

M.D.

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

Anno XXIV, numero 1 - febbraio 2017

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

**Come e perché le
Case della Salute sono
diventate un progetto sprecato**

DIBATTITO

8

**Convenzione esterna:
una proposta per il futuro
della professione**

DOCUMENTI

42

**Linee guida italiane
per la prevenzione e la cura
dell'ictus cerebrale**



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



Maurizio Scassola

Vicepresidente FNOMCeO

**Carenza di Mmg?
Ripartiamo dalle graduatorie regionali**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

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

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Carenza di Mmg? Ripartiamo dalle graduatorie regionali 5
- **Focus on**
Come e perché le Case della Salute sono diventate un progetto sprecato 6
- **Dibattito**
Convenzione esterna: una proposta per il futuro della professione 8
- **Contrappunto**
Prenotazioni assistenziali dai Mmg:
un valore aggiunto o un handicap per il medico? 10
- **Tribuna**
Una sentenza che rende finalmente giustizia ai Mmg e ai Pls 12
- **Riflettori**
Formazione, libertà e professione in Medicina Generale 14
- **Prospettive**
Il medico di domani? Sarà digitale 20
- **Italia sanità**
Ricette cartacee sulla via del tramonto 24
- **Legislazione**
Sorveglianza sanitaria per medici convenzionati: la normativa 26

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Morte cardiaca improvvisa: suggerimenti per la prevenzione 30
- **Dermatologia**
Informare i giovani su rischi e pericoli dei piercing 31
- **Epatologia**
Encefalopatia epatica: rifaximina- α previene le recidive 32
- **Ematologia**
Sospetto diagnostico e diagnosi precoce del mieloma multiplo 34
- **Geriatría**
Dieta mediterranea ed effetti protettivi negli anziani 36
- **Pneumologia**
Impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute 37
- **Psichiatria**
Trattamenti somatici per le depressioni farmaco-resistenti 38

CLINICA E TERAPIA

- **Documenti**
Linee guida italiane per la prevenzione e la cura dell'ictus cerebrale 42
- **Ricerche**
Depressione e patologie cardiovascolari: un nuovo modello assistenziale 49
- **Clinica**
La scabbia, un "ritorno" da considerare 54
- **Osservatorio**
Brisighella Heart Study: un orgoglio italiano 62

Carenza di Mmg? Ripartiamo dalle graduatorie regionali

Se le graduatorie regionali della Medicina Generale (MG) fossero un *iceberg*, la piccola porzione emergente sarebbe quella dei colleghi interessati alla professione; la parte sommersa (maggioritaria) quella dei non interessati. È quanto emerge da un'indagine FNOMCeO sulle risorse umane della MG nei prossimi anni. Il commento di **Maurizio Scassola**, Vicepresidente FNOMCeO, a questa realtà è chiaro: "C'è la necessità di ridefinire la professione dal suo interno, siamo in evoluzione e pensiamo sia prioritario istituire un Tavolo Tecnico che affronti i temi più urgenti, coinvolgendo tutti i soggetti della Medicina Generale". "Dobbiamo trovare una risposta a una domanda fondamentale - prosegue Scassola - quale medico sarà in grado di fronteggiare la complessità delle cure territoriali? La prima tappa per poter rispondere a tale quesito sta nel ragionare in un'ottica di percorsi di cura, uscendo dalla dicotomia ospedale-territorio. Ma ci sono altri temi che vorremmo approfondire: il risk management, le medicine di gruppo, la managerialità del Mmg. Insomma: abbiamo bisogno di crescere professionalmente su più fronti".

Le graduatorie regionali della Medicina Generale potrebbero essere uno strumento utile per permettere un'adeguata programmazione delle risorse umane di settore: "l'uso del condizionale è d'obbligo, la graduatoria è, così come concepita, uno strumento garantista e premiante, ma non trasparente per quanto riguarda l'accesso ai dati utili alla formazione della graduatoria stessa". In altre parole (riprendendo l'*iceberg*) un problema non più trascurabile è dato dal fatto che la parte invisibile non rimane tale quando si considerano i medici che possono (e vogliono!) procedere nel cammino verso la professione, ed emerge, gonfiando la quota dell'offerta di medici 'disponibili' anche se non interessati. Oggi le graduatorie ammettono la persistenza dei medici in possesso dei requisiti sino a revoca da parte dell'interessato: "un meccanismo che genera anomalie - spiega Scassola - medici ultrasessantenni e colleghi che non aggiornano i dati da anni. Insomma, siamo di fronte al quadro di persone realmente interessate alla professione del medico di famiglia?"

(S.M.)



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Maurizio Scassola

Come e perché le Case della Salute sono diventate un progetto sprecato

In Emilia Romagna, Regione che per prima ha deliberato sulle Case della Salute (CdS), viene licenziata dopo un intero quinquennio un'altra delibera sulle Cds per omogenizzare ciò che ogni Azienda nel proprio ambito territoriale ha realizzato con molta fantasia progettuale. Peccato che nelle CdS ci sia un errore di fondo genomico che le rende ormai obsolete dal punto di vista assistenziale

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi

Sul sito del Ministero della Salute si parla della CdS come la sede dove dovrebbero trovare allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e di Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In questo modello le funzioni erogate dalla CdS possono essere molteplici: alcune sono prettamente amministrative, altre sanitarie e altre ancora socio-assistenziali. Esse possono essere suddivise secondo un diverso grado di complessità essendo la Casa della Salute un modello che dovrebbe adattarsi alle caratteristiche del territorio e non il contrario.

► Dalla Spagna con furore

In Emilia Romagna come ultimo atto dei 15 anni dell'assessorato alle politiche per la Salute di **Giovanni Bissoni**, nel 2010, venne pubblicata una delibera che specificava le caratteristiche strutturali architettoniche della Casa della Salute, riesumando quello che ricordiamo essere stato il pilastro fondamentale del teorema

Assistenziale del Ministero della Salute di Livia Turco (2006-2008) nell'ottica del riammodernamento del Ssn. Poi il Governo cadde e la Ministra e la sua CdS si persero nell'oblio. In realtà l'idea della CdS arrivava dalla Spagna e comincia ad affermarsi in Italia nei primi anni del nuovo millennio. La Regione Emilia Romagna adottava da subito il progetto che, ricordiamo, originalmente più complesso e completo, perché oltre alle caratteristiche odierne si spingeva ad inglobare nelle Casa della Salute anche una postazione di 118/automedica e la farmacia, quindi la distribuzione diretta dei farmaci.

► Il peccato originale

Per semplificare il disegno di un progetto, che ripetiamo risulta di complessa realizzazione, ma effettivamente caratterizzato da una potenziale efficacia assistenziale alla base di una riprogettata e funzionale rete territoriale, nasce proprio il peccato originale sistemico che il progetto si porta dentro: le medicine di gruppo. 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 altre 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. Invece per facilitare il progetto e probabilmente per farlo digerire ai medici di medicina generale (Mmg) è stato quindi generato l'errore sostanziale delle CdS "all'italiana": costruirle intorno ad una Medicina di Gruppo. Il sistema su cui poggiano le CdS invece hanno realmente bisogno di una "struttura" in cui convergono i bisogni territoriali, ma che, secondo alcune analisi del sindacato che rappresento, non abbiano assolutamente bisogno di una medicina di gruppo per essere assistenzialmente performanti. Al contrario, le

CdS, per essere funzionali, non dovrebbero avere i Mmg al loro interno che invece dovrebbero essere dislocati sul territorio e fare afferire i loro assistiti ad una CdS intesa come struttura territoriale di prestazioni di carattere più complesso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

► La presa in carico delle cronicità

I medici di famiglia per fronteggiare gli aumentati costi di gestione si sono sempre di più aggregati in ambulatori comuni allentando la rete dei presidi territoriali che i vecchi ambulatori assicuravano. La medicina di gruppo ha quindi conosciuto una stagione di espansione importante con la creazione di molti ambulatori in cui erano presenti più medici, che si rendevano disponibili anche ai pazienti degli altri colleghi del gruppo, si cercava di garantire (almeno teoricamente) una risposta ai bisogni assistenziali ambulatoriali nell'arco delle dodici ore canoniche dell'attività diurna. In questi ultimi vent'anni il modo di lavorare del medico di medicina generale è fortemente cambiato. Nel sistema sanitario stiamo assistendo ad un progressivo passaggio di compiti sempre più complessi e gravosi dal comparto ospedaliero a quello territoriale: il territorio è diventato realmente lo scenario fondamentale nei passaggi di presa in carico dei pazienti.

► Medicina di rete da rivalutare

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 punto dobbiamo rendere il siste-

ma omogeneo su tutto il territorio organizzandolo come una rete territoriale supportata da un sistema informatico sostanzialmente univoco per i Mmg con l'adozione un *software* unico almeno a livello regionale.

► L'eterogeneità dell'offerta territoriale

Al contrario le Case della Salute come sono state realizzate finora hanno creato un'assoluta disparità assistenziale ai diversi cittadini perché prima di tutto sono state discriminanti verso il medico stesso per aver accettato nel loro interno solo alcuni medici piuttosto che altri, generando quindi a cascata, proprio questa disparità assistenziale anche nei riguardi degli stessi pazienti. La mancanza di risorse economiche quindi impedisce di assicurare a tutti i medici le stesse opportunità organizzative e rende l'assistenza territoriale disomogenea per quei gruppi di pazienti che non hanno la fortuna di afferire ad una medicina di gruppo inserita in una CdS. Inoltre se riteniamo che il rapporto fiduciario medico paziente debba essere preservato, difeso e potenziato, non dobbiamo fidelizzare il cittadino alla struttura, in modo che non prevalga il significato politico su quello assistenziale.

► Un sistema altamente autoreferenziale

Il progetto CdS non solo è nato obsoleto, ma la sua realizzazione è stata gravata da ritardi operativi fisiologicamente appartenenti ad un sistema altamente autoreferenziale, tanto che i vari disegni stanno invecchiando, generando una serie di modelli che muoiono appena nati, se non prima di nascere. Il paziente cerca nel medico di famiglia il conforto, il

consiglio necessario, fino ad affidarsi completamente ad esso negli stati estremi di malattia, fino quasi a diventarne dipendente: purtroppo questo rapporto altamente peculiare (vero punto a favore e politicamente forte per i Mmg) non si potrà mai esaurire del tutto nel "medico di turno". A tal riguardo basta considerare il fatto che anche nell'assistenza di secondo livello il cittadino tenta sempre di ri-accedere a quei medici che lo hanno già trattato.

► La rete regionale dei Mmg fa la differenza

L'offerta di prestazioni da parte del medico si dovrebbe basare sulla qualità delle risposte e del tempo dedicato al singolo paziente piuttosto che sulla quantità del tempo complessivo che tale medico può mettere a disposizione dell'offerta sanitaria. A tale proposito è necessario sottolineare che è sempre il come a fare la differenza e proprio per questo qualità e tempo dedicato finiscono per essere parametri tendenzialmente incongruenti. I pazienti, inoltre desiderano generalmente la *privacy* e preferirebbero quindi accedere ad ambulatori poco affollati con tempi d'attesa minimali, ma dove il medico gli dedichi quel tempo, qualitativamente necessario, per soddisfarlo dell'assistenza erogata. A questo punto non rimane che riorganizzare il nostro vecchio studio non più solitario, ma collegato ad una rete regionale con una cartella medica comune in modo di superare l'organizzazione della medicina di gruppo per realizzare una rete regionale dei medici di medicina generale. Concludendo le CdS, così come sono intese ora, sono a mio avviso un progetto abortito che mi ricorda un *hardware* a cui manca il *software* per poter funzionare.

Convenzione esterna: una proposta per il futuro della professione

Vista la crisi ormai cronica che sta investendo la Medicina Generale, Franco Del Zotti, Fondatore di Netaudit e Mmg di Verona, pensa sia giunto il momento che i Mmg avviino un confronto su nuove modalità di “sbocco professionale”, pensare cioè alla possibilità che i medici creino, di fatto, una nuova convenzione, inizialmente tra loro, in un secondo momento con un’assicurazione privata e, nel caso si presentasse l’occasione e la disponibilità, anche con lo Stato e le Regioni

Simone Matrisciano

Lo abbiamo detto molte volte: la MG sta attraversando una fase di crisi, tanto a livello identitario quanto nel rapporto con le Istituzioni. È il caso (solo ultimo in ordine temporale) dei Mmg lombardi, i quali si sono trovati tra capo e collo una delibera regionale volta a introdurre un nuovo modello di assistenza per i 3,5 milioni di pazienti affetti da poli cronicità: una delibera che, in una prima fase, non dava la possibilità ai Mmg di partecipare ai bandi per la gestione della presa in carico di questi pazienti. Ma poi l’Assessore alla Salute lombardo, **Giulio Gallera**, ha puntualizzato: “Vogliamo fugare ogni paura, il medico di famiglia potrà partecipare anche ai bandi per la gestione della presa in carico dei casi più complessi. Certo è chiaro che stiamo parlando di Mmg che già operano in rete”.

► Un’istanza sociale

“Una MG che già opera in rete”. È di questo che abbiamo parlato con **Franco Del Zotti**, Fondatore di Netaudit e medico di medicina generale di Verona, da sempre impegnato nel proporre istanze sociali oltre che professionali: “Mi piacerebbe avviare un confronto tra colleghi per capire come

uscire da una situazione che ci vede sempre rincorrere le Istituzioni”, commenta Del Zotti, riferendosi a quanto accaduto in Lombardia, ma ispirato da una tendenza nazionale. “Il progetto che mi piacerebbe discutere riguarda la possibilità che i medici creino, di fatto, una nuova convenzione, inizialmente tra loro, in un secondo momento con un’assicurazione privata e, nel caso si presentasse l’occasione e la disponibilità, anche con lo Stato e le Regioni: è quella che si può definire “Convenzione esterna”, uno strumento che, peraltro, esiste già in molti Paesi d’Europa. “I convenzionati esterni e quelli interni li conosciamo anche in casa nostra: vale però solo per gli specialisti, come mai non possono esistere convenzionati esterni anche tra i medici di famiglia?”. “Io pongo un’istanza sociale - prosegue Del Zotti -: non mi rivolgo al collega che intende lavorare da solo, ma a colui che decide di collegarsi ad altri medici per creare una sorta di confederazione di Mmg: ognuno avrà un numero di pazienti (per esempio 100) inferiore agli attuali 1.500; ma la cooperazione permetterà di offrire il massimo servizio qualitativo per quanto riguarda aspetti come telemedicina o micro-tecnologia, garantendo un afflusso minore verso gli ospedali

e le visite specialistiche”.

Per Del Zotti un movimento di medici di famiglia in ‘convenzione esterna’ (che ragionano in termini sovra-regionali ed extra-istituzionale, ndr) potrà dar vigore anche al dibattito sindacale. In questo nuovo cammino raccomanda Del Zotti: “Non dobbiamo mai perdere di vista la nostra stella polare: il singolo rapporto tra medico e paziente deve essere salvaguardato. Prendiamo ad esempio le medicine di gruppo. Posso dirle che il 99% dei miei pazienti viene da me e si rivolge ad altri colleghi solo in casi eccezionali. Per questo guardo con attenzione a quanto sta avvenendo in Lombardia: non vorrei che si perdesse il nocciolo della questione: il rapporto medico-paziente. Detto questo, la discussione che vorrei cominciare su questi temi non vuole distruggere tutto ciò che lo Stato o le Regioni portano avanti: serve però un nuovo coraggio e nuove vie”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Franco Del Zotti

Prenotazioni assistenziali dai Mmg: un valore aggiunto o un handicap per il medico?

Un quesito legittimo viste le polemiche in Veneto sulla sperimentazione del progetto “Oltre il Cup”. Medici e presidenti di Ordini provinciali criticano il progetto perché le prenotazioni delle visite specialistiche e degli esami diagnostici direttamente dallo studio dei Mmg comporterebbero un aggravio delle incombenze burocratiche che già attanagliano la professione. Per dipanare questi dubbi M.D. Medicinae Doctor ha intervistato Giulio Pirolo presidente Simg - Belluno che ha presentato il progetto a Firenze durante il 33° Congresso Simg. Secondo Pirolo le critiche piovute nascono da una scarsa conoscenza del progetto che non solo non comporterebbe un aggravio burocratico, ma al contrario eviterebbe al medico molti contenziosi con il Cup

Francesco Gombia

Estendere a tutto il Veneto il progetto Oltre il Cup entro il 2017: in cento hanno firmato e inviato una petizione alla Regione per fermare la diffusione a Mestre e nel padovano della prenotazione delle visite specialistiche da parte dei Mmg: un ulteriore aggravio verso una categoria già sottoposta a vari adempimenti. Il dissenso verso questo progetto sperimentale è tale da essere argomento di interesse della stampa locale che ha dato eco alle iniziative messe in campo dai medici Veneti, in particolare quella relativa a oltre la metà dei Mmg dell'ormai ex Ulss 12 che hanno firmato una dura lettera di protesta.

Nella missiva i medici di famiglia fanno presente di essere già attanagliati da incombenze burocratiche che negli anni hanno depauperato il loro ruolo clinico e che di fatto sottraggono già troppo tempo all'ascolto e alla cura dei pazienti.

“Il nostro compito è fare diagnosi - sottolineano i promotori della missiva - visitando, ascoltando e dedicando

il nostro tempo alla cura del paziente, già fortemente ridotto da incombenze amministrative. Il timore è che con Oltre il Cup ci venga appioppata anche l'onere delle prenotazioni e saremo costretti a sottrarre tempo all'ascolto del paziente e dei suoi bisogni, iter che fa parte della buona pratica medica e dunque non si comprende perché la Regione non capisca una cosa così elementare e cioè che un lavoro del genere lo debbono fare le segretarie degli ambulatori”.

Per questi motivi, esplicitano nella missiva il loro più vivo dissenso nei confronti dell'iniziativa e si riservano di “intraprendere tutte le azioni più opportune e incisive allo scopo di opporsi nel modo più totale a questo provvedimento”. La lettera è stata inviata solo ai vertici della Fimmg, che hanno ricordato ai colleghi che l'adesione al progetto è volontaria e quindi chi non vuole aderire è libero di farlo. Ma nel frattempo la protesta continua a montare, malgrado le rassicurazioni dei vertici della Fimmg. I segni di insofferenza

sono trasversali e come quelli manifestati dai medici di Treviso e dalle loro diverse rappresentanze sindacali Fimmg e Snamì che hanno dichiarato all'unisono che sarà possibile rendere effettivo questo servizio solo quando verranno avviate le medicine di gruppo integrate con personale di segreteria a supporto delle attività quotidiane dei Mmg.

► Le critiche dello Smi

Il segretario regionale del Sindacato dei Medici Italiani (Smi), **Liliana Lora** invece critica fortemente il progetto in sperimentazione: “L'ennesimo progetto finalizzato a strappare uno, o più, titoli sui giornali. Per poi addossare eventuali disservizi, proteste e fallimenti sulle spalle dei Mmg. La nuova modalità di prenotazione, sperimentale solo in alcune piccole località, è solo figlia di una logica del risparmio. Sostituire il Cup, vista l'arretratezza e disomogeneità del sistema informatico, comporterà un chiaro e significativo impegno degli ambulatori dal

punto di vista temporale. Con la beffa doppia per i pazienti che non solo subiscono lunghe liste per avere un esame, ma anche eterne attese nella sala di aspetto del medico”.

