

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XXI, numero 1 - 20 febbraio 2014

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

RIFLETTORI

6

**Nuovo Acn, la contestazione
Fimmg e i distinguo di Smi e
Snami**

TRIBUNA

10

**La MG non può concorrere
con la tecnomedicina
ospedaliera...**

FOCUS ON

32

**Definizione
della multimorbidità
in Medicina di Famiglia**



Roberto Lala

Presidente OMCeO Roma

**Dalla relazione terapeutica
alla relazione paranoica**



M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile
Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.
Massimo Bisconcini, Claudio Borghi, Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione
Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggionni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.
Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento
Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



Testata volontariamente sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012
Periodicità: 15 numeri all'anno
Tiratura media: 30.507 copie
Diffusione media: 30.158 copie
Società di Revisione: RIA Grant Thornton

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile Trattamento Dati, Via Boscovich 61 20124 Milano

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Dalla relazione terapeutica alla relazione paranoica 5
- **Riflettori**
Nuovo Acn, la contestazione Fimmg e i distinguo di Smi e Snam 6
- **Prospettive**
ADI, luci ed ombre di un servizio per i più deboli 8
- **Tribuna**
La MG non può concorrere con la tecnomedicina ospedaliera... 10
- **Contrappunto**
La tutela della salute non è un costo, ma un diritto 12
- **Appunti**
A proposito della riorganizzazione delle cure primarie 16
Medici di famiglia senza più ambizioni 16
Razionalizzare senza razionare la spesa 17
- **Osservatorio**
Curarsi per molti è diventato un lusso 18

AGGIORNAMENTI

- **Ematologia**
Attuali prospettive nella terapia della leucemia mieloide cronica 20
- **Gastroenterologia**
Aderenza terapeutica nelle MICI: focus sulla colite ulcerosa 21
- **Ginecologia**
A che punto è la copertura vaccinale anti-Hpv? 22
- **Neurologia**
Una cefalea che sveglia il paziente 23
- **Oncologia**
Febuxostat efficace nella prevenzione della lisi tumorale 24
- **Prevenzione**
Effetti positivi degli omega-6 sul rischio cardiovascolare 25
- **Terapia antalgica**
Come il medico di medicina generale affronta il dolore 26
- **Vaccinazioni**
Autorizzato da AIFA il primo vaccino contro il meningococco B 28

CLINICA E TERAPIA

- **Focus on**
Definizione della multimorbidità in MG: una revisione sistematica 32
- **Pratica medica**
Paziente con ipertensione arteriosa sistolica isolata: caso clinico 35
- **Rassegna**
La terapia infiltrativa nella gonartrosi:
indicazioni, tecniche applicative e validità 40
- **Procedure**
Nuovi impieghi terapeutici dell'idrocolontterapia 44
- **Profili**
Soluzioni terapeutiche ad alto standard qualitativo 46

Dalla relazione terapeutica alla relazione paranoica

Ha suscitato scalpore e consensi la recente lettera aperta inviata dal presidente OMCeO di Roma, **Roberto Lala** al Presidente della Repubblica e alle massime Autorità politiche nazionali e regionali in cui si chiede un cambio di rotta nei confronti della Sanità e si denuncia il clima da caccia alle streghe che vede, spesso ingiustamente, così come certificato anche da recenti studi della Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori in Sanità, medici ed odontoiatri sul banco degli imputati. Una lettera dai toni forti in cui il presidente Lala pone l'accento sulle campagne denigratorie perpetuate contro la professione medica. Campagne che hanno raggiunto l'apice con lo spot pubblicitario, trasmesso da Radio e Televisione, con cui associazioni private, composte anche da avvocati, offrono gratuito patrocinio per tutti quei cittadini che ritenessero di aver subito un danno dal Ssn. Tutto ciò sta determinando un vero e proprio dissolvimento della relazione medico-paziente, fondata sulla reciproca fiducia e lealtà. Un dissolvimento che ha già procurato danni, segnando, secondo Roberto Lala, il definitivo passaggio dalla "relazione terapeutica a quella paranoica".

"(...) Si sta facendo strada una relazione impersonale - si legge nella missiva - fondata sulla diffidenza tra medico e paziente che produce solo prescrizioni diagnostico-terapeutiche sempre più sofisticate e ridondanti in quanto dettate dalla 'paura dell'altro'; si sta rovinando la relazione di cura e si sta determinando anche un aggravio dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (...). Lo scenario è tale per cui invece di una relazione terapeutica stiamo creando una 'relazione paranoica': due nemici, uno di fronte all'altro aspettando chi fa la prima mossa! A tutto questo diciamo BASTA! Nessuna categoria professionale viene confusa con la delinquenza comune!"



Roberto Lala
Presidente OMCeO Roma

Nuovo Acn, la contestazione Fimmg e i distinguo di Smi e Snamì

Fimmg lancia ultimatum: basta temporeggiare, nuova Convenzione subito o sarà sciopero. Smi si oppone all'iniziativa e Snamì dice sì allo sciopero, ma per lasciare in atto la convenzione vigente. E intanto le Regioni si stupiscono e approvano l'Atto di Indirizzo

Per il segretario nazionale Fimmg, non è giustificata l'inerzia delle Regioni che ancora non hanno approvato l'Atto di Indirizzo per la stipula del nuovo contratto nazionale e dichiara lo stato d'agitazione. Repentina arriva la solidarietà di Federfarma, mentre il Presidente del Comitato di settore e Vicepresidente della Regione Liguria, **Claudio Montaldo**, e il coordinatore della Commissione salute per la Conferenza delle Regioni, **Luca Coletto** (Regione Veneto) esprimono stupore e amarezza per la posizione presa dal sindacato. Nel frattempo Smi contesta la minaccia di sciopero della Fimmg e la gestione autoreferenziale della trattativa.

In una lettera inviata ai ministri competenti e ai presidenti delle Regioni e delle Province autonome, il segretario nazionale Fimmg, **Giacomo Milillo**, ha sottolineato: "La legge n. 189 del 2012 prevede l'obbligo per le Regioni di pervenire alla stipula degli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale entro l'11 maggio 2013. Non solo la Conferenza delle Regioni non si è attivata per adempiere all'obbligo, ma a tutt'oggi il Comitato di Settore non ha ancora approvato l'atto di indirizzo necessario all'avvio delle trattative".

Per Milillo: "L'inerzia non trova alcuna giustificazione nella crisi economica perché è chiaro che il rinnovo deve avvenire a costanza di risorse e proprio la riscrittura della Convenzione costituisce momento fondamentale per l'improcrastinabile riorganizzazione dell'assistenza primaria, per un uso più razionale delle risorse rese disponibili dal finanziamento del Ssn e rappresenta quindi un contributo alla sostenibilità del Ssn stesso che qualsiasi amministratore interessato al bene della popolazione dovrebbe perseguire nel più breve tempo possibile".

"È volontà di questo sindacato denunciare la gravità di una simile condotta politico-amministrativa che, unitamente al rifiuto ormai triennale delle Regioni a definire il Patto della Salute con tutti i Governi succedutisi, costituisce un grave pregiudizio alla tutela della salute prevista dall'art. 32 della Costituzione - aggiunge nella lettera - Perciò la Fimmg dichiara lo stato di agitazione e, trascorsi i termini previsti dalla legge per eventuali procedure di raffreddamento e conciliazione, si riserva di mettere in atto ogni legittima forma di protesta fino ad individuare e comunicare le date e le modalità di eventuali scioperi".

► La solidarietà di Federfarma

Il presidente Federfarma, **Annarosa Racca**, ha subito espresso solidarietà ai Mmg in agitazione per il contratto: "Capisco il malumore dei medici - osserva Racca - le farmacie del territorio continuano a lavorare con una Convenzione scaduta, che da tempo chiediamo di rinnovare per poter offrire alla collettività nuovi servizi integrati nell'offerta pubblica del Ssn. Nei mesi scorsi ci era stato promesso che il rinnovo del nostro contratto sarebbe arrivato subito dopo quello dei Mmg, per questo non possiamo che essere solidali con la Fimmg. Questi incomprensibili ritardi non fanno altro che impedire il miglioramento e la modernizzazione dell'assistenza territoriale".

► Lo stupore delle Regioni

"Esprimiamo stupore e amarezza per la posizione assunta dalla Fimmg nei confronti della Conferenza delle Regioni in relazione all'Atto di Indirizzo". Hanno dichiarato immediatamente il Presidente del Comitato di settore e Vicepresidente della Regione Liguria, Claudio Montaldo, e il coordinatore della Commissione salute per la Conferenza delle Regioni, Luca Coletto (Regione Veneto).

“Stupore - affermano Montaldo e Coletto - perché sono stati espletati, come è noto alle organizzazioni sindacali, tutti i necessari passaggi per pervenire ad un documento condiviso al massimo livello e da parte di tutte le Regioni”. A tale proposito avvertono che, dopo una riunione del Comitato di Settore è imminente l'invio alla SISAC dell'Atto di Indirizzo per la nuova Convenzione di MG. E infatti il 13 febbraio approvano l'Atto. “Mentre la normativa prevedeva un semplice aggiornamento della Convenzione - precisano - si è ritenuto opportuno, di comune intesa, procedere ad una razionalizzazione e a migliorie che consentano al testo della nuova convenzione di corrispondere al meglio alle esigenze dei cittadini, della classe medica, degli operatori sanitari. Con i rappresentanti sindacali è stata condivisa da tempo l'opportunità di andare ad una revisione sostanziale degli accordi nazionali vigenti, andando oltre i contenuti della Legge 189/2011. L'amarezza è dunque dovuta al fatto - sottolineano il Presidente del Comitato di Settore e il Coordinatore della Commissione salute per la Conferenza delle Regioni - che in più occasioni e in diversi incontri si è convenuto su questo percorso, così come è stata condivisa una strategia di massimo coinvolgimento nelle scelte. Certe osservazioni sembrano non tener conto del contesto politico-economico particolarmente complesso degli ultimi anni. La necessità di un finanziamento certo del Ssn e la definizione del Patto per la Salute sono elementi imprescindibili per la definizione degli atti normativi e contrattuali del personale a cui verrà chiesto di accompagnare un cambiamento rilevante per tutto il Servizio sanitario nazionale. Per questo - concludono Montaldo e Coletto - appare del tutto

priva di fondamento l'affermazione relativa al fatto che le Regioni rifiutino di sottoscrivere il nuovo Patto per la Salute. È vero piuttosto il contrario. Sono state le Regioni a sollecitare un nuovo Patto per la Salute fondato su risorse che lo rendano economicamente più sostenibile, come dimostrano le diverse prese di posizione pubbliche, i numerosi documenti e gli interventi del Presidente della Conferenza delle Regioni, **Vasco Errani**, in tutte le sedi istituzionali”.

► Smi contesta Fimmg

Per il segretario nazionale dello Smi, **Salvo Calì**, “minacciare lo sciopero, senza aver compreso la dinamica economico e sociale del Paese, è un rito stanco”. “Non solo - aggiunge - ricorrere a questo strumento senza una chiara piattaforma e senza aver fatto autocritica sulla Legge Balduzzi, che è l'origine dell'Atto di Indirizzo, è un suicidio per i medici del territorio. Ma anche la dimostrazione che per alcuni sindacati versare, a posteriori, ‘lacrime di coccodrillo’ è una triste consuetudine. Ancora una volta si è insistito con le scorciatoie organizzative: h24, integrazione, medicina di gruppo, ecc, senza prevedere risorse, il tutto a costo zero. Come sempre si è trascurata l'assenza di una regia nazionale in questi processi, lasciando campo libero alle ‘fantasie’ delle Regioni (che in molti casi hanno già avviato veri e propri pasticci, vedi in Toscana il ridimensionamento della guardia medica e l'indebolimento del 118). L'obiettivo? Forse prendere qualche titolo sui giornali e partecipare alla spartizione di qualche poltrona. Il tutto a scapito del lavoro di migliaia di medici e della qualità dei servizi per i cittadini”. “Il Titanic del sindacalismo maggioritario - conclude Calì - passa, quindi,

ora, per una rottura con le Regioni sulla mancata, per quanto ampiamente prevedibile, apertura delle trattative per il rinnovo delle Convenzioni. Vogliamo essere chiari: con la Balduzzi e in questo contesto, l'Atto di indirizzo non può non sfociare a un Accordo nazionale basato sull'ennesimo pesante sacrificio economico per la categoria. Per questa ragione, chiediamo a tutti i sindacati, anche quelli che hanno portato a questa situazione, di voltare pagina, di aprire un vero confronto con le altre forze sindacali e di definire una piattaforma unitaria, invece di minacciare uno sciopero inconcludente e senza prospettiva. Insomma ritorni protagonista il sindacalismo medico nella proposta unitaria alla politica”.

► Snamì vuole mantenere il “vecchio” Acn

“Scioperiamo per la convenzione, ma per lasciare quella che c'è”. Con questo titolo si apre il comunicato stampa Snamì che fa da contraltare a quello della Fimmg. Il rinnovo a costo zero dell' Acn, con la riforma delle cure primarie che incalza e che prevede ingenti e costose novità ha il sapore di un ossimoro inaccettabile per Snamì, come ben evidenzia la dichiarazione del Presidente **Angelo Testa**: “Rimaniamo con i piedi per terra e lavoriamo per mantenere e se possibile migliorare ciò che ancora abbiamo, senza passare dalla «demolizione» della nostra figura e del nostro ruolo. Chi ha la bramosia di aprire operazioni in perdita se ne assuma la responsabilità nei confronti di una categoria sempre di più in sofferenza economica e stanca di giochini con cui si trastullano i ‘soliti noti’ ma che possono mettere a repentaglio il posto di lavoro dei medici e un'assistenza decorosa ai pazienti”.

ADI, luci ed ombre di un servizio per i più deboli

Tra eccesso di burocrazia, fondi limitati e, talvolta, scarsa organizzazione, il Mmg resta il cardine intorno al quale ruota - o dovrebbe ruotare - il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, ma il sistema presenta numerose criticità sia a livello nazionale sia regionale su cui ha focalizzato l'attenzione il recente convegno dell'Unione Medici Italiani svoltosi a Brescia

S secondo i dati della Regione Lombardia, nel 2012 erano oltre 85.000 le persone seguite attraverso il sistema dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) un numero che è destinato a crescere, sia per l'incremento dell'età media, sia per la crescita del fenomeno delle dimissioni precoci dagli ospedali.

Percentualmente si tratta, nelle province lombarde, di una media dell'1.5-2% sul totale della popolazione. Per ADI si intende l'insieme di prestazioni garantite al paziente presso il proprio domicilio da un insieme di figure socio sanitarie: Mmg, infermiere, tecnici per la riabilitazioni, medici specialisti, assistenti sociali.

A questo tema Umi (Unione Medi-

ci Italiani), ha dedicato di recente un convegno dal titolo "L'assistenza e le cure domiciliari, quale il ruolo del Mmg". Il presidente Umi, Francesco Falsetti, in apertura dei lavori ha ricordato che l'assistenza domiciliare ed in particolare l'ADI costituisce per l'associazione motivo di grande interesse sia per i malati sia per i Mmg, primi interlocutori per le famiglie stesse.

Data l'importanza nel prossimo futuro anche ai fini del budget sanitario regionale, l'ADI è stata oggetto nel corso degli ultimi anni di una profonda revisione per cercare di risolvere alcuni problemi: la disomogeneità nella valutazione del bisogno, nell'erogazione delle prestazioni, nelle figure professionali coinvolte, ecc. Concretamente si è passati da un modello in cui ogni erogatore di servizi accreditato (il pattante) disponeva di un proprio budget, a uno in cui a ogni paziente in ADI è assegnato un voucher da "spendere", scegliendo autonomamente il pattante di riferimento. "Anche con il nuovo modello - ha spiegato **Chiara Benini**, direttore generale della RSA Villa Carcina (Bs) - restano alcune criticità. Al Mmg, per esempio, resta un ruolo di fatto marginale, anche se spetta a lui chiedere l'attivazione dell'ADI".

Nonostante le buone intenzioni delle norme nazionali di fare del medico di famiglia, che meglio conosce il paziente e la realtà sociale e familiare in cui è inserito, il



perno intorno al quale ruota il servizio dell'ADI, le cose vanno diversamente. "Nella realtà quotidiana - ha spiegato **Franchino Martire**, responsabile Nazionale Umi per la Medicina Generale - spesso la decisione di attivare l'ADI è solo formalmente del medico di famiglia. In pratica spesso già in dimissione ospedaliera viene consigliato al paziente, che superata la fase acuta della malattia e necessitando ancora di controllo sanitario, di attivare un'ADI già 'confezionata' e con attori spesso sconosciuti dallo stesso Mmg.

Il consenso del medico è quindi quasi obbligato perché deve far fronte anche alle pressioni delle famiglie. In queste circostanze il Mmg diventa poco più di un passacarte. Per non parlare dell'eccessiva burocratizzazione del servizio che spesso ne allunga i tempi di realizzazione". Anche per i pazienti e i loro familiari non è tutto facile, soprattutto per quanto riguarda la scelta dell'ente che deve coordinare l'erogazione dei servizi. "Con il voucher - ha sottolineato **Maurizio Laudicina**, segretario nazionale Umi - si garantisce ai pazienti la libera scelta, ma le famiglie non conoscono i pattanti. Su quali basi possono quindi scegliere?".

C'è poi da considerare la questione fondi, che limita fortemente le disposizioni nazionali che delegano alle Regioni le trattative per l'ADI. "Alcune Asl lombarde - ha proseguito Laudicina - hanno espressamente chiesto ai loro Mmg di contenere le prestazioni ADI nuove e da rinnovare. Il medico di famiglia si trova allora nell'imbarazzante situazione di comunicare la decisione di chiudere l'erogazione 'ufficiale' del servizio a una persona che

ne ha ancora oggettivamente bisogno, per la carenza di fondi Asl. Non c'è da stupirsi se a volte con l'attivazione dell'ADI i rapporti del medico con il paziente e i familiari si deteriorano". Spesso quindi l'assistenza medica continua solo in modo volontaristico.

