

## Prevenzione quaternaria, un compito del medico di famiglia

*Thomas Kuehleln MD, Medico di Medicina Generale , Germania; Donatella Sghedoni, Medico Specialista in Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Italia; Giorgio Visentin , Medico di Medicina Generale, Italia; Juan Gervas, Medico di Medicina Generale, Spagna; Marc Jamouille, Medico di Medicina Generale, Belgio*

**Autore principale** : Thomas Kuehleln M.D.; University Hospital Heidelberg, Dept. of General Practice and Health Services Research; Vossstr.2, Geb.37, D-69115 Heidelberg, Germany.

Phone: +49 (0)6221 56 4818; Fax: +49 (0)6221 56 1972; E-mail: thomas.kuehleln@med.uni-heidelberg.de

### **Quaternary prevention – an (increasingly) important theme in family medicine**

“Prevention is better than cure”. This principle is undisputed. New knowledge points to the fact that prevention can also do harm. Under the concept “quaternary prevention” efforts are currently focused on finding the right measure of preventive care, true to the old medical tenet “primum non nocere”.

The Editors of PrimaryCare have pleasure in joining this trailblazing new discussion via the article of Thomas Kuehleln et al., which in its present form is based on Marc Jamouille’s workshop “About quaternary prevention” at the European Wonca Congress 2009 in Basel. We publish it unabridged.

The contribution appeared in several languages, and can be found in English, Spanish, Italian, Portuguese and Croatian at [www.primary-care.ch](http://www.primary-care.ch).

For further information on quaternary care please consult the website [http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm).

### **Abstract**

La prevenzione quaternaria è la prevenzione della medicina non necessaria o la prevenzione della medicalizzazione. Il principio “primum non nocere” è centrale per tutta la medicina. Il compito di evitare gli interventi medici in eccesso è particolarmente obbligatorio nel campo della medicina generale. Qui è riportato il contenuto di un workshop su questo tema che si è tenuto nel 15° congresso di Wonca Europa in Basilea nel settembre 2009. In un mondo con una crescente ossessione verso i problemi della salute e con una aumentata possibilità di “fare qualcosa”, è necessario che qualcuno consigli sull’appropriatezza degli interventi

medici. Soprattutto in nome della prevenzione c'è stata un'esplosione di nuove entità nosologiche e di interventi sanitari che necessitano un ripensamento degli obiettivi e della filosofia alla base delle cure primarie. Specialmente in un'area con un alto grado di incertezza e una bassa prevalenza di malattie gravi, la decisione più difficile per il medico è quella di sospendere ulteriori attività per proteggere i nostri pazienti da una medicina non necessaria. Questa decisione può certamente essere basata da una parte su probabilità derivate da studi clinici e dall'altra dalle storie di vita e dai valori individuali dei nostri pazienti. Proponiamo che la prevenzione quaternaria diventi esplicitamente un compito del medico di medicina generale

*Parole chiave Prevenzione quaternaria, medicina generale, medicalizzazione*

*T. M di 62 anni , finora in buona salute, viene a vedere il suo medico di famiglia. Da un giornale distribuito in farmacia ha saputo che sta aumentando il numero degli uomini della sua età con diagnosi di cancro della prostata. Chiede quindi di fare lo screening per il cancro della prostata con il test PSA . Anche se il test non è coperto dalla sua assicurazione il paziente è disposto ad accettare anche di pagarselo direttamente (NDT In Italia l'esame è abitualmente eseguito a carico del SSN). Non ha nessun problema nell'urinare né nella sua vita sessuale. Non ci sono precedenti di cancro della prostata in famiglia. Si presenta dicendo " Vede dottore, sono sempre stato bene ma ora sento che mi avvicino a una certa età e mia moglie dice che devo cominciare a fare qualcosa per mantenermi in salute"*

*Quale dovrebbe essere l'indicazione del suo medico?*

## **Il workshop a Basilea**

Di seguito sono le riflessioni scaturite dal workshop che si è tenuto nel 15° Congresso di Wonca Europa a Basilea nel settembre 2009. Il titolo del workshop era “Prevenzione Quaternaria”.(PQ) Per esser chiari fin dall’inizio , PQ è la prevenzione dell’medicalizzazione inappropriata o la prevenzione della medicina non necessaria. Uno dei principi fondamentali della medicina è “primum non nocere”. Lo scopo quindi è quello di individuare i pazienti a rischio di essere sottoposti a interventi medici, che probabilmente gli farebbero più male che bene e di offrire a loro alternative accettabili.