“Purtroppo - conclude Lora - nessuno ha considerato questa eventualità. È indispensabile prevedere un indennizzo per il personale amministrativo degli studi e modernizzare tutta la rete di certificazione online. Invece assistiamo a una improvvisazione, al nulla, appunto: la Regione ha deciso che era più semplice trasformare i medici in funzionari amministrativi regionali. Inaccettabile”.

I dubbi del Presidente dell'OMCeO di Belluno

Scetticismo verso il progetto Oltre il Cup è stato manifestato anche dal presidente dell'Ordine dei Medici di Belluno, **Umberto Rossa**: “intanto è valido solo per alcune tipologie di pazienti e può essere utilizzato solo per qualche accertamento. Per valutare se questo sistema funziona o meno, avvieremo, comunque, un confronto tra i medici di famiglia per fare il punto sulla sperimentazione. Secondo me ci sono grosse difficoltà organizzative - conclude Rossa - perché ci vuole del tempo per prenotare al Cup. E non dimentichiamo che questa incombenza arriva dopo che abbiamo dovuto visitare il paziente, ascoltarlo e prescrivergli i farmaci. L'Oltre il Cup al momento non mi sembra una priorità. Se saranno tolti i Centri Unici di Prenotazione il risparmio regionale ipotizzato è di circa 10 milioni di euro l'anno, ma non si può pensare di scaricare l'incombenza sui medici, già oberati da tanti compiti burocratici nelle loro attività. Si rischia di non stare dietro alla novità che, al momento, vede “solo pochi Mmg bellunesi soddisfatti”.

C'è bisogno di fare chiarezza: troppi fraintendimenti su “Oltre il Cup”

“Le critiche piovute sul progetto nascono da una scarsa conoscenza”. Sono le parole con cui **Giulio Pirolo**, presidente Simg - Belluno e Mmg dell'Ulss 1, comincia a descrivere i vantaggi dell'iniziativa di Regione Veneto coordinata da Arsenà.IT e denominata Oltre il Cup, progetto che Pirolo ha presentato al 33° Congresso Simg di Firenze, relazionando sulla sperimentazione intercorsa da novembre a luglio 2016.

“Sento dire e leggo di colleghi che muovono accuse al progetto alle quali vorrei rispondere - continua Pirolo -. Molti colleghi lo criticano sottolineando che si tratta di un progetto sostenibile solo dai medici che possono avvalersi di personale di segreteria. Questo non è vero - risponde Pirolo - perché il progetto prevede un atto squisitamente medico: non c'è altro personale che possa sostituirsi al medico nella prenotazione di una visita”.

“Qualche giorno fa - racconta Pirolo - ho registrato 55 accessi in ambulato-

rio, ma ho fatto solo 3 prenotazioni; e siccome ci impiego un minuto, vuol dire che ho dedicato a questa attività 3 minuti”. Non tutti gli accessi implicano un maggior carico di tempo da dedicare alla voce “attività burocratiche”. Per Pirolo non solo il progetto non appesantisce il carico burocratico del medico, ma lo alleggerisce: “il progetto - precisa - ci evita molti contenziosi con il Cup stesso. Se siamo noi medici a fissare insieme al paziente una data per un accertamento, questo vedrà contestualmente alla prenotazione che al medico va bene quel tempo d'attesa e quella sede; se un'attesa per esempio di due mesi per una visita viene proposta dal Cup, il paziente sarà tentato a tornare da noi medici per chiedere conferma. Questo non è un risparmio di tempo? Prenotare tutto in tempo reale col paziente non permette, in questo caso, di risparmiare una seconda visita dovuta alla non accettazione della prenotazione dell'impiegato del Cup?”

“Inoltre - continua Pirolo - dai dati raccolti emerge che questo servizio è in grado di ridurre sensibilmente il fenomeno delle prescrizioni perse, pari all'8% con Oltre il Cup contro il 30% con l'uso dei sistemi tradizionali, e accorciare il tempo che intercorre tra l'emissione della prescrizione e il primo contatto con la struttura sanitaria”. Infatti prima dell'introduzione del servizio, il 2% delle ricette erano portate all'attenzione del Cup entro i primi 15 minuti, il 27% entro le 24 ore, il 22% entro una settimana e il restante 49% oltre tale tempistica. I dati relativi al progetto presentano invece un incremento al 23% dei casi di contatto entro i primi 15 minuti, incremento al 32% dei casi con contatto entro le 24 ore, incremento al 26% entro una settimana. Si riducono al 19%, infine, i contatti oltre la settimana.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giulio Pirolo

Una sentenza che rende finalmente giustizia ai Mmg e ai Pls

Secondo quanto stabilito dalla Corte dei Conti del Lazio con la sentenza 317 del 16/11/2016, depositata di recente, è il Direttore Generale (DG) e non il Mmg a dover risarcire l'Asl per le quote date ai medici convenzionati relative a pazienti deceduti e ancora presenti nell'elenco dei medici. Una sentenza che per il presidente di Snam Lombardia segna una nuova era

// Finalmente, sembra cominciata una nuova era" scrive il presidente di Snam Lombardia **Roberto Carlo Rossi** sul sito del sindacato commentando la recente sentenza della Corte dei Conti (317 del 16 novembre 2016, depositata nei giorni scorsi) secondo cui se la Asl paga ai medici di famiglia quote inerenti ad assistiti deceduti sarà il Direttore generale a dover pagare i danni erariali arrecati: "Il Direttore Generale - si legge nella sentenza - o il Commissario Straordinario della Unità Sanitaria Locale è direttamente responsabile per le somme indebitamente corrisposte ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta convenzionati in caso di omissione o inesatta esecuzione degli obblighi posti a carico degli stessi".

"La Corte di Conti del Lazio, per le quote date ai Mmg e ai Pls di pazienti deceduti, invece che prendersela con i Convenzionati - scrive Rossi - condanna chi non ha fatto il suo dovere e cioè non ha controllato che gli uffici dessero adeguata applicazione al dettato convenzionale. Beh, ma

allora, forse, non è tutto perduto! Forse il Diritto è ancora vivo nel nostro Paese!"...

► Una questione annosa

Quella dell'aggiornamento degli elenchi degli assistiti è infatti una questione annosa e che ha avuto risvolti amari per i medici convenzionati, come ricorda Rossi riferendosi all'articolo 42 dell'Acn comma 4: La revoca della scelta da operarsi d'ufficio per morte dell'assistito ha effetto dal giorno del decesso. L'Azienda è tenuta a comunicare al medico interessato la cancellazione per decesso tempestivamente e comunque entro un anno dall'evento. "E invece, in caso di quote di pazienti deceduti corrisposte per errore - evidenza Rossi - abbiamo letto sui giornali molto spesso di notizie clamorose in cui si accusavano i Mmg addirittura di reati di truffa con conseguente danno d'immagine per la categoria, invariabilmente sbattuta in prima pagina dell'edizione locale di qualche giornale del Bel Stivale! Ci siamo sgolati tante volte per far osservare che, di certo, di

tutti è la colpa fuor che del medico! Macché... *Vox clamans in deserto*"...

Proprio per questo la sentenza sembra proprio restituire il mal tolto. "Non si era mai visto - continua Rossi - che, in caso di qualche inadempienza, si recuperassero le quote dai manager delle Asl (oggi in Lombardia Ats o Asst). Per esempio, in caso di recuperi di quote per pazienti deceduti o per pazienti trasferiti o senza permesso di soggiorno, a pagare erano sempre e soltanto i Mmg e i Pls con recuperi retroattivi di dieci anni".



Formazione, libertà e professione in Medicina Generale

L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto, ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà. Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando

Giuseppe Maso

Professore di Medicina di Famiglia - Università di Udine

► Cosa si intende per libertà professionale

L'articolo 4 del Codice di Deontologia Medica recita: *"l'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare ad interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura"*. Ma quanto è realmente applicabile di questo articolo per un Mmg che esercita nel nostro Paese? Il Sistema Sanitario italiano (Ssn) è di tipo *Beveridge*, finanziato dalla fiscalità generale e quindi governato dallo Stato con un modello organizzativo di tipo gerarchico-normativo. Questo modello presenta alcune differenze significative nei confronti di quello gerarchico-professionale (Regno Unito, Olanda ecc.) e di quello non-gerarchico-professionale (Germania), in questi ultimi la 'professione' ha un

ruolo determinante nella formazione e nella organizzazione del sistema di erogazione delle cure. In Italia i meccanismi procedurali e burocratici di gestione del Ssn nel corso degli anni sono diventati talmente pesanti da costituire una macchina che influenza molto l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità dei medici.

► Cosa influenza la libertà professionale

La Medicina Generale/di Famiglia (MG; MdF) è una disciplina che costantemente evolve perché costantemente evolvono la società e le conoscenze scientifiche, molti sono i fattori che la influenzano ed essi costituiscono una vera e propria cosmogonia, un sistema planetario in movimento continuo. Ma numerose sono anche le aree di interesse che interferiscono con i principi di indipendenza, autonomia e responsabilità. Anche queste aree costituiscono un sistema in continua mutazione, un sistema

le cui sfere interagiscono fra loro. Esse sono: la politica, l'organizzazione del lavoro, la burocrazia, la formazione, le linee guida, la tecnologia e i pazienti.

► La politica

I rapporti tra lo Stato e la Medicina Generale sono disciplinati da un Accordo Collettivo Nazionale (Acn), tale accordo definisce diversi livelli di contrattazione: nazionale, regionale e aziendale. A livello nazionale prevede la definizione del rapporto ottimale, la definizione di ruolo, funzioni e compiti, modalità e ambiti della libera professione e un processo 'condiviso' di determinazione dei percorsi e linee guida per efficacia e appropriatezza. La negoziazione regionale prevede tra l'altro la realizzazione della appropriatezza delle cure, delle prescrizioni e dell'uso etico delle risorse; prevede il sistema informativo fra operatori, strutture associate, distretti, aziende sanitarie e regioni e



prevede anche l'organizzazione della formazione di base, specifica, continua e aggiornamento. Gli obiettivi di carattere generale della contrattazione regionale sono i livelli essenziali di assistenza (Lea), l'assunzione condivisa di responsabilità da parte dei medici e dei professionisti sanitari che operano nel territorio nelle scelte di politica sanitaria e di governo clinico sulla scorta di quanto definito dalla programmazione socio-sanitaria e l'integrazione fra politiche sanitarie e politiche sociali. A tutti i livelli di contrattazione le organizzazioni sindacali hanno responsabilità del governo clinico e nell'Acn si sottolinea come la mancata adesione agli obiettivi e percorsi concordati diventa motivo per la verifica del rapporto di convenzione fino alla revoca. L'accordo regola il rapporto di lavoro autonomo convenzionato per l'esercizio delle attività professionali tra Mmg e le Asl per lo svolgimento nell'ambito e nell'interesse del Ssn dei compiti e delle attività relative ai settori: Assistenza primaria, Continuità assistenziale, Medicina dei servizi territoriali, Emergenza sanitaria territoriale.

► **Convenzione, libertà e autonomia**

Già leggendo quanto riportato dell'Acn si possono fare delle considerazioni circa l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità del medico di medicina generale che opera in regime di "convenzione". Parole chiave sono: "condivisione", "assunzione condivisa di responsabilità", "organizzazioni sindacali". Queste termini si concretizzano nella pratica quotidiana in PDTA (Percorsi Diagnostici e Tera-

peutici Assistenziali) e RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) che la medicina generale è invitata a rispettare con un comportamento uniformato e condiviso. Uniformato, ovviamente verso una delega della patologia ad una struttura di secondo livello e condiviso in una maniera "comunitaria" dimenticando che non ci può essere responsabilità condivisa tra professionisti, che essa rimane individuale e non vi può essere condivisione nella responsabilità di una prescrizione o di un trattamento, essa è sempre di chi pone la firma sulla ricetta. Non vi può essere delega (sindacale, politica o a commissioni) alla decisione di condivisione né tantomeno alcuna decisione diagnostica o terapeutica può essere imposta. Si presuppone che i medici di medicina generale siano tutti uguali (e probabilmente si vuole che lo siano) e, ancora una volta, si mette in evidenza come necessità locali, organizzazioni aziendali, organizzazione di reparti o di ambulatori ospedalieri condizionino il comportamento di medici che dovrebbero invece avere come riferimento per la gestione delle patologie le linee guida internazionali. La Medicina Generale è la specialità che si fa carico delle malattie frequenti e, se non c'è bisogno di tecnologia costosa o manovre specialistiche, queste non dovrebbero mai essere delegate ad un secondo livello. Emerge chiaramente nell'Acn il ruolo determinante delle organizzazioni sindacali nella formazione e nel governo clinico e contemporaneamente emerge in tutta la sua drammaticità l'assenza del mondo accademico e delle società scientifiche nazionali ed internazionali.

► **L'ambiguità tra rappresentanza sindacale e scientifica**

La rappresentanza sindacale spacciata per rappresentanza scientifica della Disciplina, una accettata "normalizzazione" della professione con esclusione di qualsiasi condotta non "condivisa" attraverso protocolli, formazione locale e regole prescrittive. Un comportamento uniformato previsto per regolamento con un livellamento delle prestazioni. Esempi eclatanti di tali "regolamenti" esproprianti professione alla medicina generale sono i piani terapeutici rilasciati dallo specialista per la prescrizione di farmaci di malattie frequenti (es: diabete) o la necessità di visita specialistica per il rilascio dell'esenzione ticket per patologia (reale strumento lobbistico). La percezione che la gente ha della medicina generale è diventata per questo quella di una "medicina di base" che delega per incompetenza. È evidente come sia assolutamente necessario ridare responsabilità (abilità a rispondere) alla medicina generale impantanata in una elefantica giungla burocratica e rimettere al centro del sistema questa disciplina che da arte liberale si è trasformata in arte servile, una medicina non più antropocentrica ma orientata al sistema più che al paziente.

► **Organizzazione del lavoro**

Nella bozza del prossimo Acn si legge: I medici di cure primarie operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascu-

na Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione. Le Regioni, entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Accordo, definiscono gli atti di programmazione volti a istituire le nuove forme organizzative (Aft - Aggregazione Funzionale Territoriale e Uccp - Unità Complessa di Cure Primarie). La Uccp rappresenta la forma organizzativa complessa che opera in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalla Regione, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'Acn e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità assistenziale con le Aft, rispondendo, grazie alla composizione multi-professionale, ai bisogni di salute complessi. La Uccp garantisce il carattere multi-professionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. Tutti i medici di cure primarie partecipano obbligatoriamente alle attività della Uccp di riferimento nel rispetto della programmazione regionale. I medici di medicina generale aderiscono obbligatoriamente al sistema informativo nazionale, avvalendosi dei sistemi informativi regionali. Nonostante che nella bozza di Acn si legga che le Aft

sono forme organizzative mono-professionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, il livello di negoziazione regionale sembra prevedere modelli differenti. La Regione Veneto, per esempio, implementa lo sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, definendone il contratto di esercizio tipo e prevedendo forme transitorie a termine per una graduale estensione del modello su tutto il territorio regionale.

► I limiti delle imposizioni

In Europa l'organizzazione del lavoro varia da paese a paese a seconda che il modello sia di tipo liberale, regolamentato o a salario; l'organizzazione dipende dal sistema di pagamento delle prestazioni mediche, dalle modalità di accesso alle cure primarie, dalla disponibilità di attrezzature e dalla libertà o meno di acquisire nuovi pazienti-clienti. In nessuna nazione europea è stato imposto in maniera coatta ai medici di associarsi e in ogni caso di non avere la possibilità di scegliere liberamente i colleghi con cui lavorare. Le regole imposte alla MG italiana hanno di fatto impedito lo sviluppo "spontaneo" degli studi medici ponendoli all'ultimo posto in Europa per attrezzature e *clinical skills*, in realtà, e paradossalmente, ci sono più attrezzature diagnostiche e servizi nelle farmacie che negli ambulatori. Si giustifica l'imposizione delle aggregazioni con la maggior disponibilità oraria e la conseguente diminuzione dell'afflusso al Pronto Soccorso, eppure qualsiasi addetto ai lavori sa benissimo che i motivi per cui la gente si reca al Pron-

to Soccorso sono indipendenti dall'orario di apertura degli studi e sono ben altri: l'accesso immediato alla specialistica, l'accesso alla diagnostica, la mancanza di tessera sanitaria, l'ipocondria, la mancanza di fiducia nella medicina generale, il secondo parere per una diagnosi di cui non ci si fida, eccetera. Il Pronto Soccorso è diventato un ambulatorio di primo livello che fa da gatekeeper alla specialistica e che può fornire, nella maggior parte dei casi gratuitamente o a basso costo, in tempi brevi prestazioni per cui ci sono lunghi tempi di attesa. Il numero dei codici bianchi ne è la riprova così come lo è il fatto che non vi è alcuna diminuzione del ricorso al Pronto Soccorso dei pazienti dei medici che operano in medicine di gruppo integrate. Il Governatore della Regione Veneto ha appena annunciato (*Il Gazzettino* 21.7.2016) la disponibilità di una applicazione per lo *smartphone* anti-code: il Pronto Soccorso da luogo dell'emergenza ad ambulatorio di cure primarie.

► Gli obblighi

Il fatto che i medici di medicina generale debbano aderire obbligatoriamente al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale e che queste siano condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione pone ancora degli interrogativi. Le cose che riguardano la vita intima dell'individuo sono faccende politiche o sono faccende strettamente domestiche? Con il Fascicolo Sanitario la politica entra nella sfera dell'intimità. Il fatto che gli aspetti privati entrino nella sfera amministrativa

attraverso moduli, ricette o prescrizioni è ormai accettato come "naturale" come se il corpo non fosse più proprietà privata ma oggetto della bio-politica.

► La burocrazia

La professione è soffocata da una burocrazia smisurata, i medici della Ulss 13 Veneto hanno ricevuto l'anno scorso 199 comunicazioni dagli uffici amministrativi. Tali comunicazioni, di provenienza prevalentemente distrettuale, riguardavano gli argomenti più disparati: dalla richiesta di pulizia di liste di pazienti alla trasmissione di reportistica varia, dalla procedura per richiedere un trasporto in ambulanza alla trasmissione di "raggruppamenti di attesa omogenei" per la richiesta di prestazioni di secondo livello, dall'elenco dei farmaci da prescrivere in DPC agli inviti ai "corsi di formazione" organizzati dalla Asl, dai Piani Diagnostici e Terapeutici "concordati" alla sottoscrizione di inviti agli screening, ecc. Un accanimento esasperante che impedisce anche al medico più motivato di continuare a lavorare con serenità. L'implementarsi quotidiano di complicazioni prescrittive, le difficoltà alla prescrizione della diagnostica, il difficile districarsi, anche con avanzati sistemi informatici (che richiedono a loro volta tempo e applicazione), tra note, codici ed esenzioni impediscono ancor di più il dedicarsi alla cura, aumentano il contenzioso con i pazienti e portano via risorse allo sviluppo professionale. L'influenza della smisurata componente burocratica sulle scelte diagnostiche e terapeutiche ha aumentato il solco tra la professione e il "go-

verno amministrativo", le decisioni vengono guidate da protocolli prodotti da processi decisionali accentrati quando la professione per sua natura è basata su decisioni decentrate, personali, libere e responsabili. L'omogeneizzazione di una professione, sempre più pianificata, impedisce il merito ed è frustrante per i migliori, impedisce la crescita e, ancora una volta, confonde l'efficacia con l'efficienza. Ogni medico è unico nonostante la formazione, il programma per una medicina generale migliore non può che passare attraverso un progetto "umanistico" che preveda il rispetto del talento, delle capacità di relazione e della professione di ciascun professionista. Un programma che preveda il riconoscimento pieno della medicina generale come specialità (come in tutti i paesi evoluti) e che nei programmi il recupero di funzioni, compiti, abilità e considerazione.

