

M.D.

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

Anno XXVI, numero 1 - febbraio 2019

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

**La solitudine
dei medici
in prima linea**

RICERCHE

34

**Scompenso cardiaco:
meno ricoveri con
la formazione del caregiver**

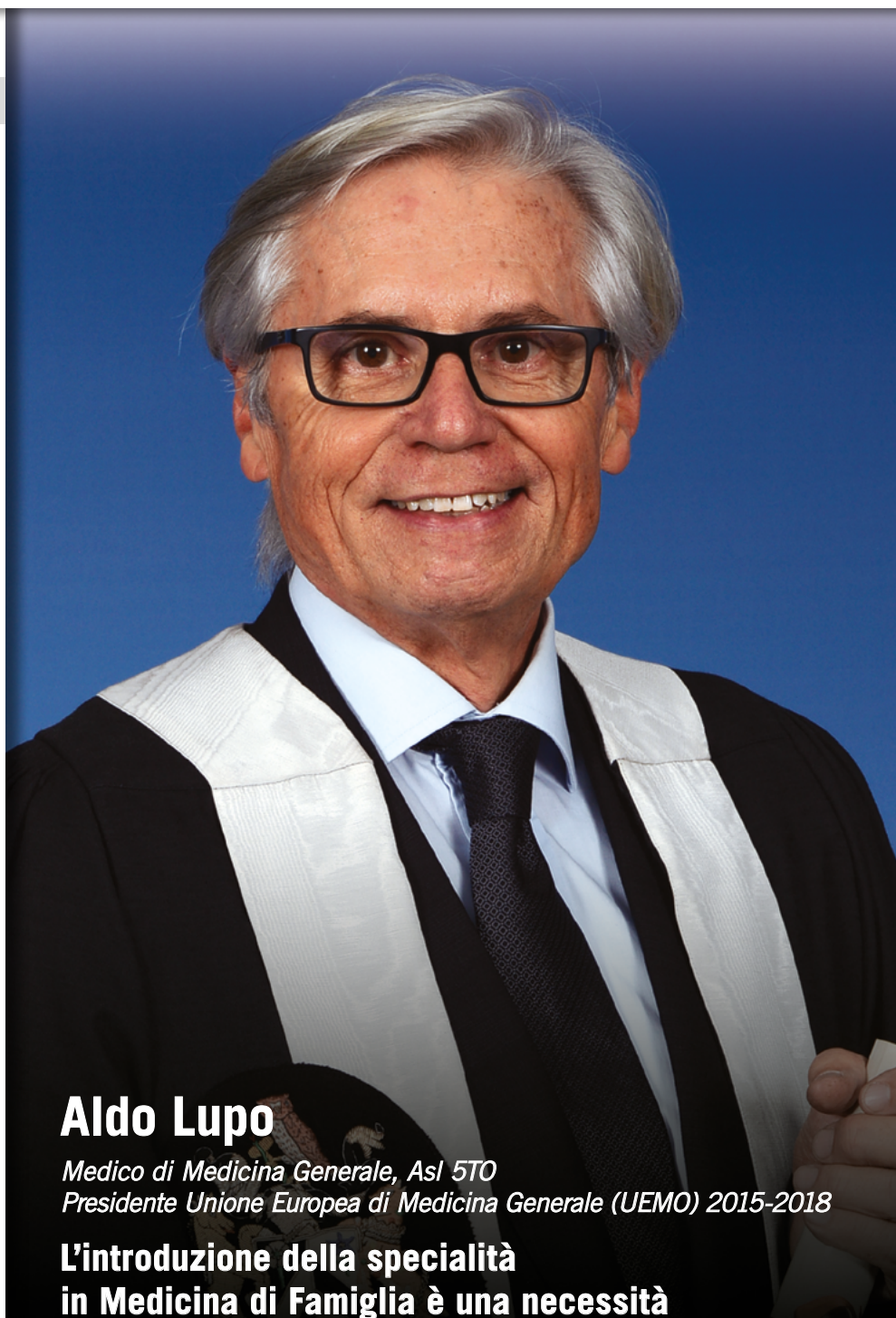
TERAPIA

38

**Deprescrizione
farmacologica
nell'anziano
con "morbidity"**



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



Aldo Lupo

Medico di Medicina Generale, Asl 5TO

Presidente Unione Europea di Medicina Generale (UEMO) 2015-2018

**L'introduzione della specialità
in Medicina di Famiglia è una necessità**

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 Bisconcini, 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**
L'introduzione della specialità in Medicina di Famiglia è una necessità 5
- **Focus on**
La solitudine dei medici in prima linea 6
- **Riflettori**
La professione lancia l'allarme sul regionalismo differenziato 8
- **Italia sanità**
I fondi sanitari integrativi sono diventati prevalentemente sostitutivi 10
- **Il caso**
Veneto: Mmg esclusi dai bandi per la direzione dei distretti 11
- **Contrappunto**
Omaggio al medico "ignoto" 14
- **Prospettive**
La sfida delle cronicità e le soluzioni possibili 16
- **Sentenze**
A Taranto lo Stato non ha tutelato la salute dei cittadini 17
- **Appunti**
Allineare i prezzi dei farmaci alla UE 18

AGGIORNAMENTI

- **Diabetologia**
Esercizio fisico nel diabetico: quali obiettivi e come raggiungerli 24
- **Epatologia**
Steatosi epatica non alcolica e rischio cardiovascolare 25
- **Ginecologia**
Menopausa e terapia ormonale sostitutiva: up to date 26
- **Nefrologia**
Prevenzione della dialisi e misurazione della creatinina 27
- **Neurologia**
Valutazione del rischio di guida nel disturbo cognitivo lieve 28
- **Nutraceutica**
Spirulina, una nuova possibilità contro l'ipertensione arteriosa? 29
- **Nutrizione**
Ruolo della prima colazione nel mantenimento della salute 30
- **Ortopedia**
Lesioni meniscali: chirurgia vs terapia fisica 31

CLINICA E TERAPIA

- **Diario ambulatoriale**
La settimana di un medico di famiglia 32
- **Ricerche**
Scompenso cardiaco: meno ricoveri con la formazione del caregiver 34
- **Documenti**
Gestione delle intossicazioni e delle crisi di astinenza da alcol 36
- **Terapia**
Deprescrizione farmacologica nell'anziano con "morbidity" 38
- **Rassegna**
Terapie mininvasive locoregionali per il trattamento dell'epatocarcinoma 40
- **Diagnostica**
Anemia sideropenica: differenze di genere 43
- **Osservatorio**
Nasce il medico della complessità 46

L'introduzione della specialità in Medicina di Famiglia è una necessità

Alla fine del suo mandato come presidente della UEMO (*The European Union of General Practitioners*), scaduto il 31 dicembre 2018, **Aldo Lupo** ha tenuto a rinnovare l'impegno profuso in questi anni: "Continuerò a battermi per le sorti della Medicina di Famiglia (MdF) Italiana ed Europea". Lo ha testimoniato attraverso la pagina personale di Facebook con un messaggio rivolto ai colleghi. E proprio per i meriti eccezionali maturati nell'attività a favore della Medicina di Famiglia durante la Presidenza UEMO, al dottor Lupo è stata riconosciuta la *Honorary Fellowship*, la massima onorificenza che il *Royal College of General Practitioners*, concede, eventualmente, anche ad un collega straniero.

"Dare razionalità al sistema europeo della Medicina di Famiglia - dichiara Lupo ad *M.D. Medicinae Doctor* - aumentare la visibilità della UEMO, migliorare la sua organizzazione interna, porre le basi per il riconoscimento europeo della MdF come specialità sono stati gli obiettivi del programma della mia presidenza su cui molto lavoro è stato fatto".

Tra gli obiettivi più ardui, cavallo di battaglia anche del WONCA, sicuramente c'è da annoverare quello relativo al riconoscimento della MdF come specialità. "Una disciplina - sottolinea - che continua ad essere variamente regolamentata nei paesi Ue. Non c'è un riconoscimento europeo della specialità allineata con tutte le altre che sono riconosciute in ambito europeo. Un percorso molto lungo sul quale si sta ancora lavorando e che, molto probabilmente, porterà intorno al 2022-23 ad un ridisegno della direttiva sul mutuo riconoscimento delle professioni che dovrebbe incorporare anche la Medicina di Famiglia come specialità. Questo riconoscimento però non ha una ricaduta immediata, non è automatico in quei Paesi Membri, come l'Italia, in cui la MdF non è una specialità".

L'Italia, in particolare, presenta problemi peculiari: le specializzazioni sono di pertinenza del Ministero dell'Università e della Ricerca, mentre la formazione dei Mmg è di pertinenza del Ministero della Salute che riconosce di fatto un attestato ai medici di famiglia che hanno frequentato e completato il Corso di Specializzazione in Medicina Generale. Il nostro Paese a differenza di tutte le grandi Nazioni dell'Europa occidentale non ha mai avuto, e tutt'ora non ha, delle cattedre in Università di MdF gestite da medici di famiglia.

"La MdF italiana ha bisogno di una maggior strutturazione della formazione che nella sua declinazione regionale esprime delle carenze di omogeneità e di qualità. Ma il processo di formazione - tiene a precisare Lupo - deve necessariamente essere gestito dai medici di famiglia, perché le problematiche relative all'esercizio di tale professione sono completamente diverse dal *setting* della medicina di secondo livello. Inoltre, nel nostro Paese, si deve far fronte ad un pregiudizio che pervade molti politici, quello che la richiesta del riconoscimento della MdF come specialità sia solo un viatico per una maggiore remunerazione, ma non è affatto così. Se il medico di famiglia è il cardine del Ssn, come spesso viene sottolineato dai rappresentanti delle istituzioni e della politica, allora dare dignità di specializzazione alla Disciplina Medica che il Mmg esercita significa darla all'intero sistema".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Aldo Lupo

La solitudine dei medici in prima linea

“Siamo soli. In pericolo. Indifesi”. Sono queste alcune delle parole pubblicate su Facebook dalla dottoressa di CA aggredita a fine gennaio nel presidio di Bagheria, vicino Palermo.

L'ennesimo atto di aggressione fisica e verbale che testimonia ancora una volta l'emergenza della messa in sicurezza dei medici che lavorano nei presidi territoriali

di **Anna Sgritto**

Mentre continua l'iter del Disegno di Legge n. 867, *“Disposizioni in materia di Sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”* con cui si progetta l'emanazione di un atto normativo, gli episodi di violenza contro i medici e gli operatori sanitari continuano. La frustrazione delle vittime è sempre più palese e diventa virale attraverso i social. “Non mi sono mai sentita sicura dentro quella guardia, spesso sembra un ring piuttosto che un posto di lavoro. Amaramente, OGGI, lo confermo e lo condivido. Siamo soli. In pericolo. Indifesi. Vi offriamo il nostro meglio con il nostro niente. Ci portiamo a casa i nostri piccoli grandi successi, le spalle larghe, il bene fatto bene, i vostri grazie e i vostri sorrisi ed andiamo avanti. Se ci aggredite non possiamo più farlo. Starò bene in un paio di settimane; l'amarezza, invece, non passerà MAI”. Così ha scritto, in un post su Facebook, **Alessandra Pizzo**, medico di guardia a Bagheria, in provincia di Palermo, il 27 gennaio, il giorno dopo l'aggressione da parte di una donna che, in evidente stato di alterazione,

era entrata nella sua postazione accusandola di non averle passato, per telefono, un pediatra. Gli insulti, le grida. Poi l'aggressione fisica, la distorsione alle dita della mano con quindici giorni di prognosi.

Il senso di solitudine espresso dalla dottoressa attraverso la pagina *social*, non è solo uno ‘stato dell'anima’, ma una realtà, uno dei principali fattori di rischio, soprattutto nei presidi territoriale di periferia, che rende i medici più vulnerabile e alla mercé di chi vuole compiere azioni brutali.

Non a caso il presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** nell'audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato, inerente, al Disegno di legge per la messa in sicurezza degli operatori, ha tenuto a ricordare. “**Paola Labriola** era sola quando fu uccisa da un suo paziente nel centro di Salute Mentale del quale aveva più volte denunciato, anche ai Carabinieri, la mancata sicurezza; sole erano **Maria Monteduro** e **Roberta Zedda**, guardie mediche uccise in provincia di Lecce e di Oristano. Come sola era **Serafina Strano**, la dottoressa rimasta in balia di uno stupratore a Trecastagni, Catania”.

“Le parole della collega Alessandra Pizzo - ha tenuto a evidenziare Anelli - riempiono di significato gli articoli del nostro Codice di Deontologia e definiscono lo stesso ruolo sociale del medico. Un medico che entra nelle case, nei quartieri, nelle comunità devastate da maledizioni ambientali e sociali; diventa primo e a volte unico testimone di diritti elusi e negati; e, attraverso il diritto-dovere di assistere e curare, restituisce dignità alle persone e riscatto sociale alla collettività. Gli Ordini, le Istituzioni hanno, a loro volta, il dovere di difendere il diritto a curare, e a farlo in condizioni di sicurezza”.

▶ Lavorare sotto minaccia

Lavorare sotto minaccia nei presidi ‘di frontiera’ come quello di Bagheria non è un'eccezione ma la normalità: “È ormai prassi - ha dichiarato Francesco **Paolo Carollo**, segretario regionale Sicilia di Fismu (Federazione Italiana Sindacale Medici Uniti) - che i medici che svolgono il servizio di continuità assistenziale presso il presidio di Bagheria ricevano giornalmente minacce verbali. La principale causa di questo clima ingiustificato di vio-



lenza contro i medici ha anche una sua particolare aggravante a Bagheria per alcune serie inefficienze dell'organizzazione dei servizi sul territorio. E i medici finiscono per essere i capri espiatori di una società sempre più rabbiosa".

Ma nessun territorio sembra essere immune da questa realtà. Per esempio, secondo quanto dichiarato recentemente dal presidente della FNOMCeO: "A Parma ben l'87% dei medici di continuità assistenziale si sente in pericolo durante lo svolgimento del turno e il 45% ha subito almeno un episodio di violenza, fisica o verbale. Questi dati coincidono col dato nazionale, che stiamo verificando tramite un questionario somministrato a tutti i medici italiani alla fine dell'anno scorso".

Una situazione emergenziale che risalta anche dalle parole di **Tommasa Maio**, segretario nazionale di Fimmg Continuità Assistenziale, a commento della vicenda di Bagheria: "Purtroppo non esiste più un medico di continuità assistenziale che non si chieda, entrando in servizio, se riuscirà a svolgere serenamente il suo lavoro senza ricevere minacce insulti o peggio aggressioni. E se tutelare l'incolumità dei medici è un tema centrale, ancor più lo è tutelare l'incolumità delle donne medico, sempre più numerose e maggiormente esposte ad atti di violenza".

Il Sindacato dei Medici Italiani (Smi) attraverso il Responsabile Nazionale Smi Continuità assistenziale **Giovanni Senese** dipinge un quadro ancor più critico: "Le aggressioni non risparmiano più nessuno, maggiormente colpiti sono i medici del Pronto Soccorso, seguiti da quelli del 118 e poi tutti gli altri compresa la continuità assistenziale".

► Le proposte non mancano

Il segretario nazionale di Fimmg Continuità Assistenziale, **Tommasa Maio**, lancia un appello al ministro della Salute e ai parlamentari che sono già al lavoro su un disegno di legge al Senato riguardante la sicurezza degli operatori sanitari, affinché "venga inserita anche la procedibilità d'ufficio nei riguardi di chi aggredisce il medico nell'esercizio delle sue funzioni. Anche lo svolgimento di questo episodio rafforza la convinzione che fino a quando non ci sarà la possibilità di procedere d'ufficio la nostra condizione non cambierà. Ma fino a quando potremo andare avanti così? Di quante altre vittime dovremo leggere sulle cronache nell'attesa di un segnale tangibile da parte dello Stato?". FNOMCeO chiede alle istituzioni di intervenire con misure urgenti, concrete ed efficaci ricordando che il Comitato Centrale ha recentemente invitato tutti gli Ordini a fare esposti nelle procure contro gli aggressori e per la verifica della sicurezza delle sedi; ancor prima, il Consiglio nazionale ha approvato all'unanimità una Mozione per chiedere al Governo di trasmutare il disegno di legge n. 867 sulla violenza contro gli operatori sanitari, attualmente incardinato in Commissione Igiene e Sanità del Senato, in un decreto-legge, riconoscendo sempre agli operatori aggrediti la qualifica di pubblico ufficiale, affinché l'azione penale si avvii d'ufficio e non a seguito di denuncia di parte.

Nel frattempo Fismu ha chiesto di prendere in considerazione l'ipotesi della presenza di due medici nei presidi più difficili e di una guardia giurata. Smi propone come mo-

dello quello predisposto dalla Asl Napoli 1 su tutto il territorio nazionale che prevede la presenza di un vigilantes non armato ed in alcuni casi anche armato in tutte le postazioni cittadine.