Nei workshop idee e novità non vengono solo presentate , ma sono ulteriormente sviluppate con i contributi di tutti i partecipanti. Ci sono state tre presentazioni sull’argomento, seguite da una discussione vivace . In questo articolo i contributi dei partecipanti sono inseriti per esporre e sviluppare ulteriormente le nostre idee sulla PQ.

## **Prevenzione primaria, secondaria, terziaria e quaternaria – la malattia dal punto di vista del paziente (disease) e dal punto di vista del medico (illness)**

I livelli di prevenzione sono stati definiti e utilizzati in maniere diverse . Anche il termine prevenzione quaternaria è stato usato in modi diversi. Come medici di famiglia ci riferiamo al concetto di prevenzione quaternaria come esposto nella prima pubblicazione di uno degli autori , Marc Jamouille, nel 1986. Tale concetto è stato accettato nel 1999 dal Comitato internazionale sulla classificazione di Wonca e nel 2003 è stato pubblicato nel Dizionario Wonca della Medicina di Famiglia.

Leavell and Clark nel 1958 avevano definito I diversi livelli di prevenzione primaria e secondaria come interventi sanitarie che vengono attuati prima e dopo l’insorgenza

della malattia . La prevenzione secondaria era limitata agli stadi iniziali della malattia scoperta per esempio con lo screening. La prevenzione terziaria consisteva nell'evitare le complicanze di malattie già manifeste e comprendeva la riabilitazione. Tali concetti e altri punti di vista analoghi si sono sempre basati sul ruolo centrale che il medico riveste nell'assistenza sanitaria.

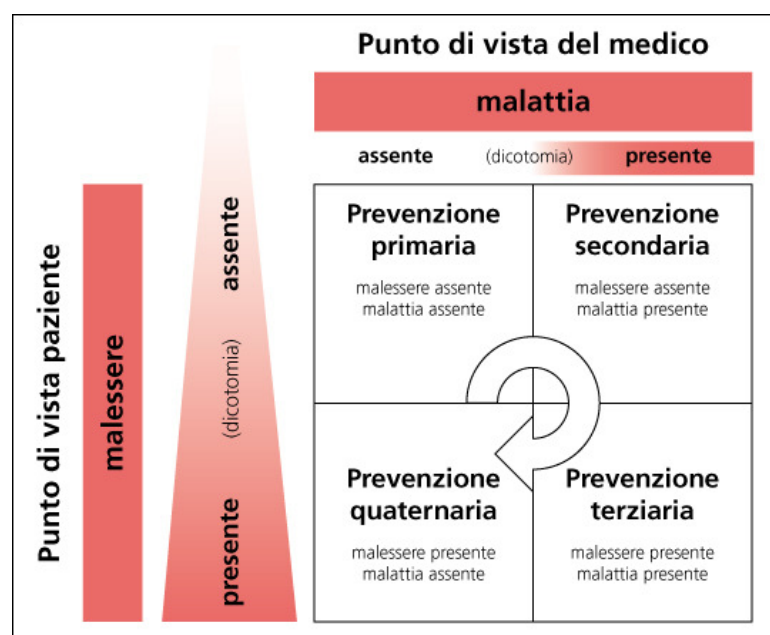
Il concetto di MJ vuole introdurre una strategia nuova , mettendo insieme i punti di vista di medico e paziente ed elaborando un concetto di prevenzione basato su tale rapporto. Tale nuovo modo di trattare il concetto di prevenzione è in contrasto con le precedenti definizioni basate semplicemente sulla cronologia .