► La formazione

Nella bozza di Acn si legge: Le Regioni promuovono la programmazione delle iniziative per la formazione continua, tenendo conto degli obiettivi formativi sia di interesse nazionale, individuati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome, sia di specifico interesse regionale e aziendale. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere l'attività di Mmg. In ciascuna Regione è istituito un comitato permanente regionale composto da rappresentanti della Regione e da rappresentanti sindacali proposto a ... fornire indirizzi sui temi di

formazione di interesse regionale (70% del totale x 10 sabati x almeno 40 ore)". L'autonomia, l'indipendenza e la libertà di una professione non sono delle entità acquisite per diritto ma sono conquistate e mantenute grazie alla volontà e al merito. Il merito è frutto della formazione, è il risultato di un'alchimia riuscita fra talento e impegno ed è il motore della libertà.

Chi si oppone ad una formazione di base, ad uno sviluppo professionale e ad una carriera basati sul merito si oppone alla libertà professionale e favorisce una sorta di mediocrità che purtroppo sta dilagando. Chi pensa ai professionisti in termini di "classe" o "categoria" pensa in termini omogeneizzanti, tutti uguali, ma ogni atto medico ha una responsabilità individuale; non esiste una responsabilità della "classe medica" o della "categoria dei medici di famiglia", ogni singolo atto è merito o demerito di un singolo che non può scomparire in un limbo classificativo. Questo incasellamento senza riconoscimento del merito individuale è un limite alla libertà ed è causa di infelicità. Il talento senza riconoscimento non ha alcun valore. In Italia, per quanto riguarda la medicina generale, questo incasellamento è causa di sudditanza verso le altre specialità che si sentono investite di un "sapere" superiore e che si sentono per questo in diritto di insegnare e giudicare.

Da noi il talento ed il merito sono frutto della posizione, del *setting* lavorativo e della carriera, esattamente il contrario di quanto dovrebbe avvenire. Questo stato di cose è talmente radicato nella mentalità comune che ormai la maggior parte dei medici e dei

pazienti sono convinti che un ospedaliero ne sappia di più di un medico di famiglia (di base!) e che un universitario ne sappia più di un ospedaliero. La formazione dei medici di famiglia è fondamentale per la libertà della professione e per la libertà dei pazienti.

Purtroppo, nel nostro paese, per la Medicina Generale, non è previsto un iter di carriera, basato su qualsivoglia criterio di selezione, come esiste nei paesi in cui la disciplina è accademica. Non abbiamo un metro per misurarci e l'assenza di giudizio, all'apparenza rassicurante, contrariamente a quanto si possa pensare, genera insicurezza, impotenza, sottostima e sudditanza.

Oltre all'iter formativo sono indispensabili anche altre cose: la prima cosa è la certezza del ruolo. Essa deriva da una certezza normativa, dalla chiara consapevolezza della localizzazione della figura del Medico di Famiglia nel sistema delle cure primarie. Ciò significa una definizione non travisabile delle competenze nei confronti della specialistica e nei confronti del sistema burocratico. La possibilità reale di concorrenza professionale ed economica.

Questo è l'unico vero stimolo per lo sviluppo di qualsiasi professione. Abitudine ad appropriarsi delle nuove tecnologie: molti dei nostri ambulatori non sono molto diversi da quelli di trenta anni fa; la maggior parte di noi ha come strumenti solo fonendoscopio, martelletto e sfigmomanometro. Ciò è impensabile ed è antistorico. La maggior parte delle nostre deleghe non deriva dalla mancanza di conoscenze ma dalla mancanza di strumenti tecnologici e di mezzi diagnostici. La libertà imprendito-

riale ed organizzativa: ciò significa che oltre a definire le "competenze e abilità minime" bisognerà soltanto definire ciò che la Medicina di Famiglia non può fare lasciando la massima libertà individuale di organizzazione e di realizzazione. Le nostre scelte organizzative e di sviluppo sono legate alla visione politica del Sistema Sanitario.

Sono quindi ideologiche e spesso sono prodotte da norme contrattuali più che da esigenze professionali. La qualità: i medici di famiglia dovrebbero essere conosciuti come i medici della qualità. Ogni azione dovrebbe tendere all'eccellenza. Nessuna formazione "normalizzata" potrà raggiungere alcun obiettivo di miglioramento.

► Le linee guida

L'Acn prevede a livello locale la produzione di linee guida, protocolli diagnostici assistenziali e conferenze di consenso in ambito di Distretto. Il medico di medicina generale deve *"contribuire alla diffusione e all'applicazione delle buone pratiche cliniche sulla base dei principi della evidence based medicine, nell'ottica più ampia della clinical governance"*.

La MdF molto probabilmente dovrà continuare a vivere con il paradosso che il rigore dei criteri di inclusione e il tipo di selezione dei pazienti necessari per i trial controllati sono esattamente l'opposto di quanto avviene nella pratica quotidiana. Per questi motivi c'è il rischio fondato che le linee guida formulate a livello locale, spesso su parametri economici, entrino in conflitto con la libertà professionale e talvolta con le stesse linee guida internazionali. Non solo,

dobbiamo tener presente che le linee guida per la gestione delle malattie più frequenti sono prodotte da società scientifiche a livello mondiale, continentale e nazionale e che spesso si nota un gap fra la loro produzione e la loro divulgazione. Spesso i medici pratici ne vengono a conoscenza quando ormai è già stata prodotta l'edizione successiva.

► La tecnologia

La tecnologia maggiore nell'ambulatorio del Mmg rimane il sistema informatico di raccolta dati. Ma il computer non è solo un raccogli-tore e trasmettitore di dati è qualcosa di più e per questo già nel lontano 1996 pubblicai un "codice per la robotica in medicina di famiglia" e presentai nel 1998 ad un congresso mondiale delle società scientifiche della medicina generale, tenutosi a Dublino, la proposta di una "carta per la robotica in medicina di famiglia".

I nostri computer si sono poi evoluti riuscendo a fare ciò che prima solo un dottore poteva fare: interpretare dati, seguire linee guida, assistere il processo diagnostico, aiutare nelle prescrizioni, gestire strumenti e tecnologie diagnostici, seguire nel tempo alcune malattie, gestire la formazione continua e lo sviluppo professionale, gestire conferenze virtuali, gestire il budget dello studio etc. (fase robotica).

Senza rendercene conto abbiamo vissuto e stiamo vivendo un cambiamento talmente grande che potrà travolgere in maniera definitiva la nostra professione. L'evoluzione delle risorse informatiche e telematiche in medicina di famiglia condurrà inevitabilmente ver-

so una robotica avanzata. La pluralità dell'offerta, la libera scelta e il controllo dell'evoluzione da parte dei medici di famiglia assumono quindi un'importanza strategica fondamentale per la sopravvivenza e la libertà della disciplina ma soprattutto per la libertà delle persone che a questa disciplina si affidano. Come abbiamo visto però in Italia queste regole di libertà vengono disattese, i dati forniti al medico devono obbligatoriamente essere forniti al sistema pubblico la cui influenza omogeneizzante e il controllo sulla tecnologia informatica dell'ambulatorio è particolarmente pesante.

► I pazienti

La professione è fortemente influenzata dai pazienti e non potrebbe essere altrimenti trattandosi di una professione di "servizio" caratterizzata dalla continuità del rapporto. I cambiamenti principali avvenuti negli ultimi anni sono essenzialmente tre: l'aumento del numero di anziani, l'aumento del numero degli assistiti extracomunitari, la generazione *millenium*. L'aumento del numero di anziani ha comportato un aumento delle patologie croniche, delle cure palliative e un peso sempre maggiore della componente "sociale" della cure. È una popolazione che non è in grado di gestire i cambiamenti, soffre di un analfabetismo tecnologico e di un "disagio cognitivo" che la rende fragile.

L'affiancarsi al medico di medicina generale di figure come l'infermiere, il fisioterapista, il palliativista, l'assistente sociale, il funzionario distrettuale e il geriatra territoriale ha prodotto un sistema di relazioni che condiziona le scelte terapeuti-

che e pone problemi di responsabilità. L'aumento del numero di assistiti extracomunitari comporta un cambiamento dell'approccio al paziente, una modifica importante dello stile di "visita" e condiziona non poco la professione perché diverse sono le aspettative di cura così come diverse sono le credenze religiose, i valori della vita e le possibilità economiche.

La generazione *millenium*, quella dei ragazzi che nei primi anni del 2000 terminano la scuola per entrare nel "mondo del lavoro", sono utilizzatori del web, formulano quesiti precisi, chiedono accertamenti talvolta improbabili, hanno scarse economie.

Questa popolazione ha a disposizione un oceano di informazioni, ma spesso una preparazione "culturale" assolutamente inadeguata per gestirle. Tutte le categorie di pazienti, in un modo o nell'altro, influenzano l'operato del medico che viene sottoposto ad infinite forme di condizionamento, la prima di tutte la richiesta di visita specialistica per la diffusa convinzione che questa sia sempre necessaria e in ogni caso richiesta come autorevole certificazione dell'operato del proprio medico. Non potrebbe essere altrimenti in un sistema costruito sulle "specialità". Non potrebbe essere altrimenti anche nel caso di richieste di terapie, giorni di assenza di lavoro o certificazioni le più varie in un sistema in cui tutto sembra essere un "diritto".

► Il futuro

Le cure primarie e la medicina generale in particolare stanno rapidamente cambiando per una serie di fattori, tra i più significati-

vi dobbiamo considerare quelli economici, quelli scientifici-tecnologici e quelli legati alle aspettative della popolazione. Il Ssn di tipo Beveridge di fronte all'invecchiamento della popolazione, alle maggiori possibilità diagnostiche e terapeutiche si sta dimostrando difficilmente sostenibile, l'allungamento dei tempi di attesa e la indisponibilità di metodologie e tecniche terapeutiche sono sintomi di una malattia difficilmente curabile.

Sempre più spesso i pazienti si rivolgono a strutture alternative bypassando anche chi nel Ssn dovrebbe avere la funzione di gate-keeper, il Mmg diventa così il medico di chi non può permettersi l'accesso alle cure private. La Medicina Generale sarà esclusa dal futuro? Genetica, Bionica (biologia-elettronica) e Biotica (biologia-informatica) assieme alla mobile e *digital technology* cambieranno l'approccio diagnostico e terapeutico e daranno ai pazienti la gestione della loro salute. Gli scenari potranno variare da una nuova alleanza tra medico e paziente alla *post-physician era*, dalla scomparsa delle specialità al recupero delle *humanities*.

Nessun cambiamento sarà comunque indipendente dall'innato desiderio profondo di libertà individuale di ogni singolo individuo e di ogni singolo professionista, questo desiderio sarà quello che condizionerà qualsiasi sistema di erogazione delle cure, questo è quello che dobbiamo tenere presente sempre se teniamo alla sopravvivenza della nostra Disciplina.

Bibliografia disponibile a richiesta

Il medico di domani? Sarà digitale

Il medico che verrà non ha alternative dovrà essere digitale per stare al passo coi tempi. Una certezza che pone una serie di criticità che toccano svariati ambiti professionali, non ultimo il rapporto medico-paziente. Il rischio è che il medico si possa trovare d'improvviso limitato o in parte estromesso dalla sua stessa professione a favore di processi informatici automatizzati. Questi temi, insieme ad altre problematiche sono state al Centro del recente Convegno svoltosi a Cortina d'Ampezzo (BL), organizzato dall'Ordine dei Medici di Belluno, Rovigo e Trieste e indetto dagli Ordini del Triveneto

Un momento di confronto sui temi e le problematiche legate all'ICT (*Information and Communication Technology*) in rapporto all'esercizio della professione medica. È quanto ha rappresentato il recente Convegno svoltosi a Cortina d'Ampezzo (BL), organizzato dall'OMCeO di Belluno, Rovigo e Trieste e indetto dagli Ordini del Triveneto. Per **Silvestro Scotti**, Coordinatore del Gruppo di lavoro FNOMCeO sull'ICT e relatore al meeting di Cortina D'Ampezzo, è fondamentale avviare una discussione che coinvolga gli Ordini in un processo di identificazione digitale univoca del professionista medico di domani. "Refertazione, prescrizione, certificazione - sottolinea Scotti - sono i tre grandi filoni della digitalizzazione dell'assistenza su cui non possiamo non interrogarci. Tutti con un comune denominatore: come proteggere la professione del medico e la relazione medico-paziente".

In un quadro così innovativo e mutevole concetti quali il segreto professionale, il consenso informato, l'autodeterminazione, il rapporto medico-paziente assumono infatti nuovi significati ed implicazioni e necessitano di nuove definizioni.

"Due domande vanno affrontate, più di altre, da un punto di vista professionale - continua Scotti - come fare per

evitare che il prodotto di un *software* (presente magari nel pc dello studio di un medico) non differisca da quanto voluto dal medico? E poi: chi saranno (o dovrebbero essere) i consulenti medici che affiancheranno le *software house* che metteranno in commercio i programmi informatici che tutti utilizzeremo? Per quanto riguarda la prima domanda, il problema si pone perché può capitare che il prodotto di un'elaborazione informatica sia diverso da quanto il medico intenda produrre; ed è innegabile che siamo di fronte ad un rischio rilevante per il professionista, per la salute pubblica e per il cittadino. Circa il secondo quesito, credo che gli Ordini debbano essere in grado di formare i professionisti che parteciperanno allo sviluppo dei programmi che andranno a modificare la professione sul piano informatico-digitale: è opportuno per evitare distorsioni nella progettazione dei *software* ed è un discorso che ricade sulla tutela del paziente e, quindi, sul rapporto medico-paziente".

► Un nuovo profilo per il Mmg

"Occorre, per esempio, pensare ad una 'nuova' figura nel panorama della Medicina Generale - precisa Scotti - si potrebbe chiamare il 'medico informatico', una figura esperta del mondo

digitale, ma attenzione non sto parlando di ingegneri informatici, ma pur sempre di medici che abbiano le competenze per confrontarsi con gli sviluppatori di *software* e soprattutto riconoscano eventuali criticità professionali e deontologiche che rischierebbero di ricadere sull'esercizio della professione, una volta implementati alcuni processi informatici. In altre parole, non vorremmo mai ritrovare un medico menomato dal punto di vista professionale e, peggio ancora, ignaro di questa cosa fino alla prova dei fatti".

"Il rischio è di andare fuori strada - evidenzia Scotti - se si pensa che la professione assorba senza problemi i cambiamenti informatico-digitali, ci ritroveremo ad affrontare questioni molto serie; questo perché nel momento in cui i cambiamenti si realizzeranno il medico si potrà trovare d'improvviso limitato o in parte estromesso dalla sua stessa professione a favore di processi informatici automatizzati: per questo occorre una riflessione prima di tutto all'interno della professione".

"Mi rendo conto che potrebbe passare il messaggio di una FNOMCeO volta a impedire l'evoluzione digitale della sanità: è esattamente il contrario. La sanità deve evolvere dal punto di vista digitale garantendo al meglio i cittadini, il rapporto medico paziente e l'esercizio della professione".

Ricette cartacee sulla via del tramonto

Secondo gli ultimi dati rilevati da Promofarma, la società di servizi informatici di Federfarma, sulla digitalizzazione delle prescrizioni del Ssn, oltre l'80% di quelle relative al mese di novembre 2016 avviene attraverso la ricetta digitale. In ben quattro Regioni si supera il 90% e cioè il traguardo prefissato dall'Agenda per l'Italia digitale come obiettivo ultimo della dematerializzazione

La fotografia scattata dall'ultima rilevazione di Promofarma, la società di servizi informatici di Federfarma, sulla digitalizzazione delle prescrizioni del Ssn, non lascia dubbi, la digitalizzazione delle prescrizioni avanza e le ricette cartacee sono quasi sulla via del tramonto e lo saranno presto anche in quei territori che hanno avviato il processo di dematerializzazione soltanto da pochi mesi come la Calabria e la provincia di Bolzano.

Su quasi 48 milioni di ricette del Ssn prescritte nel mese di novembre 2016, quelle che fanno a meno della carta superano ormai l'80%. E salgono a quattro le Regioni dove il *paperless* ha superato il traguardo del 90%, fissato a suo tempo dall'Agenda per l'Italia digitale come obiettivo ultimo della dematerializzazione. A novembre, dicono i dati, sono stati prodotti 38.7 milioni di ricette *paperless*, ossia l'80.88% del totale. Quattro Regioni riescono a toccare o valicare la soglia del 90%: la Campania (che aveva varcato la linea a settembre) con il 91.33%, il Ve-

neto con il 90.51%, e - a pari merito - Molise e provincia autonoma di Trento con il 90%. Da segnalare anche il balzo in avanti compiuto dalle due Regioni che occupano stabilmente il fondo della classifica (per aver avviato la dematerializzazione soltanto da pochi mesi): la Calabria, che a settembre arrivava a poco più del 40%, sfiora due mesi dopo il 60%; la provincia autonoma di Bolzano conta ora il 37.58% di ricette digitali quando a settembre era ferma al 12.6%. Ma progressioni di una certa entità le mettono a segno anche altre Regioni, specialmente tra quelle che occupano la seconda metà della graduatoria: in Friuli Venezia Giulia e in Lombardia la dematerializzazione cresce di quasi quattro punti percentuali, in Toscana e in Sardegna di tre.

Ma c'è anche chi resta al palo e chi arretra: nelle Marche e in Val d'Aosta si avanza solo di qualche decimo di punto, in Sicilia o nel Lazio poco più di uno. L'Emilia Romagna addirittura arretra passando dal 79% di settembre al 78.85 di novembre (tabella 1).

Tabella 1

Prescrizioni con ricette digitali: rilevazioni novembre 2016

Ricette novembre	Totali	Digitali	%
Campania	4.482.346	4.093.711	91.33%
Veneto	2.885.931	2.612.134	90.51%
Molise	266.436	239.795	90.00%
Pa Trento	372.286	335.042	90.00%
Sicilia	4.608.167	4.125.808	89.53%
Valle d'Aosta	79.448	69.801	87.86%
Piemonte	3.637.447	3.142.233	86.39%
Basilicata	520.970	448.040	86.00%
Lazio	5.083.308	4.187.485	82.38%
Liguria	1.272.274	1.044.484	82.10%
Umbria	842.883	683.722	81.12%
Puglia	3.856.811	3.087.706	80.06%
Emilia Romagna	3.210.203	2.528.028	78.75%
Lombardia	6.563.847	5.104.115	77.76%
Marche	1.470.807	1.106.011	75.20%
Sardegna	1.528.592	1.133.204	74.13%
Abruzzo	1.284.535	936.059	72.87%
Toscana	3.070.675	2.132.142	69.44%
Friuli V.G.	979.934	662.466	67.60%
Calabria	1.615.767	958.033	59.29%
Pa Bolzano	240.198	90.264	37.58%
TOTALE	47.872.865	38.720.283	80.88%

Sorveglianza sanitaria per medici convenzionati: la normativa

Il recente caso triestino della pediatra convenzionata, affetta da Tbc, che avrebbe contagiato minori da lei vaccinati in struttura aziendale, sottolinea quanto sia rilevante la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro rispetto al problema dei suoi costi

Flavia Marin
Economista - Pordenone

Quanto accaduto di recente a Trieste, dove dei minori sottoposti a vaccino sono stati contagiati dalla pediatra che li ha vaccinati, ignara di essere affetta da Tbc, riporta alla ribalta la questione della sicurezza nei luoghi di lavoro e le normative che la regolano.