► Servono fatti

In attesa delle risposte istituzionali e di quelle locali, riecheggiano nella memoria alcuni passaggi della lettera aperta al Ministro della Salute **Giulia Grillo** scritta da **Serafina Strano**, la dottoressa aggredita e violentata mentre svolgeva il turno di Guardia Medica a Trecastagni.

La missiva è datata settembre 2018, ma il quadro che descrive è ancora di grande attualità insieme al sentimento di abbandono e delusione condiviso da molti medici.

"Sono passati 365 giorni dall'alba del 19 settembre 2017 ma le mie colleghe e i miei colleghi, in tutta Italia, o quasi, rivedono la luce del nuovo giorno, dopo aver trascorso in piena solitudine una lunga notte di lavoro, dalle vetrare degli ambulatori di Guardia Medica: i tuguri, vergogna del Sistema Sanitario Nazionale. Di sostanziale nell'organizzazione del servizio di guardia medica sino ad oggi non è cambiato nulla, non sono stata risarcita per il danno subito, il mio aggressore è già stato processato ed è in carcere a scontare la sua pena, ma i corresponsabili delle violenze che ho subito sono più o meno al loro posto, sono in attesa che siano chiamati in causa dalla Magistratura. Lancio il mio grido da collega e cittadina italiana. Non mi deluda, perché la politica sino ad oggi mi ha deluso, gli organismi istituzionali continuano a deludermi".

La professione lancia l'allarme sul regionalismo differenziato

Sul futuro del Ssn incombono molte minacce, non ultima quella del passaggio a una maggiore autonomia regionale in merito alle competenze sanitarie.

“Un progetto - denuncia la FNOMCeO - che è stato portato avanti in assenza di un confronto con i professionisti della salute e con le associazioni di cittadini”

// Sull'autonomia, sul 'regionalismo differenziato', vogliamo essere protagonisti e non spettatori. Questa è la richiesta che viene da tutte le professioni sanitarie, in quanto il progetto è stato portato avanti in assenza di un confronto con i professionisti della salute e con le associazioni di cittadini”. Portavoce di questa istanza è la FNOMCeO che più volte, attraverso il presidente **Filippo Anelli**, ha lanciato l'allarme sul Disegno di Legge atto a conferire alle Regioni, che ne facciano richiesta, autonomie sulle materie di competenza tra cui è presente anche la voce sanità.

Secondo quanto dichiarato dal Ministro per gli Affari Regionali e le autonomie **Erika Stefani**, il DL dovrebbe essere presentato entro ottobre in Consiglio dei Ministri. Ma per Emilia Romagna, Lombardia e Veneto esistono già degli accordi preliminari che a breve saranno discussi in un incontro, tra Governo e i rappresentanti delle Regioni interessate. Sulla scia di queste Regioni altre undici si sono attivate per ottenere maggiori poteri e risorse.

Le Regioni, come previsto dall'articolo 116 della Costituzione, possono chiedere maggiore auto-

nomia amministrativa in vari settori. Ma si tratta di un processo che va maneggiato con cura, specialmente in assenza di una definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale (LEP). Il rischio che viene paventato dalla lettura di questi pre-accordi è quello che possano produrre un cambiamento strutturale nell'organizzazione e nel finanziamento di gran parte dei servizi pubblici del Paese, specialmente se tra le richieste avanzate c'è quella di legare i fabbisogni di spesa per le nuove competenze al gettito fiscale, in altre parole di considerare nel trasferimento di risorse legato alle materie assegnate alle Regioni, anche agli indicatori di ricchezza di quel territorio.

► Delusioni e preoccupazioni

La recente presa di posizione del **Ministro Grillo**, rafforzata anche dalle dichiarazioni del Presidente Consiglio **Giuseppe Conte**, a favore del DL sulle autonomie regionali 'differenziate' ha sicuramente destato forte preoccupazione e forse anche delusione per le continue esortazioni da parte della Federazione degli Ordini dei Medici al Ministro della Salute nel

voler considerare i rischi insiti nel Disegno di Legge.

“Il trasferimento di competenze - aveva infatti più volte sottolineato Anelli - se condotto in maniera così netta confligge con la visione unitaria del Ssn e con gli articoli 3 e 32 della Costituzione. La Costituzione non si può applicare a pezzi! Per questo chiediamo, sul tema che più di ogni altro le compete, la Salute di tutti i cittadini, un intervento forte del Ministro Grillo, perché non vada in frantumi un Servizio sanitario che tutto il mondo ci invidia. Ciò che rischia di accadere è di fatto una redistribuzione sul territorio delle risorse destinate alla sanità, proprio in Regioni in cui il sistema sanitario è più ricco ed efficiente, con inevitabile impoverimento di territori, soprattutto nel sud del Paese, dove già si rileva un sistema in grave crisi. Le maggiori autonomie in ambito sanitario rischiano di creare insomma cittadini sempre più poveri e cittadini cui viene negato il diritto alla salute”.

► Richieste legittime, ma che non convincono

L'intervento del Ministro c'è stato, ma non nella direzione auspicata: “Le richieste di autonomia sono

assolutamente legittime - ha dichiarato **Giulia Grillo** - e derivano dalla incapacità da parte dello Stato e dei Governi precedenti di produrre dei cambiamenti negli anni passati". Inoltre si è detta rassicurata dal confronto con la collega Erika Stefani sul fatto che non ci sarà un danneggiamento delle regioni più deboli.

"L'invito del Ministro Grillo a vedere le differenze regionali come una possibilità di arricchimento - ha tenuto a precisare Anelli - non ci convince, in assenza di dati certi che dimostrino come la modifica e la riorganizzazione regionalistica del sistema, i contratti regionali per la gestione del personale, le nuove regole relative alla formazione regionale dei professionisti sanitari, la gestione regionale dell'assistenza farmaceutica possano determinare un ulteriore miglioramento dell'efficacia del sistema sanitario. È stato anzi proprio il regionalismo a determinare le disuguaglianze che tutti i gruppi politici oggi vorrebbero superare. L'incapacità a produrre cambiamenti da parte dei Governi precedenti non può risultare in un ulteriore aumento di queste disuguaglianze. Inoltre non va dimenticato ciò che hanno denunciato in questi anni i vari rappresentanti del comparto sanità rispetto a quanto l'autonomia regionale abbia inciso negativamente sull'esercizio della professione sanitaria attraverso un maggiore controllo sui medici del Ssn".

► **Serve un regionalismo solidale**

"Chiediamo a questo Governo - ha continuato Anelli - di assumere un impegno concreto per mettere in atto provvedimenti che, incidendo

direttamente sulle regioni, permettano di raggiungere l'uguaglianza di tutti i cittadini rispetto al diritto alla salute. Non vorremmo che questo atteggiamento del Ministro Grillo significhi una rinuncia alla battaglia per l'uguaglianza, o, peggio, l'investire il regionalismo di aspettative messianiche, non suffragate da dati certi che ne dimostrino la validità".

Secondo il presidente della FNOMCeO quello che realmente serve è che dovrebbe essere promosso è regionalismo solidale, per dare piena attuazione all'articolo 3 e 32 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini.

"Ogni Regione più avanzata 'adotti' una regione più povera" - ha affermato Anelli - per perequare i servizi sanitari e renderli uguali. Da ripensare sono anche gli attuali criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, basati su un meccanismo che definisce il fabbisogno regionale standard, che dovrebbero essere correlati al fabbi-

sogno reale e alle diversificate necessità della comunità e alla domanda di salute. Questa è la strada per rendere concreto il dettato costituzionale e realizzare lo Stato dei Diritti disegnato dai nostri padri costituenti. Diversamente, applicare il regionalismo differenziato in sanità significherebbe smantellare il Servizio Sanitario Nazionale". Secondo Anelli le proposte di autonomia differenziata devono essere argomento per un importante momento di partecipazione, attraverso un dibattito pubblico capace di attivare tutte le forze della società civile.

"Per superare le disuguaglianze in Sanità - precisa - occorre riprendere una riflessione sul meridione ed avviare politiche capaci di ridurre il gap che rende 'diversi' i cittadini italiani. Ma il dibattito serve anche ad attivare il capitale sociale del Paese, senza il quale il principio di solidarietà e l'unità giuridica ed economica della Repubblica sono irrimediabilmente perduti".

Scuola e sanità a rischio

Se le richieste di autonomia differenziata dovessero essere accolte e il residuo fiscale dovesse essere trattenuto sul territorio, l'impatto maggiore si avrebbe su sanità e scuola, per i quali non si riuscirebbero a garantire i livelli essenziali di prestazione. Al Veneto, per esempio, passerebbero 70mila dipendenti della pubblica istruzione (Dati Ragioneria dello Stato - Istat), mentre si prevede un trasferimento complessivo fino a 21 miliardi per il passaggio del personale e di tutte le competenze dallo Stato alle 3 regioni (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto). I valori medi pro-capite del residuo fiscale per gli anni che vanno dal 2013 al 2015 vedono una differenza di 5.611 euro tra quanto ogni singolo cittadino lombardo versa e quanto riceve indietro in termini di servizi, 2.078 euro pro capite del Veneto e 3.293 euro dell'Emilia Romagna (Dati ISSIRFA-CNR). Le conseguenze sulla tenuta di settori fragili come quello sanitario, se questi residui non dovessero essere redistribuiti ma rimanessero sul territorio, sono evidenti.

I fondi sanitari integrativi sono diventati prevalentemente sostitutivi

È quanto si rileva dal report pubblicato dalla Fondazione Gimbe che documenta i gravi effetti collaterali di tali fondi per il Ssn. Dal report emerge l'inderogabile necessità di un riordino legislativo della materia con un Testo Unico che restituisca alla sanità integrativa il suo ruolo: rimborsare esclusivamente prestazioni non incluse nei Lea

In occasione dell'avvio dell'indagine conoscitiva della Commissione Affari Sociali della Camera sui fondi sanitari, la Fondazione Gimbe ha pubblicato un report indipendente che documenta i gravi effetti collaterali per la sanità pubblica dell'attuale impianto normativo che regola tali fondi.

Negli ultimi anni, segnati da un imponente definanziamento della sanità pubblica, si è progressivamente fatta largo l'idea che il cosiddetto 'secondo pilastro' - generato da un complicato intreccio tra fondi sanitari, assicurazioni e welfare aziendale - sia l'unica soluzione per garantire la sostenibilità del Ssn. In controtendenza con questo clima di contagioso e spesso inconsapevole entusiasmo, la Fondazione Gimbe annovera invece l'espansione incontrollata del secondo pilastro tra le macro-determinanti della crisi di sostenibilità del Ssn.

"Considerato che, dopo anni di silenzio politico la Commissione Affari Sociali della Camera ha annunciato l'avvio di un'indagine conoscitiva sulla sanità integrativa - afferma **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe - abbiamo realizzato un report indipendente da cui emerge l'inderogabile necessità di un riordino legislativo, in

quanto i fondi sanitari sono diventati in prevalenza sostitutivi di prestazioni già offerte dal Ssn".

► Serve un Testo Unico

"Le nostre analisi - evidenzia Cartabellotta - confermano che oggi le potenzialità della sanità integrativa sono compromesse da un'estrema *deregulation* che ha permesso ai fondi integrativi di diventare prevalentemente sostitutivi. Mentre il dibattito si avvia spesso su singole criticità, nel contesto di un imponente definanziamento del Ssn, l'intermediazione finanziaria e assicurativa si è abilmente insinuata tra le crepe di una normativa frammentata e incompleta e cavalcando l'onda del welfare aziendale, genera profitti, utilizzando anche il denaro pubblico sotto forma di detrazioni fiscali per fornire, tramite i fondi sanitari integrativi, prestazioni prevalentemente sostitutive che alimentano il consumismo sanitario e rischiano di danneggiare la salute delle persone".

Non è quindi un caso che gli erogatori privati e i finanziatori privati (assicurazioni) promuovano il secondo pilastro puntando soprattutto sui 'pacchetti prevenzione' che alimentano consumismo sanitario e medicalizzano la società, ma nel frattempo

aumentano la soddisfazione di cittadini inconsapevoli di costi e rischi.

La Fondazione Gimbe chiede un Testo Unico della sanità integrativa in grado di:

- restituire alla sanità integrativa il suo ruolo originale, ovvero quello di rimborsare esclusivamente prestazioni non incluse nei Lea;
- evitare che il denaro pubblico, sotto forma di incentivi fiscali, venga utilizzato per alimentare i profitti dell'intermediazione finanziaria e assicurativa;
- tutelare cittadini e pazienti da derive consumistiche dannose per la salute;
- assicurare una *governance* nazionale, oggi minacciata dal regionalismo differenziato;
- garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione.

Ma ancor prima, è indispensabile che il Ministero della Salute renda pubblicamente accessibile l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi per offrire ai cittadini e agli enti di ricerca un'adeguata trasparenza.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervento di Nino Cartabellotta presso la Commissione Affari Sociali della Camera

Veneto: Mmg esclusi dai bandi per la direzione dei distretti

L'esclusione dei medici di famiglia dai bandi di selezione per la direzione di distretto decisa dall'Aulss 6 Euganea veneta per Fimmg è un fatto gravissimo e arbitrario. Il sindacato chiede l'intervento del Ministro della Salute affinché vengano rispettate le leggi dello Stato. Il direttore dell'Aulss 6 respinge le critiche e le rinvia al mittente perchè "prive di fondamento"

Fa discutere la deliberazione del Direttore Generale dell'Aulss 6 Euganea con cui ha indetto la selezione per due incarichi di direzione di Distretto della sua Azienda, riservandoli esclusivamente ai dirigenti dell'area Professionale e Tecnico Amministrativa. La delibera sembrerebbe quindi tagliare fuori 'illegittimamente' la professione medica.

"Ciò che sta avvenendo in Veneto è molto suggestivo di quello che potrà avvenire in questo Paese in presenza di una maggiore autonomia regionale ed è evidente che ci aspetta un futuro disastroso per il Ssn". **Silvestro Scotti**, segretario nazionale Fimmg, ha commentato così la decisione adottata all'Aulss 6 Euganea veneta.

Un fatto gravissimo - ha sottolineato Scotti - non solo perché non si rispetta quanto previsto per legge (D.Lgs 502/1992), anche per i Mmg, ma perchè con questo tentativo di blitz si premia una visione tecnocratica e amministrativa della sanità a scapito dell'assistenza e per paradosso si parla della *governance* dell'assistenza territoriale, ambito che più di altri dovrebbe far prevalere la visione di una proposta di assistenza più che di amministrazione".

► Cosa dice la legge

Per Scotti le funzioni del distretto hanno un'alta valenza sanitaria e sociosanitaria motivo per cui la legge prevede che nel ruolo di direttore vi sia un dirigente che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali, comprendendo anche un Mmg con una esperienza almeno decennale. "Escludere i medici - precisa Scotti - e in particolare i medici della medicina generale, significa privare il distretto sanitario dell'esperienza maturata negli anni da chi ha realmente stabilito un rapporto fiduciario con il paziente e ne conosce le problematiche. Una visione a dir poco miope rispetto ad una complessità che aumenta negli anni e ha bisogno di una gestione oculata della cronicità, esperienza già più volte rappresentata con successo da incarichi affidati in passato a medici di famiglia nella stessa Azienda". Per il segretario della Fimmg non si può cercare di trasformare l'assistenza ai cittadini in una semplice pratica amministrativa.

Di qui l'appello al Ministro della Salute **Giulia Grillo** affinché intervenga con decisione perchè si rispettino le leggi di uno Stato.

► La risposta dell'Aulss

"Al Direttore di Distretto non è richiesta competenza clinica medica, demandata alle strutture complesse di cure primarie all'interno del Distretto stesso. Le polemiche si rivelano in conclusione autenticamente sterili e profondamente inutili, perchè prive di alcun fondamento". È questa in sintesi quanto ha affermato in una nota stampa **Domenico Scibetta**, direttore generale dell'azienda Euganea, all'indomani della protesta del segretario Fimmg.

"Nei 5 Distretti dell'Ulss 6 Euganea - precisa - sono chiare e dichiarate le specifiche professionalità con le quali l'azienda intende ricercare specifici profili: 3 Distretti con profilo di dirigente sanitario medico e 2 con profilo amministrativo e tecnico. Il bando non contrasta e non contraddice quindi alcuna normativa o regolamentazione nazionale o regionale". "In quanto a trasparenza le spiegazioni del direttore non fanno una grinza - ribatte Silvestro Scotti - molto meno in coerenza e logica poiché da un lato si testimonia la presenza di tre medici nella direzione di distretto della stessa Aulss e dall'altro si conclude che nella visione aziendale non serve essere medici per fare il direttore di distretto".

