

M.D.

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

Anno XXVII, numero 1 - 2020

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

**Diagnostica negli studi
dei medici di famiglia: ora
la parola passa alle Regioni**

CONTRAPPUNTO

8

**2020: Odissea nello spazio...
ambulatoriale dei Mmg**

SAPER FARE

30

**Dottore mi fa male
il ginocchio...**

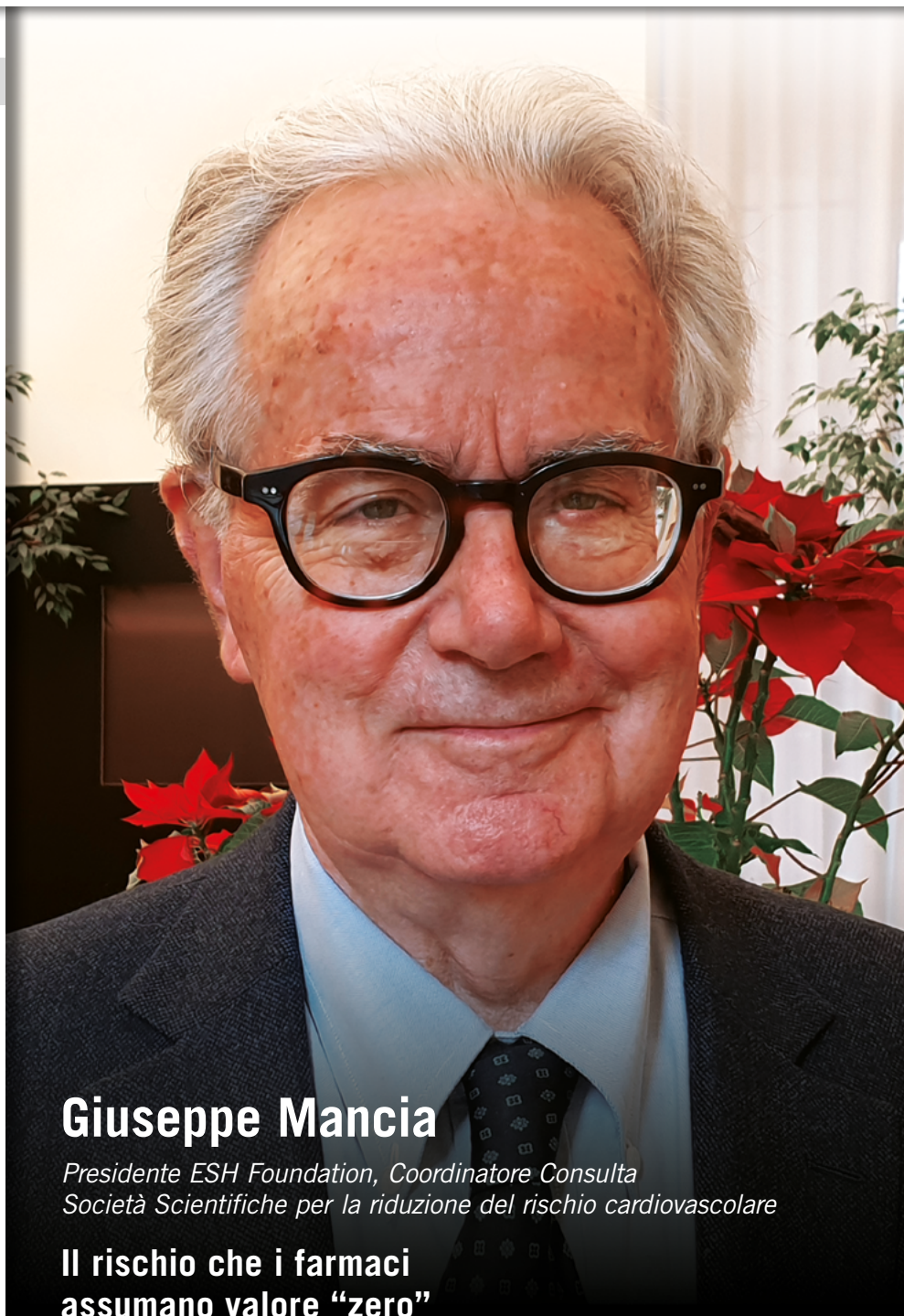
RICERCHE

36

**Identificazione
degli anziani fragili
nelle cure primarie**



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



Giuseppe Mancia

*Presidente ESH Foundation, Coordinatore Consulta
Società Scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare*

**Il rischio che i farmaci
assumano valore "zero"**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Anno XXVII numero 1 febbraio 2020

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**
Il rischio che i farmaci assumano valore "zero" 5
- **Focus on**
Diagnostica negli studi dei medici di famiglia: ora la parola passa alle Regioni 6
- **Contrappunto**
2020: Odissea nello spazio... ambulatoriale dei Mmg 8
- **Professione**
Serve un Tavolo sulla prescrizione farmaceutica che coinvolga i medici 10
- **Sentenze**
Presa in carico cronici: il Tar della Lombardia respinge il ricorso sindacale 11
- **Counselling**
La compassione organizzativa nel settore sanitario 12
- **Appunti**
Il medico paziente e la Medicina Generale incentivata
Diario notturno di una aritmia parossistica 14
- **Riflettori**
Il sistema sanitario italiano: sfide e opportunità 16
- **Proposte**
La riorganizzazione del Pronto Soccorso tra linee guida e realtà 18
- **Osservatorio**
Violenza domestica e abusi sugli animali 19

AGGIORNAMENTI

- **Dermatologia**
Associazione tra dermatite atopica e malattia celiaca 22
- **Diabetologia**
Neuropatia diabetica e controllo del dolore 23
- **Iipertensione arteriosa**
Iipertensione infantile: una sfida per la salute pubblica mondiale 24
- **Medicina complementare**
Medicina fisiologica di regolazione e low dose medicine 25
- **Prevenzione**
Invecchiare in salute con uno stile di vita sano 26
- **Psichiatria**
Patologie del neurosviluppo nella popolazione adulta 27

CLINICA E TERAPIA

- **Diario**
La settimana di un medico di famiglia 28
- **Saper fare**
Dottore mi fa male il ginocchio... 30
- **Documenti**
Prevenzione delle malattie cerebrovascolari 33
- **Pratica medica**
Cammina che ti passa 34
- **Ricerche**
Identificazione degli anziani fragili nelle cure primarie 36
- **Clinica**
Embolia polmonare: valutazione, trattamento e prevenzione 38
- **Rassegna da Nutrienti e Supplementi** 43

Il rischio che i farmaci assumano valore “zero”

L'aderenza alla terapia antipertensiva è un fenomeno difficile da valutare nella pratica clinica ma che, a ben guardare, può essere importante tanto quanto la scelta del tipo di farmaco prescritto. “Se non forse di più - commenta il professor **Giuseppe Mancia**, Presidente della European Society of Hypertension (ESH) Foundation, Coordinatore Consulta delle società scientifiche per la riduzione del rischio cardiovascolare - perché noi medici possiamo disporre delle migliori terapie che però hanno valore zero se il paziente non le assume”.

Numerosi sono i fattori che aumentano o diminuiscono l'aderenza terapeutica. Alcuni dati italiani, raccolti su oltre 800mila soggetti, confermano quanto emerge dalla letteratura internazionale circa la correlazione tra età e aderenza terapeutica: emerge che i pazienti anziani nel nostro Paese sono promossi. Al contrario la situazione italiana va in controtendenza relativamente alla correlazione tra genere e aderenza: nel nostro Paese infatti non sarebbero gli uomini a mostrare una più spiccata tendenza all'interruzione della terapia. Confrontati con le donne, i pazienti di sesso maschile hanno infatti un rischio del 10% più basso di discontinuazione della terapia.

Un pregresso ricovero è in grado di definire le priorità terapeutiche di un paziente: in caso di ospedalizzazione dovuta a patologie reumatiche, respiratorie, oncologiche il paziente è poco “attento” alle prescrizioni di farmaci cardiovascolari e molto più concentrato sulle patologie causa del ricovero. Al contrario, dopo un ricovero per patologia cardiaca o renale vi è una buona probabilità che l'aderenza alla terapia antipertensiva sia buona.

I dati italiani sottolineano un fatto sinora sconosciuto, quello che lega il livello di aderenza alla terapia antipertensiva con la densità abitativa del luogo di residenza: tanto maggiore è la numerosità della popolazione residente e tanto minore appare il livello di aderenza.

