

I MUS IN MEDICINA GENERALE: EPIDEMIOLOGIA E TRATTAMENTO IN ALTO ADIGE

**Corso di Formazione Specifica in Medicina
Generale**

Provincia Autonoma di Bolzano

Candidato: dott.ssa Oriana Gialluisi

Tutor: dott. Piccoliori Giuliano

TRIENNIO 2014-2017

I MUS in Medicina Generale. Epidemiologia e trattamento in Alto Adige

Abstract

Scenario: l'accumularsi di evidenze empiriche ha portato negli ultimi decenni ad una considerazione più ampia del concetto di malattia, che implica un ripensamento della medicina in un'ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia somatica. Questa prospettiva, che è stata chiaramente delineata da George Engel con la proposta del **Modello biopsicosociale** (1977), ha introdotto il concetto di malattia come risultato dell'interazione multifattoriale di sistemi a vari livelli dell'essere umano: cellulare, tissutale, organistico, interpersonale e ambientale. In quest'ottica, comprendere l'origine di una malattia non significa più trovare la causa primaria ma il contributo e il peso relativo di ciascun fattore e ciascun sistema nel co-determinare l'esito finale (1).

Un esempio della trasversalità dell'approccio psicosomatico è dato dall'assistenza sanitaria di primo livello, la medicina generale. Nella letteratura internazionale i *MUS* costituiscono circa il 30 % dei sintomi che si presentano all'attenzione del MMG (14). Essi possono essere definiti come sintomi fisici senza nessuna causa organica identificata, che durano per almeno tre mesi e consistono in una menomazione della funzione dell'organo o dell'apparato interessato (13)

La tendenza generale, soprattutto in Italia, è quella di considerare la medicina psicosomatica come una disciplina iperspecialistica più che di integrazione. Di conseguenza, questa stenta ancora a essere tradotta in strumenti osservazionali, descrittivi ed operativi dell'azione clinica.

Quesito: epidemiologia descrittiva dei *MUS* nella popolazione dell'Alto Adige. Studio dell'approccio terapeutico (prescrizione di una terapia farmacologica sintomatica e/o altri consigli terapeutici) e diagnostico (prescrizione di esami strumentali e/o di laboratorio e/o di visite specialistiche) a tali disturbi da parte dei MMG del territorio.

Metodi: studio prospettico di prevalenza, in cui è stato chiesto a 3 MMG dell'Alto Adige (due medici in città e uno in valle) di registrare per un mese nel database di lavoro (Millewin) tutti i pazienti che presentassero problemi nuovi e, tra questi in particolare, i pazienti di età

compresa tra i 18 e i 65 anni con *MUS*, ad eccezione di quelli affetti da patologie psichiatriche. Mediante un'estrazione dal suddetto database è stata calcolata la prevalenza dei *MUS* sul totale degli accessi e sul totale dei nuovi problemi dei pazienti presentatisi in ambulatorio. E' stata inoltre analizzata la distribuzione dei *MUS* in base al sesso, all'età dei pazienti ed alla tipologia per sistemi (**Figura 1**).

Mediante semplici calcoli statistici è stato calcolato il tasso di esposizione alla terapia (farmacologica o di altro tipo) e ad ulteriori approfondimenti diagnostici.

Risultati: dall'analisi dei dati rilevati in un mese, è emerso che i *MUS* costituiscono il 5,2 % degli accessi agli ambulatori di MG in Alto Adige e l'8,9 % tra tutti i problemi nuovi registrati e che il 78,6 % dei *MUS* interessa pazienti di sesso femminile, senza una significativa differenza nella stratificazione in base all'età. Infatti l'età media dei pazienti presentatisi in ambulatorio (61 anni, *Ds* 22) corrisponde di fatto a quella dei pazienti con *MUS* (63 anni, *Ds* 21).

Lo studio ha messo in evidenza una maggiore prevalenza dei *MUS* di pertinenza neurologica (50 %) e generale (28,6 %), che sono seguiti da quelli di pertinenza gastro-enterologica (14,3 %). Infine il 7,1 % dei pazienti ha presentato *MUS* di tipo respiratorio.

Elevato è il tasso di esposizione alla terapia farmacologica (64,3 %), mentre di gran lunga inferiore è stata la tendenza a ricorrere ad ulteriori approfondimenti diagnostici (21,4 % dei casi).

Conclusioni: la distribuzione delle tipologie di *MUS* risulta conforme a quella già descritta in letteratura.

Diversa è invece la prevalenza generale dei *MUS*: dallo studio emerge che tali disturbi non costituiscono per i pazienti un motivo di accesso frequente alle Cure Primarie. Tantomeno, visti i dati relativi all'approccio diagnostico-terapeutico del medico emersi dallo studio, si può affermare che gli accertamenti diagnostici e le terapie prescritte in relazione ai *MUS* incidano in misura rilevante sulla spesa sanitaria.

Epidemiologie der MUS in Allgemeinmedizin. Leistung der MUS-Patientenbehandlung in Südtirol

Abstract

Hintergrund: Der Krankheitsbegriff hat sich in den letzten Jahren aufgrund zahlreicher empirischer Evidenzen durch die medizinischen Forschung verändert und deshalb wird eine Krankheit heutzutage als Konsequenz der Integration der biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte des menschlichen Lebens gesehen. Diese neue Aussicht wurde 1977 als bio- psycho- sozialer Modell von George Engel beschreiben. Seiner Meinung nach nehmen unterschiedliche Umstände Einfluss auf die Gesundheit- bzw Krankheitsbedingungen (zelluläre, gewebliche, organische, interpersonelle und Umweltfaktoren) und sie sind sehr wichtig, um einen kranken Mensch völlig zu verstehen und ihm zu helfen (1).

