

M.D.

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

Anno XXV, numero 1 - febbraio 2018

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

App e webcam al posto dell'ambulatorio del medico di famiglia?

PROFESSIONE

10

La via lombarda contro la carenza dei Mmg passa dall'Air

RASSEGNA

36

L'importanza del metodo clinico nello screening e nella prevenzione delle malattie



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



Massimiliano Zaramella

*Presidente Obiettivo Ippocrate
Chirurgo vascolare, Ospedale San Bortolo di Vicenza*

Il prendersi cura con scienza, coscienza, passione e anima

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**
Il prendersi cura con scienza, coscienza, passione e anima 5
- **Focus on**
App e webcam al posto dell'ambulatorio del medico di famiglia? 6
- **Professione**
La via lombarda contro la carenza dei Mmg passa dall'Air 10
- **Dibattito**
Cellulare aziendale per la reperibilità: una proposta che fa discutere 11
- **Tribuna**
L'assistenza sanitaria che vorrei, se fossi ministro 12
- **Riflettori**
Medici tecnici della salute? Siamo molto di più 15
- **Prospettive**
Presa in carico del malato cronico 16

AGGIORNAMENTI

- **Cardiologia**
Perché rivedere le carte del rischio cardiovascolare 22
- **Gastroenterologia**
Il punto su IBS e sensibilità al glutine non celiaca 23
- **Medicina del sonno**
Mancata diagnosi dei disturbi del sonno nelle donne 24
- **Medicina di genere**
Malattie autoimmuni e differenza di genere 25
- **Medicina di montagna**
Esposizione ad alta quota e malattie cardiovascolari 26
- **Oncologia**
Avanzamenti nel trattamento del carcinoma coloretale 27
- **Ortopedia**
Patologie della mano, non sempre la causa è lavorativa 28
- **Patologie trombotiche**
Progressi per il trattamento della TEV nei pazienti oncologici 29

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 30
- **Clinica**
L'immunodepressione in medicina generale 32
- **Rassegna**
L'importanza del metodo clinico nello screening e nella prevenzione delle malattie 36
- **Counselling**
Compassione: dall'emozione all'azione 42
- **Osservatorio**
L'unica terapia per il DM1 è l'insulina! 45
- **Epidemiologia**
Droghe: l'anno della "spice" 46

Il prendersi cura con scienza, coscienza, passione e anima

Il rapporto di fiducia tra medico e paziente è il viatico per poter garantire le migliori cure possibili per ciascun assistito. I medici ne sono consapevoli, ma purtroppo in questi anni la conflittualità tra medico e paziente è cresciuta in maniera esponenziale, alimentando l'esercizio di una 'medicina difensiva'. "L'Associazione Obiettivo Ippocrate - dichiara a *M.D.* il presidente **Massimiliano Zaramella**, - è nata proprio con il fine di poter tornare ad esercitare in modo sereno e responsabile la professione medica e chirurgica a garanzia delle migliori cure possibili per ciascun paziente". E con questo proposito ha partecipato attivamente all'iter istituzionale di stesura della legge sulla "Responsabilità Professionale dell'esercente la professione sanitaria" con un'audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato. In seguito l'Associazione è stata convocata altre tre volte al Senato durante l'iter parlamentare del Ddl Gelli, convertito in legge nazionale l'8 marzo 2017. Nata a Vicenza nel febbraio 2016 per volontà di numerosi medici che operano al San Bortolo, l'Associazione mira a divenire un punto di riferimento per tutti i colleghi e come interlocutore privilegiato tra gli associati, le aziende ospedaliere, le istituzioni, le associazioni di pazienti e quelle sindacali. Attualmente conta oltre 600 iscritti, tra medici e altre professioni sanitarie, di tutte le specialità, ospedalieri, universitari, libero professionisti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale. Obiettivo Ippocrate ha già al suo attivo un premio per il cortometraggio intitolato "*Come una rosa*" presentato al Care Film Festival di Monza, rassegna internazionale dedicata alle produzioni cinematografiche che hanno per tema il 'prendersi cura'. Si è infatti aggiudicato, con una *standing ovation*, il premio speciale della giuria di NurSind. A girare il cortometraggio, un gruppo di medici e infermieri dell'Ulss 8 Berica, gli stessi coinvolti nella vicenda raccontata, e con loro la paziente protagonista dell'episodio narrato, che deve la vita alla loro volontà, decisione e assunzione del rischio di tentare tutto l'umanamente possibile pur di salvarla, malgrado, in quello specifico caso clinico, le linee guida consiglino al chirurgo di astenersi da qualsiasi procedura, vista l'esigua probabilità di un successo dell'atto medico.

(A.S.)



Obiettivo
Ippocrate

www.obiettivoippocrate.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Massimiliano Zaramella

App e webcam al posto dell'ambulatorio del medico di famiglia?

La domanda è legittima visto il dibattito che si è innescato dopo la comparsa in Irlanda e nel Regno Unito di "Babylon Healthcare", un'app che offre servizio medico tramite un abbonamento dal costo di circa 8 euro al mese. Sistemi simili stanno arrivando anche in Italia

Beatrice Urciuoli - Scuola Medicina Generale del Veneto - Polo di Verona

Francesco Del Zotti - Medicina Generale Verona - Direttore di Netaudit (www.netaudit.org)

Siamo nell'era delle applicazioni: tra i sistemi informatici dalle più svariate funzioni non potevano mancare quelle sulla salute. Ma ora alcune di queste "app" ambiscono a sostituirsi all'incontro con il medico in carne ed ossa.

In Irlanda e nel Regno Unito è disponibile "Babylon Healthcare", un'app, fondata da Ali Parsa, che offre servizio medico tramite un abbonamento che costa circa 8 euro al mese. La app è liberamente scaricabile ed invitiamo i colleghi lettori a testarla. Per informazione vi comunichiamo che sistemi simili stanno arrivando anche in Italia: per esempio il sistema "Doc 24". In questo articolo ci limitiamo alla valutazione della citata app inglese, anche perché di essa si è più volte discusso nella letteratura internazionale.

Nell'applicazione *Babylon*, tramite l'abbonamento si può consultare.

- un *symptom checker*, cioè un analizzatore automatico di sintomi. Il paziente descrive un sintomo e l'app propone una serie di domande "chiuse" (circa una decina), che dipendono a loro volta dalla risposta del paziente, su presenza e assenza di altri sintomi, malattie o rischi; tutto ciò serve a valutare se il sintomo è di una certa serietà (che quindi merita un visita medica) o può essere segno di disturbo minore che merita

solo qualche consiglio o la vigile attesa;

- per i sintomi che il *symptom checker* individua come da approfondire, al paziente viene fornita la possibilità di appuntamento via *Skype* oppure ambulatoriale, con alcuni medici consulenti della struttura: Mmg con almeno 10 anni di esperienza o specialisti.

Effettuata una diagnosi:

- se il medico prescrive la terapia allora si procede con la prescrizione elettronica o cartacea con la ricetta che arriva direttamente in farmacia (in UK);

- tramite l'abbonamento si può consultare un medico di base senza limiti; pagando un sovrapprezzo di circa 50 euro si può avere un consulto specialistico.

Il video (<https://www.youtube.com/watch?v=LYq55fnHA4U&sns=em>; ultimo accesso 23.12.2017) di presentazione, che pubblicizza e spiega il funzionamento di *Babylon Health*, ne assicura una diagnosi accurata e sicurezza al 100% e dichiara che tale sistema rappresenta il futuro del sistema sanitario. Ma proprio sull'affidabilità un'aspra critica viene da **Margaret McCartney**, GP a Glasgow e nota editorialista, redattrice del *BMJ*. Secondo l'autrice questa soluzione tecnologica si baserebbe su di un unico studio tra l'altro condotto proprio da medici impiegati da *Babylon* stesso; inoltre esso si è basato su attori anziché su reali pazienti.

Ed in effetti tale articolo non è nemmeno presente su *PubMed*. Margaret McCartney si dice non contraria alle tecnologie, ma afferma che esse dovrebbero basarsi su importanti evidenze e *trial*; altrimenti si incorre in errori e si rischia un eccesso di diagnosi discutibili (*overdiagnosis*) con la conseguenza di falsi positivi e di eccesso di uso di servizi di emergenza sanitari. Tutto ciò rischia di accrescere i dubbi e ansie della gente nonché i costi.

► L'app e le visite a distanza con sistemi simil-skype

Ciò che colpisce di più di questa nuova app è che essa è inserita in un sistema di servizi che da una parte sono piuttosto diversi da quelli sanitari, ma dall'altra parte vanno in pericolosa intersezione con il sistema pubblico. In effetti l'app si integra con il sistema "Gp at hand" che è autorizzato dal Ssn inglese e che permette a dei medici di visitare via cellulare e *webcam* (*Simil-skype*)². Insomma, si introduce una formula pubblico-privato in cui la parte pubblica è semplice esca per trasportare il pescato verso pescatori privati. Nella fattispecie sui recenti numeri del *BMJ* è comparsa la notizia di interrogazione al giudice, da parte di associazioni dei *GPs*, sulla liceità di tale sistema, che rendendo la "vi-

sita" indipendente dalla distanza, permetterebbe ad es. ad un Gp di "Gp at hand" di una certa zona di Londra di "visitare", con webcam, un paziente della parte opposta della metropoli. Si creerebbe un vantaggio per Gps collegati al sistema che così riuscirebbero a selezionare come loro assistiti del Ssn pazienti più giovani e più sani (*worried well*); ciò a detrimento di pazienti più complessi e più poveri. Inoltre questo sistema potrebbe compromettere uno dei nuclei forti della MG: l'assistenza dei pazienti su base territoriale.

L'app di *Babylon* si inserisce in un mercato che sta cercando in tutti i modi di inventare prodotti che rimpiazzino la tradizione medica, con strumenti e *software* atti allo screening e alla diagnosi di disturbi con prevalenza non bassa, il che è tipico proprio della Medicina generale. Ci limitiamo qui solo a citare l'esempio del gigante *Google* che vuole lanciare via *web* un noto questionario per la depressione (PHQ-9). Anche qui si corrono seri rischi. **A. Danczak**³ mette in guardia sui possibili errori che potrebbero esporre a una sovra-diagnosi e ad uno sovra-trattamento, inoltre sottolinea come la positività allo screening online potrebbe indurre a veloci diagnosi e terapie per la depressione, mentre magari essa potrebbe essere secondaria ad ipotiroidismo o anemia o malattie croniche non ancora diagnosticate nel *setting* appropriato (ambulatoriale). Altri autori⁴ mettono in guardia sul rispetto della *privacy*: "chi ci garantisce che l'uso di strumenti via web, come questo test di screening, sia rispettoso dei diritti alla riservatezza"?

In effetti, la *Rete* e *Google* non sono campioni di difesa di questo diritto, che tra l'altro è ancora più importante per le diagnosi psichiatriche, ad alto tasso di stigmatizzazione sociale e lavorativa. Pazienti depressi e perciò fragili potrebbero rischiare di essere sottoposti alla solita tecnica del *targeting* pubblicitario via *web* ad *hoc*. Quest'ultimo allarme

diventa ancora più attuale alla luce di una nuova legge UE che permette il passaggio dei dati sanitari di tutti i cittadini (anonimizzati non si sa ancora come e da chi) alle grandi sorelle (*Ibm, Microsoft, Google, Facebook*, ecc). E si badi bene: il provvedimento è subito stato fatto proprio dall'Italia, che tra l'altro si era già imbarcata in un molto discutibile accordo di tal genere, tutto italiano, tra IBM, Regione Lombardia e governo.

Desti ulteriore preoccupazione il fatto che sistemi come quello *Babylon-Gp by hand* si interfacci già con una serie di sensori corporei (ad es temperatura, frequenza cardiaca, del respiro, Ecg, webcam) e cioè ad un "internet delle cose" notoriamente piena di falle in termini di sicurezza. Tutto ciò potrebbe alterare in maniera irreparabile la visita domiciliare e la relazione tra Mmg e pazienti. Il Mmg ad ogni visita si sentirebbe controllato e costretto a passare sotto le forche caudine di *webcam* e segnali di vario tipo controllati da grandi aziende, magari a commistione pubblico-privato. La domanda che sorge a questo punto è la seguente: la MG e sistemi come quello di *Babylon-Gp at Hand* sono destinati ad un unico esito: il conflitto?

Forse sì, se queste novità non correggeranno il tiro. Comunque, potrebbe esserci uno spazio per una parziale collaborazione solo nel caso in cui vi sia un ridimensionamento e focalizzazione di certi obiettivi. A questo proposito vogliamo riferire l'esperienza pilota di molti anni fa di uno degli autori di questo articolo.

Negli ultimi anni Ottanta Del Zotti⁵ è stato correlatore di 3 tesi della facoltà di informatica dell'università di Bari: venivano prodotti una sorta di sistemi esperti con il programma micro-Pascal, che avevano il semplice compito di aiutare i pazienti nella fase pre-visita, soprattutto per sintomi ove le cause minori erano probabili. Allora imperavano le enciclopedie mediche e riviste mediche popolari che spesso deviarono i pazienti e li inducevano in timori

irrazionali. I nostri *software* prototipali tendevano a dare un aiuto educativo e ad insegnare al paziente una sorta di *empowerment* per disturbi minori. Per esempio, nel sintomo insonnia, il sistema chiedeva del numero di caffè nella giornata e nel pomeriggio-sera. Se vi era un eccesso il paziente veniva invitato dal *soft* a ridurre il caffè e tornare ad usare il *soft* dopo una settimana. Poi alla persistenza del sintomo, il paziente poteva portare il *floppy disk*, con le sue risposte già registrate, al Mmg.

In realtà l'app *Babylon*, da noi testata, avrebbe simili funzionalità "educative", ma sembra che non vengano utilizzate appieno. In effetti alla fine di una serie di domande l'impostazione di *Babylon* dà in ogni caso le stesse uscite: fissare un appuntamento via web o con un Mmg o con uno specialista; manca in certi casi la "rassicurazione" e l'affermazione che probabilmente si tratti di un disturbo minore, che non necessita di intervento medico.

I sistemi così sembrano coltivare il rischio di una tendenza al rilancio "inflazionistico" verso l'*over-booking*, l'*over-diagnosis*, l'*over-treatment* di situazioni comunque definite "cliniche" e sotto il controllo di medici. E al di là di queste nuove app, l'attuale uso personale delle ricerche con *Google* o similari in *Rete* non si discosta, a distanza di 30 anni, da questo solito rischio di *escalation*.

Un esempio mostra meglio quanto detto. In un Congresso avevamo ascoltato una brava genetista parlare del ritardo diagnostico dei medici, e quindi del ruolo del Mmg per la diagnosi di malattia di Gaucher. In quell'occasione distribuì un elenco dei segni e sintomi (splenomegalia; perdite e segni emorragici; anemia; piastrinopenia; dolori ossei; astenia).

Abbiamo così pensato di inserire nella maschera di *Google* in lingua inglese i due sintomi piuttosto aspecifici (astenia; dolori ossei;) e un segno piuttosto comune, la piastrinopenia, frequentemente non allarmante (se di dimensio-

ne limitata e costante nel tempo). Come si vede nella Figura 1 (che riproduce la maschera della ricerca su Google del dicembre 2017), i tanti pazienti di lingua madre inglese e i tantissimi che nel mondo la conoscono si trovano in prima pagina tra le prime 6 possibilità 3 voci molto allarmanti: due si riferiscono alla leucemia; la terza proprio alla malattia di Gaucher.