► Diritti e doveri

I medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali interni, i medici di continuità assistenziale e gli specializzandi che prestino servizio in strutture di aziende sanitarie sono soggetti all'obbligo di sorveglianza sanitaria previsto dal D.Lgs n. 81/2008, secondo la circolare della Direzione Centrale Salute FVG n. 20440 del 16/12/2016 che ha recepito l'interpretazione normativa contenuta nell'interpello n.15/2016 del Ministero del Lavoro. Questa ha espresso il parere che i medici convenzionati di continuità assistenziale (ex-guardia medica) sono tenuti all'obbligo di sottoporsi alla vigilanza sanitaria prevista dall'art. 41 del D.Lgs n.81/2008, come già affermato nell'interpello n.5/2016, in quanto svolgono la propria attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione aziendale di un datore di lavoro e quindi rientrano a pieno titolo nella definizione di lavoratore data dall'art. 2, comma 1, lett. a, del D.Lgs n. 81/2008.

Il D.Lgs n. 81/2008 all'art. 2, comma 1 lett. a definisce infatti il lavoratore come "persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato".

L'interpello n. 14/2016 ha inoltre precisato che gli oneri correlati alle visite di sorveglianza sanitaria sono a carico del datore di lavoro e non del lavoratore.

► Il responsabile della struttura

Il D.Lgs n. 81/2008 trova applicazione dunque anche negli ambulatori medici per la tutela della sicurezza e della salute degli operatori e degli utenti nei luoghi di lavoro. Il responsabile di struttura si configura come datore di lavoro con gli obblighi di tutela connessi (artt. 17 e 18) a cui corrispondono obblighi per i collaboratori dipendenti (art. 20) e autonomi (art. 21 e 26) ed i lavoratori eventualmente preposti alla vigilanza (art.19).

Se i medici convenzionati col Ssn in qualità di prestatori d'opera intellettuale parasubordinati autonomi (art. 2222 CC) mettono a disposizione la loro opera professionale in una struttura dell'azienda sanitaria, il loro datore di lavoro è il direttore generale che ha la disponibilità giuridica dei luoghi secondo gli artt. 26 e 62 del D.Lgs 81/2008 (Cass. Pen. Sez. III n. 29543/2009).

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Morte cardiaca improvvisa: suggerimenti per la prevenzione

■ **DERMATOLOGIA**

Informare i giovani su rischi e pericoli dei piercing

■ **EPATOLOGIA**

Encefalopatia epatica: rifaximina- α previene le recidive

■ **EMATOLOGIA**

Sospetto diagnostico e diagnosi precoce del mieloma multiplo

■ **GERIATRIA**

Dieta mediterranea ed effetti protettivi negli anziani

■ **PNEUMOLOGIA**

Impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute

■ **PSICHIATRIA**

Trattamenti somatici per le depressioni farmaco-resistenti

■ CARDIOLOGIA

Morte cardiaca improvvisa: suggerimenti per la prevenzione

Dieci strategie rivolte principalmente ai medici, ma in parte anche a pazienti e familiari, allo scopo di aiutarli a garantire cure adeguate ai pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa (MCI). È quanto pubblicato in un recente rapporto dell'American Heart Association e dell'American College of Cardiology (*Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017; online*).

“Sebbene esistano linee guida per prevenire la morte cardiaca improvvisa (MCI), c'è un sottoutilizzo delle iniziative per la prevenzione e questa che proponiamo è la prima lista dettagliata. Dal nostro punto di vista queste misure verranno sviluppate, testate e implementate nella pratica medica, e aiuteranno a migliorare il trattamento e l'esito clinico” - ha spiegato Sana Al-Khatib, tra degli autori del rapporto. La MCI è una morte inaspettata, ma molte potrebbero essere evitate dall'implementazione nella pratica quotidiana delle raccomandazioni preventive suggerite. Tuttavia, una attenta stratificazione del rischio non è realizzabile dato che l'evento può verificarsi anche in soggetti apparentemente sani, scrivono gli autori del documento, ricordando che anche quando un paziente sopravvive, l'evento può avere un impatto devastan-

te sulla sua qualità e durata della vita, imponendo alle famiglie un pesante onere assistenziale ed economico.

► Le dieci misure proposte

1. Cessazione del fumo in pazienti che hanno subito un arresto cardiaco improvviso o un'aritmia ventricolare pericolosa per la vita, oppure sono a rischio di MCI.
2. Screening per storia familiare di MCI.
3. Screening per disfunzione ventricolare sinistra asintomatica tra gli individui con storia familiare di cardiomiopatia e MCI.
4. Addestramento all'uso della riani-

mazione cardiopolmonare e del defibrillatore esterno automatico rivolto ai familiari dei pazienti ricoverati con disturbi cardiaci noti con rischio aumentato di arresto cardiaco improvviso.

5. Uso di defibrillatori impiantabili nei pazienti con insufficienza cardiaca e frazione di eiezione ridotta con aspettativa di vita di oltre 1 anno.

6. Terapia medica mirata alla prevenzione della morte cardiaca improvvisa nei pazienti con insufficienza cardiaca e ridotta frazione di eiezione.

7. Terapia medica per la prevenzione della MCI nei pazienti con infarto e ridotta frazione di eiezione.

8. Esclusione di cause reversibili di tachicardia o FA prima dell'impianto di un ICD in prevenzione secondaria.

9. Informazioni complete ed esaurienti ai pazienti.

10. Informazioni ai parenti di primo grado dei sopravvissuti a un arresto cardiaco improvviso sulla necessità di uno screening, in quanto condizione ereditabile.

In Italia proposto l'ECG dopo la pubertà

Sono molte le morti improvvise in Italia, ma il dato più significativo è il numero dei soggetti con un'età <35 anni colpiti ogni anno, fino a mille, non solo negli sportivi ma anche nei giovani che non praticano attività sportiva. Molte di queste morti potrebbero essere evitate ricorrendo a un ECG” - ha affermato Francesco Fedele, Direttore Malattie Cardiovascolari e Respiratorie, Policlinico Umberto I di Roma a margine del Congresso “Highlights in Cardiology” (Roma, 1-3 febbraio 2017).

“L'importante è che l'ECG sia letto in maniera appropriata dal clinico, mentre da evitare senz'altro sono le letture automatiche tramite PC, che possono non identificare condizioni di patologia o addirittura creare falsi positivi”.

In questa sede i cardiologi hanno proposto, anche in collaborazione con il Ministero dell'Università e dell'Educazione, di fare un ECG nell'età compresa tra i quindici e i diciott'anni. “L'obiettivo della lotta alla MCI nei giovani ha come primo punto l'elaborazione di un protocollo di screening cardiologico: la storia familiare e personale, l'esame obiettivo e l'ECG per tutti gli studenti. Nei casi in cui nasca un sospetto di cardiopatia si proseguirà l'iter con gli esami più appropriati”, ha concluso Fedele.

■ DERMATOLOGIA

Informare i giovani su rischi e pericoli dei piercing

La moda del piercing coinvolge circa il 30% dei giovani europei; da una indagine di Eurispes condotta in Italia su 3800 ragazzi di età compresa tra i 12 e i 18 anni è emerso che circa il 20.3% di loro ha applicato un piercing, con una maggiore incidenza nel sesso femminile. La legge sancisce che è vietato eseguire tatuaggi e piercing ai minori di 18 anni senza il consenso informato reso personalmente dai genitori o dal tutore e comunque le pratiche sono vietate ai minori di 14 anni, ad esclusione del piercing al padiglione auricolare. Tuttavia un numero crescente di giovanissimi pratica troppo spesso il "fai da te" per infilarsi un orecchino a naso, ombelico, sopracciglio o lingua, con aghi sterilizzati male o addirittura con le graffette, senza consapevolezza sui tanti rischi ai quali ci si può esporre in caso di mancato rispetto di cautele e norme igieniche. Molti poi, per tenerlo nascosto ai genitori, continuano a metterlo e toglierlo, esponendosi a ulteriori rischi. Sono in aumento anche gli adulti che si rivolgono ai medici per tentare di far cambiare idea al proprio figlio. "I genitori ci portano i ragazzi e ci chiedono soprattutto in quali centri è più sicuro fare il piercing, in quali zone del corpo si rischia meno - spiega Annalisa Cia-

sulli, dermatologa dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. Ma nessun luogo è a rischio zero senza le dovute precauzioni sanitarie e ogni parte del corpo, soprattutto le cartilagini, è molto delicata nei più giovani". In questo senso anche i medici di medicina generale potrebbero rivestire un ruolo importante per informare e dunque prevenire i danni di un piercing fatto male. Per cercare di creare una corretta informazione, gli esperti del Bambino Gesù hanno pubblicato "Tatuaggi e piercing: i consigli degli specialisti", con raccomandazioni e consigli utili su come evitare i rischi, comportamenti da attuare e anche sulle tecniche più efficaci per eliminarli.

► I possibili rischi

"Con il piercing si possono trasmettere infezioni batteriche sulla pelle che qualche volta possono entrare nel sangue e coinvolgere anche il cuore. Si possono trasmettere anche i virus dell'epatite B e C e, in misura minore, il virus dell'AIDS", scrive nella pubblicazione May El Hachem, responsabile della Dermatologia del Bambino Gesù. Il piercing può causare, oltre alle infezioni acute, anche infiammazione cronica che può favorire infezioni ricorrenti. Altri rischi aggiuntivi sono le rea-

zioni allergiche ai metalli utilizzati e la formazione di cicatrici o di cheloidi". Piercing e tatuaggi sono inoltre particolarmente pericolosi, quindi controindicati, nei portatori di vizi valvolari cardiaci, negli affetti da immunodeficit o patologie croniche, a chi assume farmaci antiaggreganti, immunosoppressori o anticoagulanti, nei ragazzi con cheloidi e nelle donne in gravidanza.

► Moda o disagio?

Questo fenomeno sembra soddisfare i bisogni evolutivi dell'adolescente secondo i canoni della cultura contemporanea dell'estetica. Può aiutare, inoltre, a sentirsi accettato e integrato nel gruppo dei pari, ma può anche essere indice di espressione di disagio rispetto al proprio corpo. Per questo gli esperti suggeriscono di indagare con la dovuta attenzione l'eventuale disagio, che può diventare a rischio, qualora il piercing si presenti in modo eccessivo, ossessivo, accompagnato da pervasivi e compromettenti tratti di instabilità emotiva, irritabilità, comportamenti aggressivi, eccessiva trasgressione e problemi scolastici.

Tempi di cicatrizzazione

Lobo dell'orecchio: 6-8 settimane.
 Cartilagine dell'orecchio: 4 mesi-1 anno.
 Sopracciglio: 6-8 settimane. Narici: 2-4 mesi.
 Setto nasale: 6-8 mesi. Lingua: 4 settimane (può causare una paralisi parziale se il gioiello inserito danneggia un nervo). Labbra: 2-3 mesi.
 Capezolo: 3-6 mesi. Ombelico: 4 mesi-1 anno.
 Genitali femminili: 4-10 settimane.
 Genitali maschili: 4 settimane-10 mesi.

■ È possibile scaricare la pubblicazione da www.ospedalebambinogesu.it

■ EPATOLOGIA

Encefalopatia epatica: rifaximina- α previene le recidive

L'encefalopatia epatica (EE) è una frequente complicanza nonché una delle manifestazioni più debilitanti della cirrosi epatica acuta o cronica. È una condizione clinica che compromette pesantemente non solo la qualità e l'aspettativa di vita del paziente, ma anche l'equilibrio dell'intero nucleo familiare. È inoltre ben documentato per l'EE un maggior dispendio di risorse sanitarie rispetto ad altre manifestazioni della malattia epatica, anche per le frequenti ospedalizzazioni. L'approccio peculiare della Medicina Generale orientato alla persona, alla sua famiglia e alla sua comunità mette il Mmg nella condizione di sospettare la complicanza sulla base del quadro clinico e della storia del paziente, che

può aver presentato precedentemente altri episodi di encefalopatia. Una volta che si verifica il primo evento, infatti, è molto probabile che ne seguano altri e a intervalli di tempo sempre minori. Per questo è importante adottare una corretta strategia di prevenzione delle recidive, nonché informare i pazienti e i caregiver sui fattori scatenanti e sui sintomi, spesso aspecifici, riconducibili alla EE. Solo chi conosce il paziente, e lo segue da vicino per tempi prolungati, in primis il Mmg, può ravvisare alcuni "red flags". In tal caso il Mmg dovrebbe avere un ruolo attivo nell'indirizzare il paziente all'attenzione dello specialista di riferimento per l'impostazione dell'iter terapeutico e del monitoraggio. L'encefalopatia epatica è caratterizzata infatti da un ampio spettro

di alterazioni neuropsichiche. Il paziente con cirrosi epatica che presenti sonnolenza, stato confusionale, disorientamento temporo-spaziale, flapping tremor delle mani, andatura instabile, parola rallentata, è verosimilmente affetto da encefalopatia epatica. Questa è classificabile in quattro stadi che giungono fino al coma (tabella 1).

► Cause determinanti

Le cause responsabili dell'insorgenza dell'EE sono diverse, anche se la manifestazione è indice di una malattia avanzata e di una riserva epatica funzionale estremamente ridotta. Tra le cause precipitanti infatti vanno ricercati soprattutto squilibri idro-elettrolitici spontanei o farmaco-indotti (diuretici), stipsi, sanguinamenti gastrointestinali, uso di sedativi del SNC, scompenso glicemico. Evitare le infezioni è quasi un imperativo in quanto questi pazienti hanno una maggiore suscettibilità e una minore risposta alle terapie e, di conseguenza, le infezioni possono precipitare le loro condizioni di salute.

Tabella 1

Encefalopatia epatica: stadi di gravità secondo la scala West-Haven Grading System

Stadio	Consapevolezza	Intelletto e Comportamento	Segni neurologici
0	Normale	Normale	Normali
1	Leggera mancanza di consapevolezza	Soglia di attenzione più bassa del normale; difficoltà a fare addizioni e sottrazioni	Lieve asterixi o tremore
2	Letargia	Lieve disorientamento; comportamento inappropriato	Forte asterixi, difficoltà a parlare
3	Stato di sonnolenza	Forte disorientamento; comportamento bizzarro	Rigidità muscolare e clonie, iperreflessia
4	Coma	Coma	Postura tipica da decerebrazione

► Ruolo della disbiosi

Ma quali sono i moventi eziologici di questa condizione patologica? "Nell'intestino delle persone con cirrosi - spiega il Prof. Antonio Gasbarrini, Direttore UOC Medicina Interna e Gastroenterologia, Policlinico Gemelli, Roma - si crea una disbiosi, uno stravolgimento dell'equilibrio nelle popolazioni batteriche che albergano nel tubo digerente. Ogni persona ha nell'intestino circa un chilogrammo di batteri che sovrintendono a numerose attività, prima fra tutti quella metabolica. Nei pazienti con cirrosi il fegato non riesce più a detossificare il sangue dalle tossine normalmente prodotte da questi batteri, con il risultato che alcune di esse raggiungono il cervello alterandone il funzionamento. Una strategia è quindi quella di rimodulare il microbiota".

Lo standard farmacologico in uso per la prevenzione dell'EE è rappresentato dagli antiiperammoniemici quali il lattulosio (o il lattitolo), un disaccaride che non viene assorbito dall'organismo e agisce sulla flora batterica intestinale e sul metabolismo dell'ammoniaca. L'uso eccessivo di lattulosio tuttavia presenta effetti indesiderati che vanno attentamente controllati, in primis vomito e diarrea, che possono portare ad uno stato di disidratazione con scompenso idro-elettrolitico (per esempio iponatriemia), che a sua volta può essere un fattore precipitante l'EE.

► Novità nella gestione dell'EE

Un'innovazione nella complessa gestione clinica e una opzione di trattamento in più per i pazienti con malat-

tie epatiche è la recente approvazione anche in Italia di rifaximina- α 550 mg con la precisa indicazione della riduzione delle recidive di episodi di encefalopatia epatica conclamata, alla dose raccomandata di 550 mg due volte al giorno, in terapia add-on con lattulosio. L'approvazione di AIFA fa seguito all'ok dell'FDA e al riconoscimento europeo da parte del NICE: ad oggi rifaximina è l'unico antibiotico registrato nel mondo che, sulla base dei dati clinici ottenuti, si è dimostrato efficace nella prevenzione delle recidive di episodi di EE (la sua efficacia nell'encefalopatia epatica acuta era già stata dimostrata da tempo).

La novità rappresentata dal dosaggio di 550 mg di rifaximina nella forma polimorfa α permette oggi al clinico di trattare il paziente al fine di prevenire le recidive di EE.

Nei batteri, la rifaximina si lega in maniera irreversibile all'enzima RNA polimerasi DNA-dipendente, bloccando la trascrizione dell'RNA messaggero, che trasporta l'informazione per sintetizzare le proteine batteriche, interrompendo quindi il processo che porta alla produzione di tali proteine. Come conseguenza, alcune popolazioni batteriche presenti nell'intestino diminuiscono drasticamente, in particolare quelle che producono ammoniaca.

"Con rifaximina possiamo agire sul microbiota intestinale - prosegue Gasbarrini. Questo antibatterico agisce in maniera topica e non è assorbito a livello sistemico, evitando quindi l'insorgenza di fenomeni di resistenza batterica. In questo modo si ristabili-

sce l'equilibrio dei batteri e si abbassa il rischio di eventi di encefalopatia epatica conclamata. I dati clinici a disposizione dimostrano che si tratta di un farmaco molto efficace nella prevenzione delle recidive di encefalopatia epatica, in grado di ridurre anche il numero delle ospedalizzazioni".

► Studi su rifaximina nella EE

L'efficacia e la sicurezza dell'antibatterico sono state valutate in uno studio di fase 3, randomizzato, in doppio cieco. 299 soggetti sono stati randomizzati a rifaximina 550 mg 2/die (n. 140) o placebo (n.159) per 6 mesi. Più del 90% dei soggetti ha ricevuto in concomitanza lattulosio.

Ne è scaturito un solido risultato a favore dell'impiego del farmaco rispetto a placebo: rifaximina ha significativamente ridotto il rischio di un nuovo episodio della malattia (-58%) e l'effetto si è tradotto anche in una riduzione delle ospedalizzazioni (-50%).

La sicurezza e la tollerabilità a lungo termine della rifaximina 550 mg due/die sono state confermate da un altro studio: il trattamento con la rifaximina per periodi fino a 24 mesi non ha determinato una perdita di effetto in termini di protezione dagli episodi di riacutizzazione di EE conclamata e di riduzione dei casi di ospedalizzazione.

Bibliografia

- Bass NM et al. *NEJM* 2010; 362: 1071-81
- Wu D et al. *Gastroenterol Res Pract* 2013; 236963.
- EASL Clinical Practice Guidelines: Hepatic encephalopathy in chronic liver disease 2014 (www.easl.eu)
- AIF-SIMG. Indicazioni pratiche per un modello di gestione condivisa tra Mmg e specialista epatologo del paziente con cirrosi epatica, 2015 (www.webaif.org)

■ EMATOLOGIA

Sospetto diagnostico e diagnosi precoce del mieloma multiplo

Il mieloma multiplo (MM), le cui cause non sono note e la cui patogenesi è ancora in via di definizione, è una patologia in netto aumento, non per cause ambientali a cui riferirsi, ma perché è una neoplasia caratteristica dei soggetti anziani, con un'età mediana alla diagnosi di circa 70 anni. Circa il 30% dei pazienti ha più di 75 anni alla diagnosi e meno del 10% un'età compresa fra 20 e 40 anni.

