

M.D.

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

Anno XXIII, numero 1 - febbraio 2016

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

FOCUS ON

6

**Il decreto sull'appropriatezza
che offende i medici**

CONTRAPPUNTO

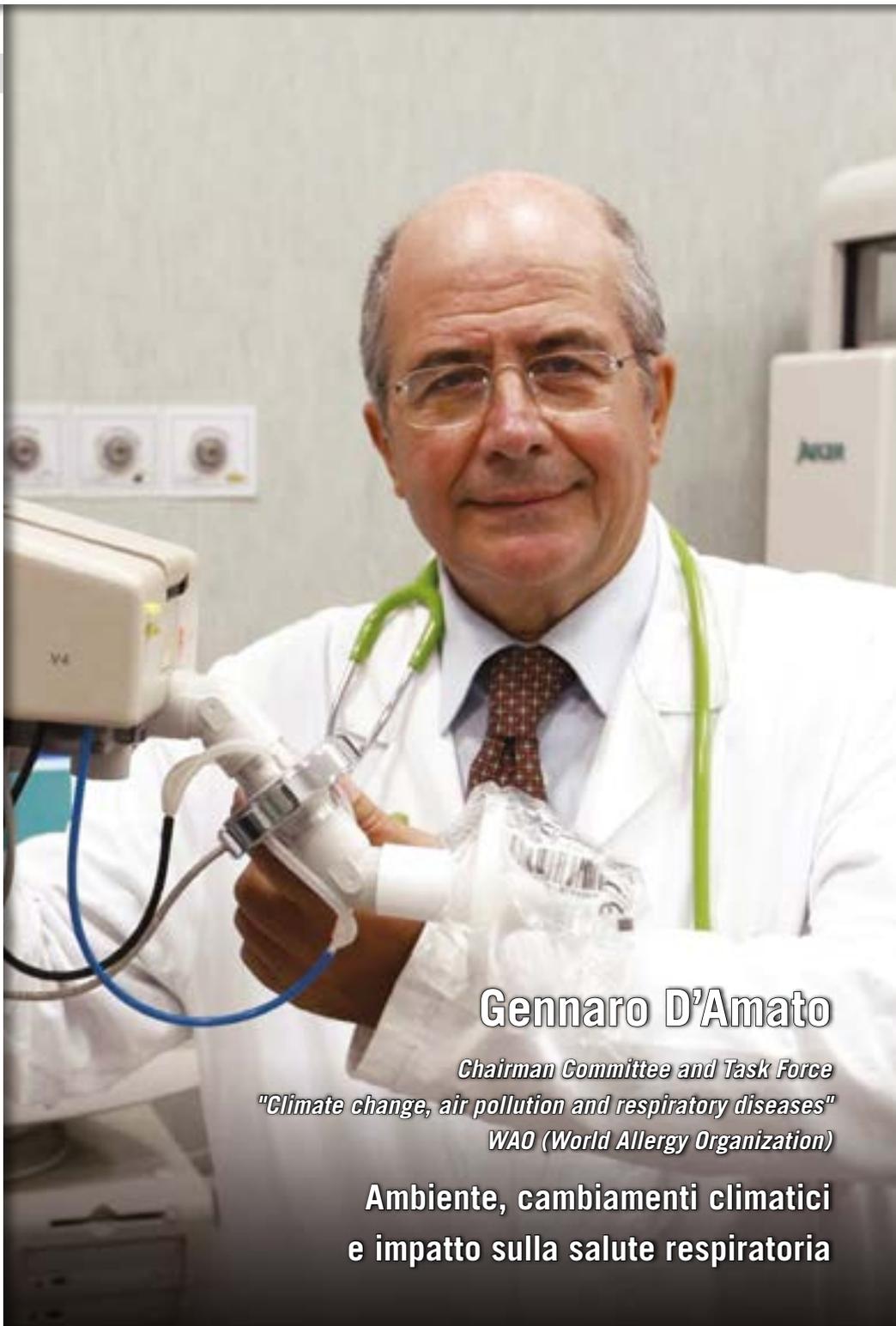
10

**Il paradosso della specialità
in Medicina Generale**

RASSEGNA

36

**Spalla artrosica:
diagnosi, terapia
e tecnica infiltrativa**



Gennaro D'Amato

Chairman Committee and Task Force

"Climate change, air pollution and respiratory diseases"

WAO (World Allergy Organization)

**Ambiente, cambiamenti climatici
e impatto sulla salute respiratoria**



Attraverso
il presente
QR-Code
è possibile
scaricare l'intera
rivista.

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 Bisconcin, Claudio Borghi,
Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo,
Massimo Galli, Mauro Marin,
Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

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

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

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Ambiente, cambiamenti climatici e impatto sulla salute respiratoria 5
- **Focus on**
Quel decreto che offende i medici 6
- **Prospettive**
Casa della Salute: evoluzione o rottamazione? 8
- **Contrappunto**
Il paradosso della specialità in Medicina Generale 10
- **Progetti**
Una Casa Medica al servizio della salute dei cittadini 13
- **Italia sanità**
Ricetta digitale a regime entro marzo 14
- **Riflettori**
Radiazioni mediche e Medicina di Famiglia 16
- **Profili**
Omeopatia in ospedale: l'esperienza toscana 18
- **Osservatorio**
Servizi Sanitari Regionali e PDTA ad hoc per la sclerosi multipla 20

AGGIORNAMENTI

- **Epatologia**
Eradicazione dell'HCV nei pazienti difficili e complessi 24
- **Gastroenterologia**
I costi delle malattie infiammatorie croniche intestinali 25
- **Ginecologia**
Un trattamento orale per l'atrofia vulvo-vaginale 26
- **Neurologia**
Benefici dell'attività fisica nella malattia di Parkinson 27
- **Patologia vascolare**
Sindrome post-trombotica e recidiva di trombosi venosa profonda 28
- **Psichiatria**
Disturbi psichiatrici e malattie croniche, un legame precoce 30

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 32
- **Congressi**
Aggiornamenti in cardiologia 2016 34
- **Rassegna**
Spalla artrosica: diagnosi, terapia e tecnica infiltrativa 36
- **Terapia**
La soluzione al mancato controllo pressorio in pratica clinica 40
- **Monitor**
Virus Zika: work in progress 46

Ambiente, cambiamenti climatici e impatto sulla salute respiratoria

“// Dobbiamo imparare a conoscere i cambiamenti climatici per comprendere il loro impatto sulle patologie respiratorie. E come operatori della sanità abbiamo il dovere di proteggere la popolazione più fragile dai loro effetti”. È quanto precisa a *M.D.* il Prof. Gennaro D’Amato,* Chairman Committee and Task Force “Climate change, air pollution and respiratory diseases” della WAO (World Allergy Organization), coordinatore del gruppo di lavoro GARD Italia “Ambiente e Malattie Respiratorie” del Ministero della Salute.

“Non bisogna sottovalutare il fatto - continua - che numerosi studi scientifici dimostrano come le variazioni di temperatura, soprattutto l’alta pressione atmosferica, determinino un aumento dei livelli di ozono e di particolato fine e come tali elementi abbiano ripercussioni su svariate patologie, soprattutto allergiche e respiratorie, favorendo le crisi negli asmatici e la comparsa di bronchiti croniche. Inoltre temporali e “bombe d’acqua” durante le stagioni polliniche possono innescare crisi asmatiche gravi nei soggetti allergici. I pollini, soprattutto nelle prime fasi dell’evento atmosferico, si gonfiano e poi si rompono liberando allergeni che penetrano in profondità nelle vie aeree, tanto da scatenare asma anche in soggetti con una rinite allergica non adeguatamente trattati”.

Secondo il Prof. D’Amato è importante che le società scientifiche della medicina respiratoria si adoperino per sensibilizzare le altre specialità in un’ottica di strategia comune atta a ridurre l’impatto dell’inquinamento atmosferico sulla salute dei cittadini. “Per migliorare l’approccio diagnostico e terapeutico alle cronicità respiratorie - sottolinea - è necessario instaurare collaborazioni sinergiche fra specialisti, medici di medicina generale e servizi territoriali. Il coordinamento di tutte le figure coinvolte è il presupposto necessario per sviluppare efficaci interventi educazionali e strumenti di pressione sulle competenti autorità locali. L’esposizione all’inquinamento atmosferico è un problema serio che dovrebbe essere contrastato con l’azione delle autorità pubbliche a livello regionale, nazionale e internazionale. È necessario però che i professionisti sanitari e le società scientifiche e culturali di medici e pazienti facciano sentire costantemente la loro voce nei processi decisionali e diano un forte sostegno alle politiche volte alla salvaguardia dell’ambiente sia sul fronte nazionale che internazionale”.

* *Primario emerito UOC Malattie respiratorie e allergiche
AORN A. Cardarelli di Napoli*



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l’intervista a Gennaro D’Amato

Quel decreto che offende i medici

È arrivato sulla *Gazzetta Ufficiale* il 20 gennaio scorso il decreto presentato nel dicembre 2015 che individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Ssn. Ha suscitato subito discussioni e dissapori alimentate anche dalle sanzioni previste per i medici. Il ministro della Salute ha organizzato un incontro *ad hoc* dopo le innumerevoli proteste sollevate da Ordini dei Medici, sindacati e amministratori locali. Una dura contrapposizione connotata da proposte di soluzioni drastiche: dalla necessità di ricorrere alla Corte Costituzionale invocata, tra gli altri, dal Presidente dell'OMCeO di Milano Roberto Carlo Rossi, alla minaccia dei sindacati di rivolgersi

al TAR, passando per i dubbi sulla rappresentanza della MG affidata, forse incautamente, visti i tempi che corrono, ad enti interprofessionali, qual è la FNOMCeO. Un decreto che offende i medici e intacca il diritto alla salute dei cittadini in nome di uno sbandierato bisogno di equilibrio del bilancio del Ssn. Un vento di bufera che sta attraversando tutto il Paese, con molte Regioni intente a non renderlo operativo finché non sia fatta chiarezza su alcune norme applicative. Con un affondo anche da parte di *Slow Medicine*, che sottolinea la gran confusione in atto tra razionamento e appropriatezza. Un provvedimento che mette in discussione condizioni di erogabilità e di professionalità del medico, mascherando propositi di razionamento.

A cura di **Simone Matrisciano**

Un provvedimento dalle ricadute nefaste

“Chi è inappropriato in questo momento è solo la classe politica quando mette mano a presunte riforme in fatto di salute e sanità - tuona **Enzo Scafuro**, responsabile Smi per l'area convenzionata”.

La preoccupazione riguarda soprattutto una abdicazione da parte del Ministero della Salute in favore del Ministero di Economia e Finanza: “Non c'è alcuna programmazione - evidenzia Scafuro - nessuna linea politica che affronti i problemi della sanità in maniera organica”.

Nell'ottica del governo, la razionalizzazione e il contenimento della spesa derivanti dallo stop agli esami 'inutili' è quantificabile in circa 13 miliardi di euro all'anno.

“L'unica buona riforma per risparmiare questi 13 miliardi, e forse qualcosa di più - sottolinea il rappresentante dello Smi - sarebbe ripulire i mille rivoli di malasanità che stanno ammazzando il nostro sistema ormai logoro e malato. Se nell'organizzazione sanitaria si perdono miliardi, non è certo colpa del medico; se si costruiscono ospedali che rimangono opere incompiute, non è certo colpa del medico; se non si riescono ad utilizzare i finanziamenti europei, non è certo colpa del medico; se il 40% dei pazienti si rivolge al sistema privato, non è certo colpa del medico”. E poi c'è il nodo più critico e delicato: il rapporto col paziente. “Questo provvedimento

incentiva i contenziosi coi pazienti perché questi avranno sempre più l'impressione che il loro medico non operi secondo scienza e coscienza, ma costretto da indicazioni governative”. Una legge, quindi, che non supporta i medici, ma mortifica la loro professionalità e le loro competenze, scardinando il rapporto con il paziente e questo, per la medicina di famiglia, “è un danno mostruoso, ci vengono legate le mani e non possiamo dialogare col paziente in assoluta libertà”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Enzo Scafuro

Ora basta! Si ricorra alla Corte Costituzionale

“Vorrei che le Regioni che hanno mantenuto una certa autonomia nella gestione della sanità, come la Lombardia, dichiarassero la loro volontà di ricorrere alla Corte Costituzionale per bloccare l'applicazione del decreto sull'appropriatezza prescrittiva”. Ha commentato così **Roberto Carlo Rossi**, Presidente OMCeO Milano, l'avvenuta pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* del 20 gennaio scorso del decreto sull'appropriatezza prescrittiva. “Si rischia di cadere - precisa Rossi

- come spesso avviene, nell'errore di formulare norme giuste in linea di principio, ma difficilmente applicabili nel vivere quotidiano delle persone e degli operatori che lavorano direttamente a contatto con i pazienti, ovvero i medici di famiglia. E l'inapplicabilità sostanziale di norme condite da bizantinismo burocratico determina spesso disservizi, incomprensioni, litigi e ne vanifica l'obiettivo. Oggi si deve necessariamente porre il problema della sostenibilità economico-fi-

nanziaria in Italia: si deve diminuire la spesa, ma si deve fare con il coraggio di proporre soluzioni nuove, che ridiano morale ed energia a chi crede ancora in un sistema pubblico efficiente; non certo con elenchi di tagli ed imposizioni bulgare sulle spalle di chi ci mette tutti i giorni la faccia”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Roberto Carlo Rossi

Mmg e FNOMCeO: è ora di separarsi?

“Oggi la Medicina Generale deve esprimere con forza e indipendenza il suo parere, pretendendo che sia vincolante per i governi sia nazionali sia regionali, perché noi siamo ancora i primi prescrittori con l'80% delle ricette”. Possono quindi i medici di famiglia affidare la propria rappresentanza (e affidarsi professionalmente) ad un ente interprofessionale come la FNOMCeO? È questa la domanda provocatoria che pone **Francesco Del Zotti**, medico di famiglia di Verona e Direttore della rete *netaudit.org*, portando l'analisi del decreto appropriatezza ad un altro livello: “possiamo focalizzarci sui dettagli e i problemi applicativi, certamente importanti, ma è fondamentale capire che lo spirito della legge è sbagliato e i medici di famiglia devono diventare consapevoli della necessità di non dipendere da enti interprofessionali”.

Le riflessioni di Del Zotti prendono le mosse dai problemi che al di là delle Alpi affliggono altri sistemi sanitari e, in particolare, i medici di medicina generale: “Le difficoltà sorte in Gran Bretagna con la riforma della sanità derivano proprio dall'essersi affidati alle linee guida NICE (*National Institute for Health and Care Institute*), un organismo interprofessionale. In Olanda, invece, i medici di famiglia discutono con il governo sulla base di linee guida di categoria. Noi ci affidiamo alla FNOMCeO, e così facendo commettiamo un errore”. Insomma il decreto appropriatezza ha scatenato riflessioni che stanno toccando i capisaldi di un sistema sanitario da svecchiare (ma nel modo più corretto, per pazienti e professionisti). Uno di questi è il rapporto tra medicina generale e FNOMCeO, anche perché proprio sul tema della diagnostica, “è bene che i medici di famiglia comincino a farsi una pro-

pria cultura per essere consapevoli nel momento di trattare eventuali rimodulazioni proprio della pratica diagnostica - afferma Del Zotti”. Altrimenti i rischi (oltre che professionali, anche di incolumità) per i Mmg sono dietro l'angolo: è di qualche giorno fa la notizia di un paziente di Monte di Procida in Campania che ha picchiato il proprio medico che, assecondando le direttive del decreto Lorenzin, non aveva potuto prescrivere una risonanza magnetica. C'è dunque necessità, oltre che di ripensare la Medicina Generale nei suoi rapporti con la Federazione e i legislatori, di agire velocemente sul fronte sotto attacco degli studi medici e della pratica quotidiana dei camici bianchi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Francesco Del Zotti

Casa della Salute: evoluzione o rottamazione?

I sindacati di categoria sono stati invitati ad un'audizione Consigliare Regionale dell'Emilia Romagna che aveva come oggetto d'indagine l'organizzazione regionale delle Case della Salute (CdS). L'occasione è stata molto interessante, perché, in vista di una serie di requisiti che la Regione sta perfezionando insieme alle forze sindacali per standardizzare la CdS sul territorio, c'è stato un confronto con la parte politica, ma anche tra le diverse visioni delle rappresentanze sindacali.

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi

La Casa della Salute (CdS) non deve essere un nuovo contenitore per vecchi contenuti, ma la garanzia di un accesso più semplice del cittadino ai servizi. È questo, in sintesi, il concetto comune espresso durante il recente confronto sull'argomento presso la Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali dell'Emilia Romagna tra la Regione e le rappresentanze sindacali del settore sanità. Ma le criticità emerse durante il confronto non sono state affatto poche ed hanno fatto emergere la complessità che comporta la standardizzazione delle CdS sul territorio a cui punta la Giunta regionale.