► Modelli virtuosi

Ma ci sono anche modelli virtuosi. La Asl di Cremona, in tempi non sospetti (2001), ha avviato nei suoi tre distretti una sperimentazione sulla gestione dell'ADI, per facilitare la presa in carico e l'accesso alle cure, deburocratizzare il sistema, ottimizzare l'integrazione tra l'erogatore dei servizi e i medici. "L'assistenza domiciliare - ha raccontato Camaiera, presidente Umi Cremona e a capo di una cooperativa di 10 Mmg e un pediatra di libera scelta - non può essere prestata adeguatamente se non è ben gestita. La sperimentazione della nostra Asl prevede che siano i Mmg a gestire direttamente le dimissioni protette e le attività specialistiche necessarie. La sede della nostra cooperativa costituisce un front office unico per l'utenza, che vi trova i Mmg, personale infermieristico e persino un pattante. È il medico di famiglia a valutare il piano di assistenza. Grazie alla sua supervisione si risolve il problema di duplicazioni di servizi ed erogazioni di prestazioni non necessarie, che appesantiscono inutilmente il budget".

Anche in termini economici è fondamentale la valutazione del servizio. "Chi vogliamo che sia il giudice della qualità del servizio? -

si è chiesto il prof. Emanuele Vendramini del Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - Un criterio di valutazione oggettivo potrebbe essere quello sulla base di un percorso clinico, stabilito in funzione del paziente in ADI e delle sue patologie. Per esempio, l'emoglobina glicata del paziente diabetico è adeguatamente controllata nel tempo? Effettua ogni anno l'esame del fondo oculare? Se la risposta a queste domande è positiva, significa che il sistema di assistenza funziona correttamente e che sta riducendo il rischio di ulteriori complicanze.

Non va poi dimenticato che non tutti i pazienti sono in grado di assegnare il giusto ruolo alle figure coinvolte nell'erogazione delle cure e il Ssn e il sistema regionale devono preoccuparsi soprattutto di queste persone.

Infine voglio sottolineare come da troppo tempo si proceda per sperimentazioni. Alcune hanno dato ottimi risultati, altre non si sa. È ora di tirare una riga, di capire quali strade si sono dimostrate valide e quali vanno corrette o abbandonate".



La medicina generale non può concorrere con la tecnomedicina ospedaliera...

Analisi semplicistiche e la ricerca di un capro espiatorio sono inutili e dannose e non servono a trovare soluzioni appropriate per porre rimedio agli accessi impropri e alla crisi del Pronto Soccorso

Giuseppe Belleri
Medicina Generale, Flero (BS)

Sulla complessità della crisi del PS sono stati spesi proverbiali fiumi di inchiostro, ma puntualmente rispunta il tentativo di "dare la colpa" al medico di medicina generale.

Da almeno una decina di anni a gennaio, in corrispondenza del picco dell'epidemia influenzale, entrano in crisi le strutture ospedaliere che più soffrono per l'effetto "collo di bottiglia": posti di Pronto Soccorso (PS) sovraffollati e reparti di rianimazione con indisponibilità di posti letto. Puntualmente le cronache giornalistiche registrano proteste, malcontento degli operatori per le condizioni di lavoro e denunce dei cittadini per il malfunzionamento dei servizi.

Sulla complessità della crisi del PS sono stati spesi i proverbiali fiumi di inchiostro, ma ogni volta rispunta il tentativo di "dare la colpa" al medico di medicina generale, come propone la dott.ssa Rossella Carucci, direttore Ares del 118, in una dichiarazione al Tg3 Lazio del 7 gennaio 2014 sulla crisi dei PS della capitale: "Il medico di famiglia, dove dovrebbero andare, o non lo trovano o non gli dà l'affidabilità necessaria, fatto sta che l'ospedale è molto attrattivo per i pazienti e la medicina territoriale molto meno".

La crisi del PS ha radici lontane e concause profonde di cui fanno le spese per primi gli operatori, in termini di stress lavorativo, sovraccarico e concreto rischio pro-

fessionale, costretti loro malgrado a dover fronteggiare quotidianamente l'emergenza nell'emergenza.

Ecco una sommaria analisi dei determinanti tratta da un documento Ministeriale:

- un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali;
- il miglioramento delle cure con aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da pluripatologie che con sempre maggior frequenza necessitano dell'intervento del sistema d'emergenza-urgenza;
- il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli;
- la convinzione del cittadino di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi;
- la preminenza del modello di salute tecnologico centrato sull'Ospedale rispetto al modello preventivo-territoriale centrato sulla Medicina Generale.

A queste concause si devono aggiungere altri nodi problematici, di natura sistemico-organizzativa e psicologico-comportamentale individuale, vale a dire:

- la ristrutturazione della rete ospedaliera, con la chiusura dei piccoli ospedali e la riduzione dei posti letto, che si riflette sul PS con il citato "effetto imbuto", nel sen-

so che non è possibile ricorrere come un tempo al ricovero per il completamento delle indagini diagnostiche;

- l'aumento dei tempi e delle liste d'attesa per prestazioni diagnostiche e specialistiche sul territorio, con conseguente domanda inevasa dall'offerta;
- le difficoltà del sistema sanitario nel suo complesso, e in particolare del singolo medico del territorio, ad influenzare le decisioni in autonomia dagli assistiti di recarsi in PS, generalmente in preda all'ansia per la propria salute (i ben noti "codici bianchi").

Un'ansia generata da un clima sociale di allarme, riguardo ai problemi sanitari, che cerca e trova conforto nella "potenza" e nell'offerta tecnologica della struttura ospedaliera. Laddove la tecnologia diagnostica è offerta in modo affidabile e "attraente" per la gente. Attrattività che si autoalimenta ed induce la propria domanda, in un classico circolo virtuoso o vizioso di natura organizzativa, a seconda del punto di vista. Può capitare, ad esempio, che un assistito decida di recarsi in ospedale piuttosto che frequentare, magari a pochi minuti da casa, l'ambulatorio del medico di famiglia, dove potrebbe essere visitato in tempi brevi, a dispetto delle lunghe attese in PS dovute proprio all'afflusso inappropriato dei codici bianchi.

La risposta alle interpretazioni semplicistiche sta nel ribadire che è impossibile per il singolo medico del territorio reggere la concorrenza dell'offerta tecnologica dell'emergenza sanitaria. Prima di tutto perché non è il suo compito, essendo altra la mission che si è data la Medicina Generale negli

ultimi anni, ovvero la gestione delle patologie croniche sul territorio.

In secondo luogo è la disponibilità della tecnologia diagnostica e specialistica a fare la differenza, attirando la gente ed inducendo il medico del Pronto soccorso a prescrivere giustamente accertamenti a scopo "difensivo", a prescindere dall'accesso più o meno appropriato dell'assistito.

Lo spiega l'economia sanitaria con una delle sue leggi ferree: in sanità vale la regola che l'offerta di servizi e prestazioni crea la propria domanda. È normale e "naturale" che si ricorra alla tecnologia diagnostica quando è prontamente disponibile, a differenza di quanto accade sul territorio, specie se il professionista deve tenere conto di protocolli aziendali, linee guida aziendali, aiuti alle decisioni ecc., elaborati proprio per fare fronte a situazioni di incertezza, prevenire il rischio clinico e tutelarsi da eventuali conseguenze medico-legali personali.

L'incertezza decisionale, specie quella diagnostica, si riduce aggiungendo informazioni - secondo il modello bayesiano della cinematica delle probabilità - o ricorrendo al parere dello specialista, in particolare di fronte a nuovi casi o disturbi di dubbia interpretazione, atipici, inconsueti o sotto-soglia, che non sono "coperti" dai protocolli e dalle linee guida.

Insomma, appare alquanto difficile negare in Pronto soccorso un minimo di esami ematici, qualche accertamento per immagine o consulenze specialistiche, se non altro per evitare di incappare in un errore diagnostico, rischiare la denuncia per malapratica, di finire sui giornali e magari pure sul ban-

co degli imputati a causa di carenze organizzative o della struttura.

► L'incertezza diagnostica

Come si può chiedere al singolo medico extra-ospedaliero di gestire sul territorio la medesima incertezza diagnostica, per giunta a mani nude, ovvero senza il supporto decisionale della tecnologia, quando nessuno in PS giustamente vi rinuncia? Gli assistiti hanno capito da tempo il gioco e non a caso si recano senza indugio in PS, anche a rischio di dover sborsare qualche decina di euri, ma con la sicurezza di by-passare le liste d'attesa ed eseguire in poche ore accertamenti e visite, che solo in tempi lunghi e con farraginose procedure burocratiche potrebbero avere sul territorio. Le cose potrebbero andare in modo diverso se si potenziasse l'offerta organizzativa delle cure primarie sul territorio, incentivando le forme associative in medicina generale, per intercettare sul territorio e quindi ridurre almeno parzialmente l'afflusso di codici bianchi in Pronto soccorso, come dimostrano alcune esperienze regionali e recenti ricerche empiriche sul campo.

Infine l'uso della tecnologia si impone da sé perché è noto che il PS è un contesto professionale difficile, stressante, ad elevato rischio per l'incolumità individuale e di errore cognitivo, come ammettono i professionisti che vi lavorano.

Insomma, per la crisi del Pronto Soccorso vale l'aforisma per cui sono improponibili soluzioni semplici e lineari per problemi di natura sistemica e maledettamente complessi.

La tutela della salute non è un costo ma un diritto

Sottofinanziamento, tagli lineari, razionamento dei fattori produttivi, sono solo alcuni “mali” che hanno portato ad esautorare la funzione pubblica del nostro Ssn

Cristiano Samueli

Medicina Generale, Murano (VE)

Il tema della sanità e della salute è certamente fondamentale per comprendere fino in fondo la capacità che ha uno Stato di prendersi cura dei propri cittadini perché la salute, l'istruzione ed il diritto al lavoro sono perni fondamentali su cui si basa un'azione sociale di governo. Per iniziare un'analisi che non vuole essere esaustiva, ma proporre degli spunti di valutazione si deve partire dalla Costituzione italiana che all'articolo 32 recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...”.

Si sottolinea quindi il diritto alla salute per chiunque ne abbia bisogno e soprattutto un sistema di cure che siano approcciabili da tutti coloro che si trovano in stato di difficoltà economica. Si pone però un problema legato al fatto che i cittadini sono sempre più poveri e disoccupati ed a questo si aggiunge un sistema socio-sanitario che è stato portato a non riuscire quasi più a rispondere al bisogno di salute degli italiani.

I dati del Rapporto Oasi sulle aziende sanitarie indicano come nel 2013, dopo anni di crescita, la spesa privata degli italiani per medici-

ne e visite si è bloccata: una spesa pari a un 23% della spesa complessiva per la salute è rimasta inalterata malgrado la contrazione del 30% delle visite specialistiche; questo vuol dire che i cittadini sono giunti al punto di tralasciare di curarsi e sempre più persone anziane e le loro famiglie, in questo momento di crisi economica, sono costrette a scegliere se mangiare o curarsi, vestirsi o avere una badante mentre il sistema socio-sanitario dovrebbe avere come suo connotato principale l'equità, ovvero la possibilità di accesso universale ai servizi.

Inoltre il Rapporto Oasi evidenzia anche che si è arrivati al virtuale azzeramento del deficit sanitario, ottenuto in anni di crisi e sottofinanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, a suon di tagli (anche agli investimenti) e di accorpamenti delle Asl, passate in Italia da 228 a 143 in un anno.

Questi sono soltanto alcuni punti su cui sono stati fatti dei tagli lineari mentre questa azione avrebbe dovuto tenere conto delle realtà territoriali e delle diverse esigenze epidemiologiche perché il percorso da seguire non può essere inventato e deve discendere da un'analisi attenta e puntuale di tutto l'ambito

socio-sanitario ma, come dice l'economista **Elio Borgonovi**, si è preferito toccare i livelli essenziali di assistenza in silenzio, razionando fattori prodotti con il blocco del turn-over e il conseguente aumento delle liste d'attesa. Si dovrebbero invece coinvolgere nella discussione le persone, facendo dialogare i cittadini con le associazioni e le istituzioni socio sanitarie per capire profondamente i bisogni di salute, poi bisognerebbe tenere in considerazione la medicina del territorio come base fondamentale del sistema sanitario in quanto permette di filtrare la domanda di assistenza e di indirizzare gli eventuali percorsi diagnostico-terapeutici, come evidenzia l'indagine dell'Osservatorio cure primarie del 2013 quando sottolinea come “associazionismo dei medici di famiglia abbatta del 50% il ricorso dei pazienti a contesti alternativi alle cure primarie come Pronto Soccorso e continuità assistenziale.

Sicuramente c'è bisogno di razionalizzare le risorse, ma bisogna evitare il deleterio aumento dei carichi di lavoro in sanità che porta all'innalzamento della spesa sanitaria sia per l'incremento delle cause legali sia per la conseguente medicina difensiva.

A proposito della riorganizzazione delle cure primarie

■ Credo sia ora di fare chiarezza soprattutto verso i cittadini, e lapalissianamente evidenziare che all'alba del Terzo millennio nessun lavoratore può lavorare sette giorni su sette per 24 ore al giorno, la cosa sarebbe impossibile. In quelle Case della Salute i medici di famiglia insieme ai medici di guardia medica si "turnerebbero", esattamente come accade per i medici di un Pronto soccorso ospedaliero, per cui, i cittadini che vi si dovessero recare, troverebbero un medico - non il proprio medico! - peraltro senza gli strumenti per eventuali accertamenti diagnostici tipici di un Pronto soccorso ospedaliero. Sarebbe null'altro che un Pronto soccorso di serie B! Questa impostazione, se dovesse sostituire completamente l'attuale assetto dell'assistenza di primo livello, farebbe saltare completamente la medicina del territorio, che, purtroppo, ben pochi politici che maneggiano la materia sembrano conoscere a sufficienza. L'attuale assetto si fonda sulla presenza capillare sul territorio dei Mmg nei loro studi, e ancor più si basa su quel particolare rapporto di fiducia che il cittadino ha con il proprio medico di famiglia, il quale a sua volta ha una conoscenza approfondita del proprio paziente e della sua famiglia, maturata in un rapporto prolungato, caratterizzato spesso da una particolare empatia. Ebbene, sappiano i politici che il caposaldo della medicina del territorio è proprio quel "particolarissimo rapporto", difficile anche da potere spiegare. È solo grazie a quello che ogni giorno i medici di famiglia riescono a svolgere efficacemente il proprio lavoro e anche a fare fronte alle innumerevoli richieste

incongrue di farmaci e accertamenti diagnostici spesso eteroindotte (specialisti, riviste, internet, ecc.), permettendo così di mantenere in equilibrio un sistema che è fra i meno costosi in Europa ed è ammirato per i risultati di efficacia ed efficienza. Con le Case della Salute al posto dei medici di famiglia strutturati come lo sono ora, la spesa della medicina territoriale si impennerebbe e la qualità dell'assistenza scadrebbe in maniera notevole accelerando quel processo già avviato da tempo (aziendalizzazione della sanità) di "disumanizzazione" della sanità stessa. D'ora in poi i cittadini quando sentiranno parlare di Case della Salute dovranno leggere "scomparsa del medico di famiglia", e i politici dovrebbero avere la consapevolezza che si accingono a fare danni, molti danni!

Giovanni Balboni
Medicina Generale, Bologna

Medici di famiglia senza più ambizioni

■ La Medicina Generale nasce nel 1978 e nel 2000, con il famoso DPR n. 270, si avvia quella politica sindacale - attuata in buona fede - della svendita e dei rilanci al ribasso: strizzare l'occhio alla parte pubblica con l'offerta sottocosto. Un medico di medicina generale può effettuare medicazioni, orribilmente chiamate prestazioni di particolare impegno professionale (una sorta di autogol contrattuale!) per il corrispettivo economico che rifiuterebbe qualsiasi professionista. Può effettuare visite domiciliari programmate per un cifra per cui qualsiasi infermiere neolaureato non metterebbe neanche in moto l'automobile. Tratta in ambulatorio e a domicilio per 3-4 euro lordi mensili il giovane sano, così come il paziente diabetico scompen-

sato iperteso con insufficienza renale cronica e pregresso ictus. Ancora oggi in tutta Italia si propongono contratti e progetti regionali/aziendali sottocosto - in buona fede - con l'ottica di attrarre la Parte Pubblica, offrire un servizio all'utenza e aumentare il lordo in busta paga del medico già convenzionato o attirare giovani nell'area. Unici perni su cui si regge la volontà di continuare a lavorare del singolo medico di assistenza primaria sono: una certa libertà (minacciata continuamente) di scelta diagnostica e terapeutica, l'assenza di una struttura gerarchica e uno scarso contenzioso legale strettamente connesso al rapporto di fiducia e di conoscenza nel tempo che è alla base dell'esercizio della nostra professione. L'attuale, incerta, indefinita, forse volutamente ibrida forma giuridica del medico di assistenza primaria lo vede al tempo stesso incaricato di pubblico servizio, pubblico ufficiale, parasubordinato, libero professionista puro. I risvolti sono notevoli in campo anche tributario. In merito all'atto medico puro, il medico di famiglia sembra essere solo, esterno all'Azienda sanitaria di riferimento. Indubbi in termini economici sembrano i vantaggi delle Regioni nel liquidare al lordo il professionista, il quale deve "in house" sobbarcarsi i costi di gestioni generali dello studio. Come i partiti politici obtorto collo si alleano - quando serve - col loro nemico storico, così oggi anche il mondo sindacale medico - frammentatissimo - potrebbe ripensare se stesso, senza personalismi. Scarse garanzie, scarsi emolumenti, scarso prestigio allontanano i giovani dalla nostra professione, minando la serenità pensionistica dei più anziani. E spero che la classe politica non voglia riservare per i propri cittadini medici di famiglia senza ambizioni e senza voglia di fare.