Ein repräsentatives Beispiel dieser übergeordneten Stellung findet man im allgemeinmedizinischen Bereich: Die Hausarztpraxis ist der erste Platz, wo der größte Prozentsatz der psychosomatischen Störungen zum Ausdruck gebracht und erfasst wird (1). *MUS* werden von der wissenschaftlichen Literatur als mindestens drei Monate lang anhaltende körperliche Beschwerden ohne eine erkennbare organische Ursache. Sie sollten laut Literatur 30 % der Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis ausmachen (13;14).

In Italien wird Psychosomatik eher als ein fachärztliches Thema als eine Integrationsdisziplin betrachtet. Infolgendessen hat der Hausarzt leider wenige Instrumente für die optimale Betreuung dieser Patienten.

Fragestellung: Epidemiologie der *MUS* in der südtirolischen Bevölkerung. Studie der allgemeinmedizinische Betreuung psychosomatischer Patienten in Bezug auf Therapie (Verschreibung einer symptomatischen Therapie bsw weitere Empfehlungen) und weitere Diagnostik (Laboruntersuchungen, Bildgebung oder fachärztliche Visiten).

Methoden: Prospektive Studie der Prävalenz der *MUS*. Drei HÄ (zwei aus der Stadt, einer aus einem Tal) haben einen Monat lang in ihrem Praxisprogramm (Millewin) jeden Patienten beiderlei Geschlechts von 18 bis 65 Jahren registriert, der mit einem neuen Gesundheitsproblem kam. In der Gruppe der neuen Gesundheitsprobleme sollten die Patienten mit *MUS* extra gekennzeichnet werden. Ausgeschlossen wurden Patienten mit

psychiatrischen Krankheiten.

Durch eine elektronische Datenverarbeitung wurde die Prävalenz der *MUS*, nach Geschlechts- und Altersverteilung und nach den betroffenen Apparaten analysiert.

Außerdem wurde der Prozentsatz der Verschreibungen von Therapie- und fachärztlichen Untersuchungen durch einfache statistische Rechnungen erfasst.

Ergebnisse: in einem Monat leiden 5,2 % der Patienten in der Hausarztpraxis an *MUS* und 8,9 % der neuen registrierten Probleme bestehen in *MUS*. 78,6 % der Patienten, die unter *MUS* leiden, sind Frauen und es gibt keine wesentliche Altersunterschiede zu den anderen Patienten: Patienten mit *MUS* sind im Durchschnitt 63 Jahre alt (*Ds* 21). Das Alter der den Arzt aufsuchenden Patienten beträgt insgesamt 61 Jahre (*Ds* 22).

Die meisten psychosomatischen Körperbeschwerden wurden als neurologische Symptome (50 %) eingestuft, gefolgt von allgemeinen (28,6 %) und gastroenterologischen Symptomen (14,3 %). Außerdem litten 7,1 % der Patienten unter Atemsymptomen.

Bei 64,3 % der *MUS*- Patienten wurden Therapien verschrieben und nur 21,4 % wurde weitere Abklärungen verordnet. Zumeist wurde eine symptomatische Therapie oder Pseudoplacebo vorgeschrieben.

Schlussfolgerungen: Die Studie hat gezeigt, dass neurologische *MUS* am häufigsten vorkommen. Sie werden von allgemeinen Symptomen und gastroenterologischen Beschwerden gefolgt. Ähnliche Ergebnisse werden in der medizinwissenschaftlichen Literatur erwähnt.

Anders scheint die Prävalenz der *MUS* in der Allgemeinmedizin zu sein: Ein geringerer Prozentsatz der den Arzt aufsuchenden Patienten in Vergleich zu den Angaben der Literatur soll an *MUS* leiden. Daher sollen auch die mit der Betreuung dieser Patienten verbundenen Kosten relativ gering sein. Man soll aber bedenken, dass unter ihnen viele Frequent Attenders sind und dass ihre Betreuung sehr zeitintensiv und selten zu anhaltenden Erfolgen führt.

Indice

Scenario	7
<i>Lo sviluppo della medicina psicosomatica</i>	7
<i>I MUS</i>	10
Obiettivi	11
Metodi	11
<i>Reclutamento dei medici di Medicina Generale</i>	11
<i>Raccolta dei dati</i>	12
<i>Classificazione dei MUS utilizzata nello studio</i>	12
<i>Elaborazione dei dati</i>	13
Risultati	13
Discussione	14
Limiti dello studio	16
Conclusioni.....	16
Appendice.....	18
Abbreviazioni.....	20
Bibliografia	20
RINGRAZIAMENTI	23

Scenario

Lo sviluppo della medicina psicosomatica

La psicosomatica può definirsi come una disciplina scientifica che ha come scopo l'indagine delle cause e degli effetti delle relazioni fra mente e corpo.

La relazione tra mente e corpo e il superamento del pregiudizio cartesiano vengono spesso tirati in ballo nella spiegazione di fenomeni clinici. La coperta mente-corpo è stata spesso tirata da un lato o dall'altro generando, quando spostata sul versante *psy*, una psicosomatica *bodyless* o, viceversa, una psicosomatica *mindless* (3). Il superamento del modello cartesiano è principio ispiratore di molte discipline ma gli studiosi, come Achille con la tartaruga, si avvicinano all'unitarietà mente-corpo senza mai raggiungerla. Lo stesso fatto di studiare un oggetto unitario attraverso un metodo di studio dualistico (le scienze biologiche e le scienze psicologiche) ha portato alcuni autori a definire la psicosomatica come un paradosso epistemologico (4).

La psicosomatica, per questo, ci impone una certa attenzione nell'operare in una zona di confine incerta, la zona di integrazione tra diverse discipline, che evidenzia i limiti dei paradigmi consolidati in medicina e psicologia. Considerata la complessità e i problemi epistemologici di una disciplina proteiforme, viene lecito chiedersi cosa muova gli studiosi ad interessarsi alla psicosomatica.