Come potete immaginare, questo si rivela un buon sistema per i medici, che devono avere presente la diagnosi differenziale completa; ma può essere un sistema piuttosto "spaventoso" per pazienti lasciati soli davanti ai monitor. In buona sostanza, queste tecnologie apparentemente *friendly* e consapevolmente orientate al consumatore, sembrano smascherare ciò che, dopo

30 anni, è ancora piuttosto "difettoso" (una tendenza all'allarmismo da "falso positivo" o da "diagnosi senza chiara cura") e nel contempo sembrano snobbare un obiettivo magari più modesto, ma nello stesso tempo più realistico: l'aiuto al lavoro del medico. Insomma, servono obiettivi più limitati. Ad esempio le tecnologie basate su intelligenza artificiale, potrebbero essere utili in alcuni contesti difficili (rifugiati, paesi in via di sviluppo, zone isolate con pochi medici). Ma anche in questo caso bisogna evitare un rischio di asimmetria: la medicina impersonale dei grandi numeri e degli automatismi sarebbe destinata ai pazienti poveri, mentre solo agli abbienti sarebbe fornita una medicina sartoriale, dal contatto umano - contatto anche fatto di strette di mano es esame obiettivo-, personalizzata. Fantascienza? No, purtroppo come ben dimostra con diversi esempi pratici (alcuni riguardanti i pregiudizi etichettati degli algoritmi nella sfera giudiziaria e nella sfera medica) la matematica Cathy O' Neal nel suo brillante libro "*Weapons of Math destruction*" (ed italiana: *Armi di distruzione matematica*, 2017, Bompiani, Milano). A questo punto risulta evidente che solo un sorveglianza stretta da parte di associazioni professionali e associazioni evolute di cittadini può dare un indirizzo alle grandi aziende pubbliche o private, che, se lasciate troppo libere di "agire" verso "il consumatore", potrebbero creare un costoso e rischioso rumore di fondo, mentre magari vengono oscurati metodi e segnali utili all'evoluzione della relazione medico-paziente.

Risultati ricerca su Google



low platelet, bone pain, fatigue



Tutti Notizie Immagini Shopping Video Altro Impostazioni Strumenti

Circa 571.000 risultati (0,43 secondi)

What Is Thrombocytopenia (Low Platelet Count)? Symptoms & Causes ✓

https://www.medicinenet.com/thrombocytopenia_low_platelet_... Traduci questa pagina

There are many causes of **thrombocytopenia** such as decreased platelet production, increased platelet destruction or consumption, or increased splenic ... Petechiae (superficial tiny areas of bleeding into the skin resulting in small reddish spots); **Fatigue**; Purpura (easy or excessive bruising); Prolonged bleeding cuts ...

Thrombocytopenia (low ... · What is thrombocytopenia ... · Increased platelet ...

ITP Fatigue, back and joint pain - ITP Support Association ... ✓

<https://healthunlocked.com/.../itp-fatigue-back-and-joint-pain> Traduci questa pagina

2 mar 2015 - **The fatigue** is recognised now as part and parcel of ITP, and you have to deal with it as best you can. Might be worth seeing a rheumatologist, and getting checked for SLE perhaps, as that combines **low platelets** with **joint pains**. All the advice I've had with ITP boils down to live with it. There are drugs you ...

Leukemia Symptoms - News Medical ?

<https://www.news-medical.net/health/Leukemia-Symptoms.aspx> Traduci questa pagina

24 gen 2013 - **Pain** in the **bones** (long **bones**) and joints such as hips and knees. Swollen lymph ... Some of the major symptoms such as **fatigue**, dizziness, palpitations, pallor due to anemia are common in ALL. Other symptoms ... Bleeding and bruising complications may be seen due to **low platelet** counts. Menorrhagia ...

Signs and Symptoms of Acute Myeloid Leukemia ✓

<https://www.cancer.org/cancer/acute.../signs-symptoms.html> Traduci questa pagina

22 feb 2016 - **Tiredness (fatigue)**; Weakness; Feeling cold; Feeling dizzy or lightheaded; Headaches; Shortness of breath ... Symptoms from **low blood platelet** counts: **Platelets** in the blood normally help stop bleeding. ... Some patients have **bone pain** or **joint pain** caused by the buildup of leukemia cells in these areas.

Leukemia Symptoms & Signs | CTCA ?

<https://www.cancercenter.com/leukemia/symptoms/> Traduci questa pagina

Read about leukemia symptoms. Although signs of leukemia may not appear in the early stages, fever, night sweats and **bone** or **joint pain** are not uncommon.

Gaucher Disease Symptoms | National Gaucher Foundation ?

<https://www.gaucherdisease.org> About Gaucher Disease Traduci questa pagina

Learn about the symptoms of Gaucher disease, including spleen and liver enlargement, **bone pain**, **fatigue** and anemia. ... **Low platelet count**: A normally functioning spleen disposes of old blood cells. A spleen enlarged ... **Low platelet** counts can cause problems like frequent nosebleeds, gum bleeding and easy bruising.

Bibliografia

1. McCartney Margaret: Innovation without sufficient evidence is a disservice to all. *BMJ* 2017; 358: j3980
2. Iacobucci G. London GP clinic sees big jump in patient registrations after Babylon app launch. *BMJ* 2017; 359: j5908
3. Danczak A. Google's online screening test for depression Online screening test for depression is inappropriate. *BMJ* 2017; 359: j4736
4. Duckworth K, Gilbody S. Should Google offer an online screening test for depression? *BMJ* 2017;359:j4144. doi:10.1136/bmj.j4144 pmid:28903920. Head To Head: Should Google offer an online screening test for depression? *BMJ* 2017; 358: j4144
5. Del Zotti A, Aragno L, D'Attomo A. Sistemi computerizzati per il paziente e miglioramento delle visite ambulatoriali. Atti del Congresso Nazionale Simg 1988, Firenze

La via lombarda contro la carenza dei Mmg passa dall'Air

Molti dei posti messi a disposizione dai bandi di concorso regionale restano vacanti e nel capoluogo meneghino aumenta il numero dei quartieri cittadini 'scoperti'. Per far fronte a questa criticità nel nuovo accordo regionale, siglato con i Mmg, un'intera voce è dedicata a questo problema delineandone le criticità e proponendo alcune soluzioni per fronteggiare l'emergenza

Secundo i dati Enpam il prossimo anno i pensionati medici di famiglia schizzeranno a quota 2.700, quello successivo addirittura a 3.500 e poi ancora più su, fino a toccare il tetto dei 4 mila per altri 4 anni. Solo dal 2025 la curva tornerà a scendere. In sei anni quindi quasi 21 mila Mmg (circa il 45% del totale) andranno in pensione. Inoltre, non intervenendo sul numero dei posti programmati per la Scuola di Specializzazione, alla fine di quel periodo in Italia mancheranno 15 mila medici di cure primarie.

Le Regioni del Nord cominciano già adesso a vedere gli effetti di tale criticità con una situazione che potremmo definire emergenziale. Basti sottolineare che dei 670 posti per Mmg messi a bando dalla Regione Lombardia, circa 400 sono rimasti liberi e riguardavano per lo più zone disagiate in sperdute valli alpine. Non di meno la situazione si è rivelata preoccupante anche nel capoluogo meneghino dove per 62 incarichi si sono presentati solo in 16. Non è un caso, quindi, che le misure per far fronte a tale carenza siano un punto saliente dell'Air 2018 per i Mmg lombardi, siglato di recente da Fimmg e Snami.

► Le soluzioni

In sintesi le soluzioni prospettate sono due, una inerente alle zone con

prevalenza di popolazione anziana o territorialmente disagiata e l'altra riferita all'inserimento dei Mmg negli ambiti carenti, qualora questi risultassero insufficienti.

Nel primo caso si dà facoltà alle Ats di attribuire incarichi provvisori. *"Nelle zone in cui è predominante (di norma superiore al 50% degli abitanti) la presenza stanziata di popolazione anziana over 65 o particolarmente disagiate sotto il profilo oro-geografico o viabilistico - si legge nell'Air - è necessario porsi l'obiettivo di assicurare la presenza del Mmg. Secondo la normativa nazionale vigente, a fronte delle cessazioni nell'ambito territoriale si determinano le condizioni per la pubblicazione di uno o più ambiti carenti, ma non quelle per l'attribuzione di incarichi provvisori perché i criteri di calcolo sono differenti (nel primo caso il rapporto ottimale, nel secondo caso il numero di assistiti che eccede la somma dei massimali). Questa modalità comporta forti disagi per gli assistiti, che sono costretti a scegliere un nuovo Mmg spesso lontano in attesa che si inserisca il medico titolare, anche diversi mesi dopo la pubblicazione dell'ambito carente con vincolo di apertura nella zona indicata oppure che la pubblicazione vada deserta. Per superare tali criticità, è data facoltà alle Ats di attribuire incarichi provvisori*

nella zona ove sia rilevata la successiva pubblicazione di ambito carente con vincolo di apertura (...).

Per quanto concerne l'inserimento insufficiente di Mmg, l'Air recita:

"Qualora il numero di Mmg che accettano l'inserimento negli ambiti carenti risulti inferiore alle reali necessità, previa richiesta dell' Ats ai medici autolimitati di sbloccare o innalzare l'autolimitazione anche prima che siano trascorsi i 3 anni previsti dall'Acn, è data facoltà ai medici, sempre su richiesta dell'Ats, di incrementare il proprio massimale individuale ai sensi dell'art. 39 comma 3 fino a 1.800 scelte (anziché le attuali 1.500) con un carico assistiti massimo di 2.000 comprensivo degli iscritti a termine, inizialmente per un periodo massimo di 6 mesi, prorogabile di ulteriori 6 nelle more dell'attuazione del nuovo Acn.

L'incremento del massimale è consentito preferibilmente a quei Mmg con personale di studio. Si dovranno preferire i medici i cui studi siano più vicini rispetto a quelli dei medici cessati. Le richieste di incremento di massimale dovranno pervenire da parte della Ats alla competente struttura della DG Welfare per la successiva verifica e inoltre a LISPA ai fini della modifica del massimale e del carico totale nell'applicativo regionale".

Cellulare aziendale per la reperibilità: una proposta che fa discutere

L'idea è partita dall'Asl2 di Savona e prevede di dotare i Mmg di un telefono cellulare al quale saranno contattabili dai pazienti dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì. Ad annunciarla il direttore generale Eugenio Porfido che in un precedente incarico ha già sperimentato tale attività ad Empoli con risultati positivi. Ma i rappresentanti dei medici sono divisi su tale eventualità

Forte dell'esperienza avuta in altre Asl liguri, il direttore dell'Asl2 di Savona **Eugenio Porfido** ha annunciato di voler dotare i Mmg di un telefono cellulare al quale saranno contattabili dai pazienti dalle 8 alle 20, dal lunedì al venerdì. Il paziente potrà chiamare il proprio medico non solo per richiedere visite a domicilio, ma anche per altre problematiche.

Il progetto dovrà essere sottoposto al Comitato aziendale e al vaglio dei sindacati in quanto gli accordi contrattuali nazionali per i medici di famiglia non prevedono l'obbligo alla reperibilità, come ha tenuto a spiegare il direttore generale in una intervista rilasciata al *Secolo XIX*: "I medici saranno chiamati a firmare un accordo con l'azienda che non fa parte del contratto nazionale. A Empoli avevamo introdotto tale sperimentazione all'interno del contratto integrativo ponendola come opzione aggiuntiva. Si tratta di una spesa abbordabile: in provincia contiamo poco più di 200 medici di medicina generale. Una garanzia di sicurezza in una doppia direzione: i medici ospedalieri potranno contattare, in caso di necessità, i colleghi del territorio. Oltre al servizio per i pazienti, che potranno chiamare dalle otto alle venti il proprio Mmg". "Nelle Asl dove ho

lavorato e in cui è stata attivata questa tipologia di rapporto - sottolinea il direttore dell'Asl2 di Savona - abbiamo avuto una copertura dell'87% dei medici. Non sarà un obbligo, prima raccoglieremo le adesioni e poi valuteremo se il numero è congruo per poter attivare il servizio". Nei piani dell'Asl il cellulare aziendale che verrà dato in dotazione ai medici potrà essere utilizzato anche per contattare lo specialista al quale chiedere pareri o un esame veloce.

► Le controversie

L'Ordine dei medici di Savona ha accolto in modo positivo la proposta insieme al Sindacato dei Medici Italiani, mentre i rappresentanti locali della Fimmg hanno mostrato alcune perplessità. Secondo il segretario provinciale Fimmg **Angelo Tersidicio** potrebbe essere il rischio di un uso improprio da parte dei pazienti. "Inoltre - dichiara - qualunque accordo deve passare attraverso il Comitato aziendale. Andrà, inoltre, concordato e inserito, se accolto, a seguito di un finanziamento mirato. Un tema, quindi, che andrà affrontato e sviscerato nelle sedi opportune". Per il sindacato bisogna fare molta attenzione perché nel concetto di reperibilità si nascondono alcune

insidie che potrebbero portare a contenziosi legali. Non è un caso che molti degli accordi aziendali siglati in questi anni parlino di 'disponibilità telefonica' e non di 'reperibilità'. Nel concetto di reperibilità infatti è implicito che il medico che risponde alla telefonata sia tenuto poi a recarsi al domicilio del paziente, mentre nella disponibilità telefonica, se non c'è urgenza le chiamate dopo le 10 possono essere evase anche l'indomani e se c'è urgenza allora entra in gioco il 118.



L'assistenza sanitaria che vorrei, se fossi ministro

Per chi esercita la propria professione nell'ambito del Ssn, l'imminente tornata elettorale può diventare un fattore propulsivo per convogliare l'attenzione su di un comparto fondamentale per il nostro welfare. Così le riflessioni sul futuro del nostro servizio sanitario prendono il sopravvento e i desideri ambiscono a diventare progetti

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Smi-Emilia Romagna

Potrebbe essere interessante, prima o poi, in antitesi a quella filosofia da *'Bar dello Sport'* che sembra aver permeato la progettualità degli ultimi ministri della Salute, vedere all'opera una figura professionalmente nuova come un *manager* sanitario. Questo nuovo attore si potrebbe scegliere tra quegli Assessori alla Sanità che più di altri hanno brillato oppure tra altre figure che da tempo gravitano nella sfera della Conferenza delle Regioni o addirittura tra gli addetti ai lavori, particolarmente performanti: in ogni caso il nuovo capo del dicastero dovrebbe essere circondato, comunque, da un *team* efficiente di tecnici tutti ad alto livello per conoscenza ed esperienza in ogni singola branca, portando avanti quella *'politica dei progetti'* che è l'unica formula vincente. Questo penso, arrovellandomi sul fatto che il futuro del nostro Ssn sia un fattore così marginale nell'ambito del surreale dibattito politico che connata la prossima tornata elettorale. Ma cosa farei, mi chiedo, se fossi il ministro della Salute? Partendo dalla più forte integrazione possibile delle professionalità sanitarie, ele-

minerei il dualismo ospedale-territorio promuovendo il governo clinico incrociato e l'uso della telemedicina e di tutte quelle tecnologie, ora a basso costo, che permettano l'esecuzione della diagnostica territoriale presso lo studio del Mmg e la monitoraggio tecnologica a casa del paziente critico, operando così in condizioni di maggiore sicurezza professionale, prescrittiva e anamnestica.

► Il Mmg fulcro del territorio

Se si vuole fare realmente crescere il territorio servono risorse da investire sia nel personale sanitario sia nelle dotazioni diagnostiche. Il fulcro dell'azione sanitaria territoriale è il medico di medicina generale. Ma per poter rispondere alla nuova domanda di salute ha bisogno di organizzarsi in una forma di associazionismo di rete avanzato, in un sistema delle medicine di gruppo, in un presidio strategico per la gestione del territorio, in cui il medico diventa il regista di un sistema di servizi efficaci. Questi centri di Medicina Generale (le case della salute?), dotati di strumenti diagnostici, per-

metterebbero l'esecuzione di esami clinici, nonché la diagnostica di laboratorio, refertando in *situ*, oppure usufruendo, online in tempo reale o differito, della possibilità della *second opinion*, riducendo tempi di attesa e spostamenti da parte dei pazienti, ottimizzando quindi il ricorso agli ospedali come sedi di cure intensive. Parimenti nelle Asl la MG e la Continuità Assistenziale devono partecipare alla programmazione dei progetti ed essere inserite nello staff aziendale. Il privato accreditato deve assolutamente crescere nella qualità e nei servizi offerti cercando di completare la gamma offerta dal pubblico. È inoltre possibile pensare il *city hospital* come ulteriore evoluzione del concetto di *Community hospital*, dove il Mmg potrebbe gestire direttamente il proprio paziente avvalendosi delle caratteristiche diagnostico, cliniche e riabilitative di tali strutture in collaborazione con i colleghi ospedalieri. Spingendoci oltre potremmo pensare che l'assistenza sanitaria post ricovero sia affrontata secondo nuove prospettive: una sorta di garanzia terapeutica al paziente come concetto evolutivo dell'alleanza.