Giuseppe Mittiga
Medicina Generale, Roma

Razionalizzare senza razionare la spesa

Dopo decenni di dispensazione di prestazioni sanitarie e farmacologiche senza alcun controllo di spesa e qualità, furono introdotti i “ticket” sanitari, inizialmente prospettati come disincentivi economici. In poco tempo persero quella connotazione e divennero un metodo di compartecipazione finanziaria del sistema sanitario. Recentemente essi sono ulteriormente evoluti come vero e proprio finanziamento diretto nella “delivery chain” delle cure mediche. Questo processo si è solo in parte affiancato ad una vera e propria rivisitazione del rapporto costo-

beneficio e, quando questo è avvenuto, prioritariamente nel settore farmacologico.

Alcuni settori assicurativi, spesso associati a grandi corporate aziendali private, anche cofinanziate dai lavoratori, si rivolgono verso settori complementari delle cure mediche, meno coperti dal sistema sanitario pubblico, come ad esempio l'odontoiatria e l'ottica, oppure co-rimborsano, in parte, i ticket corrisposti.

Tutti gli interventi, comunque, pubblici o privati, seguono una costante logica di restringimento progressivo, e le coperture tendono a ridursi progressivamente. Ciò genera una forma di discriminazione tra persone con diversi livelli reddituali, per quanto riguarda l'accesso alle cure, senza che quest'ultime siano realmente sottoposte ad una valutazione di co-

sto-efficacia. Finché gli interventi programmatici resteranno confinati nell'alveo dei dicasteri economici degli Stati o degli uffici statistici delle grandi compagnie assicurative, il progressivo restringimento delle cure sarà percepito dalla popolazione come un abbandono o addirittura come un bene non più raggiungibile, all'insegna di una percezione innata di “diritto universale alla cura”.

Le difficoltà economiche sono intrinsecamente un driver coatto evolutivo, ma una maggiore condivisione tra caregiver e pazienti, una migliore conoscenza scientifica diffusa unitamente ad un più semplice accesso ai dati scientifici sostituirà le tattiche gestionali contingenti con una strategia sanitaria di più lungo respiro.

Massimo Bisconcini

Medicina Generale, Quarto d'Altino (VE)



M.D. web tv ONCOLOGY

www.md-oncology.tv

..... All'interno del canale è possibile trovare:



Area clinica, videointerviste con Opinion Leader di approfondimento sulle novità dal mondo della clinica e della ricerca, raccolte in 15 aree tematiche secondo la classificazione ESMO



Notiziario di aggiornamento sulle principali novità scientifiche



Speciale Congressi, videointerviste dai principali eventi nazionali e internazionali



Professione Oncologo, tutto quanto coinvolge il medico oltre la clinica: normative, legislazione, organizzazione, etica, deontologia...



Curarsi per molti è diventato un lusso

I dati del XII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, presentato dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva, mostrano quanto sia diventato difficile per i pazienti cronici sostenere i costi delle loro patologie

Avere una o più patologie croniche o rare, o prendersi cura di una persona malata, è diventato oggi un "lusso" che non ci si può più permettere, perché i costi diretti ed indiretti della malattia risultano insostenibili per un numero crescente di pazienti e di famiglie. E l'estremo risultato è non solo non curarsi nella maniera adeguata, ma addirittura "nascondere" la propria patologia in alcuni contesti, fra cui quello lavorativo. Sul piano sociosanitario, emerge una assistenza, soprattutto a livello di accesso ai farmaci, a macchia di leopardo, con regioni più avanti e altre che stentano a assicurare anche i Lea, mentre i tagli incidono maggiormente sull'assistenza domiciliare e sulla riabilitazione.

A descrivere questa situazione è il XII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, dal titolo: "Permesso di cura", presentato a Roma dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva. L'84% delle associazioni dichiara che i pazienti non riescono a conciliare l'orario di lavoro con le esigenze di cura ed assistenza, al punto che nel 63% dei casi hanno ricevuto segnalazioni di licenziamenti o mancato rinnovo del rapporto lavorativo per le persone con patologie croniche e invalidanti e nel 41% dei casi per i familiari che li assistono. Il 60% ha riscontrato difficoltà nella concessione dei permessi

retribuiti, il 45% nella concessione del congedo retribuito di due anni; il 49% evita di prendere sul lavoro permessi per cura, il 43% nasconde la propria patologia e il 40% si accontenta di eseguire un lavoro non adatto alla propria condizione lavorativa. L'assistenza sociosanitaria costa e non si può rischiare di perdere il posto di lavoro: il 54% ritiene troppo pesante o oneroso il carico assistenziale non garantito dal Ssn. Si spendono in media 1.585 euro all'anno per tutto ciò che serve alla cosiddetta prevenzione terziaria (diete particolari, attività fisica, dispositivi e tutto ciò che è utile per evitare le complicanze), più di 1.000 euro per visite ed esami a domicilio, o ancora in media 3.711 euro l'anno per adattare la propria abitazione alle esigenze di cura. Chi non può pagare, in una percentuale che arriva anche all'80% di chi è in cura, rinuncia alla riabilitazione, al monitoraggio della patologia, ad acquistare i farmaci non dispensati, alla badante, all'acquisto di protesi e ausili non passati dal Ssn.

"Ritardare o rinunciare alle cure necessarie, perdere il posto di lavoro, confrontarsi con la crisi dei redditi familiari e con le discriminazioni regionali nell'accesso alle prestazioni socio sanitarie - afferma **Tonino Aceti**, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato e responsabile del CnAMC di Cittadinanzattiva - è ciò che vivono sulla propria pelle i cittadini grazie ad anni

di politiche di disinvestimento del welfare e di erosione dei diritti. Non possiamo accettare che per fare cassa si continui a smantellare il Ssn o peggio ancora a svendere i diritti dei cittadini alla salute, al lavoro e all'inclusione sociale. Chiediamo al Governo e al Parlamento un'azione concreta, a partire dalla Legge di Stabilità in discussione, eliminando l'insopportabile misura prevista dalla L. 214/2011 e dal nuovo regolamento ISEE secondo cui i trattamenti assistenziali come indennità di invalidità civile e di accompagnamento sono considerati fonti di reddito e quindi da considerare nel computo dei redditi familiari. Chiediamo inoltre al Governo e alle Regioni di avviare un confronto anche con le Associazioni di cittadini e di pazienti sia sul Patto per la Salute, sia sulla prossima spending review, che rappresentano le vere partite per il nostro Ssn. Non vogliamo infatti correre il rischio che queste misure possano comportare un'ulteriore compressione di tutele e di diritti. Ricordiamo al Governo che i cittadini hanno già dato tanto e sono invece ancora in attesa di ricevere quanto è stato previsto e promesso anche da leggi. Pensiamo solo all'aggiornamento dei Lea, al palo da oltre 10 anni, e che dovrebbe prevedere, tra l'altro, la revisione del Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili e degli elenchi delle patologie croniche e rare esenti".

AGGIORNAMENTI



■ EMATOLOGIA

Attuali prospettive nella terapia della leucemia mieloide cronica

■ GASTROENTEROLOGIA

Aderenza terapeutica nelle MICI: focus sulla colite ulcerosa

■ GINECOLOGIA

A che punto è la copertura vaccinale anti-Hpv?

■ NEUROLOGIA

Una cefalea che sveglia il paziente

■ ONCOLOGIA

Febuxostat efficace nella prevenzione della lisi tumorale

■ PREVENZIONE

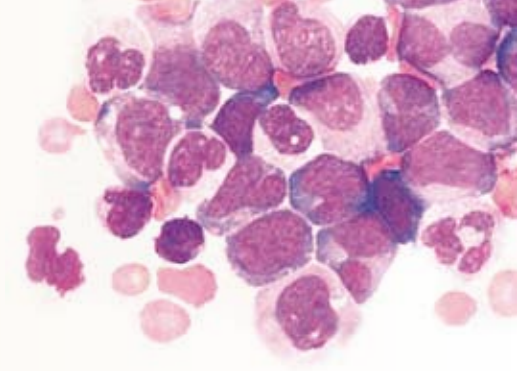
Effetti positivi degli omega-6 sul rischio cardiovascolare

■ TERAPIA ANTALGICA

Come il medico di medicina generale affronta il dolore

■ VACCINAZIONI

Autorizzato da AIFA il primo vaccino contro il meningococco B



■ EMATOLOGIA

Attuali prospettive nella terapia della leucemia mieloide cronica

La leucemia mieloide cronica è una delle patologie in cui si sono registrati i più importanti successi negli ultimi 10-15 anni: da malattia inesorabilmente mortale nell'arco di pochi anni nella stragrande maggioranza dei casi si è infatti oggi arrivati a un trattamento in grado di ottenere nella quasi totalità dei casi una lunghissima sopravvivenza, se non la guarigione.

Il punto di svolta è stato, una decina di anni fa, l'introduzione dei nuovi farmaci biologici - di cui l'imatinib rappresenta il capostipite - grazie alla quale si è assistito a una vera e propria rivoluzione nel trattamento di questa malattia. Il trapianto allogenico, dapprima considerato l'unico trattamento valido, viene infatti ora preso in considerazione in un numero limitatissimo di casi, mentre si è assistito alla possibilità, con una terapia per via orale, di ottenere una buona percentuale di negativizzazioni sia citogenetiche sia molecolari della malattia. Il risultato è che la quasi totalità dei pazienti oggi riesce a condurre una vita pressoché normale con una aspettativa comparabile a quella dei soggetti non ammalati.

All'imatinib sono seguiti nuovi far-

maci biologici, inibitori della tirosino-chinasi (TK) di seconda generazione, quali nilotinib e dasatinib, che in studi di confronto con l'imatinib hanno dimostrato una capacità di indurre remissione citogenetica e molecolare in percentuali superiori all'imatinib e che probabilmente rappresenteranno delle nuove armi terapeutiche per questa patologia. Attualmente mancano ancora dati a lungo termine sulla sopravvivenza e la non-ricaduta che consentano di stabilire con assoluta certezza se queste molecole possano diventare un'alternativa all'imatinib come trattamento di prima linea della leucemia mieloide cronica.

La ricerca è andata ancora oltre, consentendo ora di giungere nell'era dei farmaci di terza generazione, come il bosutinib e il ponatinib. In particolare quest'ultimo si è dimostrato attivo in un gruppo particolare di pazienti con leucemia mieloide cronica con mutazione T315I, non sensibile ai farmaci di I e II generazione. Ponatinib è tuttavia ora sotto osservazione a causa del riscontro di effetti collaterali di tipo cardiologico, che vanno chiariti soprattutto nella somministrazione a lungo termine.

► Questioni aperte

La disponibilità di diverse opzioni terapeutiche ha aperto nuove questioni che sono attualmente in fase di approfondimento. In primo luogo il cosiddetto "early switch", riguardante la possibilità di individuare in maniera precoce i pazienti non responsivi all'imatinib che potrebbero beneficiare di un trattamento di seconda linea con inibitori della TK di II o di III generazione. Rimane da considerare quale sia il momento opportuno per considerare un paziente come non responsivo, probabilmente tra i 3 e i 6 mesi dall'inizio del trattamento.

Un secondo aspetto che va valutato è quello della discontinuazione della terapia. Non ci sono ad ora dati certi in proposito, ma sempre più sta emergendo che un quota significativa di pazienti che hanno una remissione molecolare completa dopo 2-3 anni di trattamento con imatinib o farmaci di seconda generazione potrebbero probabilmente sospendere il trattamento, con un rischio estremamente limitato di una ripresa della malattia, che potrebbe comunque essere controllata da una riattivazione della terapia.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ GASTROENTEROLOGIA

Aderenza terapeutica nelle MICI: focus sulla colite ulcerosa

La mancata aderenza terapeutica nelle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) è uno dei più importanti problemi che il clinico si trova a dovere affrontare quotidianamente. È ampiamente dimostrato che utilizzare i farmaci al meglio delle loro potenzialità e continuare ad usarli nel tempo migliora senz'ombra di dubbio i risultati della terapia nella malattia di Crohn (MC) e nella colite ulcerosa (CU) e la qualità di vita dei pazienti. La cronicità e l'insorgenza in età giovanile, che caratterizzano le MICI, rendono più complesso il problema dell'aderenza, in quanto vi è la necessità di una terapia che va effettuata per tutta la vita. "In letteratura la problematica dell'aderenza terapeutica è ampiamente affrontata in particolare per la CU, nella quale è ben chiaro come la mesalazina somministrata per os, terapia basilare del mantenimento della remissione, oltre che delle fasi di attività, sia estremamente efficace nel ridurre la frequenza delle recidive, nel prevenire l'estensione dell'infiammazione e anche nel prevenire l'insorgenza della displasia e del cancro coloretale. Il monitoraggio dei pazienti in terapia medica è un passaggio importante nel management

delle MICI e in questa fase il medico, programmando periodici controlli clinici, laboratoristici ed endoscopici ha la possibilità di valutare, oltre all'efficacia terapeutica, quanto il paziente sia stato aderente alla terapia prescritta", spiega il Prof. **Paolo Gionchetti**, Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Università degli Studi di Bologna.

Questo vale per tutti farmaci disponibili, dagli immunosoppressori ai farmaci biologici, ma in particolar modo per i trattamenti meno aggressivi, in quanto i pazienti tendono a sospendere maggiormente le cure per la preoccupazione dei possibili effetti collaterali di terapie a lungo termine.

Sicuramente uno dei modi più efficaci per verificare e migliorare, eventualmente, l'aderenza alla terapia medica consiste nell'instaurare un rapporto diretto ed empatico col paziente, nell'ambito del quale è più facile capire se la terapia è seguita con attenzione e soprattutto stimolare il paziente non "compiante" ad assumere i farmaci con regolarità, mettendo in evidenza che la non aderenza è associata a rischio maggiore di riaccensione e di complicanze della malattia.

"Tra i fattori responsabili di una ri-

dotta aderenza al trattamento a lungo termine, di certo, il frazionamento delle dosi del farmaco nella giornata, gioca un ruolo molto importante come dimostrato in letteratura, continua il Prof. Gionchetti. "Dunque la semplificazione del regime terapeutico è una strategia che facilita il paziente nell'assunzione della terapia con regolarità. Per esempio, per la mesalazina è dimostrato che la monosomministrazione quotidiana è ugualmente efficace della somministrazione in dosi frazionate nella prevenzione delle riaccensioni della CU. Vi sono molte evidenze che suggeriscono che i pazienti che non assumono mesalazina con regolarità presentano un rischio significativamente maggiore di presentare una recidiva nei 12 mesi successivi e che uno dei motivi più frequenti per la non aderenza è la prescrizione di dosi refratte del farmaco".

Dunque il clinico ha a disposizione argomenti estremamente "forti" e utili per sollecitare i pazienti con CU all'assunzione corretta e continuativa della mesalazina, tenendo presente che prima di ritenere inefficace questo trattamento (ma vale per qualsiasi farmaco) bisogna essere certi che il farmaco sia stato assunto con regolarità e alle dosi giuste.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ GINECOLOGIA

A che punto è la copertura vaccinale anti-Hpv?

Il carcinoma del collo dell'utero, la prima neoplasia totalmente riconducibile a un'infezione, causata da un agente virale molto comune, il papilloma virus umano (HPV), trova nella profilassi la migliore arma di difesa. Ma in Italia la copertura vaccinale non ha ancora raggiunto l'obiettivo ($\geq 70\%$) prefissato dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Infatti, in base ai dati aggiornati al 30 giugno 2013, forniti dal Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) e pubblicati dall'Istituto Superiore di Sanità, la copertura media nazionale per le coorti 1997, 1998 e 1999 è intorno al 69% per tre dosi di vaccino.

Il rapporto testimonia inoltre una grande disomogeneità nell'accesso al vaccino a livello regionale: dalla "virtuosa" Toscana (nelle tre coorti prese in esame registra una copertura superiore all'80% per tre dosi di vaccino) ai risultati di Sicilia e Campania, che non superano rispettivamente il 56% e il 62%.

Oltre alla prevenzione secondaria effettuata attraverso il Pap-Test, esame di screening in grado di individuare precocemente le altera-

zioni delle cellule del collo dell'utero, esiste anche una forma di prevenzione primaria: la disponibilità di due vaccini, sicuri e ben tollerati, che svolgono un'azione protettiva nei confronti dei due sierotipi del papilloma virus umano, responsabili del 70% dei casi del carcinoma uterino. L'Italia è stato il primo Paese in Europa a lanciare nel 2008 un'organica campagna di immunizzazione gratuita, rivolta alle ragazze preadolescenti nel dodicesimo anno di vita, ma c'è ancora molto da fare per raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014.

"È fondamentale - dichiara il Professor **Walter Ricciardi**, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Policlinico Gemelli di Roma - la promozione e l'implementazione di programmi informativi per la sensibilizzazione delle ragazze e, soprattutto, dei genitori, sull'importanza cruciale del vaccino. Strategico, in tal senso, è anche il ruolo svolto da tutti gli operatori sanitari coinvolti (Pediatri di libera scelta, Medici di medicina generale, ginecologi, operatori dei centri vaccinali, etc.), che rappresentano gli interlocutori diretti con l'utenza inte-

ressata. Il raggiungimento di un'ottimale copertura vaccinale ci proietterà in una società di donne più sane con una qualità di vita sempre migliore".

Per diffondere una maggiore informazione e promuovere lo screening, è proseguito quest'anno l'impegno di O.N. Da attraverso il Progetto AURORA, cofinanziato dalla Commissione Europea, in partnership con altri 10 Stati membri dell'UE.