In Italia il MM rappresenta 1,2% di tutti i tumori diagnosticati tra gli uomini e 1,3% tra le donne con un'incidenza, media ogni anno di 9,5 casi ogni 100.000 uomini e 8,1 ogni 100.000 donne. Le stime indicano un totale di 2.315 nuovi casi diagnosticati ogni anno fra i maschi e di 2.098 fra le femmine.

Secondo i dati epidemiologici riportati recentemente dall'AIRTUM, la sopravvivenza globale a un anno è del 76%, mentre a cinque anni è del 42%. Non si registrano differenze sulla base del sesso o della distribuzione geografica (Linee guida Aiom 2015).

► Inquadramento

Il MM è caratterizzato dalla rapida proliferazione di plasmacellule maligne e da grave immunodepressione.

“I medici di medicina generale dovrebbero sospettare sempre di più la sua possibile presenza, nei pazienti con dolore, prevalentemente localizzato a livello della colonna vertebrale e delle coste, con caratteristiche particolari, cioè presenti soprattutto di notte e non responder ai comuni analgesici ed effettuare il quadro proctico per verificare un eventuale picco o una ipo-gammaglobulinemia - afferma a *M.D.* il Prof. **Mario Boccardo**, Direttore Clinica Ematologica I dell'Università degli Studi di Torino.

Al riscontro di una CM sierica è indicato sottoporre il paziente ad esami di screening di primo livello, a un'accurata anamnesi e ad una valutazione clinica. Oltre al dolore osseo, sintomi sistemici, diatesi infettiva, anamnesi di fratture, ipotensione ortostatica, impotenza, perdita di peso inspiegabile, astenia, alterazioni dell'alvo, sindrome da iperviscosità sono i segni e i sintomi che si possono riscontrare in anamnesi. La visita è volta alla ricerca di linfadenomegalie, epatosplenomegalia, segni di amiloidosi (macroglossia, porpora periorbitaria, edemi declivi); neuropatia periferica.

“In presenza di gammopatia monoclonale siamo ormai oltre la comune Rx dello scheletro: va effettuata una RM per individuare le lesioni

anche molto piccole presenti a livello scheletrico o dei tessuti molli. Anche la PET è stata introdotta come esame da effettuare in casi selezionati, per esempio in caso di forte sospetto benché in presenza di segni radiologici negativi” - suggerisce Boccardo.

Per quanto riguarda il trattamento volto al controllo della patologia, al miglioramento della qualità della vita e della sopravvivenza, negli ultimi anni sono stati fatti grandi passi avanti. Per il trattamento in prima linea del mieloma multiplo di recente è stata approvata da Aifa la rimborsabilità di lenalidomide, farmaco orale, già autorizzato per il trattamento di seconda linea in associazione a desametasone. Per i pazienti i vantaggi sono molteplici. In primo luogo viene offerta la possibilità di ricevere una classe di farmaci (gli immunomodulanti) differente dagli agenti farmacologici più comunemente utilizzati sino ad oggi. La combinazione di lenalidomide e desametasone si è dimostrata essere attiva, sia in termini di aumento della risposta che di significativo prolungamento della sopravvivenza globale. Inoltre il farmaco presenta un buon profilo di tollerabilità e l'assunzione orale riduce il numero di accessi ospedalieri.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Mario Boccardo

■ GERIATRIA

Dieta mediterranea ed effetti protettivi negli anziani

È noto che la dieta mediterranea ha effetti positivi sulle malattie neurodegenerative, metaboliche e cardiovascolari. Una ricerca pubblicata sull'*American Journal of Clinical Nutrition* ha dimostrato che la dieta mediterranea ha effetti positivi anche sulla qualità di vita e sui parametri connessi, come disabilità, presenza di dolore, depressione.

Lo studio, nato dalla collaborazione tra l'Istituto di neuroscienze del Consiglio nazionale delle ricerche (In-Cnr) e Nicola Veronese dell'Università di Padova, ha preso in considerazione 4.470 americani con un'età media di 61 anni. "È la prima volta che in uno studio di questo genere vengono prese a campione popolazioni con regimi dietetici lontani da quello mediterraneo e con una prevalenza di malattie cardiovascolari e metaboliche più elevata rispetto a quelle del Vecchio Continente" - ha spiegato **Stefania Maggi**, geriatra della Sezione invecchiamento dell'In-Cnr. "L'aderenza alla dieta mediterranea è stata valutata attraverso un'inchiesta dietetica sui cibi che erano stati consumati più frequentemente nell'ultimo anno, mentre qualità di vita e aspetti a questa collegati (tono dell'umore, disabilità, dolore) sono stati valutati con scale appropriate".

► Meno disabilità e depressione

I ricercatori hanno constatato che i soggetti che seguivano questo stile alimentare avevano una migliore qualità di vita, in particolare una minore prevalenza di disabilità e depressione (circa il 30% in meno). I benefici che sono stati osservati nei soggetti esaminati sono legati all'abbondante consumo di frutta, verdura, cereali, noci, olio d'oliva, alla moderata assunzione di vino, in particolare rosso, di pesce e pollo e a una bassa assunzione di uova e carni rosse; insomma, a uno stile alimentare riconducibile alla dieta mediterranea. Un tipo di alimentazione che ha un ruolo antiossidante e antinfiammatorio, con una conseguente ricaduta positiva sulla qualità di vita.

La ricerca dimostra quindi che questo tipo di alimentazione è importante non solo per la prevenzione di malattie ad alto impatto sociale, ma anche per migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

"La dieta mediterranea protegge la popolazione anziana dall'infarto, riducendo il rischio di circa un terzo, dalla demenza e da altre malattie ad alto impatto sociale come il diabete", commenta Maggi. "Sono ov-

viamente necessari altri studi per confermare questi risultati, ma i dati ottenuti sono rilevanti perché indicano come una dieta sana abbia un impatto positivo sulla vita quotidiana delle persone".

► Effetti sulla "salute" del cervello

Che la dieta mediterranea sia oggetto di studio in tutto il mondo lo dimostra un'altra recente ricerca i cui risultati suggeriscono che tale regime alimentare rallenti l'invecchiamento e protegga il cervello nei soggetti anziani. I ricercatori hanno raccolto le informazioni sulle abitudini alimentari di 967 persone sane di circa 70 anni. A 562 di loro hanno fatto una RM a 73 anni per misurare il volume del cervello, della materia grigia e lo spessore della corteccia, che è lo strato più esterno. Dopo 3 anni a 401 di loro hanno effettuato una seconda RM per valutare l'impatto della dieta mediterranea. Si è così osservato che chi non l'aveva adottata aveva subito la perdita maggiore di volume del cervello rispetto a chi invece l'aveva seguita correttamente: una differenza dello 0.5% nel volume cerebrale, pari alla metà di quello che si ha col normale invecchiamento.

Bibliografia

1. Veronese N et al. Adherence to the Mediterranean diet is associated with better quality of life. *Am J Clin Nutr* 2016; 104: 1403-9.
2. Luciano M et al. Mediterranean-type diet and brain structural change from 73 to 76 years in a Scottish cohort. *Neurology* 2017; published ahead of print.

■ PNEUMOLOGIA

Impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute

Trasporti e riscaldamento domestico destano preoccupazione in fatto d'impatto sanitario a causa dell'alto numero di persone esposte agli inquinanti. Ne abbiamo parlato con la dott.ssa **Carla Ancona**, del Dipartimento di Epidemiologia del Ssr del Lazio e referente del Gruppo di lavoro impegnato sul "Progetto VIIAS" (Valutazione Integrata dell'Impatto dell'Inquinamento atmosferico sull'Ambiente e sulla Salute), a "RespiraMI-Air Pollution and our Health", convegno svoltosi a Milano (27/28.1.2017).

"I principali inquinanti sono il particolato atmosferico (soprattutto il $PM_{2.5}$) e il biossido di azoto (NO_2) associati a effetti sanitari quali l'aggravamento di patologie croniche cardiorespiratorie e il tumore polmonare". Il Progetto VIIAS, realizzato nel quadro delle iniziative del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute, ha effettuato la valutazione dell'inquinamento atmosferico in Italia analizzando gli eventi che influiscono sulla salute della popolazione: "Uno degli obiettivi del programma è stato quello di produrre stime delle concentrazioni al suolo di $PM_{2.5}$ e NO_2 in tre anni di riferimento: 2005, 2010 e 2020".

► Risultati

Perché proprio questi tre anni? "Perché il 2005 è tuttora anno di riferimento per le politiche europee; il 2010 è l'anno che corrisponde all'attuale crisi economica; infine il 2020 è l'anno in cui gli effetti della crisi economica saranno ridotti e vigeranno normative europee e nazionali previste ad oggi". In sintesi, i risultati: 34.552 decessi al 2005 per cause naturali attribuibili a esposizione nel lungo periodo a $PM_{2.5}$ e 23.387 per esposizione a NO_2 . Emergono disuguaglianze degli effetti sanitari sul territorio: l'inquinamento colpisce più il Nord e, in generale, le aree urbane. Nel 2010 si osserva un'importante diminuzione degli effetti del $PM_{2.5}$ (21.524 decessi) e dell' NO_2 (11.993), "dovuta alla riduzione delle emissioni e alla contrazione dei consumi imputabili alla recessione economica"; nel 2020 ("nonostante i miglioramenti tecnologici") si avrà uno scenario simile rispetto a dieci anni prima (28.595 decessi per $PM_{2.5}$ e 10.117 per NO_2). È da segnalare che nonostante le normative impongano limiti alle concentrazioni d'inquinanti in atmosfera, in Italia si assiste al loro superamento sistematico. Anzitutto bisogna consi-

derare le particolari condizioni climatiche che determinano, specie nella Pianura Padana, un aumento delle concentrazioni di particolato nell'aria: "Queste sono caratteristiche del territorio: non possiamo ignorarle. Ciò detto, è importante sottolineare che la causa principale d'inquinamento persistente e diffuso sta nella difficoltà di adottare politiche di prevenzione unitarie; a tutt'oggi la pianificazione degli interventi è in capo alle Regioni, a fronte di un fenomeno i cui effetti si manifestano su tutto il territorio nazionale".

Il progetto VIIAS ha coniugato una metodologia scientifica a uno sforzo di comunicazione accessibile: si possono osservare i risultati dettagliati dello studio sul sito www.viias.it. "È auspicabile - conclude Ancona, che, sulla base dei risultati del progetto, vengano presi rimedi per tutelare la salute della popolazione, garantendo la sinergia istituzionale a livello nazionale e regionale, il tutto volto ad esempio verso sistemi di certificazione delle emissioni veicolari più vicini ai cicli reali di guida, una regolamentazione dell'uso e della qualità degli impianti di riscaldamento domestico e una sostituzione della legna con impianti a bassa emissione".

s.m.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Carla Ancona

■ PSICHIATRIA

Trattamenti somatici per le depressioni farmaco-resistenti

Più del 10% dei pazienti con depressione maggiore è resistente a interventi psicofarmacologici. È questo l'assunto di fondo che porta il Prof. **Guido Di Sciascio**, psichiatra dell'Universitaria del Policlinico di Bari, a parlare dei trattamenti somatici non farmacologici contro le depressioni. Lo ha fatto nel contesto del convegno "Le depressioni" organizzato a Milano dalla Società Italiana di Psichiatria (dicembre 2016). "Sono tre i trattamenti da considerare, ed è bene che anche i colleghi della Medicina Generale li conoscano - racconta Di Sciascio:

- la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (o rTMS);
- la stimolazione cerebrale profonda (o DBS);
- la stimolazione del nervo vago (o VNS)".

▶ **Stimolazione magnetica transcranica ripetitiva**

La rTMS è un trattamento per la cura della depressione ormai approvato da alcune delle più importanti associazioni scientifiche internazionali e prevede impulsi ripetitivi di un campo magnetico che (con una forza più o meno equivalente a quella applicata durante una risonanza magnetica)

passa senza ostacoli attraverso il cranio e stimola il tessuto cerebrale sottostante, inducendo una corrente elettrica in grado di depolarizzare le cellule neuronali e modificarne l'eccitabilità e, pertanto, l'attività.

"Si tratta di una tecnica non invasiva, indolore, relativamente senza rischi e solitamente ben tollerata - commenta Di Sciascio. Inoltre, a differenza dell'elettroshock non necessita né di anestesia generale né di alcuna protezione o profilassi farmacologica, al punto da poter essere effettuata a livello ambulatoriale".

▶ **Stimolazione cerebrale profonda**

La stimolazione cerebrale profonda (Deep Brain Stimulation - DBS), consiste nell'applicazione cronica di impulsi elettrici di bassa intensità e di elevata frequenza in determinati punti bersaglio del cervello. È necessario l'impianto chirurgico di elettrodi collegati a un generatore alimentato da una batteria posizionata sottocute. Si parla in proposito di pacemaker cerebrale: "Il vantaggio di questa terapia - sottolinea Di Sciascio - è la sua reversibilità: grazie alle ridotte dimensioni del pacemaker cerebrale e alla sua program-

mabilità, si può parlare di intervento mininvasivo e di assoluta personalizzazione della terapia".

▶ **Stimolazione del nervo vago**

Il trattamento VNS è una terapia ormai consolidata per il trattamento di determinate forme di epilessia, ma durante gli anni '90 del secolo scorso è stato scoperto che molti pazienti trattati con VNS hanno registrato miglioramenti significativi per quanto riguardava la depressione (i pazienti "responder" in molti studi hanno raggiunto il 40%). Dal 2001, la terapia VNS è approvata in Europa per il trattamento della depressione farmaco-resistente. La VNS esercita il suo effetto antidepressivo grazie alle estese connessioni del nervo vago con strutture troncoencefaliche e diencefaliche. Attraverso varie fibre il vago arriva poi a circuiti limbici e paralimbici. "I risultati sono incoraggianti - conclude Di Sciascio - e secondo i recenti studi circa il 50% di tutti i pazienti potrebbe ottenere un miglioramento rispetto alle condizioni iniziali. Attraverso la terapia VNS si ottiene un sostanziale e duraturo miglioramento della qualità della vita ed in alcuni casi si ottiene anche una remissione completa della depressione".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Guido Di Sciascio

Linee guida italiane per la prevenzione e la cura dell'ictus cerebrale

L'8ª edizione delle linee guida ISO-SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) risponde alle esigenze di aggiornamento della classe medica. In particolare l'attenzione è posta alla prevenzione e in fase acuta alla trombolisi e alle procedure interventistiche e un nuovo capitolo è dedicato alla medicina di genere. Di seguito pubblichiamo la sintesi curata dai coordinatori del Progetto

Gian Franco Gensini, Antonio Carolei, Augusto Zaninelli

ISO-SPREAD Collaborative Group - www.iso-spread.it

► Epidemiologia e diagnosi

È ormai accertato che l'ictus cerebrale costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale, e la prima causa di disabilità negli anziani. Nel 35% dei pazienti colpiti da ictus, globalmente considerati, residua una disabilità grave.

Sul versante dell'imaging ulteriori studi randomizzati controllati potranno essere utili per determinare se paradigmi di imaging avanzato con TC (angio-TC e perfusione) e la RM con perfusione e diffusione, comprese la valutazione del core ischemico, la penombra e lo stato dei circoli collaterali, potranno essere raccomandate nella selezione dei pazienti da sottoporre alla terapia endovascolare entro 6 ore dall'insorgenza dei sintomi e che hanno un ASPECTS ≤6 o oltre 6 ore dall'inizio dei sintomi.

► Prevenzione

Le novità da attribuire all'area dei fattori di rischio/prevenzione primaria sono sostanzialmente da riferire all'intensità del trattamento dell'ipertensione arteriosa, alla preven-

zione dell'ictus cardioembolico con gli anticoagulanti diretti nella fibrillazione atriale e all'utilizzo dell'aspirina in prevenzione primaria.

► Ipertensione arteriosa

Per quanto attiene al trattamento dell'ipertensione arteriosa, le raccomandazioni hanno recepito, in modo critico, i risultati dello studio SPRINT. Lo studio SPRINT ha randomizzato 9361 pazienti con valori di PAS >130 mmHg e <180 mmHg ad un target di trattamento antipertensivo >120 mmHg (intensivo) o >140 mmHg (standard). I criteri di inclusione erano la presenza di almeno un fattore fra malattia cardiovascolare clinica o subclinica, insufficienza renale cronica (filtrato glomerulare stimato fra 20 e 60 ml/min), rischio cardiovascolare a 10 anni >15% secondo lo score Framingham, età >75 anni. Tra i criteri di esclusione vi erano la presenza di diabete o pregresso ictus cerebrale. Lo studio è stato interrotto prematuramente per una minore incidenza dell'endpoint primario composito (infarto miocardico, altre sindromi coronariche acute, ictus, morte cardiovascolare e scompenso cardiaco) nel

gruppo trattato intensivamente. Tuttavia, tale effetto è stato guidato da una riduzione di morte CV e scompenso cardiaco, mentre non è emerso alcun effetto sull'incidenza di ictus. Gravi eventi avversi (ipotensione, sincope, insufficienza renale) erano più frequenti in modo significativo nel gruppo trattato intensivamente. I risultati dello studio SPRINT possono essere rilevanti per la riduzione di eventi CV e mortalità, ma non di ictus cerebrale, in pazienti con le caratteristiche cliniche dei soggetti inclusi nel trial, la cui prevalenza è stata stimata dell'8% della popolazione generale e 16% della popolazione di ipertesi trattati.

► Anticoagulanti diretti

Con riferimento all'utilizzo degli anticoagulanti diretti, si è adottata una tabella che riassume le caratteristiche d'impiego di rivaroxaban, apixaban e dabigatran, in caso di insufficienza renale, con un grado classificato come "forte a favore" nel paziente con fibrillazione atriale non valvolare e insufficienza renale non grave è raccomandato il dosaggio ridotto di NAO come segue:

► rivaroxaban 15 mg 1/die se clearan-

ce della creatinina 30-49 ml/min

- ▶ apixaban 2,5 mg 2/die se creatinemia 1.5-2.5 mg/dl (ma clearance della creatinina >25 ml/min) e almeno uno tra:

- età ≥80 anni
- peso <60 kg

mentre, classificata come “*debole a favore*”, la seconda parte, che recita:

- ▶ dabigatran 110 mg 2/die se clearance della creatinina 30-49 ml/min e almeno uno tra:

- elevato rischio emorragico (HASBLED ≥3)
- età >75 anni.

▶ Impiego di ASA

Le linee guida ISO-SPREAD, prime in Europa, in una raccomandazione “*forte a favore*”, enunciano la possibilità che nella decisione di instaurare una terapia con aspirina 100 mg in prevenzione primaria, si tenga conto anche del rischio di cancro. L'uso di ASA 100 mg al giorno per la prevenzione primaria di eventi CV è raccomandato per i soggetti con rischio stimato a 10 anni di eventi cardiovascolari >10%, nei quali il beneficio è ritenuto sufficientemente elevato rispetto al rischio derivante dal trattamento, tenendo anche conto dei possibili benefici addizionali relativi all'effetto protettivo sullo sviluppo di neoplasie.

▶ Ictus acuto

L'area della fase acuta come principale novità si è concentrata su due aspetti:

- dosaggio della trombolisi
- procedure interventistiche, basate sui trattamenti endoarteriosi.