Omaggio al medico “ignoto”

Sono troppi i fattori da considerare che in questi anni hanno messo a dura prova la professione medica, in particolare quella dei medici delle cure primarie. Oggi non è solo a rischio la qualità della risposta dell'assistenza territoriale, ma la vita stessa dei medici deputati a garantirla

Alessandro Chiari
Segretario Regionale FISMU
Emilia Romagna

L'incertezza che circonda il progetto della medicina generale, caratterizzata da un contratto paradossalmente fermo nel tempo in contrapposizione agli aumentati costi di allestimento dell'attività e della gestione ambulatoriale è diventata una questione di sopravvivenza dell'ambulatorio di Medicina Generale. In verità lo Stato ci frega due volte, primariamente non adeguando il contratto sia al costo della vita che al costo gestionale dell'ambulatorio, dato da fattori di produzione dai costi di gestione, dalle utenze e, secondariamente, mantenendo una pressione fiscale insostenibile al 50% che ci costringe a lavorare sei mesi all'anno per poterla assorbire. Tra l'altro questo della fiscalità è un problema incredibilmente sottovalutato dal sindacalismo medico che ha creato molte perplessità sul ruolo fin troppo collaborativo e compiacente di storici esponenti sindacali in questa sostanziale questione.

► Contratto ancora fermo

Se è vero che si è discusso un contratto con un governo a “termine” e quindi con un ministero a termine e che si sarebbe dovuto procedere nella contrattazione con un governo completamente nuovo in un diverso assetto politico, si deve ammettere che tutta questa improvvisa e frettolosa voglia di firmare qualcosa sia stata determinata più da esigenze elettorali che da un reale progetto. In ogni caso anche ora non si

sta muovendo niente. Malgrado i tentativi di sbloccare lo stallo per il proseguimento dei lavori inerenti al completamento del rinnovo convenzionale 2016-2018 i tempi infatti continuano a dilatarsi. Al momento, mentre scrivo, ho appreso che dalla Conferenza delle Regioni è arrivata un'altra fumata nera sul rinnovo dei vertici della Sisac e senza la designazione di un interlocutore gli accordi presi anche con le Regioni restano al palo.

In merito però va evidenziato che con un ultimo contratto nazionale firmato nel 2005, a cui nel 2009/10 sono state aggiunte e modificate alcune peculiarità non sostanziali, pare abbastanza evidente che, anche in quest'ultima occasione non si sia optato per una vera inversione di rotta. Ciò che è stato siglato è un ulteriore presa in giro della classe medica sempre più svenduta in questi anni da una politica sindacale maggioritaria che non è stata in grado di instaurare una contrattazione che non fosse viziata dal tentativo della conservazione di forti interessi personali e di quelli di una cerchia abbastanza ristretta piuttosto che da una vera difesa delle posizioni professionali dei Colleghi. Questa sorta di trattativa di delegazione a vantaggio della delegazione stessa si è riverberata anche sulle contrattazioni regionali ed aziendali, creando quella che più volte abbiamo definito deriva aziendale e regionale, fenomeno che ha anche creato, di fatto, condizioni non uniformi di assistenza sullo stesso territorio per non par-

lare dei conflitti d'interesse che si sono concentrate su certe posizioni aziendali.

► La scalata degli "altri"

La pressione sul medico data dalle altre professioni sanitarie, la voglia di avere un posto al sole, l'aspirazione di poter viaggiare tutti in prima classe, ha portato, anche soprattutto nell'assenza di una definizione precisa dell'atto medico, ad un clima che ormai mi pare contraddistinto dalla politica dei "todos cabajeros": l'operatore socioassistenziale vuol fare l'infermiere, l'infermiere vuol fare il medico, il medico vuol fare il dirigente e quest'ultimo vuole fare il manager, dove i direttori pensano di essere grandi amministratori, parlando di politica internazionale, e si vedono proiettati in Confindustria, ma non hanno un progetto sanitario serio se non un ruolo prettamente amministrativo molto meno ambizioso. Se non fosse per il fatto che con il paziente la faccia la mette il medico di medicina generale, utilizzando e rischiando la propria professionalità per garantire l'assistenza e se i Mmg si esprimessero al limite sindacale, senza metterci nulla di proprio, sono convinto che il sistema collasserebbe in pochissimo tempo. Purtroppo le Asl non hanno mai raggiunto una mentalità "aziendale" (con una strategia che non è basata sulla comunicazione e sulla motivazione degli operatori), ma piuttosto sono figlie delle politiche regionali e dei loro esponenti: quindi nella crisi generalizzata della morale e della politica anche le figure aziendali purtroppo rispecchiano questa mediocrità dei valori e dei cervelli.

In questi anni abbiamo visto una catena organizzativa che ha risposto agli errori di programmazione con altri, nuovi, errori, portando ad una progressiva dissoluzione assistenziale territoriale, e a una implosione del Servizio Sanitario Nazionale, causata da una visione eccessivamente amministrativa della sanità. Nessun apprendimento è nato da questa lunga sequela di errori. Il problema principale è che tuttora non è stato strutturato un progetto che abbia una prospettiva degna di farci allontanare di questa condizione di navigazione a vista che ha caratterizzato il sistema impantanato in una impasse organizzativa.

L'offerta prestazionale del medico si dovrebbe basare più sulla qualità delle risposte e del tempo dedicato al singolo paziente, piuttosto che sulla quantità del tempo complessivo che ogni medico può mettere a disposizione di un'offerta di sanità che diventa più demagogica che di qualità: qualità e tempo dedicato sono purtroppo parametri tendenzialmente incongruenti.

► Il medico ignoto

La lacerazione e frustrazione professionale subita dai Mmg, ha evidenziato le criticità di una programmazione che avrebbe dovuto difendere strenuamente il sistema sanitario pubblico come un bene comune, ma che inesorabilmente sta preparandosi per svendere al privato.

Il medico di medicina generale nella sua funzione di primo presidio del Ssn, di uomo/donna da prima linea, sovraccaricato dai compiti del suo esercizio, soprattutto a causa di politiche incenti-

vanti che hanno massificato il lavoro in maniera non proporzionale al carico di attività professionali enormemente aumentate, con ambulatori che sembrano più la spiaggia dello sbarco di Okinawa piuttosto che un luogo di cura, ha iniziato ad andare in crisi professionale e fisica.

La responsabilità della spesa, la partecipazione alla programmazione e alla gestione aziendale determinano la necessità di un aumentato controllo gestionale da parte del Mmg sui propri pazienti perché il controllo finale avviene attraverso un risultato che è determinato dalla condotta sanitaria di questi, ed è da tale verifica che dipende la successiva eventuale incentivazione dell'Azienda.

Proprio grazie al compito di gestire l'appropriatezza prescrittiva, il Mmg viene anche percepito, erroneamente dal suo assistito come una sorta di giudice, come colui che può assegnare o che può negare una risorsa un esame o addirittura un farmaco gratuitamente. Una realtà che genera continuamente discussioni e criticità con il cittadino.

Purtroppo siamo diretti testimoni di colleghi che si ammalano o che sovraccarichi di lavoro cercano di accelerare il loro pensionamento o si limitano fortemente il massimale. Non mancano neanche gli episodi di morti improvvise o di incidenti vascolari più o meno gravi che costringono a lasciare la professione anzitempo.

Questo dover sempre andare a velocità esagerate per supportare gli sproporzionati carichi di lavoro determinati da queste situazioni contingenti è molto pericoloso anche per la salute dei medici di medicina generale.

La sfida delle cronicità e le soluzioni possibili

Un focus di riflessione e discussione su nuove strade da percorrere per migliorare i servizi offerti ai pazienti cronici. È stata questa la finalità del convegno svoltosi a Como alla Winter School 2019 “Gestire il cambiamento, le soluzioni possibili” dove si sono riuniti tutti i principali attori del Servizio Sanitario Nazionale, professionisti e rappresentanti delle istituzioni

Occhi puntati sul paziente cronico, vero nodo da risolvere per fronteggiare le nuove richieste di salute della popolazione italiana. A delineare gli scenari gli esperti riuniti a Como alla *Winter School 2019* per il convegno “*Gestire il cambiamento, le soluzioni possibili*”. L'evento, giunto alla sua terza edizione, è organizzato da Motore Sanità con il patrocinio della Regione Lombardia e della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Il convegno ha riunito tutti i principali attori del Ssn per un focus di riflessione e discussione. Al centro del confronto, il paziente cronico, il suo benessere, le politiche sanitarie regionali, la necessità di un cambiamento di paradigma anche di chi, come il medico delle cure primarie è deputato a prendersi carico tali pazienti. “Tutti sono sempre d'accordo che per migliorare bisogna cambiare, però spesso quando arriva il momento di cambiare si fa fatica - ha precisato nel suo intervento **Fiorenzo Corti**, Vice segretario nazionale Fimmg - ed è dovuto anche a una mancanza di ricambio generazionale dei Mmg”. **Giulio Gallera**, Assessore al welfare Regione Lombardia, per esempio, ha sottolineato come sia fondamentale per l'attuazione della riforma lombarda sulla gestio-

ne dei pazienti cronici rendere la medicina del territorio protagonista, creando i presupposti per fare sì che i Mmg ne siano gli artefici dotandogli di giusti strumenti, oltre che di giusti riconoscimenti.

“La gestione delle patologie croniche ha bisogno di un rilancio dell'iniziativa dei medici di assistenza primaria - ha dichiarato **Silvestro Scotti**, segretario nazionale della Fimmg - non solo sull'assistenza, ma anche attraverso normative legislative e contrattuali, di investimento sulla Medicina Generale. Appare evidente che un'offerta di diagnostica di primo livello come di una presa in carico multi professionale gestita nel *setting* della MG sia l'unica soluzione possibile per mantenere una assistenza coerente con la richiesta di presenza diffusa nei territori e che favorisca, nei casi necessari, una risposta al domicilio dei cittadini”.

► Le proposte

1. Istituire un 'Fondo Nazionale della Cronicità' come presente in altri Paesi UE.
2. Implementare ed attuare piani regionali della cronicità coordinati dai Mmg con processi assistenziali integrati, programmati e gestiti, con car-

tella unica e interoperabile e creazione di servizi di infermieri del territorio.

3. Valorizzare le risorse umane del Ssn retribuendole adeguatamente, stabilendo contingenti numerici standard adeguati, incrementabili in rapporto all'intensità di cura e alla produttività.

4. A salvaguardia del Ssn una 'autonomia differenziata' delle regioni è necessaria come elemento di valorizzazione e responsabilità. Garantire l'omogeneità dell'offerta individuando forme di collaborazione gestionale tra le regioni, superando l'istituto del commissariamento per quelle in piano di rientro.

5. Il Ssn è sotto-finanziato e si sta trasformando in un sistema misto con un processo silente e non governato. Va regolamentata la pletora del terzo pagante, rivedendone le modalità partecipative anche in chiave non solo integrativa, compreso il welfare aziendale, con azioni di detassazione.

6. Ripensare la politica del farmaco e dei dispositivi, superando lo strumento del *pay back*, incrementando l'equivalenza terapeutica e filtrando l'accesso anche con sistemi di rinegoziazione, utilizzando i dati dei registri Aifa, posizionando l'*Health technology assessment* (Hta) in un solo ente regolatore e approntando un prontuario per i dispositivi medici.

A Taranto lo Stato non ha tutelato la salute dei cittadini

È quanto afferma la recente sentenza della Corte Europea per i Diritti Umani di Strasburgo dando seguito alla richiesta dei medici dell'ISDE di intervenire nel procedimento di infrazione contro lo Stato Italiano per il caso ILVA. Per la FNOMCeO con questa sentenza i cittadini vedono riconosciuto il loro diritto alla tutela della Salute, da parte dello Stato, da attuarsi anche attraverso la salvaguardia dell'ambiente

A settembre 2016 la Corte europea dei diritti dell'uomo accoglieva la richiesta dell'Associazione medici per l'ambiente (ISDE) di intervenire nel procedimento di infrazione aperto contro lo Stato Italiano per il caso ILVA. La sentenza, che hanno emesso di recente, ha di fatto riconosciuto quanto sostenuto dall'ISDE: "Sono stati violati diritti fondamentali dei cittadini di Taranto. Le autorità nazionali non hanno preso tutte le misure necessarie per proteggerli e si è favorita la persistenza di una situazione di inquinamento ambientale e di elevate condizioni di rischio e danno sanitario che duravano già da decenni".

"La sentenza dei Giudici di Strasburgo - sottolinea in una nota l'ISDE - conferma ciò che sosteniamo con fermezza e coerenza da sempre: la responsabilità dello Stato nel voler considerare lo 'scenario ILVA' come unico possibile indipendentemente dalle conseguenze e nel voler imporre la tirannia del diritto dei privati a produrre acciaio su ogni altro diritto, compresi quelli alla salute e a vivere in un ambiente salubre".

► Ambiente e salute

Anche il presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** interviene sul pro-

nunciamento della Corte di Strasburgo: "Un grandissimo risultato per tutti i cittadini dichiara Anelli - che vedono oggi riconosciuto il loro diritto alla tutela, da parte dello Stato, della Salute, da attuarsi anche attraverso la salvaguardia dell'ambiente".

"L'Ordine dei Medici di Taranto - ricorda il Presidente, **Cosimo Nume** - aveva dato il suo contributo al ricorso, producendo un Documento che, dopo un'attenta valutazione, osservava come non fosse possibile *concludere che le misure attuate con l'autorizzazione ambientale integrata riesaminata rendano la città di Taranto, e soprattutto i quartieri a ridosso del siderurgico, aree urbane salubri e prive di rischio per la salute determinato dalla immissione di inquinanti industriale*".

"La FNOMCeO - aggiunge Anelli - ha più volte espresso la sua preoccupazione sulle condizioni sanitarie e di vita, con pesantissime e documentate ricadute sul tessuto sociale, degli abitanti dell'area di Taranto".

"Da anni come Commissione Ambiente e Salute della FNOMCeO facciamo pressing sui Governi - spiega **Emanuele Vinci**, che di tale Commissione è coordinatore na-

zionale - affinché intervengano sulla questione ILVA, chiedendo idonee misure di valutazione e contenimento dei rischi. Un esempio: tempo fa il Governo ha deciso che per tutelare la salute dei cittadini si può attuare solo la VDS, (Valutazione del Danno Sanitario). È una valutazione che si fa a posteriori, contando morti e malati, solo quando si superano i limiti soglia degli inquinanti, fissati da norme nazionali ed europee, e già più alti di quelli indicati dall'OMS. In queste aree di crisi ambientale, invece, l'OMS e lo stesso Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 prevedono che vada effettuata la VIS: ovvero la valutazione preventiva dei danni possibili sulla base degli inquinanti immessi, indipendentemente dalle soglie minime previste dalle norme vigenti.

La domanda a questo punto è rivolta al Governo e ai parlamentari, di maggioranza e di opposizione: ma l'aria non la respirate anche voi? Ma la frutta e la verdura la mangiate anche voi?".

"Noi medici ci uniamo ai Giudici di Strasburgo, ci uniamo ai cittadini nel chiedere allo Stato misure urgenti e concrete - conclude Anelli - siamo certi che, questa volta, l'appello non rimarrà inascoltato".

Allineare i prezzi dei farmaci alla UE

La richiesta, fatta attraverso una lettera aperta al Ministro della Salute, che pubblichiamo di seguito, è di un medico di medicina generale che, partendo da una sua esperienza di acquisto di un farmaco in Francia, ha riscontrato che lo stesso farmaco, con la stessa denominazione commerciale, in Italia costa il 60% in più

Al Ministro della Salute
Ill.mo Ministro Dott.ssa Grillo

Per la fiducia che ripongo in Lei, anche come collega, ci tengo a sottoporle una esperienza personale che può essere spunto di riflessioni e azioni politiche. Soggiornando in Francia oltre il periodo previsto ho dovuto acquistare dei farmaci per la mia terapia. Scopro con piacere che uno di questi farmaci mantiene, anche in Francia, la stessa denominazione commerciale ma non lo stesso prezzo: una confezione da 90 mg e 60 cpr la pago 71 euro. La stessa confezione con quattro cpr in meno in Italia è prezzata 112 euro. Che venga dispensato dal Ssn e che il paziente non esborsi quella somma è del tutto irrilevante. Il Ssn siamo noi e in bilancio ogni confezione è maggiorata quasi del 60%.

La domanda è spontanea: come è possibile una situazione del genere? E parliamo di una specialità. Non provo nemmeno a pensare al settore dei "farmaci biologici". Che il nostro maltrattato Paese abbia bisogno di una disinfezione globale, lo richiedono

gli onesti; che ci voglia del tempo, per vedere qualche risultato, è comprensibile. Ma chi non parte non arriva. Un intervento sul prontuario farmaceutico, con la revisione e l'allineamento dei prezzi a questa tanto glorificata Unione Europea è, a mio personale giudizio, improcrastinabile. Con il sicuro recupero di risorse da riutilizzare sempre nella Sanità.

La Salute è stata ed è tutt'ora un terreno fertile per gli avvoltoi del sistema, ma nello specifico sarei curioso di conoscere la procedura e le riflessioni che hanno portato i responsabili dell'Azienda e i controllori del nostro Ssn a stabilire quella eccedenza di costo. Non mi dilungo, anche se tentato, a elencare critiche e lamentele. Dopo quasi 40 anni di esercizio della medicina generale, mi meraviglio solo di chi si meraviglia. L'auspicio, ma non ne dubito, è che questa mia sia spunto di valutazione e, perché no, di azioni. Voglia perdonarmi per il tempo sottratto.

