

Il medico con ipertensione è un cattivo esempio per il suo paziente

Una recente ricerca delinea un atteggiamento recalcitrante del medico a calarsi nei panni del paziente e a mettere in atto ciò che viene consigliato agli assistiti.

Tra i medici di medicina generale la scarsa attenzione alla prevenzione e al mantenimento di uno stile di vita adeguato alla patologia sono all'ordine del giorno

Dovrebbe rappresentare un modello e invece, quando il medico si scopre valori pressori fuori norma, diventa un pessimo paziente.

Da una recente indagine, condotta dalla Sapienza Università di Roma presso i medici di medicina generale italiani, emerge, infatti, un atteggiamento recalcitrante a mettere in atto ciò che si consiglia agli assistiti. L'obiettivo della ricerca era quello di comprendere quanto il fatto di essere pazienti possa incidere sul comportamento prescrittivo, sulla disponibilità a modificare lo stile di vita e quanto l'atteggiamento si discosti da quello dei pazienti.

► Indagine

L'indagine si è articolata in due step. Il primo, quantitativo, ha coinvolto un campione di 3.000 medici di medicina generale (2.231 medici uomini, 74% circa, e 769 medici donne, 25% circa), distribuiti per genere e area geografica secondo l'usuale classificazione Nielsen (nord-ovest, nord-est, centro e sud-isole).

La seconda fase, qualitativa, consisteva in sei focus group in altrettante città (Milano, Verona, Perugia, Roma, Napoli, Palermo), che hanno arruolato una media di 10 medici di medicina generale con diagnosi di ipertensione arteriosa per gruppo per un totale di 61 intervistati.

► Risultati

I risultati evidenziano che il 17.7% dei medici è iperteso. I medici di sesso maschile sono il doppio (20.3%) rispetto alle donne (11.2%). Le più colpite risultano le donne medico che vivono nel nord-ovest del Paese (7.4%), mentre la maggioranza dei medici uomini vive nel sud e isole (25.47%) dove si riscontra anche la più alta percentuale di ipertesi (32.34%).

Le donne medico sono più attente al trattamento della malattia e conducono uno stile di vita più sano rispetto agli uomini. L'89% dei medici ipertesi ha in atto una terapia farmacologica e il trattamento è più diffuso nelle regioni del centro e sud Italia. Dall'indagine emerge anche un elevato ricorso all'automedicazione, con un esiguo 30% che consulta il cardiologo. Anche in questo caso le donne sono più attente, dal momento che ricorrono al cardiologo nel 40% dei casi. Questo non è privo di conseguenze sulla tipologia del farmaco utilizzato.

A proposito della terapia, i gruppi farmacologici che i medici si autoprescrivono coincidono sostanzialmente con quelli indicati ai pazienti ipertesi (prevalentemente ACE-inibitori e antagonisti recettoriali dell'angiotensina II). Inoltre, la terapia risulta decisamente differenziata a seconda dei sessi: nelle donne è più frequente il ricorso ai betabloccanti mentre negli uomini si registra un uso maggiore di diu-

retici. È sconcertante rilevare che non pochi medici, pur affidandosi per i propri pazienti a prassi consolidate e linee guida prestabilite, ammettono di aver scelto per se stessi il farmaco antipertensivo in modo assolutamente casuale.

In modo analogo ai loro pazienti, i medici ammettono di aver avuto difficoltà ad accettare l'idea stessa di malattia. Anche nei confronti degli esami clinici e strumentali molti medici confessano una certa negligenza verso se stessi, mentre sono tutti molto attenti nei confronti dei loro pazienti. Utilizzando gli strumenti tipici dell'indagine qualitativa è stato possibile esplorare le esperienze, gli atteggiamenti e i comportamenti prescrittivi dei Mmg nei

confronti della propria ipertensione. In particolare si è indagato sui seguenti aspetti: la prassi diagnostica attuata dai Mmg nei confronti dell'ipertensione arteriosa, il giudizio e le preferenze dei Mmg verso le attuali opzioni terapeutiche, il rapporto con il cardiologo nel trattamento dell'ipertensione arteriosa; il profilo del paziente "iperteso tipo" nella rappresentazione del Mmg. Come i loro pazienti, anche la maggioranza dei medici ha scoperto di essere ipertesa in circostanze casuali e spesso in modo inatteso. Un dato interessante è la constatazione che molti medici, pur consapevoli dei fattori di rischio (per esempio il fumo) e della familiarità che li caratterizza, non hanno verifi-

cato la presenza della malattia.