► Un po' di storia

L'idea della CdS parte dalla Spagna e comincia ad affermarsi in Italia nei primi anni del nuovo millennio fino a diventare teorema fondamentale dal 2006 al 2008 dell'allora ministro della Salute Livia Turco nella sua visione del riammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale. La Regione

Emilia Romagna sposa da subito il progetto che, ricordiamo era abbastanza complesso e completo, perché oltre alle caratteristiche odierne si spingeva ad inglobare nelle Case della salute anche una postazione di 118/automedica e la farmacia, quindi la distribuzione diretta dei farmaci. Il governo cadde e il ministro Turco con esso, trascinando nell'oblio la CdS. Spostando l'attenzione dal nazionale al regionale per l'Emilia Romagna l'anno da ricordare è il 2010 quando l'ultimo atto dei 15 anni dell'assessore alle politiche per la salute di Giovanni Bissoni si è connotato con una delibera che determina le caratteristiche strutturali architettoniche della riesumata CdS, descrivendo, di fatto, le caratteristiche di un hardware a cui manca il software per poter funzionare.

► La definizione ministeriale

La Casa della Salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che

erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. Diverse sono le funzioni da allocare nella Casa della Salute, alcune di natura amministrativa, altre di natura sanitaria e altre ancora di natura sociale. Esse possono essere aggregate in 4 aree principali a diverso grado di complessità essendo la Casa della Salute un modello che si adatta alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

► La rete dei presidi

Se pensiamo ad un livello di assistenza che possa assicurare l'accesso del cittadino alle prestazioni offerte dai medici territoriali nell'arco dell'h24, non possiamo rinunciare ad alcune condizioni che assicurino uno scenario assistenziale distribuito capillarmente ma che allo stesso tempo formi una rete di reali presidi territoriali. Questa rete

deve essere in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi ed ubiquitarie equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi; in poche parole la qualità dell'assistenza deve essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali.

► Organizzazione territoriale

Se vogliamo progettare un sistema territoriale dobbiamo innanzitutto assicurare una dorsale ospedaliera organizzata in un sistema di reti ospedaliere dove l'ospedale deve essere il riferimento territoriale centrale ad alta specializzazione ed in generale il luogo di cura per i casi acuti. A questo, allineandoci al Ministro potremmo pensare ad un'organizzazione assistenziale divisa funzionalmente in quattro grandi gruppi integrati a livello operativo:

1. Servizi territoriali: sanità pubblica, cure primarie, salute mentale.
2. Cure intermedie: non autosufficienti o assistenza domiciliare o residenziale.
3. Servizi a sostegno della comunità: terzo settore associazioni e *caregivers*.
4. Cure Ospedaliere: problemi sanitari acuti.

► Integrazione reale

Passiamo però ora ad esaminare il settore che ci interessa: le cure primarie. Organizziamo quindi i medici di medicina generale in strutture che chiameremo Case della Salute (CdS) che superino l'organizzazione monoprofessionale e monodisciplinare della medicina di gruppo e che quindi esprimano un apporto multi-

disciplinare con l'ingresso dei pediatri di libera scelta, della continuità assistenziale e delle figure specialistiche territoriali ed ospedaliere. A questo punto rendiamo la struttura multiprofessionale aggiungendo le altre professionalità sanitarie con la possibilità di poter usufruire di posti letto territoriali assistenziali, *day hospital* e *light surgery*, e con potenzialità riabilitativa presso quelle strutture che permetteranno per ubicazione ed architettura questo livello di complessità superiore e che daranno vita al capitolo delle dimissioni territoriali. Quindi non manca che inserire il segmento assistenziale sociale e raggiungiamo il traguardo della multisettorialità operativa e funzionale per cui potremmo veramente dire che le CdS diventano, o meglio la rete delle CdS, diventa il centro della risposta territoriale ai bisogni del cittadino.

► Inserimento della CA nel PDTA

Il ruolo che viene a giocare la continuità assistenziale (CA) in questo sistema diventa fondamentale per assicurare l'H24 e per garantire in primis l'urgenza ambulatoriale in analogia con quanto succede nella medicina generale, senza rinunciare tuttavia ad interventi domiciliari che, più che sull'urgenza, dovremmo orientare alla complessità. In questo modo il cittadino trova sempre l'ambulatorio della sua CdS aperto anche nelle ore in cui il suo medico di fiducia non può essere presente. Dobbiamo poi dotare il presidio dei medici di continuità assistenziale (MCA) di una figura infermieristica nuova: l'infermiera di CA altamente specializzata nella risoluzione, in collaborazione con il MCA, di medicazioni ed interventi clinici a bassa intensità.

► Personalizzare l'assistenza

Se riteniamo che il rapporto fiduciario medico paziente debba essere preservato, difeso e potenziato, non cedendo alla tentazione di fidelizzare il cittadino alla struttura, in modo che non prevalga il significato politico su quello assistenziale, bisogna orientarsi alla medicina preventiva e d'iniziativa per arrivare a realizzare una reale personalizzazione dell'assistenza. A questo punto dobbiamo rendere il sistema omogeneo su tutto il territorio organizzandolo come una rete territoriale ricordandoci che sarebbe funzionale al sistema mantenere una certa elasticità progettuale, diversificando l'organizzazione a seconda che si abbia ad operare in contesti mega urbani o sub urbani, oppure in campagna, ma soprattutto dove il servizio oltre che essenziale diventa indispensabile: nelle aree periferiche e montane. In altre parole, le CdS, devono essere strutture fortemente 'quartierizzate' e, conseguentemente, lo deve essere anche il bacino di utenza. Pertanto, ipotizzando il ruolo di accesso unico tra CA e Mmg, non dovrebbe essere possibile un'acquisizione di cittadini extra territorio. Solo in questo modo l'ambulatorio del generalista potrebbe diventare realmente un punto strategico nella gestione del territorio, che potremmo raffigurare come un vero e proprio presidio, il luogo in cui il medico diventa, di fatto, il punto focale di un sistema di servizi socio-sanitari ove sia possibile usufruire anche di tutto ciò che la moderna tecnologia può mettere a disposizione: un polo in cui il medico può tutelare la salute stessa del cittadino, esercitando in quel luogo anche la prevenzione e l'educazione alla salute collaborando anche con gli organismi scolastici.

Il paradosso della specialità in Medicina Generale

L'identità professionale si acquisisce nella pratica sul campo, con la partecipazione esperienziale e nell'appartenenza alla comunità di apprendimento. Più che uno specialista, il Mmg "formato" è quindi prima di tutto un esperto o competente nel suo ambito di intervento. I tirocini pre e post laurea sono fondamentali anche se faranno storcere il naso a qualche accademico scettico sul fatto che un laureando possa imparare qualche cosa di diverso e di nuovo, rispetto alla lezione frontale, frequentando lo spoglio ambulatorio del medico di medicina generale

Giuseppe Belleri

Medicina Generale, Flero

Da tempo immemorabile si discute sul carattere più o meno specialistico della Medicina Generale (MG).

Dopo quasi un ventennio di formazione specifica in Medicina Generale, che ha visto proliferare una miriade di scuole a livello regionale, i neo-generalisti "formati" si affacciano alla professione e rivendicano, rispetto agli specializzandi ospedalieri, pari dignità normativa ed economica. Si tratta di una legittima richiesta che però sembra essere fondata più su motivazioni "ufficiali" e certificative e meno sul ruolo professionale effettivo nella pratica extra-ospedaliera.

È indubbio che la formazione specifica in MG abbia migliorato la preparazione dei futuri medici di famiglia, anche se il lascito identitario della generazione di medici di medicina generale avviata al pensionamento non appare solido, come accade in altri Paesi europei di lunga tradizione

culturale ed accademica in Medicina Generale.

La connotazione specialistica della Medicina Generale è un ossimoro e una contraddizione in termini, visto che per definizione il generalista si interessa più alle persone, nella loro interezza psico-fisica e socio-relazionale, e meno ai loro organi ed apparati. Non si dà uno specialista in generalità proprio perchè la specialità risponde per principio ad una logica di differenziazione in senso prevalentemente riduzionistico, parcellare e sub-specialistico, con l'eccezione di alcune discipline trasversali, come l'etica e la pedagogia medica.

L'evoluzione del sapere medico, delle pratiche e delle organizzazioni sanitarie sono pervase dalla tendenza alla differenziate per funzioni specifiche, come vengono definite dai sociologici sistemi le società contemporanee dominate dai processi di differenziazione.

► Una fragile identità

A riprova di ciò basta considerare la nascita della nuova figura del Mmg con *special interest* e all'evoluzione in tal senso della formazione post-universitaria, che è evidentemente in controtendenza rispetto alla formazione specifica "generalistica", ossia per definizione non specialistica. In futuro avremo quindi due categorie di medici sul territorio: i generalisti-generalisti, tendenzialmente di serie B rispetto ai più blasonati generalisti-*special interest*. Se la tendenza alla differenziazione è inarrestabile, pervasiva e irreversibile tanto varrebbe orientare in senso specialistica anche il corso di formazione specifica!

Il paradosso della rivendicazione di uno status di "specialista generalista" segnala il tentativo, forse un po' ingenuo, di rinsaldare la fragile identità professionale della categoria, testimoniata dalla

mezza dozzina di espressioni succedutesi nel corso dell'ultimo mezzo secolo per denominare il medico del territorio, a partire dall'aura di "medico della mutua" (o di "generico", in contrapposizione a "specialistico") che ancora deturpa l'immagine pubblica del medico di medicina generale. La discrasia tra generalista tutto tondo e con special interest rischia paradossalmente di rimettere in discussione se non di squalificare il rafforzamento identitario della formazione specifica che, bene o male, ha rappresentato una svolta per la comunità professionale italiana.

Tuttavia la rivendicazione dell'etichetta specialistica resta per ora confinata nell'ambito sindacale e normativo, come dimostra la richiesta di pari dignità con gli altri neo-specialisti. Sarà il massiccio ingresso nell'arena territoriale dei neo-Mmg "formati" nell'ultima decade, in sostituzione della generazione dei sessantenni in procinto della pensione, a dimostrare l'impatto delle nuove leve sull'immaginario collettivo, sul ruolo organizzativo e sulla dimensione sociale della Medicina Generale.

La rivendicazione della specialità in MG passa inevitabilmente per l'istituzione di dipartimenti accademici al pari delle altre specialità. Tuttavia è assodato che il contesto del tirocinio è luogo ideale per la formazione del generalista e il suo graduale inserimento nella comunità di pratica a contatto con il Mmg tutor; se la dimensione sociale dell'apprendistato è prioritaria per l'acquisizione del sapere pratico e dell'*expertise* l'insegnamento accademico conta meno della

formazione esperienziale nel *setting*, peraltro quanto mai diversificato e variabile, dell'ambulatorio territoriale.

► L'apprendimento situato

Questi concetti sono troppo rilevanti per non meritare un approfondimento, seppure schematico. Secondo gli antropologi Jean Lave e Etienne Wenger - che propongono un modello di apprendimento definito "apprendimento situato" - l'apprendimento, inteso come pratica sociale situata e distribuita, è la risultante:

- del coinvolgimento e della "partecipazione periferica legittima" ad un'attività, oltre che di lezioni "teoriche" in specifici contesti organizzativi e professionali e non in modo astratto e decontestualizzato;
- dell'acquisizione di un'identità come esito del processo di graduale appartenenza ad una comunità di pratica;
- del processo mediato dalla condivisione di un sapere pratico e di risorse cognitive o strumentali, ossia "linguaggi, stili di azione, sensibilità, modalità ricorrenti di azione e pensiero" e infrastrutture e/o artefatti tecnologici.

Le difficoltà di affermazione accademica della Medicina Generale sono dovute al fatto che le componenti tacite, contestuali, situate e relazionali sono preponderanti e, nel contempo, dissonanti rispetto al modello biomedico classico, che prevale in ospedale e nell'insegnamento, a parte le consuete eccezioni.

Per certi versi la lezione accademica di MG assume un carattere paradossale analogo alla rivendi-

cazione di una rassicurante aura specialistica, utile tutt'al più per non fare "brutta figura" con la gente ed accreditarsi alla pari con i "veri" specialisti. Per accostarsi alla professione di Mmg una seduta di ambulatorio vale quanto una lezione frontale.

Se il profilo del medico di medicina generale è quello sopra delineato la dimensione del sapere specialistico, parcellare e riduzionistico passa in secondo piano rispetto al sapere pratico legato all'esperienza e alla condivisione di modalità di approccio, valutazione, intervento, gestione, decisione e soluzione dei problemi; queste abilità afferiscono più che altro al concetto di competenza o expertise professionale, maturata prima nel periodo di partecipazione periferica legittima della formazione specifica e poi proseguita negli anni di professione attiva e con l'educazione continua. Perché l'identità professionale si acquisisce nella pratica sul campo, con la partecipazione esperienziale e nell'appartenenza alla comunità di apprendimento, situata e distribuita nel contesto della Medicina Generale.

Quindi, più che uno specialista, il generalista "formato" è prima di tutto un esperto o competente nel suo ambito di intervento. Ben vengano quindi i tirocini pre- e post- laurea, anche se faranno storcere il naso a qualche accademico scettico sul fatto che un laureando possa imparare qualche cosa di diverso e di nuovo, rispetto alla lezione frontale, frequentando lo spoglio ambulatorio del generalista.

Articolo pubblicato su
<http://curprim.blogspot.it/>

Una Casa Medica al servizio della salute dei cittadini

È nata recentemente a Milano la prima Casa Medica del Comune. La cooperativa di medici di medicina generale (CMMC Scarl) ha partecipato al bando ed avrà l'opportunità di organizzare e gestire un progetto di integrazione socio-sanitaria che vedrà l'avvio di altre sperimentazioni, tra cui la possibile creazione di un Ospedale di Comunità

Unirsi in sedi comuni dove dare risposte sanitarie, a costi inferiori, alla popolazione residente, garantendo soprattutto la continuità assistenziale delle cure e l'integrazione con i servizi sociali per una più efficiente integrazione socio assistenziale. È questa la finalità a cui risponde la Casa Medica inaugurata a Milano (zona 4). La cooperativa di medici di medicina generale (CMMC Scarl) ha partecipato al bando ed avrà l'opportunità di organizzare e gestire il progetto con il Comune di Milano.

La Cooperativa di medici di medicina generale (CMMC Scarl), conta, attualmente, un totale di 102 medici associati distribuiti su tutto il territorio della città, ed è stata la prima cooperativa di soli Mmg che gestisce il progetto CReG della Regione Lombardia sulla Asl di Milano, ha accumulato una notevole esperienza gestionale ed amministrativa. Infatti la CMMC gestisce 16 Centri polifunzionali sia da un punto di vista amministrativo (locazioni, utenze, materiali) che della gestione del personale per conto dei suoi soci.

I medici di famiglia che saranno immediatamente operativi nella Casa Medica saranno 4 con una popolazione assistita inizialmente di circa 3.000 assistiti (ma a breve verranno coinvolti altri medici e pediatri della zona, soci e non della cooperativa che han-

no già manifestato interesse per il progetto) che garantiranno un'apertura iniziale di 7 ore quotidiane che nel tempo dovrebbero aumentare progressivamente sino ad ottenere una copertura di almeno otto/dieci ore quotidiane.

In un secondo tempo i medici si doteranno di personale infermieristico da utilizzare nel Centro stesso, accedendo, dove possibile, ai finanziamenti dell'ACN per le forme associative. Inoltre la Casa Medica potrebbe in seguito usufruire dei 10 posti letto già presenti, ed ora non ancora utilizzati, adiacenti e gestiti, per quanto riguarda la logistica, dalla Cooperativa Proges che attualmente gestisce la Casa di Riposo di Via dei 500. Tali posti letto potrebbero essere configurabili quali "Ospedale di Comunità" (i cui *standards* sono dettagliati dal Decreto 2 aprile 2015, n. 70 - G.U. n.127 del 4/6/2015, in vigore dal 19.06.2015) utilizzabili sia per il ricovero di soggetti fragili che richiedano un'assistenza sanitaria minima per un periodo breve, sia come posti di "sollevio" per malati terminali.

L'assistenza sanitaria potrebbe essere garantita dal proprio medico di medicina generale e dalla presenza, nelle 24 ore, di personale infermieristico dei medici presenti nella Casa Medica nelle ore diurne mentre la possibile presenza di una postazione della



continuità assistenziale potrebbe garantire anche la copertura assistenziale nelle ore notturne.