Le auguro con profonda sincerità, buon lavoro.

Santi Fichera - Medicina Generale, Roma

Il malato terminale e il suo medico di famiglia

► "A casa verso il tramonto. Il malato terminale e il suo medico di famiglia" è il titolo di un manuale, pubblicato dalla casa editrice L'orto della cultura, curato da Attilio Dalla Via, Medico di Medicina Generale di Gazzo in Provincia di Padova. Un manuale 'interdisciplinare' scritto a più mani: "da tenere in borsa o sulla scrivania" - scrive Maurizio Cancian, presidente regionale della Simg Veneto - sintetico, semplice e

chiaro, pensato da chi, come gli Autori, ha esperienza ventennale sul campo, possiede ancora un grande valore".

L'idea nasce dall'esperienza messa a frutto da Attilio Dalla Via durante la pratica di animatore di formazione nel Nucleo di Cure Palliative dell'Ulss 15 "Alta Padovana". La peculiarità di questo manuale, che "lo rende diverso dai tanti trattati scritti dai massimi esperti della materia", sottolinea lo

stesso Villa nell'introduzione, è "la mentalità del medico di famiglia" che lo pervade. Il manuale infatti si rivolge proprio ai medici di famiglia che assi-

stano il malato lungo tutte le fasi della propria esistenza, quindi, anche nel passaggio dalla vita alla morte. Il sollievo dalla sofferenza, il controllo del dolore non sono estranei all'esercizio della Medicina Generale e devono essere parte integrante del percorso formativo dei Mmg.



AGGIORNAMENTI



■ DIABETOLOGIA

Esercizio fisico nel diabetico: quali obiettivi e come raggiungerli

■ EPATOLOGIA

Steatosi epatica non alcolica e rischio cardiovascolare

■ GINECOLOGIA

Menopausa e terapia ormonale sostitutiva: up to date

■ NEFROLOGIA

Prevenzione della dialisi e misurazione della creatinina

■ NEUROLOGIA

Valutazione del rischio di guida nel disturbo cognitivo lieve

■ NUTRACEUTICA

Spirulina, una nuova possibilità contro l'ipertensione arteriosa?

■ NUTRIZIONE

Ruolo della prima colazione nel mantenimento della salute

■ ORTOPEDIA

Lesioni meniscali: chirurgia vs terapia fisica

■ DIABETOLOGIA

Esercizio fisico nel diabetico: quali obiettivi e come raggiungerli

Ai pazienti con diabete di tipo 2 dovrebbe essere prescritta l'attività fisica per controllare la glicemia e migliorare la salute cardiaca. Questa è una delle raccomandazioni contenute in un documento di sintesi dell'European Association of Preventive Cardiology (EAPC), una branca della European Society of Cardiology (ESC).

► Raccomandazioni pratiche

Il documento fornisce raccomandazioni pratiche per i medici su come motivare i pazienti a integrare l'attività fisica nella routine quotidiana, stabilire obiettivi realizzabili e misurabili e progettare programmi di allenamento per esercizi individuali per raggiungere tali obiettivi. "Limitarsi a consigliare attività fisica ai propri pazienti, che è quello che fanno di solito i medici, non è abbastanza - ha dichiarato il primo autore del documento, Hareld Kemps, cardiologo del Medical Center Máxima, Veldhoven, Paesi Bassi.

I pazienti devono essere valutati per le comorbidità, i rischi legati all'esercizio fisico e le preferenze personali. Ciò a lungo termine sarà molto redditizio, ed è quindi importante stimolare decisori politici e sanitari a perseguire l'obiettivo e

motivare i medici a prendere l'iniziativa e chiedere che tali programmi vengano rimborsati".

I pazienti dovrebbero consultare il loro medico e stabilire un piano personalizzato ma anche prendere iniziative in autonomia, per esempio ridurre le ore trascorse seduti in favore di esercizi moderati come camminare e andare in bicicletta.

L'aderenza a lungo termine può essere migliorata stabilendo obiettivi precoci raggiungibili che siano misurabili e adattando i piani di esercizio alle preferenze dei pazienti.

► Obiettivi motivazionali

Gli obiettivi pratici e specifici devono tendere ad essere motivazionali. Per una persona anziana questo potrebbe essere salire le scale della sua abitazione o camminare fino al supermercato. Un altro incentivo è prospettare una possibile riduzione del consumo di farmaci perché si è raggiunto un controllo glicemico migliore.

Per quanto riguarda gli obiettivi clinici, l'idoneità cardiorespiratoria e il controllo glicemico sono i primi a cui puntare. Entrambi migliorano con l'esercizio fisico, i cambiamenti possono essere misurati e sono direttamente corre-

lati al benessere, alla morbilità e alla mortalità. L'esercizio fisico aiuta anche a ridurre la pressione arteriosa e a migliorare i parametri lipidici. Al contrario la perdita di peso potrebbe non essere l'obiettivo migliore per l'allenamento. È infatti difficile perdere peso solo con l'esercizio fisico e se questo è il bersaglio principale i pazienti possono essere demotivati e abbandonare l'allenamento.

Per quanto riguarda il tipo e l'intensità dell'esercizio, questo deve essere personalizzato per ogni paziente. L'allenamento a intervalli ad alta intensità - per esempio alternando una deambulazione moderata e vigorosa - è più efficace per migliorare la forma fisica e ottenere un buon controllo glicemico, ma può essere pericoloso per i pazienti che sviluppano aritmie o ischemia durante l'esercizio. Tanto più che è ampiamente confermato quanto sia efficace anche un moderato incremento dell'attività fisica nei pazienti con DMT2 e problemi cardiaci. L'interruzione del tempo trascorso da seduti con brevi periodi di deambulazione migliora il controllo della glicemia, mentre 2 ore di camminata vivace/settimana riducono il rischio di ulteriori problemi cardiaci.

Bibliografia

- Kemps H et al. Exercise training for patients with type 2 diabetes and cardiovascular disease: What to pursue and how to do it. A Position Paper of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol* 2019; DOI: 10.1177/2047487318820420.

■ EPATOLOGIA

Steatosi epatica non alcolica e rischio cardiovascolare

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) è ormai la malattia epatica cronica più diffusa a livello globale. È ormai nota l'esistenza di un'associazione bidirezionale tra NAFLD e resistenza all'insulina, diabete e componenti della sindrome metabolica e che la causa più comune di morte nella NAFLD è la malattia cardiovascolare (CVD). Dati trasversali indicano un aumento del rischio di morbidità cardiovascolare nella NAFLD. Ad esempio, questi pazienti hanno un maggiore spessore medio-intimale della carotide e spesso una alterazione della struttura cardiaca.

Studi di coorte hanno indicato che la NAFLD è un fattore di rischio per CVD, ma l'interpretazione dei risultati è stata spesso ostacolata da limiti metodologici (basso numero di pazienti o breve tempo di follow-up).

In una grande coorte di pazienti con NAFLD una nuova ricerca ha valutato i fattori di rischio CV tradizionali e l'istologia come predittori di esiti di CVD.

Nello studio di controllo sono stati inclusi 603 pazienti con NAFLD sottoposti a biopsia e privi di malattia CV basale confrontati (1:10, per età, sesso e comune) a 6.269 controlli di popolazione. Tutti gli individui sono stati collegati ai re-

gistri nazionali per accertare eventi CV (cardiopatia ischemica acuta o ictus). La presenza di fattori di rischio CV ed istologia epatica era disponibile solo nei pazienti con NAFLD.

Nel corso del follow-up (18 anni) il 28% dei pazienti con NAFLD e il 21% dei controlli hanno manifestato un evento CV. All'interno della coorte NAFLD, età, sesso maschile, diabete di tipo 2, fumo e trigliceridi erano associati al rischio di malattia cardiovascolare. Tenendo conto di questi fattori di rischio, nessun parametro istologico, inclusa la presenza di NASH e stadio di fibrosi, è stato associato a CVD. In conclusione i pazienti con NAFLD presentano un rischio maggiore di CVD ma non per la malattia cerebrovascolare. I parametri istologici non sembrano prevedere in modo indipendente questo rischio.

► Steatoepatite non alcolica (NASH)

In una quota rilevante di soggetti la NAFLD assume le caratteristiche della steatoepatite non alcolica (NASH) una malattia in crescita, che ha una possibile evoluzione in fibrosi, cirrosi e relative complicanze, incluso l'epatocarcinoma (HCC), che insorge non soltanto in

stadio cirrotico, ma anche in epatopatie croniche pre-cirrotiche.

"La ricerca sta cercando di sviluppare test non invasivi per la diagnosi" - afferma **Luca Valenti**, Professore di Medicina Interna, Università degli Studi di Milano - per questo, nell'ambito del congresso dell'American Association for the Study of Liver (San Francisco, 11/2018) sono state presentate proposte che si basano su score che prendono in considerazione esami ematici. La terapia ottimale è, com'è noto, la correzione delle situazioni metaboliche che conducono all'accumulo di grasso, calo ponderale, attività fisica e dieta. Durante il congresso sono anche stati presentati alcuni studi con nuovi farmaci che riducono l'accumulo di grasso nel fegato e l'infiammazione, colpendo i processi che sono alla base di questi due meccanismi di danno dell'organo" - conclude Luca Valenti.

Bibliografia

- Hagström H et al. Cardiovascular risk factors in Non-alcoholic Fatty Liver Disease. *Liver International* 2018; 39: 197-204.
- NAFLD. Raccomandazioni per un modello di gestione condivisa tra medico di medicina generale e specialista epatologo. www.webaisf.org



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Luca Valenti

■ GINECOLOGIA

Menopausa e terapia ormonale sostitutiva: up to date

L'incremento di rischio e le modalità di scatenamento degli eventi coronarici variano nelle donne nelle diverse fasi della vita: la minore incidenza di infarto durante la vita fertile è stata fatta risalire all'effetto protettivo degli estrogeni. I meccanismi ipotizzati sono molteplici, a livello macro- e micro-vascolare ed emocoagulativo. Studi epidemiologici hanno mostrato un'associazione significativa tra età menopausale e mortalità CV. Il più suggestivo di questi studi ha osservato una riduzione del 2% della mortalità CV per ogni anno di "ritardo" della menopausa. Una recente metanalisi ha evidenziato un eccesso del rischio di eventi CV di circa il 50% nelle donne con menopausa in età <45 anni, con il 23% di eccesso di stroke, 9% di eccesso di rischio di mortalità CV e 11% di eccesso di rischio di mortalità coronarica. Secondo altri studi, l'eccesso di rischio è evidente solo in donne con età di menopausa molto precoce. Una possibilità logica è che l'assetto ormonale fertile abbia un effetto protettivo nei confronti dei fattori di rischio CV, per esempio il diabete. Tuttavia, un'ipotesi alternativa supportata dai dati del Framingham Heart Study è che siano le donne con una peggiore costellazione di fattori di rischio CV ad andare in

menopausa precocemente. In questo caso, la menopausa precoce sarebbe un marker, e non la causa, di un maggiore rischio cardiovascolare in post-menopausa.

In questi ultimi anni, efficacia e sicurezza della terapia sostitutiva ormonale in menopausa (HRT) sono state valutate in diversi studi (Women's Health Initiative, Million Women study, HERS, ecc), che in alcuni casi presentavano però diversi limiti metodologici. Ultimamente sono stati pubblicati alcuni studi che segnalano come la HRT possa rilevarsi un presidio appropriato in alcune coorti di pazienti.

Daniela Pavan - Direttore Dipartimento cardio cerebro-vascolare, ASL 5 "Friuli Occidentale" ha illustrato a *M.D.* le acquisizioni più recenti sul tema.

► Possibile azione protettiva della HRT

"Lo studio ELITE ha testato l'ipotesi che l'HRT iniziata 'precocemente' possa essere più efficace dell'HRT tardiva nel prevenire la progressione dell'aterosclerosi a livello carotideo e a livello coronarico. Lo studio ha mostrato un effetto significativo dell'HRT nel rallentare la progressione dell'aterosclerosi carotidea nelle donne trattate più precocemente, ma nessun effetto a li-

vello coronarico. Un altro studio condotto in Finlandia ha valutato il rischio di eventi CV nell'anno successivo alla sospensione di HRT, osservando un aumento significativo del rischio di morte cardiaca e ictus. Anche questo dato depone a favore dell'ipotesi che l'eventuale effetto protettivo degli estrogeni (e dell'HRT in menopausa) possa essere connesso a fattori non legati alla progressione dell'aterosclerosi, ma piuttosto a meccanismi vasomotori e antiaritmici.

In conclusione, dopo quasi mezzo secolo di studi, non è ancora chiaro quanto la HRT abbia un ruolo protettivo CV, soprattutto le evidenze sono discordanti in merito a questa azione protettiva in funzione del timing di inizio della terapia sostitutiva stessa. La logica che ci deve guidare è quella della terapia personalizzata, soprattutto perché in questa fase della vita ogni donna è diversa da un'altra. La valutazione del profilo della donna dovrebbe essere molto puntuale (età, fattori di rischio, familiarità, comorbidità, ecc) unitamente alla condivisione del percorso tra medico e paziente - conclude Daniela Pavan.

Bibliografia

- Hodis H et al. *N Engl J Med* 2016; 374: 1221-31.
- Mikkola TS et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2015; 100: 4588-94.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Daniela Pavan

■ NEFROLOGIA

Prevenzione della dialisi e misurazione della creatinina

La malattia renale è sempre più diffusa e sta cambiando: i nefrologi ci tengono a sottolineare questo aspetto fondamentale dell'epidemiologia della nefropatia nella realtà attuale.

"Ci siamo accorti che negli ultimi anni è cambiato qualcosa - spiega **Gherardo Buccianti**, Presidente Aspremare, Fondazione Buccianti per la ricerca e la prevenzione delle malattie renali e cardiovascolari Onlus. Non più, come in passato, pazienti giovani, ma, da una decina d'anni, persone con più di 60 anni, che non sono pazienti nefropatici, ma soggetti che hanno nella loro storia un'ipertensione arteriosa da molti anni, hanno avuto spesso delle cardiopatie ischemiche, possono avere avuto ictus o fibrillazione atriale e hanno anche un'insufficienza renale, ma quando arrivano a noi non lo sanno".

La malattia renale coinvolge circa 4 milioni di pazienti con patologie cardiovascolari. Questo fenomeno ha un solido supporto fisiopatologico: i meccanismi aterosclerotici che portano al restringimento delle coronarie e dei vasi degli altri distretti circolatori, infatti, sono gli stessi che mettono a rischio il buon funzionamento dei reni. Inoltre, alla malattia renale e cardiovascolare, spesso si associa il diabete.

L'età è allo stesso livello di rischio

dell'essere diabetici, ma se si è diabetici e ipertesi, la percentuale sale di 4 punti. Anche l'obesità è un fattore di rischio, a seconda del grado. In sintesi, la malattia renale non può essere considerata una malattia d'organo, ma di tutto l'organismo e per questo serve un'azione concertata tra le varie figure mediche coinvolte.

► La prevenzione prima di tutto

Per questo è fondamentale mettere in atto delle strategie volte a intervenire sulla malattia renale in tempi utili, cioè all'inizio, quando gli interventi terapeutici sono più efficaci, tenendo presente che in Italia vi sono circa 49.000 pazienti dializzati e ogni anno 159 entrano in dialisi.

È, per esempio, importante che il cardiologo o il cardiocirurgo che intervengono in caso di problemi cardiovascolari, allertino anche il nefrologo per scongiurare che la stessa malattia ischemica non si riproponga anche a livello renale. Un ruolo fondamentale è svolto dal Mmg, sempre collocato in prima linea in ambito preventivo e nella diagnosi precoce. "È semplice la modalità proposta da Aspremare per prevenire la malattia: invitare i Mmg e gli specialisti che ruotano intorno al paziente a verificare la creatinina, esame cardine utile a

capire se l'assistito si sta avviando verso una malattia renale" - spiega **Luciana Bovone**, Consigliere Ordine dei Medici di Milano. Con valori superiori a 1.5 mg/dl è bene sospettare un malfunzionamento renale. Se i valori persistono sono necessari ulteriori accertamenti.

Per affrontare al meglio la malattia vengono poi considerati essenzialmente 4 passaggi:

1. controllare il diabete
2. mantenere uno stile di vita sano (dieta e attività fisica)
3. controllare la pressione arteriosa
4. controllare colesterolo e trigliceridi.

In questo contesto, e considerata l'importanza della problematica, l'assessorato al Welfare della Regione Lombardia, l'Ordine dei medici di Milano e Federfarma hanno accettato la proposta di Aspremare di aprire un varco ben definito nell'approccio a queste patologie. A questo scopo è stata redatta una brochure destinata a tutti i Mmg (per ora quelli di Milano e provincia) e alle farmacie dello stesso territorio, perché i suoi contenuti diventino un volano per informare i pazienti.

