nostro esercito di difesa, costituito dai globuli bianchi, rilevandone la diversa dislocazione. Le cellule immunocompetenti modificano infatti i parametri della serie bianca della formula leucocitaria a seconda che vengano richiamate nei distretti periferici per fronteggiare eventuali invasioni (polmoni, intestino, mucose in genere) in caso di stress acuto, oppure rimangono consegnate in caserma (milza, midollo, linfonodi) in caso di stress cronico.

Diversi studi sono stati effettuati a dimostrazione che lo stress lavorativo, la competitività, l'isolamento sociale e le privazioni in ambito familiare producano stress e, di conseguenza, la comparsa di malattie fino a qualche tempo fa esclusivamente attribuite a disordini genetici o a determinanti ambientali, come le malattie autoimmuni o il cancro.

Sono comparsi studi su *Jama* (King et al, 2008) in cui si valutavano le relazioni esistenti tra le ore di sonno e la presenza di calcificazioni arteriose; note sono le pubblicazioni riguardanti lo spessore dell'intima media delle arterie carotidi messe

in relazione con l'aumento del rischio ischemico, alla cui base ci sarebbe un fenomeno infiammatorio scatenato dal rilascio di IL-6 da parte dell'endotelio conseguente a stress; noti anche studi dettagliati sulla relazione esistente tra forme di attività professionali sul versante socio-sanitario (infermieri) e la maggior frequenza del tumore mammario nella misura del 30% in più per coloro che per più di 20 anni effettuano turni di notte (Franzese, Nigri, 2007), tant'è che proprio in questi giorni è giunta la notizia che il lavoro notturno in sanità sarà presto considerato usurante in virtù dell'approvazione definitiva del decreto legislativo in attuazione della legge 183 del 2010.

### ■ Più qualità delle prestazioni

Sarebbe pertanto interessante per noi Mmg riuscire a disporre di una serie di indicatori di malattia in grado di rilevare precocemente questo rischio di arrivare al "punto di non ritorno" per i nostri assistiti sottoposti a stress.

Oltre infatti all'utilizzo delle Pss (Scale dello Stress Percepito), sarebbe importante poter disporre di riscontri obiettivabili di alterazione precoce dello stato di salute validati (spessore intinale, PA, PCR, variazioni nella formula leucocitaria, cortisolemia, prolattina, DHEAS), che ci mettano nelle condizioni di poter correggere comportamenti e stili di vita prima che l'evento maggiore si sia verificato. Sappiamo che in realtà, per una corretta valutazione degli effetti dello stress sarebbe necessario sottoporre al paziente un test di ansia-stato, tipo M.S.P. di Lemyre-Tessier-Fillion, ed effettuare uno screening completo immunologico ormonale dosando le interleuchine, il TNF $\alpha$ , NPY e IFN $\gamma$ , esami che soltanto laboratori attrezzati sono in grado di effettuare e con una certa ricaduta economica sulle tasche del paziente e del Ssr.

Forse però esistono margini per giungere a una valutazione di massima con indagini più accessibili e forse un intervento di questo genere

aiuterebbe a comprendere che il nostro lavoro, più che omologarsi alle richieste di una società di servizi attenta alla quantità più che alla qualità delle prestazioni, potrebbe distinguersi da tutti gli altri interventi proprio per quella peculiare caratteristica del Mmg, medico della persona e medico della famiglia.

Un intervento in tal senso potrebbe scaturire ad esempio da un'osservazione anche nel lungo periodo di comportamenti e parametri di salute dei nostri assistiti, da una revisione dei nostri archivi informatizzati tendente al recupero delle informazioni registrate nel corso di anni di lavoro e mai, magari, interfacciati a tale scopo, formalizzando percorsi di intervento di educazione sanitaria fondati su argomenti cui i nostri assistiti e varie parti sociali sono sicuramente molto sensibili.

Se è condivisibile infatti che disporre di un elettrocardiografo, di uno spirometro o di un ecografo in am-

bulatorio aiuti il Mmg a riappropriarsi in parte delle proprie funzioni, ma potrebbe mettere notevolmente a disagio chi, in altri tempi, ha costruito le proprie competenze professionali con l'attenzione rivolta ad altri aspetti della professione medica, è però certo che tutti i Mmg ritengono terreno comune quello della prevenzione, che passa anche attraverso l'intercettazione di situazioni di disagio sociale a rischio, soprattutto se opportunamente individuate grazie a variabili standardizzate e validate.

Oltre ad essere un "terreno di ricerca", potrebbe costituire "terreno per la ricerca" da parte del Mmg, ammesso che i Mmg italiani di oggi abbiano desiderio di riappropriarsi di parte delle loro competenze cliniche, invece che crogiolarsi nel *mare magnum* delle pendenze burocratiche, che la tecnologia applicata alla medicina ha paradossalmente centuplicato.