► Attrezzature e tecnologie

I medici operanti nel Centro lavoreranno in rete locale con un Server dedicato interno, e allacciato al SISS della Regione Lombardia. Contemporaneamente si esplorerà una rete informativa innovativa con il restante gruppo dei medici esterni della CMMC che già condividono dati clinici dei propri assistiti attraverso un sistema proprietario del Consorzio Sanità (Consorzio Nazionale delle Cooperative di Medici di Medicina Generale) denominato SINAPSIS già utilizzata dai medici della CMMC per raccogliere dati clinico epidemiologici per il progetto CReG. Inoltre il sistema SINAPSIS, sviluppato dalla Koinè Servizi (*software house* proprietà diffusa Medici di Medicina Generale aderenti al Consorzio Sanità) nel pieno e completo rispetto della normativa sulla Privacy, consente la condivisione delle cartelle cliniche dei Medici operanti sia nel centro che coinvolti sul territorio (come nella Medicina in rete territoriale mista) in questo modo sarà garantita l'appropriatezza e la condivisione dei dati clinici, il trasferimento dei referti (dimissioni ospedaliere, visite specialistiche, referti radiologici, laboratoristici etc), sia in condizioni di elezione che di urgenza. Inoltre il Consorzio Sanità, a cui CMMC aderisce, sta sperimentando una nuova scheda clinica web, che consentirà, a tutti i medici coinvolti nella cura del paziente, compresi i medici ospedalieri, l'interazione in qualsiasi



luogo visto che il sistema "Asclepius" è stato progettato e sviluppato per sfruttare la tecnologia *cloud*.

Quindi la Casa medica diventerà luogo di sperimentazione di un sistema informativo integrato territorio/ospedale, unificando altri progetti che la CMMC ed il Co.S hanno in essere con il Comune di Milano (la APP "Cittadini più coinvolti e più sicuri" che consentirà, a pieno regime, la condivisione dei dati di emergenza attraverso un APP al domicilio del paziente fragile che sostituirà o integrerà la "Busta Rossa" e consentirà la condivisione della scheda clinica certificata dalla SIMEU, con i sistemi di urgenza ed emergenza della Regione che verranno successivamente coinvolti nel progetto) e con il Policlinico di Milano (progetto di condivisione dei dati clinici e delle prescrizioni tra territorio ed ospedale all'interno del noto progetto REPOS).

I medici saranno dotati di Ecg e spirometria in telemedicina (utilizzati al momento per il progetto regionale CReG, ma utilizzabili, dopo accordi specifici, anche per questo progetto) oltre alle comuni

attrezzature ambulatoriali (otoscopi, diafanoscopi, misuratori del picco etc.). La Casa Medica potrà inoltre svolgere la funzione di punto prelievi periferico di qualche struttura autorizzata che verrà coinvolta, per favorire i pazienti dei medici qui operanti, e gli eventuali pazienti che usufruiranno di posti dell'Ospedale di Comunità.

► Finanziamento e gestione

La gestione della Casa Medica è affidata, dai medici, alla propria Cooperativa di servizio (Cooperativa Medici Milano Centro- CMMC Scarl), che, nata e da molti anni, svolge questo servizio per i propri soci.

La CMMC provvederà a redigere un "*business plan*" gestionale che ripartirà tra i singoli soci che opereranno in sede, e provvederà inoltre a creare collaborazioni con enti e strutture interessate (ATS Milano, Scuola infermieri di Niguarda, Società cooperative accreditate fornitrici di servizi ADI, Cooperative e società fornitrici di servizi diversi etc.) con cui sottoscriverà accordi e contratti di servizio indispensabili alla gestione complessiva del progetto.

Tale compito sarebbe difficilmente sostenibile dai singoli professionisti, soprattutto nella futura organizzazione e gestione di progetti complessi quali quelli richiesti dalla messa in opera di AFT, UCCP o come è avvenuto per la partecipazione e gestione di un progetto complesso quale quello dei CReG in atto nella Regione Lombardia e che ha dimostrato, sino ad oggi, l'efficienza di questo sistema organizzativo nella gestione della nuova medicina generale.

Ricetta digitale a regime entro marzo

In una riunione congiunta con Federfarma e Promofarma, Sogei ha assicurato che per l'inizio di marzo il sistema della tessera sanitaria verrà aggiornato in modo da tenere in memoria anche i ticket e i codici in vigore nelle diverse regioni. A darne notizia è stata la stessa Federfarma sul proprio sito

Come spedire i promemoria cartacei di una ricetta *paperless* proveniente da fuori Regione? Quando Sogei integrerà nel Sistema Ts i dati su *ticket* ed esenzioni in vigore nelle diverse Regioni? Erano queste alcune delle domande poste da Federfarma in una nota inviata ai ministeri della Salute e dell'Economia subito dopo l'entrata in vigore del dpcm che ha dato il via alla libera circolazione delle ricette dematerializzate sul territorio nazionale. Le risposte sono arrivate dall'incontro di fine gennaio tra Sogei, Federfarma e Promofarma che si è svolto presso il ministero della Salute di cui dà conto Federfarma sul proprio sito. Il sistema dovrebbe essere a regime all'inizio del mese di marzo e nel giro di poche settimane anche il problema dei blocchi informatici, che ancora impediscono ai farmacisti di spedire on line il promemoria cartaceo di una ricetta *paperless* proveniente da fuori Regione, sarà risolto.

► **Blocco dei promemoria da fuori regione.** I problemi incontrati nella spedizione di ricette digitali che arrivano da un'altra regione sono dovuti a blocchi di "sicurezza" del Sac di Sogei e dei gestionali delle farmacie. A tale riguardo è stato fatto presente che si sta provvedendo a rimuovere le sicure dal Sistema, le *software house* sono state istruite sugli interventi da mettere in campo e dovrebbero eliminare i propri blocchi in tempi brevi.

► **Gestione ticket e codici esenzione.** Il Ministero ha sostanzialmente accolto la soluzione propo-

sta da Federfarma: in questa prima fase (transitoria) le farmacie spediscono i promemoria provenienti da "fuori regione" secondo le regole vigenti nella propria, *ticket* ed esenzioni compresi. Ma soltanto fino al primo marzo, quando si entrerà nella fase a regime.

► **La fase a regime.** Sogei ha assicurato che per l'inizio di marzo il Sistema verrà aggiornato in modo da tenere memoria anche dei *ticket* e dei codici in vigore nelle diverse regioni. Una volta operative le modifiche, la farmacia potrà spedire le ricette digitali provenienti da fuori allo stesso modo di quelle "interne". Sarà il Sac, infatti, ad applicare automaticamente partecipazioni ed esenzioni della regione di origine, senza alcuna incombenza per il farmacista. Indicazioni regionali. In attesa che si entri nella fase a regime, alcuni assessorati hanno provveduto a fornire alle farmacie indicazioni sul trattamento da applicare alle ricette dematerializzate extraregionali.

È il caso di Sicilia e Lombardia, che recepite (anche in questo caso) le proposte di Federfarma hanno autorizzato la spedizione del promemoria in modalità "ricetta rossa". Si tratterà in ogni caso di indicazioni di breve durata, perché appena saranno rimossi tutti i blocchi i farmacisti potranno tornare alla procedura on line.

Da registrare, infine, che il Comitato Salute delle Regioni aveva scritto al ministero delle Finanze per chiedere un rinvio fino a giugno del dpcm sulla ricetta "nazionale". Il dicastero ha respinto la proposta.



Radiazioni mediche e Medicina di Famiglia

Le avanzate tecniche di imaging hanno aperto nuovi orizzonti, ma il loro uso improprio o non qualificato può comportare rischi potenziali per i pazienti. Il Coordinamento della Società scientifiche italiane aderenti a WONCA ha elaborato una risoluzione sul principio di giustificazione e all'appropriatezza nell'uso delle radiazioni mediche al fine di promuovere iniziative per migliorare la consapevolezza, la conoscenza e la responsabilità di Mmg e pediatri

Ernesto Mola - *Presidente Wonca Italia*

Negli anni recenti l'esposizione dei pazienti alle radiazioni ionizzanti per esami diagnostici è cresciuta enormemente. Le avanzate tecniche di imaging hanno aperto nuovi orizzonti fornendo strumenti essenziali per migliorare la cura dei pazienti, attraverso diagnosi più precoci e trattamenti meno invasivi. Tuttavia, l'evoluzione tecnologica e la disponibilità di nuovi strumenti (TC, PET, scintigrafia) e la radiologia interventistica hanno aumentato l'esposizione complessiva dei pazienti. I dati evidenziano nei Paesi industrializzati un incremento annuale delle TC effettuate nell'ultima decade. Survey nazionali mostrano un aumento del trend delle esposizioni complessive più che duplicato nella popolazione generale. Nonostante il numero delle TC effettuate rappresenti una percentuale ridotta rispetto al totale delle procedure radiodiagnostiche, l'alta dose di radiazioni associate a ogni esame è responsabile di oltre il 70% della dose complessiva di radiazioni derivanti dalle indagini diagnostiche.

Mentre lo sviluppo della tecnologia moderna sta portando nuovi vantaggi e le attrezzature mediche diventano sempre più sicure, il loro uso improprio o non qualificato può com-

portare rischi potenziali per i pazienti. Le radiazioni mediche infatti possono produrre nel paziente effetti stocastici, causando alcune malattie, in particolare tumori, leucemie e modificazioni genetiche. Il rischio di insorgenza di effetti nocivi aumenta con l'aumento della dose di esposizione, ma il loro grado di gravità è indipendente dalla dose assorbita.

Per questo motivo è importante evitare l'esposizione a radiazioni per esami o procedure interventistiche che non soddisfino pienamente il principio di giustificazione, in particolare in età pediatrica, quando l'elevato indice mitotico comporta maggiori rischi per il paziente. Non sono stati fissati dalle autorità internazionali limiti di dose per i pazienti sottoposti a esami diagnostici e trattamenti medici, ma è stato definito il principio di "giustificazione", che ritroviamo nell'International Basic Safety Standard del 2014 e nella Direttiva Euratom del 5 dicembre 2013:

"Le esposizioni mediche devono mostrare di produrre un netto beneficio, confrontando i potenziali vantaggi diagnostici o terapeutici che essa produce, inclusi i benefici diretti per la salute di un individuo e i benefici per la società, con il danno alla persona che l'esposizione po-

trebbe causare, tenendo in considerazione l'efficacia, i benefici e i rischi di tecniche alternative disponibili che hanno lo stesso obiettivo, ma che non comportano esposizione alle radiazioni ionizzanti o determinano una minore esposizione."

Secondo la direttiva EURATOM, entrambe le figure professionali coinvolte nell'esecuzione di un esame radiologico o di una procedura interventistica, sia i medici che prescrivono che i radiologi, hanno responsabilità nel processo di giustificazione.

► Inappropriatezza

È stato calcolato che ben 20 milioni di TC negli adulti e più di un milione nei bambini sarebbero inutilmente eseguite ogni anno negli USA e diversi studi mostrano che dal 20% al 50% degli esami di imaging sono da considerare inappropriati. Anche in Italia le percentuali di inappropriatezza sono simili: secondo i dati forniti nel 2015 al XIV congresso del Sindacato Nazionale dei Radiologi, solo il 56% degli esami eseguiti risulta pienamente appropriato e siamo tra i Paesi più forniti di impianti TC e RM. Per quanto riguarda la consapevolezza dei rischi da radiazioni, uno studio condotto in Michigan ha dimostrato

che, anche se i pazienti sono consapevoli che la TC è una sorgente di radiazioni, la maggior parte non era a conoscenza della quantità di dose associata alla procedura né dei rischi connessi. Alcuni studi evidenziano come anche molti professionisti della salute non siano informati sui rischi connessi alle radiazioni mediche e sulla quantità della dose erogata nell'esecuzione dei test più importanti e delle procedure interventistiche. Linee guida di imaging clinico dovrebbero sostenere ogni decisione riguardante il singolo paziente, fornendo criteri generali evidence-based.

► Principio di giustificazione

I Mmg e i PIS sono in una posizione privilegiata per la prevenzione del rischio da radiazioni diagnostiche. Essi intrattengono una relazione continuativa con i pazienti e svolgono anche un ruolo di advocacy, proteggendo i pazienti dai danni che possono essere causati da screening o test inutili e da trattamenti inappropriati e hanno una responsabilità specifica per la salute delle comunità.

Il principio di giustificazione, d'altro canto, si basa sulla valutazione professionale di informazioni globali relative al paziente, compresi i dati clinici, di imaging, di laboratorio e di trattamento precedenti. La decisione finale di solito richiede un esame fisico, una valutazione clinica, una conoscenza delle aspettative del paziente, tenendo conto del contesto psico-sociale. I MdF e i PdF possono migliorare l'uso appropriato dell'imaging diagnostico:

- condividendo linee guida locali con gli specialisti e le autorità sanitarie (risk management);
- valutando il rapporto rischio/beneficio per ogni paziente (risk assessment);
- informando i pazienti sui rischi

generali e individuali (risk communication);

- coinvolgendo il paziente nel processo decisionale (risk sharing).

► L'impegno della MdF italiana

Il coordinamento delle Società scientifiche italiane aderenti al WONCA dedica attenzione al tema dell'appropriatezza degli esami radiologici e al processo di giustificazione, e intende promuovere iniziative volte a migliorare consapevolezza, conoscenza e la responsabilità di MdF e PdF.

In particolare, WONCA Italia intende:

- collaborare con tutte le professioni coinvolte per stimolare l'autorità sanitaria all'applicazione della Direttiva Euratom sulle responsabilità e le procedure per rendere trasparente e tracciabile il processo di giustificazione;
- collaborare con le associazioni di radiologia e prendere parte a panel multidisciplinari, per impostare o adattare le linee-guida relative all'imaging clinico a livello nazionale e locale, nel rispetto di presupposti scientifici ampiamente condivisi;
- collaborare con le altre parti interessate per individuare una strategia efficace per la diffusione delle linee guida, in particolare attraverso l'implementazione in sistemi informatici di supporto decisionale (Clinical Decision Support Systems) e nei database utilizzati dai medici di famiglia;
- promuovere la formazione in materia di sicurezza radiologica a tutti i livelli dell'istruzione del medico.

La formazione dovrebbe anche sviluppare abilità e competenze per la corretta informazione dei pazienti sui rischi e i vantaggi dell'esecuzione di una procedura che comporti l'erogazione di radiazioni ionizzanti e per la comunicazione con il radiologo e gli

altri professionisti sanitari coinvolti. WONCA Italia ritiene che l'indicazione della dose somministrata ai pazienti in occasione dell'esecuzione di una procedura sia un importante elemento di conoscenza volto ad aumentare la consapevolezza dei medici prescrittori sul tema delle radiazioni mediche. La dose somministrata deve essere pertanto inclusa in ogni referto di esami radiologici o di procedure interventistiche, nonché nelle lettere di dimissione dagli ospedali, che dovranno indicare la dose complessiva di radiazioni ionizzanti somministrate durante il ricovero. Altrettanto importante è la comunicazione al paziente.

I dati relativi agli esami e alle procedure interventistiche eseguite da ogni paziente dovrebbero essere inseriti nel Patient's File dei sistemi informatici centralizzati e nei database in uso ai Mmg.

A questi temi WONCA Italia dedicherà il suo impegno proseguendo la collaborazione con gli organismi internazionali (OMS e AIEA), e perseguendo il confronto con le società scientifiche della radiologia e specialistiche nazionali e con le istituzioni per l'applicazione della Direttiva EURATOM, per migliorare l'appropriatezza delle procedure che comportino l'uso delle radiazioni ionizzanti e per la prevenzione dell'esposizione non necessaria, causata da indagini inutili o eccessive.

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Ernesto Mola

Omeopatia in ospedale: l'esperienza toscana

L'esperienza del Centro di Medicina Integrata di Pitigliano, ormai pluriennale, dimostra che l'erogazione di omeopatia, fitoterapia e agopuntura, nel servizio sanitario pubblico, incrementa l'accesso a questi trattamenti da parte di categorie sociali quali anziani e persone affette da malattie croniche, spesso gravate da importanti comorbidità

Simonetta Bernardini

Presidente Società Italiana di Omeopatia e Medicina Integrata

Responsabile Centro ospedaliero di medicina integrata della Regione Toscana, Ospedale di Pitigliano, USL9 - Grosseto

Grazie a un innovativo progetto sanitario approvato dalla Regione Toscana, nel febbraio 2011 l'omeopatia è stata introdotta per i pazienti ricoverati in ospedale. Questa scelta si è potuta fare grazie a importanti atti legislativi, tra cui l'inserimento nel Piano sanitario regionale del 2005-2010 delle medicine complementari - omeopatia, agopuntura e fitoterapia - tra le medicine del servizio sanitario regionale erogabili in regime di Livelli Essenziali di Assistenza.

Tale provvedimento ha reso disponibili per tutti i cittadini toscani queste opportunità terapeutiche presso gli ambulatori delle Asl mediante il pagamento di un ticket, eccetto gli esenti per reddito, età o malattie croniche.

Il primo ospedale pubblico di medicina integrata è stato l'ospedale Petruccioli di Pitigliano, nell'ambito dell'ex USL 9 di Grosseto, attualmente Azienda Usl Toscana Sud Est. Oggi, a cinque anni dall'inizio della sperimentazione e grazie ai successi conseguiti, il progetto è stato esteso anche all'ospedale

Misericordia di Grosseto, dove sono stati aperti ambulatori di omeopatia e agopuntura ed è stata avviata un'analoga sperimentazione nella UO di Cure Palliative.