Il progetto ha sviluppato un modello di training volto a formare addetti ai lavori sulla prevenzione di questo tumore. Più di 200 operatori sanitari e 68 figure impegnate nel campo dell'advocacy sono stati formati durante due corsi europei. Inoltre, il consorzio AURORA ha creato in tutti gli Stati partecipanti al progetto una rete di 22 centri pilota, che stanno già implementando lo screening del cancro alla cervice. Obiettivo del network è testare la metodologia di AURORA, coinvolgendo il personale sanitario formato durante il progetto, con lo scopo di migliorare la qualità e il numero di test di screening cervicale eseguiti nei diversi centri. È, inoltre, disponibile una piattaforma e-learning, con accesso libero: www.aurora-project.eu/it.

In Italia il tumore colpisce ogni anno oltre 3.000 donne; in Europa è il secondo tumore più diffuso, dopo il cancro al seno, nella popolazione femminile tra i 15 e i 44 anni: causa ogni anno circa 15.000 vittime in Europa e 1.500 in Italia.

■ NEUROLOGIA

Una cefalea che sveglia il paziente

Descritta per la prima volta nel 1988 la cefalea ipnica è una patologia rara (ma non rarissima) che si manifesta esclusivamente durante il sonno e causa il risveglio del soggetto. Inserita nella classificazione delle cefalee dalla Società Internazionale delle Cefalee (IHS), presenta almeno due delle seguenti caratteristiche: si verifica >15 volte al mese, dura ≥15 minuti dopo il risveglio, esordisce dopo i 50 anni (*tabella 1*).

Un lavoro pubblicato su *Cephalalgia* ha effettuato una review esaustiva di questa patologia dal 1988 ad oggi. Gli autori hanno recensito tutti i casi rispondenti ai criteri stabiliti dall'IHS. Nel periodo considerato sono stati registrati 225 casi nell'adulto (*Cephalalgia*, 2004; 24 (suppl. 1): 1-60). La durata media della malattia prima che fosse effettuata una diagnosi è risulta di 5 anni in media. L'età media di esordio della cefalea è stata di 60 anni, con una netta preponderanza di casi nel sesso femminile (pari a 2/3 dei casi). Sono stati anche riscontrati 5 casi in pazienti in età pediatrica, sebbene non strettamente rispondenti ai criteri della classificazione IHS. L'orario più tipico di comparsa della sintomatologia do-

lorosa era più frequentemente compreso fra le 2 e le 4 del mattino. Nella maggior parte dei casi i pazienti denunciavano episodi quasi tutte le notti (20.8 giorni/mese), con dolore generalmente definito acuto, bruciante o trafittivo (solo nel 26% dei casi era di tipo sordo). Rara la presenza di segni obiettivi (solo nel 7% dei pazienti era presente una rinorrea o una congestione nasale), mentre è stata quasi costantemente riscontrata la presenza di un'attività motoria durante l'episodio doloroso (nel 97% dei pazienti era il sintomo più frequente). Infine, nel 55%

dei pazienti si registrava ipertensione arteriosa.

Ad oggi la cefalea ipnica è ancora priva di una definizione fisiopatologica univoca: sono stati pubblicati alcuni studi di imaging, neurofisiologia, polisonnografia ma non sono stati riscontrati meccanismi precisi circa la sua origine. Si riconosce l'utilità della valutazione con imaging in quanto consente di escludere la presenza di forme secondarie ad altre patologie cerebrali; analogamente è consigliato indagare l'eventuale presenza di ipertensione che, come visto, è un riscontro frequentemente associato alla cefalea ipnica.

Sul piano del trattamento, la caffeina rappresenta attualmente il presidio di prima linea, valido anche come profilassi: è sufficiente bere una tazza di caffè forte prima di coricarsi. Litio e indometacina sono farmaci che possono essere proposti in seconda battuta.

Tabella 1

Cefalea ipnica - I criteri ICHD-II

Definizione: attacchi di cefalea che comportano il risveglio del paziente

Criteri diagnostici

- A.** Forte cefalea che soddisfa le seguenti caratteristiche:
- B.** Si sviluppa solo durante il sonno e comporta il risveglio del paziente
- C.** Presenta almeno due tra i seguenti punti:
 - si verifica >15 volte al mese
 - dura ≥ 15 minuti dopo il risveglio
 - il primo episodio si verifica prima dei 50 anni
- D.** Non sono presenti sintomi autonomici, né nausea, fotofobia, fonofobia
- E.** Non attribuibile ad altra patologia

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia, 2004; 24 (suppl. 1): 1-60

■ ONCOLOGIA

Febuxostat efficace nella prevenzione della lisi tumorale

I dati preliminari di uno studio internazionale indicano che febuxostat, farmaco di recente introduzione per il trattamento della gotta, sembra essere efficace nella prevenzione della sindrome da lisi tumorale, un grave effetto collaterale della chemioterapia in pazienti affetti da neoplasie ematologiche. Lo studio FLORENCE (Febuxostat for tumor Lysis syndrOme pREvention iN hematologiC malignanciEs), la più ampia sperimentazione clinica internazionale mai condotta in questo ambito, ha coinvolto circa 350 pazienti adulti dei reparti oncoematologici di 79 centri distribuiti in 12 Paesi (Italia, Germania, Spagna, Spagna, Russia, Croazia, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Serbia, Ucraina, Ungheria e Brasile).

L'Italia ha avuto il coordinamento internazionale della sperimentazione. "I dati preliminari mostrano che dopo appena un giorno dall'inizio della terapia il febuxostat riduce maggiormente l'acido urico in circolo rispetto all'allopurinolo - spiega Michele Spina, condirettore della Divisione A di Oncologia del Istituto Nazionale Tumori di Aviano (PN) e coordinatore internazionale dello studio - mantenendo l'effetto per tutta la durata del trattamento con

una superiorità globale di circa il 30%. La riduzione è perciò molto superiore a quella ottenuta con allopurinolo, senza alcun impatto sulla funzionalità renale o effetti collaterali di rilievo. Tutto questo può avere implicazioni cliniche rilevanti, perché per ogni incremento di acido urico nel sangue pari a 1 mg/dl il rischio di sviluppare la sindrome da lisi tumorale raddoppia".

La sindrome da lisi tumorale è la conseguenza della distruzione delle cellule tumorali indotta dalla chemioterapia, con liberazione di acido urico ed elettroliti che hanno un impatto negativo sulla funzionalità renale e possono provocare aritmie o convulsioni. Il rischio di sviluppare la sindrome dipende dalle caratteristiche del paziente e dallo stadio e dall'estensione del tumore, e risulta più elevato nel caso di tumori aggressivi, che proliferano in fretta. "Queste neoplasie - prosegue Spina - sono anche quelle che rispondono meglio ai chemioterapici. Perciò, paradossalmente, più è efficace la cura, più è alto il rischio di sviluppare la sindrome, che nei casi più gravi è fatale. Le misure preventive sono mantenere ben idratato il paziente, evitare una eccessiva acidificazione del sangue per ridurre la



probabilità che l'acido urico precipiti a livello dei reni provocando un'insufficienza d'organo e somministrare farmaci che riducono le concentrazioni di acido urico. Ad oggi lo standard è l'allopurinolo, che tuttavia ha efficacia e tollerabilità più limitate; l'alternativa è un farmaco biologico da somministrare per via endovenosa, più costoso ed in alcuni paesi anche non disponibile. Febuxostat potrebbe perciò essere un'ottima opzione: si assume per via orale con una sola dose giornaliera, è ben tollerato e più efficace dell'allopurinolo, ed infine non è molto costoso, fattore da non sottovalutare per il nostro sistema sanitario nazionale". L'impatto della sindrome da lisi tumorale, oltre a costituire un'emergenza oncologica, spesso allarga le sue conseguenze in quanto può coinvolgere numerosi aspetti che ruotano intorno alla gestione terapeutica del paziente. In alcuni casi determina un ritardo della chemioterapia o impone una forzata riduzione del dosaggio somministrato, altre volte limita la scelta dell'agente citotossico. Poter disporre di una nuova possibilità di controllare questa conseguenza della terapia citotossica antitumorale in ultima analisi si configura come una concreta opzione per migliorare la gestione del paziente oncologico.

■ PREVENZIONE

Effetti positivi degli omega-6 sul rischio cardiovascolare

Lo studio AGE-IM (Acidi Grassi Essenziali e Infarto Miocardico) riconferma che sia gli omega-6 sia gli omega-3 possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione cardiovascolare, in particolare coronarica, anche nelle popolazioni che, come quella italiana, sono già a rischio contenuto. In pubblicazione a febbraio su *Atherosclerosis*, AGE-IM è uno studio di confronto, condotto da Nutrition Foundation of Italy con il supporto di 5 UTI sul territorio nazionale, tra soggetti infartuati e soggetti sani che mette in luce una riduzione del rischio di infarto miocardico fino all'85% per i maggiori livelli di omega-6 e del 65% per i livelli più elevati di omega-3 (*Atherosclerosis* 2014; 232: 334-38).

Un aspetto preso in considerazione dallo studio è stato quello della determinazione del livello di acidi grassi. Sino ad ora una precisa valutazione della composizione della dieta in relazione a questi nutrienti non era di facile realizzazione. Affidarsi a questionari relativi alla frequenza di assunzione di determinati cibi o a diari alimentari fornisce sovente dati imprecisi e affetti da bias. Non aiutano nem-

meno i database della composizione dei cibi, che possono rivelarsi incompleti o solo parzialmente affidabili quando riferiti a componenti presenti in minori quantità come appunto i PUFA, anche in relazione alla variabilità degli alimenti stessi (sia per provenienza sia per campione).

La determinazione della composizione in acidi grassi dei lipidi circolanti (nel siero, nel plasma, nelle emazie) è un approccio alternativo in grado di fornire dati che riflettono in modo molto più preciso la qualità dei grassi presenti nella dieta.

I soggetti dello studio AGE-IM sono stati arruolati in 5 Unità Coronariche (Ancona, Bologna, Cremona, Napoli, Palermo): si trattava di pazienti di età compresa tra 18-70 anni, con infarto miocardico nelle precedenti 24 ore. I controlli, arruolati nei medesimi presidi ospedalieri, e paragonabili per sesso ed età, provenivano da altri reparti (chirurgia, dermatologia, ortopedia, oftalmologia, ORL).

Le percentuali totali di PUFA sono risultate del 26.39% nei soggetti con IM e del 28.43% nei controlli ($p < 0.0001$). Quando correlati con i tassi di infarto miocardico i livelli più alti di omega-6 e di omega-3

erano associati alla maggiore riduzione del rischio di evento, rispettivamente dell'85% e del 63%, con valori di significatività $p = 0.003$ e $p = 0.042$.

Sconfitta dunque la teoria secondo la quale gli effetti complessivi del consumo di omega-6 sul rischio cardiovascolare sarebbero neutri o addirittura negativi. I possibili meccanismi di protezione degli acidi grassi polinsaturi sono complessi e complementari: gli omega-6 riducono significativamente il tasso di colesterolo LDL nel sangue (attraverso l'inibizione della PCSK9, una proteina che degrada il recettore per le LDL aumentandone i livelli plasmatici), mentre gli omega-3 hanno azione antinfiammatoria, antiaggregante e di stabilizzazione della placca aterosclerotica. "Un ultimo dato emerso da questo studio - commenta il professor Andrea Poli di Nutrition Foundation of Italy, e firmatario della ricerca - è quello relativo al basso introito di questi preziosi composti che, con la dieta italiana moderna, non sono consumati in quantità sufficienti. Le evidenze disponibili suggeriscono infatti che sarebbe bene aumentare l'apporto alimentare di omega-6 e di omega-3".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ TERAPIA ANTALGICA

Come il medico di medicina generale affronta il dolore

Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale. Questa è la definizione di dolore acuto, spesso segnale importante per la diagnosi di una malattia, con la funzione di avviare l'individuo della lesione tissutale in corso. Quando il dolore diventa cronico però perde la sua caratteristica di sintomo e diviene esso stesso malattia. Il dolore cronico è una condizione con una prevalenza variabile ma comunque molto consistente: gli studi rivelano, infatti, prevalenze di dolore cronico che oscillano tra il 10 e il 40% della popolazione generale e il progressivo invecchiamento della popolazione inoltre contribuisce ad aumentarne il peso. In Italia, un italiano su quattro soffre di dolore cronico, con durata media di 7 anni, e in ospedale vi è una sottostima (21%) del dolore che è direttamente proporzionale alla sua intensità (Breivik et al. 2006, Apollone et al. 2009, Melotti et al. 2009, Piccoliori et al. 2013).

Il setting della medicina di famiglia rappresenta uno scenario favorito per la gestione del dolore. Una recente survey europea ha stimato che il 70% dei pazienti con dolore cronico si rivolge alla medicina di base: il dolore cronico è una delle più frequenti motivazioni alla consultazione medica e raggiunge il 22% delle condizioni cliniche; in più

questi pazienti consultano il loro medico 5 volte più spesso di quanto non faccia chi non ne soffre (Johnson et al. 2013). Il medico di medicina generale in quest'ambito è dunque essenziale come primo punto di riferimento per il paziente affetto da dolore.

► Il percorso diagnostico-terapeutico del dolore

La prima tappa del percorso diagnostico e terapeutico di un malato con sintomatologia dolorosa serve a discriminare tra due possibilità differenti: l'episodio algico che il malato lamenta fa parte del quadro di una malattia nota e conosciuta da tempo, oppure può trattarsi di un episodio con caratteristiche

e manifestazioni nuove, elemento del tutto estraneo alla malattia che già si conosce e alla quale sono stati attribuiti gli episodi dolorosi precedenti.

Il documento redatto dal Ministero della Salute "Il dolore cronico in Medicina Generale" nella revisione del 2013, suggerisce che il primo passo nell'approccio a un malato con sintomatologia dolorosa è quello di definire se l'episodio contingente di dolore sia inquadrabile nell'ennesimo episodio di riaccutizzazione di una malattia nota o se rappresenti invece la cronicizzazione persistente di un processo evolutivo di una malattia inguaribile o ancora che sia il primo episodio di una nuova malattia da inquadrare e diagnosticare.

Per accompagnare il medico nel processo di inquadramento del paziente e della sua patologia sono stati stilati dei percorsi diagnostico-terapeutici che guidano alla valutazione del paziente con dolore cronico e suggeriscono gli elementi portanti per distinguere tra dolore infiammatorio e non infiammatorio (figura 1). Punto cruciale di tutto il percorso è il momento diagnostico,

Strutture di erogazione della Rete di Terapia del Dolore

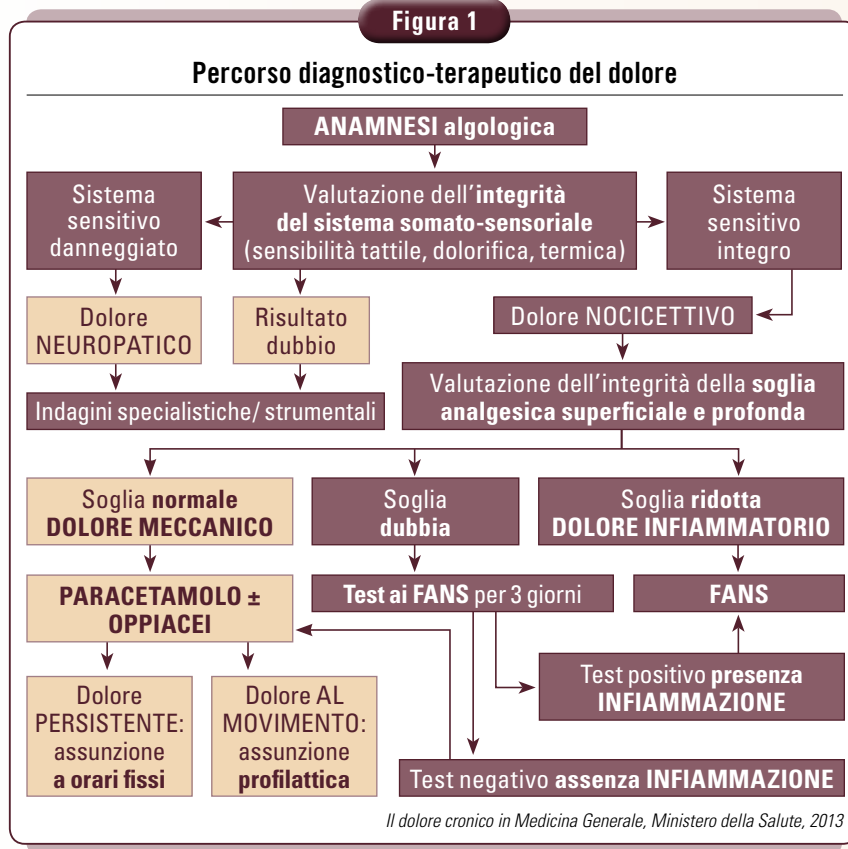
Per tutelare il diritto del cittadino ad accedere alla Terapia del Dolore e garantire la sua presa in carico vengono attivati tutti i nodi della rete sia territoriale che ospedaliera, viene garantita l'interazione con percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi, vengono predisposte procedure per la gestione delle interfacce e un sistema informativo che permetta la comunicazione dei dati tra i nodi della rete.