Al medico di medicina generale spetta il difficile compito di indagare con i suoi pazienti in merito a questo tema, dove ancora una volta un buon rapporto medico-paziente può fare la differenza tra fallimento o successo della prevenzione cardiovascolare.



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

Diagnostica negli studi dei medici di famiglia: ora la parola passa alle Regioni

Il decreto attuativo, firmato di recente dal Ministro Speranza, rende concreto lo stanziamento previsto dalla Finanziaria 2020 per dotare i Mmg e i pediatri di libera scelta di strumenti di diagnostica di primo livello. Dopo l'approvazione al piano di riparto della Conferenza Stato-Regioni quest'ultime avranno 60 giorni di tempo per predisporre un piano di utilizzo delle risorse assegnate e procedere quindi alle gare d'acquisto delle apparecchiature

Una diagnostica *in office* per i medici di medicina generale, un traguardo auspicato da tempo da Fimmg e Simg *in primis* che sta per diventare realtà. Il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, ha recentemente firmato il decreto attuativo che rende di fatto concreto lo stanziamento dei circa 236 milioni di euro previsto dalla Finanziaria 2020 per dotare i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta di strumenti di diagnostica di primo livello (*tabella 1*). Non resta che aspettare le decisioni delle Regioni. E a sottolinearlo è lo stesso Ministro: "È un decreto - ha precisato Speranza - che abbiamo condiviso, è la premessa per poter portare questa strumentazione davvero negli studi dei medici di medicina generale. Ora io passo in qualche modo la palla alle Regioni. Sono sicuro che da parte loro ci sarà la sensibilità che hanno dimostrato in questi mesi".

► I compiti delle Regioni

Secondo il dettato della Finanziaria (comma 525) visto che non tutti i medici hanno la stessa disponibilità, anche oraria, all'uso di tali apparecchiature, nel riceverle in prima istanza saranno privilegiati i medici in gruppo, più "organizzati" o quelli convenzionati da meno di 5 anni.

Le Regioni dovranno presentare al Ministero della Salute, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, un piano dei fabbisogni per l'utilizzo delle risorse assegnate. Il piano dovrà contenere l'elenco delle apparecchiature sanitarie per la diagnostica di primo livello che si intendono acquisire con relativi costi; le modalità di impiego e l'assetto organizzativo che si intende adottare ai fini dell'erogazione delle prestazioni assistenziali; specifici indicatori di processo e di risultato attraverso i quali le aziende sanitarie procedono a misurare l'attività svolta, secondo quanto previsto dagli Accordi della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta.

Inoltre le Regioni, nell'ambito degli Accordi integrativi, dovranno definire le attività assistenziali all'interno delle quali saranno utilizzati i dispositivi medici di supporto, tenendo conto anche degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale. Laddove i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta già contribuiscono o vogliano contribuire con propri dispositivi al raggiungimento degli obiettivi assistenziali individuati dagli Accordi integrativi, le Regioni avranno la facoltà di orientare le ri-

sorse del decreto per una implementazione tecnologica a maggiore intensità assistenziale.

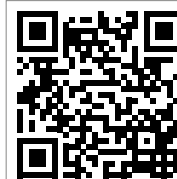
TABELLA 1

Assegnazione regionale fondo per dotazione strumentale studi di Mmg

Regioni	Risorse assegnate
Piemonte	17.328.992,42
Valle D'Aosta	499.876,54
Lombardia	40.019.137,48
Veneto	19.514.596,85
F. Venezia Giulia	4.833.924,61
Liguria	6.168.164,49
E. Romagna	17.738.990,15
Toscana	14.835.835,00
Umbria	3.508.495,59
Marche	6.067.251,22
Lazio	23.385.921,20
Abruzzo	5.217.227,20
Molise	1.215.688,96
Campania	23.078.077,83
Puglia	16.026.841,60
Basilicata	2.238.990,73
Calabria	7.745.333,73
Sicilia	19.888.658,97
Sardegna	6.521.995,43
TOTALE	235.834.000,00

Nell'ambito del piano per la formazione continua, le Regioni, già per il 2020, hanno il compito di individuare specifici obiettivi formativi per l'utilizzo delle apparecchiature sanitarie e di conseguenza orienta-

re gli Accordi per l'utilizzo delle 40 ore annue obbligatorie, previste dall'Acn della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta, a iniziative di formazione per l'utilizzo delle apparecchiature.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone il PDF del Decreto Ministeriale

Le critiche di FederAnisap al decreto

Come abbiamo riportato in un precedente articolo (*M.D. Medicinae Doctor* 2019; 8:6-7) quella che per alcuni è un'opportunità, una svolta epocale per altri non solo è "fumo negli occhi", ma potrebbe rappresentare un'altra complicazione per i Mmg e non solo, potrebbe avere esiti completamente contrari a quelli auspicati, andando ad inserire in una realtà variegata e frastagliata come è quella dell'assistenza di primo livello nelle varie Regioni. Allo scetticismo esternato da alcuni rappresentanti dei medici di medicina generale si è aggiunto di recente quello di FederAnisap, la Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Private che punta il dito proprio sul rischio di un applicazione difforme del provvedimento tra Regioni.

Secondo il presidente di FederAnisap **Mauro Potestio** non si può demandare alle singole Regioni la scelta di quali apparecchiature e conseguentemente di quali esami diagnostici possano essere effettuati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta perché tutto ciò potrebbe produrre difformità da Regione e Regione creando, di fatto, "una situazione assurda".

► L'analisi del decreto

FederAnisap entra nel merito della questione analizzando il documento siglato dal Ministro della Salute.

"L'emanazione di questo decreto - si legge nel comunicato di FederAnisap - ci obbliga, in quanto Associazione delle Strutture di Specialistica Ambulatoriali, ad esporre le seguenti considerazioni che ci auguriamo, possano essere valutate dal Ministero della Salute e dalle Regioni. Abbiamo sempre sostenuto che, in seguito all'invecchiamento della popolazione e al progressivo aumento delle patologie croniche, è indispensabile ed urgente un potenziamento dell'assistenza territoriale ed è nostra convinzione che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta debbano avere un ruolo centrale nell'assistenza territoriale prendendosi in cura i propri pazienti, ma stabilendo collegamenti costanti ed agevoli con tutte le strutture operanti nel territorio".

Dopo la doverosa premessa la Federazione sottolinea che attualmente è obbligatorio che la quasi totalità delle prestazioni strumentali siano effettuate da medici specialisti e la possibilità data alle Regioni attraverso questo decreto non solo modifica tale situazione, ma potrebbe farlo in maniera difforme sui vari territori. Inoltre, in merito alla possibilità di utilizzo di strumenti di telemedicina senza "nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica" non solo si mostra scettica: "Abbiamo difficoltà a capire come si possa attuare questa

forma senza oneri aggiuntivi per la finanza pubblica", ma tiene a precisare che "la telemedicina può essere di aiuto negli studi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ma per esami che non richiedono l'esecuzione direttamente dal medico che poi referta l'esame (esempio più eclatante è l'ecografia)".

"Cogliamo questa occasione - conclude FederAnisap - per ribadire che i provvedimenti presi dall'attuale Governo sulla Sanità Pubblica, pur avendo avuto qualche modesto effetto, non hanno contribuito minimamente a diminuire le liste di attesa le quali, anzi, continuano ad aumentare, anche se in misura minore, e che resta invariato il numero di pazienti che si pagano di tasca propria le prestazioni e quelli che rinunciano ad effettuare le prestazioni che gli sono state prescritte. Ribadiamo che per ridurre le liste d'attesa, che, lo ricordiamo, si sono formate in questi ultimi anni in quanto la domanda di prestazioni aumentava costantemente e quando, purtroppo, l'offerta non poteva aumentare per il blocco dei finanziamenti, l'unica possibilità sta in un finanziamento straordinario, limitato nel tempo, che consenta da subito di erogare un numero di prestazioni maggiori, soprattutto per quelle prestazioni che hanno tempi di attesa più lunghi. Noi, Strutture di Specialistica Ambulatoriale, siamo sempre disponibili ad effettuare le prestazioni che ci verranno richieste".