Medici tecnici della salute? Siamo molto di più

A dichiarare ciò Filippo Anelli, eletto dal Comitato Centrale nuovo presidente della FNOMCeO: “Noi non siamo ‘tecnici della salute’, noi abbiamo un ruolo politico e sociale che, nell’esercitare questa straordinaria professione, consente di promuovere il diritto, dichiarato fondamentale dalla nostra Costituzione, alla tutela della salute”

È stato eletto all’unanimità (a parte la sua scheda lasciata bianca come da galateo) dal Comitato Centrale il nuovo presidente della la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri: **Filippo Anelli**, presidente dell’Ordine dei Medici di Bari. Una vittoria annunciata, vista anche la percentuale di preferenze - ben l’84,4% - ricevute da parte dei 106 presidenti d’Ordine, riuniti nel Consiglio Nazionale Elettorale.

“Il nostro mandato comincia nel segno della partecipazione e dell’unità - ha dichiarato Anelli dopo la nomina a presidente -. Partecipazione e unità di intenti che hanno come obiettivo ultimo la riconquista, per il medico, di una dignità e di un ruolo sociale e politico nel senso più elevato del termine, a garanzia della Professione e del diritto, costituzionalmente protetto, alla tutela della Salute”.

Vicepresidente è stato nominato **Giovanni Leoni**, presidente dell’Ordine di Venezia, Segretario **Roberto Monaco** (Siena), Tesoriere **Gianluigi D’Agostino**, presidente Commissione Albo Odontoiatri di Torino.

Anelli ha tenuto a sottolineare che oggi se ancora possiamo contare su di un Ssn bisogna ringraziare i medici tutti che, con la loro passione e il

loro impegno, hanno consentito al Ssn di andare avanti anche nei difficili momenti della crisi economica.

► Dignità e indipendenza

“È con loro - ha tenuto a precisare Anelli - con ognuno di loro, che ci impegniamo a ripercorrere la strada della dignità e dell’indipendenza, percorso che passa attraverso la riscoperta del senso del rapporto di fiducia con il paziente, attraverso la riscoperta dei valori fondanti la nostra professione, attraverso una riflessione sulle sollecitazioni che emergono dai Consigli nazionali. Una per tutte: le disuguaglianze di salute nel nostro Paese. La nostra Costituzione impone che tutti i cittadini siano uguali, in qualsiasi Regione, in qualsiasi Asl. Una strada che passa attraverso il recupero della nostra identità di medici. Noi non siamo ‘tecnici della salute’, noi abbiamo un ruolo politico e sociale che, nell’esercitare questa straordinaria professione, consente di promuovere il diritto, dichiarato fondamentale dalla nostra Costituzione, alla tutela della salute. Risalire la china non sarà facile, ma sarà entusiasmante se porterà buoni frutti”. Secondo Anelli proprio la fedeltà a questo compito potrà risolvere an-

che gran parte dei conflitti recenti riguardanti il contratto dei medici.

Nella prima assemblea operativa il nuovo Comitato Centrale della FNOMCeO ha messo ai primi posti dell’agenda politica - che comprende l’interlocuzione con le principali istituzioni e un incontro già fissato con il Ministro della Salute per presentare gli Organi istituzionali - la partecipazione della componente femminile medica e odontoiatrica alla vita e alle decisioni della Federazione, la sicurezza dei professionisti sanitari e la violenza contro i medici.

Guido Marinoni e **Gianluigi Spata** sono i rappresentanti della FNOMCeO al tavolo di regia del Piano nazionale cronicità, che si è insediato recentemente, con il compito di coordinare a livello centrale l’implementazione del Piano e monitorarne l’applicazione e l’efficacia. “Una corretta gestione della cronicità - evidenzia Anelli - potrebbe essere uno strumento chiave per consentirci di risolvere o quantomeno di alleviare il problema delle liste d’attesa. La programmazione degli esami necessari per tenere sotto controllo le malattie croniche, infatti, e l’affidamento degli esami stessi al territorio consentirebbe di liberare gli ambulatori e laboratori degli ospedali, destinandoli alle urgenze e alle malattie acute”.

Presenza in carico del malato cronico

Come funzionerà la presa in carico del paziente cronico in Lombardia da parte dei gestori ed erogatori? La risposta dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, impegnata nella progettazione e realizzazione del cambiamento, che, prima di tutto, è di tipo culturale e poi organizzativo e che non può prescindere dalla collaborazione attiva dei Mmg

La gestione efficace ed efficiente del malato cronico è la sfida che stanno affrontando i sistemi sanitari di tutti i Paesi sviluppati caratterizzati dal considerevole aumento della aspettativa di vita della popolazione.

Compito dei *policy maker* sanitari è cambiare le regole del gioco all'interno dei sistemi, in modo da innescare e velocizzare il ridisegno delle organizzazioni sanitarie verso modelli di cure integrate in grado di rispondere in modo completo ai bisogni complessi dei malati cronici. In Lombardia questo processo ha ricevuto una spinta di accelerazione significativa a livello normativo nel 2015 con la L. n. 23 e a livello operativo a partire dal gennaio 2017. Il modello lombardo prevede l'identificazione dei malati cronici da parte del livello centrale che vengono invitati ad aderire al programma attraverso l'arruolamento presso un "gestore" (Mmg in cooperativa o altro ente accreditato del sistema sociosanitario regionale) che diventa, a valle della firma di un Patto di Cura, responsabile della gestione clinica e amministrativa del percorso del paziente.

La direzione dell'intervento del *policy maker* lombardo va nel senso del superamento della logica verticale delle cure in favore di un modello integrato che mette al centro il paziente, il quale viene

Marco Trivelli
Direttore Generale
ASST GOM - Niguarda (Milano)

Rossana Giove
Direttore Sociosanitario
ASST GOM - Niguarda

Patrizia Bertolaia
Direttore del Dipartimento
dei Servizi Territoriali
ASST GOM - Niguarda
e SC Continuità Ospedale Territorio

Cristina Giannattasio
Direttore del Dipartimento RICCA
ASST GOM - Niguarda e SC Cardiologia 4
Diagnostica e Riabilitativa

Giulia Garavaglia
Staff Direzione Sociosanitaria
ASST GOM - Niguarda

accompagnato e indirizzato lungo tutta la filiera erogativa.

► Il cambiamento è culturale

Riformare il sistema sociosanitario non è soltanto una sfida per la politica, ma è anche una sfida per tutti gli operatori delle organizzazioni che vi operano e che devono tradurre gli indirizzi normativi in strategie, modelli, processi, procedure, strumenti, ecc.

Alla ASST GOM Niguarda, presente nell'elenco degli enti "gestori" idonei alla presa in carico dei malati cronici della ATS Milano Città Metropolitana e in quello degli "erogatori", i lavori per il ridisegno dell'or-

ganizzazione sono iniziati a febbraio 2017 con l'istituzione di un tavolo di lavoro multidisciplinare finalizzato a tradurre il modello di presa in carico definito dalla normativa (DDGR 6164, 6551, 7038 e 7655 del 2017) all'interno della realtà della ASST - e sono tuttora in corso.

Tutte le componenti del *management* aziendale sono fortemente impegnate nella progettazione e realizzazione del cambiamento, che, prima di tutto, è di tipo culturale e, in secondo luogo, è relativo alle modalità organizzative, al flusso delle attività e agli strumenti.

► Come funzionerà la presa in carico alla ASST GOM Niguarda

I cittadini che hanno ricevuto la lettera di invito per il programma di presa in carico che non hanno un Mmg iscritto all'elenco dei soggetti "gestori" e che hanno come punto di riferimento per le proprie cure e controlli gli ambulatori specialisti di Niguarda, potranno contattare il Call Center Regionale (CCR) al numero 800.638.638 e manifestare il proprio interesse verso la ASST.

Tali cittadini verranno contattati entro 5 giorni da uno degli operatori del Call Center Aziendale (CCA) di Niguarda per fissare un primo appuntamento di valutazione multidimensionale da parte di un medico specialista. Nel caso il paziente

abbia una visita già prenotata entro 70 giorni, tale appuntamento verrà mantenuto. Diversamente, al cittadino verrà dato un appuntamento entro 45 giorni presso uno degli ambulatori della ASST.

Durante la visita di valutazione multidimensionale, oltre all'*assessment* del paziente, verrà effettuata la richiesta dei consensi al trattamento dei dati personali e al Fascicolo Sanitario Elettronico e verrà firmato il Patto di Cura (PdC). Il PdC rappresenta uno strumento operativo e di cambiamento culturale: Niguarda dichiara che si farà carico della gestione clinica e amministrativa del cittadino/paziente, per quanto riguarda la cura delle patologie croniche da cui è affetto, e il paziente si impegna a rispettare le indicazioni degli specialisti e operatori sanitari e socio-sanitari che definiranno le tappe del suo percorso all'interno della filiera erogativa sociosanitaria.

La bontà e solidità del patto tra *team* di presa in carico e paziente rappresenta uno dei punti cruciali per il successo del nuovo programma a livello regionale, poiché il coordinamento centralizzato del percorso, l'aderenza alle terapie e il rispetto degli appuntamenti previsti nel follow-up potranno consentire un miglioramento degli *outcome* clinici e assistenziali e la riduzione della duplicazione di controlli ed esami. A seguito della valutazione multidimensionale sarà possibile definire l'ambito specialistico di pertinenza e le modalità di redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI). Prima di lasciare l'ambulatorio, al paziente verranno rese note le modalità per il ritiro del PAI. In questo processo verranno coinvolte figure assistenziali e amministrative che si occuperanno del supporto alla presa in carico, di cui verranno forniti i recapiti telefonici e e-mail attraverso cui il paziente potrà entra-

re in contatto con il team di presa in carico di Niguarda.

Nel caso il Mmg del paziente fosse un "co-gestore", cioè disponibile alla presa in carico condivisa con la ASST, sarà messa in atto da subito una collaborazione per la definizione del percorso di cura e la stesura del PAI.

Parallelamente alla costruzione dell'impianto organizzativo a supporto della presa in carico come "gestore", Niguarda sta dialogando con la comunità dei Mmg dell'area metropolitana per il miglioramento nella gestione dei malati cronici attraverso lo sviluppo condiviso di percorsi di cura e assistenza e l'introduzione di strumenti e metodi innovativi di comunicazione e condivisione delle informazioni.

Per avere informazioni sul funzionamento della presa in carico alla ASST GOM Niguarda è possibile inviare una e-mail all'indirizzo cronicita@ospedaleniguarda.it

M.D. DIGITAL

Informazioni
Interviste
News
Approfondimenti

Per il medico sempre aggiornato dal mondo clinico e professionale

www.md-digital.it

AGGIORNAMENTI



■ **CARDIOLOGIA**

Perché rivedere le carte del rischio cardiovascolare

■ **GASTROENTEROLOGIA**

Il punto su IBS e sensibilità al glutine non celiaca

■ **MEDICINA DEL SONNO**

Mancata diagnosi dei disturbi del sonno nelle donne

■ **MEDICINA DI GENERE**

Malattie autoimmuni e differenza di genere

■ **MEDICINA DI MONTAGNA**

Esposizione ad alta quota e malattie cardiovascolari

■ **ONCOLOGIA**

Avanzamenti nel trattamento del carcinoma coloretale

■ **ORTOPEDIA**

Patologie della mano, non sempre la causa è lavorativa

■ **PATOLOGIE TROMBOTICHE**

Progressi per il trattamento della TEV nei pazienti oncologici

■ CARDIOLOGIA

Perché rivedere le carte del rischio cardiovascolare

Le attuali carte del rischio cardiovascolare presentano ormai potenziali limiti, che porteranno a breve la comunità scientifica a rivederle e riformularle, con la Medicina Generale coinvolta a pieni titoli. Il primo limite è che sono incentrate sul rischio ischemico, escludendo di conseguenza altre condizioni (fibrillazione atriale, scompenso cardiaco).

“Le carte del rischio CV sono state prodotte ormai molti anni fa quando il profilo del rischio nella popolazione era sostanzialmente diverso da quello attuale - spiega **Claudio Cricelli**, Presidente SIMG, nel corso del Congresso “L’evoluzione della prevenzione cardiovascolare nel nuovo millennio: adeguamento degli strumenti per la valutazione del rischio” (Roma, ISS - dicembre 2017), organizzato dalla SIMG. “Le carte sono state utilizzate innanzitutto dai medici per individuare il rischio nei singoli individui all’interno della popolazione, ma anche per stimolare la cultura del rischio CV e per favorire un corretto impiego delle risorse e dei farmaci per la prevenzione. Con il passare del tempo non possiamo dire che siano superate, ma sono sicuramente da rivedere”.

Fra i parametri non valutati vi sono l’iperuricemia, la familiarità cardiovas-

colare, la durata della malattia diabetica, i livelli dell’emoglobina glicata e le sue variazioni, la variabilità dell’ipertrigliceridemia e l’uso degli antipsicotici. Il database Health Search potrà essere un utile supporto per lo sviluppo delle nuove carte del rischio, utilizzando i dati della MG sicuramente si copre un bacino di popolazione di maggior interesse, soprattutto in termini numerici.

► **Figure coinvolte**

“Un primo punto nell’evoluzione della prevenzione è relativo all’importanza di estendere nella popolazione la valutazione della classe di rischio CV da parte di tutte le figure coinvolte, il medico di medicina generale, che qui è tenuto a svolgere un ruolo fondamentale per il soggetto apparentemente sano, e il cardiologo che assume un ruolo da protagonista nel paziente a elevato rischio cardiovascolare, ma anche l’infermiere - spiega **Andrea Di Lenarda**, Direttore Centro Cardiovascolare, ASUI di Trieste e Presidente ANMCO - Il secondo aspetto riguarda il trattamento farmacologico”.

Nonostante la disponibilità di farmaci efficaci sono ancora troppo pochi i pazienti trattati correttamente, una

situazione che deve sicuramente essere migliorata. Una conferma viene da una ricerca sulla popolazione friulana. “Dal data warehouse CV della Regione Friuli Venezia Giulia abbiamo estratto i dati relativi a poco meno di 100.000 persone a rischio cardiovascolare molto elevato - ricorda il Presidente ANMCO. Ebbene, in questa popolazione di pazienti le persone in trattamento con statine sono solo il 40% e la percentuale delle persone a target è del 30%”. C’è molto spazio dunque per intervenire, anche perché la popolazione di pazienti si fa sempre più ampia. Ciò dipende in primo luogo dall’incremento della prevalenza delle malattie CV secondario all’invecchiamento della popolazione, ma entrano in gioco anche altri fattori. Negli ultimi anni in Italia si sta osservando un anticipo della data di prima insorgenza delle patologie CV: se 10 anni fa la prima diagnosi veniva posta in media all’età di 59 anni, adesso si verifica 4-5 anni prima, a 53-54 anni. Le ragioni di questo fenomeno sono riconducibili essenzialmente al fatto che i medici diagnosticano prima il problema. Tuttavia vi sono forti indizi che questo anticipo dipenda anche da un cambiamento dello stato di salute della popolazione.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di **Claudio Cricelli** e **Andrea Di Lenarda**

■ GASTROENTEROLOGIA

Il punto su IBS e sensibilità al glutine non celiaca

I quadri clinici della sindrome dell'intestino irritabile (IBS) e quelli della sensibilità al glutine non celiaca (SGNC) possono sovrapporsi. Alcune ricerche supportano l'ipotesi che il glutine e altri componenti del frumento possano scatenare l'IBS; tale situazione è resa confusa dall'assenza di biomarcatori. A seguito di un recente meeting dei più autorevoli esperti della materia, tra cui **Carlo Catassi**, Direttore Clinica Pediatrica - Università Politecnica delle Marche è stato pubblicato un aggiornamento sul tema (Catassi C et al. *Nutrients* 2017, 9: 1268; doi:10.3390/nu9111268).