Possiamo considerarlo come la risultante tra le diverse possibili percezioni del paziente (malessere o salute) e le valutazioni del medico ( malattia presente o non presente). Quando usiamo il termine “malessere” ( in inglese = illness NDT in italiano non esiste la distinzione fra illness e disease e “malessere” è una maniera impropria di cercare di rendere la soggettività insita nel termine inglese, che comunque utilizzeremo d'ora in avanti nel testo ) e “malattia” (in inglese = disease, in senso oggettivo ) ci riferiamo qui a Arthur Kleinman e al suo famoso libro. “The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition” . Kleinman ha operato la distinzione tra “malessere” come “le difficoltà principali che i sintomi e le disabilità creano nelle nostre vite” da una parte e dall'altra malattia come “ ciò che il medico crea, riformulando il malessere in termini della teoria del disordine. La “malattia” è invece ciò che i medici sono stati addestrati a vedere attraverso le lenti teoriche della propria particolare disciplina e pratica professionale . In pratica il medico di famiglia riconfigura i problemi dei malesseri dei propri pazienti e delle loro famiglie riducendoli a entità tecniche note, appunto le malattie codificate “

La sensazione di star male non si accorda necessariamente con il giudizio del medico che ci sia una davvero una malattia . D'altra parte sempre persone che si sentono benissimo sono etichettate come malate . Infatti le cosiddette “condizioni croniche” più comuni , come ipertensione, diabete, osteoporosi e molte altre sono delle classiche malattie senza “malessere”. Charles Rosenberg ha così espresso quanto sopra “la medicina e la burocrazia contemporanea hanno costruito entità patologiche come veri attori sociali mediante test di laboratorio, soglie di malattia, fattori di rischio basati sulla statistica e altri costrutti elaborati dal mondo composito dell'imprenditorialità biomedica , solo apparentemente non basata su alcun valore [7].

La figura 1 dà un'idea di cosa significa questo nuovo approccio classificativo della prevenzione.

Figura 1: tabella matrice 2 x 2 delle diverse forme di prevenzione nel modello relazionale



Come ulteriore sviluppo della tabella originale ([http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm)) , inseriamo qui anche la malattia nella dicotomia e nell'esclusione reciproca di assente o presente. Malessere appare invece lungo un continuum peggio definibile fra assenza e presenza.

Le prevenzioni primaria, secondaria e terziaria sono compiti ben conosciuti del medico.

Nella **prevenzione primaria** non c'è malessere e neanche malattia. Per la precisione il paziente non è un paziente. Le misure di prevenzione sono la promozione di stili di vita sani e per esempio l'esecuzione delle vaccinazioni.

Nella **prevenzione secondaria** ci sono condizioni sotto forma di malattie con le loro etichette. In realtà si tratta per la maggior parte di fattori di rischio ed è discutibile se debbano essere considerate vere e proprie entità patologiche. Un altro esempio potrebbero essere gli stadi iniziali di malattia scoperti da uno screening come per esempio il cancro della prostata iniziale. Quello che adesso possiamo definire paziente si sente ancora perfettamente bene, eccetto ( e non è poco! NDT) sentirsi minacciato dalla consapevolezza della malattia .

Le definizioni di malattie come l'ipertensione, il diabete mellito di tipo 2, l'ipercolesterolemia oppure l'osteoporosi originano da limiti arbitrari all'interno di una scala di valori continua. Lo scopo della prevenzione secondaria è la riduzione del rischio che si verifichino alcune conseguenze concrete e gravi di queste condizioni come per esempio l'infarto miocardico, l'ictus o le fratture. Così, a voler essere pignoli, la terapia dell'ipertensione per esempio è prevenzione e non trattamento , considerato che non esiste "malessere". Il concetto di fattore di rischio pur essendo piuttosto nuovo ha guadagnato una vasta popolarità in relativamente poco tempo [8]. La maggioranza dei pazienti con fattori di rischio non svilupperanno mai le

complicanze per le quali sono a rischio aumentato. Nonostante ciò è possibile definirli pazienti con malattie croniche o se hanno più di un fattore di rischio addirittura pazienti con multipatologie. Non dovremmo spaventare i nostri pazienti rendendoli consapevoli che la vita di per sé è un fattore di rischio di la morte, quando in realtà è soltanto un suo fattore predisponente (Fig 2).