Fondazione Aspremare, che dal 2015 ha trasferito all'ospedale di Niguarda la sua sede operativa, nel reparto di Nefrologia, opera in tutta Italia dal 1979 con uno scopo ben preciso: cercare di cambiare l'approccio a questo tipo di patologie.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone i commenti di Gherardo Buccianti e Luciana Bovone e scaricare il pdf della brochure

■ NEUROLOGIA

Valutazione del rischio di guida nel disturbo cognitivo lieve

Un recente documento del Royal College of Psychiatrists fornisce un concreto aiuto al medico nell'indicare quando, per il paziente affetto da disturbo cognitivo lieve o demenza, è arrivato il momento di dire addio alla guida di un'auto. Il testo *"Consensus Guidelines for Clinicians. Driving with dementia or mild cognitive impairment"* rappresenta un utile strumento per aiutare i medici a valutare e gestire adeguatamente questi pazienti.

Molti dei soggetti affetti da demenza, in particolare nelle prime fasi, sono in grado di affrontare con sicurezza la guida di un veicolo, ed è quindi importante che questo non venga impedito; tuttavia a un certo punto questo si renderà necessario, anche se dover chiedere a un paziente di smettere di guidare può rivelarsi difficile da affrontare.

John-Paul Taylor, docente universitario all'Università di Newcastle e vice responsabile del NIHR Newcastle Biomedical Research Centre's Dementia, ha guidato il gruppo che ha sviluppato le linee guida. Egli sostiene che "questa può essere una conversazione difficile per chiunque, sia familiare o medico, perché perdere la capacità di guidare

può avere un impatto significativo sull'indipendenza e il benessere di una persona. Ma nello stesso tempo questa stessa persona, oltre che perdere le capacità di essere un buon guidatore ed essere fonte di preoccupazione per i suoi cari, può anche rappresentare un serio pericolo per gli altri".

La certezza di poter guidare in modo sicuro nonostante la diagnosi di malattia rappresenta per questi pazienti un importante mezzo che garantisce per la loro indipendenza e identità. Ma quando arriva il momento di affermare che ciò non è più possibile la decisione impone scelte individuali, che possono essere clinicamente difficili e richiedono un trattamento delicato. Il documento è frutto di un intenso lavoro con le parti interessate, in modo da incoraggiare il processo decisionale e realizzare una comunicazione, da parte dei professionisti, che sia il più possibile empatica nei confronti del paziente e delle sue esigenze.

► Cambiamenti indicativi di una progressiva perdita di sicurezza

- 1 **Giudizio visuo-spaziale.** Alterata percezione della

prossimità di un altro veicolo, incapacità a mantenere una traiettoria costante in una corsia definita, difficoltà nel seguire i piccoli cambiamenti di direzione della carreggiata.

- 2 **Risposta ai rischi.** Ripetuta mancata risposta in ambienti affollati come gli incroci.

- 3 **Riduzione dell'attenzione.**

- 4 **Processo decisionale.** Declino nella capacità di prendere decisioni indipendenti durante la guida, richiesta verbale al passeggero, correzione eccessiva o errata in relazione ai cambiamenti di direzione stradale o dell'ambiente.

- 5 **Errori nel sequenziamento.** Mancato rilascio del freno a mano, mancato controllo dei pericoli prima di partire, problemi nel cambio di marce o cambi di marcia persi.

- 6 **Maggiore vigilanza dei passeggeri.** I passeggeri diventano più consapevoli dei cambiamenti nelle capacità di guida quando viaggiano in macchina e cessano di essere viaggiatori passivi e devono fornire suggerimenti o spunti al guidatore.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare il pdf del documento "Driving with Dementia or Mild Cognitive Impairment Consensus Guidelines"

■ NUTRACEUTICA

Spirulina, una nuova possibilità contro l'ipertensione arteriosa?

Lo stress ossidativo e l'immunità disfunzionale sono causa di diverse malattie, tra cui aterosclerosi, ipertrofia e insufficienza cardiaca, ipertensione arteriosa. Le attività antiossidanti, immunomodulatorie e antinfiammatorie della spirulina - *Arthrospira platensis* - un cianobatterio microscopico e filamentoso, cioè un batterio capace di fotosintesi (*Spirulina platensis* e *Spirulina maxima* sono le più importanti) hanno attirato molta attenzione e l'individuazione dei suoi effetti è tuttora oggetto di ricerca scientifica.

La spirulina contiene antiossidanti come β -carotene, ficocianina, microelementi (K, Na, Ca, Mg, Fe, Zn), vitamine (tocoferoli), aminoacidi e PUFA. Oggi è considerata uno degli ingredienti nutrizionali e profilattici più nutrienti del 21° secolo per il suo profilo nutrizionale, la mancanza di tossicità e gli effetti benefici. Secondo i dati disponibili, sembra essere molto ben tollerata. L'Anses (Agenzia francese per la salute e la sicurezza alimentare, ambientale e professionale) ha pubblicato nel 2017 un corposo dossier precisando nelle conclusioni che se la spirulina viene consumata a dosi normali non presenta problemi e conclude consigliando di acquistarla sempre da fonti controllate.

Grazie ad un alto contenuto di proteine e vitamine, la spirulina è utilizzata come integratore alimentare

nutraceutico. Gli integratori di spirulina sembrano infatti influenzare efficacemente l'immunità innata, promuovendo l'attività delle cellule natural killer.

► Ricerca italiana: effetti potenzialmente antipertensivi della molecola SP6

Una nuova ricerca condotta nel Laboratorio di Fisiopatologia Vascolare dell'IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS) suggerisce che un suo estratto avrebbe la capacità di contrastare l'ipertensione arteriosa attraverso la dilatazione dei vasi sanguigni. Nell'estratto di spirulina i ricercatori molisani, lavorando in collaborazione con le Università di Salerno, Sapienza di Roma e Federico II di Napoli, hanno individuato un peptide che si è rivelato in grado di provocare un rilassamento delle arterie e di portare ad un'azione antipertensiva. Gli esperimenti, riportati su *Hypertension*, sono stati condotti sia in laboratorio su arterie isolate che su modelli animali di ipertensione.

"La nostra ricerca - spiega **Albino Carrizzo**, primo firmatario della pubblicazione - è partita sottoponendo l'estratto grezzo di spirulina alla digestione gastrointestinale simulata. In altri termini, abbiamo riprodotto ciò che accade nell'intestino umano dopo aver ingerito la sostanza. In que-

sto modo possiamo ottenere i peptidi che poi verranno realmente assorbiti dal nostro organismo".

Da qui si è arrivati a identificare per la prima volta la molecola denominata SP6. Somministrata a vasi sanguigni isolati, in laboratorio, ha dimostrato un'azione vasodilatatoria, un effetto potenzialmente antipertensivo. Proprio questo ha spinto i ricercatori a sperimentare il peptide in animali affetti da ipertensione, ottenendo un effettivo abbassamento della pressione arteriosa.

"È noto che i pazienti ipertesi hanno spesso un difetto nel naturale processo di regolazione dell'endotelio da parte dell'ossido nitrico - afferma **Carmine Vecchione**, Professore dell'Università di Salerno presso l'IRCCS Neuromed. La molecola da noi individuata nell'estratto di spirulina agisce in modo positivo proprio su questo meccanismo. Saranno naturalmente necessarie ulteriori ricerche, ma SP6 potrebbe rappresentare un adiuvante naturale alle comuni terapie farmacologiche per migliorare la funzione endoteliale e, quindi, contenere patologie associate alla mancata regolazione vascolare dell'NO, come l'ipertensione".

Bibliografia

- Carrizzo A et al. Novel potent decaemic peptide of *Spirulina platensis* reduces blood pressure levels through a PI3K/AKT/eNOS-dependent mechanism. *Hypertension* 2018; 73: 449-57.
- Cicero AFG et al. Lipid lowering nutraceuticals in clinical practice: position paper from an International Lipid Expert Panel. *Arch Med Sci* 2017; 13(5): 965-1005.
- Finamore A. et al. Antioxidant, immunomodulating, and microbial-modulating activities of the sustainable and ecofriendly Spirulina. *Oxid Med Cell Longev* 2017; 2017: 3247528.
- Wu Q et al. The antioxidant, immunomodulatory, and anti-inflammatory activities of Spirulina: an overview. *Arch Toxicol* 2016; 90: 1817-40.

■ NUTRIZIONE

Ruolo della prima colazione nel mantenimento della salute

Il ruolo della prima colazione nell'ambito di un'alimentazione sana ed equilibrata è confermato da numerose osservazioni scientifiche, che suggeriscono benefici in parte diretti e in parte mediati dai macro e micronutrienti che essa apporta. Tuttavia diverse indagini documentano come il primo pasto della giornata sia in realtà il più sottovalutato, spesso del tutto dimenticato (in Italia solo il 30% dei cittadini consuma un pasto quantitativo e qualitativo adeguato prima di affrontare la giornata).

Con l'obiettivo di esaminare le più recenti evidenze scientifiche sull'argomento, di valutarle criticamente e di trarne indicazioni da diffondere, NFI - Nutrition Foundation of Italy - ha sviluppato il documento di consenso "Ruolo della prima colazione nella ricerca e nel mantenimento della buona salute e del benessere", un utile strumento di aggiornamento pratico.

► Suggestimenti

Nel paper gli Autori segnalano che il consumo regolare di una prima colazione, che apporti il 15-20% delle calorie giornaliere, è associato ad una maggiore probabilità di raggiungere i livelli raccomandati di consumo di alcuni micronutrien-

ti e ad una riduzione del rischio di sviluppare obesità, eventi CV e diabete, probabilmente grazie al controllo di alcuni importanti fattori di rischio di queste condizioni.

Oggi pane, biscotti, fette biscottate e cereali pronti per la prima colazione rappresentano la fonte principale di carboidrati complessi della prima colazione.

Il latte ed i suoi derivati (il cui consumo, segnalano gli AA, va "protetto" e mantenuto nel tempo) rappresentano la fonte principale di proteine e lipidi.

L'abitudine ad assumere regolarmente una prima colazione completa viene facilitata da una intelligente rotazione dei modelli di prima colazione.

Nel documento vengono segnalati alcuni punti che andrebbero considerati con attenzione:

1. l'equilibrio dei nutrienti nel quadro di una variazione dei modelli della prima colazione in un periodo di tempo di sufficiente ampiezza (almeno una settimana, nel documento vengono proposti e discussi degli esempi);
2. l'equilibrio dei nutrienti nel contesto di tutti i pasti della giornata;
3. l'adeguatezza di assunzione di nutrienti in relazione al livello di attività fisica nel corso della giornata e nel rispetto di ogni stile di vita individuale.

Da queste osservazioni derivano alcuni concetti:

- la prima colazione è parte integrante di uno schema di dieta equilibrato. Oltre alla regolazione del senso di fame e di sazietà nel corso della giornata, essa deve in primo luogo sopperire all'esigenza dell'organismo di fare fronte alle richieste energetiche dopo il digiuno notturno;
- la prima colazione deve prevedere fonti energetiche di rapido utilizzo e di fonti a dismissione più lenta, per prevenire l'ipoglicemia ed il senso di fame reattivi, e modulare il senso di sazietà sia nell'immediato (fino al pasto successivo), ma anche nel corso dell'intera giornata. Non solo carboidrati a differente indice glicemico, quindi, ma anche proteine e grassi entrano necessariamente nel modello ottimale, per la loro capacità di influenzare e prolungare il senso di sazietà. La presenza di alimenti diversi favorisce anche l'assunzione di quantità non trascurabili di micronutrienti. In questo contesto, non è escluso a priori lo spuntino di metà mattina, nel rispetto dei fabbisogni dettati dalla attività fisica e dallo stile di vita in genere;
- in età pediatrica, la prima colazione va sostenuta anche per il particolare ruolo che essa sembra avere da un punto di vista epidemiologico come "marker" (causa o effetto) di una situazione nella quale meno frequentemente si assiste poi allo sviluppo di sovrappeso ed obesità.

Il documento integrale è disponibile in www.nutrition-foundation.it

■ ORTOPEDIA

Lesioni meniscali: chirurgia vs terapia fisica

L'artroscopia del ginocchio è una delle procedure chirurgiche più comuni eseguite in tutto il mondo (2 milioni/anno). Studi di RM indicano che il 60% dei soggetti con età >50 anni senza dolore al ginocchio ha evidenza di degenerazione del menisco, spesso in presenza di osteoartrosi. Nei pazienti sintomatici, la sfida clinica è determinare la causa del dolore (meniscale, artrite o per altre cause) e con i costi sanitari crescenti in tutto il mondo, è necessario utilizzare prove scientifiche per determinare i regimi più efficaci ed economici.

Nonostante recenti studi suggeriscano che la meniscectomia parziale artroscopica (APM) non sia più efficace della terapia fisica (PT), questo approccio è ancora frequentemente eseguito in pazienti con lacrimazioni meniscali. Sul tema viene a supporto ESCAPE, un recente studio clinico randomizzato di non inferiorità, multicentrico, condotto in diversi centri ospedalieri nei Paesi Bassi, con l'obiettivo di valutare i due approcci per migliorare la funzione del ginocchio riferita dai pazienti con lacrimazioni meniscali.

► Lo studio

I 321 partecipanti (età tra i 45 e i 70 anni) con lacrimazioni meniscali non ostruttive (cioè nessun blocco

dell'articolazione del ginocchio) sono stati assegnati casualmente all'APM (n=159) o ad un protocollo PT (n=162), che prevedeva 16 sessioni di terapia fisica per 8 settimane incentrate sul coordinamento e sugli esercizi di forza della catena cinetica. Sono stati esclusi i pazienti con instabilità del ginocchio, artrosi severa e indice di massa corporea >35 kg/m². L'outcome primario era il cambiamento nella funzione del ginocchio riferito dal paziente rispetto al basale per un periodo di follow-up di 24 mesi.

• Risultati

Tra i pazienti con lesioni meniscali non ostruttive, la PT non era inferiore all'APM per il miglioramento della funzionalità del ginocchio riferita dal paziente nell'arco di 24 mesi di follow-up. Sulla base di questi risultati, concludono gli autori, la PT può essere considerata un'alternativa alla chirurgia per i pazienti con lesioni meniscali non ostruttive.

► Commento

"Concordo con i ricercatori dello studio: in assenza di blocco meniscale i risultati della terapia fisica e della terapia chirurgica sono sovrapponibili - spiega a M.D. il Prof. **Walter Pascale**, Responsabile Chirurgia e Traumatologia del ginocchio

Il dell'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano. Lo studio è stato però condotto su soggetti con età >50 anni e presumibilmente non dediti ad attività fisica intensa od agonistica. Diversa la situazione in cui la distorsione/rotazione diventa importante e può rompersi il menisco causando un blocco dell'articolazione o in alcuni casi causare la rottura del legamento crociato anteriore e altri legamenti. In letteratura cerchiamo con un intervento conservativo di salvare il più possibile il menisco e le articolazioni, quindi di ripristinare il metabolismo corretto dell'articolazione, attraverso varie modalità. Quando il menisco è molto lesionato il paziente può essere sottoposto a sutura meniscale (intervento che si esegue in artroscopia) in base ad alcune caratteristiche (esperienza del chirurgo, uso di corrette metodiche tecnologiche, caratteristiche della lesione). Infiltrazioni di acido ialuronico, rinforzi muscolare, ecc sono da riservare alle piccole lesioni in pazienti che non si dedicano ad importante attività sportiva. Mi preme però segnalare che l'ortopedia italiana è una eccellenza e punto di riferimento internazionale".

• van de Graaf V et al. Effect of early surgery vs physical therapy on knee function among patients with nonobstructive meniscal tears. The ESCAPE Randomized Clinical Trial. JAMA 2018; 320: 1328-37.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Walter Pascale

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

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

Lunedì

- Ho appena ricevuto una telefonata da una paziente psichiatrica che mi accusa di essere la causa dei suoi mali e mi etichetta con epiteti indicibili. So chi è e il fatto non mi tocca ma vallo tu a spiegare a mia moglie, presente alla telefonata, che questa è matta.
- Diciassette anni, agitato, tatuato, mi dice che non si fa più i "così"; mi chiede se gli posso prescrivere del litio. "Perché vuoi che ti prescriva il litio?", "Perché ho letto in internet che è utile nella dipendenza da pornografia".

Martedì

- La conosco da quando era ragazzina, è venuta a trovarmi per una banale tracheite, è accompagnata dal figlio di otto anni che entra senza salutare e senza staccare lo sguardo dallo smartphone a cui è intimamente legato dagli auricolari. Mentre faccio la ricetta alla mamma, gli chiedo che classe frequenta e se sa le tabelline. "Le so le tabelline", dice sprezzante senza alzare lo sguardo, "ma non te le dico, non sono un ignorante come te". Si alza, senza salutare si avvia alla porta assieme alla madre, che saluta ma che non accenna alcuna reazione alla risposta del figlio.
- Ho cento studenti davanti, tutti del sesto anno del corso di laurea in medicina e chirurgia, parlo di ricerca in medicina generale e per rendere la lezione meno noiosa proietto l'Adamo ed Eva che Michelangelo ha affrescato nella Cappella Sistina. Nessuno riconosce il dipinto. La medicina moderna è un sistema complesso che comprende le conoscenze scientifiche e la tecnologia, i

sistemi di erogazione delle cure e dalle scienze umane. I cento studenti sono molto preparati, nessuno di loro ha fatto studi classici, probabilmente per accedere alla facoltà di medicina è meglio aver fatto studi scientifici. Saranno ottimi specialisti, ottimi tecnici, ma i tecnici sono destinati a essere soppiantati dalla tecnologia.