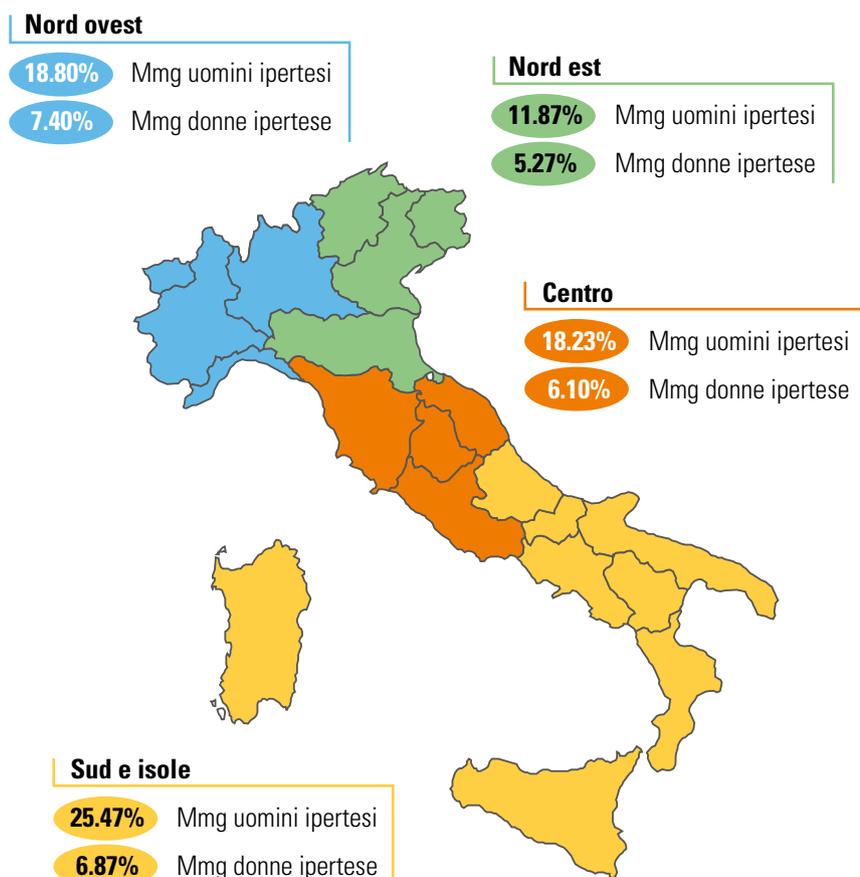
Una parte afferma di avere avuto alcuni sintomi (cefalea, acufeni), a volte anche persistenti, altri invece dichiarano la completa assenza di qualsivoglia sintomo premonitore.

Per quanto riguarda il monitoraggio della pressione nei mesi successivi la diagnosi e, soprattutto, il cambiamento di stili di vita, solo una minoranza dei medici ipertesi afferma di misurare la pressione regolarmente e di aver corretto alcuni dei fattori di rischio (fumo o alcol), ammettendo spesso che questo è dovuto a una situazione clinica diversa dall'ipertensione (per esempio un infarto).

Nel quadro delineato dall'indagine emerge sicuramente una buona conoscenza dell'ipertensione da parte del medico di medicina generale che si traduce in una valida prassi clinica nella gestione dei propri pazienti ipertesi, in perfetta aderenza alle linee guida suggerite dalle Società Scientifiche di Ipertensione e di Cardiologia (ESH/ESC). Purtroppo si deve però prendere anche atto che raramente la padronanza della materia risulta essere sufficiente a mutare lo stile di vita del medico quando è lui stesso ad essere iperteso.

Inoltre, solo una parte dei medici oggetto dell'indagine ritiene che l'essere ipertesi incida sul rapporto con il paziente che soffre della medesima patologia, convinzione che rischia di compromettere la relazione che tale condivisione potrebbe offrire: il fatto di condividere con il paziente la medesima esperienza di malattia può infatti incrementare l'empatia nei confronti dell'assistito e delle sue difficoltà, offrendo così al medico anche la possibilità di rassicurare e contenere le preoccupazioni del paziente.