▶ Dosaggio della trombolisi

I risultati sostanzialmente negativi dello studio ENCHANTED hanno consentito di rafforzare il messaggio relativo alla necessità di impegno della trombolisi al dosaggio universalmen-

te consigliato (0,9 mg/kg), ma la significativa riduzione, in una analisi di sottogruppo prespecificata, relativamente all'outcome funzionale (valutato tenendo conto dei vari gradi della scala Rankin), risultata favorevole della bassa dose di r-tPA (0,6 mg/kg) nel gruppo pretrattato con antiplatefici rispetto al gruppo dei non trattati con antiaggreganti (p=0.02), induce a considerare, in questa tipologia di pazienti, l'utilizzo della bassa dose, piuttosto che la non somministrazione in assoluto della trombolisi.

▶ Trattamenti endoarteriosi

Sul versante del trattamento intra-arterioso una revisione sistematica ha valutato i risultati di alcuni studi su trombolisi intra-arteriosa o qualunque tipo di trombectomia in pazienti con occlusioni extra e/o intracraniche. Alla fine della discussione, il gruppo di lavoro ha assunto, in tema del trattamento intra-arterioso le raccomandazioni che seguono.

- In pazienti eleggibili alla trombolisi ev, trattamenti di riperfusione endoarteriosi non sono indicati in alternativa a questa.
- Le tecniche di trombectomia meccanica sono indicate entro 6 ore dall'esordio dei sintomi in pazienti con occlusione di carotide interna intra-cranica, arteria cerebrale media tratti 1-2, arteria cerebrale anteriore tratto 1, che non rispondono o che non possono essere sottoposti alla trombolisi ev.
- Le tecniche di trombectomia meccanica sono indicate entro 6 ore dall'esordio dei sintomi in pazienti con occlusione di arteria vertebrale, basilare o cerebrale posteriore tratto 1, che non rispondono o che non possono essere sottoposti alla trombolisi ev.

▶ Sintesi

- La trombolisi ev in caso di occlusione di arteria carotide interna extra-

cranica, come in generale per tutte le occlusioni di grossi tronchi arteriosi, non consente di raggiungere alte percentuali di ricanalizzazione.

- Pazienti con ictus esordito oltre le 4.5 ore possono trarre giovamento da trombectomia meccanica primaria in particolare se iniziata entro 5 ore dall'esordio dei sintomi. In caso di intervallo inizio sintomi-inizio trattamento endoarterioso superiore alle 5 ore, la ricerca di mismatch alla RM DW-PW o alla pTC fornisce informazioni utili alla scelta terapeutica.

- Pazienti con ictus da occlusione di rami arteriosi distali possono trarre giovamento dal ricorso ad agenti trombolitici per via intra-arteriosa.

- Pazienti con ictus ischemico acuto e recente (<14 giorni secondo le linee guida AHA, <3 mesi secondo la licenza EMA) intervento chirurgico maggiore o trauma maggiore, possono trarre giovamento da trombectomia meccanica dopo valutazione clinica e del rischio emorragico.

- Pazienti in terapia anticoagulante orale con farmaci aVK con INR >1.7 possono trarre giovamento da trombectomia meccanica, previa valutazione del rapporto rischio/beneficio.

- L'intervento endoarterioso meccanico può essere preso in considerazione, previa valutazione del rapporto rischi/benefici, in pazienti trattati con anticoagulanti diretti e con alto rischio di emorragia, definito dai test di laboratorio specifici (o dall'impossibilità della loro esecuzione) e dal tempo dell'ultima assunzione, in quanto non sembra associato a un incremento del rischio di complicanze emorragiche.

- In pazienti in terapia con eparine a basso peso molecolare con qualunque dose prima dell'ictus, la letteratura suggerisce il ricorso intervento endoarterioso meccanico primario.

- Non esistono dati di letteratura su trattamento endoarterioso in pazien-

ti con: neoplasia con aumentato rischio emorragico; storia di emorragia cerebrale o subaracnoidea; grave epatopatia, compresa insufficienza epatica, cirrosi, ipertensione portale (varici esofagee), epatite attiva; retinopatia emorragica; alto rischio emorragico per comorbidità; recenti (<30 giorni) massaggio cardiaco esterno traumatico, parto, puntura di vaso sanguigno non comprimibile (es. vena succlavia o giugulare); malattia ulcerosa del tratto gastroenterico (<3 mesi). Tuttavia, è ragionevole valutare individualmente il rapporto rischio/benefico di un intervento endoarterioso meccanico che come tale comporta un limitato rischio emorragico.

- Con riferimento all'impiego della trombolisi sistemica, il Gruppo ha affrontato, come novità non presente nelle precedenti edizioni, la possibilità di somministrazione della terapia in pazienti con ictus ischemico acuto, in terapia con gli anticoagulanti diretti. In questi casi, la letteratura suggerisce la possibilità di prendere in considerazione la trombolisi ev in pazienti trattati con DOAC, con verosimile effetto sub terapeutico, evidenziato dalla storia clinica (dose e intervallo temporale dall'ultima assunzione, funzionalità renale) e da test specifici e standardizzati (tempo di trombina, tempo di ecarina o Hemoclot per il dabigatran, anti-Xa per il

rivaroxaban o l'apixaban).

- In pazienti con ictus ischemico acuto, l'uso degli ultrasuoni per potenziare l'effetto della trombolisi ev non è indicato routinariamente. Gli ultrasuoni per potenziare l'effetto della trombolisi ev sono usati all'interno di studi clinici controllati, con particolare riferimento a pazienti con occlusione dei grossi vasi intracranici.

► Riabilitazione e continuità dell'assistenza

La dimostrazione del razionale di efficacia di nuovi approcci riabilitativi sviluppati alla luce delle attuali conoscenze sui meccanismi di neuroplasticità è uno dei principali argomenti su cui si sta concentrando la ricerca relativa alla riabilitazione dell'ictus. Sulla scorta delle ampliate conoscenze dei meccanismi neurobiologici della plasticità cerebrale vengono attualmente privilegiati approcci che avvalorano l'intensità, la ripetitività, la significatività di un esercizio e la stimolazione multisensoriale. La realizzazione di questi presupposti avviene:

- mediante esecuzione reiterata, supportata da strumenti robotici;
- mediante un'esaltazione dell'informazione sensoriale di ritorno, prodotta da sistemi in realtà virtuale;
- mediante la realizzazione di un ambiente arricchito.

In sintesi

Trombolisi endovenosa: criteri di inclusione

Pazienti di ambo i sessi di età ≥ 18 anni

Ictus ischemico responsabile di un deficit misurabile di linguaggio, motorio, cognitivo, di sguardo, del visus e/o di neglect

Inizio dei sintomi entro 4.5 ore (alla somministrazione di rt-PA)

Sintomi presenti per almeno 30 minuti. I sintomi vanno distinti da quelli di un episodio di ischemia generalizzata (cioè una sincope), di una crisi epilettica o di una crisi di emicrania

I pazienti (o un familiare) debbono aver ricevuto informazione sul trattamento e aver dato il consenso all'utilizzo dei loro dati e alle procedure di follow-up

► Nutrizione e ictus

Con riferimento alla prevenzione, viene ribadito il ruolo di un corretto stile alimentare, per la riduzione dei fattori di rischio influenzati da ap-

In sintesi

Trombolisi endovenosa: criteri assoluti di esclusione

Insorgenza dell'ictus > 4.5 ore

Emorragia intracranica alla TAC cerebrale

Sospetto clinico di ESA, anche se TAC normale

Somministrazione di eparina endovena nelle precedenti 48 ore e aPTT eccedente limite normale superiore del laboratorio

Conta piastrinica $< 100.000/\text{mm}^3$ *

Diatesi emorragica nota

Sanguinamento grave in atto o recente

Sospetto di emorragia intracranica in atto

Endocardite batterica, pericardite

Pancreatite acuta

Neoplasia con aumentato rischio emorragico

Grave epatopatia, compresa insufficienza epatica, cirrosi, ipertensione portale (varici esofagee), epatite attiva

Retinopatia emorragica, (es in diabetici alterazioni del visus)

Alto rischio emorragico per comorbidità

Recenti (< 10 giorni) massaggio cardiaco esterno traumatico, parto, puntura di vaso sanguigno non comprimibile (es. vena succlavia o giugulare)

Malattia ulcerosa del tratto gastroenterico (<3mesi)

* l'attuale RCP dell'Actilyse riporta il termine "numero di piastrine molto basso".

In letteratura ci sono pochissimi dati su pazienti trattati con conta piastrinica < 100.000 ⁵⁹ che suggeriscono che il trattamento con alteplase possa essere efficace, mantenendo la sicurezza. Tuttavia, non essendo esplicitati i valori in presenza dei quali il trattamento è stato effettuato, tale opzione va valutata con cautela

procci alimentari inadeguati, per tipologia e caratteristiche caloriche. Per quanto riguarda il capitolo dell'ictus acuto, il gruppo sottolinea come la valutazione dello stato di nutrizione e l'intervento nutrizionale sono indicati come componente fondamentale dei protocolli diagnostici-terapeutici dell'ictus, sia in fase acuta che durante il periodo di riabilitazione.

Con riferimento alla fase riabilitativa gli obiettivi nutrizionali durante il periodo di riabilitazione sono finalizzati alla prevenzione e alla correzione di un eventuale stato di malnutrizione per eccesso o per difetto. L'impostazione del trattamento nutrizionale richiede lo studio preliminare della deglutizione, l'esecuzione di protocolli diagnostici per la valutazione dello stato nutrizionale e del rischio nutrizionale, nonché l'attivazione di procedure per garantire un'adeguata gestione nutrizionale del paziente durante il ricovero. La copertura dei fabbisogni va raggiunta gradualmente, specie se il soggetto ha affrontato un lungo periodo di digiuno e presenta uno stato nutrizionale compromesso.

► Complicanze psico-cognitive

Viene ribadito che nei pazienti con depressione, una buona risposta al trattamento antidepressivo è associata a maggiore indipendenza a 12 settimane. Un trattamento antidepressivo può influenzare positivamente il recupero funzionale, ma non annullare l'impatto sfavorevole della depressione post-ictus sullo stesso. I pazienti con depressione post-ictus non trattati con antidepressivi presentano una prognosi riabilitativa peggiore rispetto a quelli trattati.

► Ictus pediatrico, giovanile e da cause rare

Riguardo all'ictus ischemico perinatale, in età pediatrica e giovanile si rimanda alla lettura delle linee guida segnalando però che l'eziologia dell'emorragia cerebrale nei soggetti giovani è più eterogenea rispetto a quella dei soggetti in età adulta e anziana; in particolare, svolgono un ruolo importante le malformazioni vascolari, le coagulopatie e l'abuso di sostanze quali la cocaina e le amine simpaticomimetiche. La prognosi è migliore di quella degli anziani, senza sostanziali differenze di genere. La gravità dei sintomi all'esordio, la presenza di emorragia intraventricolare, di idrocefalo e di focolai emorragici multipli sono predittori di mortalità nel soggetto giovane.

► Medicina di genere

Si tratta di un'area totalmente nuova e, per certi versi, innovativa, nella realizzazione di una linea guida. Molti aspetti del rapporto fra patologia cerebrovascolare e genere femminile sono tuttora sottostimati. I fattori di rischio vascolari presentano specificità di genere riconosciute e ben caratterizzate; le donne hanno spesso sintomi di presentazione di patologia cerebrovascolare non specifici e giungono più tardivamente all'attenzione medica rispetto agli uomini, fattori che contribuirebbero ad una minore probabilità di accesso a trattamenti ripercussivi in acuto. Differenze di genere sono presenti anche per quanto concerne la scelta e la risposta alle terapie di prevenzione primaria e secondaria. I risultati degli studi clinici sui farmaci CV sono applicati nella pratica clinica indipendentemente dal genere, nonostante le donne siano numericamente sotto-

rappresentate nella ricerca clinica e non sempre nel disegno degli studi sia prevista l'analisi per la differenza di genere. È importante che la comunità scientifica rivolga maggiore e dedicata attenzione alle differenze di genere nella patologia cerebrovascolare promuovendo lo sviluppo di programmi di ricerca e iniziative di servizi e percorsi che definiscano la medicina centrata sul paziente. L'attenzione alla medicina di precisione e personalizzata rappresenta la chiave di volta per contribuire a colmare il gap di conoscenza sulle differenze di genere nella prevenzione cardiovascolare.

► Analisi e confronto con le altre linee guida

In questo capitolo si sono messe a confronto alcune raccomandazioni delle linee guida ISO-SPREAD con quelle contenute nelle due più importanti e recenti linee guida di riferimento internazionali, vale a dire quelle edite dalla American Heart Association/American Stroke Association e quelle redatte da the European Stroke Organisation. Le raccomandazioni sono state selezionate nell'ambito della gestione della fase acuta dell'ictus e in alcuni aspetti di prevenzione delle recidive. Il gruppo di lavoro ha prodotto una serie di tabelle comparative, che evidenziano come le linee guida ISO-SPREAD siano molto più esplicative e descrittive delle motivazioni alla base delle varie sintesi e raccomandazione, rispetto alle altre.

La 8ª Edizione di SPREAD è stata realizzata grazie ad un contributo incondizionato di Bayer Italia

Bibliografia

Gensini GF, Carolei A, Zaninelli A (Editors): Ictus Cerebrale - linee guida italiane di prevenzione e trattamento. 21 luglio 2016. www.iso-spread.it

Depressione e patologie cardiovascolari: un nuovo modello assistenziale

Lo studio prospettico osservazionale “Collaborative stepped care” condotto in Valtiberina sulla patologia ansioso-depressiva associata a patologie CV, prevede la partecipazione dei Mmg, del Centro di Salute Mentale e della psicologa. In attesa dei definitivi, i dati raccolti ad oggi segnalano che l’infarto è la patologia CV più frequentemente associata alla depressione e che il suo esordio è per lo più successivo alla patologia psichiatrica. Inoltre sono emersi numerosi spunti di riflessione, su come definire le priorità per la riorganizzazione del percorso assistenziale

Valentina Anemoli,¹ Giampiero Cesari,² Sara Batini,³ Rosella Guadagni,⁴ Stefania Arniani,⁵ Tamara Leonardi,⁶ Evaristo Giglio⁷

La depressione e le patologie cardiovascolari sono malattie interconnesse tra loro da un legame bidirezionale. Numerosi studi scientifici hanno dimostrato il ruolo della patologia ansioso-depressiva sia come fattore di rischio che come fattore prognostico negativo nel contesto di patologie cardiache. Il loro legame non può essere spiegato in modo univoco con un semplice modello “chicken-or-egg” in cui la depressione causa la malattia cardiovascolare “o viceversa?”, ma alla base ci sono meccanismi complessi e multifattoriali. Fattori genetici, biologici, fisiopatologici e comportamentali spiegano la loro associazione. Recenti ricerche scientifiche, condotte dal centro cardiologico Monzino di Milano in collaborazione con la Cornell

University di New York, hanno identificato una stessa variazione genetica per la codifica di un importante fattore di crescita per i neuroni (neurofina BDNF), la quale è alla base dell’insorgenza di alcuni disturbi psichiatrici, ma con un ruolo chiave nell’attivazione piastrinica e nella formazione dei trombi. La facilità a formare i trombi espone i pazienti depressi ad un maggior rischio di eventi cardiaci acuti.

L’aumento dell’attività infiammatoria e dell’attività delle citochine, la disfunzione endoteliale e del sistema nervoso autonomo (meccanismi bio-fisio-patologici) riscontrati nei soggetti depressi aumentano il rischio di insorgenza di malattie cardiache e peggiorano gli outcome nei pazienti affetti da tali patologie. Anche i fattori comportamentali legati alla scarsa aderenza agli stili di vita sani, stress cronico, diminuzione della compliance alle terapie e isolamento sociale sono alla base del legame a doppio filo tra patologia psichiatrica e cardiaca.

Il grado di associazione tra le due patologie è tale da avere indotto gli autori del Global Burden of Disease Study - 2010 e l’American Heart Association

a inserire la depressione come fattore di rischio cardiovascolare significativo e indipendente (RR 1.6; IC 95% 1.14-1.90) equiparandola al rischio correlato all’abitudine al fumo.

Dati epidemiologici affermano che la prevalenza della patologia ansioso-depressiva nei pazienti con malattie cardiache è in media del 21.5% e l’incidenza è tre volte più alta che nella popolazione generale.

La depressione in questi pazienti si caratterizza per la cronicità e la ricorrenza ed è inoltre associata a un peggioramento della qualità della vita e ad un aumento della morbilità e della mortalità per tutte le cause (OR 2.38; IC 95% 1.76-3.22).

Nei pazienti con scompenso cardiaco il rischio di morte per ogni causa è 5 volte superiore se sono associati sintomi depressivi moderati o severi e nei pazienti con infarto del miocardio il rischio è 3 volte superiore. Inoltre è stato evidenziato che l’incidenza della depressione cresce quasi linearmente con la gravità dello scompenso: dall’11% dei soggetti in classe NYHA I al 20% in quelli in classe II, al 38% di quelli in classe III fino al 42% di quelli in classe IV.

¹ Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva - Perugia

² Responsabile Psichiatria DSM Zona Valtiberina
USL Sud est Toscana U.F. SMA Zona Valtiberina-ASL Toscana SudEst

³ Medico Psichiatra DSM Zona Valtiberina - USL Sud est Toscana U.F. SMA Zona Valtiberina-ASL Toscana SudEst

⁴ Coordinatore Sanitario Zona Valtiberina (Mmg)
USL Toscana Sud Est

⁵ Programmazione Operativa e Controllo di Gestione Azienda USL Toscana Sud Est

⁶ Psicologa-Psicoterapeuta - Perugia

⁷ Direttore Zona Distretto Valtiberina-USL Toscana Sud Est

Nel post-infarto la presenza di sintomi depressivi è associato a un aumento delle riospedalizzazioni e ad una diminuzione all'adesione a comportamenti di prevenzione secondaria quali cessazione del fumo, attività fisica, dieta e riabilitazione cardiaca.

Nonostante ciò, la malattia ansioso-depressiva è spesso sottodiagnosticata e sottovalutata e di conseguenza undertreated in pazienti con malattie cardiovascolari.

► Il modello delle "collaborative care"

La depressione e le malattie cardiovascolari non possono essere considerate malattie indipendenti e separate neanche dal punto di vista della presa in carico.

La letteratura scientifica ha già evidenziato come la gestione integrata e multiprofessionale ispirata al modello delle "collaborative care" risulta maggiormente efficace negli outcome di entrambe le malattie con risvolti positivi sia della qualità di vita del paziente che nel miglioramento della morbilità e della mortalità.

Per "collaborative care" si intende un modello di assistenza e cura del paziente basato sulla presenza di un'équipe costituita da Mmg, specialisti e almeno un'altra figura professionale (infermiere, psicologa, ecc) che agiscono con interventi proattivi, piani di cura strutturati e personalizzati e con follow-up definiti.

I principi fondamentali sui quali si basano le "collaborative care" sono: patient-centered team care, population-based care, measurement-based treatment to target, evidence-based care e accountable care.

Sin dagli anni '90 le "collaborative care", già sperimentate e validate dal punto di vista dei risultati in vari Paesi europei, rappresentano le migliori organizzazioni che possano garantire continuità della cura, tempestività, specifici-

tà e appropriatezza degli interventi. Quindi, l'integrazione tra specialisti e Mmg rappresenta il punto di forza per raggiungere risultati eccellenti sia in termini di salute che di costi sanitari.