Figura. 2: Aiutare il paziente a gestire l'incertezza?



Aiutare il paziente a gestire l'incertezza

Sono stati fatti molti progressi nella valutazione della relatività dei fattori di rischio. Un esempio è che non si deve trattare l'ipercolesterolemia da sola, come misura di

prevenzione secondaria, se il rischio globale di complicanze cardiovascolari rimane basso. D'altra parte possiamo tentare di proteggere un paziente con un livello di colesterolo relativamente basso tramite la prescrizione di una statina, se il suo rischio cardiovascolare totale è alto. Un'altra forma di prevenzione secondaria potrebbe essere quella degli stati iniziali di malattia scoperti da uno screening, ma mentre la maggior parte degli uomini oltre gli 80 anni risulterà con un cancro della prostata [9], soltanto pochi fra loro moriranno per tale causa [10].

La **prevenzione terziaria** è l'unico punto in cui malattia e "malessere" coincidono. Un esempio potrebbe essere il paziente che ha avuto un infarto miocardico. Questi pazienti non solo avevano fattori di rischio per infarto del miocardio ma per qualche motivo ignoto lo hanno di fatto sviluppato e hanno un rischio massimo di averne anche un secondo in futuro. In questi casi dobbiamo tentare di prevenire questa evenienza con tutti i mezzi che abbiamo, ammesso che questo abbia senso considerando le circostanze della vita e i desideri del singolo paziente.

### **Prevenzione Quaternaria, un compito del medico di famiglia**

Nella prevenzione quaternaria si pone il problema del "malessere" senza "malattia". Se da una parte il paziente vive la sua situazione soggettiva di malattia e merita una diagnosi, dall'altra è stato recente proposto che i medici definiscano la maggior parte di queste situazioni come "sintomi non spiegabili medicalmente" (MUS- Medically Unexplained Symptoms) [11]. Nella storia della medicina sono stati utilizzati molti termini e concetti correlati per definire tali situazioni soggettive [12]. Uno è malattia psicosomatica . Nonostante la definizione contenga l'aggettivo "somatica", il concetto individua chiaramente la causa sul versante psichico, mentre



l'effetto viene avvertito su quello corporeo. D'altra parte ci sono anche tentativi di costruire definizioni più somatiche di malattia come per esempio fibromialgia , molto apprezzata dalla maggior parte dei pazienti, perchè così vengono sollevati dalla percezione di esserne in qualche modo responsabili, tipica dei disturbi psichiatrici. Tutti questi sintomi e "illnesses" spalancano le porte a procedure diagnostiche senza fine. La maggior parte di queste daranno risultati normali, ma molte daranno risultati borderline o falsi positivi.. Le conseguenze saranno ulteriori infiniti esami diagnostici e prescrizioni di terapie di efficacia non provate ma con effetti collaterali ben conosciuti . Il problema è anche che , come mostra la Figura 1, non c'è soluzione di continuo fra salute e malessere, al contrario della dicotomia fra avere o non avere una malattia. La maggior parte delle persone infatti hanno dei sintomi in un determinato momento [13]. La maggioranza di queste tuttavia non consulterà un medico. Ma possono essere indotte a farlo. Potremmo chiamare questi pazienti i "sani preoccupati" (in inglese "worried well" ) . I media, l'industria farmaceutica , i politici e i diversi professionisti sanitari, con una strana combinazione di buone intenzioni e di ricerca di profitto economico, hanno il potenziale di suscitare dubbi e preoccupazioni anche nelle persone che godono della salute più solida [14,15]. Uno degli autori , Juan Gérvas (JG), una volta ci ha espresso tale concetto in una presentazione esordendo con " Adesso vi proverò che siete tutti morti" . Poi ci ha parlato di una nuova linea guida per l'insufficienza cardiaca [16], che la definisce in 4 stadi progressivi. Lo stadio A comprende le persone senza una patologia cardiaca strutturale o sintomi di insufficienza cardiaca , ma che sono " a rischio" di svilupparla. Alla fine della sua presentazione sull'insufficienza cardiaca è tornato alla sua dichiarazione iniziale: "Adesso potete vedere che siete tutti morti – ma fortunatamente solo in stadio A! " In questa battuta c'è molta verità. Lo stadio B