Mercoledì

- Sarebbe molto interessante confrontare l'idea che i pazienti si fanno circa i loro sintomi e le ipotesi diagnostiche che vengono formulate dal medico al momento della visita. L'immaginario promuove ansie e paure e affolla gli ambulatori.
- La formazione di un medico lo fa sentire in dovere di curare nel miglior modo possibile anche colui che continua a non ascoltarne i consigli, anche colui che continua a bere o a drogarsi e anche colui che, nonostante tutto questo, persiste con un atteggiamento strafottente e di apparente disprezzo. Un'arroganza incomprensibile verso colui cui ci si reca di propria volontà e le cui prestazioni professionali sono gratuite. Il farsi carico della cura di queste persone è un grande segno di civiltà.

Giovedì

- È probabile che abbia una recidiva di cancro ai polmoni, è già stato operato anni fa, deve approfondire gli accertamenti con una PET-TAC, gli faccio l'impegnativa e lo invito a prendere l'appuntamento per l'esame. "Dottore, vado fra quindici giorni, mia nipote si laurea la settimana prossima, non voglio rovinarle la festa con una brutta notizia".

• Mi ha appena telefonato dal servizio di diabetologia una giovane collega per dirmi che si è dimenticata di segnalarmi, nel referto della visita di un mio assistito, di controllare la creatina perché il paziente è in terapia anche con metformina. Dopo più di quarant'anni di professione sentirmi consigliare una cosa così ovvia è deprimente. Per la giovane collega questo fatto è assolutamente normale, non ha assolutamente peccato di presunzione, è stata allevata per questo sistema. Un sistema in cui non vengono accreditati i professionisti ma le strutture: è il setting che decide chi fa cosa e chi può considerarsi specialista e chi no. Questa telefonata sarebbe impensabile, se non comica, in qualsiasi altro paese del mondo.

Venerdì

Continuiamo a ricevere circolari aziendali che ci indicano la modalità di prescrizione dei farmaci, i piani diagnostici e terapeutici, le linee guida di azienda, ecc. Moduli su moduli. La medicina è sempre più amministrata. I nostri politici e i nostri burocrati pensano a un sistema sanitario regionale con regole economiche, diagnostiche e terapeutiche locali; chiusi nei loro numerosissimi uffici, intenti in riunioni su riunioni, in equilibrio tra complicati rapporti per il potere non si sono accorti che internet e la tecnologia hanno costruito un sistema sanitario continentale se non planetario. I pazienti si rivolgono all'estero per interventi chirurgici, procreazione assistita, cure dentarie e altro ancora, scelgono i professionisti nel web e si rivolgono sempre più a strutture private competitive efficienti ed efficaci. La frammentazione e la burocrazia stanno velocemente distruggendo il nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Sabato

Hanno adottato un bambino un anno fa. L'iter per l'adozione è stato lungo e costoso, più volte sono venuti in studio per la richiesta di certificati, il loro desiderio di avere un figlio deve essere stato intenso per sopportare il carico burocratico. Finalmente è arrivato un bel bambino da un orfanatrofio di un Paese dell'Est, catapultato in terza elementare senza conoscere una parola di italiano. I nuovi genitori sono due persone responsabili con buona

scolarità e con una situazione economica soddisfacente. Sono venuti oggi in studio con il bambino per un consiglio, hanno atteso circa un'ora in sala d'attesa, seduti in silenzio con il bambino che sfogliava i giornali. Volevano un mio parere perché il bambino era stato sottoposto ad una visita neuropsichiatrica infantile su consiglio delle maestre perché, a loro dire, non presta attenzione, ha delle reazioni a volte incongrue ed è probabilmente iperattivo. Mentre mi illustravano la situazione il bambino era seduto di fronte a me, sorrideva e rispondeva sorridendo alle mie frasi scherzose. Guardandolo pensavo a come poteva essere stata la sua vita in un orfanatrofio prima di incontrare quelli che adesso chiama mamma e papà. Pensavo ai suoi stati d'animo, ai probabili soprusi ed abusi e pensavo anche che con questi precedenti forse qualche comportamento non "allineato alla norma" potrebbe essere "normale". Lo psichiatra ha prescritto al piccolo del risperidone, un psicofarmaco indicato per il trattamento sintomatico e a breve termine dell'aggressività persistente nel disturbo della condotta nei bambini con funzionamento intellettuale al di sotto della media o con ritardo mentale, nei quali la gravità dei comportamenti aggressivi o di altri comportamenti dirompenti richieda un trattamento farmacologico. I genitori erano venuti da me per sapere cosa pensavo di una terapia del genere, terapia con numerosi probabili effetti collaterali. Mi parlavano, guardavo il bambino, pensavo alla enorme massa di persone che assumono psicofarmaci, pensavo alle storie della gente che conosco, alla solitudine e alla mancanza di rapporti umani. Pensavo alla società che risolve l'infelicità con la chimica. "Avete chiesto alla pediatra che lo segue cosa ne pensa?" "Ci ha detto che se lo psichiatra ha detto di fare così, va fatto così!". Pensavo a quanto la psichiatria sia ancora una disciplina in continua trasformazione, a come le neuroscienze ogni giorno ci dicono che ancora conosciamo poco della nostra mente e pensavo anche alla decisione basata su un colloquio di somministrare un farmaco per "normalizzare" un comportamento di un bambino cui probabilmente basterebbe un po' di amore, che è impossibile trovare in una scuola dove è già difficile sopravvivere per gli insegnanti. Ho consigliato ai genitori di riparlare con la pediatra. Ci siamo salutati, il piccolo, uscendo, mi ha detto "ciao" sorridendo con sguardo intelligente.

Scompenso cardiaco: meno ricoveri con la formazione del caregiver

I risultati di uno studio condotto nell'ambito della Medicina Generale in provincia di Modena hanno dimostrato che applicando un intervento mirato all'educazione del caregiver per la gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco si genera una riduzione delle ospedalizzazioni

Maria Stella Padula - Vice-Presidente SIMG Emilia-Romagna

Gaetano D'Ambrosio - Presidente SIMG Puglia

Lo scompenso cardiaco (SC) è attualmente una delle principali cause di morte e disabilità nel mondo occidentale; si prevede che in futuro continuerà ad aumentare la sua prevalenza in ragione dell'invecchiamento della popolazione e della diminuzione della mortalità in fase acuta della malattia coronarica.

Una parte dei pazienti con scompenso cardiaco sono costretti al proprio domicilio, a causa dell'invecchiamento o di altre patologie che comportano significative disabilità.

Le frequenti riacutizzazioni e i conseguenti ricoveri ospedalieri contribuiscono alla progressione della malattia, peggiorando la qualità della vita del paziente e aumentando i costi dell'assistenza. È noto che in proporzione significativa, fino al 50%, i ricoveri ripetuti nei pazienti con scompenso cardiaco sono inappropriati perché determinati da fattori precipitanti potenzialmente prevedibili e prevenibili.

Per questo, un follow-up accurato e controlli appropriati eseguiti a domicilio da un caregiver ade-

guatamente addestrato, possono ridurre la frequenza dei ricoveri.

► Lo studio

Allo scopo di verificare se l'educazione del caregiver, con una modalità a bassa complessità e basso costo, attuabile nel setting della Medicina Generale, può ridurre i ricoveri dei pazienti con scompenso cardiaco abbiamo condotto uno studio clinico randomizzato e controllato.

I medici di medicina generale operanti nella ASL di Modena sono stati invitati a individuare i propri pazienti con scompenso trattati esclusivamente a domicilio e seguiti da un caregiver stabile. Quindi sono stati randomizzati in due gruppi:

- a)** gruppo di controllo, nel quale i pazienti hanno continuato a essere gestiti come al solito;
- b)** gruppo di intervento, nel quale i pazienti e i loro caregiver hanno ricevuto una formazione personalizzata.

L'intervento educativo è stato condotto individualmente a domi-

cilio con l'obiettivo di mettere i caregiver in grado di riconoscere i sintomi e i segni precoci di scompenso, registrando in un diario alcuni parametri del paziente come peso corporeo, pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

I pazienti sono stati valutati all'arruolamento, e al termine di un follow-up di 12 mesi.

Hanno aderito allo studio 101 Mmg su 515 in possesso dei criteri di eleggibilità.

Sono stati arruolati 313 pazienti (163 nel gruppo di intervento, 150 nel gruppo di controllo), 63% donne, età media 85.3±7.7 anni.

Non c'erano differenze clinicamente rilevanti tra i due gruppi riguardo al tipo di assistenza, la classe NYHA e la prevalenza delle principali comorbidità.

► Risultati

I risultati della ricerca sono rappresentati nella *figura 1*.

Al termine del follow-up di 12 mesi, nel gruppo di intervento si è osservata una incidenza di ricoveri del 27% inferiore rispetto al gruppo di controllo ma la diffe-

Figura 1

Rischio relativo di ricovero nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo

	Hazard Ratio (HR)	HR [IC 95%]	p
Tutti i pazienti		0.73 [0.53-1.01]	0.061
Fibrillazione atriale		0.63 [0.39-0.99]	0.048
Età < 90 anni		0.66 [0.45-0.97]	0.036
Barthel > 50		0.61 [0.41-0.89]	0.011

renza non ha raggiunto la significatività statistica ($p=0.061$).

L'analisi per sottogruppi, invece, ha mostrato che una riduzione significativa dell'incidenza dei ricoveri si riscontra nei pazienti con fibrillazione atriale persistente/permanente, età inferiore ai 90 anni o indice di Barthel ≥ 50 . Questi risultati ci inducono a considerare l'importanza di disporre di un caregiver formato nella gestione domiciliare dei pazienti con scompenso cardiaco.

► Conclusioni

L'ottimizzazione della terapia medica, infatti, è solo una delle strategie adottabili per ridurre la necessità di ricoverare ripetutamente il paziente, mentre l'adozione di modelli assistenziali più o meno complessi e basati sulla gestione domiciliare può essere almeno altrettanto efficace.

Studi precedenti hanno dimostrato che con vari modelli di cure domiciliari, generalmente gestiti da infermieri ospedalieri, sia possibile migliorare l'assistenza al pa-

ziente e ridurre i ricoveri ripetuti dei pazienti dimessi con una diagnosi di scompenso cardiaco. Per quello che ci è dato sapere, il nostro studio è stato il primo ad analizzare la possibilità di ottenere risultati simili in pazienti domiciliari con insufficienza cardiaca, anche indipendentemente da una recente dimissione ospedaliera, applicando un intervento mirato all'educazione del caregiver e usando solo le risorse delle cure primarie.

Anche se, nella nostra esperienza, l'educazione del caregiver non ha comportato un beneficio statisticamente significativo, è emersa un'evidente tendenza a favore dell'intervento educativo che si è rivelato sicuramente efficace nei soggetti di età inferiore a 90 anni in quelli con stato funzionale più conservato, come espresso dall'indice Barthel, e nei pazienti con fibrillazione atriale.

Si delinea così il profilo del possibile destinatario ideale di un intervento educativo per lo scompenso che tende a escludere i

pazienti estremamente anziani e quelli con maggiori disabilità nelle attività della vita quotidiana nei quali l'insufficienza cardiaca è solo una componente di uno scenario clinico molto più complesso.

Sono necessari ulteriori studi, con coorti più grandi, per valutare gli effetti dell'educazione e del coinvolgimento del caregiver sull'assistenza domiciliare ai pazienti con insufficienza cardiaca anche se, nella nostra esperienza, condurre una ricerca indipendente, non sponsorizzata, nel contesto delle cure primarie, è risultata un'impresa molto impegnativa per le complesse problematiche organizzative e gestionali che un trial clinico comporta e per la difficoltà nel coinvolgere un numero sufficientemente elevato di Colleghi.

È necessario, quindi, adottare iniziative per sviluppare la cultura della ricerca in Medicina Generale ma anche poter disporre di Dipartimenti di Medicina Generale nelle Cure Primarie che siano di supporto alle attività di ricerca.

Gestione delle intossicazioni e delle crisi di astinenza da alcol

La Società Italiana di Alcologia ha pubblicato un position paper in cui vengono illustrati i trattamenti più appropriati nei casi di intossicazione acuta, lieve o moderata da alcol e della sindrome da astinenza, con un'attenzione particolare agli effetti di quantità eccessive di alcol sul metabolismo degli adolescenti

Emanuele Scafato

Società Italiana di Alcologia (SIA)

Le cronache quotidiane ci hanno abituato a comprendere con crescente preoccupazione che i luoghi di aggregazione giovanile e quelli della "movida" sono contesti in cui l'uso dell'alcol è spesso ispirato a modalità di eccedenza, occasionale o più spesso ripetuta, nota come binge drinking. L'effetto principale esercitato dall'assunzione di quantità eccessive di alcol (>5-6 drink pari a oltre 60 g di alcol) ingerite in poco tempo si rende responsabile di un quadro d'intossicazione acuta alcolica (IAA) che, in alcuni casi, può portare a sofferenza/insufficienza respiratoria, coma etilico e morte. I giovani/giovanissimi sono i più esposti a tali rischi per l'imaturità delle capacità metaboliche dell'etanolo principalmente esercitate a livello epatico e che maturano nell'individuo adulto dopo i 21 anni di età. Questo è il motivo per cui è più facile raggiungere una condizione di coma etilico con quantità di alcol decisamente inferiori a quelle ingerite da un adulto.

Mentre per il trattamento farmacologico dell'intossicazione alcolica acuta di un soggetto adulto l'uso ev dell'antiossidante metadoxina,

può indurre una rapida risoluzione della sintomatologia, per i soggetti giovani che giungono in PS, per i quali tale molecola non ha ancora un uso basato su principi validati di buona pratica clinica, la prassi da adottare mira a un approccio di monitoraggio con eventuale correzione dell'ipoglicemia e dell'ipotermia oltre che all'idratazione.

Questa è una delle indicazioni che la Società Italiana di Alcologia (SIA), ha proposto nel position paper *"Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol"* che mira a contribuire all'incremento di una cultura specifica d'intervento e all'adozione

Monitoraggio del consumo di alcol

- Il 15,5% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche (totale di circa 5.800.000 persone).
- I consumatori di vino o alcolici fuori pasto nel 2014 sono stati il 38,1% degli uomini e il 16,5% delle donne, pari a circa 14 milioni e 500 mila persone di età superiore a 11 anni. La prevalenza rispetto al 2007 è aumentata per entrambi i generi.
- L'analisi del trend dei consumatori binge drinker è stata del 10% tra gli uomini e del 2,5% tra le donne facendo registrare una diminuzione statisticamente significativa rispetto 2003 per entrambi i generi.
- La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi (che tiene conto sia dei consumatori abituali eccedentari che dei binge drinker), è stata nel 2014 del 22,7% per uomini e dell'8,2% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.300.000 individui (M=6.000.000, F=2.300.000), che nel 2014 non si sono attenuti alle nuove indicazioni di salute pubblica.
- L'analisi regionale mostra che il consumo di alcol e le abitudini di consumo a rischio sono più diffuse nelle Regioni del Centro-Nord, e in particolare in quelle dell'Italia Nord-Orientale.

Fonte Sisma: sistema di monitoraggio alcol correlato

di prassi e linee guida terapeutiche basate sull'evidenza scientifica, in supporto alla gestione delle numerose e sempre più emergenti situazioni cliniche che in tutti i contesti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione rappresentano una sfida per il personale e le strutture del Ssn.

I recenti dati dell'Osservatorio nazionale Alcol e del ministero della Salute documentano come circa il 17% degli accessi in PS per IAA sono a carico di adolescenti di età <14 anni; oltre 48.000 intossicazioni alcoliche trattate in situazione di urgenza rappresentano un motivo ben evidente per delineare alcune raccomandazioni da adottare uniformemente per il trattamento dell'IAA sia per un adulto che per un adolescente/giovane.

► Dal disordine da uso di alcol alla sindrome da astinenza

Quando l'uso rischioso o dannoso eccedentario di bevande alcoliche non si limita all'intossicazione di una serata ma è connotato da un'abitudine cronicamente protratta nel tempo è noto che il bere possa trasformarsi in un uso problematico e non controllabile di questa sostanza, portando allo sviluppo della condizione definita "Disordine da uso di alcol (DUA)" (DSM V), in sostituzione della precedente terminologia stigmatizzante di abuso e dipendenza. Circa il 50% dei soggetti affetti da DUA può sviluppare una sindrome da astinenza da alcol (SAA) quando gli stessi soggetti riducono o sospendono bruscamente l'uso di bevande alcoliche e il 3-5% di questi può svilupparne le complicanze, tipicamente convulsioni e delirium tremens (DTs), condizioni che possono mettere a rischio immediato e fatale la vita.