2020: Odissea nello spazio... ambulatoriale dei Mmg

Genera alcune perplessità la firma da parte del ministro della Salute del decreto attuativo sulla dotazione degli studi medici di famiglia e pediatri di strumenti di diagnostica di primo livello. Ci si chiede se tale provvedimento, anelato in tempi non sospetti dai medici delle cure primarie, non sia ora controproducente visto che si inserisce in un contesto sanitario che non ha realizzato i prodomi fondamentali di una riforma efficiente dell'assistenza territoriale che si radica nella contiguità operativa tra ospedale e territorio e viceversa

Alessandro Chiari

Segretario Regionale Fismu Emilia Romagna

Sulla dotazione di strumenti diagnostici negli studi dei Mmg e sulla firma del recente decreto attuativo, in base a quanto letto, ma anche per quanto riferitomi direttamente dai Colleghi, non posso che, in linea con la maggioranza dei pareri raccolti, essere molto perplesso, se non addirittura contrario al disegno ministeriale. Quindici anni fa anche Noi e tanti altri Mmg avevamo pensato che tale possibilità fosse la prospettiva inevitabile di un futuro immediato che vedesse questa opportunità diagnostica come la naturale e necessaria evoluzione territoriale per potenziare l'assistenza di primo livello e di conseguenza anche lo studio degli Mmg. Tuttavia questa prospettiva, per essere realizzata, avrebbe dovuto prevedere una serie di trasformazioni strategiche nell'assistenza territoriale. *In primis*, la possibilità di avere un territorio forte che non può essere disgiunta dalla realizzazione di un altrettanto sistema ospedaliero forte,

ovvero di una assistenza ospedaliera che potesse assicurare una retrovia diagnostica, operativa e riabilitativa assistenziale di alto livello. Per tale finalità c'era la necessità di realizzare un progetto attraverso cui costruire una assoluta contiguità operativa tra ospedale e territorio e viceversa. Tutto ciò, purtroppo, è restato nel limbo della teoria, lasciando al medico di famiglia l'onere di amministrare il territorio per conto delle Aziende, senza mai avere le risorse e l'appoggio opportuno. Il controllo pesante sul proprio operato, derivato da tale committenza, oltre a investire il Mmg di un eccesso di 'responsabilizzazione' ha reso l'esercizio della professione sempre più difficile e alterato in negativo il rapporto fiduciario con i pazienti.

► Rimostranze

Diciamo pure che il decreto firmato dal ministro destinerebbe la strumentazione diagnostica al cittadino sul territorio mediante gli ambulatori dei Mmg. Crediamo di

essere tutti d'accordo con il fatto che sia necessario salvaguardare il Ssn e di non abbandonare i cittadini al privato, ma il vero problema è come assicurare ciò. Portare a livello territoriale una diagnostica complessa sia in termini di tempo sia di formazione, e che comunque rimarrebbe non refertabile, non sembra però una mossa intelligente. Certo il buon Speranza pensa di garantire una appropriata presa in carico delle patologie croniche della fragilità mediante l'erogazione delle attività diagnostiche collegate a piani assistenziali. Ciò per evitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso e ridurre così le liste di attesa con una maggiore intensità diagnostica. Purtroppo bisogna fare i conti con il fatto che l'evoluzione della medicina territoriale sta sempre di più dissolvendo quel peculiare rapporto, basato sulla fiducia, tra il medico ed il "suo" paziente e viceversa.

La società ed i parametri che la regolano sono in continua evolu-



zione e la velocità con cui si manifesta questa rivoluzione sociale è oltremodo impressionante e, di pari passo, i concetti di salute e benessere subiscono continue trasformazioni. Anche la percezione che il cittadino ha della sanità e del medico di famiglia è in continuo mutamento, ma soprattutto è il modo di comunicare tra medico e paziente che sta cambiando. Forse sono queste le strategie su cui bisognerebbe lavorare, spostando l'attenzione sul cambiamento del rapporto medico-paziente in base all'evoluzione delle stesse figure coinvolte nel processo della scelta e conferma del medico nella prospettiva evolutivista delle nuove forme e tecnologie comunicative.

► Il genio della lampada

La nostra opinione è che il Ministro Speranza, alla pari con i suoi poco incisivi predecessori, dimostra di non conoscere assolutamente il sistema delle cure primarie e che abbia imboccato, certamente mal consigliato dai soliti e pesanti *influencer*, una direzione che porta ad una strada non percorribile da parte dei medici di medicina generale. È una questione di tempo. I medici di famiglia vivono ogni giorno una battaglia territoriale, ma manca soprattutto il tempo per poterla combattere se non sacrificando affetti, salute e la propria vita. Ogni giorno dobbiamo far fronte a continue richieste inappropriate, frutto di un eccesso di medicalizzazione (*disease mongering*) e la dotazione di strumenti diagnostici nei nostri studi di fatto finirebbe per amplificare le richieste inevitabili ed incongrue dei nostri pazienti. Caro Ministro non siamo in grado,

stante così le cose, di far fronte a questo ulteriore debito lavorativo. Sappiamo che la tecnologia non si paga da sola; i nuovi strumenti diagnostici attirerebbero ancora di più il cittadino verso lo studio dei Mmg, creando un ulteriore appesantimento lavorativo in un ambiente che ha già passato la linea rossa della sopravvivenza. Se lo strumento tecnologico è l'*hardware* è altrettanto sicuro che per farlo funzionare serve il Mmg che lavori come un *software*, mettendo a disposizione quell'ulteriore tempo personale e clinico che pesa sulla pelle stessa del medico. Inoltre bisogna tenere in conto che la tecnologia invecchia rapidamente, rischiamo quindi l'acquisto di strumenti tecnologici che possono diventare obsoleti ed inutili nel giro di pochissimo tempo. Le cure territoriali, a 40 anni dall'istituzione del Ssn evidenziano sicuramente la loro 'inadeguatezza' e la necessità di un nuovo preciso progetto: da qualche anno a questa parte, il tema dominante, è stato sempre quello della mancanza di fondi a cui si è risposto attraverso l'aumento continuo della responsabilizzazione dei medici di famiglia. Quel poco che è cambiato dal punto di vista contrattuale è stato condizionato più dalle scadenze elettorali che da un vero progetto assistenziale/sanitario o da esigenze professionali e di categoria. Quindi, ancora una volta, la sanità è stata asservita alla politica mentre il buonsenso, e forse anche il comune senso del pudore, vorrebbero che accadesse il contrario. Anche con quest'ultima geniale pensata non si disegna un progetto, o degli obiettivi reali, ma un percorso talmente appros-

simativo da rappresentare un pericolo per lo spazio che lascia alle differenti interpretazioni che ne possono scaturire. Il territorio richiede soprattutto risorse umane, ci vogliono più medici, ci vuole più forza lavorativa.

► Sul territorio ci siamo Noi

Noi, che lavoriamo sul territorio come medici di medicina generale, sosteniamo una sorta di conflitto quotidiano nel confronto diretto con il paziente. Il paziente, stressato dal lavoro e dalla crisi sociale ed economica è assetato di 'sanità' e spesso non comprende la restrizione normativa in cui è costretto ad operare il suo medico di famiglia. Questi ulteriori carichi lavorativi, che crediamo siano più adatti alla politica dettata dagli slogan piuttosto che da una *realpolitik*, non risolvono il problema dell'assistenza primaria, ma rendono sempre più impossibile il tentativo di lavorare bene con efficienza ed efficacia da parte del medico di famiglia. Non si può fronteggiare la criticità delle liste d'attesa spostando lavoro diagnostico sul territorio e soprattutto nell'ambulatorio del medico di medicina generale.

È inutile fare progetti eclatanti se non si riesce a capire che il vero *brand* del territorio, il valore aggiunto è quel lavoro che la figura professionale incarnata dal Mmg è in grado di offrire cioè quel processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo, attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente. Un processo che è attualmente in crisi e che altera ruolo e funzione dei Mmg sul territorio da cui bisognerebbe ripartire.

Serve un Tavolo sulla prescrizione farmaceutica che coinvolga i medici

Non si possono escludere i medici dai processi decisionali sul farmaco e soprattutto, c'è la necessità di sanare un vulnus con i Mmg riconoscendogli la 'titolarità' di prescrizione anche dei farmaci innovativi. È questo in sintesi l'appello lanciato dalla FNOMCeO e dalla Fimmg al nuovo DG Aifa, Nicola Magrini

Subito dopo la notizia della nomina di **Nicola Magrini** a direttore generale dell'Aifa, la FNOMCeO non si è limitata a inviare gli auguri di rito di buon lavoro, ma li ha accompagnati con un appello inoltrato in precedenza anche al presidente del CDA dell'Agenzia Italiana del Farmaco, quello di aprire un Tavolo sulla prescrizione che coinvolga i medici in tutti i processi decisionali sul farmaco. Anche gli auguri inviati dalla Fimmg sono stati accompagnati da una rivendicazione relativa al riconoscimento ai medici di famiglia di poter prescrivere i farmaci innovativi.