Nella rete del dolore non oncologico il Mmg è il fulcro nella identificazione del tipo di dolore e nella registrazione in cartella clinica della intensità del dolore stesso.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15.03.2010 n. 38, Art. 3:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale;
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore;
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore

Figura 1



che permette di suddividere il dolore in sintomo neuropatico o in sintomo nocicettivo. Questo permette di indirizzare correttamente le scelte terapeutiche, utilizzando la classe di farmaci alla quale la sintomatologia sarà responsiva nella maniera più efficace. Ma non basta. La scelta di un farmaco analgesico non può essere fatta in modo empirico. È necessaria la corretta valutazione dell'intensità del dolore perché solo in questo modo sarà possibile calibrare la scelta del farmaco sulle esigenze del paziente. Vengono utilizzate le cosiddette scale unidimensionali, validate e di facile applicazione, costituite dalla scala visuoanalogica (VAS, Visual Analogue Scale), dalla scala verbale (VRS, Verbal Rating Scale), dalla scala numerica (NRS, Numerical Rating Scale, scala numerica). Stabiliti questi punti fermi per un primo approccio al dolore si possono tenere presenti i seguenti criteri:

- dolore di intensità lieve (≤ 3 alla scala numerica): utilizzare paracetamolo a dosaggio antalgico (1 g ogni 8 ore). In assenza di risposta, passare allo step successivo;
- dolore di intensità moderata, (≥ 4 alla scala numerica): utilizzare farmaci che associano al paracetamolo un oppiaceo debole: paracetamolo-codeina oppure paracetamolo-tramadol o paracetamolo-oxicodone oppure tramadol da solo (tramadol non è considerato un oppioide a tutti gli effetti);
- dolore di intensità severa: > 7 scala numerica, oppiacei per dolori forti (morfina, oxicodone, idromorfone, fentanile, buprenorfina, tapentadol, metadone).

► Dalla teoria alla pratica...

Si è detto che la prescrizione di un antidolorifico debba essere fatta in base all'intensità del sintomo e, solo in caso

di mancata o insufficiente risposta, si deve incrementare il dosaggio sino a quello massimo efficace o sino alla comparsa di effetti indesiderati. Di fronte a un paziente che non risponde a un determinato farmaco lo si può sostituire con un diverso principio attivo di pari potenza o associare o passare a un analgesico di potenza maggiore. Il fatto che non esista una ricetta universale per il trattamento del dolore significa dover costruire ogni volta la terapia su misura per ogni singolo malato. Ma questo va fatto sempre considerando quegli elementi guida cui si è accennato prima. Nella realtà si assiste a un fenomeno ben diverso, come si legge in un rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38 15.3.2010: nel 2012 si è assistito, rispetto all'anno precedente, ad un aumento in tutta Italia del consumo procapite di oppioidi forti del 26%, con un incremento di spesa del 27%. Nello stesso periodo il dato relativo agli oppioidi deboli è invece di parecchio inferiore, con un incremento del consumo procapite del 6.4%, a fronte di un incremento di spesa del 7.6%.

Bibliografia

- Breivik H, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Apolone G, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer* 2009; 100: 1566-74.
- Melotti RM, et al. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain* 2009; 13: 992-1000.
- Piccoliori G et al. Management of low back pain in general practice - is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Family Practice* 2013; 14: 148.
- Johnson M et al. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *J Pain Res* 2013; 6: 393-401.

■ VACCINAZIONI

Autorizzato da AIFA il primo vaccino contro il meningococco B

L'AIFA ha autorizzato il rilascio sul mercato del primo vaccino contro il meningococco B, responsabile in Italia di oltre 6 casi su 10 di meningite meningococcica. L'infezione batterica da meningococco è particolarmente pericolosa in quanto attacca le persone sane senza alcun segnale di preavviso e può portare al decesso entro 24-48 ore: la meningite meningococcica ha una letalità tra il 9 e il 12%, ma in assenza di un trattamento antibiotico adeguato può raggiungere il 50%. I segni e sintomi sono spesso simili a quelli influenzali, rendendo difficile la corretta diagnosi negli stadi iniziali dell'infezione e limitando la possibilità di evitare le conseguenze più gravi. Su dieci persone che contraggono la malattia, circa una è desti-

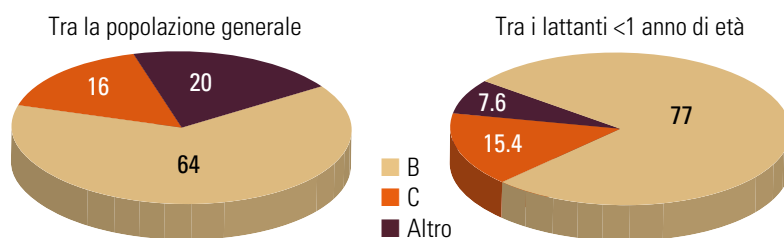
nata a morire anche se sottoposta a cure adeguate e su cinque persone che sopravvivono, una rischia di restare vittima di disabilità permanenti, quali danni cerebrali, problemi di udito o amputazione di arti. La prevenzione attraverso la vaccinazione rappresenta l'unica difesa contro l'infezione. I profili di tollerabilità e immunogenicità del nuovo vaccino sono stati valutati in un ampio programma clinico che ha coinvolto oltre settemila persone. Somministrabile a partire dai due mesi di età, il vaccino offre diverse opzioni di schedula vaccinale che possono essere integrate negli attuali programmi di vaccinazione di routine. Nel mondo, ogni anno, sono complessivamente mezzo milione i casi di meningite meningococcica. L'epidemiologia dei diversi sierogruppi di

meningococco varia considerevolmente a seconda dell'area geografica. In Italia, la causa principale è rappresentata dal sierogruppo B, che nel 2011 è stato responsabile del 64% dei casi totali tipizzati. Ha rappresentato inoltre la causa principale di meningite meningococcica nei bambini sotto l'anno di età, causando il 77% dei casi totali (figura 1).

"Secondo l'Istituto Superiore di Sanità - commenta **Chiara Azzari**, Direttore Clinica Pediatrica II, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria "A. Meyer", Firenze - l'incidenza è di circa 3/100.000 nuovi nati. Ma si tratta di dati straordinariamente sottostimati. Molti casi, infatti, hanno un esito fatale ancora prima che si possa fare diagnosi e solo la PCR, in sede autptica, rivela la verità, mentre in coltura non emerge nulla. Purtroppo, i dati riportati dall'ISS non includono normalmente questi casi emersi solo alla PCR e nei quali non si è avuto isolamento batterico. Questo significa che la notifica di 4 casi corrisponde in realtà ad almeno 10-16 casi. La sottostima minima è di almeno 4 volte. Tant'è vero che, nella maggior parte dei Paesi d'Europa, dove questa limitazione non esiste, l'incidenza è appunto di 15 casi/100.000 nuovi nati".

Figura 1

Distribuzione dei sierogruppi meningococcici in Italia nel 2011



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

Definizione della multimorbilità in MG: una revisione sistematica

Una definizione condivisa e pragmatica per poter contribuire al rimodellamento delle Cure Primarie e del Sistema Sanitario, migliorare la ricerca, la qualità dei servizi e offrire uno strumento aggiuntivo al medico di famiglia; con questi intenti è nata la collaborazione del gruppo di lavoro Europeo dell'European General Practice Research Network

Carla Marzo
Charilaos Lygidakis
Sara Rigon
Patrice Nabbe
Djurdjica Lazic
Radost Assenova
Christa Doerr
Heidrun Lingner
Slawomir Czachowski
Miguel Munoz
Stella Argyriadou
Ana Claveria
Melida Hasaganic
Bernard Le Floch
Jeremy Deriennic
Harm van Marwijk
Paul van Royen
Jean Yves Le Reste
European General Practice Research Network

Sebbene la maggior parte degli accessi nell'ambulatorio di Medicina Generale riguardano persone anziane con molti problemi coesistenti, non esistono criteri e una definizione che possa sostenere inequivocabilmente l'uso del termine multimorbilità nelle Cure Primarie.

Il concetto della multimorbilità è apparso per la prima volta in Germania nel 1976¹ e fino all'inizio degli anni novanta è stato appannaggio del dizionario medico tedesco, considerato solo un'appendice del concetto di comorbidità nel mondo scientifico; quest'ultima, infatti, è definita come qualsiasi malattia o fattore di rischio che potrebbe interagire con la malattia principale peggiorandola.²

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la multimorbilità come l'affezione di due o più condizioni croniche.³ Tuttavia, tale definizione lascia spazio a molte interpretazioni, considerando che la parola "condizione" non è sufficientemente precisa.

L'incremento della prevalenza delle malattie croniche in una popolazione, come quella Europea, che sta invecchiando progressivamente mette nuova luce sull'importanza di definire esattamente il termine di multimorbilità. Tale concetto, mai come oggi, ha un indissolubile legame con le Cure Primarie, pur con la necessità di preservare la propria ottica, prospettiva e specificità rispetto ad altre branche della

medicina. Infatti, considerando la definizione Europea della Medicina Generale secondo WONCA, l'approccio integrato, è una delle competenze costitutive di questa disciplina, ed include "l'abilità di gestire contemporaneamente più infermità e patologie, problemi di salute sia acuti che cronici nel medesimo individuo".⁴ Inoltre, la diversità di approccio deriva dalla considerazione che i Medici di Medicina Generale (Mmg) guardano in maniera olistica i pazienti anche nella gestione delle malattie croniche oltre che essere propensi a considerare anche le aspettative della persona e della famiglia.

Una definizione condivisa e pragmatica del concetto di multimorbilità, avendo come fulcro il paziente, potrebbe contribuire al rimodellamento delle Cure Primarie e del Sistema Sanitario, a migliorare la ricerca, la qualità dei servizi offerti, oltre che fungere da strumento aggiuntivo per il Medico di medicina generale che nella pratica clinica dovrebbe identificare le persone fragili.

Da queste riflessioni generali e con questi intenti nasce la collaborazione del gruppo di lavoro Europeo. L'obiettivo è identificare un concetto e quindi una definizione condivisa di multimorbilità che abbia il target della Medicina Generale, differenziandola da altre specialità; indispensabile è stato ricercare e partire dai criteri espressi ed indicati nella letteratura scientifica.

Il secondo obiettivo specifico per il gruppo italiano è stato tradurre la definizione in modo che fosse molto compatibile con quella condivisa da tutti i gruppi di lavoro.

► La Revisione Sistemática

Una revisione sistematica della letteratura, seguendo le linee guida PRISMA⁵ è stata condotta da undici squadre nazionali di Mmg con ricercatori provenienti da Belgio, Bosnia, Bulgaria, Croazia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Olanda, Polonia e Spagna.

Tutte le squadre sono attive nel *European General Practice Research Network* (EGPRN), l'Associazione collegata al WONCA Europe che promuove lo sviluppo della ricerca nella Medicina Generale in tutta Europa. Lo studio, lanciato nel 2010 durante un meeting dell'EGPRN, ha in seno a questo network una piattaforma semestrale di ritrovo, discussione, *feedback* e coordinamento per le squadre.

Sono state utilizzate le base di dati di Pubmed, Cochrane ed Embase e sono stati raccolti articoli pubblicati tra il 1990 ed entro la fine del 2010. *Conditio sine qua non* per gli articoli inclusi, è stato contenere nel testo proprio la parola multimorbidità; tra essi quelli selezionati dovevano rispondere ad alcuni criteri: essere scritti in lingua inglese o in quella delle nazionalità delle squadre che vi hanno partecipato, essere un articolo scientifico scritto in formato IMRAD e contenere i criteri con cui si trattava e/o si definiva la multimorbidità.

Gli articoli sono stati distribuiti alle squadre a cui spettava la decisione preliminare di inclusione. Ogni ricercatore ha effettuato una sele-

zione, rispetto ai criteri individuati, confrontandosi con gli altri ricercatori e raggiungendo un unanime consenso. Il gruppo dei coordinatori francesi, invece, aveva il compito di controllare tutti gli articoli. In seguito sono stati confrontati i risultati dei gruppi nazionali con quelli dei coordinatori. In caso di discordanza sono stati discussi in dettaglio i motivi per i quali ciascun gruppo aveva preso la propria decisione. Il passo successivo è stato l'estrapolazione condivisa fra tutti i paesi delle definizioni più articolate ma soprattutto complete dei criteri e degli strumenti utilizzati nella Medicina Generale.

► Traduzione in Italiano

La traduzione in italiano dell'originale definizione è stata effettuata utilizzando una procedura di consenso Delphi⁶. Ad un gruppo di ricerca, composto da quattro medici ricercatori e due traduttori ufficiali, è stato chiesto di tradurre la definizione dall'inglese. Dopo che questo gruppo ha giunto il consenso, la definizione originale e la sua traduzione in italiano è stata inviata a 30 Mmg, provenienti da diverse parti di Italia. Questi Mmg erano noti per la loro conoscenza della lingua inglese e per essere coinvolti in attività di ricerca. La maggior parte dei partecipanti è stato contattato tramite *email*; tutti i partecipanti comunque sono stati contattati separatamente per evitare la contaminazione in accordo alla metodologia del processo di Delphi. Ad ogni Mmg è stato chiesto di valutare l'equivalenza della traduzione in italiano su una scala da 1 (assolutamente in disaccordo) a 9 (accordo completo). Nel caso che il partecipante valutasse la tradizio-

ne con un punteggio sotto il 7, veniva invitato di porre le sue osservazioni circa la traduzione. Il consenso è raggiunto quando la traduzione è stata valutata con 7 o sopra dal 70% dei partecipanti.

Se la valutazione non avesse raggiunto la soglia del 70% dei partecipanti, il gruppo di ricerca avrebbe dovuto trovare un consenso facendo modifiche alla traduzione, seguendo le osservazioni fornite e considerando tutte le discordanze; in seguito avrebbe sottoposto la traduzione ad un nuovo giro di valutazione dai 30 Mmg. Il gruppo di ricerca avrebbe ripetuto questa procedura, ristrutturando la traduzione con una nuova versione, affinché il consenso fosse raggiunto, superando la soglia del 70% dei partecipanti.

Una volta che la definizione consensuale in italiano è stata stabilita, essa è stata tradotta a ritroso dall'italiano in inglese da due persone ed è stata inviata per approvazione dal comitato scientifico dello studio.

► La Definizione Europea presentata da EGPRN

Sono stati individuati 416 articoli. 68 di essi sono stati selezionati dai gruppi ed infine 54 sono stati inclusi. Da questi articoli, sono stati estratti 132 definizioni e 241 liste, indici, classificazioni e scale, da cui sono stati rilevati 1631 diversi criteri. Questi sono stati di nuovo inviati ai gruppi nazionali che hanno usato l'approccio qualitativo della *grounded theory* con la codifica assiale e selettiva. Il risultato di tutte le squadre è stato confrontato ed infine, i criteri sono stati organizzati e aggregati in 11 unità tematiche.

Da questo processo è scaturita la definizione della multimorbidità:

"Multimorbidity is defined as any combination of chronic disease with at least one other disease (acute or chronic) or bio-psychosocial factor (associated or not) or somatic risk factor.

Any bio-psychosocial factor, any somatic risk factor, the social network, the burden of diseases, the health care consumption and the patient's coping strategies may function as modifiers (of the effects of Multimorbidity).

Multimorbidity may modify the health outcomes and lead to an increased disability or a decreased quality of life or frailty".

► La definizione in Italiano

Il consenso per l'equivalenza della traduzione è stato giunto dopo un unico giro:

"Si definisce multimorbidità ogni combinazione di una malattia cronica con almeno un'altra malattia (acuta o cronica), o un fattore bio-psicosociale (associato o meno), o un fattore di rischio somatico.

Ogni fattore bio-psicosociale, ogni fattore di rischio somatico, a rete sociale, il carico delle malattie, l'uso dei servizi sanitari e le strategie con cui i pazienti affrontano i loro problemi possono fungere da agenti modificanti (degli effetti di multimorbidità). La multimorbidità può modificare i risultati di salute e portare ad un incremento della disabilità o ad un peggioramento della qualità della vita o a fragilità".

► Conclusioni

Alcuni dei concetti che sono stati inclusi della definizione sono prevedibili. Tuttavia, ci sono stati alcuni aspetti proprio inattesi, come per esempio le malattie acute che contrastano proprio la definizione che è stata data dall'OMS.³ Sembra che sia razionale considerare anche esse, quando possono condurre ad una malattia cronica, oppure nel caso che riescano a scompensare un paziente già con una condizione cronica. Allo stesso modo, anche i fattori di rischio sono stati inclusi nella definizione dai ricercatori dello studio.

Lo sviluppo di una definizione onni-comprendente della multimorbidità, prodotta dalla ricerca accademica, nonché l'identificazione dei suoi criteri, sono di grande valore per ulteriori ricerche. Una definizione più completa conduce ad una ricerca più mirata, soprattutto per la qualità e il costo delle cure. Inoltre, la definizione rappresenta un passo importante per il suo inserimento in sistemi di codificazione. Infatti, i sistemi di classificazione in Medicina Generale non sono stati disegnati per registrare la multimorbidità; un nuovo codice o una combinazione di essi dovrebbero essere stabiliti in sistemi come l'*International Classification of Primary Care (ICPC)*.⁷

Gli obiettivi prossimi del gruppo di lavoro saranno un ulteriore estrapola-

zione dei criteri che possano avere un valore aggiunto per la Medicina Generale oltre che identificare concetti nuovi o complementari della multimorbidità nel contesto europeo.

Gruppo di lavoro dell'European General Practice Research Network

Carla Marzo¹, Charilaos Lygidakis², Sara Rigon³, Patrice Nabbe⁴, Djurdjica Lazic¹⁰, Radost Assenova¹¹, Christa Doerr⁵, Heidrun Lingner⁵, Slawomir Czachowski⁶, Miguel Munoz⁷, Stella Argyriadou⁸, Ana Claveria⁹, Melida Hasaganic¹², Bernard Le Floch⁴, Jeremy Deriennic⁴, Harm van Marwijk¹³, Paul van Royen¹⁴, Jean Yves Le Reste⁴

1. Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), Coordinamento Italiano delle Società Scientifiche aderenti a WONCA, Bologna, Italy.
2. Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF), Coordinamento Italiano delle Società Scientifiche aderenti a WONCA, Movimento Giotto, Bologna, Italy.
3. Movimento Giotto, Bologna, Italy.
4. Department of general practice, Université de Bretagne occidentale, Brest, France.
5. Allgemein Medizin Hochschule Göttingen, Göttingen, Germany
6. Department of Family Doctor, University Nicolaus Copernicus, Torun, Poland.
7. IDIAP Jordi GOL unitat de support a la recerca, Barcelona, Spain
8. The Greek Association of General Practitioners (ELEGIA), Thessaloniki, Greece.
9. Xerencia de atención primaria de Vigo, Vigo, Spain.
10. University of Zagreb department of general practice, Croatia.
11. University of Plovdiv department of general practice, Bulgaria.
12. University of Sarajevo department of general practice, Bosnia.
13. Department of general practice, VU university medical center, Amsterdam, The Nederland.
14. Department of Primary and Interdisciplinary Care. Faculty of Medicine and Health Sciences. Universiteit Antwerpen, Belgium.