► Raccomandazioni della SIA

Tra i medici è ancora scarsa la capacità d'identificare e, conseguentemente, intervenire e trattare adeguatamente la sindrome da astinenza che è spesso misconosciuta o misinterpretata sia in ambito ospedaliero, quanto ambulatoriale. Per questo motivo, la SIA ha voluto redigere le raccomandazioni da implementare nei contesti clinici e di cura derivandole da un'attenta analisi e revisione della letteratura fornendo nel position paper un grado e un livello di evidenza, come da linee guida, anche sul trattamento della sindrome da astinenza.

In estrema sintesi, alcune delle raccomandazioni della SIA sollecitano un'attenta valutazione del grado di astinenza disponendo che per la:

- **SAA di grado lieve** non sia necessario alcun trattamento farmacologico;
- **SAA di grado moderato** il trattamento farmacologico è vitale per scongiurare l'insorgenza di complicanze maggiori come convulsioni e delirium (l'intensità della SAA viene misurata attraverso la somministrazione del test Ciwa-Ar che valuta l'intensità della crisi astinenziale).

È importante segnalare che i pazienti affetti da SAA di grado moderato possono essere trattati anche ambulatorialmente, mentre quelli con SAA di grado severo devono invece essere ospedalizzati. Le benzodiazepine (BDZs) rappresentano il gold standard per il trattamento farmacologico della SAA e delle sue complicanze (Grado A1); farmaci come gli alfa-2-agonisti, neurolettici e beta-bloccanti vanno utilizzati esclusivamente in associazione alla BDZs quando queste ultime non sono in grado di risolvere la SAA.

► Forme refrattarie di delirium

In caso di forme refrattarie di delirium il paziente va trasferito in un reparto di terapia intensiva dove un approccio farmacologico con anestetici, come il propofolo e il fenobarbitale, può essere adottato con sicurezza e, se necessario, procedere alla ventilazione assistita del paziente; in caso di forme convulsive refrattarie, l'uso di anti-convulsivanti va associato alle BDZs (Grado A1) in quanto l'utilizzo dei soli anti-convulsivanti non ha dimostrato sufficienti evidenze scientifiche nel trattamento della SAA (Grado C1). Infine, in alternativa alle benzodiazepine e, solo per il trattamento della SAA di grado moderato, alcuni farmaci quali il sodio ossibato, la tiapride e il cimetazolo approvati da diversi anni in alcuni Paesi europei per questa indicazione (Grado A1) rappresentano un'ulteriore opportunità terapeutica a disposizione.

Nel recepire gran parte delle indicazioni emergenti dai trials e dalle linee guida europee (NICE) e internazionali la diffusione delle linee guida di trattamento della SIA si propone come contributo di immediata fruizione di orientamenti terapeutici condivisi e basati sul consenso, che si spera possano contrastare l'incremento di morbilità e di mortalità alcol-correlata e favorire approcci di cura integrati di più elevato profilo di efficacia.

Bibliografia

- Caputo F et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med* 2018. doi: 10.1007/s11739-018-1933-8. (Epub ahead of print)
- www.epicentro.iss.it/alcol

Deprescrizione farmacologica nell'anziano con "morbidity"

Per evitare eventi avversi causati da un impiego non appropriato della politerapia/polifarmacia e delle possibili interazioni è nata l'esigenza di proiettarsi verso la deprescrizione, intesa come il sistematico processo di identificazione e interruzione farmacologica nel momento in cui esistono, in realtà o potenzialmente, effetti deleteri o che vanno oltre i potenziali e teorici benefici della terapia

Nicola Ferrara*, **Brunella Puzone***
Klara Komici**, **Graziamaria Corbi****

**Dipartimento
Scienze Mediche Traslazionali
Università degli Studi
"Federico II" di Napoli*

***Dipartimento
Medicina e Scienze della Salute
Università degli Studi del Molise*

L'attuale trend demografico ed epidemiologico, legato all'invecchiamento della popolazione, sta determinando un incremento dell'impiego contemporaneo di più farmaci prescritti dal medico (politerapia), nonché l'utilizzo di più farmaci non prescritti (e/o l'eccessiva somministrazione di farmaci prescritti), non tutti strettamente necessari ad una cura appropriata (polifarmacia).^{1,2}

La politerapia e la polifarmacia rappresentano tra i più importanti fattori di rischio responsabili di:

1. Incremento dei costi sanitari
2. Reazioni avverse
3. Interazioni farmacologiche
4. Non aderenza farmacologica
5. Ridotto stato funzionale
6. Sindromi geriatriche, quali delirium, cadute, incontinenza urinaria.

Anche l'uso di farmaci da banco, nei Paesi occidentali, sta diventando un fenomeno di crescente rilevanza.

È importante evidenziare che gli anziani ricevono in media 6-7 farmaci prescritti, ma che il 90% di loro assume più di un farmaco e il 50% da 2 a 4 farmaci da banco.² È interessante osservare che solo il 58% dei pazienti informa il proprio medico dell'assunzione di prodotti da banco,² venendo così a mancare un importante filtro protettivo sulle possibili interferenze con farmaci regolarmente prescritti.

► Interazioni farmacologiche

Il binomio polifarmacia/politerapia e comorbidità rappresenta la condizione con la maggiore probabilità di interazioni farmaco/malattia e farmaco/farmaco. In particolare, non è raro osservare, specie nella popolazione anziana, sia l'esacerbazione di una malattia indotta dall'uso di un farmaco sia l'interazione tra due o più farmaci. Le interazioni rappresentano una delle componenti delle reazioni avverse da farmaci anche se rimangono difficili da quantificare: si stima che il 10-15% dei pazienti che ricevono una politerapia farmacologica vada incontro ad interazioni di rilevanza clinica, anche se questo dato è forse sottovalutato se si considera che le interazioni non sempre sono identificate o riportate.^{3,4}

La molteplicità delle interazioni tra più farmaci co-somministrati può essere semplificata convenientemente in due grandi categorie: interazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche. Le interazioni sono tanto più probabili quanto più numerosi sono i farmaci impiegati in politerapia, e anzi crescono in modo esponenziale (secondo la formula: numero di interazioni = [(numero di farmaci x numero di farmaci)-1/2], per cui ad esempio: con 8 farmaci co-somministrati sono possibili oltre 30 interazioni), e l'esito di esse può essere lieve - cioè passare

inosservato per mancanza di evidenza clinica - oppure grave, e sempre in funzione della posologia in termini di dose e tempo di esposizione.

► Reazioni avverse

L'incidenza e la frequenza di eventi avversi causati da un impiego non appropriato di una politerapia/polifarmacia e delle possibili interazioni è oggi più probabile che in passato. L'aumento dell'età media della popolazione e, quindi, della necessità di controllare patologie multiple coesistenti, l'intervento di più medici - spesso specialisti di settore - nelle prescrizioni, l'automedicazione con prodotti da banco e la comparsa di sempre nuovi prodotti, sono alcune delle cause alla base delle interazioni tra farmaci.

Va sottolineato, inoltre, che l'identificazione delle reazioni avverse è resa anche più difficoltosa dalla necessità di distinguere gli effetti avversi del farmaco dalla sintomatologia legata alle comorbidità.

Per tali ragioni, l'individuazione di terapie efficaci e sicure è indispensabile per rispondere alle

esigenze della moderna medicina, specie nella popolazione anziana, in cui comorbidità e polifarmacoterapia si associano ad una ridotta riserva fisiologica come per esempio la desensibilizzazione beta recettoriale.⁵

Nell'ambito del complesso rapporto multimorbidità/polifarmacia, non vanno sottaciuti gli errori durante il processo di medicazione, che possono realizzarsi in qualsiasi momento del processo stesso:

- individuazione dei farmaci più appropriati
- trascrizione (il processo di trasferimento manuale dei farmaci nella ricetta medica)
- spedizione dei farmaci
- somministrazione.⁶

► Deprescribing

Lindley et al,⁷ investigando la relazione tra farmaci inappropriati e la comparsa di reazioni avverse, hanno evidenziato che circa il 50% delle reazioni avverse era dovuto a farmaci non necessari che, talvolta, presentavano assolute controindicazioni in singoli casi specifici. Partendo da queste considerazioni oltre alla

chiara indicazione di utilizzare solo principi appropriati per età, minimizzando l'uso di farmaci potenzialmente inappropriati, è nata recentemente l'esigenza di arrivare ad una vera e propria deprescrizione, intesa come il sistematico processo di identificazione e interruzione farmacologica nel momento in cui esistono, in realtà o potenzialmente, effetti deleteri o che vanno oltre i potenziali e teorici benefici nel contesto di una cura individuale del paziente valutato il livello funzionale, l'aspettativa di vita e le preferenze individuali del soggetto.

Recentemente sono state stilate raccomandazioni⁸ relative ai 10 fattori che facilitano l'implementazione della deprescrizione nella pratica clinica individuando delle vere e proprie linee guide, tra le quali segnaliamo:

- Educare, coinvolgere e responsabilizzare i pazienti e caregiver.
- Educare gli operatori sanitari e il personale a creare maggiore consapevolezza e abilità nel deprescribing.
- Creare una cultura di deprescribing all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Bibliografia

1. Ferrara N, Terrosu P, Zuccal. G et al. Politerapia e polifarmacia nell'anziano con scompenso cardiaco cronico. *G Ital Cardiol* 2013; 14 (3 Suppl 1): 46S-51S.
2. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007; 5: 345-51.
3. Corsini A. The safety of HMG-CoA reductase inhibitors in special populations at high cardiovascular risk. *Cardiovasc Drugs Ther* 2003; 17:265-85.
4. Corsini A, Ceska R. Drug-drug interactions with statins: will pitavastatin overcome the statins' Achilles' heel? *Curr Med Res Opin* 2011; 27: 1551-62.
5. Ferrara N, Davia K, Abete P et al. Alterations in beta-adrenoceptor mechanisms in the aging heart. Relationship with heart failure. *Aging* 1997; 9: 391-403.
6. Corbi G, Gambassi G, Pagano G et al. Impact of an innovative educational strategy on medication appropriate use and length of stay in elderly patients. *Medicine* (Baltimore). 2015; 94(24): e918.
7. Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V et al. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992; 21: 294-300.
8. Conklin J, Farrell B, Suleman S. Implementing deprescribing guidelines into frontline practice: barriers and facilitators. *Res Social Adm Pharm* 2018 pii: S1551-7411(18)30752-6. doi:10.1016/j.sapharm.2018.08.012.

* Articolo tratto da: Atti congressuali. 63° Congresso SIGG 2018. Pacini Editore.

Terapie mininvasive locoregionali per il trattamento dell'epatocarcinoma

L'incidenza dell'epatocarcinoma è in costante crescita. I trattamenti locoregionali eseguiti dal radiologo interventista possono avere scopi differenti (palliativi, curativi o bridge per altre cure, quali chirurgia o trapianto) e sono sempre meno invasivi e più efficaci

Salvatore Alessio Angileri,¹ Anna Maria Ierardi,¹ Mario Petrillo,¹ Gianpaolo Carrafiello^{1,2}

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo - Università degli Studi di Milano

¹ Radiologia Diagnostica ed Interventistica

² Direttore Radiologia Diagnostica ed Interventistica, Prof. Ordinario di Radiologia - Università degli Studi di Milano

I carcinoma epatocellulare o epatocarcinoma (HCC) è il quinto tumore più comune e la seconda causa più frequente di morte correlata al tumore. Rappresenta circa il 90% dei tumori primitivi epatici. L'HCC è comune nei pazienti con fibrosi epatica avanzata o cirrosi da ma-

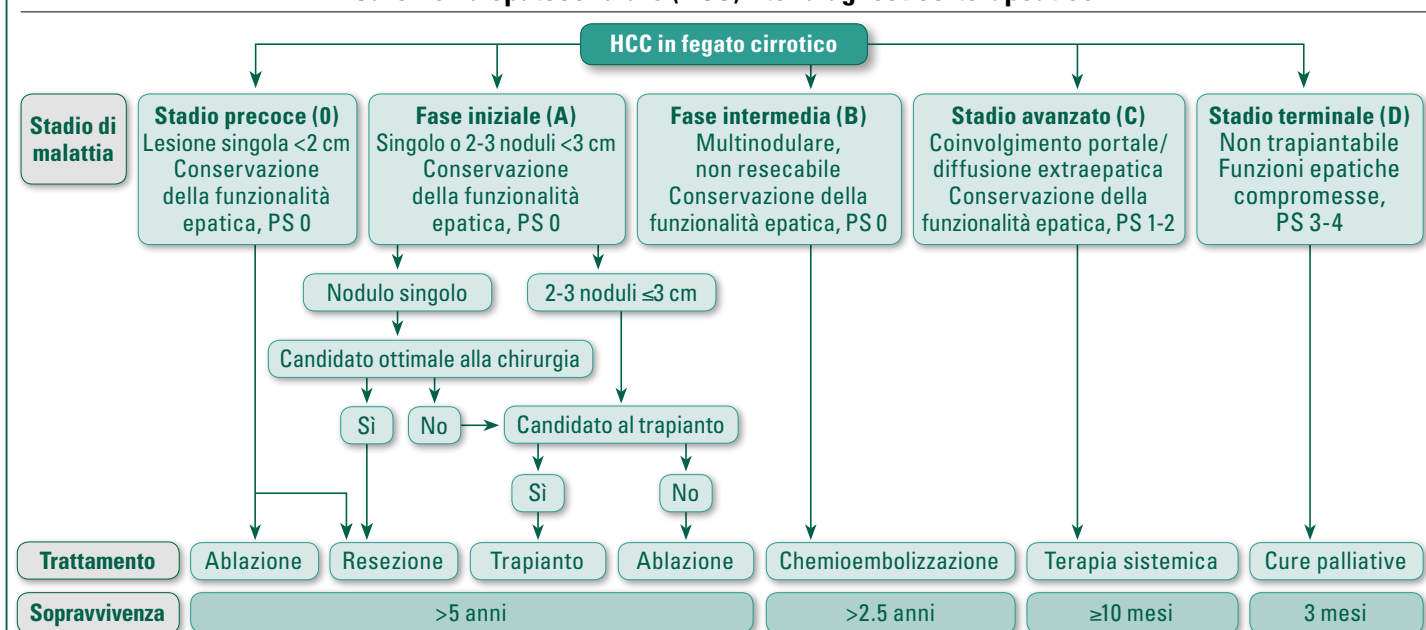
lattia epatica cronica, in particolare con danno epatico causato da infezione da HBV, HCV o abuso di alcol; molto più raro è nei fegati non cirrotici. I pazienti arruolati in un programma di sorveglianza vengono diagnosticati identificando un nuovo nodulo epatico mediante ecografia addomi-

nale. Questi pazienti sono generalmente asintomatici e hanno un HCC in stadio iniziale. Viceversa, i pazienti diagnosticati al di fuori della sorveglianza di solito si presentano in stadi avanzati con grandi tumori sintomatici. Una lesione focale epatica in un paziente con epatopatia o cir-

Figura 1

Carcinoma epatocellulare (HCC): iter diagnostico-terapeutico

HCC in fegato cirrotico



Mod: EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. Journal of Hepatology 2018; 69 182-236

rosi è fortemente suggestiva per HCC, soprattutto in presenza di elevati livelli di alfa-fetoproteina (AFP). Indagini di II livello come la tomografia computerizzata (CT) e la risonanza magnetica (RM) sono utili nella conferma della diagnosi e nella stadiazione della malattia, al fine di impostare il corretto iter terapeutico. Qualora i dati TC e RM non siano chiari può essere richiesta una biopsia della lesione. Entrano in diagnosi differenziale con l'HCC i noduli rigenerativi della cirrosi, il colangiocarcinoma e le metastasi.

► Staging

Sono stati sviluppati molti sistemi di staging per l'HCC, che tengono in considerazione: stadio di malattia e di cirrosi, condizioni cliniche del paziente. Il più utilizzato è riconosciuto in ambito internazionale è il BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) (figura 1). L'iter terapeutico viene deciso da un team multidisciplinare (epatologo, chirurgo e radiologo interventista) in base alla funzionalità del fegato e allo stadio della neoplasia, considerando il numero di noduli, la localizzazione e l'eventuale diffusione ad altre sedi.

Trattamenti

I trattamenti curativi per l'HCC includono la resezione, il trapianto ed i trattamenti ablativi. Molti pazienti, non trattabili in modo curativo, possono però beneficiare di altri trattamenti a scopo palliativo quali la chemioembolizzazione, la radioembolizzazione e la chemioterapia sistemica.

► Trapianto di fegato

Solo il 5% dei pazienti con HCC sono candidabili a trapianto. A causa della limitata disponibilità di organi questo

trattamento è riservato a pazienti che rispondano a rigidi criteri di selezione: tra questi i più utilizzati sono i criteri di Milano (lesione singola ≤ 5 cm o ≤ 3 lesioni ≤ 3 cm) con sopravvivenza a 5 anni $>70\%$. Recentemente nuovi criteri con sopravvivenza paragonabile estendono le indicazioni al trapianto (UCSF - University of California, San Francisco): singola lesione $\leq 6,5$ cm, o 2-3 lesioni $\leq 4,5$ cm ciascuna, con diametro totale del tumore ≤ 8 cm.