“La prescrizione è una delle espressioni più alte e complesse della professione medica - ha dichiarato il Presidente della FNOMCeO **Filippo Anelli** - perché compendia e sintetizza l'anamnesi, la diagnosi, il consenso informato e la terapia. Per questo la Legge la affida al medico, e il Codice di Deontologia ne reitera l'autonomia, la libertà, l'indipendenza, esortando il professionista a valutare l'applicabilità di raccomandazioni e linee guida al caso specifico. Ed è proprio in quella valutazione dell'applicabilità al caso specifico, alla quale è presupposto la diagnosi e della quale è

strumento la relazione di cura, che si gioca la differenza tra essere scienziato, essere politico, ed essere medico. Per questo ribadiamo ancora una volta l'appello a coinvolgere i medici nei Tavoli dell'Aifa: non si può parlare di farmaco in assenza dei professionisti deputati alla diagnosi e alla prescrizione. Il rischio è quello di una medicina amministrata, che ritenga sinonimi appropriatezza e risparmio economico. La vera appropriatezza sta invece nel trovare il farmaco giusto al momento giusto per il paziente giusto, oltre che nell'educazione dei cittadini a un uso corretto dei medicinali: quello che i medici italiani fanno ogni giorno”.

► L'appello della Fimmg

L'augurio inviato al nuovo Direttore generale dell'Aifa da parte del segretario nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti** è stato accompagnato da una sottolineatura riguardante i veti prescrittivi a cui sono soggetti i medici di medicina generale.

“La sua nomina arriva in un momento di profonda trasformazione del quadro epidemiologico della nostra popolazione - ha evidenziato Scotti - che rende necessario

reformare l'assetto territoriale del Ssn con particolare riguardo al potenziamento delle Cure Primarie e del ruolo del medico di famiglia. Per questo sottolineo ancora una volta la necessità per il medico di medicina generale di poter prescrivere farmaci innovativi nel trattamento delle patologie croniche (diabete, cardiopatie, patologie respiratorie croniche, osteoporosi) di maggiore prevalenza nella popolazione. Questo aspetto rappresenta l'anello mancante dopo il finanziamento dei dispositivi per la diagnostica di primo livello, messo a disposizione dall'ultima legge di bilancio. Prescrizione dei farmaci e diagnostica di studio rappresentano, infatti, un combinato disposto indispensabile per dare forza ed efficacia alle cure territoriali”.

“La nostra parte sulle vaccinazioni l'abbiamo fatta - ha sottolineato Scotti - e, con il rinnovo dell'Acn in discussione al tavolo di trattativa con le Regioni, ci proponiamo di moltiplicare la presenza negli studi medici di collaboratori di studio e infermieri. Il farmaco rappresenta l'anello mancante, senza il quale la catena di continuità tra cure specialistiche e cure primarie non potrà essere completata”.

Presenza in carico cronici: il Tar della Lombardia respinge il ricorso sindacale

Il Tribunale Amministrativo Regionale (Sezione Terza) si è pronunciato definitivamente sul ricorso contro la Regione presentato dal Sindacato Italiano Medici del Territorio della Lombardia rigettandolo e dichiarandolo inammissibile. Nella sentenza si sottolinea che, nella 'nuova' presa in carico dei pazienti cronici, non si ledono la centralità e le competenze dei medici di medicina generale

È stato deluso dal recente pronunciamento del Tribunale Amministrativo della Lombardia l'auspicio del Sindacato Italiano Medici del Territorio (Simet) lombardo di ottenere un'ordinanza dal Tar capace di mettere la parola fine al contenzioso con la Regione in merito alla riforma della presa in carico dei pazienti cronici, ritornando così nel perimetro delineato dalle leggi nazionali.

► Le competenze dei Mmg non sono inficiate

"La figura del medico di medicina generale non viene affatto erosa nelle proprie competenze né lesa nella propria professionalità, essendo invece attore centrale di un complesso modello organizzativo in cui l'integrazione dei diversi livelli di erogazione delle prestazioni è volta a garantire l'obiettivo della prevenzione e della continuità di cura del paziente cronico e/o fragile". È questo un punto saliente delle motivazioni con cui la Terza Sezione del Tribunale Amministrativo della Lombardia ha rigettato il ricorso introduttivo e quelli aggiuntivi presentati dalla sezione lombarda del Sindacato Italiano Medici del Territorio (Simet).

► Un ricorso inammissibile

Il ricorso è stato dichiarato anche inammissibile in quanto "diversi medici iscritti al sindacato ricorrente hanno aderito, fin dall'esordio (ovvero a seguito della adozione della DGR 6551/2017), al nuovo modello gestionale, manifestando dunque un interesse contrario a quello azionato con il presente giudizio dal sindacato di appartenenza".

"Le associazioni di categoria come si legge sul sito <https://www.giustizia-amministrativa.it/> che approfondisce la sentenza del Tar della Lombardia - sono legittimate a stare in giudizio solo quando venga invocata la lesione di un interesse omogeneo comune all'intera categoria e non anche quando si verta su questioni concernenti singoli iscritti ovvero su questioni capaci di dividere la categoria in posizioni contrastanti l'interesse collettivo dell'associazione, infatti, deve identificarsi con l'interesse di tutti gli appartenenti alla categoria unitariamente considerata e non con gli interessi di singoli associati o di gruppi di associati, non potendo l'associazione agire laddove vi sia disomogeneità delle posizioni al suo interno".

► Il commento del sindacato

Il Simet lombardo incassa la sentenza, ma sottolinea che malgrado ciò "le battaglie giudiziarie del Simet e di altri sindacati di categoria hanno già prodotto due importanti risultati inerenti alla modifica del DRG:

- la libertà per il medico di famiglia di aderire o meno al progetto regionale;
- la possibilità di farlo senza essere costretto ad aderire a cooperative di dubbia utilità.

Credendo nell'irrinunciabile ruolo del Sindacato nella difesa di un Ssn pubblico, sostenuti dalla maggioranza dei medici di famiglia e incoraggiati da 3 milioni di cittadini lombardi affetti da patologie croniche che non hanno aderito al modello di presa in carico proposto dalla regione, contesteremo gli aspetti di illegittimità che permangono nella riforma davanti al Consiglio di Stato".



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF della Sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale Lombardia

La compassione organizzativa nel settore sanitario

Chi lavora nella sanità deve saper trattare con cortesia, rispetto e compassione non solo i pazienti ma anche i colleghi e i dipendenti. Soffermandosi in particolare su formazione, gestione delle risorse umane e stile di leadership, gli Autori indicano quali politiche aziendali promuovono la compassione organizzativa nel settore sanitario

Stefano Alice - *Medicina di Famiglia, ASL 3 - Regione Liguria* • **Marina Elvira Botto** - *Geriatrica, ASL 3 - Regione Liguria*

Come medici siamo chiamati a riconoscere ed alleviare la sofferenza dei nostri pazienti. Specie se investiti di responsabilità manageriali, non possiamo restare indifferenti rispetto ad un altro tipo di sofferenza, quella che si incontra nell'organizzazione sanitaria in cui lavoriamo. Curare è impegnativo sia sotto il profilo fisico, che sotto quello mentale ed emotivo. Farlo con risorse inadeguate sta diventando la norma ed è logorante. Ci si incattivisce. Discordia, contrasti, scortesia si diffondono tra il personale. Dai dispetti reciproci a veri e propri atti di bullismo il passo è breve. L'ambiente di lavoro diviene tossico.

La qualità dell'assistenza e l'attenzione ai bisogni dei pazienti sono messe a rischio. La contromisura sta nell'estendere la nostra capacità di compassione dai nostri pazienti ai nostri colleghi e dipendenti. A livello organizzativo vanno escogitate politiche che favoriscano relazioni individuali compassionevoli tra il personale delle aziende sanitarie ovvero che promuovano quella che gli studiosi del *management* definiscono "*organizational compassion*".

I cardini delle politiche volte a favorire la compassione organizzativa sono rinvenibili nella formazione e gestione delle risorse umane e nello stile di *leadership* adottato. La formazione in sanità è fondamentale a tutti i livelli (individuale, relazionale ed organizzativo) per il ruolo che riveste nella genesi, nel mantenimento e nello

sviluppo delle conoscenze, delle capacità e degli atteggiamenti delle persone.

La stessa percezione di aver avuto una carriera di successo è influenzata, oltre che dalla retribuzione e dal livello gerarchico raggiunto, dal sentirsi importanti, perché considerati degli esperti in ragione delle proprie conoscenze e, soprattutto, delle competenze sviluppate.