Sicuramente le politiche sanitarie mondiali, la prevalenza di alcune malattie, la diffusione dei disturbi di somatizzazione in vari setting clinici e una maggiore attenzione al rapporto mente-corpo favoriscono una diffusione della psicosomatica. Ad esempio, le due principali cause di morte nel mondo nel 2002 sono costituite da patologie cardiovascolari e cerebrovascolari (5), ossia da patologie di cui insorgenza, decorso ed esito sono strettamente associati a fattori psicosociali e stili di vita. Se pensiamo alle alte percentuali di sintomi *MUS* (*medically unexplained symptoms*) negli ambulatori medici e alle alte frequenze di disturbi psicopatologici nei pazienti nel setting delle cure primarie, vediamo come un approccio integrato allo studio e alla cura della persona sia indispensabile.

L'area di interesse della psicosomatica è vasta ed eterogenea, diversi sono gli orientamenti teorici e le tecniche, tanto che alcuni autori sostengono che vi sarebbero tante medicine psicosomatiche quante sono le teorie della personalità o del funzionamento psichico da cui derivano (6).

Al netto delle differenze tra i diversi approcci e le iperspecializzazioni, la psicosomatica mantiene una certa omogeneità, che consiste nella visione olistica dell'essere umano e sull'attenzione ai correlati psicosociali che incidono sulle malattie stesse o sulla vulnerabilità degli individui verso determinate malattie. Questo orientamento teso a sottolineare gli aspetti unitari è sempre più diffuso negli ultimi tempi e ne è testimonianza il proliferare di associazioni e specializzazioni universitarie *ad hoc*.

Il termine "psicosomatica" nasce nel 1818 ad opera dello psichiatra tedesco Johan Christian August Heinroth, ma il vero e proprio sviluppo della disciplina lo si ha nella prima metà del novecento.

L'ipotesi psicogenetica, che sposta l'asse del rapporto mente-corpo sul versante psichico, considera le malattie fisiche determinate da costellazioni specifiche di personalità. Il conflitto intrapsichico viene assunto come nucleo centrale dei disturbi psicosomatici e, sulla base del conflitto e delle difese utilizzate dal soggetto, vennero identificate le malattie psicosomatiche *tout court* conosciute come le *Holy Seven* (ulcera, retto colite ulcerosa, asma bronchiale, ipertensione, disturbi tiroidei, dermatiti e artrite). Il paradigma dominante in tale approccio era quello psicoanalitico, soprattutto della Psicologia dell'Io, secondo il quale conflitti inconsci generano stati cronici di attivazione emozionale che possono avere un nesso diretto e causale con i disturbi somatici o influenzare indirettamente l'attività del sistema neurovegetativo che può condurre a vere e proprie alterazioni patologiche dei tessuti e degli organi.

La possibilità di spiegare molte malattie sino ad allora non pienamente comprensibili generava entusiasmo nella comunità scientifica e il clima culturale lo ritroviamo nell'impianto del primo manuale diagnostico in psichiatria (DSM-I del 1952) dove tutti i disturbi mentali sono denotati come "reazioni", comprese le psicosi.

Luis A. Chiozza (7) scrive nel 1976:

"se i disturbi epatobiliari si arrogano la rappresentazione - o si verificano nel corpo come una conseguenza - della alterazione di pulsioni, meccanismi o affetti conglobati nell'invidia, ciò è perché il contenuto inconscio dell'invidia si trova in stretta relazione con quei processi che denominiamo epatici..."

In questo passaggio possiamo cogliere come il nobile tentativo di ribadire l'unitarietà di mente e corpo possa esitare in conclusioni naïf che ipotizzano una "specificità d'organo delle

fantasie inconscie”, per cui la patologia epatica viene collegata a fantasie inconscie di tipo invidioso.

Molta acqua è passata sotto i ponti e l’ipotesi psicogenetica ha lasciato il posto ad un approccio più complesso. La causa di questa transizione si può ritrovare perlopiù nel fallimento dei trattamenti analitici per le malattie mediche. Le scoperte nel campo della biologia e della farmacologia, la scoperta dei meccanismi genetici e immunitari e ricerche statistiche più raffinate hanno portato ad una maggiore specializzazione e hanno messo in dubbio il legame eziologico diretto tra personalità e malattie somatiche (8).

Negli ultimi anni il paradigma di riferimento è diventato il modello biopsicosociale di George Engel (1977), medico internista e psicoanalista che ha messo in discussione l’esistenza delle malattie psicosomatiche come entità nosologica discreta ad eziologia psicogenetica. Il modello proposto da Engel attua una rivoluzione del concetto di salute. Secondo il modello biopsicosociale, i fattori biologici, sociali, psicologici, comportamentali e spirituali contribuiscono in maniera multifattoriale e individualizzata nel determinare sia uno stato di malattia che la percezione generale di salute.

I punti cardine del modello biopsicosociale sono:

- i fattori biologici sono una condizione necessaria ma non sufficiente alla condizione di malattia;
- la definizione di malattia include l’attenta valutazione dei fattori psicosociali;
- la valutazione dei vari fattori in un dato paziente implica il riconoscimento del loro ruolo nella storia della malattia;
- il riconoscimento dell’individuo come “malato” e “paziente” dipende sostanzialmente da fattori socioculturali, più che biologici;
- i fattori di cura devono essere intesi come globali, includendo le variabili psicosociali oltre quelle mediche.

Il modello di Engel è diventato negli anni un paradigma scientifico. L’aspetto interessante è che alla pervasività del costrutto, veicolato nei testi e nelle lezioni accademiche, fa da contraltare una non sempre piena applicazione di questo in ambito clinico. La stessa organizzazione delle strutture ospedaliere, la pratica clinica quotidiana e le diagnosi semplicistiche che ci capita di incontrare, ricordano quanto sia delicato e complesso prendersi cura delle persone e quanto le esigenze di produttività e lo stress organizzativo possano portare a semplificazioni che ci fanno piombare di colpo nel passato. Ogni volta che torniamo alla causalità lineare e diretta per spiegare una condizione clinica, spostiamo indietro la

lancetta del tempo e annulliamo decenni di progressi ottenuti dalla comunità scientifica.