Bibliografia

1. Brandlmeier P. [Multimorbidity among elderly patients in an urban general practice]. ZFA (Stuttgart) 1976; 52(25):1269-1275.
2. Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(6):518-526.
3. The world health report 2008: Primary health care now more than ever. World Health Organization (WHO).
4. La Definizione Europea della Medicina Generale / Medicina di Famiglia. 3rd ed: WONCA Europe, Coordinamento Italiano delle Società Scientifiche aderenti a WONCA; 2011.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. *The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med* 2009; 6(7):e1000100.
6. Okoli C, Pawlowski S. The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management* 2004; 42(1):15-29.
7. Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Family Practice* 2008; 25(4):312-317.



Paziente con ipertensione arteriosa sistolica isolata: caso clinico

Riscontrabile in tutte le fasce di età, l'ipertensione arteriosa sistolica isolata è in realtà una condizione clinica più frequente nell'anziano. Attualmente sono disponibili solide evidenze che dimostrano un significativo beneficio associato al suo trattamento, dove l'approccio più razionale è bene che preveda associazioni di antipertensivi: una combinazione Ace-inibitore e calcioantagonista comporta un effetto additivo ed è ben tollerato

Enrico Agabiti Rosei

*Direttore Clinica Medica Generale
Università di Brescia-Spedali Civili
Azienda Spedali Civili di Brescia*

Massimo Salvetti

*Clinica Medica Università
di Brescia-Spedali Civili
Azienda Spedali Civili di Brescia*

► Anamnesi

La paziente è una donna di 67 anni, ex impiegata di banca ora in pensione, ipertesa da circa 10 anni. Ha fumato per un breve periodo (10 sigarette al giorno per 5 anni), ha avuto due gravidanze non complicate. Riferisce familiarità per ipertensione arteriosa (la madre ed una sorella sono ipertese da anni), non vi è familiarità per eventi cardiovascolari. Non ha mai sofferto di patologie di rilievo in passato, fatta eccezione per una isterectomia totale per miomi all'età di 48 anni. Al momento del riscontro di ipertensione arteriosa aveva eseguito alcuni esami ematochimici volti a valutare il coinvolgimento renale (creatininemia, esame urine), e il profilo metabolico (glicemia, uricemia, assetto lipidico) e un elettrocardiogramma, riferiti tutti "normali". Dopo un periodo di osservazione di alcuni mesi il medico curante aveva iniziato terapia con enalapril 20 mg/die. La paziente aveva proseguito il trattamento senza lamentare sintomi o effetti collaterali, ma due anni fa, in seguito al riscontro di valori di pressione arteriosa domiciliare non controllati (160/80 mmHg in media) il medico aveva ripetuto gli esami ematochimici, che avevano evidenziato alterata glicemia a digiuno, e introdotto clonidina transdermica. La paziente si sottopone a visita perché da quando assume clonidina avverte lieve sonnolenza e sec-

chezza delle fauci, ed ha compreso, leggendo foglietto illustrativo dei farmaci, che tali sintomi potrebbero essere legati alla terapia in atto, ma, d'altro canto, apprezza la somministrazione transdermica della clonidina che consente di "evitare l'assunzione di molte compresse". Ritiene "soddisfacente" il controllo della pressione arteriosa: infatti riferisce di effettuare misurazioni con apparecchio elettronico automatico da braccio, e di rilevare valori di pressione arteriosa diastolica costantemente inferiori agli 80 mmHg. I valori di pressione arteriosa sistolica sono invece costantemente pari o superiori a 150 mmHg, ma non attribuisce importanza al riscontro affermando che "un piccolo aumento della pressione arteriosa massima è normale alla mia età".

► Esame obiettivo

Al momento della visita la paziente è asintomatica ed eupnoica, è evidenziabile sovrappeso corporeo (154 cm, 67.8 kg, IMC 28.6) con accumulo di adipe prevalentemente centrale (circonferenza addominale 103 cm).

I valori di pressione arteriosa sono pari a 152/78 mmHg, la frequenza cardiaca è di 60 battiti al minuto; non ipotensione ortostatica. È rilevabile un soffio sistolico puntale di intensità 2/6, irradiato in direzione dell'ascella. Non sono rilevabili soffi addominali. Non stasi polmonare né edemi declivi.

► Approfondimento diagnostico

• Indagini strumentali

La paziente viene sottoposta ad elettrocardiogramma, che risulta nei limiti di normalità e ad ecocardiogramma che evidenzia ipertrofia concentrica di lieve entità (indice di massa ventricolare sinistra 51 gr/m^{2.7}, spessore parietale relativo 0.45), conservata funzione sistolica ed alterato rilasciamento del ventricolo sinistro e lieve aumento della volumetria atriale (33 mL/m²). Un ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici evidenzia la presenza di ispessimento miointimale diffuso e piccole placche marginali, iperecogene con superficie liscia sulle pareti delle biforcazioni carotidee, in assenza di stenosi. Viene anche misurata la velocità dell'onda di polso carotido-femorale ("PWV"), indice ampiamente accettato di rigidità aortica ⁽¹⁾, che risulta pari a 12.2 m/sec (valore di riferimento < 10 m/sec).

• Esami ematochimici

Viene prescritto un controllo di esami di laboratorio (ultimo controllo più di due anni fa): creatinina, potassio, glucosio, colesterolo totale ed HDL, trigliceridi, emocromo, TSH, esame delle urine, rapporto albumina/creatinina urinario e, visto il pregresso riscontro di alterata glicemia a digiuno, il dosaggio dell'emoglobina glicata.

► Indicazioni terapeutiche

In attesa dell'esecuzione degli esami ematochimici vengono discussi i risultati delle indagini effettuate, illustrando alla paziente il significativo aumento del rischio cardiovascolare in presenza di una elevazione dei valori di pres-

sione arteriosa, sia sistolica che diastolica. Nel colloquio con la paziente si sottolinea l'importanza della corretta modalità per l'automisurazione della pressione arteriosa domiciliare e si ricorda che i limiti di riferimento per questo tipo di misurazione sono pari a 135/85 mmHg ⁽¹⁾.

La paziente, che ha smesso di fumare molti anni fa, non sembra attribuire adeguata importanza ad altri aspetti relativi allo stile di vita quali la dieta, l'attività motoria ed il raggiungimento di un peso corporeo ottimale. Viene perciò sottolineata l'importanza dello stile di vita incoraggiandola a modificare la dieta, limitando l'introito sodico ed aumentando l'assunzione di vegetali, e ad impegnarsi a svolgere attività fisica aerobica della durata di 30-40 minuti per almeno 4 giorni alla settimana.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica viene modificato lo schema terapeutico passando all'associazione preconstituita enalapril 20 mg/lercanidipina 10 mg, sospendendo la somministrazione di clonidina.

► Visita di controllo

La paziente viene sottoposta a visita di controllo a un mese per valutazione degli esami ematochimici prescritti e verifica dell'effetto delle modifiche apportate allo schema terapeutico. La paziente ha notato la scomparsa della secchezza delle fauci e un significativo miglioramento della sonnolenza ed il senso di benessere è globalmente migliorato; inoltre afferma di apprezzare il fatto che questi risultati sono stati ottenuti senza aumentare il numero di compresse assunte quotidianamente.

Gli esami ematochimici mostrano: creatininemia 0.9 mg/dl (clearance Cockcroft Gault 65 ml/min), glicemia 112 mg/dl, emoglobina glicata 5.8%, trigliceridemia 140 mg/dL, colesterolo LDL 110 mg/dl, colesterolo HDL 48 mg/dl, rapporto albumina/creatinina urinario 28 mg/gr; nella norma i restanti esami.

L'esame obiettivo è sostanzialmente invariato (eccetto un calo di peso di 1 kg) e i valori di pressione arteriosa sono oggi pari a 138/72 mmHg in posizione seduta (non ipotensione ortostatica), la frequenza cardiaca è 72 b/min.

La paziente riferisce valori di pressione domiciliare di circa 130/70 mmHg.

► Indicazioni terapeutiche

Viene confermata la terapia con la combinazione fissa enalapril/lercanidipina, dimostratasi efficace e ben tollerata, e vengono reiterate le raccomandazioni riguardanti lo stile di vita. La paziente infatti ha iniziato a svolgere attività fisica, ma solo due giorni alla settimana e per di più concentrati nel fine settimana. Si insiste per una attività di intensità moderata ma frequente, senza intervalli di più giorni di inattività.

Vengono raccomandati controlli clinici dal medico di medicina generale per confermare il buon controllo pressorio. Viene programmata l'esecuzione, fra circa un anno, di esami ematochimici, di dosaggio della microalbuminuria, ECG ed ecocardiogramma per rivalutare il profilo metabolico e l'evoluzione della albuminuria (basalmente ai limiti superiori della norma), e delle alterazioni riscontrate all'ecocardiogramma.

► Visita di controllo ad un anno

La paziente viene sottoposta a visita di controllo ad un anno; è asintomatica e riferisce un buon controllo della pressione arteriosa a domicilio (valori pari a 130/70 mmHg) e nello studio del medico. L'esame obiettivo è sostanzialmente invariato (eccetto un ulteriore calo di peso di 1 kg) ed i valori di pressione arteriosa clinica sono oggi pari a 136/72 mmHg. Gli esami ematochimici sono sostanzialmente invariati, la microalbuminuria si è ridotta a 18 mg/gr e l'ecocardiogramma mostra una riduzione della massa ventricolare sinistra con normalizzazione della geometria ($44 \text{ gr/m}^{2.7}$, spessore parietale relativo 0.41). La velocità dell'onda di polso si è ridotta a 9.8 m/sec. Viene prescritta la prosecuzione della terapia farmacologica in atto rafforzando le raccomandazioni riguardanti lo stile di vita, insistendo in particolare sulla necessità di un ulteriore calo ponderale.

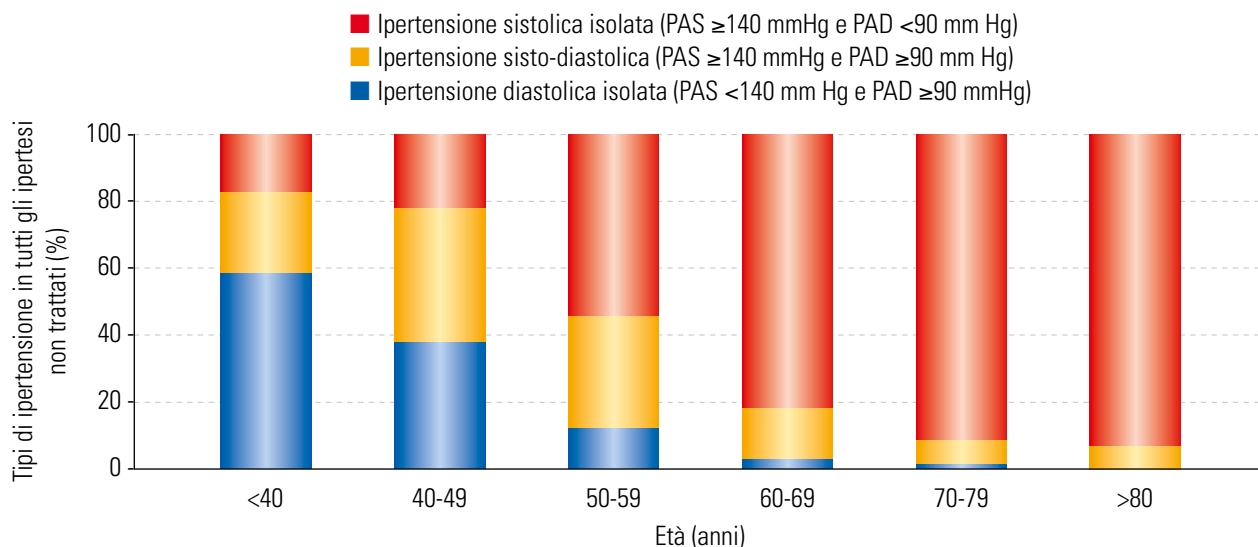
► Discussione

Il caso descritto si presta ad alcune considerazioni riguardanti aspetti di comune riscontro nella pratica clinica. La paziente è affetta da ipertensione arteriosa sistolica isolata, condizione caratterizzata da elevazione della pressione arteriosa sistolica ($\geq 140 \text{ mmHg}$) e valori entro i limiti di pressione arteriosa diastolica ($\leq 90 \text{ mmHg}$)^(1,2). Si tratta di una forma di ipertensione riscontrabile in tutte le fasce di età, ma assai più frequente negli anziani. Il progressivo irrigidimento delle arterie di grosso calibro associato all'invecchiamento fa sì che nella popolazione generale si assista ad un continuo aumento della pressione arteriosa sistolica con il passare degli anni, laddove invece la pressione diastolica rimane costante o si riduce dopo i 50 anni. Per questo motivo l'ipertensione sistolica isolata rappresenta il fenotipo più frequentemente riscontrabile dopo i 50 anni

di età (Figura 1)⁽³⁾ e l'impatto epidemiologico è ben evidente se si considera che tre quarti degli ipertesi hanno più di 50 anni. I dati dello studio di Framingham hanno evidenziato che i soggetti che raggiungono i 65 anni di età hanno il 95% di probabilità di sviluppare ipertensione arteriosa nel corso della vita, e che si tratterà quasi esclusivamente di ipertensione sistolica isolata. Il già descritto irrigidimento arterioso che caratterizza l'ipertensione sistolica isolata comporta un aumento della pressione differenziale, con conseguente riduzione della pressione di perfusione coronarica, ed un parallelo aumento del post-carico imposto al ventricolo sinistro che favorisce lo sviluppo di ipertrofia ventricolare sinistra ed aumento del rapporto spessore di parete/raggio (rimodellamento concentrico). Queste alterazioni possono dunque favorire la comparsa di ischemia subendocardica e di disfunzio-

Figura 1

Distribuzione dei vari tipi di ipertensione in relazione all'età nella popolazione dello studio NHANES III



Franklin SS et al. Hypertension 2001; 37: 869-874

ne diastolica ventricolare sinistra, che possono sommarsi agli effetti deleteri sulle pareti vascolari indotte dall'aumento dello stress pulsatile a carico della parete vasale, favorendo in ultima analisi la comparsa di complicanze cardiovascolari. È stato infatti dimostrato che l'ipertensione sistolica isolata dell'anziano si associa ad un significativo aumento del rischio di eventi coronarici, scompenso cardiaco, ictus cerebrale (sia ischemico che emorragico), demenza, insufficienza renale. È interessante osservare che nell'anziano la pressione differenziale è spesso risultata più strettamente legata alla comparsa di eventi cardiovascolari rispetto alla pressione sistolica o diastolica.

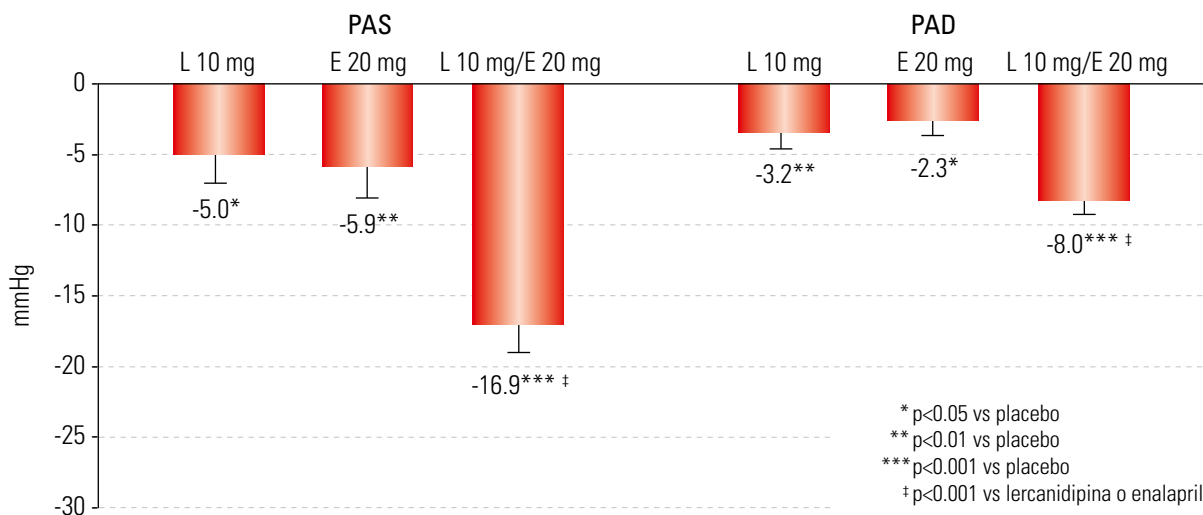
Attualmente sono disponibili solide evidenze che dimostrano un *significativo beneficio associato al trattamento dell'ipertensione sistolica isolata* dell'anziano. I risultati dello studio SHEP (*Systolic Hypertension in*

the Elderly Program)⁽⁴⁾, ottenuti in pazienti ultrasessantenni trattati con un diuretico, avevano dimostrato una riduzione assai significativa dell'incidenza di ictus cerebrale (-36%), eventi coronarici (-27%) e scompenso cardiaco (-55%). Successivi studi⁽⁵⁻⁷⁾ nei quali sono stati arruolati pazienti anziani con ipertensione sistolica isolata (*European Trial in Systolic Hypertension*, *Systolic Hypertension in China*) hanno evidenziato un simile effetto positivo associato con il trattamento con calcioantagonisti diidropiridinici. Non vi è dunque alcun dubbio riguardo l'utilità del trattamento antipertensivo in questi pazienti, e le classi farmacologiche per le quali disponiamo di evidenze più solide includono dunque calcioantagonisti e diuretici. In questa paziente la scelta è ricaduta su una *terapia di combinazione*, spesso necessaria per raggiungere l'obiettivo pressorio desiderato: un approccio razionale deve prevedere la

scelta di molecole in grado di potenziarsi reciprocamente nell'effetto antipertensivo e di compensare vicendevolmente gli effetti avversi metabolici o clinici. La terapia con ACE-inibitore, ben tollerata dalla paziente e particolarmente appropriata, anche in considerazione della presenza di ipertrofia ventricolare sinistra e di valori *borderline* di albuminuria, è stata integrata mediante l'aggiunta di un calcioantagonista diidropiridinico, lercanidipina. La scelta del calcioantagonista in questo caso è supportata da una serie di elementi: innanzitutto, come ricordato, esistono solidi dati prognostici associati all'impiego di questa classe di farmaci nell'ipertensione sistolica isolata. Inoltre la combinazione ACE-inibitore + calcioantagonista si traduce in uno spiccato effetto additivo sui valori pressori⁽⁸⁾ (*Figura 2*) ed offre vantaggi significativi in termini di tollerabilità ed effetti collaterali: il bloc-