► Formazione del personale

Le organizzazioni sanitarie devono preoccuparsi di offrire importanti e prestigiose occasioni di formazione al loro personale, proprio perché questo, caratterizzandosi per alta cultura ed importanti competenze tecnico-professionali, si affeziona all'azienda e le si fidelizza, se avverte attenzione per i suoi forti bisogni di crescita personale.

La formazione ha una interessante caratteristica quella di essere al contempo uno strumento per raggiungere gli obiettivi ed una ricompensa per esserci riusciti. Se il personale ha una precisa percezione di questo aspetto la formazione diviene una leva strategica per promuovere la *Organizational Compassion*. Per ribadire in maniera incessante che cortesia, gentilezza, rispetto, empatia e compassione sono imprescindibili nel rapporto coi pazienti e con gli altri dipendenti dell'azienda sanitaria, perché è proprio da queste *soft skills*, che dipendono fortemente sia il clima aziendale che l'efficacia terapeutica. Il filosofo Ar-

thur Schopenhauer, parlando nel suo libro "Parerga e paralipomena" (1851) del nostro comportamento verso gli altri, afferma che "la cortesia è per la natura umana quello che è il calore per la cera". Per farla breve bisogna riscoprire l'importanza di comportarsi sul lavoro secondo quelle che una volta si chiamavano le buone maniere. Bisogna tornare ad insegnare la buona educazione.

• Lavoro in team e momenti ricreazionali

Per favorire l'instaurarsi di un clima aziendale positivo, di buone relazioni tra il personale è necessario cogliere e valorizzare le opportunità di interazione. Si comincerà ovviamente dal lavoro in *team*, ma non va trascurata l'importanza dei momenti ricreazionali, culturali e sportivi, che talora possono prevedere anche il coinvolgimento delle famiglie. Meglio se si tratta di iniziative spontanee, che da parte dell'azienda richiedono comunque una azione di stimolo, consistente in un contributo organizzativo e finanziario, nella messa a disposizione di spazi adeguati ed in una supervisione, che ne garantisca la coerenza con i valori e la finalità dell'azienda sanitaria.

► Aspetti economici e gestione delle risorse umane

Una organizzazione aziendale sanitaria, il cui fine ultimo dovrebbe essere alleviare la sofferenza, per quanto la scienza medi-

ca le permette, a favore del maggior numero di persone possibile e farlo in un modo economicamente efficiente, dovrebbe cercare di legare, almeno in parte, la retribuzione alla valutazione delle prestazioni. È altresì rilevante che il personale non si senta sottopagato, perché chi si sente vittima di iniquità tende a contribuire il meno possibile al raggiungimento degli obiettivi aziendali. In un Paese come il nostro, ove la stragrande maggioranza delle prestazioni sanitarie viene effettuata dal sistema pubblico, sarebbe opportuno che il decisore politico avesse bene a mente questi aspetti e concordasse sul fatto che occorre investire di più nel capitale umano, sia dal punto di vista formativo che da quello finanziario.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale potrebbe risolvere alcune delle sue criticità se fosse possibile una gestione delle risorse umane più coerente con quanto teorizzato dall'*Health Management*.

In estrema sintesi adottando politiche più rassomiglianti a quella delle aziende che producono alta tecnologia, che non a quelle tipiche della Pubblica Amministrazione. Oltre alla formazione, a nostro avviso, i settori che più necessitano di miglioramento per promuovere la *Organizational Compassion* sono: la selezione in entrata, l'utilizzo di incentivi, la gestione e lo sviluppo delle carriere.

► Modello National Health Service

Il National Health Service (NHS) del Regno Unito, sul quale è modellato il nostro Servizio Sanitario Nazionale (sin dalla sua fondazione nel 1978, pone alla sua base sei valori, le famose "6Cs": *Care, Compassion, Communication, Courage, Competence, Commitment* (presa in carico, compassione, comunicazione, coraggio, competenza, impegno). Il principale obiettivo che si è posto negli ultimi anni, anche alla luce di alcuni *outcomes* di salute ritenuti insoddisfacenti (crisi di risultati), è una vera e propria *mission*, che consiste nel fornire una assistenza, che sia sempre più compassionevole e di alta qualità (*high quality compassionate care*).

La strategia per raggiungerlo, colmando il gap esistente rispetto alla situazione desiderabile, è complessa, è di lungo termine, è basata su una pianificazione che viene periodicamente riadattata ed implica un cambiamento che riguarda l'intera organizzazione (*Organizational Compassion*); è significativo che sia stata denominata "Compassion in Practice Strategy". Enunciando una strategia, facendola conoscere, ribadendola continuamente, favorendo la comprensione da parte del personale dell'obiettivo generale verso cui si muove il NHS, si è conferito un più profondo significato agli obiettivi specifici ed alle azioni che i singoli devono compiere perché siano raggiunti, aumentando il grado di motivazione del personale. Le principali leve di cambiamento, oltre al ridare vigore ai valori fondanti del sistema attraverso una profonda riflessione culturale, consistono nella formazione ed in un particolare stile di *leadership*, che viene definito *compassionate management*.

Si può affermare che i risultati aziendali ottenuti dipendono sia dalla strategia adottata che dal modo in cui essa viene messa in pratica, che a sua volta dipende sia dalla capacità dei valori che l'hanno ispirata di spingere le persone ad agire che dalla qualità del management.

• Caratteristiche del management

Le caratteristiche che più sostanziano il *compassionate management* consistono, a nostro avviso, in una buona conoscenza del comportamento umano, nell'attenzione prestata al clima aziendale, nel ritenere importante che le proprie decisioni siano ritenute eque, nel continuo impegno a diffondere i valori aziendali, rafforzando i comportamenti con essi coerenti. Sicuramente il modo di operare del *management* cambia a seconda delle dimensioni dell'azienda, della sua specificità e delle condizioni di contesto. Ma in ambito sanitario un buon *management* non può fare a meno di nessuna delle caratteristiche principali che consentono di qualificarlo compassionevole (*compassionate*).

La percezione del ruolo manageriale tipica dei fautori del *compassionate management* è quella di chi sostiene il primato delle competenze gestionali (saper delegare, decidere, negoziare, motivare il gruppo) su quelle, pur importanti, strettamente tecniche.

Si tratta di una concezione in linea con quella tradizionale anglosassone che tende a vedere nel manager più un *leader*, con forti componenti relazionali che non un esecutore, più un facilitatore che un *boss*, in altre parole il promotore di una "*leadership diffusa*", che favorisce l'assunzione di responsabilità da parte dei suoi collaboratori, che sa tirarsi indietro per lasciare loro spazio, insomma che non è un onnipotente Giove tonante.

Il *compassionate management* vede nel continuo richiamo all'eticità dei comportamenti la premessa necessaria alla costruzione di quelle relazioni di fiducia, sia all'interno che all'esterno dell'azienda, che ne rappresentano uno dei principali obiettivi. Per il *manager* che fa suo l'approccio compassionevole "come fare" non conta meno di "cosa fare".

L'importanza data alla relazione di fiducia coi collaboratori, implica favorire la loro massima libertà di espressione, stimolando così il confronto tra idee diverse e, quindi, l'apertura al cambiamento. Ci piace notare che la parola compassione e l'aggettivo compassionevole, ritornano costantemente quando si parla dei valori basilari per il NHS, della sua *mission*, della strategia per raggiungerla, dell'approccio manageriale per metterla in pratica e dello stile di *leadership* che lo contraddistingue. Ci sembra molto opportuno, perché indica relazioni di coerenza tra tutti questi aspetti e, soprattutto, perché il riferimento alla compassione è particolarmente adeguato alle aziende sanitarie, che sono caratterizzate dal loro forte ruolo sociale.

Inoltre richiamare continuamente la compassione, parlando di salute e di sanità, significa ribadire che, almeno in questo ambito, l'etica non deve essere mortificata per esigenze di bilancio.