La sperimentazione in corso a Pitigliano si basa su un progetto sanitario messo a punto, nei due anni precedenti l'apertura, da un Comitato scientifico internazionale cui hanno preso parte, tra gli altri, i Presidi delle Facoltà di Medicina di Firenze e Siena, il presidente della Federazione degli Ordini dei Medici toscani, la presidente della Commissione di Bioetica di USL9, un medico legale, medici esperti in omeopatia e agopuntura, il direttore della UO di Medicina Interna dell'ospedale e il Direttore del Royal Hospital of Integrated Medicine di Londra, oltre alla dirigenza di USL9.

► Approccio interdisciplinare

Nell'ospedale è in vigore un setting clinico di Medicina Integrata che si basa su un approccio interdisciplinare alla cura dei ricoverati, realizzato tra medici del reparto e medici del

team di Medicine Complementari.¹ Tale setting prevede la valutazione, sulla base delle cartelle cliniche, dei pazienti suscettibili di cure integrate; a questo segue l'informazione al paziente sulle opportunità di implementare la cura con l'omeopatia e/o l'agopuntura. A Pitigliano, oltre il 95% dei pazienti accetta tali cure, percentuale che sale al 99.2% nel caso dei pazienti ricoverati nella struttura di riabilitazione neurologica e ortopedica del Presidio del vicino Comune di Manciano, sede anch'esso della sperimentazione. Lì l'integrazione delle cure riguarda pazienti in riabilitazione neurologica e ortopedica dopo stroke, interventi di protesi ortopedica di anca e ginocchio e pazienti affetti da gravi malattie neurologiche (SLA, sclerosi multiple, morbo di Parkinson, ecc).

Oltre ai pazienti ricoverati, il progetto sanitario riguarda anche l'assistenza di cittadini in regime ambulatoriale e prevede l'erogazione di visite di omeopatia e agopuntura pagando un ticket. Ad avvalersi degli ambulatori di omeopatia e agopuntura sono i cittadini del compres-

rio territoriale di Manciano, Sorano e Pitigliano (48% delle visite), i cittadini provenienti da altre aree della Toscana (40%) e quelli di altre Regioni (12%). Le richieste di visita riguardano prevalentemente malattie croniche spesso gravate da comorbidità; alla base delle motivazioni vi è il carico di farmaci chimici e i loro effetti collaterali, soprattutto in caso di dolore cronico, oncologia, malattie allergologiche, malattie reumatiche. Il progetto, inoltre, ha finalità di ricerca scientifica volta a verificare se la Medicina Integrata possa migliorare la compliance verso le terapie convenzionali indispensabili - quali per esempio chemioterapia e radioterapia in oncologia - ridurre la prescrizione di farmaci tradizionali e migliorare la qualità di vita nelle malattie croniche.

Per quanto riguarda l'efficacia, i risultati sono incoraggianti: alcune ricerche concluse recentemente sono state presentate in convegni internazionali e un primo lavoro di ricerca è stato pubblicato nel 2015.²

► Risultati ottenuti

Ad oggi sono state erogate 19.000 prestazioni sanitarie ambulatoriali di omeopatia o agopuntura e sono stati trattati 600 ricoverati nelle due strutture sanitarie.

Riguardo alle prestazioni ambulatoriali, la tipologia di pazienti a Pitigliano risulta essere piuttosto diversa da quanto riportato da alcune indagini nazionali, quali ISTAT 2007 e Doxapharma 2012. A Pitigliano la fonte principale di informazione è stata il passaparola nell'82% dei casi, contro il 52% segnalato da ISTAT. Questo significa che la presenza di un simile servizio in un piccolo territorio incrementa la possibilità di scambiar

re informazioni tra cittadini che, per livello sociale e culturale, hanno minori possibilità di conoscere tali terapie. Nonostante il 61% dei pazienti abbia affermato che avrebbe voluto ricevere informazioni sulle medicine complementari dal proprio medico curante, anche a Pitigliano il coinvolgimento del medico di famiglia è molto limitato. Solo nell'8% dei casi, infatti, il paziente è stato indirizzato al centro da tale professionista; si tratta di una percentuale inferiore rispetto al dato nazionale, 9.6%, riscontrata dalla Doxapharma 2012.

► Percezione di efficacia di omeopatia e agopuntura

Un questionario anonimo è stato distribuito agli utenti al primo follow-up al Centro. Dall'analisi di 1510 questionari, 747 per omeopatia e 763 per agopuntura, emerge che il 97.4% del campione dichiara di sentirsi meglio grazie a queste terapie, mentre il 2.6% non ha riscontrato né un miglioramento, né un peggioramento. Inoltre, il 70% del campione riporta di sentirsi meglio a livello fisico, il 30% meglio a livello psicologico e il 30% meglio ad entrambi i livelli. Non vi sono sostanziali differenze tra i due campioni esaminati (pazienti curati con omeopatia o con agopuntura). Inoltre, il 90% degli intervistati ha dichiarato che l'apertura di un centro di Medicina Integrata ha modificato in maniera positiva la visione dell'ospedale, migliorando complessivamente la fiducia nella struttura ospedaliera.

► Identikit degli utenti

A Pitigliano, il ricorso alla Medicina Integrata è molto alto da parte di

cittadini anziani: il 45% infatti ha un'età compresa tra 56 e 75 anni, mentre il 5% ha più di 75 anni. Si tratta di dati che differiscono da quanto riportato nell'indagine ISTAT 2007, dove prevale l'utenza di genere femminile, di livello socio-culturale medio alto e di età media. Analogamente, differenze sostanziali riguardano gli utenti pensionati: 50% a Pitigliano, rispetto all'11% del campione ISTAT. Queste differenze evidenziano a livello nazionale una discriminazione di accesso alle cure complementari, derivante sia dalle scarse informazioni in possesso dei cittadini con minor livello culturale, sia dal costo delle stesse.

A Pitigliano ad avvalersi di cure integrate per malattie croniche è la quasi totalità degli utenti (97.2%); anche qui si tratta di un dato diverso rispetto a quanto riportato dall'ISTAT 2007 dove il 40% del campione dichiara di utilizzare le medicine complementari in assenza di malattie croniche.

L'esperienza di Pitigliano dimostra che l'erogazione di omeopatia, fitoterapia e agopuntura, nel servizio sanitario pubblico, incrementa l'accesso a questa tipologia di trattamenti da parte di categorie sociali quali anziani e persone affette da malattie croniche, spesso gravate da comorbidità.

Riferimenti

1. Video Medicina Integrata a Pitigliano. <http://www.usl9.grosseto.it>
2. Bernardini S, Cracolici F, Ferreri R, Rinaldi M, Pulcri R. Integration between orthodox medicine, homeopathy and acupuncture for inpatients: three years experience in the first hospital for Integrated Medicine in Italy. *Journal of Traditional and Complementary Medicine* 2015; 5: 234-40.

Servizi Sanitari Regionali e PDTA ad hoc per la sclerosi multipla

L'applicazione dei percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali nel quadro della nuova riforma del servizio sanitario della Toscana sono stati al centro di un recente incontro a Firenze in cui è stato presentato il PDTA per la sclerosi multipla

Recentemente a Firenze è stato presentato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Sclerosi Multipla (PDTA-SM) elaborato dal gruppo di lavoro regionale per la Sclerosi Multipla. L'iniziativa, organizzata da MAYA Idee e sostenuta da un *unrestricted grant* di Sanofi Genzyme, ha visto la partecipazione dei maggiori esperti toscani e di rappresentanti politico-istituzionali della Regione, riuniti per discutere l'applicazione del PDTA nel quadro della nuova riforma del servizio sanitario regionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la SM tra le malattie socialmente più costose. Il suo esordio precoce comporta una disabilità progressiva nel tempo con impatto negativo sulla qualità di vita e l'impegno di cospicue risorse sanitarie. Secondo recenti stime dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM), i casi di SM in Italia sono circa 70.000. La prevalenza su base regionale è oltre 1 caso per 1.000 abitanti, dunque, in Toscana il numero stimato è oltre 6.000 pazienti. Considerando la complessità e gravità della malattia, i professionisti medici, insieme agli esperti della Regione, hanno ritenuto necessario fornire una risposta esaustiva ai bisogni di diagnosi, terapia, assistenza delle persone con sclerosi multipla, promuovendo una compiuta valutazione multidimensionale e la conseguente integrazione degli interventi e servizi socio-sanitari ritagliati sulle esigenze e le specifiche caratteristiche di ciascun paziente.

► Il distretto

“Il gruppo di lavoro ha rilevato la necessità di supportare il lavoro dei *team* interdisciplinari, coordinati dal neurologo e coadiuvati dall'infermiere, cui partecipano diversi specialisti come per esempio psicologo, fisioterapista, logopedista, infettivologo, urologo, oculista, endocrinologo, andrologo, fisiatra ed il medico di medicina generale - afferma **Luca Massacesi**, Responsabile e Direttore U.O. Neurologia 2, Centro di Riferimento Regionale Sclerosi Multipla-A.O.U.C. Careggi e Responsabile Scientifico dell'iniziativa - che garantisca al paziente la gestione integrata dell'intero iter di diagnosi, terapia e monitoraggio in tutte le fasi della malattia: dalla fase di esordio a quella intermedia fino a quella avanzata”.

Fondamentale obiettivo del PDTA è anche quello di favorire, per gli aspetti assistenziali, la collaborazione tra Centri SM della rete Toscana e il territorio, soprattutto nella fase avanzata della malattia, laddove l'elemento riabilitativo e socioassistenziale è di eccezionale importanza.

Nella nuova riorganizzazione, il distretto socio sanitario è l'ambito territoriale nel quale i Mmg ed i servizi territoriali garantiscono un approccio globale, interdisciplinare ed interprofessionale, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia, quando è necessario affrontare complicazioni, comorbidità e malattie intercorrenti.

AGGIORNAMENTI



■ EPATOLOGIA

Eradicazione dell'HCV nei pazienti difficili e complessi

■ GASTROENTEROLOGIA

I costi delle malattie infiammatorie croniche intestinali

■ GINECOLOGIA

Un trattamento orale per l'atrofia vulvo-vaginale

■ NEUROLOGIA

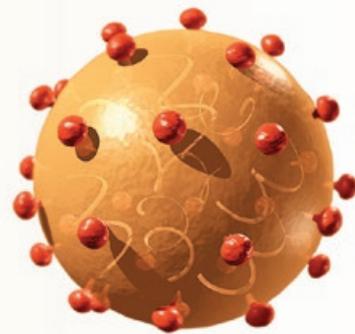
Benefici dell'attività fisica nella malattia di Parkinson

■ PATOLOGIA VASCOLARE

Sindrome post-trombotica e recidiva di trombosi venosa profonda

■ PSICHIATRIA

Disturbi psichiatrici e malattie croniche, un legame precoce



■ EPATOLOGIA

Eradicazione dell'HCV nei pazienti difficili e complessi

L'analisi retrospettiva delle coorti di pazienti con cirrosi da HCV trattati con regime a base di interferone ha messo in luce i chiari benefici clinici della guarigione virologica. Con l'arrivo degli antivirali diretti l'aspettativa è quella di confermare e ampliare questi benefici, dato che questi farmaci sono somministrabili anche a pazienti con malattia epatica deteriorata precedentemente esclusi dal trattamento con interferone.

Sul tema *M.D.* ha intervistato **Massimo Colombo** - Ordinario di Gastroenterologia dell'Università degli Studi di Milano e Direttore UO di Gastroenterologia ed Epatologia, della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

► Pazienti "difficili"

I benefici clinici determinati dalla guarigione virologica da epatite C sono sostanzialmente la diminuzione della mortalità per ogni causa e l'importante riduzione della mortalità per insufficienza epatica e netta riduzione delle morti per epato-carcinoma.

"La disponibilità dei nuovi regimi orali anti-HCV ha permesso di otte-

nere elevati tassi di guarigione anche in alcune popolazioni di pazienti in precedenza controindicati ai trattamenti a base di interferone (soggetti con severa insufficienza epatica, scompensati, con trapianto d'organo). Tra i pazienti con epatite C, questi soggetti rappresentano la quota più difficile da guarire e a cui vanno sommati i nefropatici e i pazienti esposti a co-mediazioni per altre patologie.

"Le principali cause di fallimento terapeutico sono la gravità della compromissione epatica, l'omissione di ribavirina, l'insufficiente durata di trattamento e precedenti trattamenti - spiega Colombo.

Nella pratica clinica il fallimento terapeutico in simili pazienti può essere evitato protraendo il trattamento a 24 settimane (perdipiù in Italia siamo 'fortunati' perché possiamo somministrare 24 settimane di regime terapeutico a parità di costi) e aggiungendo, ogni qual volta è possibile, ribavirina.

Nei pochi pazienti cirrotici che falliscono ciò nonostante, in quanto hanno quote variabili di virus geneticamente resistenti ai farmaci somministrati, è possibile il ritrattamento con farmaci di diversa classe oppure, se le prospettive cliniche lo

permettono, attendere i nuovi regimi terapeutici già sperimentati nel ritrattamento dei fallimenti ad antivirali diretti.

► Paziente con insufficienza renale

Oltre al paziente cirrotico con grave compromissione epatica o scompensato, un'altra categoria difficile è il paziente con insufficienza renale, in particolare i trapiantati renali con epatite C, che avevano acquisito il virus attraverso le emotrasfusioni e, non di rado, anche attraverso la nefrodialisi cronica. Oggi questa popolazione può essere guarita in tre mesi utilizzando diverse formule di cura con i regimi orali disponibili. Inoltre i pazienti con insufficienza renale terminale in attesa di trapianto renale possono avere accesso all'impegno di reni prelevati da cadavere o da donatori viventi epatite C positivi. Oggi negli USA si attende sino a 7 anni per un trapianto di reni, anni spesi in nefrodialisi, ma se il paziente accetta un rene da un soggetto affetto da epatite C deve solo attendere 17 settimane e poi con tre mesi di cura - nella totalità dei casi - sarà permanentemente guarito dall'epatite C contratta dal rene infetto. È una rivoluzione copernicana che cambia la vita dei pazienti con insufficienza renale terminale".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Massimo Colombo

■ GASTROENTEROLOGIA

I costi delle malattie infiammatorie croniche intestinali

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI), malattia di Crohn e colite ulcerosa, sono patologie ad eziologia multifattoriale caratterizzate da decorso clinico cronico recidivante e progressivo con notevole impatto negativo sulla qualità di vita dei pazienti.

I costi delle malattie infiammatorie croniche intestinali possono essere suddivisi in costi diretti (per esempio: ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, visite ambulatoriali, farmaci, test e procedure diagnostiche) e indiretti (ad esempio: assenza dal lavoro, abbandono degli studi, invalidità, presentismo, ridotto guadagno, effetti intangibili sulla qualità di vita) (figura 1).

I costi diretti, studiati in vari continenti e nazioni, sono variabili, ma abbastanza facilmente ricavabili. Per esempio, è stato più volte documentato che le ospedalizzazioni e gli interventi chirurgici sono gli elementi chiave dei costi diretti della malattia di Crohn.

► **Costi specifici**

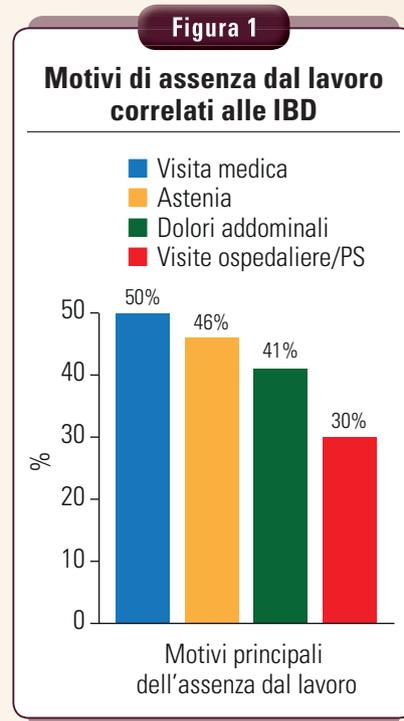
Alessandro Armuzzi, gastroenterologo dell'UO di Medicina Interna e Gastroenterologia, Complesso Integrato Columbus di Roma, ha illustrato a *M.D.* i risultati di una recente indagine epidemiologica europea sui

costi di queste disabilitanti patologie. "È stato calcolato che il costo per un paziente con malattia di Crohn durante il primo anno di malattia era di circa 6.000 euro, dei quali il 65% era da imputare o alla necessità di un intervento chirurgico o alla necessità di indagini diagnostiche.