Un radicato convincimento a mantenere sotto controllo la propria



Gli studi Amidal e Parsifal per migliorare la gestione del paziente iperteso

Ancora oggi il numero dei pazienti ipertesi in soddisfacente controllo pressorio è scarso: a livello nazionale non supera il 20% della popolazione trattata, con conseguenze rilevanti in termini di incremento di rischio cardiovascolare, e quindi di eventi cardiovascolari, per la popolazione affetta.

Gli studi Amidal e Parsifal sono indagini osservazionali realizzate presso ambulatori di medicina generale in Italia. Entrambi gli studi si avvalgono della supervisione di un comitato scientifico rappresentato dai professori Claudio Borghi (Dipartimento di Medicina Interna, dell'Invecchiamento e Malattie Nefrologiche, Università degli Studi di Bologna, Ospedale Policlinico S. Orsola-Malpighi), **Giuseppe Mancia** (Direttore della Clinica Medica dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca) e Massimo Volpe (Il Facoltà di Medicina, Sapienza Università di Roma).

Lo studio Parsifal si è concluso nel dicembre 2011. L'obiettivo del trial è valutare lo stato del controllo pressorio nei pazienti ipertesi con valori pressori non adeguatamente controllati e in presenza di altri fattori di rischio cardiovascolare. L'analisi è stata realizzata su 5mila pazienti ipertesi e con presenza di fattori di rischio quali per esempio fumo, obesità, ipercolesterolemia, sedentarietà e diabete di tipo 2. Lo studio ha coinvolto 376 medici di medicina generale distribuiti su tutto il territorio nazionale, in 49 Asl.

L'endpoint primario di questa indagine è rappresentato dalla



valutazione dei pazienti in adeguato controllo pressorio (PA <140/90 mmHg o 130/80 mmHg per i pazienti diabetici). Tra gli endpoint secondari sono previste le variazioni del rischio cardiovascolare, l'aderenza alle linee guida ESH/ESC 2007 (European Society of Hypertension e European Society of Cardiology), la frequenza di eventi cardiovascolari occorsi durante l'osservazione,

le analisi di tipo farmaeconomico sul consumo di risorse. I risultati sull'intero campione sono in fase di analisi e saranno completati a breve.

Lo studio Amidal è stato recentemente avviato e si concluderà alla fine del 2012. L'indagine ha lo scopo di valutare il controllo pressorio nei pazienti ipertesi non controllati, misurandolo con metodica convenzionale e registrazione nelle 24 ore (ABPM Ambulatory Blood Pressure Monitoring). L'osservazione coinvolge 1.500 pazienti ipertesi identificati dai valori di pressione arteriosa sistolo-diastolica $\geq 140/90$ mmHg ($\geq 130/80$ mmHg se con alto rischio cardiovascolare secondo i criteri ESH/ESC 2007) mediante misurazione convenzionale. Lo studio è condotto da 114 medici di medicina generale distribuiti sul territorio nazionale in 15 Asl. L'obiettivo primario dello studio è costituito dalla percentuale di pazienti ipertesi in controllo pressorio che, al termine del periodo di osservazione, presentano una pressione arteriosa media nelle 24 ore <130/80 mmHg e una pressione clinica <140/90 mmHg rispetto ai valori basali.

ipertensione consisterebbe anche in un approccio più efficace verso il paziente iperteso.

L'influenza che le esperienze personali possono avere nei confronti della relazione medico-paziente rappresenta un aspetto da presidiare maggiormente nella formazione del medico, in particolare quando è chiamato a promuovere un cambiamento nello stile di vita del paziente per poter ridurre il rischio cardiovascolare che caratterizza queste situazioni cliniche. In ultima analisi, le conoscenze scientifiche e la competenza professionale per gestire l'ipertensione sono emerse chiara-

mente nel corso di questa indagine così come è chiaro che i farmaci antipertensivi oggi a disposizione sono sicuramente efficaci per mantenere la pressione entro i valori di riferimento auspicati.

A questo punto, la questione principale riguarda la formazione del medico che dovrebbe aprirsi a variabili psicologiche e comunicazionali che attualmente sono ritenute estranee e ostacolanti per la relazione con il paziente. In realtà si stanno sempre più connotando come fattori determinanti per la qualità e l'efficacia del rapporto medico-paziente nel momento in cui il medico è chiamato

a promuovere nel paziente non solo l'aderenza al trattamento, ma anche l'assunzione di un corretto stile di vita e di una maggiore propensione a monitorare le proprie condizioni di salute.

www.qr-link.it/video/0512



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code