Il medico paziente e la Medicina Generale incentivata

Diario notturno di una aritmia parossistica

Una situazione personale per descrivere in realtà la parabola del medico di medicina generale e chiedersi il senso di una professione sempre più difficile e di come vengono calcolate e rendicontate le sue attività e, di conseguenza, gli emolumenti

Luigi Casadei - Medicina Generale, Riccione (RN)

Ho un brevetto da sub, ma pratico volentieri l'apnea.... Anzi, la *dispnea*. Venerdì ho fibrillato tutto il giorno. Mi sono svegliato verso le sette e trenta, il nodo alla gola e un senso di inopinata fatica, già nei primi blandi sforzi per alzarsi. Avanti così, fino alle 9.30 del mattino successivo malgrado la terapia presa. Non è agevole lavorare durante un episodio di FA parossistica. Spesso manca il fiato e bisogna arrendersi a un cuore che batte dappertutto, in modo incoerente, troppo rapido e disordinato, per uno che non sta correndo i cento metri piani. Durante la crisi, per non dargliela vinta, appena riesco, mi faccio qualche chilometro a piedi di buon passo. Almeno gli offro un valido motivo per andare tanto in fretta. Perciò all'una e quindici di sabato mattina, complice una bella luna quasi piena, per 45 minuti ho passeggiato svelto nei quartieri attorno a casa mia. Poi sono andato a letto. E ho dormito male. Nel dormiveglia mi tastavo continuamente il polso. La "cosa" si ripete ormai tre quattro volte al mese, ma stavolta è stata lunga. Da circa 3 anni assumo Apixaban, 5 mg 2 volte al giorno.

Il mio rischio di stroke ischemico è stimabile intorno 2,2% all'anno e, per quanto concerne la possibilità di ictus emorragico, non voglio sapere. A volte penso... Ecco: già col verbo *pensare* mi trovo quasi a disagio. Comunque penso: quando mi sveglierò domattina, sarò ancora un essere senziente? Sono elucubrazioni fugaci. Però, ammetto, vivo un po' "alla giornata". Crede temi: bisogna essere molto organizzati e programmare tutto davvero bene, per vivere alla giornata. Supponiamo perciò che io sia pronto. Allora mi chiedo: camminando nel mondo, ho lasciato qualche impronta di questo passaggio? Cosa ricorderanno di me?

► Era un bravo dottore...

"Era un bravo medico: compilava le schede del Diabete, i calendari delle TAO; eseguiva le visite domiciliari programmate e le ADI; non disdegnava le PIPP e inviava regolarmente i report entro il dieci del mese successivo; invitava i suoi pazienti a usufruire dei Servizi Ospedalieri nell'ambito della nostra Ausl; telefonava sempre ai Colleghi ospedalieri, prima di inviare un'urgenza; rispettava i turni

in H9; era piuttosto assiduo ai corsi di Aggiornamento dell'AUSL, cui partecipava diligentemente, ponendo spesso domande sensate ai Relatori; praticava le vaccinazioni; era attento nelle prescrizioni dei farmaci; pur se "dematerializzate", stampava oltre l'80% delle ricette al computer; rifuggiva l'Off-Label e indirizzava i pazienti verso terapie a base di molecole 'genericate'; era ben inserito in una medicina di gruppo; partecipava con vivo interesse alle riunioni di Nucleo Primario; rispondeva pazientemente al telefono e teneva in ordine la scrivania... Nel suo ambulatorio non mancava una bella foto in bianco e nero di lui, sua moglie, i due figli".

► Una professione a cottimo

A parte le ultime, essenziali voci di questo elenco, tutte le altre sono frutto di zelanti accordi sottoscritti dai nostri sindacati. I quali hanno ritenuto opportuno contribuire a frantumare un legittimo e giusto compenso in decine di opprimenti-insulse mansioni che, in sostanza, ci rendono dipendenti da un modo inappropriato e cottimista di essere Medici.

Seguire il diabetico, fornire supporto e direttive a chi assume il warfarin, praticare le vaccinazioni, assistere in modo costante e particolare il cronico e l'anziano, sono mie funzioni specifiche, compiti miei propri. Ma perché dovrei avere un 'premio', al posto di un: 1- onnicomprensivo, 2 - appropriato, 3 - corretto, 4 - doveroso, 5 - equanime 'riconoscimento pecuniario' per tutto quello che quotidianamente svolgo e che rientra nel perimetro della mia professione?

Per ognuna delle mansioni sopra descritte, invece, è calcolato un 'valore' arbitrario. La retribuzione mensile del medico di medicina generale risulta, per una parte cospicua, dalla somma di un mezzo

euro qua, un euro là, il 75 per cento per una scheda diabete con visita annuale, il 100 per cento se si effettuano una valutazione annuale più una semestrale e, colpo di scena, un'aggiunta a sorpresa, se si incrementano le proprie schede diabete del 10 per cento per l'anno in corso. Poi vengono l'indennità informatica, quella per la medicina di gruppo, ecc. ecc. Categorie che non seguono un criterio clinico, ma una logica 'commerciale' o eterodiretta da interessi differenti, rispetto all'atto di diagnosi e cura che dovrebbe orientare il nostro agire. Una logica 'altra', che noi siamo costretti a introiettare e assorbire, se vogliamo una busta paga non decurtata.

► Perdita di identità

Questo modo di intendere la nostra identità e le nostre funzioni, ci ha reso medici ammaestrati, pronti a scambiare questi obiettivi per un dovere professionale (che ha invece sostanza e modalità diverse). Ci ha confuso e reso duttili, anziché fermi nei nostri propositi; ci ha fatto guardare altrove, anziché i nostri pazienti e, alla fine, renderà incomprensibili le pur flebili tracce che pensavamo di lasciare al mondo, come depositari di un millenario carisma, di un ancestrale privilegio che pone al centro del suo interesse la cura degli uomini. E noi? Ci siamo accorti di quando siamo diventati medici di medicina generale incentivata?

Le Gravi Mancanze dei Medici di "Base"...

di Luigi Casadei



BUONGIORNO,
SONO IL SUO
NUOVO MEDICO...

*(Si stima che nel 2030 mancheranno all'appello
20.000 Medici di famiglia)*

Il sistema sanitario italiano: sfide e opportunità

Secondo i dati di un indagine presentata di recente a Roma durante la prima edizione di "Outlook Salute Italia 2021 - Prospettive e sostenibilità del Sistema Sanitario, il giudizio complessivo degli italiani sul nostro sistema sanitario è positivo anche se la condizione economica delle famiglie risulta decisiva per il ricorso ad alcune cure, principalmente visite specialistiche e diagnostica strumentale. Un fenomeno che desta preoccupazione circa la tenuta dell'universalità del nostro sistema soprattutto se sommato alla criticità emersa dall'indagine sui tempi di attesa e sull'attitudine a viaggiare per ricevere le cure necessarie in tempi idonei

Si è svolto di recente a Roma la prima edizione dell'evento Deloitte "Outlook Salute Italia 2021 - Prospettive e sostenibilità del Sistema Sanitario" curato da Guido Borsani, Senior Partner Deloitte e Government and Public Services Industry Leader dell'area Central Mediterranean (Italia, Grecia, Malta) e patrocinato da Amcham (American Chamber of Commerce in Italy).

Obiettivo dell'incontro è stato stimolare una riflessione sulle opportunità e sulle sfide del nostro Sistema Sanitario Nazionale, uno dei più efficienti al mondo, iniziando i lavori con la presentazione di una ricerca demoscopica realizzata da Deloitte, basata su oltre 3.500 interviste effettuate sul territorio nazionale, mirata a verificare se e come le numerose dinamiche che stanno interessando il settore stanno modificando abitudini e modalità di fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini.

L'evento si inserisce nel contesto del progetto Impact for Italy di Deloitte, con cui il network di servizi professionali vuole posizionarsi sempre di più come attore di cambiamento per l'Italia, con la *mission* di favorire e sostenere processi di crescita sostenibili e duraturi per la collettività, per le imprese e le Istituzioni.

► Le valutazioni

Dallo studio emerge una fruizione delle prestazioni sanitarie distribuita presso tutta la popolazione na-

zionale, per lo più concentrata su esami di laboratorio (66%) e visite da medico di famiglia e pediatra (64%). Dalle analisi si rileva che la condizione economica delle famiglie risulta decisiva per il ricorso ad alcune cure, principalmente visite specialistiche e diagnostica strumentale (come ecografie, radiografie, TAC), il cui utilizzo è maggiore presso coloro che dichiarano un reddito elevato (ad esempio, le visite specialistiche negli ultimi tre anni sono state effettuate dal 50% di coloro che dichiarano un reddito basso, e dal 60% di coloro che dichiarano un reddito elevato).

L'indagine fa emergere anche un dato importante relativo alle prestazioni mediche, in quanto più di un quarto del campione afferma di essere stato costretto a rinunciare a cure nell'ultimo anno per motivazioni economiche (29%), quota che raggiunge oltre un terzo dei rispondenti residenti al Sud e nelle Isole (36% al Sud; 40% nelle Isole).