Progetto "Collaborative Stepped Care" in Valtiberina

In linea con esperienze di altre Regioni italiane quali l'Emilia Romagna ("Programma Leggeri") e ispirandosi anche a modelli internazionali quali TEAM care e COMPASS care (Care Of Mental, Physical, And Substance-use Syndrome), la Zona Distretto Valtiberina ha promosso un progetto rivolto ai pazienti con diagnosi di patologia ansioso-depressiva associata a malattie cardiovascolari. Lo studio prevede la partecipazione dei 20 medici di medicina generale, del Centro di Salute Mentale e della psicologa.

► Disegno dello studio

Si tratta di uno studio di coorte prospettico osservazionale (*before and after*) suddiviso in una prima fase descrittiva seguita da una fase di follow-up ad un anno.

► Popolazione in studio

I criteri di inclusione per l'arruolamento dei pazienti sono:

- domiciliati nella zona Distretto Valtiberina Toscana
- età >18 anni e <80 anni
- diagnosi di scompenso cardiaco e/o infarto del miocardio con incidenza dal 1.1.2010 al 31.12.2015
- assunzione di farmaci antidepressivi (ATC N06A) dal 2013 al 2015.

I criteri di esclusione sono: malati terminali, residenza nelle RSA, demenze, sordità, pazienti in chemioterapia e radioterapia, pazienti impossibilitati a recarsi in ambulatorio.

I pazienti arruolabili sono individuati tramite flussi di dati correnti.

► Obiettivo

L'obiettivo del progetto è quello di riorganizzare il percorso terapeutico-assistenziale territoriale dei pazienti affetti da depressione con o senza ansia associata a malattie cardiovascolari sulla base dei principi delle "Collaborative Stepped Care" al fine di migliorare gli outcome delle patologie, la qualità di vita del paziente, l'appropriatezza e l'aderenza alla terapia con risvolti positivi sulla morbilità e sulla mortalità.

La prima fase descrittiva dello studio ci consente di valutare il "profilo di salute" dei pazienti, l'attuale percorso assistenziale, la soddisfazione e la qualità percepita della presa in carico al fine di qualificare la domanda e i bisogni dei pazienti e di definire le priorità per la riorganizzazione del percorso assistenziale.

► Obiettivi secondari

Il progetto prevede il raggiungimento di specifici obiettivi che riguardano le seguenti macroaree:

- **Organizzazione dei servizi territoriali:** migliorare la collaborazione tra Mmg e Servizio di Salute Mentale tramite la definizione di specifici protocolli operativi e introducendo lo psichiatra di riferimento presso la Casa della Salute.
- **Medicina Generale:** aumento dei casi identificati (screening con il test PQH-9) e trattati dal Mmg e diminuzione del ricorso inappropriato ai servizi psichiatrici; miglioramento della soddisfazione del Mmg nella gestione dei pazienti psichiatrici; miglioramento dell'utilizzo dei servizi psichiatrici e diminuzione della difficoltà nella gestione dei casi.
- **Accessibilità ai servizi:** aumento dell'equità e dell'appropriatezza nel ricorso ai servizi territoriali specialistici.
- **Formazione:** organizzare eventi formativi e audit rivolti ai Mmg e agli operatori sanitari.
- **Prevenzione e promozione della salute:** migliorare tramite counselling l'adesione a stili di vita sani per dimi-

nuire i fattori di rischio cardiovascolari (fumo, attività fisica, alimentazione).

• **Esiti delle malattie e terapie:** migliorare l'appropriatezza e la qualità della terapia; monitorare e supportare l'aderenza al trattamento; migliorare gli outcome sia della patologia ansioso-depressiva che di quella cardiovascolare; migliorare la qualità della vita.

• **Riduzione dei costi sanitari diretti e indiretti:** migliorare l'appropriatezza della spesa farmaceutica, ridurre i ricoveri ospedalieri e gli accessi al Pronto soccorso.

► *Modalità di svolgimento e strumenti metodologici*

In linea con la medicina d'iniziativa, il progetto prevede la chiamata pro-attiva da parte del Mmg dei pazienti arruolabili (diagnosi di malattia CV associata a depressione con o senza ansia).

Ai pazienti che volontariamente accettano l'adesione, viene sottoposto, da parte della psicologa e del medico di famiglia, un test (PHQ-9) per valutare la gravità della depressione e un questionario (*tabella 1*). In tale seduta le due figure professionali eseguono adeguato counselling ai pazienti in merito a sani stili di vita.

► *Test PHQ-9*

Il Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) è un breve strumento auto-somministrato sviluppato specificatamente per l'utilizzo nelle cure primarie (Spitzer et al, 1999). Questo strumento può essere utilizzato per lo screening, la diagnosi, il monitoraggio e la misurazione della gravità della depressione.

Il PHQ-9 è composto da 9 item che corrispondono ai sintomi della depressione maggiore. Il punteggio ha un range compreso tra 0 e 27. I punteggi compresi tra 0 e 9 indicano la presenza di una depressione sottosoglia. Il punteggio di 10 viene indicato come punto in cui la sensibilità e la specificità dello strumento vengono riconosciute otti-

Tabella 1

Item del questionario

Il questionario approfondisce i seguenti item:

- Stato demografico e socio-economico (stato civile, titolo di studio, attività lavorativa, rete socio-familiare, condizioni socio-economiche)
- Salute autopercepita
- Patologia depressiva (insorgenza, ricoveri, familiarità)
- Patologia cardiovascolare
- Comorbidità
- Terapie (principio attivo e posologia dei farmaci, aderenza alle terapie)
- Stili di vita (fumo, alcool, attività fisica e tempo libero)
- Presa in carico e percorso assistenziale (specialistico e territoriale)
- Soddisfazione e qualità percepita della presa in carico

Il questionario viene somministrato al tempo 0 e dopo 12 mesi per la valutazione dei vari indicatori di esito riguardanti gli stili di vita, la gravità della depressione, l'appropriatezza delle terapie e della presa in carico.

mali per evidenziare depressioni di rilevanza clinica (Gilbody et al, 2007).

Il livello di gravità della depressione viene suddiviso a seconda dei punteggi ottenuti al PHQ-9 (MacArthur & MacArthur, 2009):

- 0-9 = sintomi depressivi minimi/depressione sottosoglia
- 10-14 = depressione minore/depressione maggiore lieve
- 15-19 = depressione maggiore moderata
- ≥ 20 = depressione maggiore severa.

► *Percorso "stepped care"*

Dopo aver suddiviso i pazienti in tre livelli di gravità a seconda del punteggio ottenuto dal test PHQ-9 (score <10 i pazienti con depressione sottosoglia, score tra 10-19 con depressione moderata e >20 con depressione severa) ad ognuno di loro è stato assegnato un percorso

individualizzato "stepped care".

La modalità operativa "stepped care" si basa sulla presa in carico per livelli, in funzione della gravità e della complessità del caso. In funzione della gravità del caso si individua un responsabile della presa in carico, un setting e un approccio terapeutico differente. Vengono individuati tre livelli di presa in carico: i casi più lievi sono gestiti dal Mmg autonomamente (presa in cura semplice), i casi di livello moderato sono gestiti dal Mmg in collaborazione con lo psichiatra (presa in cura condivisa) che può intervenire sia per l'inquadramento della diagnosi che per una consulenza e condivisione sulla scelta terapeutica.

I casi più gravi sono inviati per competenza al Centro di Salute Mentale che li prende in cura per restituirli al Mmg al termine del trattamento (presa in cura specialistica).

Sulla base di questo modello vengono definite e approvate sia dai Mmg che dagli specialisti del Centro di Salute Mentale delle linee di indirizzo e dei protocolli operativi per la presa in carico di questi pazienti.

La modalità di intervento principale dello studio è quindi la costituzione dell'équipe multidisciplinare che dovrà essere in grado di condividere la gestione del paziente a seconda di un piano personalizzato.

Dopo un anno gli stessi pazienti verranno rivalutati con il test PHQ-9 per verificare il grado di depressione e con un questionario per valutare vari indicatori di esito relativi alla terapia e alla soddisfazione della presa in carico e agli stili di vita.

► **Risultati**

I risultati sono relativi alla prima fase descrittiva dello studio e sono stati elaborati attraverso il software statistico STATA. Hanno partecipato 16 Mmg, i pazienti arruolabili sono 118, ma hanno aderito al progetto 40 pazienti (ancora in fase di arruolamento).

Tramite lo score del test PHQ-9 è stato possibile suddividere i pazienti in tre categorie sulla base della gravità della depressione e assegnare loro un livello "stepped care" per la cura più appropriata:

- il 58% presenta sintomi depressivi minimi o sottosoglia con uno score PHQ-9 <10 (presa in carico semplice),
- il 42% presenta una depressione minore o maggiore moderata con uno score PHQ-9 compreso tra 10 e 19 (presa in carico condivisa),
- nessun paziente presenta una depressione maggiore severa con uno score PHQ-9 >20 (presa in carico specialistica) (figura 1).

➤ Il test PHQ-9 ci consente anche di conoscere il grado di difficoltà che i pazienti hanno nello svolgere le attività quotidiane a causa dei sintomi depressivi: il 50% riferisce che ha qualche difficoltà, il 29% una notevole difficoltà e il 18% nessuna difficoltà, solo il 3% estrema difficoltà.

➤ I pazienti sono per il 68% maschi con un'età media di 68 anni e per il 32% femmine con un'età media di 67 anni.

➤ La correlazione tra la gravità della depressione e il sesso risulta statisticamente significativa ($p > 0.037^*$) con un'incidenza maggiore della depressione moderata nel sesso femminile rispetto al sesso maschile. Nel sesso maschile il 30% presenta uno score tra 10-19 (depressione moderata) mentre nel sesso femminile tale percentuale sale al 67%.

➤ Per quanto riguarda la correlazione con l'età possiamo notare un andamento che evidenzia l'aumento della gravità della depressione con l'aumentare dell'età.

La patologia cardiovascolare più frequente, associata alla depressione, è l'infarto del miocardio (60% dei casi) e lo scompenso cardiaco (40%).

➤ L'esordio della patologia cardiaca è successivo alla depressione nel 58% dei pazienti.

➤ La familiarità per depressione è presente nel 29% degli arruolati.

➤ Il 58% dei pazienti presenta comorbidità, di questi il 24% con diagnosi di ipertensione e il 24% di diabete.

➤ Dalla valutazione dello stato socioeconomico emerge che il 42% dei pazienti non ha nessun titolo di studio o scuola elementare, il 12% ha frequentato la media inferiore e il 26% la media superiore o ha conseguito la laurea. Dall'analisi dei dati è stato evidenziato come i pazienti con depressione moderata hanno un livello d'istruzione più basso rispetto ai pazienti con depressione sottosoglia.

➤ Sulla tipologia di lavoro risulta che il 53% svolge attività da operaio, il 18% da insegnante, il 13% da artigiano e a seguire liberi professionisti, casalinghe e militari con percentuali più basse.

➤ La maggior parte dei pazienti (98%) ha una solida rete familiare su cui contare in caso di malattia.

➤ Focalizzando l'attenzione sugli stili di vita dei pazienti, quali fumo, alcool,

tempo libero e attività fisica, è emerso che, attualmente il 79% dei pazienti non fuma, ma il 73% ha fumato in passato. Anche se con risultati non statisticamente significativi possiamo notare che, nei pazienti con depressione sottosoglia prevalgono i non fumatori, mentre nei pazienti con depressione moderata i fumatori sono in percentuale maggiore.

➤ Per quanto riguarda l'alimentazione il 76% dei pazienti è obeso e in sovrappeso, il 21% normopeso e il restante 3% sottopeso. Il 73% dei pazienti non segue un regime alimentare per perdere o mantenere il suo peso.

➤ La maggior parte degli arruolati (67%) ha bevuto vino o birra negli ultimi 30 giorni con una frequenza giornaliera.

Il 55% dei pazienti non frequenta attività socio-ricreative, il 21% solo saltuariamente e il 24% spesso.

➤ Per quanto riguarda le terapie si osserva che il 79% dei pazienti è attualmente in terapia: l'81% dei pazienti con depressione moderata e il 68% dei pazienti con depressione minore. Il 24% assume più di due farmaci per la depressione e solo il 14% ha avuto effetti collaterali.

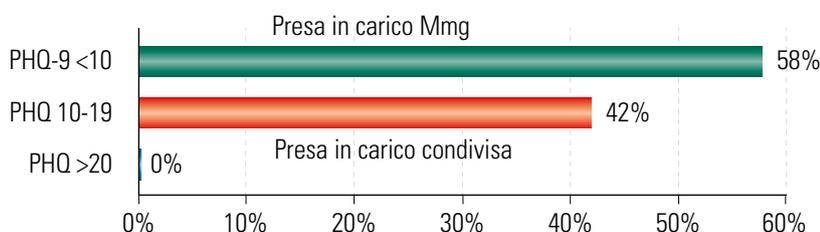
➤ I farmaci maggiormente assunti sono SSRI (53%), benzodiazepine (26%), SNRI (13%). Tra gli SSRI il 50% è rappresentato da paroxetina, il 25% da sertralina, il 20% da citalopram e il 3% da escitalopram; tra gli SNRI duloxetina rappresenta il 60% delle prescrizioni e il 40% da venlafaxina.

➤ Nessuno ha utilizzato integratori o prodotti fitoterapici in associazione con le terapie.

La relazione tra la gravità della depressione e il medico prescrittore risulta statisticamente significativa ($p < 0.014^*$): al 70% dei pazienti con depressione moderata i farmaci sono stati prescritti dallo specialista, mentre nei pazienti con depressione minima si verifica un andamento opposto, il Mmg prescrive i farmaci al 69% dei

Figura 1

Livello "stepped care" richiesto in base allo score PHQ-9



pazienti e lo specialista al 21%.

► Indagando l'aderenza alla terapia, il 97% dei pazienti riferisce che ha assunto i farmaci nella posologia e nelle modalità della prescrizione e l'89% riferisce di non aver sospeso la terapia di sua iniziativa.

► Analizzando il percorso assistenziale e la presa in carico risulta che attualmente il 95% dei pazienti non è seguito da uno psichiatra e solo il 5% da uno psichiatra della Usl. In passato il 74% dei pazienti riferisce che non è stato mai seguito da uno psichiatra, il 16% ha avuto accesso al servizio di psichiatria della Usl e il 10% si è rivolto ad uno psichiatra privato. Per quanto riguarda la frequenza di accesso ai servizi specialistici il 63% vi si recano meno di una volta al mese. L'89% dei pazienti non ha fatto nessuna seduta di psicoterapia. Quasi la totalità dei pazienti (97%) non è stato mai seguito da uno psicologo, né attualmente, né in passato.

► Analizzando la soddisfazione della presa in carico da parte del Mmg il 50% dei pazienti si ritiene abbastanza, il 45% molto e il 5% poco soddisfatto.

► Discussione

Dall'analisi dei risultati relativi al profilo di salute dei pazienti che dovranno essere presi in carico con il nuovo modello assistenziale emerge che sono per la maggior parte di sesso maschile, ma la depressione più grave si rileva nel sesso femminile e nell'età più avanzata.

Nel nostro studio la correlazione sesso e gravità della depressione è statisticamente significativa e in linea con i dati della letteratura.

La patologia cardiovascolare più frequentemente associata alla depressione è l'infarto e il suo esordio è per lo più successivo alla patologia psichiatrica.

Per quanto riguarda la deprivazione socio-economica risulta che la maggior parte dei pazienti ha un basso titolo di studio e svolge attività lavorati-

ve quali operaio, artigiano e insegnante. Mettendo in relazione la gravità della depressione con il livello d'istruzione risulta che i pazienti con depressione moderata (score 9-10) sono quelli con più basso titolo di studio.

Dall'indagine sugli stili di vita si evidenzia che la maggior parte dei pazienti è riuscita a interrompere l'abitudine al fumo e la prevalenza dei fumatori è nei pazienti con depressione moderata.

L'alimentazione e l'alcool, invece rappresentano fattori di rischio da prendere in considerazione nel counselling, in quanto la maggior parte dei pazienti sono obesi e in sovrappeso e non seguono un giusto ed adeguato regime dietetico.

Un'alta percentuale di pazienti con depressione sottosoglia è attualmente in terapia farmacologica. Il Mmg che prende in carico questi pazienti dovrebbe rivalutare la situazione e orientarsi ad effettuare un "watchful waiting" (attenta attesa) o scegliere tra le varie opzioni quali interventi di tipo psicologico, psicoeducativi e programmi d'auto-aiuto prima di raccomandare un trattamento farmacologico.

La tipologia dei farmaci antidepressivi utilizzati (SSRI e benzodiazepine per la maggior parte) sono appropriati e sicuri per pazienti con patologie cardiovascolari associate.

La prescrizione dei farmaci per i pazienti con depressione più grave avviene da parte dello specialista, mentre per quelli con depressione minore è per lo più il Mmg ad effettuarla (relazione statisticamente significativa).

La maggior parte dei pazienti riferisce ottima aderenza all'utilizzo e alla posologia delle terapie farmacologiche.

Analizzando il percorso assistenziale emerge la seguente criticità: il 42% dei pazienti rientra nel livello "stepped care" di cura condivisa (Mmg e specialista), mentre risulta che solo il 5% è attualmente seguito dal Servizio di salute mentale della USL.

La percentuale dei pazienti presi in

carico in modo condiviso è ancora troppo bassa, quindi risulta necessario programmare e organizzare percorsi facilitatori che possano far collaborare Mmg e specialisti.

Confrontando i dati con il passato si nota un trend in diminuzione dell'accessibilità al servizio (16% seguiti in passato dal servizio specialistico vs 5% attuale). La scarsa percentuale dei pazienti che utilizzano il servizio hanno pochi accessi mensili e nessuno di questi pazienti è stato seguito da altre figure professionali quali lo psicologo o ha sperimentato altre forme di terapie alternative al trattamento farmacologico quali la psicoterapia.

La creazione di un'équipe multidisciplinare ispirata alle "collaborative stepped care" e l'aumento dell'accessibilità al servizio rappresentano priorità nell'organizzazione dei servizi territoriali al fine del miglioramento della qualità delle cure.

► Conclusioni

La modesta numerosità del campione analizzato e la difficoltà nell'arruolamento volontario dei pazienti con depressione severa (non ci sono pazienti con score >20) sono i principali limiti dello studio.

I dati ci consentono di descrivere le caratteristiche demografiche e socio-economiche dei pazienti e di delineare le criticità e le potenzialità dell'attuale percorso terapeutico-assistenziale al fine di intervenire nella riorganizzazione in modo efficace, efficiente e appropriato. Si tratta di un progetto relativo alla depressione e alle malattie cardiovascolari, ma potrà essere esteso anche ad altre patologie croniche in quanto la cultura dell'integrazione dovrà rappresentare il principio di base per organizzare i servizi e il "modus operandi" dei clinici nel contesto del nuovo modello di "reti cliniche integrate".

Bibliografia disponibile a richiesta

La scabbia, un “ritorno” da considerare

A fronte dei cambiamenti della popolazione che afferisce alle cure primarie, si osservano patologie che fino a pochi anni fa erano un problema clinico episodico.