In presenza di una patologia, la psicosomatica moderna si chiederebbe quali sono i fattori psicologici che hanno un peso relativo importante rispetto ai fattori biomedici nello spiegare il quadro clinico.

Ogni fattore, quindi, ha un suo peso relativo e compito del clinico è quello di “pesare i contributi relativi dei fattori sociali, psicologici e biologici implicati nella disforia e nella disfunzione del paziente, così come la sua decisione di accettare o meno lo status di paziente e con esso la responsabilità di collaborare nel progetto terapeutico che lo riguarda” (9).

Il concetto di peso relativo, introdotto da Kissen nel 1963, è uno dei punti cardine della moderna psicosomatica (11). Il problema non è capire qual è la causa della patologia X, né se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno. Il problema è il peso relativo dei fattori implicati, da cui deriva anche la possibilità di intervenire in modo differenziato e individualizzato (1; 10).

MUS

Al giorno d’oggi i professionisti della salute e le comunità che si occupano di ricerca in campo medico si trovano di fronte ad una complessa sfida, relativamente alla definizione di *MUS*. Spesso i sintomi lamentati dai pazienti sono diversi ed apparentemente senza alcuna correlazione tra loro ed i medici stessi, nell’identificare la situazione di malattia, non possono rifarsi a nessun modello o schemi di classificazione già noti. Pertanto per alcuni ricercatori la definizione di *MUS* rappresenta prima di tutto un problema filosofico, che richiede un approccio di tipo epistemologico ed ontologico (12). Da un punto di vista clinico, i *MUS* possono essere definiti come sintomi fisici senza nessuna causa organica identificata, che durano per almeno tre mesi e consistono in una menomazione della funzione dell’organo o dell’apparato interessato (13). La loro prevalenza è stata frequentemente studiata e varia enormemente. Nella maggior parte degli studi, circa un terzo dei sintomi che si presentano all’attenzione del medico di Medicina Generale rimangono inspiegati (14). In uno studio inglese (15) è stata analizzata la prevalenza dei *MUS* per sistemi, con i seguenti risultati: i *MUS* di pertinenza ginecologica, neurologica e gastro-enterologica avevano una prevalenza rispettivamente del 66, 62 e 58 %, seguivano quelli di pertinenza cardiologica e reumatologica con una prevalenza, rispettivamente, del 53 e del 48 %. Lo studio di Byng non ha evidenziato differenze nella stratificazione in base all’età, mentre ha mostrato che i *MUS* sono più comuni

nelle donne e che vi è una associazione con storie di abusi subiti durante l'infanzia e con i disturbi di personalità. Altri fattori di rischio sono rappresentati dalle malattie psichiatriche (ansia e depressione) e da uno scarso livello socio-economico. Essi sono inoltre associati ad un aumento del 30 % degli accessi ambulatoriali e ad un incremento dal 20 al 50 % della spesa sanitaria, pertanto rappresentano una delle maggiori sfide in Europa e negli altri paesi industrializzati. Il Forum per la Salute Mentale nelle Cure Primarie del Regno Unito ha stimato che nel Regno Unito la spesa sanitaria in relazione ai *MUS* supera i 3,1 bilioni di euro (su un totale di 18 bilioni) (16); nel 2007 in Canada il 5% della popolazione (1.2 milioni di persone) soffriva di un *MUS* (17), mentre in Germania essi avevano una prevalenza del 66 % nella Medicina Generale (18).

Di grande importanza è pertanto la gestione dei *MUS* nell'ambito delle Cure Primarie: il medico di Medicina Generale si trova di fronte al difficile compito di entrare nella sfera emotiva del paziente e di conciliare il sapere medico con l'idea che il paziente ha del proprio stato di salute. In tale contesto è frequente che si giunga al contrasto tra la richiesta d'aiuto del paziente e l'approccio medico alla cura, tralasciando il bisogno fondamentale del paziente che è quello di essere compreso e rassicurato. Sia Neighbour nel 2004 (19) che il Royal College of Psychiatry nel 2011 hanno fornito una guida alla consultazione per i professionisti della salute, con lo scopo di diffondere e valorizzare un approccio empatico al paziente (**Tabella 1- Appendice**) (13).

Obiettivi

Questo lavoro è una ricerca epidemiologica, finalizzata a rilevare la prevalenza dei *MUS* negli ambulatori di Medicina Generale dell'Alto Adige ed a studiare i *MUS* per sistemi di riferimento. Ci si pone inoltre l'obiettivo di osservare se i medici di MG hanno adottato provvedimenti diagnostici e/o terapeutici nei confronti dei pazienti che hanno presentato *MUS* durante lo studio.

Metodi

Reclutamento dei medici di Medicina Generale

La ricerca è stata condotta coinvolgendo 3 MMG che lavorano nel territorio della Provincia di Bolzano. Essi sono stati selezionati secondo un criterio topografico, in modo che la

popolazione campione dello studio fosse il più omogenea possibile: due di loro lavorano in un contesto cittadino, uno lavora invece nel contesto di un piccolo paese in zone montane.

Raccolta dei dati

Ai MMG coinvolti nello studio è stato chiesto di registrare in una tabella Excel appositamente creata e qui riportata in Appendice (Tabella 2), tutti i nuovi problemi che si sono presentati tra i pazienti di età compresa tra i 18 e i 65 anni visitati nell'arco di tempo di un mese solare. Tali problemi sono stati riportati in tabella, corredati delle iniziali del nome, dell'età e del sesso del paziente che li ha presentati. Tra tutti i problemi nuovi registrati, i MMG hanno specificato se si è trattato di *MUS* oppure no.