In questo contesto tuttavia, il giudizio degli italiani sul Sistema Sanitario registra *performance* positive: il voto medio dato al Sistema Sanitario Nazionale è sufficiente (6,3 su una scala da 1 a 10) e il voto medio assegnato alla Sanità Privata si colloca in una fascia positiva (7,3). In particolare, sono premiati i servizi di prossimità, come il 118 (voto medio 6,8), i servizi offerti da medico di famiglia e pediatra (6,8) e i servizi aggiuntivi dispo-

nibili in farmacia (6,6). Viceversa, gli intervistati percepiscono criticità importanti legate ai tempi di attesa, che non raggiungono la sufficienza in alcun ambito indagato (il voto medio è inferiore a 5 per tempi di attesa relativi a ricoveri ospedalieri, diagnostica e visite ambulatoriali), e soprattutto, denotano un peggioramento nel corso dell'ultimo anno.

► Polizze, turismo sanitario e digitalizzazione

L'ampio studio condotto da Deloitte ha esplorato molteplici aree di interesse del settore sanitario italiano, quali, tra gli altri, la diffusione delle polizze assicurative salute, la mobilità intrapresa per cure mediche, e la percezione dell'innovazione digitale del settore.

Le polizze salute risultano note alla popolazione italiana, anche se solo un rispondente su cinque dichiara di averne sottoscritto una. Emerge infatti un problema di diffidenza come barriera alla sottoscrizione: il 49% di coloro che non hanno una polizza salute non sono intenzionati all'acquisto, principalmente a causa di costi troppo elevati (44%) e perché non ne avvertono l'esigenza (30%). Viceversa, la soddisfazione presso coloro che hanno già sottoscritto una polizza assicurativa salute appare pienamente positiva, in quanto il 76% dei clienti attuali consiglierebbe la sottoscrizione ad amici e parenti.

Un'ulteriore tematica rilevante per il comparto sanitario è legata al turismo sanitario. Dalla survey emerge che nell'ultimo triennio, circa un terzo degli italiani si è spostato dalla propria regione. La mobilità sanitaria è stata effettuata principalmente verso altre regioni italiane (72% tra coloro che hanno

viaggiato per motivi di salute) per visite specialistiche o ricoveri ospedalieri. In questo contesto, i principali *driver* che hanno spinto i pazienti a viaggiare sono ricondotti alla ricerca di strutture o medici specifici, all'esigenza di una migliore qualità delle prestazioni, e a causa degli eccessivi tempi di attesa.

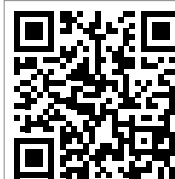
Infine, l'innovazione digitale è stata esaminata attraverso una duplice prospettiva, sia in merito alla percezione dell'attuale offerta, sia relativamente alle abitudini dei pazienti. Secondo gli intervistati, la digital *transformation* in ambito sanitario appare ancora limitata: la valutazione delle competenze digitali degli operatori sanitari in Italia è "buona" o "ottima" per circa un terzo dei rispondenti (29%), e il livello di digitalizzazione del comparto sanitario è inferiore ad altri settori per il 38% dei partecipanti.

Dall'altro lato, poco più della metà della popolazione conosce il Fascicolo Sanitario Elettronico (59%) e l'utilizzo digitale dei servizi sanitari appare ancora circoscritto: poco più di un terzo del campione ha ricevuto un referto medico via e-mail (37%) o ha prenotato online una prestazione sanitaria (35%). Infine, solo l'8% ha fruito di servizi di telemedicina, quota inferiore rispetto a quanto registrato a livello globale (dal 13% al 29%).

"I risultati della ricerca confermano il posizionamento del Ssn riconosciuto come uno dei migliori a livello globale, in quanto il giudizio complessivo restituito dagli italiani è positivo" commenta **Guido Borsani**, Senior Partner Deloitte e Government and Public Services Industry Leader dell'area Central Mediterranean

(Italia, Grecia, Malta). "Emerge tuttavia un'area di grande sofferenza dettata dalla quota di pazienti che hanno rinunciato a cure mediche per motivi economici. Purtroppo, con riferimento all'ultimo anno, la percentuale supera un quarto dei rispondenti. Questo fenomeno costituisce un elemento di preoccupazione circa la tenuta dell'universalità del nostro Sistema ed è ulteriormente rafforzato dalla criticità emersa sui tempi di attesa e dall'attitudine a viaggiare per ricevere le cure necessarie in tempi idonei" continua Borsani.

"Oltre a questi temi, il campione ha anche espresso il timore di dover fare ricorso sempre di più in futuro a fonti proprie di finanziamento per accedere alle cure. In questo contesto possono ricoprire un ruolo decisivo anche le polizze assicurative salute, la cui diffusione, ad oggi, ha ancora importanti margini di sviluppo in termini di distribuzione e offerta" aggiunge Guido Borsani. "Oltre a questi aspetti, c'è il tema della trasformazione digitale che sta impattando le dinamiche del comparto. Difficile dire quali saranno i paradigmi di cura tra qualche anno, troppe variabili stanno profondamente trasformando modelli operativi e strumenti". Tuttavia - conclude Borsani - questa trasformazione, costituisce un'opportunità fondamentale da cogliere per la futura sostenibilità del nostro Sistema Sanitario".



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il PDF Indagine Outlook Salute Italia 2021 - Prospettive e sostenibilità del Sistema Sanitario

La riorganizzazione dei Pronto Soccorso tra linee guida e realtà

Un recente servizio apparso sul Corriere Sanità, supplemento del Corriere della Sera, inerente alle indicazioni contenute nelle Linee Guida ministeriali per i Pronto Soccorso, mi ha spinto a riflettere sulla questione anche per il permanere delle gravissime difficoltà ormai croniche di questi fondamentali servizi assistenziali

Francesco Falsetti

Presidente Unione Medici Italiani (Umi)

La gravissima difficoltà in cui versa il servizio di Ps nel nostro Paese è una criticità tra le tante del nostro sistema ospedaliero che, per le ricadute che ha sul territorio, provoca gravi ripercussioni sull'intero Ssn, con conseguenze negative sui cittadini, sul personale medico e non dei servizi di Ps e non solo. Va detto subito che a oltre sei mesi dall'elaborazione delle linee guida ministeriali le stesse non hanno ancora trovato piena applicazione (ma solo parziale) da parte delle Regioni anche per quanto attiene l'OBI (Osservazione Breve Intensiva) e la disponibilità di letti dove è possibile ricoverare i malati temporaneamente. Alcune indicazioni sono interessanti, ma non so quanto realizzabili ed effettivamente in grado di migliorare l'assistenza. Anzi, sembrerebbero creare una maggiore complicazione del sistema con ulteriori gravami burocratici per il personale addetto e per i cittadini fruitori. I servizi di Ps in questi anni sono stati "tagliati", e non ci sono in ballo nuove risorse per un servizio di riferimento territoriale che garantisce durante l'intero anno, giorno e notte, prestazioni sanitarie e assistenza ai cittadini. Per

mantenere la possibilità di erogare tali prestazioni, oltre a garantire le urgenze/emergenze e l'attività di accettazione, è necessario adottare misure qualitativamente migliori rispetto ad oggi abbattendo, in primo luogo, i tempi di attesa. Porre un tetto di attesa di otto ore, come previsto nelle linee guida, non mi pare accettabile.

► Le misure necessarie

Per migliorare il servizio dei Ps c'è bisogno di misure rilevanti, ma allo stesso tempo semplici e di sicura efficacia. Tra queste, da realizzare in tempi brevi:

- 1.** L'aumento degli organici medici e non solo nei Servizi di PS e OBI. Una prima minima integrazione organica non dovrebbe essere inferiore alle 1.000 unità mediche (200 nella sola Lombardia) su base nazionale;
- 2.** Il miglioramento e ampliamento delle strutture e delle attrezzature.
- 3.** La messa in atto di misure capaci di garantire la sicurezza degli operatori anche sulle ambulanze.
- 4.** L'aumento dei posti letti per acuti negli ospedali (specie nei reparti di Medicina) che sono stati ridotti eccessivamente senza per

altro un aumento adeguato dei posti per subacuti, post acuzie, riabilitazione, ospedali di comunità, ecc.

5. Il potenziamento della Medicina Territoriale a cominciare dalla Medicina Generale, incrementando gli studi dei Mmg e della specialistica ambulatoriale, evitando sperimentazioni sui cronici, come quelle avviate in Lombardia, che di fatto tagliano le prestazioni e marginalizzano il ruolo del medico di medicina generale.