► Frumento e IBS

Il frumento è considerato colpevole di provocare i sintomi in alcuni casi di IBS, con caratteristiche endomicroscopiche e anomalie istopatologiche che forniscono una base morfologica all'esistenza della sensibilità (infiammatoria) al frumento in un considerevole sottoinsieme di pazienti. A causa dell'insufficiente degradazione del glutine e di altre proteine del frumento nell'intestino tenue, non vengono assimilati dei peptidi che possono quindi passare attraverso una barriera epiteliale più permeabi-

le, raggiungere la sottomucosa e attivare una reazione immunitaria. Indipendentemente dall'agente causale, il gruppo di lavoro è concorde nell'affermare che eliminando il frumento dalla dieta si migliorano sensibilmente i sintomi di un sottoinsieme di pazienti con IBS, a cui a volte viene diagnosticata la SGNC. L'interazione tra i vari componenti del frumento può provocare un'ampia schiera di sintomi intestinali ed extraintestinali in questi pazienti modulando la permeabilità intestinale, la composizione del microbiota, la reazione immunitaria che, da sola o combinata, interessa anche l'attività dell'asse intestino-cervello portando così alla percezione del sintomo. In questo campo è necessario effettuare ulteriori ricerche, affermano i ricercatori.

Gli studiosi si sono focalizzati anche sui FODMAP e sul glutine relazionandoli ai sintomi della IBS. L'efficacia e i probabili meccanismi di una "dieta a basso contenuto di FODMAP" (LFD) sono stati descritti in diversi studi, ma non tutti hanno portato dei benefici ai pazienti affetti da IBS. La LFD, inoltre, è una dieta complessa che richiede l'assistenza da parte di un dietologo esperto, che aiuti a garantire il successo e soprattutto l'adeguatezza nutrizionale.

► Sovrapposizione dei sintomi

C'è una sovrapposizione tra SGNC e IBS. La differenza fondamentale è che pazienti con SGNC autodiagnosticano sintomi correlati al glutine, mentre quelli con IBS non segnalano il glutine come stimolo specifico, anche se è dimostrato che i pazienti con IBS annoverano il frumento quando riferiscono della loro "intolleranza alimentare". Ora c'è l'elemento di prova che conferma l'efficacia della dieta senza glutine (DSG) come intervento dietetico specifico per la IBS, anche se si continua a discutere sul meccanismo per cui il frumento o suoi componenti specifici provocano i sintomi del tipo IBS.

Uno dei componenti chiave esclusi dalla LFD è il frumento; pazienti che seguono a lungo una dieta a basso contenuto di FODMAP sembrano considerare la minore assunzione di frumento come indispensabile per conservare la risposta sintomatica. Una dieta senza glutine potrebbe pertanto essere un'opzione più pratica per i pazienti con IBS, perché non diminuisce la qualità della vita legata all'alimentazione agli stessi livelli di una LFD.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Carlo Catassi

■ MEDICINA DEL SONNO

Mancata diagnosi dei disturbi del sonno nelle donne

Come segnalato in letteratura, ma è ben noto in pratica clinica, i disturbi del sonno hanno maggiore incidenza nelle donne rispetto agli uomini e rappresentano un problema diffuso e rilevante, in particolare, nel periodo del climaterio e della menopausa. In generale nella vita delle donne si assiste a una riduzione del numero di ore dedicate al sonno e gli alti livelli di stress e ansia, interferiscono con la qualità del riposo notturno e ne minano le potenzialità ristoratrici. A ciò va aggiunto che le donne, in ragione del proprio assetto ormonale, scandito da bioritmi che si modificano nel corso delle diverse fasi della vita, sono fisiologicamente esposte al rischio di sviluppare disturbi del sonno.

Come riportano diverse ricerche sebbene le donne denuncino una pesante interferenza di questi disturbi con il proprio benessere psico-fisico e con la vita di relazione, esse li affrontano nella maggior parte dei casi come un evento inevitabile della vita e in autonomia, con il ricorso a soluzioni self-made. È di recente pubblicazione da parte della "Society for Women's Health Research - SWHR" una guida che concentra le proprie ricerche sullo

studio dei problemi del sonno nel mondo femminile. L'obiettivo principale è quello di migliorare la diagnosi, il trattamento, la gestione del sonno, dei disturbi del sonno e del ritmo circadiano. L'altro fine è quello di stimolare la discussione tra i medici e i loro pazienti per rispondere meglio alle esigenze delle donne.

► Aree di ricerca

Nella guida vengono valutati sia il sesso che i fattori di genere che possono influire sulla salute del sonno delle donne e vengono individuate tre aree "al femminile":

- le fasi del sonno durante il corso della vita (per esempio impatto dei cambiamenti ormonali, sfide della gravidanza e della genitorialità precoce, impatto del sonno sulla fertilità, ruolo della menopausa);
- i disturbi del sonno e del ritmo circadiano del sonno-veglia (tra cui apnea del sonno, insonnia, sindrome delle gambe senza riposo, ipersonnia, disturbo del sonno-veglia del lavoro a turni e disturbi motori e comportamentali durante il sonno);
- sonno e ritmi circadiani e la loro influenza sulla salute e benessere (malattie cardiovascolari, diabete, salute mentale, cancro, dolore e

declino cognitivo).

Se le donne in generale hanno il 40% in più di probabilità di soffrire di insonnia o sintomi di insonnia rispetto agli uomini, e sebbene i report abbiano identificato una grande prevalenza di uomini, studi di comunità indicano che il rapporto tra donne e uomini con apnea notturna è di 1:3, ma in circa il 90% nelle donne le apnee notturne non vengono diagnosticate. Le cause di questa mancata diagnosi potrebbe risiedere nel fatto che i fattori di rischio e i sintomi di presentazione differiscono nei due sessi.

L'impatto a breve termine delle apnee notturne è ben documentato, e include sonno frammentato, minor apporto di ossigeno, sonnolenza e deficit cognitivi e, nel tempo, aumento del rischio di incidenti automobilistici, ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari, ictus e diabete.

"Le conseguenze sulla salute della mancata diagnosi sono profonde ed è fondamentale riconoscere che i segni e i sintomi dell'apnea notturna nelle donne sono diversi, e spesso più sottili, rispetto al forte russare associato all'apnea notturna negli uomini", auspica al proposito Amy M. Miller, Presidente SWHR e professore di Medicina del Sonno all'Harvard Medical School.

Bibliografia

- Mencacci C et al. Gender and sleep disorders. Italian multicentric study and qualitative research. *Clinical psychopharmacotherapy* 2013;19: 375-82.
- WHR. Interdisciplinary Network On Sleep. Women & Sleep 2018. <https://swhr.org>

■ MEDICINA DI GENERE

Malattie autoimmuni e differenza di genere

Riconoscere le differenze di sesso e di genere nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura rappresenta un'evoluzione ormai ineludibile. Il cosiddetto Ddl Lorenzin (22.12.2017) garantisce che la medicina venga orientata al genere in tutte le sue applicazioni a livello nazionale, sia nella sperimentazione clinica dei farmaci, che per tutto il percorso clinico e che si promuova il suo insegnamento, garantendo adeguati livelli di formazione del personale medico e sanitario. La ricerca sulle differenze di sesso nella risposta immunitaria è un tema che tuttora è oggetto di studi e che si focalizza su due aspetti principali: l'aspetto endocrinologico e l'aspetto genetico.

► Focus sulle malattie autoimmuni

“La risposta immunitaria è più forte nelle donne rispetto agli uomini e questo può costituire un'arma a doppio taglio perché rende le donne più resistenti alle infezioni, ma più suscettibili alle malattie autoimmuni. Le malattie autoimmuni (più di 80 diverse patologie) hanno in genere una prevalenza maggiore nelle donne rispetto agli uomini,

per esempio nel LES il rapporto tra femmine e maschi è circa 10:1, ma le differenze riguardano anche il quadro clinico e la risposta alla terapia: alcune manifestazioni cliniche come quelle renali sembrano essere più severe negli uomini che nelle donne. Inoltre nell'artrite reumatoide e nell'artrite psoriasica, gli uomini rispondono in maniera più efficace al trattamento farmacologico. Fattori correlati al genere e al sesso, ovvero rispettivamente ad aspetti socio-culturali e biologici, sono responsabili della diversa risposta immunitaria tra donne e uomini influenzando quindi l'insorgenza e il decorso delle malattie autoimmuni. Per quanto riguarda i fattori correlati al genere ha un ruolo primario l'esposizione a molecole di diversa natura, per esempio alcuni pesticidi usati in agricoltura come il metossicloro che ha un'attività simil-estrogenica e la cui esposizione è più frequente nei lavoratori di sesso maschile. Al contrario, tradizionalmente le donne sono più esposte ad antigeni presenti nell'ambiente domestico in grado di interferire sulla risposta immunitaria.

Tra i fattori correlati al sesso, giocano un ruolo fondamentale i geni e i microRNA localizzati sul cromo-

soma X e gli ormoni sessuali. Il cromosoma X contiene molti geni e microRNA coinvolti nella risposta immunitaria. Le donne possiedono due copie del cromosoma X in ciascuna cellula a differenza dei maschi, che possiedono un cromosoma X e un cromosoma Y. L'inattivazione incompleta di uno dei due cromosomi X nella donna può portare ad una sovra-espressione di geni e microRNA coinvolti nella risposta immunitaria favorendo in ultimo lo sviluppo di malattie autoimmuni.

Per quanto riguarda gli ormoni sessuali, gli estrogeni, in generale hanno un effetto pro- o anti-infiammatorio dipendente dalla loro concentrazione. In particolare a basse concentrazioni (per es nella fase luteinizzante del ciclo mestruale) inducono una risposta pro-infiammatoria, mentre ad elevate concentrazioni (per es in gravidanza o nel picco peri-ovulatorio del ciclo mestruale) attivano una risposta anti-infiammatoria; la produzione di anticorpi è invece stimolata sia da basse che da alte concentrazioni estrogeniche. Il progesterone e gli androgeni hanno in generale effetti immunosoppressivi e antinfiammatori.

Ulteriori indagini permetteranno l'identificazione di nuove strategie preventive ed approcci terapeutici personalizzati per il trattamento di queste patologie immuno-mediate.

Bibliografia

- Ortona E, Pierdominici M. *Medicina di Genere Newsletter 2018; 3*

■ MEDICINA DI MONTAGNA

Esposizione ad alta quota e malattie cardiovascolari

L'esposizione ad alta quota, definita come una quota maggiore di 2500 metri sul livello del mare, comporta uno sforzo da parte dell'organismo per adattarsi. Ciò dipende dalla serie di modificazioni ambientali, di intensità progressiva, che si osservano all'aumentare dell'altitudine.

Dopo un periodo di tempo variabile in base alle condizioni di partenza del soggetto (età, sesso, indice di massa corporea, eventuali patologie, terapia farmacologica in corso ecc.) e alla quota a cui ci si espone, l'organismo raggiunge un nuovo punto di equilibrio, in cui si è "adattato" alla quota in cui si trova, tale processo viene definito "acclimatamento".

Nel caso di soggetti con pregresse patologie cardiache, vascolari o polmonari, l'esposizione ad alta quota può essere pericolosa, perché all'organismo, già indebolito dalla patologia di base, viene richiesto uno sforzo importante di adattamento.

Ma quali sono le indicazioni che il medico può fornire ai pazienti? Una risposta ufficiale e documentata arriva ora dal gruppo di ricerca di **Gianfranco Parati**, Prof. di Medicina cardiovascolare all'Università di

Milano-Bicocca e direttore dell'UO di Cardiologia dell'Auxologico San Luca di Milano, che studia questa problematica dal 2004 con spedizioni in quota in varie parti del mondo, compreso l'Everest. È stato infatti recentemente pubblicato il consensus document "*Clinical recommendations for high altitude exposure of individuals with pre-existing cardiovascular conditions*".

► Personalizzare le raccomandazioni

"Si tratta di raccomandazioni estratte da numerosi studi - spiega Gianfranco Parati - che abbiamo analizzato grazie ad una estesa ricerca nella letteratura, per dare raccomandazioni basate su evidenze scientifiche, incluse quelle ricavate dai nostri progetti "HighCare" sul campo in alta quota.

Ne emerge un ventaglio di raccomandazioni che tengono in considerazione da un alto aspetti ambientali come velocità di salita, quota raggiunta, temperatura o il fatto di dormire in quota, e dall'altro aspetti personali come allenamento, storia clinica, stabilità dei problemi CV, terapia in corso, esami diagnostici recenti, training preceden-

te, preparazione fisica e clinica". Dallo studio pubblicato si evidenzia quindi la necessità di personalizzare quanto più e meglio possibile le raccomandazioni e gli accorgimenti per il paziente cardiopatico amante dell'alta montagna. Tuttavia vi sono delle indicazioni generalizzabili. "Occorre prepararsi fisicamente - chiarisce Parati - e valutare con il medico la propria condizione, per individualizzare il consiglio. Bisogna effettuare una precisa stima del livello di rischio CV individuale prima di avventurarsi, anche perché alcuni problemi possono essere subclinici. Occorre inoltre prevedere un adeguamento della terapia nei soggetti più a rischio. In altre parole, vi sono raccomandazioni generali sulle procedure e sulla prudenza da esercitare, ma poi i consigli debbono essere individuali, basati sulle condizioni del singolo, e devono prevedere un'interazione con il medico e con lo specialista esperto di medicina di montagna. Il paziente cardiologico non deve necessariamente privarsi del piacere della montagna, ma la deve affrontare con serietà, consapevolezza, prudenza e preparazione, basandosi su dati scientifici e sulla propria storia personale".

Bibliografia

- Parati G, Agostoni P, Basnyat B et al. Clinical recommendations for high altitude exposure of individuals with pre-existing cardiovascular conditions. *Eur Heart J* 2018; Jan 11. doi: 10.1093/eurheartj/ehx720.

ONCOLOGIA

Avanzamenti nel trattamento del carcinoma colorettales

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con 53.000 nuove diagnosi stimate nel 2017 (29.500 uomini e 22.900 donne). Nella classifica dei tumori più frequenti per gruppi di età il carcinoma del colon-retto occupa sempre posizioni elevate, variando nelle diverse età tra l'8% e il 14% negli uomini e tra il 4% e il 17% nelle donne. La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore negli anni passati.

“Il carcinoma del colon-retto risente molto degli stili di vita scorretti (alimentazione squilibrata e troppo ricca di grassi) sottolinea il Prof. **Carmine Pinto**, Direttore dell'Oncologia Medica al Clinical Cancer Centre dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia. La prevenzione primaria risulta fondamentale così come riuscire ad ottenere l'eliminazione dei precursori e una diagnosi precoce del tumore in uno stadio il più possibile iniziale. Negli ultimi anni è stato sviluppato il programma nazionale di screening per il carcinoma colorettales che prevede la ricer-

ca di sangue occulto nelle feci e per i casi risultati positivi al test la successiva colonscopia. Se individuiamo i precursori della neoplasia o la neoplasia durante le prime fasi possiamo intervenire tempestivamente e ottenere i migliori risultati in termini di guarigione. Attualmente il 65% dei pazienti riesce a sconfiggere la malattia”.

Tuttavia circa il 20% dei pazienti presenta metastasi alla diagnosi iniziale e quasi il 50% le sviluppa in seguito. La prognosi di questi pazienti è migliorata globalmente e sensibilmente negli ultimi anni con una sopravvivenza di circa 30 mesi. Questi miglioramenti sono stati legati da una parte alle nuove conoscenze biologiche dall'altra alla individuazione di particolari bersagli molecolari controllabili con farmaci biologici o alla possibilità di avere a disposizione nuovi farmaci.

► Nuovi farmaci

Per il trattamento dei pazienti adulti con tumore del colon retto in stadio avanzato (metastatico) precedentemente trattati o non candidati ad altre cure come chemioterapia o terapie biologiche è da po-

co è rimborsato anche in Italia un farmaco orale basato sulla combinazione di trifluridina (FTD) e tipiracil (TPI).

“La combinazione di trifluridina e tipiracil - afferma il Prof. **Alberto Sobrero**, Responsabile del Dipartimento di Oncologia Medica dell'Ospedale San Martino di Genova - agisce inserendosi direttamente nel DNA, interferendo con la sua funzione e prevenendo in tal modo la proliferazione e la crescita delle cellule tumorali. Questo approccio combatte il cancro in modo diverso rispetto ai trattamenti somministrati in precedenza, permettendoci di rallentare la progressione della malattia senza trattare il paziente nuovamente con le stesse terapie. I dati contenuti nello studio internazionale Recourse (Mayer RJ et al. Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. *NEJM* 2015; 372: 1909-19), condotto su 800 pazienti, forniscono evidenze di come questa associazione possa offrire ai malati affetti da carcinoma metastatico refrattario ai trattamenti standard una maggiore sopravvivenza e una riduzione del rischio di morte rispetto al placebo”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alberto Sobrero

■ ORTOPEDIA

Patologie della mano, non sempre la causa è lavorativa

Dito a scatto, sindrome del tunnel carpale, rizoartrosi, sono tra le patologie a carico della mano e del polso più diffuse. Spesso le persone cercano la causa scatenante in negli strumenti di lavoro più comuni (PC, smartphone, tablet, mouse). In realtà, il loro utilizzo scorretto rappresenta un fattore scatenante, ma non la causa della condizione patologica.