L'equivalente per colite ulcerosa è risultato di circa 3.000 euro, di cui quasi il 50% in indagini diagnostiche e il 15% in interventi chirurgici. Con l'avvento delle terapie biotecnologiche, le valutazioni di costo diretto della gestione delle malattie infiammatorie croniche intestinali hanno documentato spesso un incremento dei costi stessi.

"Tali valutazioni - continua Armuzzi - spesso non considerano i potenziali effetti a lungo termine di questi farmaci, in relazione alla loro potenzialità di modificare il decorso di malattia, in termini di ridotta necessità di ospedalizzazione e di interventi chirurgici.

L'altro aspetto riguardante in costi delle malattie infiammatorie croniche intestinali è quello riguardante i costi indiretti. Un'analisi affidabile di tali costi è difficile, perché spesso le malattie infiammatorie croniche intestinali hanno una serie di effetti intangibili sulla qualità di vita di chi ne soffre. Quello che sembra emergere ad



oggi è che i costi indiretti di malattia di Crohn e colite ulcerosa ammontano ad oltre il 50% dei costi totali di gestione di tali patologie. Interventi atti, dunque, al miglioramento della qualità di vita del paziente con malattia di Crohn o colite ulcerosa, avranno necessariamente ripercussioni positive anche sulla riduzione del costo di gestione delle malattie infiammatorie croniche intestinali", conclude Armuzzi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Alessandro Armuzzi

■ GINECOLOGIA

Un trattamento orale per l'atrofia vulvo-vaginale

Si stima che in Italia il 50% delle donne in post-menopausa presenti atrofia vulvo-vaginale (AVV). Com'è noto l'AVV consiste nella progressiva modificazione della struttura del tessuto vaginale e vulvare come conseguenza della carenza di estrogeni. L'AVV si può manifestare anche in situazioni in cui c'è una carenza di estrogeni dovuta a fattori esterni, per esempio quando il ciclo mestruale si interrompe per un intervento chirurgico o per chemioterapia.

La ridotta esposizione a questi ormoni determina un assottigliamento delle pareti della vagina, che diventano quindi più fragili e meno lubrificate. Raramente la secchezza è un sintomo isolato: è solo la punta dell'iceberg di un complesso di disturbi cronici genito-urinari e sessuali che tendono a peggiorare nel tempo. Irritazione, bruciore, prurito, infiammazione e dolore durante i rapporti sessuali sono i principali sintomi.

▶ Indagine europea

Dal recente studio "EU-REVIVE", condotto in 4 Paesi europei, tra cui l'Italia, su 1.000 donne italiane

in post-menopausa, di età compresa fra 45-75 anni è emerso che il sintomo più frequente è la secchezza vaginale (78%) insieme al dolore durante il rapporto sessuale, considerato il sintomo più fastidioso (76%).

Le donne hanno dichiarato che i sintomi di AVV hanno un significativo impatto sulla loro vita intima (69%) e sulla capacità di avere rapporti sessuali piacevoli (74%), così come sulla loro sensazione di spontaneità sessuale (70%). L'EU REVIVE ha evidenziato che il 75% delle donne italiane in post-menopausa con AVV intervistate sono sessualmente attive, ma il loro stimolo/desiderio sessuale è ridotto significativamente come possibile conseguenza dei sintomi di AVV.

▶ Un nuovo trattamento

Tra le opzioni terapeutiche, è da poco disponibile ospemifene, trattamento orale e privo di ormoni, indicato per AVV da moderata a severa nelle donne in post-menopausa non candidate alla terapia estrogenica vaginale locale.

Si tratta di un nuovo modulatore selettivo del recettore degli estro-

geni (SERM, Selective Estrogen Receptor Modulator), che esercita sulle cellule vaginali un effetto simile a quello di un estrogeno, aumentando la maturazione cellulare e la mucificazione dell'epitelio vaginale, grazie al fatto che i suoi effetti sono mediati dal legame della molecola ai recettori degli estrogeni.

"Ospemifene può essere usato anche nelle donne con tumore al seno che abbiano completato le cure ormonali e inoltre in quelle donne che hanno timore degli ormoni o non vogliono utilizzare terapie locali - ha dichiarato **Alessandra Graziottin**, Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano. Non essendo un ormone ospemifene è in grado, a seconda dell'organo e del tessuto, di bloccare i recettori estrogenici, ad esempio a livello della mammella, oppure di stimolare i recettori estrogenici a livello di tutti i tessuti vaginali, dando così un buono stimolo alla salute dei tessuti e, di conseguenza, una buona lubrificazione".

Bibliografia

- Nappi RE et al. Results of the European REVIVE (REal Women's View of Treatment Options for Menopausal Vulvar/Vaginal Changes). *Survey Maturitas* 2015; 81: abs p106, 183.
- Nappi RE et al.: The clinical relevance of the effect of ospemifene on symptoms of vulvar and vaginal atrophy. *Climateric* 2015; 18: 233-408.

NEUROLOGIA

Benefici dell'attività fisica nella malattia di Parkinson

Il 42% dei pazienti italiani con malattia di Parkinson (MP) cade almeno una volta l'anno (media 23 cadute) rispetto al 17% dei soggetti di controllo. Numerosi fattori (età, durata e gravità di malattia, stato cognitivo, presenza di disturbi del cammino, ansia e depressione) sono associati al rischio di cadere, ma soprattutto la durata della malattia e alcuni specifici disturbi del cammino risultano essere predittivi.

Sono i risultati preliminari di uno studio osservazionale italiano volto ad indagare la frequenza e i fattori predittivi di caduta in pazienti con malattia di Parkinson, in cui sono stati valutati 845 soggetti, di cui 544 con MP. La ricerca, coordinata dal Prof. **Giovanni Abruzzese**, Ordinario di Neurologia all'Università degli Studi di Genova, ha coinvolto 19 Centri distribuiti sul territorio. "L'identificazione di fattori predittivi del rischio di caduta appare fondamentale al fine di programmare interventi preventivi o trattamenti riabilitativi specifici", ha commentato il Prof. Abruzzese, che oltre ad essere un fine studioso della materia, è anche Presidente della Fondazione LIMPE per il Parkinson onlus.

Le più recenti evidenze segnalano che i parkinsoniani che continuano a praticare attività fisica presentano un'evoluzione più lenta di malattia rispetto a quelli che conducono una vita sedentaria, con una riduzione del rischio di cadute (Canning, 2015).

► Fattori di rischio e prevenzione

I principali fattori di rischio per caduta nei parkinsoniani sono stati identificati anche in un precedente studio e comprendono: una ridotta sensibilità periferica e una minore forza nell'estensione del ginocchio, con conseguente aumentata instabilità posturale, rapidamente evidenziabile con il test di Tinetti (si fa alzare e sedere il paziente da una sedia, facendogli poi fare qualche passo) (Kerr GK, 2010).

Una recente consensus (Marjolein, 2014) ha indicato che per evitare le cadute è importante ridurre:

- l'uso di farmaci sedativi e ipotensivi
- il dosaggio della levodopa nei pazienti con discinesie gravi
- le interazioni farmacologiche fra sedativi e L-dopa e vanno consigliati trattamenti di psicoterapia comportamentale nei pazienti con paura di cadere (FOF) più spiccata.

La paura di cadere

La paura di cadere costituisce nei parkinsoniani una vera e propria sindrome nota con la sigla FOF (Fear of Falling) alla quale contribuiscono vari fattori: la deambulazione difficoltosa (a cui spetta il 60-64% del punteggio di valutazione per stabilire la presenza di FOF) e in minor misura anche la ridotta autonomia funzionale nello svolgimento delle ADLs, cioè il dover dipendere da altri nelle attività quotidiane e la fatica nel loro svolgimento. Influiscono comunque anche gli episodi di freezing, l'età, la durata di malattia, la presenza di dolore e la storia di precedenti cadute, complete o parziali (Marjolein, 2014).

Effetti positivi del movimento

Uno studio policentrico ha indicato che un programma di esercizi focalizzati sul miglioramento dell'equilibrio, sul rafforzamento della muscolatura implicata nella marcia e sul fenomeno del freezing riduce le cadute solo nei pazienti con forme di malattia più lieve, ma non in quelli con forme più gravi (Colleen, 2015). In compenso migliorano comunque la salute fisica e psicologica dei pazienti, un risultato in linea con quanto rilevato in un altro studio, nel quale è stato confermato che un programma personalizzato di esercizi intensivi può avere una favorevole influenza sulla sintomatologia motoria e non-motoria dei pazienti con malattia da lieve a moderata (Morberg, 2014).

Bibliografia

- Canning GC et al. *Neurology* 2015; 84: 304-12.
- Colleen G et al. *Neurology* 2015; 84:304-12.
- Kerr GK et al. *Neurology* 2010; 75: 2 116-124.
- Lindholm B et al. *BMC Neurol* 2014; 24: 14:19.
- Marjolein A. et al. *Parkinsonism and related disorders* 2014; 20: 360-9.
- Morberg BM et al. *NeuroRehabilitation* 2014; 35: 291-8.

■ PATOLOGIA VASCOLARE

Sindrome post-trombotica e recidiva di trombosi venosa profonda

Nell'ambito del XXXVII Congresso nazionale della Società Italiana di Angiologia e di Patologia Vascolare (SIAPAV, Palermo, 26-28/11/2015) si è svolto il simposio "Sindrome post-trombotica (SPT) e recidiva di trombosi venosa profonda (r-TVP)". Lo stato dell'arte, le nuove evidenze sulle terapie e il futuro della ricerca su queste temibili complicanze della trombosi venosa profonda è stato illustrato ai colleghi dai più autorevoli esperti italiani della materia.

► Sindrome post-trombotica

La SPT rappresenta la complicanza più frequente della trombosi venosa profonda (TVP), tuttavia tale condizione viene sottovalutata. La frequenza della complicanza varia dal 20% al 50% dei casi e può arrivare a colpire lo 0.3% della popolazione generale. Si può manifestare già dai primi mesi dalla TVP, sebbene nell'evoluzione temporale manifesta un costante aumento dell'incidenza cumulativa.

Tra i fattori di rischio si segnalano obesità, recidiva di trombosi omolaterale, persistenza del residuo trombotico e di uno stato infiammatorio dopo l'evento acuto. Per le sue conseguenze cliniche richiede che siano messi

in atto sistemi di prevenzione, ma gli ambiti da esplorare sono ancora molti, tra i quali la stratificazione del rischio individuale, tecniche diagnostiche che associate ai dati clinici permettano di porre una diagnosi corretta e lo studio di molecole che abbiano funzione di protezione dell'endotelio vascolare come mezzo di prevenzione per la complicità stessa.

► Ruolo dell'infiammazione

Sempre maggiori evidenze confermano il ruolo dell'infiammazione nella SPT, in particolare di citochine e metalloproteasi nella degradazione sia dell'endotelio che del trombo stesso. Sarebbe rilevante riuscire a comprendere quali siano gli intimi meccanismi che permettono al trombo e all'endotelio di giocare un ruolo di comunicazione con molecole di "segnale cellulare" per controllare il fenomeno e per evitare la progressione di malattia. Queste evidenze sui processi fisiopatologici nel determinismo della SPT aprono nuove prospettive sull'identificazione di possibili nuovi target terapeutici: considerare oggi l'endotelio come organo bersaglio di un trattamento farmacologico mirato significa controllare sia l'incidenza di SPT, ma anche la possibilità di sviluppo di r-TVP.

► Terapia farmacologica

Attualmente per la SPT non sono disponibili molte evidenze cliniche di efficacia sui diversi trattamenti farmacologici, tant'è che un riferimento potrebbe essere quello relativo ad alcuni farmaci riportati dalle linee guida per l'ulcera venosa (sulodexide, pentossifillina e la frazione flavonoica purificata micronizzata). Tuttavia, i trattamenti più efficaci oggi sembrerebbero essere quelli riferiti alla prevenzione della TVP e della recidiva della TVP.

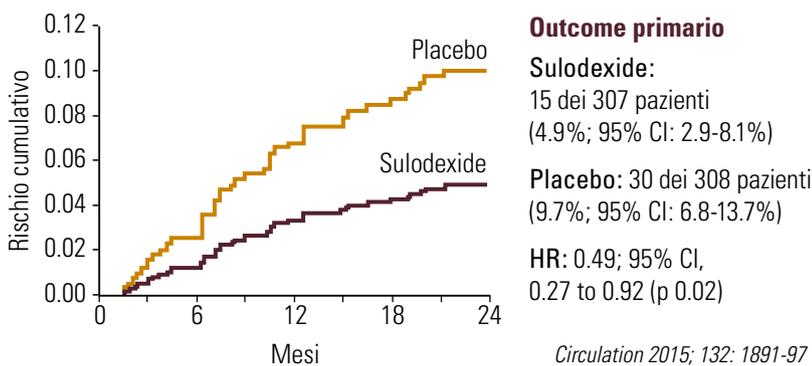
In questo senso una prospettiva interessante emerge dallo studio SURVET (*Circulation* 2015; 132: 1891-97) che dimostra come il trattamento con sulodexide permetta di ottenere una significativa riduzione delle recidive di TVP al termine della terapia anticoagulante classica, a confronto anche di un rischio emorragico pressoché nullo.

► Elastocompressione

Nella prevenzione della SPT l'elastocompressione è un argomento molto dibattuto anche a seguito dei risultati del SOX study (*Lancet* 2014; 383: 880-8), che sembrerebbero mettere in discussione l'efficacia. Tuttavia, come emerge dall'esperienza clinica la terapia elastocompressiva dovrebbe essere condotta sulla base delle caratteristiche emodinamiche della TVP. Per i pazienti con ostruzione persistente, in cui il trombo rimane all'interno della struttura vascolare, probabilmente l'associazione dell'elastocompressione con farmaci emergenti, per esempio sulodexide potrebbe migliorare significativamente la performance, in termini di prevenzione della SPT.

Figura 1

SURVET (Sulodexide in secondary prevention of recurrent deep vein Thrombosis): risultati



di sulodexide nella prevenzione della r-TVP. I pazienti eleggibili sono stati assegnati al trattamento per 2 anni con sulodexide orale (2x250 unità lipasemiche - LSU - cp bid) o placebo in un rapporto 1:1. È stato raccomandato a ogni partecipante l'utilizzo di calze elastiche (classe II).

I risultati hanno dimostrato che il trattamento con sulodexide orale 500 LSU bid per due anni, associato alla terapia compressiva, somministrato dopo l'interruzione del trattamento anticoagulante riduce il rischio di recidiva nei pazienti con tromboembolismo venoso non provocato (HR 0.49) (figura 1) senza modificare il rischio emorragico, per la sicurezza dei pazienti.

Quindi sulodexide potrebbe essere una valida alternativa quando il paziente può utilizzare la sola elasto-compressione. In particolare il paziente "target" potrebbe essere: 1) quello con moderato rischio di r-TVP; 2) con rischio elevato di r-TVP e di sanguinamento; 3) con rischio elevato di r-TVP che rifiuta di riprendere il trattamento anticoagulante; 4) con un basso rischio, che potrebbe non avere necessità di trattamento, ma che preferisce avere una protezione; 5) soprattutto il paziente anziano.

► **Recidiva di TVP**

L'incidenza di r-TVP dopo l'evento indice è pari al 13% nel primo anno sino al 30-40% a dieci anni. Identificare l'evento iniziale, in cui sono presenti fattori di rischio che hanno condotto r-TVP, distinguendo tra eventi secondari ed eventi idiopatici è importante perché il tasso di recidive in soggetti portatori di eventi di TEV non provocato è doppio a 10 anni rispetto alla probabilità di recidiva nei soggetti con TEV secondario. La terapia è un'altra determinante della recidiva, ma scegliere *ab initio* l'ipotesi di un trattamento breve oppure prolungato nel tempo pone il clinico di fronte a una scelta in cui il rischio-beneficio della terapia anticoagulante va attentamente valutata. Negli ultimi anni sono stati pubblicati diversi trial volti a valutare le possibilità terapeutiche per la prevenzione della r-TVP e in alcune condizioni va considerato l'uso di aspirina e più recentemente

di sulodexide come recentemente dimostrato da studi specifici.

► **Prevenzione: lo studio SURVET**

La necessità di offrire un trattamento ai pazienti che hanno avuto una TVP oltre i canonici 3-12 mesi di anticoagulazione è ormai un'esigenza acclarata, tuttavia un trattamento estensivo riduce il rischio di r-TVP, ma con un aumentato rischio emorragico. Oggi la comunità scientifica è impegnata nella ricerca di trattamenti alternativi, tra questi sulodexide, per il suo profilo farmacologico e clinico, potrebbe avere un ruolo nella prevenzione della r-TVP. Questa ipotesi è stata indagata nello studio multicentrico SURVET (Andreozzi et al. Sulodexide in secondary prevention of recurrent deep vein Thrombosis. *Circulation* 2015; 132:1891-97), un trial randomizzato, controllato in doppio cieco.