dell'insufficienza cardiaca comprende le persone che hanno una patologia cardiaca strutturale ma senza segni o sintomi di insufficienza cardiaca. Le persone definite con insufficienza cardiaca di stadio A e B sono davvero pazienti? E' davvero solo la preoccupazione per i nostri pazienti a spingerci? O è anche forse il cinico allargamento di uno stretto spettro di pazienti da parte di medici che sono sempre più specializzati e a causa della crescente specializzazione trovano sempre meno pazienti? Oppure si tratta della lecita e libera attività di mercato delle industrie farmaceutiche che cercano nuovi consumatori per i loro prodotti? Probabilmente non è soltanto una cosa o l'altra. E' un pericolo in cui tutti siamo immersi. Le conseguenze di tale pericolo ricadranno principalmente sui nostri pazienti o sulle persone che più o meno coscientemente abbiamo reso tali.

Dovremmo tener ben presente tutto ciò in ogni azione che facciamo. Ed è per questo che pensiamo sia importante dare un nome a questo compito: prevenzione quaternaria.

Davanti al carattere spesso tecnicamente angosciante della medicina moderna una reazione dei nostri pazienti , seguiti anche da molti nostri colleghi nella medicina generale, è il rifugio romantico nelle forme cosiddette alternative o complementari della medicina. Noi crediamo che non esistano alternative alla buona medicina che si fonda da una parte su una solida scienza , per quanto possibile, e dall'altra sulla rispettosa comprensione delle paure e dei desideri dei nostri pazienti .

Se la medicina moderna manca di empatia e di comprensione umana oltre ad occuparsi di cose misurabili e tecnicamente gestibili, siamo di fronte ad una mancanza . Dovremmo chiamarla così e non cercare di aggiungere quello che manca sotto forma di apparente alternativa o di complemento.

## **Come promuovere la prevenzione quaternaria.**

Cosa possiamo fare allora per promuovere la prevenzione quaternaria ?

Nella discussione del workshop c'era un collega che sosteneva che un singolo medico di medicina generale può fare ben poco di fronte al potere preponderante di così tanti che traggono vantaggio dal contrario. Ma non siamo soli. La UEMO , la rappresentativa professionale dei medici di medicina generale/medici di famiglia in Europa sostiene il concetto della PQ [17]. Pensiamo che ci sia molto che può essere fatto.

Innanzitutto bisognerebbe promuovere ulteriormente il concetto di prevenzione quaternaria, mantenendolo così ben presente anche nostre menti come uno dei nostri compiti fondamentali e discutendone con i nostri colleghi. Siamo convinti che la prevenzione quaternaria sia così tipica della vita professionale del medico di medicina generale che la maggior parte di noi l'avranno già messa in pratica in un modo o nell'altro, senza chiamarla esplicitamente così.

Per andare avanti avremo bisogno da una parte di armi efficaci e dall'altra di forti alleati. La cosa più difficile per medici e pazienti è propria la decisione di non continuare con ulteriori esami diagnostici e terapie [18]. La mente umana sembra essere aperta più facilmente all'azione, anche se risulta essere inutile o addirittura dannosa, piuttosto che al non agire o ad un approccio di vigile attesa (il "wait and see" anglosassone). Ciò porta ad assurdità come per esempio negli Stati Uniti il 69% di donne che continuano a fare Pap test dopo aver avuto una isterectomia completa [19]. In questi casi sembra relativamente facile essere convinti della necessità della prevenzione quaternaria. Ma cosa si può fare in tante altre situazioni con confini più sfumati e un'ampia sovrapposizione di benefici e danni? Un beneficio

significativo a livello di popolazione non si traduce automaticamente in un beneficio significativo a livello del singolo paziente. Ciò è probabilmente vero per molti casi di prevenzione secondaria. Geoffrey Rose ha ben distinto le cause delle diverse incidenze dalle cause dei casi nel suo famoso articolo sugli individui malati e sulle popolazioni malate [20]. La medicina preventiva è stata rapidamente fraintesa da moltissimi fino ad applicare le stesse strategie per i singoli pazienti ad alto rischio a gruppi sempre più grandi della intera popolazione [21].