“Risalgono agli anni '90 negli USA le prime cause intentate da dipendenti che imputavano a computer e mouse la causa di problemi a mani e polsi. La maggior parte di queste, però, si conclusero con la vittoria dell'azienda - spiega **Giorgio Pajardi**, direttore dell'UOC di Chirurgia e Riabilitazione della Mano dell'ospedale San Giuseppe, Gruppo MultiMedica, Università di Milano. È bene sottolineare come non sia lo strumento tecnico in quanto tale a causare il danno, bensì l'utilizzo della mano in modo scorretto. A lungo, si può manifestare un'alterazione degenerativa non riferibile all'età, ma a un utilizzo sbagliato dell'arto.

Una delle forme artrosiche più frequenti collegata ad un errato e prolungato carico è l'artrosi trape-

zio-metacarpale. Le tecnologie che indubbiamente possono portare un aggravante in questo senso sono i cellulari e i tablet, che richiedono di reggere lo strumento e digitare allo stesso tempo, talvolta con la stessa mano, senza un piano di appoggio, come accade invece con la tastiera del computer sulla scrivania.

► Patologie della mano spontanee

Restando nell'ambito delle patologie della mano cosiddette spontanee, ovvero di origine non traumatica (dito a scatto, sindrome del tunnel carpale), si tratta di condizioni che si presentano a causa di gesti scorretti compiuti ripetutamente.

“Si crea un insano circolo vizioso in cui il paziente ha un disturbo anche grave ma non se ne prende carico perché lo considera legato a un fattore esterno al proprio corpo. Se poi il problema diventa ingestibile, si reca dal medico restando tuttavia convinto di non poter guarire a causa del proprio lavoro - continua Pajardi. Fino ad arrivare ai casi in cui la condizione di malattia viene sfruttata per ottenere van-

taggi, come invalidità, benefit o privilegi sul posto di lavoro. Naturalmente, un conto è che la richiesta arrivi da chi svolge lavori manuali, un altro è che a pretenderla sia un impiegato oppure chiunque svolga professioni a prestazione intellettuale”.

La convinzione che la patologia sia correlata alla propria attività lavorativa porta il paziente a non essere collaborativo con il medico.

► L'informazione al paziente

“È fondamentale stimolare chi è colpito da determinate patologie a informarsi correttamente su come correggerle, al di là della propria attività quotidiana. Se pensiamo, ad esempio, alla mano del musicista, non è detto che il violinista in quanto tale debba essere colpito da patologie al polso o che il chitarrista soffra di rizoartrosi. Non sono il lavoro o lo sport che creano il problema, ma la predisposizione e una delle applicazioni della mano che il paziente compie quotidianamente in modo errato. È chiaro che, se passa la maggior parte della giornata a ripetere lo stesso gesto, peggiorerà la situazione già patologica.

Purtroppo, la quasi totalità delle professioni prevede l'utilizzo del pollice o della mano. Se la colpa fosse da imputare al lavoro, quindi, molti pazienti non potrebbero più svolgere alcuna attività. Per fortuna non è così” - conclude Pajardi.

■ PATOLOGIE TROMBOTICHE

Progressi per il trattamento della TEV nei pazienti oncologici

Il rischio di sviluppare tromboembolia venosa (TEV), nella forma di trombosi venosa profonda o embolia polmonare, aumenta da 4 a 7 volte nei pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia e, per questa popolazione di pazienti, essa rappresenta la seconda causa di morte. Nel trattamento della TEV in questi pazienti, le attuali linee guida raccomandano eparina a basso peso molecolare (dalteparina) per almeno sei mesi come standard di cura. Tuttavia, attualmente l'aderenza alle linee guida per il trattamento della TEV correlata a cancro risulta più bassa di quanto sarebbe auspicabile, proprio a causa della necessità della somministrazione del farmaco attraverso iniezioni sottocutanee quotidiane. Dunque un'ulteriore sfida per i pazienti oncologici, che corrono un rischio maggiore sia di recidive di TEV che di sanguinamenti maggiori.

► Lo studio "Hokusai-VTE Cancer"

Hokusai-VTE Cancer è il primo trial clinico controllato randomizzato ad aver studiato il rapporto rischio-beneficio di un anticoagulante (DOAC) rispetto allo standard di cura attuale delle iniezioni a base di dalteparina (eparina a basso peso molecolare)

nei pazienti affetti da cancro, e i primi risultati dimostrano che edoxaban soddisfa i criteri pre-specificati di non inferiorità rispetto a questo standard.

Lo studio ha arruolato 1.050 pazienti con cancro attivo, il 53% di essi presentava cancro metastatico e il 72% era sottoposto a chemioterapia al momento della randomizzazione. Lo studio ha raggiunto l'endpoint primario di non inferiorità di edoxaban per l'outcome composito della prima recidiva di TEV o sanguinamento maggiore, in un periodo di 12 mesi. Nell'anno in esame, questi eventi hanno colpito 67 dei 522 pazienti (12.8%) nel gruppo edoxaban rispetto ai 71 dei 524 pazienti (13.5%) del gruppo dalteparina. La differenza del rischio di recidiva di TEV è stata di -3.4%, mentre la corrispondente differenza di rischio per i sanguinamenti maggiori è stata del 2.9%. Nel braccio edoxaban, inoltre, non si sono registrati sanguinamenti fatali, mentre nel braccio dalteparina se ne sono registrati due. Lo studio ha anche soddisfatto l'outcome secondario di sopravvivenza libera da eventi (la proporzione di soggetti che nel tempo non presentano recidive di TEV, sanguinamenti maggiori e morte) a 12

mesi, e le frequenze sono risultate simili tra edoxaban e dalteparina (55% e 56,5% rispettivamente).

I primi risultati del trial Hokusai-VTE Cancer sono stati presentati al Congresso dell'American Society of Hematology (ASH) svoltosi ad Atlanta e contemporaneamente pubblicati sul *New England Journal of Medicine* (NEJM 2017 Dec 12; DOI: 10.1056/NEJMoa1711948).

Lo studio Hokusai-VTE Cancer è stato presentato in Italia dal Prof. **Raffaele De Caterina** (Università di Chieti-Pescara) nell'ambito di un simposio svoltosi al Congresso della Società Italiana di Cardiologia (SIC). De Caterina ha anche illustrato le peculiarità e le evidenze scientifiche di edoxaban emerse dal grande trial ENGAGE AF-TIMI 48, che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di edoxaban, rispetto al warfarin, per la prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica su 21.105 pazienti affetti da FA non valvolare. Edoxaban è risultato non inferiore a warfarin in termini di prevenzione dell'ictus e dell'embolia sistemica, ma ha mostrato una incidenza significativamente più bassa di sanguinamenti e mortalità per cause CV, confermata anche nei pazienti a rischio più elevato.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Raffaele De Caterina

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

Conosco la signora da molti anni, adesso è accudita da una badante e quando vado a visitarla la trovo seduta in poltrona di fronte alla televisione. Il mondo dei grandi anziani è quello della televisione, le giornate scorrono lente e si ripetono uguali l'una all'altra. Il tempo ha una dimensione diversa, non è lo stesso di chi ha cose da fare, obiettivi e traguardi. La riprova che il tempo è una variabile assolutamente relativa. "Buongiorno Antonia, sono venuto a farle il vaccino per l'influenza", "Bene, grazie. Come stai dottore? Hai figli?", "Sì uno, ha trent'anni", "Trenta anni?! Allora è proprio tanto che non vieni a trovarmi".

Martedì

La faccia è quella della "commedia dell'arte", in un napoletano stretto, che faccio fatica a comprendere, mi dice: "Dottore, il mio principale si è ammalato, non possiamo lavorare, mi da per cortesia un paio di settimane di malattia?". Quando ho provato a spiegarli che le cose non funzionano così, la faccia si è fatta minacciosa, se ne è andato imprecaando sbattendo la porta.

Mercoledì

Su la "Lettura" inserto settimanale del "Corriere della Sera" di domenica 26/10/2017 c'è un articolo interessante di Giuseppe Remuzzi dal titolo "Sorpresa, Marx giova alla salute. Il capitalismo un po' meno". Nell'articolo si riportano autorevoli opinioni e scritti a sostegno di un sistema sanitario di tipo socialista. Ken Rogoff, economista del Fondo Monetario Internazionale, sostiene che la disputa fra capitalismo e socialismo dovrà presto fare i conti con la difesa della salute e l'aspettativa di vita. Nell'articolo si ricorda come già Arnold Relman, per moltissimi anni *editor* del *NEJM* abbia criticato la

nuova industria della salute che non è diversa da qualunque altra e finisce per rispondere alle esigenze degli azionisti invece che alle necessità degli ammalati. Remuzzi fa presente come il Sistema Sanitario degli USA, Paese più ricco del mondo, faccia acqua da tutte le parti mentre costa più di qualunque altro e ricorda come Howard Waitzkin del Mass General Hospital di Boston nell'articolo pubblicato su "Annals of Internal Medicine" facesse presente che "l'unica via per mettere limiti alla crescita senza controllo e al profitto del settore privato sarebbe stata l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale come in Gran Bretagna e in Italia".

Eppure, Richard Horton su "The Lancet" scrive commentando un articolo pubblicato a ottobre sulla stessa rivista da Michel Kazatchkine (*Health in the Soviet Union and in the post Post-Soviet Space*), l'esperimento comunista è fallito, oggi mancano farmaci, c'è una tecnologia obsoleta, le strutture sono fatiscenti e l'aspettativa di vita diminuisce. Remuzzi comunque conclude che il pensiero di Marx andrebbe rivalutato perché "mette in guardia dai pericoli di una società che fonda il benessere della popolazione sul libero mercato e dà sempre più credito, e in definitiva più potere, ad élite professionali orientate al profitto, che poi finiscono per creare malattie *product-driven*, quelle che esistono in funzione dei prodotti da vendere".

Nel ricordare che i Sistemi Sanitari di Svezia e Norvegia si stanno muovendo in una direzione marxista, l'articolo viene concluso dalle parole dell'editoriale di Horton: "Non c'è bisogno di essere marxisti per apprezzare Marx ma dobbiamo ammettere che la medicina ha molto da imparare da lui".

Devo dire che l'articolo mi ha colpito, e mi sono venute in mente alcune considerazioni: il Sistema Sanitario statunitense e quello del Regno Unito sono molto diversi eppure entrambi fanno acqua (nel 2016 il deficit del NHS inglese è stato di 2500 milioni di sterline), la speranza di vita in Svezia e in Norvegia sono più basse che in Italia e praticamente tutti i Paesi che gra-

vitavano nell'area sovietica, dopo la caduta del muro di Berlino, hanno scelto dei Sistemi Sanitari di tipo Bismarckiano (finanziato da una tassa sui salari pagata da imprenditori e lavoratori) e non un Sistema Beveridge (finanziato e controllato dallo Stato *tax-based*).

Allora, basta scegliere un modello politico per garantire equità ed efficacia a un sistema di erogazione delle cure? O c'è bisogno di prendere in considerazione qualcos'altro? A mio modesto avviso, bisogna considerare la localizzazione delle differenti discipline mediche all'interno del Sistema Sanitario. Quest'ultimo può essere realmente efficace solo con una Medicina Generale di qualità, nessun sistema (socialista o liberale) può reggere alla domanda di salute e dare risposte adeguate senza questa premessa.

In Olanda (modello Bismarck), per esempio, i medici di famiglia si fanno carico del 97% di tutti i problemi di salute delegandone solo il 3% agli altri specialisti. I sistemi di erogazione delle cure sono fallimentari in tutti i Paesi in cui la medicina generale non ha avuto spazio (paesi comunisti e USA) e stanno fallendo in tutti i Paesi in cui questa è amministrata e privata di autonomia e indipendenza (Regno Unito, Italia). I sistemi falliscono dove gli attori dei vari livelli di cura non sono definiti, dove sono presenti sovrapposizioni e soprattutto dove le sub-specialità agiscono anche nelle cure primarie.

In Italia, ad esempio, le specialità che dovrebbero essere di secondo livello si fanno carico delle malattie frequenti anche se la loro cura non richiede manovre o attrezzature particolari, questo grazie a PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziale), a Piani Terapeutici per i farmaci, a esenzioni ticket e al negato accesso alla diagnostica di "secondo livello" alla Medicina Generale. Negli Stati Uniti il numero ancora basso di medici di famiglia produce lo stesso effetto di delegare cure primarie a sub-specialità.

Nell'ultimo numero di *Annals of Family Medicine* del 2017 (vol. 15, 6, november/december 2017) un bellissimo lavoro di ricerca, "*Exploring Attributes of High-Value Primary Care*" mette in evidenza, se ce fosse ancora bisogno, come la Medicina Generale sia fondamentale per una cura stratificata sul rischio personale, per le decisioni supportate dalla *evidence-based medicine*, per la scelta oculata delle sub-specialità, per una cura coordinata, per costruire protocolli di gestione e per risparmiare sulla spesa. Credo che prima di porsi domande se sia meglio orientarsi verso un Sistema Sanitario marxista o liberale valga la pena di mobilitarsi per far recuperare

alla Medicina Generale italiana il ruolo che ha perso in quello che, anche grazie a questa disciplina, era uno dei migliori Sistemi Sanitari del mondo.

Giovedì

Sto preparando un intervento ad un corso di formazione sulla malattia diabetica. Sono andato a leggermi gli "Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016" pubblicati congiuntamente dall'AMD (Associazione Medici Diabetologi) e dalla SID (Società Italiana di Diabetologia) e gli "Standards of care 2018" pubblicati dall'ADA (American Diabetes Association).

È interessante notare la differente collocazione della cura del diabete da parte delle associazioni italiane nei confronti di quelle d'oltre oceano. In Italia la cura del diabete è di pertinenza specialistica, di secondo livello, mentre negli USA è assolutamente di primo livello. In Italia i diabetologi definiscono chiaramente nella loro pubblicazione "i compiti del medico di medicina generale", in America i medici di medicina generale al contrario definiscono gli standard di cura. È paradossale che una sottospecialità come la diabetologia definisca i compiti di un'altra disciplina, specialità in tutto il mondo, e che questa non si indigni.

Di recente proprio l'American Academy of Family Physicians comunica di non aderire alle linee guida sul trattamento dell'ipertensione redatte dall'American Heart Association e dall'American College of Cardiology e da altre 9 società scientifiche e di continuare a mettere in pratica quanto suggerito dalle linee guida del 2014 perché, afferma Michael Munger, presidente AAFP, "l'approccio del medico di famiglia all'ipertensione è individuale, considera la storia del paziente, i fattori di rischio, le sue risorse e le sue preferenze". Tutta un'altra classe.

Venerdì

Arriva in ambulatorio M.P., una donna di trent'anni, sana: "Dottore vorrei che mi facesse l'impegnativa per una visita fisiatrica, si ricorda che avevo male al collo?". "Mi ricordo, ma adesso stai bene, non vedo necessità di chiedere consulenze". "Sì, dottore ma la cassa interna del mio lavoro mi paga la visita e, visto che è gratis, voglio farla". "Scusa, ma chi ti ha consigliato di fare questa visita che non ti serve?". "L'operatrice telefonica della cassa interna e se lei non vuole mi rivolgerò ad un altro medico!". È cronaca ormai quotidiana.

L'immunodepressione in medicina generale

Numerose condizioni possono indurre uno stato di immunodepressione e la manifestazione più rilevante sul piano clinico è l'infezione da HIV e la sua eventuale evoluzione in AIDS. Il paziente sieropositivo

rappresenta un universo clinico molto complesso, che richiede una particolare attenzione e deve sollecitare nel curante uno stato di allerta anche per quei segni e sintomi che sembrerebbero trascurabili.