Figura 2

Variazione della pressione arteriosa misurata in ambulatorio durante trattamento con lercanidipina, enalapril e loro associazione



Mod. da Puig JG et al. J Hum Hypertens 2007; 21: 917-24

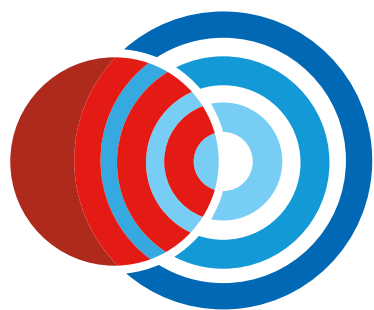
co del sistema renina-angiotensina esercita un'azione positiva sull'edema da calcioantagonista (già poco frequente con la molecola prescritta a questa paziente, lercanidipina) ed inoltre la combinazione ACE-inibitore + calcioantagonista offre indiscussi vantaggi dal punto di vista metabolico rispetto all'associazione con un diuretico particolarmente apprezzabili in questa paziente. È interessante osservare che nello studio ACCOMPLISH⁽⁷⁾, in pazienti con caratteristiche simili a quelle di questa paziente (età media dei pazienti inclusi 68 anni, BMI medio 31, 60% diabetici), il trattamento con ACE-inibitore + calcioantagonista si è associato ad un significativo vantaggio in termini di ridotta incidenza di eventi cardiovascolari rispetto a quello con ACE-inibitore + diuretico. Infine è opportuno un breve commento sulla scelta di un'associazione fissa di farmaci. La possibilità di somministrare due molecole con l'assunzione di una sola compressa non solo

è vista con particolare favore da parte dei pazienti, come nel caso descritto, ma è suggerita anche dalle Linee Guida internazionali^(1,9), e si traduce in un significativo incremento dell'aderenza al trattamento e anche in un significativo contenimento dei costi⁽¹⁰⁾. La favorevole evoluzione del danno d'organo preclinico osservata in questa paziente (microalbuminuria, rigidità aortica, ipertrofia ventricolare sinistra) costituisce un'ulteriore conferma del buon controllo della pressione arteriosa. È importante rilevare che è stato chiaramente dimostrato che la regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra durante trattamento antipertensivo si associa ad una prognosi migliore; l'evoluzione favorevole della microalbuminuria sembra anch'essa prognosticamente rilevante. Per quanto riguarda la velocità dell'onda di polso, al momento attuale vi sono evidenze chiare a supporto dell'utilizzo di questa forma di danno d'organo per la stratificazione

del rischio cardiovascolare globale, mentre sono necessari ulteriori studi che dimostrino il potere predittivo della sua evoluzione nel tempo.

Bibliografia

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2013; 31:1281-1357.
2. Chobanian AV. Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2007; 357: 789-96.
3. Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, et al. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US Hypertensives - Analysis based on NHANES III. *Hypertension*. 2001; 37: 869-874.
4. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255-64.
5. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997; 350: 757-64.
6. Liu L, Wang JG, Gong L, Liu G, et al. Comparison of active treatment and placebo in older patients with isolated systolic hypertension. *J Hypertens* 1998; 16: 1823-9.
7. Jamerson K, Weber MA, Bakris GL et al; ACCOMPLISH Trial Investigators. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008; 359: 2417-28.
8. Puig JC, Calvo C, Luurila O, et al. Lercanidipine, enalapril and their combination in the treatment of elderly hypertensive patients: placebo-controlled, randomized, crossover study with four ABPM. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 917-24.
9. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens*. 2009; 27: 2121-58.
10. Sherrill B, Halpern M, Khan S. Single-pill vs free-equivalent combination therapies for hypertension: a meta-analysis of health care costs and adherence. *J Clin Hypertens*. 2011; 13: 898-909.



Zanipril
enalapril maleato/lercanidipina cloridrato



RECORDATI

La terapia infiltrativa nella gonartrosi: indicazioni, tecniche applicative e validità

Gli obiettivi del trattamento dell'artrosi del ginocchio sono mirati al controllo del dolore e della rigidità articolare, e, se possibile, all'arresto o al rallentamento della progressione della malattia. La terapia conservativa prevede farmaci per os, medicina fisica e riabilitativa e infiltrazioni con varie sostanze, che sembrerebbero rappresentare la nuova frontiera nella terapia conservativa della gonartrosi

Lucia Pagano

*UOS Medicina Fisica e Riabilitativa
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Università La Sapienza, Roma*

Maria Chiara Vulpiani

*UOS Medicina Fisica e Riabilitativa
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Università La Sapienza, Roma*

Roberto Biondi

*UOC Neurologia-Clinica Neurologica II
Ambulatorio di Epilessia II
Università degli Studi, Catania*

Alberto Orologi

*Medicina Generale, ASL RM F
CTU Tribunale di Roma*

Mario Vetrano

*UOS Medicina Fisica e Riabilitativa
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
Università La Sapienza, Roma*

La gonartrosi o artrosi del ginocchio può essere definita come la degenerazione non infiammatoria dell'articolazione del ginocchio, colpisce circa 5 milioni di italiani, prevalentemente anziani e donne, ma può interessare anche gli uomini più giovani tra i 35 ed i 45 anni per sovraccarico sportivo o lavorativo. È causata da una distruzione progressiva ed irreversibile della cartilagine che determina disabilità con notevole riduzione della qualità di vita. Tale patologia rappresenta il 30% delle forme di artrosi: è seconda solo a quella del rachide cervicale e lombare e può interessare sia l'articolazione femoro-tibiale che l'articolazione femoro-rotulea. Il trattamento conservativo è quello più frequentemente utilizzato quale primo approccio terapeutico, anche nelle forme più serie. Comprende sia la fisiochinesiterapia che la terapia infiltrativa. argomento principe di questa trattazione. Obiettivo del presente è fornire una conferma della validità del trattamento infiltrativo intra-articolare in specie con acido ialuronico nei pazienti affetti da gonartrosi, in termini di riduzione della sintomatologia dolorosa e di miglioramento del quadro funzionale e della deambulazione.

► Diagnosi: quadro clinico e strumentale

Il quadro clinico dell'artrosi si caratterizza per il suo polimorfismo. La malattia colpisce spesso entrambe

le ginocchia. La genesi è multifattoriale, chiaramente secondaria a traumi, affezioni flogistiche infettive o reumatiche. Un ruolo eziologico non trascurabile è sostenuto anche dalle deviazioni in varo e in valgo che condizionano rispettivamente un sovraccarico mediale e laterale, conducendo non raramente a quadri di artrosi cosiddetta monocompartimentale. Inoltre, vi sono chiaramente fattori idiopatici. Dolore, limitazione funzionale e rigidità mattutina sono le manifestazioni cliniche più caratteristiche nel paziente con gonartrosi, anche le normali attività della vita quotidiana, come salire e scendere le scale o alzarsi da una sedia possono risultare gravemente compromesse con una conseguente notevole riduzione della qualità di vita.

La radiologia tradizionale (ossia le proiezioni standard AP e LL sotto carico) mantiene un indiscusso valore nella diagnosi e nella stadiazione (*figura 1*). Le principali espressioni del processo artrosico sono gli osteofiti, l'osteosclerosi subcondrale, il restringimento dell'interlinea articolare, i geodi. L'ecografia articolare si va rivelando metodica capace di fornire utili informazioni ai fini della diagnosi precoce e nel monitoraggio dell'evoluzione della patologia. L'impiego di sonde ad alta frequenza consente un'attendibile esplorazione della cartilagine articolare. Il limite principale della metodica consiste nel fatto che

l'esplorazione non riguarda l'intera superficie cartilaginea.

Nel panorama delle indagini strumentali utili per la diagnosi, la scintigrafia ossea si colloca in prima fila perché può fornire in uno stesso soggetto, a livello di una stessa articolazione, quadri diversi.

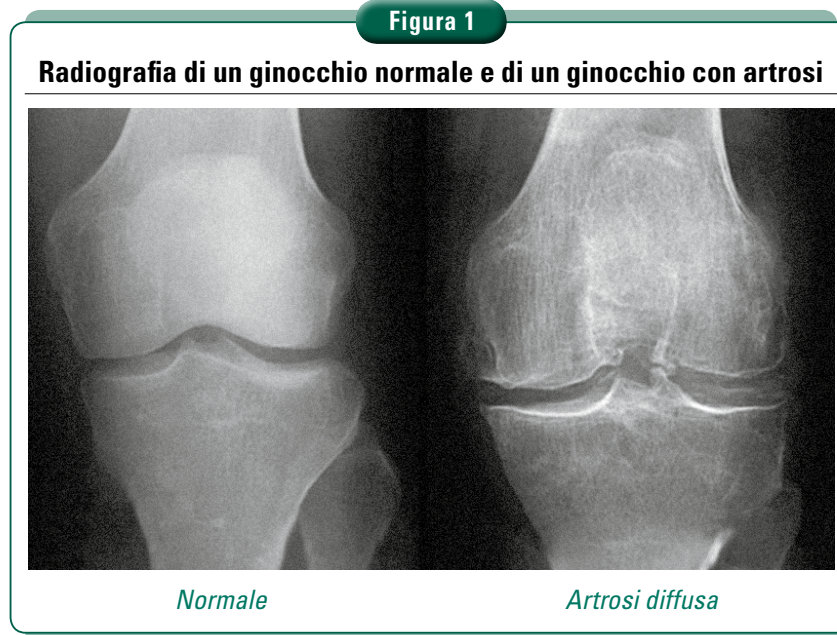
L'artroscopia, in determinate contingenze, può fornire un utile contributo alla diagnosi di artrosi del ginocchio, anche se non costituisce una metodica di primo impiego.

La tomografia computerizzata non si è rivelata superiore alla radiologia tradizionale nel monitoraggio della malattia, ma può rivestire un valore limitato nella diagnosi precoce.

La risonanza magnetica consente un'accurata valutazione dello stato della cartilagine articolare, che appare come una fine linea iperdensa. Nella pratica clinica, l'impiego della risonanza magnetica è ancora notevolmente limitato, anche per gli alti costi della procedura.

► Trattamento

Gli obiettivi essenziali del trattamento sono di certo mirati al controllo del dolore e della rigidità articolare, e, se possibile, all'arresto o al rallentamento della progressione della malattia attraverso opzioni terapeutiche non chirurgiche. La terapia conservativa si basa sull'uso di farmaci per os quali antidolorifici, antinfiammatori, condroprotettori e sul ricorso alla medicina fisica e riabilitativa che si avvale delle terapie fisiche tradizionali ossia laserterapia, ionoforesi, ultrasuoni e magnetoterapia (che danno risultati relativamente validi ed efficaci), la terapia riabilitativa motoria vera e propria (che ovviamente pur dando discreti risultati non può far "ricrescere" la cartilagine) e delle in-



filtrazioni con varie sostanze, che sembrerebbero rappresentare la nuova frontiera nella terapia conservativa della gonartrosi.

► Principali tipi di infiltrazione

Una infiltrazione può essere:

- **periarticolare:** prevede l'iniezione di farmaci in zone adiacenti a una specifica articolazione; utilizzata prevalentemente per processi patologici a carico delle strutture tendinee, legamentose, meniscali o interessanti le borse sierose.
- **intra-articolare:** prevede l'iniezione di farmaci direttamente all'interno della capsula articolare; utilizzata per processi patologici infiammatori e degenerativi a carico delle articolazioni. Poiché questa tecnica consiste nel penetrare in una articolazione per iniettare il farmaco, la regola fondamentale da applicare è l'assoluta asepsi personale e del luogo in cui viene effettuata l'infiltrazione. L'infiltrazione dell'articolazione del ginocchio rientra in quest'ambito.

- **endoartroscopica:** prevede l'iniezione di farmaci con l'ausilio di un artroscopio (gesto complementare all'artroscopia diagnostica e/o terapeutica); utilizzata prevalentemente per processi patologici a carico delle strutture tendinee, legamentose in articolazioni particolarmente complesse (es. spalla, anca).

► Obiettivi

L'obiettivo della terapia infiltrativa è quello di ottenere la soppressione o la riduzione del dolore e delle limitazioni funzionali. Nei pazienti con gonartrosi refrattarie alle terapie conservative (riduzione del sovrappeso, correzione posturale, etc.) o che non abbiano risposto a terapie farmacologiche per via orale (antidolorifici, antinfiammatori) o alle terapie fisiche o alla fisiochinesiterapia, sarebbe opportuno prendere in considerazione, prima del trattamento chirurgico, la somministrazione intra-articolare di taluni farmaci. Il trattamento infiltrativo

deve essere valutato considerando i vantaggi e gli svantaggi e tenendo presente la possibile presenza di malattie concomitanti.

► Controindicazioni

Le principali controindicazioni sono una eventuale infezione articolare o periarticolare (questa è addirittura una controindicazione assoluta), la presenza di ematoma o di eritema nella zona da infiltrare oppure la presenza di chiazze psoriasiche nella zona da infiltrare. Anche la mobilizzazione post-infiltrazione rappresenta una controindicazione al trattamento, in quanto la mobilizzazione può facilitare il passaggio dall'articolazione al circolo sistemico del prodotto infiltrato. L'articolazione infiltrata, in specie quella del ginocchio deve rimanere a riposo per almeno 24 ore.

► Possibili effetti collaterali

I principali effetti collaterali sono rappresentati dall'atrofia cutanea, dall'aumento transitorio dei segni di flogosi, dalla necrosi asettica e, infine, dalla possibile azione sistemica del prodotto infiltrato.

► Quali farmaci?

In linea teorica la terapia infiltrativa può avvalersi dell'utilizzo degli anestetici locali, dei Fans iniettabili, dei cortisonici (idrosolubili o "retard"), dell'ozono, dei fattori di crescita (PRP) e degli acidi ialuronici. Gli anestetici cui si fa ricorso sono quelli senza adrenalina. Hanno un'immediata funzione antidolorifica, decontratturante e coadiuvante l'assorbimento: il più tollerato è la lidocaina al 2%. Va sempre tenuto presente il rischio di reazioni avver-

se anche gravi agli anestetici (shock anafilattico).

I Fans iniettabili sono sino ad oggi stati inspiegabilmente poco impiegati e soprattutto poco studiati. Ci aspettiamo studi che chiariscano il loro ruolo nello scenario della terapia infiltrativa.

I cortisonici tendono ad essere utilizzati sempre meno poiché non vi è accordo unanime al loro ricorso per le possibili complicanze fibrotiche e degenerative che arrecano a livello cartilagineo a lungo termine, specie se ripetute. Generalmente il protocollo terapeutico in questi casi prevede non più di 3-4 infiltrazioni l'anno, con intervallo di almeno un mese tra loro; sono più giustificate in pazienti con chiara riaccensione flogistica. Tuttavia il miglioramento ottenuto con i cortisonici concerne esclusivamente l'attivazione flogistica sinoviale ma non influisce assolutamente sulla *poussée* evolutiva; di fatto, l'iniezione è controindicata nell'artrosi atrofica, nell'artrosi erosiva e nell'artrosi con vasti geodi. Riguardo all'infiltrazione di acidi ialuronici (AI), o viscosupplementazione, quale risorsa di protezione articolare è stata molto studiata in questi ultimi anni ed sempre più impiegata nella pratica clinica, soprattutto nell'artrosi del ginocchio. Le raccomandazioni per la gestione medica dell'artrosi del ginocchio dell'American College of Rheumatology la contemplano come utile risorsa nell'armamentario terapeutico, essendosi rilevata efficace nella riduzione o addirittura nella risoluzione della sintomatologia dolorosa. Esistono diversi preparati di acido ialuronico che si differenziano tra loro per peso molecolare, meccanismo d'azione, modalità di somministrazione, effica-

cia e tollerabilità clinica: in letteratura si rinvencono numerose pubblicazioni inerenti il dosaggio, la tollerabilità e l'efficacia a lungo termine (effetto "biologico").

Sono disponibili AI di origine:

a) animale (creste di gallo ed occhi bovini)

b) da fermentazione batterica (puramente sintesi).

Hanno tre categorie di peso molecolare medio: 500 Kdalton - 1.000 Kdalton - 6.000 Kdalton.

I più attivi sembrerebbero i pesi molecolari medi. I trattamenti infiltrativi di AI richiedono in genere da 3 a 5 somministrazioni con cadenza settimanale e sedute da ripetere ogni 6-8-9-12 mesi, a seconda del quadro clinico e sintomatologico. Il trattamento è applicabile anche agli sportivi. In questo caso, dopo il trattamento, si avvertono notevoli vantaggi: si riduce di molto la sintomatologia dolorosa dell'infiammazione. Sono sufficienti tre infiltrazioni per riprendere una funzionalità regolare, sportiva o ludica completa. L'acido ialuronico "salva" la cartilagine restante ed ha un effetto lubrificante.