L'endpoint primario era verificare l'efficacia (recidiva di TEV) e la sicurezza



Attraverso il presente **QR-Code**

è possibile visualizzare con tablet/smartphone le interviste a: S. Villalta (Treviso), F. Mannello (Urbino), G. Lessiani (Città Sant'Angelo, PE), F. Ferrara (Palermo), G. Nicolosi (Palermo), GM. Andreozzi (Padova)

■ PSICHIATRIA

Disturbi psichiatrici e malattie croniche, un legame precoce

È dimostrato che i pazienti affetti da disturbi psichiatrici in trattamento ambulatoriale od ospedaliero continuativo presentano una maggiore incidenza di patologie fisiche, per lo più croniche. La comorbidità tra malattia fisica e patologia psichiatrica è dunque un tema che oggi riveste una particolare importanza in pratica clinica e che merita una particolare riflessione.

Una recente survey internazionale segnala però che pazienti che hanno presentato o hanno sperimentato nella loro storia clinica forme di disagio mentale "lieve o moderato" di diversa natura sono esposti a un maggior rischio di sviluppare patologie croniche durante l'arco della vita. Gli autori segnalano che gli sforzi per migliorare la salute fisica delle persone con disturbi mentali potrebbero essere troppo strettamente concentrati sui soggetti con gravi patologie psichiatriche. Suggestiscono che gli interventi finalizzati alla prevenzione dovrebbero coinvolgere maggiormente i soggetti con disturbi psichiatrici sottosoglia anche al fine di prevenire possibili patologie croniche nel medio-lungo termine (*JAMA Psychiatry* 2016).

► Elementi di discussione

Identificare dunque questa popolazione nel setting della medicina generale riveste una particolare importanza. **Ferdinando Pellegrino**, psichiatra di Salerno, pone all'attenzione su alcuni elementi di discussione. "I disturbi psichiatrici sottosoglia hanno valenza clinica e anche se sono presenti pochi sintomi, la loro identificazione permette di porre una diagnosi precoce. Per esempio nel caso della depressione bisognerebbe identificare il nucleo psicopatologico di fondo, come la perdita di interesse per l'ambiente circostante oppure l'umore depresso.

Ovviamente in questa valutazione il rapporto tra il medico e il paziente è cruciale: un medico sensibile riesce a meglio cogliere le problematiche di pessimismo e di rinuncia dell'elemento vitale, caratteristici di una persona depressa. Un altro elemento per identificare le persone con depressione sottosoglia è osservare accuratamente la reazione dei pazienti con patologie organiche croniche (diabete, pregresso ictus) alla malattia. Comportamenti come l'aumento eccessivo all'abitudine al fumo, il mancato rispetto delle indicazioni dietetiche e una minore aderen-

za alle cure, una maggiore irritabilità sono elementi che possono essere indicativi di patologia depressiva.

Inoltre la vulnerabilità verso il disagio psichico oppure un pregresso episodio depressivo sono elementi indicativi di soggetti particolarmente più sensibili e ancora condizioni di stress cronico possono alterare gli equilibri dell'organismo (tiroide, ormoni sessuali, ecc) e predisporre la persona a patologia organica.

Ansa e depressione sono patologie che spesso vengono tardivamente identificate: una loro diagnosi precoce permette di impostare una terapia mirata, che se ben protratta nel tempo (ricordiamo che un trattamento antidepressivo richiede una durata di 8-12 mesi) permette di ottenere risultati che migliorano la qualità di vita del paziente. Va ricordato anche la depressione non andrebbe distinta tra lieve e grave e anche quando la patologia si presenta in maniera 'sfumata' richiede un trattamento idoneo con terapie ben selezionate".

Bibliografia

- Scott KM et al. Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2688



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Ferdinando Pellegrino

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia
Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

- Vigile urbano: viene a chiedermi un giorno di malattia perché ha appena fatto una pulizia dei denti dall'igienista dentale. Gli faccio presente che un giorno di malattia costa a tutta la comunità e che non mi sembra che quello che ha subito sia così grave da impedirgli di lavorare. "Dottore, io non sono un commerciante, noi paghiamo le tasse, ho diritto di rimanere a casa". Due italiane convinzioni: i commercianti non pagano le tasse e chi le paga può imbrogliare l'Inps e tutta la comunità!
- Oltre a trattare le malattie acute e croniche ci facciamo carico di prevenzione e controlli periodici come se dentro di noi tutti ci fosse la coscienza di una perdita di immortalità. Ecco, in realtà la medicina non tende alla salute degli esseri umani ma tende all'immortalità. La natura ci ha fatto mortali, ma non ci sembra proprio naturale morire.

Martedì

In questi giorni sto condividendo lo studio con un giovane collega che sta svolgendo il tirocinio in Medicina Generale per l'esame di stato.
Email appena ricevuta: "Caro Dott, dovevo venir oggi ma mi sono incasinata. A dirla tutta dovevo mostrarti esito esami TSH, ecc... poi, in realtà, volevo parlarti dell'idea di iniziare con paroxetina, cosa che farei fatica se ci fossero altri tuoi col-

leggi in studio. Abbi pazienza, ma non la sto vivendo benissimo sta cosa, parlerei più facilmente di emorroidi. Confidavo in realtà che i miei variopinti dolori ossei e/o muscolari e il mio umore dal pianto facile, sonno, incapacità di frequentare più di tanto ambienti e persone, dipendessero da tiroide come era successo due anni fa, quando scoprimmo l'Hashimoto. E dopo la levotiroxina rinacqui.

Ora, visto che da mesi trascinavo gli stessi sintomi ho aumentato di 25 mg la dose die, ma dietro apparente miglioramento, dopo qualche giorno ricascavo nello stesso infelice quadro, nonostante aumento di posologia. Comunque il TSH ad ora è dentro il range 3.70 (max 4.20).

Ricordo di averlo avuto più basso nonostante 50 mg di levotiroxina. Perciò non so se il mio disagio sia tiroide correlato, o un subdolo stato depressivo che via via si sta manifestando impedendo una vita almeno normale.

Tu dirai, perché ti scrivo visto che domani ci vediamo? Perché fatico a parlarne, non la sto vivendo benissimo, e se domani in studio ci fossero altre persone, farei finta di niente.

Normalmente non sono a disagio con nulla. Perciò domani sarai preparato all'ennesima psicopatica e mi dirai cosa ne pensi o se è il caso di valutare altri parametri tipo ormoni o approfondire tiroide, o uso paroxetina (di cui non sono felice, ma se bisogna si fa) o quel che ritieni più opportuno. Grazie per la pazienza e speriamo che i tuoi pazienti non siano tutti come me. Buona giornata".

In questa email c'è l'essenza della Medicina Generale, se ne riconoscono i fondamenti: il rapporto personale, intimo, la continuità assistenziale, la fiducia e la scelta di un professionista libero da parte di una persona libera.

Mercoledì

Mi sono pentito di avere trattato male una signora che mi veniva a mostrare l'ennesima lettera di uno specialista cui si è rivolto il marito di ottantasei anni.

La lettera del cardiologo consultato modificava in maniera "virtuale" la terapia che il paziente stava assumendo. Il collega ha sostituito un ace-inibitore con un altro e la signora mi invitava a correggere lo schema terapeutico; a suo avviso il cambiamento era fondamentale, così come il parere di un cardiologo è ovviamente più importante di quello del medico di famiglia.

Continuo a chiedermi, ogni volta, quanto nell'immaginario collettivo conti la parola "specialista" e se un qualsiasi collega che gode di questo titolo, per chiunque, può capire di un paziente in dieci minuti molto di più di quanto abbia capito il medico curante assistendolo per decenni.

Giovedì

- Sedute dietro a me in vaporetto a Venezia due signore ultraottantacinquenni parlano della loro vita, del loro medico e degli esami preventivi. "Mi hanno chiamata dall'ospedale per il controllo dell'esame per l'osteoporosi", dice una delle due all'amica e l'altra "Devo andare anch'io!". Credo che non ci sia bisogno di una densitometria per supporre che una novantenne possa avere un deficit di mineralizzazione ossea, ma, si sa, il Servizio sanitario nazionale soffre talvolta di schizofrenia.

- Venticinquenne maschio, ha una evidente uretrite purulenta, gli chiedo se ha

avuto rapporti sessuali a rischio. Mi risponde che è "intonso", non ha mai avuto rapporti perché ci sono difficoltà con le ragazze. Dentro di me spero che menta, non per il fatto che sia o meno "intonso", ma per la dichiarata difficoltà con le ragazze che a venticinque anni proprio non ci dovrebbe essere. Eppure in questa epoca di perenne collegamento in rete e di rapporti virtuali questa pare stia diventando la norma.

Venerdì

Una volta c'era il medico provinciale che sovrintendeva la sanità pubblica, poi ci siamo interfacciati con colleghi che avevano incarichi dirigenziali nelle Asl, questi con il tempo sono stati sostituiti da dirigenti non medici di nomina politica. Con una certa fatica e con profondo mascherato disagio c'eravamo quasi abituati ad interagire con questi burocrati.

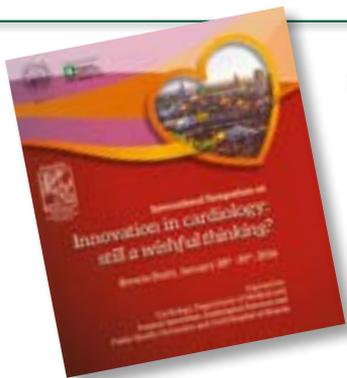
Oggi riceviamo comunicazioni da "sigle" come "cure primarie" o "direzione Cup", non riceviamo comunicazioni da soggetti con responsabilità, ma da entità eteree che hanno la stessa immateriale consistenza della signorina che ci dice arriverci quando abbiamo pagato il pedaggio al casello dell'autostrada. Oggi, una "sigla" mi ha inviato gli auguri di Natale. E noi professionisti, senza voce in capitolo, continuiamo a partecipare a questo colloquio a senso unico.

Sabato

- Non prende il farmaco ipolipemizzante perché costa troppo; spende cinque volte di più per le sigarette.

- Viene in bicicletta in studio per chiedermi un certificato da portare ai vigili urbani per il rinnovo del contrassegno di invalidità da applicare sul cruscotto dell'automobile. Non ha alcuna limitazione alla deambulazione, ma ha una invalidità riconosciuta per diabete mellito.

Aggiornamenti in cardiologia 2016



Rischio residuo negli ipertesi, quali valori pressori ottimali per la prevenzione degli eventi, iperuricemia e rischio CV, ma anche le necessità di innovazione nello scompenso cardiaco. Sono alcuni dei temi dibattuti al Simposio internazionale “Innova-

tion in cardiology: still a wishful thinking?” organizzato dall’Istituto di Cardiologia dell’Università e Spedali Civili di Brescia e promosso dalla Fondazione Internazionale Menarini (28-30 gennaio 2016). L’incontro ha visto la partecipazione dei massimi esperti della materia. Il comune denominatore è comunque l’identificazione e il trattamento precoce dei fattori di rischio e prevenzione della malattie cardiovascolari.

Insufficienza cardiaca

È noto che l’insufficienza cardiaca è in costante incremento per l’invecchiamento della popolazione e per il miglioramento dei trattamenti delle patologie acute, inoltre è la più frequente causa di ospedalizzazione. “Negli anni ‘80-90 con l’introduzione di terapie che hanno rivoluzionato il trattamento dei fattori di rischio coronarico e di cardiopatia ischemica, la prognosi dei pazienti cardiopatici è significativamente migliorata” - dichiara **Marco Metra**, Presidente

del Simposio e Direttore dell’Unità di Cardiologia degli Spedali Civili di Brescia, Docente di Cardiologia all’Università di Brescia, oltre che editor in chief dell’*European Journal of Heart Failure*. “Nuovi anticoagulanti orali per la fibrillazione atriale non valvolare, sistemi di telemonitoraggio, dispositivi di assistenza ventricolare sinistra meccanica sempre più proponibili e applicabili su larga scala, nonché la prossima disponibilità di un farmaco attivo sui meccanismi neu-

ro-ormonali (LCZ696) sono le innovazioni di questi anni. Oggi però è necessario un ulteriore rinnovamento volto a identificare i nuovi meccanismi responsabili della progressione delle cardiopatie, ma anche per applicare la misura più efficace, ossia la prevenzione CV” - conclude Metra.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l’intervista a Marco Metra

Iperensione arteriosa

► Rischio residuo

L’adeguata gestione dei pazienti con ipertensione arteriosa (IA) rappresenta uno degli obiettivi principali per la prevenzione delle malattie CV. “È ormai acclarato che più alto è il rischio CV globale iniziale, maggiore è il vantaggio che può essere ottenuto con un trattamento antipertensivo nel breve termine in termini di riduzio-

ne di eventi CV. È l’affermazione di **Enrico Agabiti Rosei**, Direttore Clinica Medica, Università degli Studi di Brescia, nonché Presidente dell’European Society of Hypertension (ESH). Tuttavia, accanto a questo indubbio beneficio i dati disponibili indicano che il rischio residuo - l’entità di rischio che può fare prevedere l’incidenza di eventi CV - rimane elevato anche negli ipertesi ben trattati. Pertanto se si ini-

zia il trattamento in una fase avanzata della storia di malattia il rischio non può essere fatto regredire in modo importante, per esempio riportare una condizione ad alto rischio a un livello di rischio lieve o moderato. Questo comportamento emerge anche dalle informazioni che possiamo trarre dagli organi danneggiati: in effetti la riduzione dell’ipertrofia ventricolare sinistra sino a valori nella norma non riduce il rischio allo stesso livello dei soggetti che non presentano un incremento della massa del ventricolo sinistro.

► Valori pressori desiderabili

Ma quali sono i valori pressori desiderabili per ottenere la migliore protezione possibile? Lo studio SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*; *NEJM* 2015; 373: 2103-16) di confronto fra una terapia ipertensiva intensiva vs un approccio standard in pazienti ipertesi con fattori di rischio CV è stato interrotto precocemente per i benefici ottenuti nel gruppo in trattamento rispetto al gruppo di controllo. I target di PAS erano, rispettivamente, <120 mmHg e <140 mmHg. "In effetti i risultati dello studio suggeriscono che nei pazienti con PAS \geq 130 mmHg e alto rischio di eventi CV un trattamento intensivo (obiettivo PAS <120 mmHg) potrebbe portare a una riduzione del 25% del rischio relativo di eventi CV maggiori e una riduzione del 27% del rischio relativo di morte

rispetto a un approccio standard (obiettivo PAS <140 mmHg) - spiega Agabiti. Tuttavia è bene considerare la particolare tipologia di pazienti arruolati: i soggetti ipertesi ad alto rischio, di età >50 anni (nel 28% dei casi l'età era >75 anni), non diabetici e senza pregressi eventi cerebrovascolari. Il range di PA trattata era 130-180 mmHg, ma i pazienti erano già in trattamento e quindi l'aggiustamento della terapia e il raggiungimento dell'obiettivo è stato ottenuto con farmaci aggiunti a una terapia pre-esistente. Inoltre la misurazione della PA è stata ottenuta in assenza del medico, un fattore che può avere eliminato l'effetto 'camice bianco', presente in altri trial. È quindi necessaria un'attenzione particolare nell'interpretazione dei risultati. L'ESH dovrà esaminare i dati in un contesto più generale per poter trarre conclusioni e indicare le modal-

tà più appropriate di trattamento degli ipertesi. L'obiettivo è dunque l'individuazione di quel sottogruppo di pazienti in cui una riduzione marcata della PAS (120 mmHg) può essere di particolare beneficio.

La conclusione da trarre da questi due aspetti particolari del trattamento dell'ipertensione arteriosa è che in alcuni coorti di pazienti può essere opportuno ridurre marcatamente i valori di PAS, ma sicuramente a tutti la terapia deve essere consigliata il trattamento in una fase molto iniziale di malattia ipertensiva".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Enrico Agabiti Rosei

Acido urico e sindrome metabolica

In letteratura sono sempre più consolidate le segnalazioni sull'associazione tra iperuricemia e patologie CV, soprattutto di carattere ischemico, ma anche in rapporto a scompenso cardiaco e fibrillazione atriale.

"L'aspetto più interessante è l'ipotesi di causalità tra il presunto fattore di rischio, l'iperuricemia, e il determinismo degli eventi CV: comprendere cioè se le differenti fasi che conducono, attraverso il meccanismo delle purine, alla produzione di acido urico siano direttamente implicate nei meccanismi degli eventi CV o di condizioni di rischio, come la sindrome metabolica" - spiega **Pasquale Perrone Filardi**, Dipartimento di Scienze Biomediche Avanzate, Università degli Studi di Napoli Federico II.