Cinzia Roberta Bassoli¹, Giovanni Antonio Filocamo², Marco Elli³

Nel corso dell'attività di tutoring presso l'ambulatorio di Medicina Generale, previsto nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, è giunto alla nostra osservazione un paziente che ci ha spinti ad un approfondimento clinico. Le nostre considerazioni saranno riportate all'interno del corso per una discussione collettiva. L'andamento del caso ci ha riconfermato l'assoluta necessità di un adeguato rapporto medico-paziente e la necessità di una presa in carico "olistica", particolarmente in un paziente "multipatologico".

Giunge all'osservazione il Signor Mauro di 49 anni, che richiede una definizione delle proprie condizioni di salute, per poter avviare la procedura di Invalidità Civile. Il paziente è seguito in una Divisione di Infettivologia di Milano, è portatore di una neoplasia polmonare recentemente trattata chirurgicamente presentatasi dopo una epatopatia HCV-HBV-HDV positiva, HIV correlata, complicata da un'infezione neurologica da *Toxoplasma gondii*. Il paziente ri-

chiede la preparazione di una sequenza di accertamenti diagnostici necessari al monitoraggio della sua condizione clinica.

Discussione

Oggi sono numerose le condizioni che possono indurre uno stato di immunodepressione come le neoplasie disseminate, gli importanti stati carenziali, le terapie immunodepressive a quelle antineoplastiche. Ci siamo concentrati su quella che è la manifestazione più rilevante sul piano clinico, ovvero l'infezione da HIV e la sua eventuale evoluzione in AIDS.

Il paziente sieropositivo rappresenta un universo clinico molto complesso, che richiede una particolare attenzione, deve sollecitare nel curante uno stato di allerta anche per quei segni e sintomi che, in un paziente con un sistema immunitario competente, sembrerebbero trascurabili. Il nostro paziente ha presentato una comorbidità epatica, cardiaca, neurologica, dermatologica e polmonare. Il primo quesito che ci siamo posti è se le complicanze osservate potevano essere direttamente o indirettamente messe in relazione con gli effetti avversi delle terapie antiretrovirali (tabella 1).

In considerazione di quanto segnalato, nessuna delle complicanze osservate sembra da mettere in relazione con la comorbidità osservata.

► Toxoplasmosi

La toxoplasmosi è l'infezione del sistema nervoso centrale più comune nei pazienti con AIDS, colpendo solitamente quando il conteggio CD4⁺ scende al di sotto delle 100 cellule/μL. Particolarmente se non hanno ricevuto adeguata terapia profilattica, infatti, pur essendo la profilassi primaria e secondaria per l'encefalite toxoplasmica fortemente raccomandata, dai dati epidemiologici risulta che ancora oggi circa il 30% dei soggetti HIV⁺ con un conteggio CD4⁺ <100 cellule/μL e sieropositività per *Toxoplasma gondii* non riceve una profilassi efficace o terapia anti-retrovirale.

L'infezione è causata dal suddetto *Toxoplasma gondii*, un parassita intracellulare-obbligato, ubiquitario in natura e infettante una grande varietà di mammiferi ed uccelli. In particolare, il suo ospite definitivo è rappresentato dal gatto, nel quale compie il ciclo sessuale completo, tuttavia può riprodursi in modo asessuato in tutti gli ospiti accidentali. In un umano immunocompetente, l'infe-

¹ Medico in Formazione, Milano

² Tutor del Corso Pre-Laurea Medicina Generale, Università degli Studi di Milano

³ Responsabile delle Attività Didattiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Vialba Università degli Studi di Milano

Tabella 1

Valutazione degli effetti collaterali più rilevanti dei farmaci antiretrovirali

Inibitori Nucleosidici della Trascrittasi Inversa (NRTI)	
Zidovudina	Neutropenia, anemia, nausea, vomito, cefalea, miopatia
Didanosina	Iperamilasiemia, pancreatite, neuropatia periferica, diarrea, nausea, vomito, sindrome secca, steatosi epatica
Tenofovir	Diarrea, insufficienza renale, acidosi lattica, steatosi epatica
Stavudina	Neuropatia periferica, acidosi lattica, pancreatite, steatosi epatica, lipodistrofia
Lamivudina/ Emtricitabina	Ben tollerate
Abacavir	Reazioni gravi di ipersensibilità (4%)
Inibitori Non Nucleosidici della Trascrittasi Inversa (NNRTI)	
Nevirapina Efavirenz Etravirina, Ralpivirina	Eruzioni cutanee, generalmente di lieve entità e durata, anche se sono stati osservati casi di sindrome di Steven-Johnson, particolarmente con la nevirapina. Aumento delle transaminasi sieriche. Alterazioni del sonno, dell'attività onirica, dell'umore e della soglia di attenzione e teratogenicità con efavirenz.
Inibitori delle Proteasi (PI)	
Saquinavir	Disturbi gastrointestinali, cefalea, aumento delle transaminasi sieriche
Ritonavir	Disturbi gastrointestinali, alterazioni del gusto, aumento delle CPK e dell'uricemia, parestesie, epatite
Indinavir	Nefrolitiasi, nefropatia, disturbi gastrointestinali, iperbilirubinemia
Fosamprenavir	Diarrea, eruzioni cutanee, parestesie
Lopinavir/Ritonavir	Diarrea ed altri disturbi gastrointestinali
Tipranavir	Tossicità epatica, sanguinamento intracranico (raro)
Atazanavir	Iperbilirubinemia, BAV, iperglicemia
Darunavir	Eruzioni cutanee (7%), sindrome di Steven-Johnson

zione primaria è solitamente asintomatica e avviene attraverso l'ingestione di cisti toxoplasmiche provenienti da cibi contaminati da feci di gatto oppure da carne cruda o poco cotta di un animale infetto.

Nei soggetti immunodepressi, l'infezione primaria o la riattivazione di un'infezione pregressa latente si manifesta tipicamente con segni e sintomi che indicano coinvolgimento del sistema nervoso centrale, tipicamente cefalea, deficit neurolo-

gici focali o convulsioni, concomitanti ad un rialzo della temperatura. Il trattamento di questi pazienti si estrinseca in due fasi:

- **Fase acuta:** terapia con pirimetamina + sulfadiazina/clindamicina per almeno 6 settimane.
- **Fase di mantenimento:** trattabile con la medesima terapia impiegata in fase acuta, a dosi inferiori, in tutti quei pazienti in cui il sistema immunitario non sia stato ricostituito dalla terapia antiretrovirale, fino a 3 mesi dal

conseguimento di questo obiettivo. Il tasso di mortalità nei pazienti adeguatamente trattati varia dall'1% al 25%, ma ovviamente possono residuare alcuni deficit neurologici in base alle aree principalmente interessate dalle lesioni, solitamente multiple. Anche se il nostro paziente è portatore di lesione toxoplasmica che interessa le vie di connessione parieto-frontali, non ha mai presentato modificazioni comportamentali. Comunque, la presenza di una lesione di carattere neurologico serio, deve metterci in allerta su una possibile modificazione del quadro neuropsicologico. L'interessamento del SNC è evidenziabile in due manifestazioni tipiche e preoccupanti, ovvero la demenza correlata all'AIDS (*AIDS-dementia complex*, ADC) e la sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS).

► Demenza correlata all'AIDS

La demenza correlata all'AIDS è il quadro neurologico più tipico, rilevato nel 20-30% dei pazienti con AIDS non trattati con HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy ossia terapia antiretrovirale altamente attiva), ovvero l'uso contemporaneo di tre o più farmaci antiretrovirali per il trattamento dell'infezione da HIV. L'obiettivo della terapia antiretrovirale è l'abbattimento della carica virale e l'aumento dei linfociti CD4. Questo quadro sembra essere correlato al rilascio di citochine potenzialmente tossiche. Il disturbo si manifesta con la comparsa di demenza con deficit progressivo delle funzioni cognitive; a questo si aggiungono spesso alterazioni dell'umore e del comportamento e deficit motori. Nella maggioranza dei pazienti l'evoluzione è progressiva, talora brusca, in relazione alla comparsa di alterazioni metaboliche, fino alla demenza grave.

► **Sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS)**

Per IRIS si intende un disordine infiammatorio emergente che si sviluppa dal ristabilirsi del sistema immunitario indotto dall'inizio di una HAART efficace. Si ha dunque un peggioramento paradossale, di precedenti patologie opportunistiche non trattate o parzialmente controllate (incluso HIV) legato alla ripresa della risposta immunitaria. I patogeni opportunisti più frequentemente associati alla comparsa di IRIS sono *M. tuberculosis*, *C. neoformans*, CMV e JCV, ma sono stati osservati casi di neuro-IRIS anche in assenza di isolamento di microrganismi opportunisti. Come mostra la *tabella 2*, l'eccessiva risposta infiammatoria è favorita da difettivi meccanismi immuno-regolatori, dalla proliferazione linfocitaria indotta dalla stessa linfopenia e da difetti (numeri-

ci e funzionali) delle cellule T. Questi fattori potrebbero compromettere i meccanismi che normalmente servono per mantenere la tolleranza verso l'ospite, promuovendo, perciò, l'inizio e l'esacerbazione delle risposte immuni. La neuro-IRIS è coerente con una risposta immunitaria di sregolata, provocata da un danno tissutale sproporzionato in risposta ad Ag derivanti da patogeni oppure ad autoAg. La sintomatologia clinica consiste in deterioramento neurologico di vario tipo, accompagnato dalla comparsa di lesioni ed alterazioni neuroradiologiche. La terapia dovrebbe avere come obiettivo quello di interferire con l'azione delle citochine infiammatorie e/o con la transmigrazione linfocitaria. La scoperta di questa nuova complicanza rappresenta un punto supplementare per favorire l'inizio della terapia antiretrovirale prima che si stabilisca l'immunodeficienza.

► **Complicanza epatica**

Le malattie epatobiliari sono attualmente la causa di letalità in più di 1/3 della popolazione HIV+. Le patologie più frequenti sono le coinfezioni con virus dell'epatite B (HBV) e C (HCV), ma anche le steatoepatiti e le reazioni di tossicità diretta/indiretta indotte dalla HAART. Oltre l'80% dei soggetti HIV+ è venuto a contatto con HBV e dal 5 al 40% è coinfecto con HCV; sono frequenti anche le infezioni da virus dell'epatite D (HDV). Questa è esattamente la condizione in cui si trova il nostro paziente, presentando marker epatitici che indicano infezione cronica da HBV, fortunatamente non in replicazione attiva (HBV-DNA < 10 copie/mL, HBeAg=neg, HBeAb=pos), cronicizzazione dell'infezione da HDV ed infezione cronica da HCV (genotipo 1a) in replicazione attiva (HCV-RNA=173575 UL/mL). Generalmente, la coinfezione HIV-HCV è caratterizzata da rapida progressione verso la cirrosi, verosimilmente indotta sia dall'immunocompromissione, sia da altri fattori come farmaci e sindromi da immunoricostruzione. Con l'introduzione della HAART, riducendo drasticamente le infezioni opportunistiche e le malattie neoplastiche, la patologia epatica da HCV è diventata la principale causa di morbosità e letalità. L'evoluzione naturale dell'epatopatia, secondo quanto riportato, sarebbe quella di un peggioramento progressivo, fino allo stato di cirrosi, tanto più che nel nostro caso i fattori negativi incidenti sarebbero plurimi. Nonostante questo, l'ecografia addominale mostra un fegato di dimensioni lievemente aumentate, a profili arrotondati, ecostruttura sostanzialmente omogenea e con normale rappresentazione dell'albero vascolare, senza evidenti lesioni focali; inoltre, gli indici

Tabella 2

Sindrome infiammatoria da immunoricostruzione (IRIS)

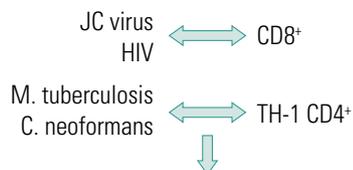
Fattori dipendenti dal patogeno

- Neurotropismo
- Strategie di sopravvivenza
- Carica antigenica

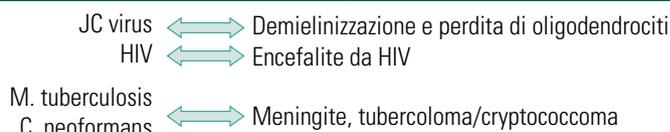
Ricostituzione immunitaria HAART-indotta

- Proliferazione linfopenia-indotta
- Repertorio di cellule T - specifiche
- Difetti delle cellule T - regolatorie

Esacerbazione della risposta immune Ag-specifica



Danno infiammatorio del SNC



di citolisi e la funzione protidosintetica epatica rientrano nei limiti della norma; infine, le stime della stiffness epatica con fibroscan eseguite dal 2013 al 2015 suggeriscono un netto miglioramento dell'elasticità del tessuto (kPa: 7.6 → 6.5 → 5.4), con uno stato odierno compatibile con F0-F1. Il nostro paziente ha notevolmente modificato il proprio stile di vita disfunzionale che lo caratterizzava particolarmente all'inizio dell'infezione.

► Complicanza polmonare

Nei pazienti con infezione da HIV è elevata la frequenza con cui si riscontrano patologie neoplastiche; le più comuni sono il sarcoma di Kaposi ed i linfomi non-Hodgkin, questi ultimi soprattutto a localizzazione cerebrale. La probabilità di osservare questi tumori è tanto più frequente, rispetto a quella documentata nella popolazione generale, da farli considerare patologie-indice per la definizione di caso di AIDS. Non è così chiara l'associazione con altri tumori, come il linfoma di Hodgkin, le neoplasie anorettali ed i tumori dell'apparato genitale femminile (di questi, soltanto il carcinoma della cervice uterina viene attualmente considerato una patologia associata all'AIDS). La prevalenza dei tumori maligni nei soggetti HIV-sieropositivi è aumentata in questi ultimi anni, tanto da far pensare che non solo lo stile di vita, ma anche l'infezione da HIV e le alterazioni immunitarie da essa causate possano rappresentare cofattori importanti nel determinare l'insorgenza di patologie neoplastiche. Sembra dunque lecito pensare che i soggetti sieropositivi potrebbero essere maggiormente a rischio per tutte quelle che sono le neoplasie più comuni nella popolazione cui loro appartengono, senza tuttavia entrare tra le forme neoplastiche più frequenti o AIDS-definienti nei pazienti

HIV⁺. Se ragioniamo in questa prospettiva, essendo il carcinoma polmonare il secondo tumore per frequenza ed il primo per mortalità nel sesso maschile in Italia, possiamo comprendere come il nostro paziente possa essere andato incontro a questa tipo di neoplasia. Fortunatamente, nel suo caso vi è stata un'ottima attività di prevenzione secondaria, che ha portato alla diagnosi di una neoplasia ancora ad uno stadio precoce, la quale ha potuto essere suscettibile di un tempestivo intervento non particolarmente invalidante.

► Take home message

L'assistenza primaria deve oggi affrontare nuove sfide ed opportunità nella corrente era dell'infezione da HIV. Comprendere i fattori di rischio e selezionare i pazienti HIV⁺ da tutelare maggiormente è fondamentale, così come lo è il ruolo che i Mmg giocano nell'esecuzione di test specifici per le nuove diagnosi di HIV⁺ e nella prevenzione della trasmissione a nuovi casi. In aggiunta, questi sono sempre più coinvolti nella co-gestione dei pazienti HIV⁺ insieme allo specialista infettivologo. Infine, l'assistenza primaria deve provvedere alla cura preventiva ed alla gestione delle condizioni croniche, come malattie cardiovascolari, osteoporosi e malattie renali, che sono divenute cruciali con il progressivo invecchiamento della coorte storica di pazienti HIV⁺. L'aspetto più importante della gestione dei pazienti HIV⁺ è l'educazione, che dovrebbe includere un miglioramento delle conoscenze di base riguardo l'infezione da HIV⁺, i metodi di trasmissione, progressione, prognosi e prevenzione. Nella presa in carico di un paziente sieropositivo, il medico di famiglia è tenuto a raccogliere un'anamnesi dettagliata, in particolare su sintomi attuali e pregressi, data del primo

test per HIV risultato positivo e della più recente visita infettivologica. Le informazioni laboratoristiche più importanti per il medico di famiglia sono il conteggio dei CD4⁺ e la carica virale di HIV più recenti, poiché sono impiegati come predittori di una possibile infezione opportunistica prima che questa si presenti o per la quale è opportuno iniziare una profilassi. Altre informazioni da raccogliere includono storia clinica completa, terapie antiretrovirali eseguite, stato immunitario, patologie sessualmente trasmesse e comportamenti influenti sullo stato di salute (fumo di sigaretta, abuso di alcol e sostanze stupefacenti, esercizio fisico, dieta, ecc).