I *MUS* sono stati registrati rispettando la suddivisione per sistemi riportata nella **Tabella**, secondo cui la lombalgia e i dolori articolari sono da includere nei *MUS* riferibili al sistema muscolo-scheletrico, la cefalea, la sincope, il formicolio e la paralisi rientrano tra i *MUS* neurologici, l'affanno può essere individuato come *MUS* respiratorio, le palpitazioni e il dolore toracico sono invece riferibili al sistema cardio-vascolare, i dolori addominali sono riconducibili al sistema gastroenterico e la stanchezza/debolezza vengono riferiti ad un ambito generale.

E' stato infine chiesto ai medici di registrare in **Tabella** se al paziente è stata eventualmente prescritta una terapia e/o eventuali accertamenti diagnostici.

Dallo studio sono stati esclusi i pazienti affetti da patologie psichiatriche.

Classificazione dei MUS utilizzata nello studio

Nell'individuazione dei *MUS*, i medici si sono attenuti alla classificazione del **Royal College of Psychiatrists**, secondo la quale vengono annoverati tra i *MUS*:

- i dolori articolari
- la lombalgia
- la cefalea
- le palpitazioni
- il dolore toracico
- i dolori addominali
- la stanchezza/la debolezza
- la sincope
- l'affanno

- la paralisi
- il formicolio

Elaborazione dei dati

I dati, dopo essere stati opportunamente registrati nel programma di lavoro dei MMG (Millewin), sono stati elaborati utilizzando le funzioni Statistiche di Milleutilità. Ognuno dei medici coinvolti nello studio ha estratto dal programma il numero di pazienti visti nel periodo prestabilito e, tra questi, il numero di problemi nuovi codificati. Da qui è stato possibile calcolare l'età media e la mediana dell'età dei pazienti visitati nel suddetto periodo e l'età media dei pazienti con *MUS*, come anche stratificare entrambi i gruppi in base al sesso.

Mediante semplici calcoli statistici, è stata studiata la stratificazione dei *MUS* per sistema di riferimento e sono state poi ottenute le percentuali dei pazienti con *MUS*, cui è stata prescritta una terapia o un eventuale ulteriore accertamento diagnostico.

Risultati

Per effettuare questo studio sono stati raccolti i dati di 3 medici di Medicina Generale sudtirolesi, ma si è scelto di riportare i risultati calcolati sui dati relativi ad uno solo dei 3 medici, visto che, dai calcoli effettuati, essi sono risultati i più attendibili e comunque rappresentativi di tutto il campione.

Gli accessi all'ambulatorio nel mese di gennaio sono stati 431, di cui 270 pazienti sono stati visti dal medico. L'età media dei pazienti giunti all'osservazione in tale periodo era di 61 anni (*Ds* 22), con una mediana di 69, e le donne rappresentano il 59 % del totale degli accessi. I problemi nuovi codificati sono stati 157 e, di questi, 14 erano *MUS*. L'età media dei pazienti con *MUS* è di 63 anni (*Ds* 21). Dallo studio è emerso che i *MUS* rappresentano il 5,2 % dei motivi di accesso all'ambulatorio di MG, mentre costituiscono l'8,9 % dei nuovi problemi presentati dai pazienti nell'accesso alle cure. Tra tutti i pazienti affetti da *MUS*, inoltre, il 78,6 % sono donne.

Dalla suddivisione per sistemi è risultato poi che il 50 % dei pazienti con *MUS* ha presentato disturbi di tipo neurologico, il 28,6 % ha lamentato disturbi di carattere generale e il 14,3 % ha presentato disturbi gastro-enterici. In nessun caso invece i pazienti presentavano disturbi cardio-vascolari o muscolo-scheletrici, mentre solo nel 7,1 % dei casi accusavano disturbi respiratori. Da quanto poi riferito dai MMG che hanno raccolto i dati, cefalea e vertigini sono

i più frequenti *MUS* neurologici, tra i disturbi di tipo generale prevale l'astenia e tra quelli gastro- enterici il meteorismo. Frequente tra i *MUS* di origine respiratoria è la dispnea.

Analizzando il tipo di approccio del MMG ai pazienti affetti da *MUS*, lo studio ha rilevato che nel 21,4 % dei casi sono stati prescritti ulteriori accertamenti diagnostici di vario tipo, mentre al 64,3 % dei pazienti è stata prescritta una terapia.

Discussione

Prima di addentrarsi nell'analisi dei dati raccolti, è opportuno sottolineare che il SSN italiano è diversamente strutturato rispetto a quello degli altri paesi europei ed ogni paziente accede all'ambulatorio del proprio MMG in media 9 volte in un anno (20). E' da precisare inoltre che, da uno studio presentato al Congresso DEGAM 2015 (21), risulta che in Alto Adige la media dei contatti annui per paziente in carico sia leggermente inferiore alla media nazionale (5 contatti/paziente/anno). La differente struttura del SSN spiega, per esempio, la notevole differenza tra il numero di accessi (431) e il numero di pazienti visti (270), molti dei quali possono aver presentato più di un motivo di visita/accesso nel mese preso in esame o aver richiesto semplicemente prescrizioni di farmaci continuativi, che possono essere effettuate anche dai collaboratori di studio (per esempio, dal segretario). In virtù di queste prime considerazioni, i risultati riportati nello studio possono considerarsi attendibili.

Dallo studio è emerso che i *MUS* sembrano comunque rappresentare un motivo di consultazione del MMG in Alto Adige meno frequente (5,2 % degli accessi) in base a quanto atteso rispetto alla letteratura e che anche tra i problemi nuovi i *MUS* risultano molto poco frequenti, con una prevalenza di 8,9 %. A livello europeo, invece, nonostante la grande variabilità dei dati, la prevalenza dei *MUS* in Medicina Generale si aggira per la maggior parte degli studi intorno al 30 %. I dati di prevalenza ottenuti potrebbero in parte essere attribuibili al periodo del loro rilevamento, che è coinciso con il picco influenzale della stagione invernale 2016/17. In tale periodo infatti il numero di accessi dei pazienti all'ambulatorio e il carico di lavoro del medico aumentano enormemente rispetto allo standard e questo potrebbe aver portato ad un abbassamento della frequenza relativa dei *MUS* come motivo di consultazione del MMG.