► Resezione epatica

La resezione è il trattamento di scelta nei pazienti non cirrotici. Nei casi di cirrosi è necessario valutare la funzione epatica in quanto, qualora quest'ultima sia compromessa, il rischio di scompenso e insufficienza epatica nel post-operatorio è elevato. La resezione epatica, il trapianto di fegato e i trattamenti ablativi consentono di ottenere sopravvivenze a 5 anni pari al 50-70% nei pazienti con stadi iniziali di malattia. Pazienti con condizioni di malattia più sfavorevoli (malattia multifocale, lesioni >5 cm, trombosi portale, ipertensione portale) non sono di principio esclusi da trattamenti con intento curativo e possono beneficiare anche di trattamenti combinati (per esempio

ablativo-TACE), ma il loro iter deve essere definito caso per caso.

► Trattamenti locoregionali

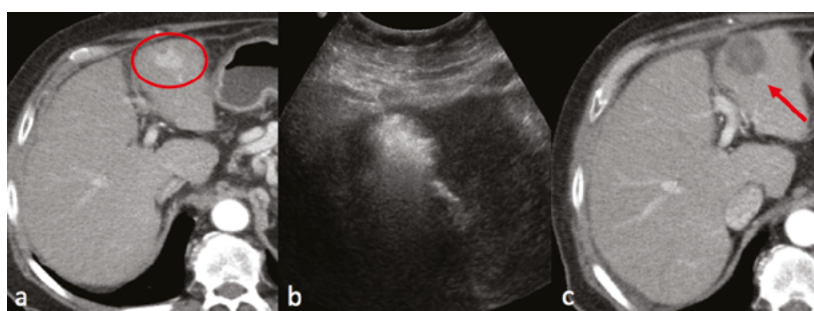
Tali trattamenti vengono eseguiti dal radiologo interventista, e possono avere scopi differenti (palliativi, curativi o bridge per altre cure, quali chirurgia o anche trapianto). I trattamenti loco-regionali comprendono: trattamento ablativo, chemioembolizzazione (TACE) e la radioembolizzazione (TARE).

► Trattamento ablativo

Il trattamento ablativo è indicato nei pazienti non candidati a chirurgia, con stadio precoce di malattia secondo la classificazione BCLC. I pazienti devono avere un singolo nodulo o solitamente non più di tre noduli <3 cm di diametro ciascuno, senza evidenza di invasione vascolare o diffusione extraepatica, un buon performance status, e cirrosi epatica in classe Child-Pugh A o B. Questi trattamenti possono essere eseguiti per via percutanea o laparoscopica. Mediante il supporto imaging guidato (ecografia e/o CT) il radiologo interventista posiziona l'ago/antenna all'interno della lesione epatica (figura 2). La necrosi

Figura 2

Procedura eco-guidata di ablazione di HCC



L'esame TC preliminare evidenzia nodulo di HCC (cerchio rosso). b. procedura eco-guidata di ablazione con MW. c. TC di controllo ad 1 mese mostra trattamento completo del tumore

cellulare viene ottenuta mediante l'utilizzo del calore o del freddo, con metodiche quali la radiofrequenza, le micronele o la crioablazione. Il radiologo interventista esegue la termoablazione percutanea in sala angiografica con il supporto anestesilogico per la sedazione del paziente.

Ad oggi, la letteratura dimostra che in circa il 90% dei tumori con diametro massimo <3 cm si ottiene una ablazione completa, con una sopravvivenza a 5 anni compresa tra il 60% e il 77%. La percentuale di complicanze è molto bassa (<5%).

► Chemio-embolizzazione trans-arteriosa (TACE)

La metodica è indicata in pazienti con HCC in stadio intermedio, cioè HCC multinodulare, funzione epatica relativamente conservata (punti Child-Pugh di classe A o B-7 senza ascite), assenza di sintomi correlati al cancro e nessuna evidenza di invasione vascolare o diffusione.

La procedura viene eseguita in anestesia locale in sala angiografica, sotto guida fluoroscopica: mediante accesso arterioso si esegue cateterismo selettivo dei rami afferenti al tumore e successivamente si somministra la soluzione contenente il

chemioterapico (figura 3). Questa procedura garantisce una concentrazione superiore del farmaco per un tempo maggiore, che associata alla chiusura dei rami afferenti determina morte cellulare. I dati attuali in letteratura mostrano un incremento della sopravvivenza nei pazienti sottoposti a TACE rispetto alla terapia conservativa. Complicanze lievi (che comunque non richiedono cure particolari) si riscontrano in meno del 10% dei pazienti.

► Radioembolizzazione transarteriosa (TARE)

Può essere eseguita nei pazienti con HCC che rientrano nei criteri per la TACE secondo la stadiazione BCLC. La TARE viene spesso riservata a quei pazienti che non hanno risposto alla TACE, con trombosi venosa portale (PVT) segmentaria o del tronco principale, o nei pazienti con malattia multifocale/diffusa. La TARE viene eseguita a quei pazienti che non hanno shunt significativi della vascolarizzazione epatica con organi vicini (polmone, stomaco, intestino, ecc). Per verificare ciò viene eseguita un'angiografia diagnostica in cui si somministra albumina marcata con 200 MBq di Tc99, che "disegna" una ve-

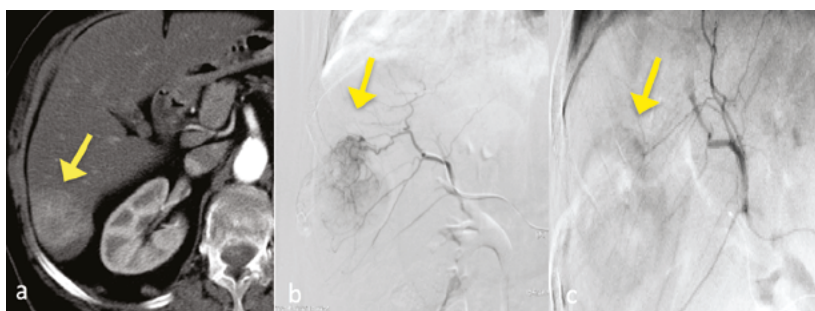
ra e propria "mappa" dei vasi arteriosi epatici e delle loro comunicazioni con i distretti extra-epatici. Solitamente anche l'esistenza di shunt non è una controindicazione perché questi possono essere embolizzati prima di procedere alla radioembolizzazione per evitare che il radiofarmaco giunga in territori non target. La TARE consiste nella iniezione intra-arteriosa epatica di microsferiche di Itrio 90 (90Y). La tecnica interventistica è simile alla TACE, ma in questo caso all'embolizzazione vascolare si associa l'emissione di radiazioni ionizzanti a breve raggio d'azione (particelle beta meno) utilizzando nel trattamento delle microsferiche di vetro o resina al cui interno è stato aggiunto 90Y. Queste sfere, una volta in sede, cederanno al tessuto da trattare un'alta dose di radiazioni, portandolo alla necrosi (terapia radiometabolica). La TARE è una procedura sicura con una tossicità minore rispetto alla chemioembolizzazione.

► Conclusioni

L'epatocarcinoma è un tumore con un'incidenza in crescita negli ultimi anni. Il radiologo interventista svolge un ruolo fondamentale sia nella fase di planning terapeutico all'interno di un gruppo multidisciplinare sia nella fase terapeutica mediante trattamenti loco-regionali sempre meno invasivi e più efficaci.

Figura 3

Chemioembolizzazione trans-arteriosa (TACE) di HCC



L'esame TC preliminare evidenzia nodulo di HCC. b. l'angiografia mostra la vascolarizzazione arteriosa patologica del tumore. c. controllo dopo chemioembolizzazione

Per informazioni
www.tuttointerventistica.it
salvatore.angileri@asst-santipaolocarlo.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare il commento di Anna Maria Ierardi

Anemia sideropenica: differenze di genere

Far rientrare nelle analisi cliniche di routine la richiesta di semplici test come sideremia, saturazione della transferrina e ferritinemia, permetterebbe una migliore prevenzione delle anemie sideropeniche, che sono l'esempio delle differenze fisiologiche tra uomini e donne

Nadia Maria Sposi - Centro di Riferimento per la Medicina di Genere - Istituto Superiore di Sanità

La carenza di ferro rappresenta la causa più frequente di anemia nel mondo, in particolare in alcune fasce di popolazione a rischio per l'elevato fabbisogno di questo micronutriente, quali l'età pediatrica e le donne in età fertile, a causa del ciclo mestruale, della gravidanza e del periodo dell'allattamento.

L'eziologia è in genere multifattoriale e le cause possono essere raggruppate in quattro grandi categorie:

- dieta inadeguata,
- malassorbimento intestinale,
- aumento delle perdite ematiche,
- aumentato fabbisogno dell'organismo.

La sideropenia comporta modifiche sostanziali a livello dell'omeostasi sistemica del ferro, soprattutto per quanto riguarda il controllo dei meccanismi di acquisizione del ferro basati sull'epcidina, un ormone sintetizzato dalle cellule epatiche, che svolge la funzione chiave di mantenere i livelli di ferro dell'organismo entro determinati valori allo scopo di evitarne sia un eccesso che una carenza.

Se la condizione di carenza di ferro si protrae a lungo viene compromesso l'apporto di ferro a tutti i tessuti, in particolare a quello eritropoietico con insorgenza di anemia sideropenica. È una condizione tipicamente acquisita anche se recentemente si è sviluppato un grande interesse per l'individuazione di varianti genetiche di suscettibilità. È stato identificato anche un disordine genetico a trasmissione autosomica recessiva, IRIDA (*Iron Refractory Iron Deficiency Anemia*), simile all'anemia side-

roopenica, ma caratterizzato da incapacità di assorbire il ferro per eccessiva produzione di epcidina. La causa risiede in mutazioni inattivanti il gene *TMPRSS6*, un inibitore della sintesi di epcidina.

► Identificazione precoce

Si stimano in circa 2 miliardi i soggetti affetti da anemia nel mondo, dei quali oltre la metà con anemia sideropenica. Si ritiene che ogni anno essa provochi circa 800.000 morti soprattutto in Asia e in Africa¹. La carenza di ferro è considerata una delle più importanti sindromi da malnutrizione e il principale tipo di malnutrizione presente negli stati industrializzati, compresa l'Italia². L'anemia sideropenica ha una notevole rilevanza sociale, in quanto non solo limita la crescita e l'apprendimento nel bambino, ma riduce anche la capacità lavorativa dell'adulto e spesso è associata anche a scompenso cardiaco, a nefropatia cronica e alle malattie infiammatorie croniche. Pertanto la sua identificazione precoce riveste un'importanza notevole dal punto di vista della prevenzione delle sue complicazioni.

Risulta che il 15-30% delle donne in età fertile abbia un'anemia da carenza di ferro di differente gravità, spesso sottovalutata dai clinici che tendono a non considerare tutte le implicazioni sulla salute che essa comporta. L'andamento dell'anemia sideropenica in Italia, secondo i dati di *HealthSearch*, si dimostra crescente con l'aumentare dell'età e riveste particolare evidenza nella po-

polazione femminile nella fascia tra i 35 e i 54 anni (10%), che comprende le donne in età fertile e in premenopausa. Negli anziani (75-84 anni) il trend è sovrapponibile nei due sessi (5.7% nelle donne e 3.9% negli uomini), anche se con una frequenza maggiore nelle donne. Nella popolazione con anemia sideropenica il 59% è rappresentato da donne con età <55 anni, il 25% da donne >55 anni e solo il 16% da maschi.³ Possiamo così considerare le anemie sideropeniche come il classico esempio di differenze a livello fisiologico tra uomini e donne, in quanto è per la loro fisiologia che le donne sono più soggette a conseguenze da un punto di vista clinico.

► Conclusioni

Purtroppo c'è ancora scarsa consapevolezza ed informazione sui possibili gravi rischi per la salute causati dalla carenza di ferro. Sarebbe auspicabile nel prossimo futuro uno sforzo per sensibilizzare la classe medica e i cittadini a non sottovalutare la gravità dell'anemia sideropenica. Far entrare nelle analisi cliniche di routine la richiesta di semplici test come la sideremia, la saturazione della transferrina e la ferritinemia, permetterebbe sicuramente una migliore prevenzione.

Bibliografia

1. *Lancet* 2016; 388: 1545-1602
 2. *Lancet GlobHealth* 2013; 1: e16-e25
 3. *Rivista di Medicina Generale* 2013; 4: 33-37 \$.
- Articolo pubblicato in *Medicina di Genere Newsletter*, Gennaio 2019, pag. 3

Nasce il medico della complessità

Il “medico della complessità” è il professionista in grado di individuare strategie di cura e di organizzare percorsi sanitari ad hoc per gestire il paziente complesso con multipatologia. Scopo dell'associazione scientifica “The System Academy” è la formazione specifica altamente qualificata

L'esplosione delle malattie croniche, per le quali oggi si spende circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale, ha portato alla ribalta una tipologia di malato del tutto inedita: il paziente complesso, nel quale coesistono diverse patologie. La crescente prevalenza di pazienti cronici con multipatologia che nel nostro Paese riguarda 1/3 della popolazione adulta e più di 2/3 della popolazione anziana, pone al Sistema Salute molteplici sfide. In primis, quella di mettere in campo una nuova figura sanitaria, il medico esperto in medicina della complessità. “Per formare adeguatamente i medici e prepararli ad affrontare questa nuova sfida è nato “The System Academy” (www.sys-academy.org), un'associazione scientifico-culturale no profit che, tra le diverse attività, organizza percorsi di formazione specifica per preparare gli operatori a sostenere l'esame di certificazione professionale di medico esperto in medicina della complessità - dichiara il Prof. **Augusto Zaninelli**, Presidente The System Academy. “Il medico esperto nella complessità è un professionista formato per la gestione del paziente cronico con multipatologie, applicando le raccomandazioni nella pratica clinica tenendo conto di tutte le patologie e le variabili che coesistono nell'individuo”. Il profilo del nuovo malato complesso è quello di un individuo >65 anni, che assume contemporaneamente più di 5 farmaci, con disabilità ma con un'aspettativa di vita più lunga che in passato. Serve un approccio mirato alla nuova medicina della complessità e una ge-

stione coordinata del paziente “multimorbido” attraverso percorsi diagnostico-terapeutici riabilitativi individualizzati.

► Complessità clinica, sociale ed economica

“Oggi bisogna gestire la complessità clinica ma anche quella sociale ed economica della persona malata - sottolinea il Prof. **Claudio Ferri**, Presidente della Società Italiana dell'Iperensione Arteriosa (SIIA). Il medico esperto in medicina della complessità è la figura che riesce a inquadrare il malato cronico, a fare una sintesi delle sue problematiche, a coordinare e pianificare il percorso di cura anche nell'acuzie, assicurando una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, con ripercussioni positive sulla salute e qualità di vita del paziente e sulla sostenibilità del Ssn”.

Le malattie croniche, in particolare quelle CV (48%) e i tumori (28%), oltre a minare la sostenibilità dei Sistemi Sanitari sono responsabili del 92% di tutte le morti in Italia. Il medico esperto della cronicità è capace di distinguere in un paziente complesso le condizioni morbose più importanti, come una dislipidemia grave, da quelle meno importanti e di attuare strategie terapeutiche personalizzate e preventive. Non esistono linee guida per il paziente con multipatologia ma tante LG per singola malattia, perché ancora oggi l'Università insegna ai futuri medici soltanto le singole branche della medicina, con il risultato di un sapere frammentato.

“Il malato cronico può essere curato ma difficilmente viene guarito” - affer-

ma il Prof. **Enzo Manzato**, Presidente della Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi (SISA). “Le alterazioni del metabolismo dei lipidi, come le dislipidemie, possono portare alla complessità clinica di un paziente. Qui entra in gioco la competenza del medico della complessità, che deve mettere in atto le raccomandazioni dettate dalle più recenti linee guida di ridurre drasticamente e rapidamente i livelli di colesterolemia perché l'obiettivo primario del trattamento resta quello di prevenire gli eventi CV”.

La presenza di più patologie ha un ruolo critico nei confronti degli outcome sanitari, compresi qualità di vita e disabilità che aumentano il consumo di farmaci, dei costi e un maggiore impiego di risorse sanitarie. È compito del medico esperto e certificato in medicina della complessità la messa a punto di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo individualizzato e di ottimizzare le risorse disponibili.

The System Academy ha avuto il supporto incondizionato di Alfasigma, che ha riconosciuto questo progetto come innovativo sin dalla sua ideazione, sia nei contenuti e sia nella metodologia, in linea con l'obiettivo di affiancare la classe medica nel percorso di sviluppo professionale continuo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare i commenti di Augusto Zaninelli Claudio Ferri, Enzo Manzato