► Conclusione

Questo caso ci ha ricordato che la Medicina non è solo scienza e dati statistici, ma approccio etico e di presa in carico del paziente. Al Signor Mauro deve essere riconosciuta una lodevole presa di coscienza del proprio stato clinico e una modificazione significativa del proprio stile di vita, che ha comportato un netto miglioramento sia dal punto di vista neurologico sia epatico. Il Signor Mauro durante la progressione della malattia ha messo in atto meccanismi di compenso, comportamentali, nutrizionali e di miglioramento del proprio profilo di vita, con ottimi risultati dal punto di vista neurologico per sopportare ed affrontare la sua condizione, portandolo a una straordinaria ed invidiabile qualità di vita. Il paziente sarà sottoposto a rivalutazione pneumologica per la manifestazione dispnoica e sarà successivamente segnalato per rivalutazione alla commissione d'invalidità per ottenere i benefici previsti dalla legge.

Bibliografia disponibile a richiesta

L'importanza del metodo clinico nello screening e nella prevenzione delle malattie

“Prevenire è meglio che curare” non rappresenta solo una delle frasi più ricorrenti del linguaggio medico ma una realtà sempre più emergente nella pratica medica del mondo occidentale. Occorre, quindi, agire promuovendo non solo la cosiddetta educazione alla salute, ma anche identificare precocemente le patologie invalidanti così come le fasce di popolazione caratterizzate da particolare fragilità e suscettibilità

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Angelo Benvenuto**³, **Matteo Conte**¹, **Martino Nargiso**¹, **Massimo Errico**⁴, **Marco Sperandeo**⁵, **Gianluigi Vendemiale**⁶

I Premessa

La prevenzione può essere definita come un'attività finalizzata a prevenire l'insorgenza delle malattie e a promuovere la salute, favorendo il benessere (limitazione di rischi oggettivi scientificamente provati). Attualmente si sente continuamente parlare di prevenzione, soprattutto alla luce degli attuali problemi, quali per esempio l'abuso di alcol e di droghe, la diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, il fumo e di altri fattori che affliggono la società. A seguito di tali comportamenti, infatti, il nostro Sistema Sanitario Nazionale

si vede costretto ad esborsi sempre crescenti; occorre, inoltre, considerare come i Governi abbiano una responsabilità educativa e morale nei confronti dei loro cittadini che debbono essere tutelati in ogni modo. Bisogna, dunque, agire promuovendo non solo la cosiddetta educazione alla salute, ma anche identificare precocemente le patologie invalidanti così come le fasce di popolazione caratterizzate da particolare fragilità e suscettibilità.

smo evitando, in tal modo, la comparsa di malattie, deficit e infortuni; tale prevenzione opera sull'uomo sano o sull'ambiente, attraverso due tipi di interventi:

- 1 il potenziamento di fattori utili alla salute (ad esempio la promozione dell'attività fisica, la profilassi immunitaria, ecc);
- 2 l'allontanamento delle cause patologiche (ad esempio l'uso di droghe, l'abuso di alcol, la potabilizzazione delle acque, il controllo della diffusione degli agenti infettivi).

I Discussione

Fondamentalmente si distinguono tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

► Prevenzione secondaria

La prevenzione secondaria si attua, invece, quando la causa morbosa si è già insediata nell'organismo, che implica, quindi, una prevenzione a livello patogenetico. Armi operative della prevenzione secondaria sono i programmi di screening, ossia di indagini che si basano su test diagnostici offerti ad una popolazione di individui considerati come potenziale “bersaglio”.

► Prevenzione primaria

La prevenzione primaria agisce partendo dal presupposto eziologico e mira principalmente ad impedire l'ingresso e l'impianto delle cause patologiche note nell'organi-

Ospedale “T. Masselli-Mascia” S. Severo ASL FG

¹Dirigente Medico SC Medicina Interna

²Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

³Direttore SC Medicina Interna

Ospedale Ente Eccl.co “F. Miulli”

Acquaviva delle Fonti (BA)

⁴Direttore SC Medicina Interna

IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”

San Giovanni Rotondo (FG)

⁵Dirigente Medico SC Medicina Interna

AOU “Ospedali Riuniti” Policlinico di Foggia

⁶Direttore Dipartimento Internistico

► Prevenzione terziaria

Con prevenzione terziaria si intende, infine, la prevenzione della recidiva. Gli interventi sono volti, quindi, a ridurre il rischio di aggravamento e/o complicazioni relativi ad una patologia. Questo tipo di prevenzione è utilizzato soprattutto in ambito medico nel trattamento di patologie quali neoplasie, cardiopatia ischemica ed altre, in cui il target è rappresentato da uno specifico gruppo di individui il cui problema è ampiamente manifesto.

I Prevenzione secondaria e screening

Nel caso della prevenzione secondaria, abbiamo introdotto anche il termine di "screening; tale parola di chiara origine anglosassone è utilizzata per indicare una strategia diagnostica applicata ad una popolazione a rischio aumentato di una particolare patologia, tale da giustificare i costi e gli sforzi necessari ad identificarla precocemente. A differenza dei test medici eseguiti nella pratica diagnostico-clinica generale, lo screening viene applicato a tutta la popolazione "bersaglio", indipendentemente dalla presenza di segni, sintomi o indicazione clinica di malattia o familiarità.

Lo screening viene introdotto e regolato dagli organismi sanitari preposti in base alle linee guida vigenti tenendo anche in considerazione alcuni aspetti legati alla finalità, semplicità di esecuzione, "compliance" dei potenziali aderenti, e del rapporto costo-beneficio. Vengono, così, disegnati dei protocolli di facile applicabilità, evitando, ove

possibile, procedure particolarmente invasive che permettano, allo stesso tempo, di individuare il maggior numero di soggetti portatori di patologie potenzialmente pericolose ed invalidanti.

Di seguito verranno elencati, in particolare, alcuni esempi di screening cardiovascolare ed oncologico eseguiti attualmente nel nostro Paese, volti ad identificare patologie di prevalente interesse internistico.

Iperensione arteriosa, cardiopatia ischemica e patologie cerebrovascolari rappresentano condizioni molto frequenti, invalidanti ed associate ad elevata mortalità nei Paesi Occidentali.

• Iperensione arteriosa

Riguardo all'iperensione arteriosa, appare possibile affermare come ne soffra circa una persona su quattro. Tale condizione spesso non è una patologia a se stante, ma si colloca all'interno della cosiddetta sindrome metabolica, caratterizzata dalla presenza di obesità, diabete mellito e dislipidemia. Tale condizione si associa ad una elevata prevalenza di cardiopatia ischemica e ictus cerebri oltre che rappresentare un fattore di rischio per pressoché tutti i tipi di neoplasie. Per tale motivo, l'OMS raccomanda a tutti i soggetti di effettuare periodici controlli dei valori pressori presso il medico di medicina generale e di eseguire, inoltre, il cosiddetto screening clinico-metabolico. Tale screening comprende oltre alla misurazione della pressione arteriosa, anche quella dell'indice di massa corporea e del girovita per identificare la presenza di obesità. È inoltre prevista la somministrazione di un

questionario dei rischi metabolici basata sul diario settimanale dei consumi alimentari giornalieri ed occasionali.

La diagnosi certa di ipertensione arteriosa va fatta, secondo le recentissime (novembre 2017) linee guida ACC/AHA (American College of Cardiology e American Heart Association) solo dopo il riscontro di almeno due o più rilievi di pressione arteriosa sistolica uguale o superiore a 130 mmHg e/o diastolica uguale o superiore a 80 mmHg, in almeno due differenti visite in una o più settimane. Viene, comunque, raccomandato un controllo dei valori pressori almeno ogni due anni in soggetti con PA di 120/80 mmHg o inferiore e ogni anno in quelli con PAS compresa tra 120-139 mmHg e PAD 80-90 mmHg.

In tutti gli individui andrebbe inoltre valutato il profilo di rischio cardiovascolare globale, considerando anche gli altri fattori, quali fumo, diabete, dislipidemia, età, sesso, sedentarietà, obesità. Il trattamento, sia farmacologico che non farmacologico (restrizione di sodio nella dieta, incremento dell'attività fisica, perdita di peso, riduzione dello stress, abolizione di alcolici) è efficace non soltanto nel ridurre i valori di pressione arteriosa ma anche nel ridurre sensibilmente il profilo di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare.

• Cardiopatia ischemica

La cardiopatia ischemica rappresenta una condizione con crescente incidenza nelle popolazioni occidentali ed è associata ad elevata mortalità. I fattori di rischio sono, al pari di quelli indivi-

duabili nell'ictus ischemico, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il diabete mellito, il fumo, l'obesità, la vita sedentaria e la familiarità. Tali condizioni sono alla base dell'aterosclerosi che rappresenta la condizione principale per lo sviluppo della cardiopatia ischemica. L'identificazione, quindi, dei suddetti fattori di rischio aterogenico, sono alla base dello screening e prevenzione della cardiopatia ischemica. Tutti i soggetti di età superiore ai 40 anni dovrebbero, quindi, eseguire il controllo della pressione arteriosa, della glicemia a digiuno, del colesterolo totale e delle frazioni HDL e LDL, dei trigliceridi. Il fumo, l'obesità e la vita sedentaria aumentano il rischio ed andrebbero, quindi, aboliti. In caso di valori elevati relativi alla pressione arteriosa, glicemia e lipemia occorrerà instaurare una adeguata terapia correttiva.

Per quanto riguarda il ricorso di routine all'ECG a riposo come test di screening nella coronarosclosi negli adulti asintomatici occorre considerare come vi sia molta discrepanza in merito. In particolare non è consigliato dall'American College of Physicians (ACP) né dal Canadian Task Force nel Periodic Health Examination, mentre l'American Academy of Family Physicians (AAFP) raccomanda un ECG di base per gli uomini al di sopra dei 40 anni, con due o più fattori di rischio cardiovascolare e per gli uomini sedentari che intendono dedicarsi a intensa attività fisica. Una task force sponsorizzata dall'American College of Cardiology e dall'American Heart Association (ACC/AHA) consiglia

un controllo di base per tutte le persone di età superiore a 40 anni e per coloro che si apprestano ad eseguire il test da sforzo. L'American College of Sports Medicine consiglia, prima di intraprendere un intenso programma di attività fisica, il test da sforzo negli uomini al di sopra dei 40 anni e nelle donne con più di 50 anni e nelle persone asintomatiche che presentano fattori multipli di rischio cardiovascolare. L'ACC/AHA pur confermando che l'ECG da sforzo è frequentemente usato come mezzo di screening per persone asintomatiche in gruppi ad alto rischio, conclude come la sua utilità sia controversa. L'ACP non consiglia, infine, l'uso dell'ECG da sforzo e della scintigrafia con Talio-201 come test di screening negli adulti asintomatici.

• *Patologie neoplastiche*

Le principali patologie neoplastiche nelle quali sono stati ottenuti ottimi risultati in termini di screening e diagnosi precoce sono rappresentate dalla neoplasia della mammella, il tumore del collo dell'utero e il cancro del colon-retto.

• **Neoplasie della mammella:** si raccomanda di eseguire una mammografia ogni due anni a partire dai 50 anni e fino ai 69 anni di età; nei casi dubbi potrà, inoltre, essere effettuata l'ecografia mammaria.

• **Tumore del collo dell'utero:** lo screening viene effettuato tramite il Pap-test, un esame semplice, rapido e indolore; è efficace per identificare precocemente le

lesioni che precedono lo sviluppo del tumore. Tale test andrebbe eseguito ogni tre anni dai 25 ai 64. Occorre, inoltre, verificare l'eventuale presenza di infezione da *Papilloma virus*, possibile agente eziologico di tale neoplasia, e considerare la possibilità di effettuare la vaccinazione contro tale agente infettivo.

• **Cancro del colon-retto:** rappresenta la terza causa di morte per patologie neoplastiche e mostra un'incidenza sempre più in aumento. Purtroppo, nella maggior parte dei casi si sviluppa in maniera del tutto asintomatica rendendo difficile la diagnosi precoce. Per tale motivo sono stati disegnati diversi protocolli di screening, al fine di identificare sempre più precocemente i soggetti portatori di tale patologia. Esistono delle forme genetiche o con familiarità semplice o variabile, mentre la maggior parte dei casi vengono classificati come forme sporadiche.

Lo screening prevede anzitutto un'accurata anamnesi al fine di identificare i possibili portatori di forme genetiche, solitamente caratterizzate da insorgenza precoce, al di sotto dei 40 anni di età, e l'esecuzione del sangue occulto fecale e della pancolonoscopia ogni 3-5 anni a partire dai 50 anni ed in base alla presenza o meno di familiarità; nelle forme familiari infatti, vi sarebbe una notevole intensificazione dello screening, partendo da età decisamente più basse.

• **Cancro gastrico:** rappresenta la seconda neoplasia del canale digerente in termini di frequenza.

Per quanto riguarda lo screening, mancano al momento protocolli dedicati, lasciando al medico di medicina generale e al gastroenterologo le decisioni in merito specie nei riguardi dei pazienti con familiarità.

In termini di prevenzione, invece, uno dei dati certi è che l'infezione da *H. pylori* rappresenti uno dei fattori di rischio per l'insorgenza di tale neoplasia. L'OMS ha, infatti, classificato l'*H. pylori* come un carcinogeno di classe I; sono state, così, stilate varie linee guida sulla gestione dei pazienti con infezione da *H. pylori*, in cui viene ribadita l'indicazione ad effettuare necessariamente e sicuramente il trattamento eradicante in tutti coloro che presentano familiarità per cancro gastrico.

• **Tumore del polmone:** rappresenta la prima causa di morte nei Paesi industrializzati; pertanto screening e diagnosi precoce sarebbero di primaria importanza in tale patologia. Purtroppo i vari progetti di screening sinora attuati, nel tentativo di individuare precocemente il tumore polmonare, hanno fornito risultati deludenti. La Rx torace da sola, infatti, fornisce un ampio numero di falsi positivi e negativi. La TC torace non può rappresentare una metodica di screening visto l'alto dosaggio di radiazioni a cui si viene sottoposti; tale esame trova quindi indicazione specie nei soggetti professionalmente esposti a sostanze potenzialmente cancerogene (ad esempio, l'asbesto, alcuni solventi, ecc). Vi è, invece, una fortissima raccomandazione all'eliminazio-

ne del tabagismo come prevenzione dell'insorgenza delle neoplasie polmonari.

• **Tumore della prostata:** è una patologia frequentissima nel sesso maschile e sebbene sia raccomandata l'esecuzione del dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) negli uomini a partire dai 50 anni di età, tale argomento resta molto controverso. Non vi sono, infatti, prove sufficienti e conclusive per una raccomandazione a favore o contro lo screening di routine del carcinoma della prostata mediante dosaggio del PSA o esplorazione rettale (raccomandazione di livello I). Ci sono prove di buona probabilità che il PSA possa individuare il carcinoma della prostata in uno stadio precoce ma vi sono, allo stesso tempo, prove controverse e non conclusive che la diagnosi precoce migliori gli esiti clinici. Occorre, inoltre, ricordare come lo screening con dosaggio del PSA sia associato a possibili riscontri di falsi positivi, causa di ansia nei pazienti coinvolti, di ricorso a biopsie inutili e di insor-

genza di potenziali complicanze della terapia non necessaria (cosiddetto "overtreatment"). Non vi sono, in sostanza, prove sufficienti per stabilire se in una popolazione sottoposta a screening per patologia prostatica i benefici superino gli effetti avversi.