A conferma dei dati riportati in letteratura, invece, lo studio ha rivelato che la maggioranza dei pazienti affetti da *MUS* (78,6 %) sono donne, anche se questo dato non raggiunge la significatività statistica probabilmente per il numero esiguo di soggetti, e che non esiste una

differenza notevole tra l'età media del campione (61 anni) e quella dei pazienti con *MUS* (63 anni). A questo proposito ci si sarebbe aspettato che i *MUS* interessassero perlopiù pazienti giovani, ma anche dal confronto tra i dati raccolti dai 3 medici arruolati per lo studio si osserva che i *MUS* colpiscono pazienti di ogni età compresa tra i 18 e i 65 anni.

Un'ulteriore considerazione può emergere dai dati relativi alle terapie somministrate e riguardo al ricorso ad ulteriori approfondimenti diagnostici: la maggioranza dei pazienti (64,3 %) ha infatti ricevuto dal proprio medico la prescrizione di un farmaco quasi sempre sintomatico o di un pseudo-placebo (per esempio, terapia antivertiginosa aspecifica nella vertigine oppure un ricostituente nel caso dell'astenia o fermenti lattici in caso di meteorismo). Di contro in una minima percentuale di casi (21,4 %) i pazienti sono stati inviati ad una visita specialistica, ad eseguire esami di laboratorio o strumentali di approfondimento. Da questo dato si evince come l'atteggiamento del medico sia quello di prendere in considerazione il reale bisogno di questi pazienti, che è quello di esprimere un disagio attraverso il sintomo fisico, senza che quest'ultimo rappresenti un problema per cui sia necessario un ulteriore dispendio di risorse ed energie da parte del medico ed in termini di spesa sanitaria. Nella maggior parte dei casi infatti il medico ha ritenuto opportuno non richiedere ulteriori approfondimenti diagnostici, probabilmente perchè sicuro della propria valutazione.

Il grafico in **Figura 1** mostra lo studio dei *MUS* per sistemi: come dai dati riportati in letteratura, anche in esso è evidente che la maggior parte (50 %) dei sintomi psicosomatici sono rappresentati da sintomi neurologici (soprattutto vertigini e cefalea), generali (28,3 %, principalmente astenia) e gastro-enterologici (14,3 %). Scarsamente e affatto rappresentati sono rispettivamente la dispnea (7,1 %) e i sintomi cardio-vascolari e muscolo-scheletrici.

Si è stabilito di escludere dallo studio i pazienti affetti da patologie psichiatriche: sarebbe stato senza dubbio interessante osservare quanto la patologia psichiatrica di base possa essere determinante nel condizionare i sintomi *MUS*, ma uno studio di questo tipo avrebbe presupposto un impegno molto maggiore da parte del MMG, dovendo richiedere, per ogni paziente esaminato nello studio, la somministrazione di questionari *ad hoc* per valutare le variabili psicologiche intercorrenti. Sarebbe stata inoltre opportuna, in questo caso, una impostazione dello studio del tutto differente.

Limiti dello studio

Alcune considerazioni devono essere fatte in merito ad alcuni aspetti di questo studio.

In origine era stato previsto che lo studio coinvolgesse ben 9 MMG dell'Alto Adige, selezionati in modo che il campione fosse il più possibile rappresentativo della popolazione generale. Purtroppo la maggior parte dei medici contattati non si è mostrata disponibile a collaborare al lavoro di ricerca. Solo 3 dei medici inizialmente reclutati hanno infatti partecipato successivamente alla raccolta dei dati. E' comprensibile che, su una popolazione residente di 520.891 abitanti (dato Istat del 2016) con una media di 1577 assistiti per medico, considerare rappresentativo un campionamento eseguito su 3 MMG è limitante, per quanto sulla base dell'organizzazione del SSN italiano dati così ottenuti possano essere ad ogni modo ritenuti attendibili. Reclutando 9 medici si sarebbe senz'altro ottenuto un campione di dimensioni di gran lunga maggiori e i risultati sarebbero stati considerevolmente più attendibili e significativi.

In secondo luogo, Millewin, il programma di lavoro utilizzato dai medici che hanno partecipato allo studio, prevede l'impostazione della "cartella clinica orientata per problemi", secondo cui dovrebbero essere registrati tutti i problemi nuovi lamentati dal paziente. Non tutti i medici però utilizzano tale impostazione e talvolta, pur utilizzandola, non registrano in cartella ogni problema lamentato dal paziente.

Conclusioni

Lo studio ha prodotto dati che si discostano molto da quelli riportati in letteratura, soprattutto se ci si sofferma sulla prevalenza dei *MUS*. I risultati di questo studio suggeriscono che i *MUS* costituiscano un problema scarsamente rilevante per la salute della popolazione e rappresentino in realtà un aspetto poco significativo nel lavoro del MMG. I dati relativi invece alla stratificazione dei *MUS* in base al sesso ed all'età seguono lo stesso trend di quelli già presenti in letteratura, cioè mostrano che i *MUS* interessano prevalentemente pazienti di sesso femminile e che non esiste alcuna differenziazione in base all'età. Lo studio della tipologia di *MUS* per sistemi ha anch'esso confermato l'andamento dei dati che si trovano in letteratura, rivelando che quelli più frequenti sono i disturbi in ambito neurologico, seguiti dai sintomi a carattere generale e gastro-enterici.