Uno dei fattori di rischio più forte per molte malattie e per il risultato tragico ma ancora inevitabile della morte è l'età. Tuttavia non esiste un confine preciso che definisca quando è futile cercare di prevenire una patologia perché la probabilità di morire di molte altre malattie fortemente correlate all'età diventa preponderante. Pochi discuterebbero ancora l'utilità delle statine per un paziente con una demenza grave e un'ulcera da decubito di stadio avanzato. Il numero elevato di farmaci somministrati, con le loro interazioni, e il conseguente rischio per la sicurezza del paziente è una grande preoccupazione nell'assistenza degli anziani. Il problema di quali farmaci preventivi possono essere interrotti e quando è chiaramente il compito del medico di medicina generale in accordo con il paziente o spesso insieme ai suoi parenti. La prevenzione quaternaria può quindi essere anche prevenire la prevenzione non necessaria.

Uno dei metodi più solidi per evitare interventi medici non necessari è la Evidence Based Medicine-EBM (traducibile come Medicina basata sulle prove di efficacia NDT) , nel senso in cui è stata sviluppata originalmente da David Sackett e colleghi [22]. . La conoscenza delle probabilità delle dimensioni sia del beneficio che del

danno proveniente dagli studi clinici può darci la fiducia per poter abbandonare molti test diagnostici e farmaci in accordo con i nostri pazienti. Se ci atteniamo soltanto alla dicotomia funziona/non funziona difficilmente saremmo invece in grado di escludere un determinato farmaco.

Ma il problema principale non sono solo i farmaci. Chris del Mar e colleghi dall'Australia in un ottimo libro sul ragionamento clinico [23] hanno citato una sindrome nuova e pericolosa, denominata in maniera suggestiva VOMIT. VOMIT è l'acronimo di "**V**ictim **O**f **M**odern **I**maging **T**echnology", che significa Vittima della moderna tecnologia per immagini. È molto più semplice prescrivere un test diagnostico inutile "perché non si sa mai" invece di eliminarlo. La difficoltà sta nella possibilità di sbagliarsi quando si elimina una certa patologia come possibile causa del disturbo del paziente. Come si può dire al paziente che non abbiamo trovato nessuna spiegazione e che quindi non saremo in grado di aiutarlo? È importante non lasciare il paziente solo con la sua sofferenza e preoccupazione, solo perché non abbiamo un'etichetta per il suo problema. I valori predittivi positivi dei risultati dei test diagnostici sono piuttosto bassi in aree geografiche con bassa prevalenza della maggior parte delle malattie gravi, anche se hanno elevata sensibilità [24]. Se ci fosse stato insegnato di più riguardo alle conseguenze del teorema di Bayes per la validità dei risultati positivi dei test fatti nella nostra realtà, probabilmente in molti casi saremmo più restrittivi nel prescriverli. Il problema era che i nostri insegnanti altamente specializzati e settorializzati non lo sapevano. La conoscenza e non la diffidenza è il miglior strumento per la prevenzione quaternaria

Una diversa spinta alla prevenzione quaternaria può nascere dalla persona o dalla storia di vita dell'individuo davanti a noi. Molti interventi medici non hanno alcun senso e diventano addirittura assurdi davanti alle situazioni di vita di alcuni nostri pazienti. Questo approccio è stato definito dagli anglosassoni "Narrative based Medicine" [25]. (Medicina basata sulla narrativa o sulle storie dei pazienti) e porta automaticamente al mezzo più importante che abbiamo per fare prevenzione quaternaria: la comunicazione e la fiducia in noi dei nostri pazienti che sperabilmente ci dovremmo essere guadagnati a poco a poco nel corso del nostro rapporto.