Il Mmg deve saper riconoscere i segni e sintomi tipici della scabbia, in modo da poter prontamente segnalare il caso, anche se solo sospetto, ai servizi di competenza, e mettere in atto le opportune misure di cura e prevenzione

Marco Brusasco - *Medico in Formazione, Milano*

Giovanni A. Filocamo - *Tutor Medicina Generale, Milano*

Marco Elli - *Responsabile Attività Didattiche, AO Luigi Sacco, Università degli Studi di Milano*

Durante la frequenza dell'Ambulatorio di Medicina Generale programmato all'interno del Corso di Laurea, si presenta all'attenzione un paziente che riferisce una fastidiosa manifestazione pruriginosa da qualche settimana. Questa apparentemente banale sintomatologia clinica è stata sottoposta a valutazione e analisi. L'approfondimento di questa problematica ci ha dato la possibilità di riflettere sul ruolo del medico di assistenza primaria nella gestione delle malattie infettive "emergenti".

► Descrizione del caso

Un paziente di 32 anni si presenta presso l'ambulatorio di Medicina Generale all'inizio di febbraio, lamentando prurito localizzato ad ascelle, inguini e glutei. L'anamnesi patologica remota è muta, eccezion fatta per una oculorinite stagionale (primavera/estate) di cui soffre da dieci anni.

Nel sospetto che la manifestazione potesse essere attribuita a una sofferenza di natura allergica è stato suggerito al paziente una visita allergologica che esegue il 16.3.2016.

L'allergologo segnala una cutireazione positiva per ciliegia e orzo e pone diagnosi di dermatite allergica in atopico. Viene suggerita terapia con bilastina (1 cp al dì) o ebastina (10 mg cp 1-2 la sera).

Data la persistenza dei sintomi, è stata consigliata una visita dermatologica, effettuata il 7.4.2016. In questa occasione il dermatologo pone diagnosi di scabbia. Viene impostato il seguente trattamento: permectrina 5% in crema base da applicare 2 sere consecutive da collo a piedi (comprese pieghe e genitali), dopo aver fatto un bagno caldo strofinando con cura tutto il corpo con una spugna ruvida (in particolare spazi interdigitali), non lavarsi per 8 ore; il trattamento va ripetuto altre due sere dopo 2 giorni di pausa.

Il collega effettua la segnalazione ai Servizi ATS di Malattie Infettive e suggerisce inoltre che il medesimo trattamento debba essere eseguito da tutti i conviventi, anche se asintomatici. Vengono lasciate anche le seguenti indicazioni: lavare la biancheria intima, da letto e da bagno a 90° C; tutte le mattine arieggiare i materassi e spruzzarli insieme a reti, comodini, armadi, tappeti e diva-

ni con Baygon per formiche; lavare a secco gli indumenti delicati e le coperte, oppure chiuderli in sacco di plastica sigillato per un mese.

• Test diagnostici per MTS

Il controllo ambulatoriale, effettuato il 20.5.2016, ci ha permesso di osservare la completa remissione del quadro clinico, pur persistendo occasionalmente, un quadro di intenso prurito aspecifico, in assenza di alterazioni dermatologiche. Il paziente ha successivamente confermato come la malattia infettiva sia stata contratta in occasione di rapporti sessuali occasionali, abbiamo quindi suggerito i test diagnostici per le malattie sessualmente trasmesse.

Spinti da questa osservazione abbiamo effettuato una ricerca di altri casi di scabbia tra gli assistiti del medesimo ambulatorio di Medicina Generale. Abbiamo identificato in tutto quattro casi di scabbia occorsi negli ultimi due anni, rispettivamente due in cittadini latino americani e due in cittadini italiani in una popolazione di 1.500 assistiti. Tutti i casi sono stati seguiti dai servizi ATS della Città di Milano.

Discussione

La scabbia è un'infezione parassitaria cutanea sostenuta da *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. *Sarcoptes scabiei* è un acaro di piccole dimensioni (femmina 0,4mm x 0,3mm; maschio 0,2mm x 0,15mm) (figura 1). La copulazione avviene a livello della cute dell'ospite; le uova impiegano 3-4 giorni a schiudersi e le larve maturano in altrettanti giorni; il ciclo vitale dura 14-21 giorni. Lontano dall'ospite l'acaro ha una sopravvivenza limitata (24-36 ore). Il contagio avviene per contatto fisico stretto, compresi i rapporti sessuali; più raramente può avvenire tramite fomite.¹ Si stima che globalmente in ogni momento siano affetti da scabbia più di 130 milioni di persone; i tassi d'incidenza sono estremamente variabili, da 0,3% a 46%.²

La scabbia colpisce qualunque categoria di persone, indipendentemente da sesso, età e classe sociale, tuttavia carenti condizioni igienico-sanitarie e il sovraffollamento favoriscono il diffondersi dell'infezione. Comportamenti a rischio per MTS

costituiscono un ulteriore rischio.³ Nei Paesi industrializzati spesso è possibile identificare focolai di scabbia all'interno di penitenziari, ospedali e case di cura.

I dati degli anni precedenti della ex ASL di Milano mettono in evidenza come la scabbia sia una causa non irrilevante di segnalazione di malattia infettiva, in particolare nei giovani adulti e negli adulti.

Se dalle segnalazioni degli anni 2012, 2013, 2014 non è possibile affermare con certezza un trend in aumento della patologia, appare subito evidente come il 2015 si discosti nettamente dai dati precedenti (rispettivamente n. 2098 nel 2015, casi vs 195 casi nel 2012, 189 casi nel 2013, 346 casi nel 2014). Queste modificazioni sono verosimilmente da imputare al massiccio flusso migratorio che ha interessato il territorio di Milano. Nei soli mesi di giugno, luglio e agosto il presidio sanitario Asl presso l'HUB della Stazione Centrale ha identificato 508 casi di scabbia, pari al 16% di tutte le diagnosi, risultando la patologia più frequente (tabella 1). Gli interventi messi in atto hanno per-

messo di prevenire i casi secondari nella popolazione residente.

Le prime 2-6 settimane dal contagio sono asintomatiche, anche in questa fase è comunque possibile la trasmissione. In seguito il sintomo principale è il prurito, localizzato o generalizzato, che tipicamente diviene più intenso di notte tanto da poter interferire con il sonno.

Le lesioni cutanee tipiche sono cunicoli e papule/noduli eritematosi. Il cunicolo, la lesione elementare, è un tunnel intraepidermico scavato dall'acaro femmina per deporre le uova; è lungo da 2 a 10 mm, ha un aspetto tortuoso, brunastro, lievemente rialzato e può terminare con una vescicola perlacea, dove risiede il parassita (figura 2).

La formazione di papule e noduli è legata invece allo sviluppo di ipersensibilità nei confronti delle uova, dell'acaro e del materiale da esso prodotto (saliva e feci).

Superfici plantari, palmari e dorso non sono sedi comuni negli adulti, ma sono più tipiche di anziani e bambini; questi ultimi possono avere un coinvolgimento anche di testa e collo.

Figura 1

Sarcoptes scabiei



Figura 2

Scabbia: lesione cutanea tipica



Tabella 1

Casi di scabbia Asl Milano - 2012/2015

Casi di scabbia per fasce d'età (Asl Milano)

Anno	0-5 anni	6-15 anni	16-25 anni	26-50 anni	>50 anni
2012	19	27	36	79	34
2013	28	19	34	70	38
2014	39	35	109	123	40

Casi di scabbia (ex Asl della ATS Città metropolitana di Milano)

	ex Asl MI	ex Asl MI1	ex Asl MI2	ex Asl Lodi	ATS
2015	2.098	61	44	39	2.242

Le sedi principali in cui è possibile identificare le lesioni sono segnalate in *tabella 2*.

In seguito al grattamento o alla risposta dell'ospite possono svilupparsi lesioni secondarie quali: escoriazioni, dermatite eczematosa diffusa, impetigine; le sovra-infezioni, se non trattate possono evolvere in quadri di glomerulo nefrite da streptococco β -emolitico e sepsi.

Una variante più rara è la forma crostosa, o scabbia norvegese: tale forma è caratterizzata da un'estesa infestazione (da centinaia a milioni di acari) che porta allo sviluppo di lesioni ipercheratosiche e crostose diffuse. La forma crostosa si manifesta in persone immunocompromesse e con deficit fisici o neurologici.

Tabella 2

Principali sedi delle lesioni

- Spazi interdigitali
- Polsi (area flessoria)
- Gomiti
- Ascelle
- Piedi (area dorsale)
- Cosce
- Natiche
- Area periombelicale
- Genitali esterni nell'uomo
- Area periareolare nella donna

► Diagnosi

L'identificazione dei cunicoli permette diagnosi certa, ma l'identificazione è spesso difficoltosa se non impossibile; l'uso di corticosteroidi topici può alterare la presentazione cutanea (scabies-incognito) portando a diagnosi errate. Nella maggior parte dei casi la diagnosi deve essere suggerita dalla storia clinica: prurito soprattutto notturno, distribuzione tipica delle lesioni cutanee e presenza di un quadro analogo tra i contatti stretti del soggetto in esame. La scabbia entra in diagnosi differenziale in pratica con tutte le affezioni cutanee pruriginose; nei Paesi industrializzati è frequentemente confusa con manifestazioni eczematose, tigna e dermatite atopica.⁴

► Trattamento

Il farmaco di prima linea per il trattamento della scabbia è la permetrina 5% in crema o lozione, da applicare su tutto il corpo tranne capo e collo; il farmaco deve essere lasciato per 8-12 ore e poi lavato via. Il trattamento può essere ripetuto a distanza di 7 giorni al fine di eliminare gli acari nati dalle uova eventualmente sopravvissute al primo trattamento. Il prurito talvolta può permanere al-

cune settimane dopo il trattamento e può essere trattato con emollienti o corticosteroidi topici; la persistenza oltre 4 settimane dovrebbe essere indagata in quanto può essere indice di un fallimento terapeutico. Qualche autore in caso di persistenza di sintomi dopo il primo ciclo, suggerisce, applicazioni con permetrina 5% una volta alla settimana.

La stessa terapia deve essere applicata a tutti i conviventi e contatti sessuali nelle precedenti sei settimane della persona infestata, indipendentemente dalla presenza di segni e sintomi. Biancheria, lenzuola e asciugamani devono essere lavati ad almeno 50°C; i vestiti che non possono essere lavati devono essere lasciati all'aria o posti in sacchetti sigillati per almeno 3 giorni. Esami volti all'identificazione delle MTS dovrebbero essere condotti in pazienti con un'anamnesi positiva per comportamenti a rischio per MTS (per esempio promiscuità sessuale o un nuovo partner negli ultimi tre mesi).⁵

Capita che i dermatologi prescrivano schemi di terapia differenti da quelli delle linee guida, come nel caso clinico riportato sopra, basati probabilmente sull'esperienza personale. Dalla letteratura tuttavia non è possibile sapere se schemi alternativi siano più o meno efficaci.

Una causa di insuccesso della terapia da tenere in considerazione è il costo del farmaco, totalmente a carico del cittadino, che può indurre il malato a non completare il trattamento o non applicarlo anche ai conviventi, rendendo così impossibile l'eradicazione dell'acaro. Sulla base di ciò, quando ritenuto opportuno, il farmaco è fornito gratuitamente dal "Centro di Riferimento HIV e Malattie Sessualmente Trasmesse" (CRH-MTS).

► I Servizi distrettuali di malattie infettive

La scabbia è una malattia infettiva con obbligo di segnalazione immediata, la quale viene registrata e comunicata all'ufficio di Malattie Infettive del distretto di residenza o domicilio abituale (se diverso da quello di diagnosi); di seguito è avviata un'inchiesta epidemiologica e la sorveglianza sanitaria per 60 giorni al fine di identificare la fonte di infestazione ed eventuali casi secondari e mettere in atto le adeguate misure di prevenzione. Oltre alla consegna di materiale informativo al malato, viene applicata una restrizione alla frequenza in comunità scolastiche e lavorative ad alto rischio (ospedali, RSA, penitenziari) fino ad avvenuto trattamento, certificato dalla Struttura semplice Prevenzione Distrettuale (SS Pre) o dal CRH-MTS; la certificazione viene rilasciata dietro presentazione di prescrizione di terapia da parte di un dermatologo e autocertificazione da parte del malato di avvenuto trattamento (completamento di 1 ciclo di terapia). La restrizione è inoltre comunicata al responsabile della comunità frequentata dall'infetto.

► Conclusioni

Abbiamo potuto effettuare alcune riflessioni, forse utili nella pratica di quotidiana dei Mmg, in particolare:

1. La scabbia, sino a qualche anno fa, era un problema clinico episodico. Al di fuori di contesti specialistici, il problema era limitato alle sole segnalazioni di letteratura. Il contesto sanitario è oggi profondamente modificato, stiamo assistendo ad una modifica della popolazione che afferrisce all'assistenza primaria, quindi a una modifica della patolo-

gia da identificare. Queste modificazioni saranno ancora più evidenti nei prossimi anni. Il modificato quadro sanitario suggerisce agli operatori un aggiornamento delle conoscenze e delle procedure da seguire, in modo particolare per le malattie infettive. Per vari motivi è possibile che la scabbia abbia un andamento sottostimato.

2. Il Mmg deve saper riconoscere i segni e sintomi tipici della scabbia, in modo da poter prontamente segnalare il caso, anche se solo sospetto, al dermatologo e ai servizi ATS di competenza e mettere in atto le opportune misure di cura e prevenzione. Può essere utile avere a disposizione un piccolo visore con lenti d'ingrandimento per meglio studiare le lesioni.

3. In caso di positività per comportamenti a rischio per MTS in un paziente affetto da scabbia è consigliabile eseguire esami volti all'identificazione di altre MTS.

4. Le LG non sempre sono seguite in modo preciso, tuttavia non è possibile valutare la reale efficacia degli schemi terapeutici alternativi. L'aderenza al trattamento può essere ridotta dal costo del farmaco.

5. È utile una migliore comunicazione tra i Servizi di Prevenzione delle Malattie Infettive e i Mmg ai quali i Servizi dovrebbero comunicare precocemente l'esito delle indagini, per garantire una miglior efficacia e efficienza delle strategie di prevenzione e cura del cittadino. In questo caso, le informazioni sull'attivazione delle procedure di prevenzione è stata data al Mmg dal paziente e non dai servizi dedicati.

6. La scabbia rappresenta l'occasione di riflettere sulla necessità di un maggiore coinvolgimento del Mmg necessario per ostacolare la diffusione delle Malattie Infettive e

delle patologie croniche ad alta prevalenza. Queste attività comportano un maggior impiego di tempo per il Mmg e la ridefinizione delle competenze del Mmg richiede un aggiornamento sia del contesto di lavoro del Mmg.

7. Si osserva come la popolazione che afferrisce alla Medicina Generale stia profondamente cambiando e come al cambiamento della popolazione corrisponda un naturale cambiamento degli obiettivi di salute da raggiungere. Purtroppo il ruolo del Mmg è legato ad un Accordo Collettivo Nazionale ancora da aggiornare. I Servizi ATS possono evidenziare l'aumento delle Malattie infettive, la Medicina Generale può riflettere sulle sue procedure, vigilare sul cittadino e facilitare l'accesso all'assistenza specialistica, l'Università può implementare i propri sforzi formativi adeguandoli alla realtà che si modifica, ma è necessario un coinvolgimento delle Istituzioni per indurre una vera e propria modifica del profilo professionale della Medicina Generale da sempre legato all'ACN.

Bibliografia

1. Rook's Textbook of Dermatology, 9th Edition, ch. 34.39
2. http://www.who.int/pros.lib.unimi.it/lymphatic_filariasis/epidemiology/scabies/en/
3. Otero L, Varela JA, Espinosa E et al. *Sarcoptes scabiei* in a sexually transmitted infections unit: a 15-year study. *Sexually Transmitted Diseases* 2004; 31: 761-5.
4. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006; 367: 1767-74.
5. European guideline for the management of scabies. *M.I.A.Mi - N. 1/2013, 2015, 2016.* www.asl.milano.it

Si ringraziano per la collaborazione il dr. M. Faccini, la dr.ssa S. Cantoni, la Signora M.T. Filippini del Dipartimento di Prevenzione dell'ATS della Città Metropolitana di Milano



Brisighella Heart Study: un orgoglio italiano

La forte collaborazione tra l'Università, la popolazione - a partire dalla giovane età - i medici di famiglia e le istituzioni rendono lo studio di Brisighella un modello nel mondo per la prevenzione delle malattie cardiovascolari

Il Brisighella Heart Study è lo studio osservazionale che, per continuità e significatività, rappresenta, non essendosi mai interrotto, uno dei più longevi ed evoluti casi mai esistiti al mondo di monitoraggio longitudinale di una popolazione ed è un progetto quanto mai attuale. Da più di quarant'anni i cittadini di Brisighella, comune in provincia di Ravenna, sono oggetto di indagine clinica-epidemiologica per i fattori di rischio riferibili a malattie cardiovascolari e dismetaboliche.

“Lo studio rappresenta un esempio fondamentale di come l'identificazione di fattori di rischio possa poi tradursi in un miglioramento della qualità di vita della popolazione” - spiega **Claudio Borghi**, professore di Medicina Interna dell'Università di Bologna e responsabile dello studio. “Nato oltre 40 anni fa con la necessità di individuare se esistessero elementi che facessero comprendere chi fossero i soggetti all'interno di una determinata popolazione che potessero avere una elevata probabilità di malattia CV, si è poi sviluppato nel corso del tempo identificando diversi fattori di rischio. Altro aspetto dello studio di Brisighella fu la verifica della possibilità che un programma di intervento che coinvolgesse tutta la popolazione, compresi i bambini delle scuole, potesse tradursi in una inversione dell'andamento negativo dei fattori di rischio misurati”.

L'intervento si articolò principalmente su modifiche dello stile di vita della popolazione, promuovendo sia un'alimentazione più “sana” (senza però allontanarsi dalle tradizioni culinarie della Romagna) sia l'aumento dell'attività fisica nei soggetti sedentari. Per realizzare questa ambiziosa parte del programma si decise di trasformare i bambini stessi in promotori di salute all'interno della famiglia con una scarto antecedente di almeno 30 anni rispetto a programmi analoghi sviluppati ai giorni nostri. In termini pratici ciò che si è fatto è stato soprattutto creare una forte collaborazione tra la ricerca, nello specifico l'Università, la stessa popolazione, i medici del territorio e la municipalità, che ha sempre considerato questo rapporto un bene di grande rilevanza.

► Risultati

“I risultati dello studio sono stati eccellenti, nel senso che la prevalenza di malattie cardiovascolari nel tempo si è progressivamente ridotta e la popolazione di Brisighella, che partiva da una condizione nettamente svantaggiata rispetto al circondario, è rientrata nella media nazionale/regionale - racconta il Prof. Borghi. La lezione che viene dallo studio è però semplice: grazie alla collaborazione tra le istituzioni, una municipalità illuminata, i medici di medicina generale, una popolazione bene in-

formata e, nei casi in cui lo stile di vita non sia sufficiente, le strategie farmacologiche che possono risolvere i problemi in maniera più solida, il livello di rischio cardiovascolare e conseguente mortalità si può ridurre. Da Brisighella abbiamo imparato che il modello medicalizzato dell'imposizione, del divieto e della paura non serve. Molto più efficace quello del dialogo e dell'educazione”.

► Brisighella Project

È sulle evidenze e sui risultati dello studio che si fonda Brisighella Project il progetto volto ad alimentare l'adozione delle buone abitudini che hanno consentito ai cittadini del piccolo comune di cambiare stili di vita migliorando la gestione delle patologie CV. Video, consigli e un gioco - Brisigame - che dà la possibilità di “fare salute” in maniera semplice e divertente senza trascurare approfondimenti e contenuti a cura di medici. Sul sito educativo inoltre uno spazio è interamente dedicato ai medici di medicina generale.

■ www.atuttocuore.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare il commento di Claudio Borghi