Nonostante i dati ottenuti siano di minor rilevanza rispetto a quelli della letteratura internazionale, è di fondamentale importanza avere in qualità di MMG la capacità di

inquadrate il paziente e i suoi disturbi, in modo da conservare con lui una buona relazione che faciliti il processo di cura. A tal proposito proponiamo alcune linee guida per la gestione di pazienti con malattie psicosomatiche, presentate da Hemming al Congresso DEGAM 2015: nel condurre l'anamnesi di questi pazienti è utile porre domande aperte, valutando il numero, la durata e l'intensità dei sintomi, la capacità del paziente di trovare strategie di superamento del problema e di influenzarsi positivamente, quale percezione il paziente ha relativamente al proprio stato di salute e/o malattia ed indagare sulla situazione psico- sociale per riconoscere tempestivamente segni di stress o substrati psicopatologici. Durante tutto il processo di cura il medico deve assumere un atteggiamento assertivo, empatico e comunicativo, tentando di mostrare fiducia nelle capacità di autodeterminazione del paziente stesso e di focalizzare l'attenzione sui disturbi, sul contesto e sulle possibilità di superamento del problema, attraverso il raggiungimento di decisioni condivise e mediante la formulazione di obiettivi realistici, che devono essere verificati nel corso di incontri periodici. Nell'intraprendere il percorso diagnostico- terapeutico sarebbe opportuno, oltre a fornire una spiegazione delle probabili diagnosi formulate, presentare al paziente una pianificazione degli accertamenti che si ritiene opportuno richiedere e man mano discuterne i risultati, anche quando negativi, rassicurando il paziente sulla non gravità della propria condizione clinica e mostrando coscienziosità e vigilanza (il cosiddetto "watchful waiting"). E' indicato infine intraprendere un percorso terapeutico di base o in ambito specialistico, in base alla gravità dei sintomi psicosomatici, e prevedere incontri di rivalutazione a scadenza trimestrale, volti all'individuazione di eventuali segnali di peggioramento del decorso (per esempio, comparsa di disturbi psichici e/o di intenti suicidari).

Nel caso in cui venga invece diagnosticata una patologia organica o psichiatrica, è indicata la terapia della malattia di base.

Appendice

Tabella 1.

Guidance for health professionals on MUS: making sense of symptoms, managing professional uncertainty, building on patient's strengths

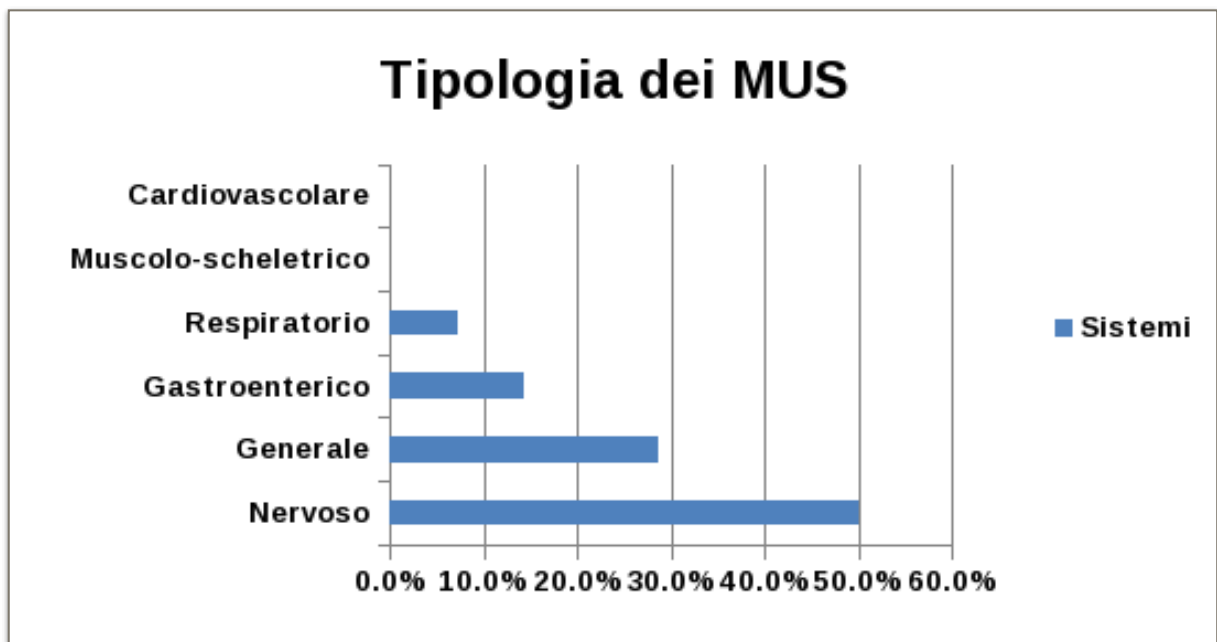
- Focus on symptoms and function rather than diagnosis
 - Talk about function and symptom management rather than finding a physical cause
 - Match your explanation using the patient's own words rather than medicalizing and normalizing the symptoms
 - Share your uncertainty, avoid over-investigating
 - Discuss therapeutic trials and side effects rather than automatically treating with drugs
 - Listen to the patient and share decisions rather than assume you know what the patient wants
-
- Acknowledge the importance of the patient's views and do not attribute blame
 - Sensitively acknowledge psychological cues and let the patient expand on them
 - Allow time and encourage the patient to make those connections rather than enforcing psycho-social explanations
 - Be open about your uncertainty while reassuring that a serious cause is unlikely, but stress that you will keep an open mind

RCPsych January, 2011 (version 2)

Tabella 2.