Ma prima di cercare di convincere altri dell'importanza della prevenzione quaternaria, potremmo facilmente iniziare ad applicarla nel nostro lavoro quotidiano. Possiamo iniziare per esempio prescrivendo meno esami di laboratorio inutili quando facciamo dei controlli, meno radiografie per le lombalgie non complicate o meno ricette di antibiotici per bronchiti o rinosinusiti acute, dove chiaramente il beneficio è minimo o nullo. Ci sono abbastanza prove e linee guida per proteggerci anche da eventuali contestazioni medico-legali nei rari casi di complicazioni.

La medicina difensiva, con la preoccupazione per eventuali contestazioni medico-legali, teoriche o reali è una delle maggiori spinte per effettuare procedure mediche inutili. Pensiamo infatti che i nostri giudici "saranno più benevoli per i nostri peccati di commissione che per i nostri peccati di omissione" [26]. Ma non ha senso trattare molte persone con farmaci che possono essere pericolosi "per stare tranquilli" e per forse prevenire complicazioni rare in pochissimi pazienti. Le linee guida dei National Colleges della Medicina Generale europei (che riuniscono almeno in parte le caratteristiche degli Ordini e delle Società Scientifiche Italiane e che in Italia nel processo di elaborazione di Linee Guida e PDTA sono affiancati anche dal Ministero

e dalle ASL ndT) vengono più che altro interpretate come restrittive della libertà medica e quindi rifiutate [27]. L' indicazione "non si deve" non dovrebbe essere considerata una limitazione , ma al contrario un aiuto e una protezione perché significa "non è necessario "

### Il paziente che chiede il dosaggio del PSA

Ritorniamo ora al nostro paziente presentato in apertura. Cosa gli diremo? Potremmo dirgli che è vero che ci sono sempre più uomini della sua età cui viene diagnosticato il cancro della prostata, ma che solo una conseguenza logica di una maggiore attività di screening.

Il tasso di mortalità per cancro della prostata sta diminuendo sia nei paesi con screening che in quelli senza [28]. Potremmo dirgli che proprio quest'anno sono stati pubblicati due grandi studi , uno dei quali ha mostrato che sulla mortalità per cancro della prostata non c'è nessun effetto [29], e l'altro solo un effetto minimo [30] dello screening con PSA. Potremmo dare al paziente gli indirizzi di alcuni siti web che danno informazioni attendibili sull'argomento o un foglio informativo. Se siamo medici maschi potremmo dirgli cosa faremmo per noi stessi . Dovremmo sempre essere equilibrati e aperti alla possibilità che il paziente voglia fare il test nonostante le nostre obiezioni al test. La PQ può essere ottenuta soltanto in accordo con i nostri pazienti e mai contro di essi. Il paziente sarà di solito il nostro maggiore alleato per la PQ se vede che la nostra posizione non è ideologica e che non è influenzata da un conflitto di interessi. Lo scopo non dovrebbe essere una crociata contro la tecnologia medica e il progresso, ma un aiuto ragionevole per una migliore appropriatezza degli interventi degli invertenti medici.

## **Conclusioni**

La prevenzione quaternaria è la prevenzione degli interventi medici non necessari e in tal senso è un pilastro della medicina fino dalle sue origini (*primum non nocere*). Il mezzo più efficace per realizzarla è un migliore ascolto dei nostri pazienti. Ciò è stato chiamato Medicina basata sulle storie dei pazienti (*Narrative Based Medicine*), che significa adattare ciò che è possibile da punto di vista medico a ciò che è necessario e desiderabile per l'individuo. Abbiamo bisogno di una relazione medico-paziente che sia forte e prolungata nel tempo e che i nostri pazienti abbiano fiducia nella nostra integrità e nelle nostre competenze scientifiche. L'altro mezzo importante è la cosiddetta Medicina basata sulle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*). La conoscenza dei probabili valori predittivi degli esami diagnostici e le probabilità delle dimensioni dei benefici e danni delle terapie e degli interventi preventivi ci dà l'opportunità di abbandonare molte procedure inutili. Noi pensiamo che la prevenzione quaternaria sia un compito fondamentale del medico di medicina generale. La prevenzione quaternaria dovrebbe essere discussa più spesso e più apertamente e dovrebbe essere maggiormente oggetto di ricerca e di insegnamento.