"La sindrome metabolica è una costellazione di condizioni di rischio CV. In questi ultimi anni sono emerse evidenze sperimentali che legano da un punto di vista causale elevati livelli di acido urico nel sangue con ipertensione, insulino-resistenza e pre-diabete, aumentata sintesi di trigliceridi, steatosi epatica, ovvero condizioni che evolvono verso la sindrome metabolica. In tutti questi aspetti il denominatore comune è la produzione di radicali liberi dell'ossigeno, quindi l'induzione di uno stress ossidativo che fa assumere all'acido urico (che in ambiente extravascolare è un antiossidante) un ruolo pro-ossidante in ambiente intracellulare, per esempio a livello mitocondriale. Questa interessante osservazione è stata ricondotta recentemente anche

alla produzione di stress ossidativo a livello degli adipociti e delle cellule pancreatiche, aprendo così la possibilità di un ruolo causale nell'insulino-resistenza e nella sindrome metabolica come condizione causata almeno in parte da elevati livelli di acido urico e non solo associata a questo fattore.

"Tuttavia manca l'evidenza certa che riducendo i livelli di acido urico possiamo ridurre gli eventi CV, ma sono in corso studi di fase 3 che tengono in considerazione le nuove acquisizioni e che potrebbero aprire nuovi orizzonti terapeutici" - conclude il Prof. Perrone Filardi.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Pasquale Perrone Filardi

Spalla artrosica: diagnosi, terapia e tecnica infiltrativa

L'artrosi gleno-omerale, anche se meno frequente rispetto all'artrosi dell'anca o del ginocchio, riduce fortemente i movimenti della spalla inficiando drasticamente la qualità di vita. Il ricorso alla terapia infiltrativa intra-articolare con acido ialuronico suscita sicuramente interessanti spunti di riflessione sulla base della ormai consolidata efficacia terapeutica

Lucia Pagano, Mario Vetrano - *Unità di Medicina Fisica e Riabilitazione, Ospedale Sant'Andrea, Università degli Studi "Sapienza" di Roma*
Alberto Orologi - *Medico di medicina generale, ASL Roma F*

La spalla offre la più vasta gamma di movimenti di qualsiasi altra articolazione del corpo umano. Ci sono una serie di patologie che possono interessare la spalla e causare dolore debilitante, perdita di funzione, o entrambi. Tra queste assai frequentemente possiamo riscontrare l'artrosi che tuttavia specie in fase iniziale può presentarsi con un quadro clinico comune ad altre patologie, come ad esempio le capsuliti adesive globali e distrettuali e la sofferenza della cuffia dei rotatori. Assai importante la discriminazione tra le diverse condizioni patologiche, al fine della impostazione di un corretto protocollo terapeutico, che prevede oggi anche la tecnica infiltrativa che segue criteri diversi a seconda della patologia in esame, che nella nostra trattazione è appunto la "spalla artrosica". L'osteoartrosi di spalla è una malattia reumatica degenerativa e cronica a carattere evolutivo. Delle due principali articolazioni di tale regione anatomica, quella che quasi sempre si ammala è l'articolazione gleno-omerale o scapolo-omerale.

Se è vero che, come abbiamo asserito il processo artrosico è degenerativo e irreversibile, è altrettanto vero che debba essere assolutamente diagnosticato e trattato, al fine di evitare l'evoluzione spontanea e quindi con l'obiettivo di non arrivare ai gradi più severi, ossia quando il dolore è continuo ed incontrollabile, la mobilità quasi nulla, la disabilità importante e la qualità di vita scadente.

► Etiopatogenesi

Le cause dell'artrosi non sono a tutt'oggi completamente conosciute. Sicuramente vi è una componente genetica che si eredita, ma non sono ancora noti i geni correlati con la malattia. Sono stati identificati tuttavia diversi fattori che vengono considerati elementi predisponenti e concorrenti l'artrosi scapolo-omerale. In linea generale l'artrosi di spalla può essere distinta in: artrosi primaria (artrosi che può essere su base genetica, familiare o legata alle attività svolte nella vita del paziente) o artrosi secondaria, che insorge in seguito

ad altre patologie, come le fratture o l'instabilità articolare. Ovvio è che trattandosi di una malattia su base degenerativa colpisce soprattutto gli over65, ma non solo, infatti anche tanti soggetti giovani ne possono e ne sono spesso affetti.

► Quadro clinico

Sintomo importante è il dolore, che può essere anche metereopatico; man mano che si deforma la superficie articolare della spalla si presenta anche la perdita dell'arco di movimento e la rigidità. Il dolore si intensifica con il movimento e la rigidità aumenta con l'uso continuo e costante nel tempo. Maggiormente in questi pazienti è comune il risveglio dal riposo notturno per l'intensità del dolore. Caratteristico è il "rumore" sentito durante il movimento del braccio che in questa patologia è piuttosto di routine. La sintomatologia dolorosa è davvero quella di maggior impatto sul paziente al punto che nemmeno il riposo e/o il trattamento farmacologico possono arrecare quei benefici efficaci che consentono una tol-

leranza della malattia. È questo quasi sicuramente il momento di ricorrere al trattamento infiltrativo.

► Diagnosi

L'artrosi scapolo-omerale è agevolmente diagnosticabile sulla base di una serie di elementi e deve essere però distinta da altre affezioni, quali ad esempio la capsulite adesiva (con cui ha in comune una articolarietà limitata sia attivamente che passivamente), poiché a seconda che si tratti dell'una o dell'altra patologia il trattamento infiltrativo e riabilitativo seguirà un iter diverso. La discriminazione avviene attraverso l'esame obiettivo (il test di Yocum risulta particolarmente utile, *figura 1*) e quello radiografico.

Di seguito riportiamo l'iter da seguire nel paziente con sospetta artrosi di spalla:

- Raccolta anamnestica
- Esame clinico fisiatrico accurato
- Esame radiografico: esso, ci teniamo a puntualizzare, non dovrà essere eseguito nella proiezione A-P classica o standard, ma nella proiezione A-P vera, poiché solo questa consente di esaminare lo spazio gleno-omerale, senza che ci sia la sovrapposizione dei capi

Figura 1

Test di Yocum



articolari. Ci è così consentito di valutare la quantità della cartilagine glenoidea e della testa omerale e di quantificare l'eventuale danno cartilagineo.

Attraverso l'esame radiografico distinguiamo quattro diversi gradi:

- grado 1: normale
- grado 2: lieve restringimento della rima articolare
- grado 3: iniziale presenza di formazioni osteofitarie
- grado 4: severo restringimento dello spazio articolare e formazione di osteofiti.

Quando si è incerti sulla scelta del piano terapeutico, poiché la situazione non è ancora abbastanza chiara, si potranno prendere in considerazione altre indagini (TAC, eventualmente con ricostruzione 3D, RM), utili anche per l'eventuale programmazione chirurgica più appropriata.

► Approccio terapeutico

L'approccio terapeutico passa solitamente da una scelta non chirurgica a quella chirurgica, sicuramente più traumatica e impegnativa sul piano del recupero funzionale. Entrambi i trattamenti implicano comunque protocolli diversi, a seconda della situazione patologica. La nostra attenzione è rivolta al trattamento non chirurgico (e in specie al trattamento infiltrativo). Tale scelta terapeutica può avvalersi dunque di differenti opzioni possibili che vanno prese in considerazione sino al loro esaurimento:

- fisioterapia: lo scopo è di evitare qualsiasi ulteriore rigidità e recuperare la gamma di movimento;
- farmacologica: antidolorifici e antinfiammatori
- iniezioni intrarticolari.

Figura 2

Trattamento infiltrativo intra-articolare



► Trattamento infiltrativo

L'artrosi della spalla può trovare giovamento dal trattamento infiltrativo intra-articolare (*figura 2*).

Criteri fondamentali per un adeguato trattamento infiltrativo sono ovviamente: diagnosi precisa, preparazione accurata del materiale, scelta dei farmaci adatti, eventuali controindicazioni-effetti collaterali, adeguata strategia infiltrativa, eventuale utilizzo di presidi di supporto (ecografia). Altresì è importante conoscere chi deve iniettare tali sostanze, cosa iniettare, come iniettare, dove iniettare, quando iniettare il farmaco scelto e quante iniezioni effettuare.

- **Cosa iniettare:** possiamo asserire che di solito sono utilizzati gli steroidi e soprattutto l'acido ialuronico. L'efficacia dei cortisonici, nonostante il loro basso costo, è infatti di breve durata e hanno una risposta pari al 50-85% sul dolore. Solitamente si procede con una prima infiltrazione intrarticolare di corticosteroide per procurare sollievo a breve termine ed ottenere un buon effetto antinfiammatorio, a cui si faranno seguire iniezioni di acido ialuronico. Il cortisonico per

eccellenza è il triamcinolone, in misura di 40 mg, tuttavia viene usata quasi sempre l'associazione metilprednisolone+lidocaina.

L'acido ialuronico è un glicosaminoglicano, può essere di origine animale (creste di gallo e occhi bovini), da fermentazione batterica (pura sintesi).

La differenza più importante è quella che riguarda il PM. Si può scegliere tra un acido ialuronico a basso PM ed un acido ialuronico ad alto PM. Entrambi sono dispositivi medici che modificano l'andamento della malattia e agiscono sui sintomi. Il loro meccanismo è di viscoinduzione e di viscosupplementazione.

Tale terapia si è dimostrata essere utile per le forme di artrosi medio-gravi e in tutti quei casi in cui l'intervento chirurgico è controindicato oppure non scelto dal paziente.

• **Come iniettare:** nella stragrande maggioranza dei casi, le iniezioni sono effettuate senza l'ausilio di mezzi di supporto tecnico visivi (ecografia). Chiaramente tutto dipende da cosa si vuole iniettare e dove si vuole iniettare. Nell'articolazione della spalla possono essere eseguite infiltrazioni:

- Intra-articolari
- subacromiali
- acromionclavari.

Prenderemo in esame le prime, poiché sono quelle che più frequentemente eseguiamo nel trattamento dell'artrosi (e delle capsule articolari). Esse solitamente non richiedono il supporto ecografico. Si accede alla spalla per via posteriore con il paziente seduto, ma vi sono alcuni specialisti che preferiscono la via laterale o l'anteriore, secondo la loro personale esperienza e giudizio tecnico/terapeutico. Quello che bisogna ricordare

se si sceglie la via posteriore intra-articolare è che l'articolazione gleno-omeroale ha un'antiversione di circa 30°, per cui l'ago deve essere introdotto rispettando questa inclinazione. L'esperienza rende possibile anche la percezione di avere centrato l'obiettivo e quando questo accade egli sente una certa resistenza durante la spinta del liquido nella sede stabilita. Anche la quantità del liquido è una scelta precisa dello specialista.

• **Dove iniettare:** varia a seconda del problema da affrontare, in quanto le patologie della spalla sono molteplici. I bersagli possono essere: lo spazio sottoacromiale (la borsa sub-acromiale), lo spazio sottoscapolare, lo spazio articolare acromion/claveare, lo spazio articolare scapolo/omeroale, la cuffia dei rotatori, i tendini, ecc; è palesemente comprensibile che se si sbaglia la diagnosi si sbaglia anche il tipo di regione anatomica da infiltrare.

• **Quando infiltrare:** non è possibile stabilire con certezza un momento preciso in cui effettuare una iniezione poiché tale decisione dipende da diversi fattori che solo il medico che segue il paziente può stabilire. Una regola da tener presente è che è un errore continuare con una fisioterapia riabilitativa quando c'è dolore non corrispondente all'attività riabilitativa. Il dolore "diverso" da quello codificato nella comune pratica riabilitativa dovrebbe indurre il fisioterapista e il Mmg a consigliare un controllo specialistico al fine di stabilire se è il caso o meno di effettuare delle infiltrazioni.

• **Quante infiltrazioni eseguire:** non c'è un numero stabilito di iniezioni, poiché non ci sono dati sufficientemente validi per porre una

linea terapeutica precisa; gli specialisti ritengono che tre iniezioni siano il numero giusto. Si stabilisce di volta in volta, la frequenza è settimanale. Non è stabilito neppure se tale numero di iniezioni sia il limite massimo in sei mesi, in un anno o in tutta la vita. Per tale motivo la decisione va presa in base al proprio giudizio medico e alla propria esperienza.

► **Trattamento chirurgico**

Il trattamento non conservativo, può essere artroscopico o di sostituzione protesica parziale o totale. Dopo l'esecuzione Mmg e fisiatra si ritrovano a collaborare per il migliore recupero del paziente che solo attraverso un trattamento fisioterapico della durata di circa 2-3 mesi, dopo circa 5-6 mesi dall'intervento, potrà ritornare alle normali attività quotidiane. Tuttavia potrebbero essere necessari anche periodi più lunghi a seconda dell'età del paziente, della particolare situazione della lesione e della capacità del paziente di seguire la terapia riabilitativa.

► **Conclusioni**

La patologia della spalla è una patologia molto invalidante e spinge spesso il paziente ad approcciarsi con il proprio medico. L'artrosi gleno-omeroale infatti, anche se meno frequente rispetto all'artrosi dell'anca o del ginocchio, riduce fortemente i movimenti della spalla inficiando drasticamente l'uso del braccio per le comuni attività quotidiane. Il ricorso alla terapia infiltrativa intra-articolare con acido ialuronico suscita sicuramente interessanti spunti di riflessione sulla base della ormai consolidata efficacia terapeutica, scientificamente provata.

La soluzione al mancato controllo pressorio in pratica clinica

L'impiego dell'associazione preconstituita enalapril/lercanidipina 20/20 mg costituisce una opzione terapeutica dimostratasi sicura ed efficace per garantire una buona persistenza in terapia negli ipertesi ed il raggiungimento di target pressori preventivi nella maggior parte di essi

Arrigo F.G. Cicero

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

► Introduzione

Il controllo della pressione arteriosa e la prevenzione dei danni d'organo correlati ai suoi elevati livelli restano le priorità del trattamento antipertensivo.

È infatti noto che l'ottimizzazione della pressione arteriosa può comportare una riduzione del rischio di eventi cardiovascolari. In particolare, recenti dati hanno evidenziato, per una differenza pressoria sistolica/diastolica standardizzata fra trattamento attivo e controllo di 10/5 mmHg, una riduzione relativa del rischio di ictus del 36%, di scompenso cardiaco del 43%, di eventi cardiaci ischemici del 16%, di mortalità cardiovascolare del 18% e di mortalità per qualunque causa dell'11%¹.

Ovviamente per raggiungere questi risultati è necessario usare i farmaci giusti, a dose adeguate ed associati in modo razionale.

In accordo con le più recenti linee guida, la Società Europea dell'Ipertensione (ESH), l'AIFA e la Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA) hanno sviluppato un

algoritmo che suggerisce quale strategia terapeutica scegliere nel paziente affetto da ipertensione arteriosa di grado 2: se il valore della pressione sistolica risulta non controllato (clinica >150 mmHg), ed in assenza di reazioni avverse o effetti collaterali, passare a terapia di combinazione con una delle seguenti associazioni (duplice terapia): ACE inibitori/diuretici, sartani/diuretici, ACE inibitori/calcio-antagonisti, oppure sartani/calcio-antagonisti, per un periodo non inferiore a 6-8 settimane.²

In questo contesto, quale il ruolo per l'associazione enalapril/lercanidipina 20/20 mg?