I Conclusioni

In conclusione, screening e prevenzione rappresentano i principali strumenti attualmente utilizzati dalle società moderne al fine di garantire il "diritto alla salute" dei propri cittadini. L'applicazione di forme corrette di prevenzione, insieme all'attuazione di programmi adeguati di screening potrebbe, infatti, ridurre l'incidenza di alcune patologie associate ad elevata mortalità e morbidità e/o di diagnosticarle in fase precoce permettendo, così, l'instaurazione di adeguati trattamenti, tali da prevenirne le complicanze. Spetta, invece, ai singoli individui recepire ed attuare correttamente le norme di "buona salute", cardine del principio di prevenzione.

Bibliografia

- Burden AC et Al. Cardiovascular prevention. Go for targeted screening. *BMJ* 2010; 340.
- Engholm G et Al. NORDCAN-a Nordic tool for cancer information, planning, quality and research. *Acta Oncol* 2010; 49: 725-36.
- Goldman L et Al. Goldman-Cecil Medicina Interna. Edra 2017.
- Kasper D et al. Harrison Principi di Medicina Interna. Casa Editrice Ambrosiana 2017.
- Kuehn BM. Primary care screening and intervention helps prevent falls among elderly. *JAMA* 2010; 303: 2019-20.
- Lee SJ. Uncertain futures: individual risk and social context in decision-making in cancer screening. *Health Risk Soc* 2010; 12: 101-17
- Nwachukwu U. Health trends. Consult Pharm 2010.
- Papadakis M et al. Current Medical Diagnosis and Treatment. Piccin 2015.

Compassione: dall'emozione all'azione

Partendo dall'analisi di casi concreti in ambito criminologico e sanitario, gli Autori analizzano - con focus sulla compassione - le cause di dissonanza tra emozione e comportamento, accennano al rapporto tra emozione e prestazione, sottolineano l'importanza della compassione per la formazione della morale

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi

Medicina Generale, Genova

Non sempre dalle emozioni scaturiscono azioni concrete.

Anche per la compassione è così. "Per più di mezz'ora trentotto rispettabili cittadini, rispettosi della legge, hanno osservato un killer inseguire ed accoltellare una donna in tre assalti separati a Kew Gardens" - così scriveva il *New York Times* del 27 marzo 1964 per raccontare lo stupro e l'assassinio della 28enne Kitty Genovese.

Tra i tanti che osservarono nessuno intervenne, neppure quello così straziato dalle urla della vittima da alzare il volume della radio per non sentirle (un patire con l'altro, che non si trasformò in agire per l'altro). Non ci fu un buon samaritano, Kitty agonizzò e morì sola.

Non fu mancanza di coraggio, fu apatia: non telefonarono neppure alla Polizia.

Un così gran numero di spettatori inerti (*unresponsive bystander*) si spiega con una logica di gruppo, che può portare a ragionamenti del tipo:

- "Siamo in tanti perché dovrei intervenire proprio io? (*diffusion of responsibility*)"
- Nessuno fa nulla e allora non faccio nulla neppure io" (*pluralistic ignorance*).

Questo è il contributo che ci viene dalla Criminologia per spiegare come un comportamento compassionevole possa essere inibito in un particolare contesto, in una specifica situazione.

► E nell'ambito medico-sanitario?

Sembrirebbe logico pensare che in ambiente sanitario le cose vadano diversamente per la presenza di regole professionali e di norme culturali, che favoriscono, rendendolo vantaggioso, un comportamento diligente e compassionevole.

Di solito è così, ma non sempre. A giugno 2008 Esmine Green una paziente psichiatrica 49enne, madre di 6 figli, perse conoscenza mentre era al *Kings County Hospital Center* di Brooklyn (NYC). Dopo quasi 24 ore che vi era stata portata in stato di agitazione, era ancora in attesa di visita. Gli altri pazienti e due guardie non la soccorsero. Passò un'altra ora prima che qualcuno l'aiutasse. Morì. Per nascondere di averla lasciata a lungo da sola, per terra a faccia in giù, i responsabili del reparto falsificarono la cartella clinica. Furono smascherati dai nastri delle telecamere.

Nel settembre 2008 il 45enne Brian

Sinclair, amputato agli arti inferiori, cateterizzato, fu inviato al Pronto Soccorso dell'*Health Sciences Centre* di Winnipeg (Canada) perché lamentava dolore ai quadranti addominali inferiori. Dopo il *triage* infermieristico fu lasciato in attesa, senza che nessuno gli prestasse attenzione. Lo rinvennero cadavere sulla sua seggiola a rotelle, sporco del suo vomito: erano passate 34 ore dall'accesso in ospedale. Il *rigor mortis* si era già instaurato.

Si può essere più soli oggi in un ospedale dell'Occidente industrializzato che duemila anni fa sulla strada per Gerico.

Dopo la morte della Green l'amministrazione dell'ospedale, con un comunicato stampa, ne attribuì la colpa alla omissione da parte dei suoi dipendenti di azioni fondate sulla compassione (*It is clear that some of our employees failed to act based on our compassionate standards of care*). Sette di loro furono licenziati o sospesi dal servizio. Furono poi affrontati i fattori contestuali, organizzativi, che ne avevano inibito la capacità di agire in modo compassionevole. Si decise di investire sulla formazione dei dipendenti, di assumere personale aggiuntivo per ridurre i tempi di attesa, di controllare i pazienti ogni

15 minuti e per evitare il sovraffollamento del reparto di aumentare gli spazi a disposizione della psichiatria di urgenza e al contempo di limitare il numero dei pazienti psichiatrici ammissibili.

Davvero in casi come quelli di Esmine Green e Brian Sinclair l'omissione di una azione compassionevole ha fatto la differenza tra la vita e la morte.

► La compassione, un aspetto da non trascurare

Sono casi drammatici, che debbono aiutarci a ricordare due aspetti fondamentali.

Il primo è quanto sia importante per un paziente essere visitato ed assistito da chi sa confortarlo, ascoltandolo con empatia, mostrandogli attenzione e trattandolo con gentilezza, cioè da medici e da infermieri compassionevoli.

L'attenzione, l'ascolto e la gentilezza sono tratti distintivi della compassione, che il paziente percepisce sempre e che hanno la capacità di attenuare le emozioni negative, che si accompagnano alla malattia, ansia, paura, senso di impotenza e di vulnerabilità.

Il secondo è che il contesto ambientale e le modalità organizzative possono favorire o inibire un comportamento compassionevole da parte del personale sanitario. È un peccato che i teorici dell'*Health Management* abbiano sinora trascurato questo aspetto.

► Relazione tra emozione e prestazione

Non vogliamo che la compassione sia solo una emozione, scaturita dall'empatia, vogliamo che si trasformi in azione che parta dal



cuore arrivi alle mani.

È vero che spesso le emozioni non sono sotto il nostro controllo, che possono essere fragili e instabili, ma agire compassionevolmente è una nostra decisione, che possiamo prendere al di là di come ci sentiamo.

Dopo tutto siamo ciò che decidiamo di essere.

Possiamo scegliere di agire con compassione anche quando non proviamo compassione.

All'inizio è difficile, col tempo diventa più facile.

Un'azione ripetuta diventa una abitudine, cioè un modo di agire costante, una virtù acquisita.

Del resto l'importanza della compassione per la formazione della morale è indubbia, anche se è oggetto di discussione tra chi attribuisce maggior peso alla ragione e chi ai sentimenti e alle passioni.

Ad ogni modo la nostra identità si plasma nell'azione, anche perché ogni azione è *inter-azione*.

Possiamo dunque agire con compassione a prescindere da come ci sentiamo e da tali azioni ricaveremo soddisfazione ed apprezzamento, con conseguente aumento della stima e del rispetto di noi stessi.

Non è detto che questa incoerenza

si traduca in un peggioramento della qualità di cura.

La relazione tra emozione (*cortical arousal*) e prestazione (*performance*) è graficamente rappresentata da una curva a U invertita: l'emozione migliora l'efficienza fino ad un certo livello di intensità, oltre il quale diventa svantaggiosa. Quanto più il compito è complesso o meno bene appreso tanto più l'optimum si sposta verso livelli di intensità emotiva moderata (*Yerkes-Dodson Law*).

L'importanza di queste considerazioni per discipline mediche come quelle chirurgiche è facilmente intuibile.

Bibliografia

1. Dale T. Miller, Pluralistic ignorance: when similarity is interpreted as dissimilarity. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 298.
2. Latané B, Darley JM. The unresponsive bystander: why doesn't he help?. Appleton-Century-Crofts, 1970.
3. Darley JM, Latané B. Bystander intervention in emergencies: diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology* 1968: 377-83.
4. Matthews G, Deary IJ, Whiteman MC. *Personality Traits*. Cambridge University Press, 2003.

L'unica terapia per il DM1 è l'insulina!

Società scientifiche e associazioni dei pazienti diabetici hanno sottoscritto un comunicato unitario - "Senza Insulina si muore" - contro chi istiga alla sospensione della cura con insulina per pubblicizzare diversi prodotti

Le società scientifiche di diabetologia (SID, AMD SIEDP) e le associazioni dei pazienti con diabete (FAND, Diabete Forum, AGD, ANIAD) sono scese in campo per ribadire un semplice ma vitale messaggio: l'unica terapia per il diabete tipo 1 è l'insulina e per i pazienti sospenderla vuol dire mettere a rischio la propria vita.

"In un Paese dove sembra a volte imperare la disinformazione scientifica, anche in un campo vitale (è il caso di ricordarlo) come quello delle scienze mediche, c'è anche chi, per evidenti interessi commerciali, può permettersi di promettere indisturbato di guarire le malattie più disparate, dall'Alzheimer, al diabete tipo 1, grazie ad una dieta miracolosa corredata da 'integratori' dal costo non irrilevante (ma questo è solo un dettaglio). Basta un microfono, una telecamera, un sito web e la fake news è servita" - si legge nel comunicato.

Le società scientifiche di diabetologia e le associazioni delle persone con diabete hanno deciso di lanciare l'allarme contro questa deriva scientifica, che rischia di provocare danni seri alle persone, che magari in un momento di debolezza o di stanchezza (non infrequenti in chi è affetto da una patologia cronica), decidano di dar

credito a personaggi televisivi, cedendo all'illusione di poter guarire il diabete tipo 1 con una dieta che promette di fare miracoli prolungando la vita.

I firmatari inoltre auspicano che al più presto le istituzioni sanitarie e le autorità competenti intervengano.

Firmatari del comunicato

Domenico Mannino - *Presidente AMD*
 Giorgio Sesti - *Presidente SID*
 Stefano Cianfarani - *Presidente SIEDP*
 Giovanni Lamenza - *Presidente AGD Italia*
 Marcello Grusso - *Presidente ANIAD*
 Stefano Nervo - *Presidente Diabete Forum*
 Albino Bottazzo - *Presidente FAND*

Alcune puntualizzazioni per i pazienti

I firmatari hanno ritenuto utile ribadire alcune puntualizzazioni che i pazienti dovrebbero aver ben chiaro.

- ▶ Come per altre malattie autoimmuni, anche nel caso del diabete tipo 1 si stanno sperimentando cure volte a frenare l'attacco del sistema immunitario contro il pancreas; ci sono molti studi in corso, ma per il momento l'unica terapia è rappresentata dall'insulina. E di certo nessuna dieta si è mai dimostrata in grado di arrestare questo "attacco".
- ▶ Eliminare i carboidrati dalla dieta di una persona con diabete tipo 1 non serve: i carboidrati sono il 'carburante' giusto per produrre l'energia di cui l'organismo ha bisogno; purtroppo resta nel sangue circolante (dove può accumularsi a livelli pericolosi) perché per entrare nelle cellule ha bisogno dell'insulina. Se manca l'insulina, le cellule avranno a disposizione poco zucchero e dovendo produrre energia, utilizzeranno 'fonti energetiche' alternative, come proteine e soprattutto i grassi; questo porta alla formazione e all'accumulo di corpi chetonici. Quando il livello di corpi chetonici nel sangue aumenta a dismisura, compare la chetoacidosi che, se non corretta tempestivamente, può portare a morte. La somministrazione di insulina serve appunto ad evitare tutta questa reazione a catena, che può avere esiti fatali.

Droghe: l'anno della "spice"

Il rapporto "Espad Italia", coordinato dall'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle Dipendenze (Isc-Cnr), sull'uso degli stupefacenti tra i giovani conferma al primo posto la cannabis, seguita dalla "spice" e dalle nuove sostanze psicoattive. In crescita l'uso di droga tra le ragazze, seppur con livelli di consumo inferiori ai coetanei maschi

Lo studio "Espad Italia" dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche (Isc-Cnr), descrive gli scenari e le tendenze presenti fra i giovani nel nostro Paese riguardo l'uso delle sostanze stupefacenti e i comportamenti a rischio correlati: in particolare, le informazioni raccolte relativamente all'uso nel 2016 di alcol, tabacco e droghe tra gli studenti fra i 15 e i 19 anni segnalano che il 32.9% dei ragazzi, poco più di 800mila, ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (maschi 37.7%; femmine 28%), mentre il 25.9% (maschi 30.9%; femmine 20.7%, circa 650mila ragazzi) riferisce di averlo fatto nel corso dell'ultimo anno.

► Le sostanze più diffuse

"La cannabis si conferma la sostanza psicoattiva illegale più diffusa. Quasi un terzo dei 15-19enni (32.4%, circa 804mila), l'ha utilizzata almeno una volta nella vita, il 25.8% (circa 640mila) ne ha fatto uso nell'ultimo anno. Dato confermato anche dalla Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze dove si rileva che i quantitativi di sostanza sequestrati corrispondono a più del 90% del totale dei sequestri e le segnalazioni per detenzione di cannabis per uso personale rappresentano l'80% dei casi", afferma **Sabrina Molinaro**, dell'Isc-Cnr e coordinatrice dello studio Espad. "Al secondo posto per utilizzo tra i

giovani studenti troviamo la spice, un cannabinoide sintetico che riproduce gli effetti della cannabis, particolarmente reperibile sul web: ne ha fatto uso l'11% (circa 275mila ragazzi) almeno una volta nella vita e il 35.5% di questi (circa 98mila) lo ha fatto 10 volte o più".

Il predominio della cannabis conferma un dato degli anni precedenti: "Il dato che la spice sia diventata la seconda sostanza più diffusa fra gli studenti è però preoccupante, poiché gli effetti sulla salute non sono ancora ben noti ed è quindi ancora più pericolosa.

Nei consumi seguono poi le Nps (*New Psychoactive Substance* - Nuove sostanze psicoattive), la cocaina, stimolanti e allucinogeni, mentre l'eroina è la sostanza meno diffusa", conclude la ricercatrice.

"Si osserva, inoltre, la diffusione delle Nps quali oppiacei sintetici e cati-

noni sintetici come mefredone, ketamine, fenetilamine, utilizzate almeno una volta nella vita dal 3.5% degli studenti e quindi diffuse tanto quanto la cocaina o anche più diffuse se si considera l'eroina, utilizzate nella vita rispettivamente dal 3.6% e l'1.5% dei ragazzi.

Le nuove droghe sono diffuse anche tra le studentesse: il 2.8% le ha utilizzate almeno una volta nella vita. Quasi 20 mila sono le donne in trattamento presso i Servizi per le dipendenze per uso di oppiacei, cocaina e cannabis e l'universo femminile ha assunto caratteristiche preoccupanti, seppure consumi, denunce e arresti siano a livelli inferiori rispetto a quelli maschili: delle 32.992 persone segnalate all'autorità giudiziaria per reati droga-correlati, il 7% ha riguardato donne e quasi due terzi delle persone segnalate sono giovani adulti di età compresa tra i 20 e i 39 anni".

Cannabinoidi sintetici

I cannabinoidi sintetici rappresentano una vasta famiglia di molecole strutturalmente non correlate tra di loro ma funzionalmente simili al principio attivo della cannabis. I cannabinoidi sintetici si legano nel cervello e in altri organi agli stessi recettori (quelli per i cannabinoidi) del THC e del ligando endogeno anandamide. Secondo l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT), miscele a base di erbe destinate ad essere fumate vengono vendute in Internet e nei smart shops già dal 2006. Sono denominati "Spice" e venduti come "incenso esotico dall'aroma intenso" e "non per uso umano". Nonostante quanto dichiarato sulle etichette, però, i prodotti tipo "Spice" contengono appunto cannabinoidi sintetici in grado di produrre nel consumatore effetti simili, quando non superiori, a quelli della cannabis (*Seri Catia et al. I cannabinoidi sintetici. Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri*).