Per ulteriori informazioni sulla prevenzione quaternaria consultare il sito web [http://docpatient.net/mj/P4\\_citations.htm](http://docpatient.net/mj/P4_citations.htm)



## Bibliografia originale

1. Froom P, Benbassat J. Inconsistencies in the classification of preventive interventions. *Preventive Medicine* 2000;31:153-58
2. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-83
3. Jamouille M. [Computer and Computerisation in General Practice] *Information et Informatisation en Médecine Générale* in: *Les Informa-g-iciens.*: Presses Universitaires de Namur; 1986:193-209
4. Bentzen N (Ed.). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*. Maanedsskrift for Praktisk Laegegerning, Copenhagen 2003
5. Cited after Cohen L, Chavez V, Chehimi S. *Prevention is Primary: Strategies for Community Well Being*. John Wiley and Sons, San Francisco 2007
6. Kleinman A. *The Illness Narratives – Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York 1988
7. Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly* 2002;80:237-60
8. Aronowitz R. *Making Sense of Illness – Science Society and Disease*. Cambridge University Press, Cambridge 1998
9. Soos G, Tsakiris I, Szanto J, Turzo C, Haas PG, Dezso BE. The prevalence of prostate carcinoma and its precursor in Hungary: an autopsy study. Eur Urol. 2005 Nov;48(5):739-44
10. Damber JE, Aus G. Prostate cancer. *Lancet* 2008;371:1710-21

11. Rosendal M, Olesen F, Fink P. management of medically unexplained symptoms. *BMJ* 2005;330:4-5
12. Shorter E. *From Paralysis to Fatigue – A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era*. The Free Press, New York 1992
13. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited *N Engl J Med* 2001;344:2021-25
14. Thaler RH. Gauging the Odds (and the Costs) in Health Screening. *The New York Times*. December 19, 2009  
<http://www.nytimes.com/2009/12/20/business/20view.html>
15. Heath I. Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential. *PloS Medicine* 2006;3:448-53
16. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. ACC/AHA 2005 Guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult – summary article. *Circulation* 2005;112:1825-52
17. UEMO, European Union of General Practitioners / Family Physicians, Santiago LM. Quaternary prevention. Document 2008/040, October 2008.  
Accessed at 12. January 2010 at  
[http://www.uemo.org/members/official\\_documents/dwds08\\_2.htm](http://www.uemo.org/members/official_documents/dwds08_2.htm)
18. Siebolds M. Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 2003; 97: 257-62
19. Sirovich BE, Welch G. Cervical Cancer Screening among Women without a Cervix. *JAMA* 2004; 291: 2990-93
20. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985;14:32-38

21. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008;372:1997-99
22. Sackett DL, Haynes BR, Guyatt GH, Tugwell P. *Clinical epidemiology. A basic science for clinical medicine*. 2<sup>nd</sup> Ed, Little, Brown and Company, Boston 1991
23. Del Mar C, Doust J, Glasziou P, *Clinical Thinking - Evidence, Communication and Decision Making*. Blackwell Publishing Ltd, Carlton 2006
24. Schneider A, Dinant G-J, Szecsenyi J. Stepwise diagnostic work-up in general practice as a consequence of the Bayesian reasoning. *German Journal for Evidence and Quality in Health Care* 2006; 100: 121-27
25. Greenhalgh T, Hurwitz B (ed.). *Narrative based Medicine – Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books London 1998
26. Payer L, *Culture and Medicine*. Holt Paperback, New York 1996
27. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GP's attitudes to clinical practice guidelines. *British Journal of General Practice* 2007; 57: 971-78
28. Oliver SE, Gunnell D, Donovan JL. Comparison of trends in prostate-cancer mortality in England and Wales and the USA. *Lancet* 2000;355:1788-9
29. Andriole GL, Grubb III GL, Buys SS et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial, *N Engl J Med* 2009; 360:1310-19
30. Schroeder FH, Hugosson J, Robol MJ et al. Screening and Prostate-Cancer mortality in a Randomized European Study *N Engl J Med* 2009; 360:1320-28