► Acido ialuronico

L'acido ialuronico è un componente naturale della cartilagine e del liquido sinoviale ed è essenziale per proteggere la cartilagine in quanto lubrifica l'articolazione durante i movimenti. Il trattamento con infiltrazioni intra-articolari di acido ialuronico, serve quindi a restaurare le proprietà fisiologiche del liquido sinoviale, con ripristino delle condizioni normali dell'articolazione, proteggendo la cartilagine dalle sollecitazioni meccaniche e riducendo il dolore avvertito dal paziente, che può recuperare quindi la funzionali-

tà articolare. L'infiltrazione di tale sostanza nell'articolazione coinvolta procura un sollievo dal dolore a lungo termine. Quindi, poiché nei pazienti con artrosi l'uso di antinfiammatori è molto frequente e di conseguenza anche il rischio di eventi avversi (ulcere gastriche, sanguinamenti, ipertensione), l'utilizzo di farmaci a livello intra-articolare può rappresentare una svolta per il paziente, sia migliorandone la qualità della vita sia riducendo l'uso di antinfiammatori.

L'utilizzo di acido ialuronico, invece è scevro da tali pericoli e utilizzato da diversi anni con interesse crescente. L'acido ialuronico rimane all'interno dell'articolazione dove svolge una funzione prettamente meccanica. Alcuni pazienti notano un miglioramento dei sintomi già pochi giorni dopo la prima infiltrazione ma il risultato consolidato si ottiene dopo circa 2-3 settimane dal termine del ciclo. Il trattamento con acido ialuronico non interagisce con altri farmaci e non dà solitamente manifestazioni allergiche.

► Procedura

L'iniezione, effettuata in un'articolazione facilmente accessibile, quale quella del ginocchio si esegue abitualmente in regime ambulatoriale con le massime precauzioni di asepsi. Si procede con la rasatura, se necessaria, della cute sovrastante la sede da infiltrare. L'accurata disinfezione cutanea, si attua possibilmente con preparato iodato. A questo punto l'operatore identifica i punti di repere ossei e il punto di inserzione dell'ago e li marca con matita dermatografica.

È possibile una eventuale anestesia con ghiaccio spray o anestetico locale. Si inserisce l'ago ad una si-

ringa, si aspira il liquido sinoviale, se presente ed estraibile. Nelle infiltrazioni di ginocchio la via di accesso può essere laterale, anteriore, oppure posteriore, solitamente per una questione di praticità si preferisce la via laterale. La via posteriore se non strettamente necessaria per casi specifici (come per esempio il trattamento di cisti sinoviali posteriori), non viene solitamente utilizzata in quanto tecnicamente più complessa, senza particolari vantaggi terapeutici. Il paziente può essere posizionato o disteso supino con il ginocchio esteso oppure seduto. L'ago deve essere inclinato verso la superficie articolare della rotula. Tutto l'ago deve penetrare attraverso la cute, non si deve avvertire resistenza ed il paziente non deve avvertire dolore. In tal caso è possibile che la punta dell'ago si trovi nel tessuto sinoviale, basta allora cambiare lievemente la direzione dell'ago sino a quando il dolore viene meno. Vanno ovviamente evitati i menischi. Prima di iniettare il farmaco un utile accorgimento consiste nell'aspirare per verificare una eventuale presenza di sangue. Nei casi di gonartrosi bilaterale si è soliti infiltrare le due ginocchia nella stessa seduta. Al termine dell'infiltrazione il paziente potrebbe essere sottoposto ad esercizio terapeutico della durata di 10 minuti con mobilizzazione della femoro-tibiale e della femoro-rotulea. In seguito alla procedura il paziente può tranquillamente tornare a casa anche da solo.

► Conclusioni

L'articolazione del ginocchio rappresenta senza dubbio l'area anatomica maggiormente utilizzata per la terapia infiltrativa. Ciò è dovuto a

vari motivi: il ginocchio è sito assai comune di modificazioni degenerative e, qualunque sia la patologia in corso, i pazienti che ne sono affetti tendono a rivolgersi molto presto al medico a causa del dolore; la linea e gli spazi articolari sono facilmente raggiungibili e percepiti attraverso la cute; nel caso delle iniezioni intrarticolari, il farmaco diffonde rapidamente e bagna l'intera superficie sinoviale in quanto le superfici dell'articolazione sono prevalentemente piatte. Inoltre la viscosupplementazione con acido ialuronico nella gonartrosi rappresenta oggi una possibilità terapeutica valida ed efficace in linea appunto con i dati della letteratura che segnalano un netto miglioramento della sintomatologia algica, della limitazione funzionale e del grado di difficoltà nello svolgimento delle abituali attività della vita quotidiana.

Bibliografia

1. Kon E et al. Non-surgical management of early knee osteoarthritis. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2012; 20: 436.
2. Adami S, et al. Nuove prospettive nella patogenesi dell'artrosi. *Reumatismo*, 2001; 53: 1825.
3. Pisoni I, et al. La gonartrosi ed il trattamento locale. *Artroscopia* 2004; V: 176.
4. Strauss E, et al. The efficacy of intra-articular hyaluronan injection after the microfracture technique for the treatment of articular cartilage lesions. *Am J Sports Med* 2009; 37: 720.
5. Balazs EA. Analgesic effect of elastoviscous hyaluronan solutions and the treatment of arthritic pain. *Cells Tissues Organs* 2003; 174: 49.
6. Altman R. Status of hyaluronan supplementation therapy in osteoarthritis. *Curr Rheumatol Rep* 2003; 5: 7.
7. Edmonds S. Therapeutic targets for osteoarthritis. *Maturitas* 2009; 63: 191.
8. Vanelli R, et al. Efficacy of intra-articular polynucleotides in the treatment of knee osteoarthritis: a randomized, double-blind clinical trial. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2010; 18: 901.
9. Uçar D, et al. Intra-articular hyaluronan Acid as treatment in elderly and middle-aged patients with knee osteoarthritis. *Open Rheumatol J* 2013; 7: 38.
10. Mar J, et al. Cost-analysis of viscosupplementation treatment with hyaluronan acid in candidate knee replacement patients with osteoarthritis. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2013; 57: 6.

Nuovi impieghi terapeutici dell'idrocolonterapia

Si può utilizzare nella stipsi cronica, soprattutto in pazienti anziani, nella preparazione alla colonscopia e nel trattamento della candidosi vaginale recidivante. La disponibilità di dispositivi professionali anche portatili rende questa procedura semplice da effettuare anche a domicilio del paziente

Donella Gestri

Laboratorio di Sanità Pubblica
Azienda Sanitaria Firenze

Vincenzo Mazzuca Mari

Servizio di Endoscopia Digestiva,
Casa di Cura Tricarico-Rosano
Belvedere M.mo (CS)

Il problema della pulizia intestinale a scopo terapeutico sta emergendo in maniera sempre più importante a causa dell'invecchiamento della popolazione generale dei paesi industrializzati; problemi come la stipsi riguardano infatti una percentuale molto vicina al 20% degli abitanti dei paesi occidentali. Questo implica per il Ssn un imponente investimento di denaro per l'acquisto di farmaci lassativi, a fronte di una scarsità di risultati ottenibili.

L'idrocolonterapia (ICT) è una irrigazione retrograda dell'intestino che viene effettuata mediante l'introduzione di acqua a pressione controllata, filtrata ed eventualmente anche termostata. Il movimento di ingresso-uscita dell'acqua nel cor-

so dei ripetuti lavaggi (si utilizzano circa 30-40 litri di acqua) imprime un'onda meccanica endoluminale che promuove la motilità in maniera attiva. In tal senso, la ICT può essere considerata anche un sistema di rieducazione funzionale dell'intestino. È quindi una procedura pulita e assolutamente non traumatica per il paziente, in quanto non è dolorosa, non impone cambiamenti di posizione durante il trattamento e raramente comporta ulteriori defecazioni nella fase post-irrigativa, come invece avviene con il clistere tradizionale⁽¹⁾. Inoltre, i pazienti possono beneficiare della sensazione di benessere e pulizia percepita immediatamente dopo la seduta di ICT anche nei giorni successivi all'applicazione.

► Trattamento della stipsi cronica

Il Mmg si trova quotidianamente a risolvere i problemi legati alla stitichezza in quanto la stipsi è una condizione estremamente comune, che può causare complicanze anche serie. La stipsi è un disturbo di natura spesso multifattoriale che può essere causato da problemi neurologici, sistemici, dalla assunzione di farmaci, oppure dalla associazione di più fattori. Essa può favorire l'insorgenza di numerose alterazioni extraintestinali come tumori⁽²⁾, infezioni delle vie urinarie, prostatiti, incontinenza e talvolta anche stati di stress psico-sociale, ansia e depressione⁽³⁾. Negli anziani, essa è di sovente aggravata da una scarsa idratazione generale unita ad una dieta povera di fibre e ad un basso apporto calorico con conseguente dismicrobismo intestinale di entità variabile, la quale va aggiunta alle più comuni terapie farmacologiche, come FANS, antibiotici, antidepress-

Dispositivo professionale portatile per il lavaggio intestinale e vaginale, con le specule in dotazione



sivi, dopaminergici, calcio-antagonisti, antiparkinsoniani, oppiacei, tutte con un effetto negativo sull'alvo⁽⁴⁾. Nei soggetti con stipsi cronica, soprattutto nel malato immobilizzato, anziano e affetto da poli-patologie, la ICT rappresenta il punto di partenza per una rieducazione funzionale dell'organo. Essa, infatti, distendendo le pareti del colon, può indurre la contrazione delle cellule muscolari lisce della sottomucosa e promuovere in maniera naturale non soltanto la motilità istantanea, ma anche un certo grado di automatismo di lunga durata.

► Preparazione alla colonscopia

Allo scopo di permettere una chiara visualizzazione delle pareti del colon, è necessario seguire un'accurata procedura di preparazione dell'intestino prima della esecuzione dell'indagine endoscopica ed è inutile sottolineare come la completa pulizia intestinale sia fondamentale ai fini di una corretta diagnosi. Numerosi farmaci vengono attualmente utilizzati a questo scopo; quelli più diffusi sono rappresentati da preparati isotonici a base di macrogoli. È tuttavia noto che questi ultimi non trovano una buona *compliance* da parte del paziente a causa dei notevoli disagi, legati essenzialmente alla notevole quantità di liquido da assumere in tempi ristretti. Inoltre, nella nostra esperienza, sono molto frequenti effetti indesiderati che, partendo da nausea, senso di ripienezza epigastrica e gonfiore addominale, si possono configurare anche in crampi addominali, vomito e irritazione rettale, fino ad arrivare alla comparsa di veri e propri effetti collaterali, quali aritmie cardiache, probabilmente secondarie ad alterazioni del tono simpatico o vagale.

Per contro, la ICT è un metodo naturale (utilizza solo acqua, a temperatura e pressione controllate), diretto (agisce solo là dove serve), veloce (circa 60 minuti di trattamento), efficace (determina una pulizia totale del colon) e ben tollerato (non provoca dolore addominale, né gonfiore, né nausea ma al contrario una gradevole sensazione di leggerezza). Inoltre, l'utilizzazione della ICT non presenta controindicazioni nemmeno in quei pazienti che, come i soggetti diabetici, non tollerano gli altri tipi di preparazione⁽⁵⁾.

► Trattamento della candidosi vaginale recidivante

La infezione da *Candida albicans* costituisce la causa più comune di micosi opportunistica nell'uomo interessando circa il 70-75% delle donne almeno una volta nella vita, ed è notoriamente difficile da gestire per la sua natura recidivante.⁽⁶⁻⁸⁾ Tra i tanti fattori che possono portare allo sviluppo di una candidosi vulvo-vaginale si ricordano situazioni di immunodeficienza (abuso di steroidi, anticoncezionali, stress), una dieta troppo ricca di zuccheri (substrato ottimo per la moltiplicazione di lieviti e funghi), malattie del sistema endocrino (squilibri ormonali legati al ciclo mestruale, diabete), tumori.

La maggior parte dei farmaci ad azione antifungina utilizzati in clinica sono caratterizzati da varie problematiche come tossicità, interazioni farmaco-farmaco, mancanza di efficacia a lungo termine, alto costo, e anche sviluppo di forme farmaco-resistenti risultanti dall'uso frequente. Quindi, un trattamento efficace contro la candida non può essere basato esclusivamente sull'uso di antimicotici locali. Si sono infatti sviluppate linee di ricerca innovati-

ve, "non convenzionali", con una strategia multifattoriale. Considerando la contiguità anatomica e la probabile origine intestinale della micosi, pazienti con candidosi vulvo-vaginale recidivante sono stato trattate con successo con una seduta di lavaggio, non solo vaginale ma anche intestinale. Una miscela probiotica ad hoc è stata veicolata sia nell'intestino sia in vagina. La prima costituita da lattobacilli, bifidobatteri e lieviti in maniera da correggere il dismicrobismo intestinale, la seconda rappresentata dalla flora di Doderlain, il principale strumento di difesa contro le infezioni dell'apparato genitale femminile in quanto determina il mantenimento dell'equilibrio dell'ambiente vaginale. In questo modo, da un lato l'irrigazione con acqua promuove la rimozione dell'eccesso di patogeno in attiva proliferazione, dall'altro lato la miscela probiotica favorisce il ripristino dell'eubiosi vaginale e intestinale. L'abbinamento dei due trattamenti è risultato importante, non soltanto per la risoluzione della infezione in essere, ma anche per il ristabilirsi di uno stato adeguato delle difese immunitarie tale da rendere l'individuo più resistente alle recidive.

Bibliografia

1. Palmieri, B. et al. *Pelviperrineology* 2011, 30: 7-12.
2. Nascimbeni, R. et al. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 2002, 11: 753-757.
3. Tack, J. et al. (2011). *Neurogastroenterol. Motil.* 2011, 23: 697-710.
4. Lembo, A. and Camilleri M. *N. Engl. J. Med.* 2003, 349: 1360-8.
5. Van Dongen, M. *Gastroenterol. Nurs.* 2012, 35: 36-44.
6. Richards, M.J. et al. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* 2000, 21: 510-515.
7. Sobel, J.D. et al. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998, 178: 203-211.
8. Del-Cura Gonzalez, I. et al. *BMC Public Health* 2011, 11: 63-73.

Soluzioni terapeutiche ad alto standard qualitativo

*Migliorare la salute oggi
significa non solo combattere
le malattie e favorire
il benessere a 360 gradi,
ma anche contribuire
alla sostenibilità
del sistema sanitario*

In un contesto complesso quale quello attuale, il mercato farmaceutico italiano vive un progressivo cambiamento: le aziende sono sottoposte a pressione dall'inasprimento della competizione e dalle politiche di rientro della spesa; medici e farmacisti sono sempre più coinvolti nella riduzione generale delle risorse destinate alla sanità; dal canto loro, i pazienti sono sempre più consapevole e informati. Per far fronte alle mutate esigenze di tutti gli attori del sistema della salute, Sanofi ha creato una nuova Business Unit, Sanofi Off Patent, il cui obiettivo è offrire ai protagonisti della filiera del farmaco una gamma di soluzioni terapeutiche e prodotti in grado di rispondere alle esigenze specifiche sia in termini di efficacia sia di sostenibilità economica per i pazienti e per il SSN. Si tratta di un approccio basato sulla gestione integrata del portfolio dei farmaci a brevetto scaduto che comprende farmaci originator a marchio Sanofi e gli equivalenti della divisione Zentiva, azienda di equivalenti nata a Praga ed entrata nel gruppo Sanofi nel 2011.

La nuova BU raccoglie farmaci brand di numerose aree terapeutiche (cardiovascolare, sistema nervoso centrale, medicina interna, terapia del dolore) e gli equivalenti Zentiva, soggetti agli stessi standard qualitativi dei farmaci originali, in grado di soddisfare i medesimi requisiti di efficacia e sicurezza e che costituiscono un'alternativa accessibile e di qualità per i pazienti e i sistemi sanitari.

Dal punto di vista del medico la nuova

BU si propone come supporto nella quotidiana ricerca del punto di equilibrio tra efficacia dell'outcome clinico, aderenza alla terapia e controllo dei costi per il sistema. La qualità è l'elemento chiave che contraddistingue l'offerta della nuova divisione Off Patent. Tutti i prodotti che escono dai siti produttivi dell'azienda - brand, equivalenti, uguali - sono garantiti dallo standard qualitativo Sanofi: rigidi criteri di scelta delle materie prime e di selezione di fornitori e partner, stabilimenti efficienti ed evoluti, buone pratiche produttive tese all'innovazione e alla sicurezza dei principi attivi.

Nel corso dei secoli migliorare la salute ha avuto molteplici significati: dalla lotta alle malattie e alle infermità, alla conquista di un benessere fisico, psichico e sociale. Oggi, il concetto di sostenibilità del sistema sanitario è la chiave per garantire nel tempo il funzionamento del nostro sistema sanitario, a fronte del cambiamento negli stili di vita e del progressivo invecchiamento della popolazione, che pongono sfide soprattutto per quanto concerne la diffusione di malattie croniche.

Se da una parte è necessario continuare a innovare, dall'altro è necessario perseguire un equilibrio che coniughi efficacia, qualità e costi. "La nuova BU - commenta **Marco Grespigna**, Direttore della BU Sanofi Off Patent - dispone di una gamma di prodotti che rappresenta un patrimonio terapeutico di grande valore per medici e farmacisti nonché una gamma unica di soluzioni curative e affidabili per i loro pazienti".



Attraverso il
presente QR-Code
è possibile visualizzare
con tablet/smartphone
un video di approfondimento
sull'argomento