► Lercanidipina in monoterapia

Lercanidipina è un calcio-antagonista 1,4-diidropiridinico lipofilo di seconda generazione dotato di elevata vasoselettività e lunga durata d'azione.³

L'efficacia antipertensiva della lercanidipina è stata dimostrata paritetica in confronti diretti con altri calcio-antagonisti come

amlodipina⁴ e nifedipina,⁵ sia nel soggetto adulto che nell'anziano, avendo inoltre un migliore profilo di tollerabilità, specie per quanto riguarda l'incidenza di edemi declivi.⁶ Alla miglior tollerabilità consegue peraltro una maggiore persistenza in trattamento.⁷ In una meta-analisi di trial clinici controllati, i pazienti trattati con lercanidipina mostravano un rischio relativo di sviluppare edemi declivi di 0.44 [95% CI, 0.31-0.62] rispetto ai calcio-antagonisti di prima generazione, ed un rischio di abbandonare gli studi per edemi declivi o per ogni evento avverso rispettivamente di 0.24 [95% CI, 0.12-0.47] e 0.51 [95% CI, 0.33-0.77]).⁸

L'efficacia e sicurezza di impiego di lercanidipina titolata ove necessario al dosaggio di 20 mg/die in pazienti affetti da ipertensione lieve-moderata è stata confermata nell'ampio studio LAURA che ha arruolato 3175 pazienti. Dopo 6 mesi di trattamento la pressione arteriosa si era ridotta da 159.5±11.7/95.2±7.4 mmHg a 136.0±9.7/79.7±6.8 mmHg con

solo l'1.7% di pazienti che avevano interrotto il trattamento per eventi avversi.⁹

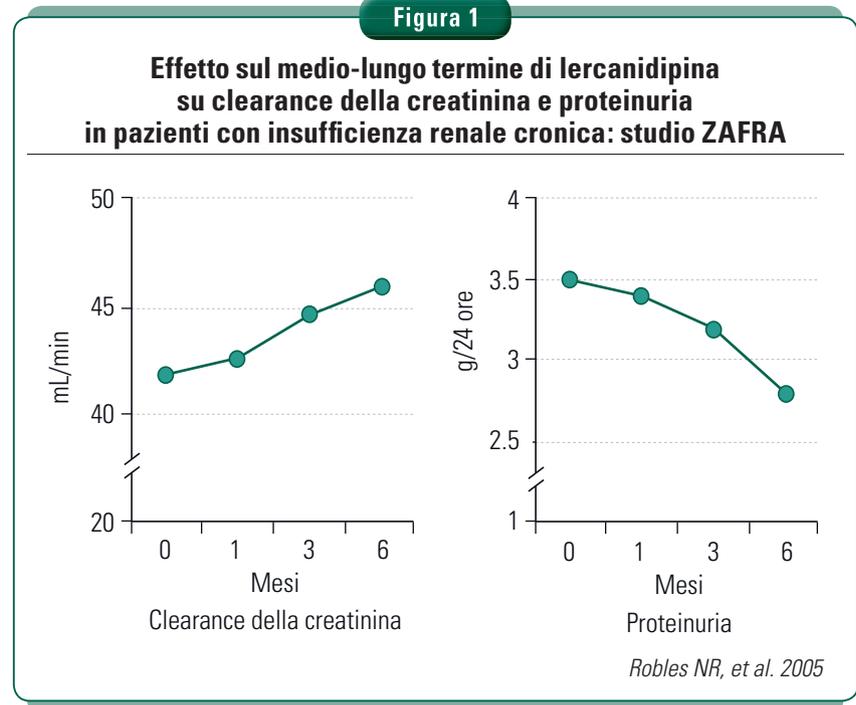
Peraltro in condizioni di real life il dosaggio "alto" di lercanidipina mantiene un ottimo profilo di tollerabilità, significativamente migliore di quello di altri calcio-antagonisti come amlodipina 10 mg o nifedipina GITS 60 mg.¹⁰

Lercanidipina ha inoltre effetti positivi dose-dipendenti su diversi marcatori di danno d'organo: al dosaggio di 20 mg/die lercanidipina riduce in modo significativo lo stress vascolare,¹¹ ed induce regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra in proporzione alla riduzione dello smoothness index.¹² Lercanidipina ha inoltre un marcato effetto nefroprotettivo, inducendo in pazienti affetti da insufficienza renale cronica un significativo miglioramento della clearance della creatinina e un corrispettivo calo della proteinuria già al dosaggio di 10 mg/die (figura 1).¹³

Lercanidipina sembra anche avere un effetto migliorativo sulla funzione cognitiva in rapporto alla sua capacità di ridurre la pressione arteriosa,¹⁴ quindi è presumibile che il dosaggio pieno del farmaco possa ottimizzare anche questo effetto, per ora studiato solo col dosaggio inferiore.

► Il razionale dell'associazione enalapril/lercanidipina

Per aumentare in sicurezza l'efficacia antipertensiva e quindi raggiungere il target pressorio ideale in una più ampia percentuale di pazienti, nonché per aumentare il profilo di protezione degli organi bersaglio dell'ipertensione sfruttando meccanismi molecolari dif-



ferenti è spesso necessario impiegare almeno due farmaci di classi diverse.

Enalapril si presta particolarmente all'associazione preconstituita con lercanidipina in quanto potente ACE-inibitore con spiccata azione cardio- e nefro-protettiva ed anti-proteinurica, dimostrata sia nel soggetto iperteso non diabetico¹⁵ che diabetico.¹⁶

L'effetto additivo di lercanidipina 10 mg ed enalapril 20 mg in termini di riduzione della pressione arteriosa e l'effetto sinergico in termini di protezione d'organo sono stati studiati e confermati in trial clinici condotti in setting specialistici¹⁷ come in setting di clinical practice¹⁸, sia in soggetti giovani che in soggetti anziani.¹⁹

In particolare, l'associazione preconstituita ai dosaggi di enalapril 20 mg e lercanidipina 10 mg in pratica clinica ha dimostrato di ottenere una riduzione media co-

stante della pressione arteriosa sulle 24 ore con normalizzazione della pressione in 2/3 dei pazienti e riduzione della pressione di un grado di gravità in quasi tutti i rimanenti (figura 2); la prevalenza di microalbuminuria si è ridotta dal 14.6% del basale al 6.5% (p < 0.001) dopo 3 mesi¹⁸.

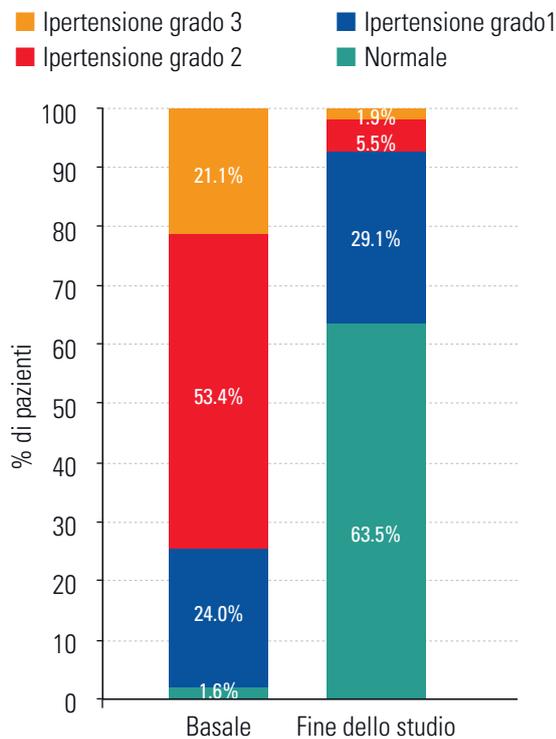
Infine l'associazione enalapril/lercanidipina sembra potenziare gli effetti positivi di lercanidipina sull'assetto glicolipidico e sui marcatori di infiammazione sistemica.²⁰

► L'associazione enalapril/lercanidipina 20/20 mg

Nonostante l'efficacia e l'ottima tollerabilità dell'associazione lercanidipina 10 mg/enalapril 20 mg, numerosi pazienti richiedono un approccio terapeutico più aggressivo per poter raggiungere il proprio target pressorio e la protezio-

Figura 2

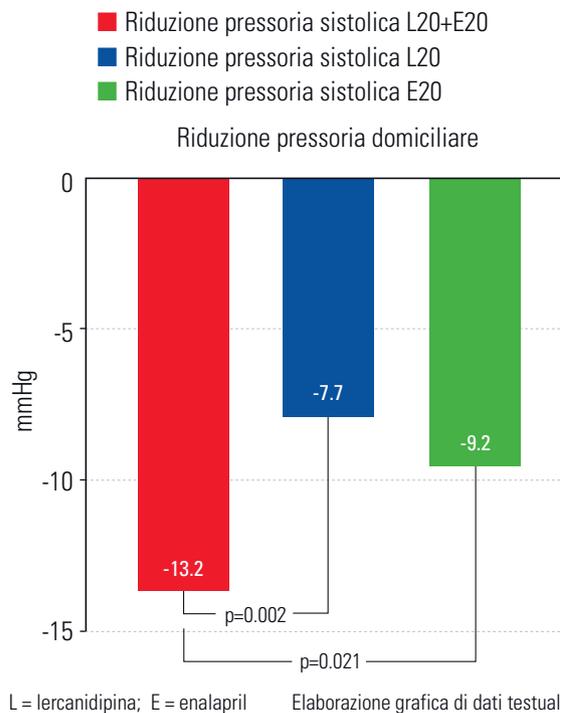
Normalizzazione e miglioramento della PA dopo 3 mesi di trattamento con enalapril/lercanidipina 20/10 mg in un setting di pratica clinica corrente



Scholze J, et al. 2011

Figura 3

Riduzione incrementale della riduzione pressoria domiciliare con l'associazione preconstituita enalapril/lercanidipina 20/20 mg rispetto alle singole monoterapie



L = lercanidipina; E = enalapril

Elaborazione grafica di dati testuali

Mancia G, et al. 2014

ne d'organo potrebbe essere migliorata, non solo dal raggiungimento di tali target, ma dall'impiego di dosaggi maggiori del calcio-antagonista.

Impiegando il dosaggio pieno di lercanidipina (20 mg/die) per 6 mesi in associazione a bloccanti del sistema renina-angiotensina aldosterone in pazienti nefropatici proteinurici (>500 mg/die), si è osservato un calo significativo della pressione da 152±15/86±11 mmHg a 135±12/77±10 mmHg (p<0.001). A fronte di un non cambiamento della clearance della creatinina si è invece osservata

una riduzione della proteinuria del 29% dopo il primo mese e del 33% al sesto (p<0.001).²¹

L'efficacia e sicurezza di impiego dell'associazione enalapril/lercanidipina 20/20 mg è stata confermata in un ampio studio europeo nel quale sono stati arruolati 1039 soggetti con valori domiciliari di pressione diastolica compresi fra 100 e 109 mmHg. La terapia di associazione garantiva un maggior controllo della pressione misurata a domicilio rispetto alla sola lercanidipina o al solo enalapril (figura 3), con un'incidenza di eventi avversi (peraltro bassa) in-

feriore nel gruppo trattato con l'associazione preconstituita rispetto a quanto osservato nei gruppi in monoterapia, specie per quanto riguarda tosse ed edemi periferici.²²

In pazienti affetti da sindrome metabolica con pressione non controllata dal solo impiego di enalapril l'associazione lercanidipina/enalapril rispetto a quella enalapril/idroclorotiazide ha indotto un significativo miglioramento dell'augmentation index, a parità di controllo dei valori pressori.²³

Inoltre, l'associazione lercanidipi-

na/enalapril ha dimostrato in modo assolutamente peculiare di migliorare il rapporto parete/lume dell'arteria retinica nonché di aumentare la densità capillare periferica rispetto all'associazione lercanidipina/idroclorotiazide.²⁴

► Conclusioni

L'impiego dell'associazione pre-costituita enalapril/lercanidipina 20/20 mg 1 cp/die costituisce un mezzo terapeutico sicuro ed efficace per garantire una buo-

na persistenza in terapia dei pazienti ipertesi ed il raggiungimento di target pressori realmente preventivi nella maggior parte di essi con un costo-terapia giornaliero grandemente accettabile.

Bibliografia

- 1 Thomopoulos C, et al. *J Hypertens* 2014; 32: 2285-95.
- 2 <https://www.agenziafarmaco.gov.it/piattaformaAlgoritmi/index.php/survey/index>
- 3 Burnier M, et al. *Expert Opin Drug Metab Toxicol* 2009; 5: 981-7.
- 4 Pedrinelli R, et al. *J Hypertens* 2003; 21: 1969-73.
- 5 Romito R, et al. *J Clin Hypertens* 2003; 5: 249-53.
- 6 Borghi C, et al. *Blood Press Suppl.* 2003; 1: 14-21.
- 7 Prandin MG, et al. *Clin Exp Hypertens* 2007; 29: 553-62.
- 8 Makarounas-Kirchmann K, et al. *Clin Ther* 2009; 31: 1652-63.
- 9 Barrios V, et al; LAURA Investigators. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 1364-70.
- 10 Barrios V, et al. *Int J Clin Pract* 2008; 62: 723-8.
- 11 Martinez ML, et al. *J Cardiovasc Pharmacol* 2006; 47: 117-22.
- 12 Campo C, et al. A pilot trial. *Minerva Med* 2005; 96: 365-71.
- 13 Robles NR, et al. *Ren Fail* 2005; 27: 73-80.
- 14 Tisaire-Sánchez J, et al. *Vasc Health Risk Manag* 2006; 2: 491-8.
- 15 Esnault VL, et al. *Clin Ther* 2008; 30: 482-98.
- 16 Ravid M, et al. *Arm Intern Med* 1996; 156: 286-9.
- 17 Menne J, Haller H. *Drugs Today* 2008; 44: 261-70.
- 18 Scholze J, et al. *Exp Opin Pharmacother* 2011; 12: 2771-9.
- 19 Puig JG, et al. *J Hum Hypertens* 2007; 21: 917-24.
- 20 Derosa G, et al. *J Clin Pharm Ther* 2014; 39: 277-85.
- 21 Robles NR, et al. *Ren Fail* 2010; 32: 192-7.
- 22 Mancia G, et al; FELT investigators. *J Hypertens* 2014; 32: 1700-7.
- 23 Ghiadoni L, et al. *Vascul Pharmacol* 2015; pii: S1537-1891(15)00135-4.
- 24 De Ciuceis C, et al. *J Hypertens* 2014; 32: 565-74.

Virus Zika: work in progress

La correlazione tra virus Zika e microcefalia non è ancora provata con certezza ma, in attesa del vaccino, sono in corso studi per tentare di dare risposte chiare

Di fronte a una possibile minaccia per la salute della popolazione mondiale, la responsabilità di dichiarare la diffusione dell'infezione umana da virus Zika (ZIKV) una "Emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale" è toccata, per ruolo, al comitato di esperti dell'OMS. Il pool ha però precisato che la dichiarazione è dovuta per il legame, peraltro in realtà ancora *sub iudice*, con il recente cluster di casi di microcefalia e altri disturbi neurologici riportati in Brasile, successivo a un cluster simile in Polinesia Francese nel 2014. Intanto via libera dall'Oms alla diffusione di articoli su ZIKV anche prima della pubblicazione per condividere i dati e per rendere la ricerca più integrata a livello globale. Ma qual è lo stato dell'arte delle conoscenze su ZIKV, trasmesso dalle zanzare del genere *Aedes*, tra cui la *Aedes aegypti*, suo vettore originario e all'*Aedes albopictus* (zanzara tigre) al quale, secondo le prime evidenze, si deve l'enorme e recente diffusione? Il Prof. **Massimo Galli**, ordinario di Malattie Infettive all'Università degli Studi di Milano, intervistato da *M.D.* puntualizza su alcuni aspetti.

► Alcune puntualizzazioni

"La dichiarazione di emergenza del comitato di esperti dell'Oms è stato un principio di precauzione di fronte a una nuova realtà, che ha un impatto notevole per il richiamo alla microcefalia. Vero è però che di certezze ve-

ne sono poche: è provato che ci troviamo di fronte a un oggettivo e clamoroso incremento di casi di microcefalia tra i neonati di madri infettate da ZIKV in gravidanza, soprattutto in alcuni Stati del Brasile, ma che questo sia da porsi in relazione con l'epidemia da ZIKV può essere altamente probabile e allarmante, ma il legame del virus con le malformazioni fetali non è ancora stato confermato in toto. Vi sono però alcune evidenze che suggeriscono una relazione diretta". Gli esperti hanno anche fatto appello alla collaborazione tra i vari Paesi per tenere sotto controllo le zanzare e potenziare la ricerca, perché contro il virus ad oggi non esiste alcun trattamento antivirale specifico né un vaccino e dunque lo stato di allerta è giustificato anche dal fatto che l'unico modo ad oggi per prevenire le conseguenze dell'infezione è evitare le punture di zanzara. Ma quanto tempo ci vorrà perché se ne sappia di più? "Mi auguro che questo avvenga in tempi brevi - continua Galli. Se da un lato le manifestazioni cliniche dell'infezione, quando presenti, sono lievi e solo fastidiose (febbre, mialgia, artralgia, ecc) e generalmente si risolvono nell'arco di pochi giorni - tranne in rarissimi casi può creare problemi importanti in alcune categorie di pazienti, come per esempio gli anziani defedati, ma sempre con un impatto inferiore all'influenza - dall'altro lato l'emergenza potrebbe assumere tutt'altra connotazione se fosse con-

fermata la correlazione tra l'infezione nelle donne in gravidanza e la nascita di neonati microcefalici. Questo è un altro elemento 'misterioso' da chiarire, perché il virus agirebbe in una fase temporale definita della gravidanza e in un modo abbastanza selettivo". Per quanto riguarda l'Italia il punto è se la zanzara *Aedes albopictus* sia realmente in grado di rappresentare un pericolo.

"In letteratura sono presenti due studi, uno condotto in Gabon nel 2007 (*PLoS Negl Trop Dis* 2014; 8: e2681) e l'altro, sperimentale, svolto a Singapore nel 2013 (*2013; 7: e2348*), in cui si ipotizza la possibilità della zanzara *Aedes albopictus* di trasmettere l'infezione. Il punto è quando sia efficiente questa zanzara nel trasmettere il virus. Se la sua efficienza è comparabile all'*Aedes aegypti*, o comunque sufficiente, è evidente che il problema si trasferirà nei mesi estivi in tutte le aree geografiche dove il potenziale vettore *Aedes albopictus* è autoctono". Se l'impatto sarà a breve termine le indicazioni che possono essere fornite sono quelle di adottare misure di prevenzione comportamentali già indicate dall'OMS e dal CDC.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Massimo Galli