N	Data	Età	Sesso M/F	Tipologia per sistemi						Terapia si/ no	Accertamenti si/no
				Muscolo- scheletrico	Gastroe- nterico	Nervoso	Cardiova- scolare	Respiratorio	Generale		
1	4.1.17	87	F						astenia	no	no
2	4.1.17	47	F						otalgia	si	si
3	4.1.17	82	F			cefalea				si	no
4	5.1.17	20	f			cefalea				si	no
5	7.1.17	39	F		meteorismo					si	no
6	12.1.17	50	m			vertigini				no	no
7	16.1.17	41	m					dispnea		no	si
8	17.1.17	76	f			vertigine				no	no
9	17.1.17	65	m			sudorazione				no	si
10	19.1.17	80	f			ansia				si	no
11	19.1.17	63	f						astenia	si	no
12	19.1.17	74	f			formicolio				si	no
13	30.1.17	80	f		meteorismo					si	no
14	30.1.17	82	f						astenia	si	no

Figura 1.



Abbreviazioni

MUS = medically unexplained symptoms

MMG = medico di Medicina Generale

HA = Hausarzt

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Ds = deviazione standard

SSN = Sistema Sanitario Nazionale

SAkAM = Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin

Bibliografia

(1) Porcelli P: **Medicina psicosomatica e psicologia clinica**, Milano: Raffaello Cortina Editore; 2009.

(2) American Psychiatric Association: **Diagnostic and statistical manual of mental**

disorders (5th ed.). Washington, DC; 2013.

(3)Lipowski ZJ: **Somatization**. *American Journal of Psychiatry* 1987, **47**: 160-167.

(4)Todarello O, Porcelli P: (1992) **Psicosomatica come paradosso. Il problema della psicosomatica in psicoanalisi**. Torino: Bollati Boringhieri Editore; 1992.

(5)Mathers CD, Loncar D: **Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030**. *PLOS Medicine* 2006, **3**: 2011-2030.

(6)Bailey Merz CN, Dwyer J, Nordstrom CK, Walton KG, Salerno JW, Schneider RH: **Psychosocial stress and cardiovascular disease: Pathophysiological links**. *Behavioral Medicine* 2002, **27**: 141-147.

(7)Chiozza L (1976): **Cuerpo afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática**. Buenos Aires: Paidós; 1976. Tr. It. **Corpo, affetto, linguaggio**. Torino: Loescher; 1981.

(8)Holroyd KA, Coyne J: **Personality and health in the 1980's: Psychosomatic medicine revisited?** *Journal of Personality* 1987, **55**: 359-373.

(9)Engel GL: **The need for a new medical model: A challenge for biomedicine**. *Science*, 1977, **196**: 129-136.

(10)Fava GA, Sonino N, Wise TN (a cura di): **The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice. Advances in Psychosomatic Medicine**. Basel: Karger; 2012, **32**: 1-18.

(11)Kissen DM: **The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine**. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1963, **136**: 34-42.

(12)Eriksen TE, Kerry R, Mumford S, Lie SAN, Anjum RL: **At the borders of medical reasoning: aetiological and ontological challenges of medically unexplained symptoms**. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2013, **8**:11.

(13)Nimmo SB: **Medically unexplained symptoms**. *Occupational medicine* 2015, **65** (2): 92-94.

(14)den Boeft M, van der Wouden JC, Rydell-Lexmond TR, de Wit NJ, van der Horst HE, Numans ME: **Identifying patients with medically unexplained physical symptoms in electronic medical records in primary care: a validation study**. *BMC Family Practice* 2014, **15**:109.

(15)Byng R: **A whole systems approach to MUS in Plymouth**. *NHS Plymouth*, personal communication, September 2009.

(16)Chitnis A, Dowrick C, Byng R, Turner PDS: **Guidance for health professionals on**

medically unexplained symptoms. In *Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms*. London: RCGP; 2011.

(17)Sears EM: **The medical perspective on Environmental Sensitivities. A report from the Canadian Human Rights Commission.** In *Book The medical perspective on Environmental Sensitivities*. Ottawa, Canada: Canadian Human Rights Commission; 2007.

(18)Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W: **The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care.** *Psychosomatics* 2011, 52:263-271.

(19)Neighbour R: **The Inner Consultation** (2nd revised edn, October 2004). London: Radcliffe Publishing Ltd; 1987.

(20)Istituto di ricerca della SIMG: **IX Report Health Search.** Firenze: Congresso SIMG; 2016.

(21)Vögele A, Obexer M, Riegler P, Piccoliori G: **L'aumento del carico di lavoro in Medicina Generale negli ultimi 10 anni in Alto Adige.** Bolzano: DEGAM Kongress; 2015.

(22)ISTAT: **Annuario statistico italiano 2016.** Roma; 2016

RINGRAZIAMENTI

Rivolgo un sentito ringraziamento a tutte le persone che mi hanno accompagnato dal punto di vista professionale ed umano in questo percorso.

Esprimo la mia Gratitudine per quello che è già successo e per tutto quanto di straordinario nella mia vita deve ancora venire. Vivo nel posto che ho sempre sognato, immersa in un territorio che sa della lingua che amo...cos'altro posso volere di meglio?

In momenti come questi i pensieri corrono a tutte quelle Persone che nel festeggiare vorresti vicino: siete voi le Persone che devo ringraziare più di tutte perchè parte del mio Essere Oggi. Grazie Amici! Grazie Famiglia! Grazie miei Piccoli Amori!

Vorrei ringraziare i miei Tutor, in particolare il dott. Niederstätter, il dott. Tobaldin ed il dott. Piccoliori per avermi seguito in questi mesi, e tutto il personale dei reparti dell'Ospedale di Merano perchè ancora oggi, in quel "posto" lì, posso dire di sentirmi "a casa". Un grazie speciale a Roland Deluca, Sieglinde Kofler, Antje Maren Heyer, Emilia Raytcheva e al dott. Magnato per essere stati per me sempre un grande stimolo a migliorarmi ed esempi professionali da tenere presenti. Grazie per quello che mi avete dato!

Ringrazio tutti quelli che dal primo istante, senza esitare, hanno creduto in Me e continueranno a farlo, Me stessa per il coraggio e la tenacia che ci ho messo per arrivare fin Qui e Te, che mi hai preso e portato per mano, fin Qui...ed Oltre...