È evidente che tali misure necessitano di maggiori risorse per la sanità. Secondo alcuni analisti ad integrazione (o in alternativa) alle misure proposte si potrebbero prevedere forme di pagamento (già in passato previste) a carico dei cittadini per le prestazioni "non urgenti e/o di scarsa rilevanza clinica" con il duplice obiettivo di ridurre gli accessi in Ps e creare una forma di "autofinanziamento".

Vedremo nei prossimi mesi cosa si realizzerà anche se la sanità risente non solo di scarse risorse, ma soprattutto dell'autonomia data alle Regioni che in suo nome applicano le indicazioni normative nazionali come e quando vogliono.



Violenza domestica e abusi sugli animali

Quando gli animali vengono maltrattati, le persone vicine sono a rischio di abuso, soprattutto quelle più deboli. I medici, siano essi dedicati agli uomini o agli animali, devono sempre più essere sentinelle sul territorio, saper intercettare i segnali, farsi venire un dubbio e approfondirlo, non fermarsi al sintomo, ma cercarne la causa

Chiara Semenzato - Giornalista OMCeO, Provincia di Venezia

Medici e veterinari insieme per interrogarsi sulla possibilità che esista una correlazione tra gli abusi subiti dagli animali e i maltrattamenti. Questo è stato il tema della serata organizzata dalla Fondazione Ars Medica per conto dell'OMCeO veneziano in collaborazione con l'Ordine dei Medici Veterinari. "Le violenze sugli animali - ha sottolineato **Sandro Zucchetta** presidente dell'Ordine dei Veterinari - sono l'espressione di qualcosa di distorto che c'è nella nostra società. A queste si contrappongono tante iniziative di segno opposto: nel comune sentire delle persone nascono un'infinità di associazioni animaliste o in difesa del benessere animale... Questa è la risposta civile al comportamento brutale di cui vediamo spesso le immagini. C'è una correlazione tra abusi su animali e umani? Sì. Quando gli animali vengono maltrattati, le persone sono a rischio, soprattutto quelle più deboli. E viceversa. Non si possono sottovalutare i segnali che indicano un possibile abuso".

► Punto di vista medico

La Prof.ssa **Paola Facchin**, docente di pediatria all'Università di Padova, ha spiegato ai partecipanti come sospettare le violenze domestiche e, in caso, come intervenire. Ha raccontato, ad esempio, di una donna picchiata dal marito davanti al figlio 15enne, esente, lui, dalle botte.

"Ma quel 15enne presentava aspetti di isolamento, terrore, depressione. Era come 'congelato in frigo'. Aveva ritardi della crescita, della maturazione ossea, era obeso. Segni fisici e psichici legati alla violenza assistita. Un giorno ci ha detto: se c'è una casa, ci si adatta a tutto".

E ancora: il caso di una donna nigeriana che arriva in PS con segni evidenti di percosse, ha 4 figli, due con sé, gli altri a casa con il marito "violentissimo". Sui due che vengono visitati si scoprono segni di ferite pregresse e carie dentali diffuse, *neglect dental*: anche per loro, dunque, maltrattamenti fisici, abusi psico-emozionali, ritardo della maturazione ossea e grave trascuratezza. "Più sindromi, con i codici specifici della classificazione delle patologie, si associano insieme nello stesso soggetto".

Un altro caso è quello di una mamma che ha subito un tentativo di strangolamento e di defenestrazione con la figlia di due anni e mezzo in braccio. All'intervento della volante chiamata dai vicini, l'uomo in preda all'ira ha tentato di defenestrare anche un poliziotto. E per questo è finito per dritta in carcere. Ma la bambina? Ha segni fisici seppur non gravi, è spaventata, parla poco, non ha ricordi completi, ma soprattutto ecchimosi sottocongiuntivali. A cosa sono dovute? A un tentativo di strangolamento.

"La violenza a cui assistono i minori non è solo contro la madre: può esse-

re anche contro un fratello, un'altra persona amica, o anche contro l'animale domestico del bambino, maltrattato proprio per fargli un dispetto, per fargli del male. Anche se il bambino non subisce violenza, ma la vede solo, questa è una forma di maltrattamento. Se vedete una donna maltrattata chiedetevi se ci sono dei bambini. E se ci sono dei bambini, guardateli con attenzione. Perché nessun bambino vi dirà "sto male" o "ho visto questa cosa". Negheranno, ma lo diranno in altri modi. Nei maltrattamenti dobbiamo sapere cosa guardare, cosa fare e quando farlo: dobbiamo avere un'attitudine diagnostica. Mettere nelle nostre categorie mentali il fatto che esistono sindromi da maltrattamento. Queste sono malattie ed è il nostro preciso dovere diagnosticarle. La vita di questi bambini è nelle nostre mani. Ricordate: dove c'è una mamma maltrattata, c'è un figlio testimone".

La violenza, insomma, prende di mira sempre i soggetti più fragili: i bambini e gli animali, ad esempio. Saranno gli studi scientifici a provare se davvero esiste una correlazione tra abusi domestici e maltrattamenti agli amici a 4 zampe. Ciò, però, che è apparso chiaro ed evidente dal convegno è che i medici, siano essi dedicati agli uomini o agli animali, devono sempre più essere sentinelle sul territorio, saper intercettare i segnali, farsi venire un dubbio e approfondirlo, non fermarsi al sintomo, ma cercarne la causa.

AGGIORNAMENTI



■ DERMATOLOGIA

Associazione tra dermatite atopica e malattia celiaca

■ DIABETOLOGIA

Neuropatia diabetica e controllo del dolore

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Ipertensione infantile: una sfida per la salute pubblica mondiale

■ MEDICINA COMPLEMENTARE

Medicina fisiologica di regolazione e low dose medicine

■ PREVENZIONE

Invecchiare in salute con uno stile di vita sano

■ PSICHIATRIA

Patologie del neurosviluppo nella popolazione adulta

■ DERMATOLOGIA

Associazione tra dermatite atopica e malattia celiaca

Numerose sono le malattie muco-cutanee correlate che sono state classificate in: malattie autoimmuni, malattie allergiche, malattie infiammatorie e malattie miste. Tutte queste possono essere classificate ancora in malattie associate con la celiachia, malattie migliorate da una dieta priva di glutine e quelle occasionalmente associate a celiachia. Tra queste la dermatite atopica, una malattia cutanea cronica, spesso ad esordio infantile e frequentemente associata a sensibilità verso allergeni alimentari o aerei.

Partendo da questa premessa un team di ricercatori israeliani ha utilizzato un ampio database sanitario per valutare la possibile associazione tra celiachia e dermatite atopica.

Lo studio ha utilizzato i dati demografici e clinici di una popolazione di pazienti a cui è stata diagnosticata una dermatite atopica tra il 2002 e il 2017. Confrontando questi pazienti con un gruppo di controllo senza dermatite i ricercatori hanno verificato se ci fosse una maggiore prevalenza di celiachia. Il trial ha verificato anche l'eventuale maggiore prevalenza di celiachia nel sottogruppo degli adulti (>18 anni) e nel gruppo dei pazienti adulti con una dermatite atopica da moderata a grave.

► Risultati

In totale lo studio comprendeva 116.816 pazienti di cui 45.157 adulti, 1.909 pazienti con una dermatite atopica da moderata a grave. Il confronto con i gruppi di controllo ha rivelato un tasso di prevalenza maggiore di celiachia nell'intero gruppo (0.6% vs 0.4% del gruppo di controllo), nel gruppo dei soggetti adulti (0.6% vs 0.3%) e negli adulti con dermatite atopica da moderata a grave (0.8% vs 0.3%). Nell'analisi statistica multivariata la dermatite atopica è stata associata a una prevalenza significativamente più elevata di celiachia (OR = 1,609, IC 95% 1.42-1.82, $p < 0.001$) nell'intera popolazione dello studio e in ciascun sottogruppo.

► Conclusioni

“Abbiamo osservato una significativa associazione tra dermatite atopica e celiachia - concludono gli autori dello studio. Questa associazione sottolinea la necessità di uno screening tempestivo delle morbidità gastrointestinali in soggetti con dermatite atopica per prevenire complicazioni a lungo termine.”

Va ricordato che il tema delle possibili associazioni tra intolleranza al glutine e altre malattie autoimmuni o allergiche è oggetto di studio. I ricercatori stanno verifican-

do diverse ipotesi sui fattori che determinano una maggiore sensibilità dei pazienti celiaci ad allergie e malattie immuno-mediate, come il legame genetico o i possibili effetti dei danni alla mucosa intestinale causati dalla celiachia, che potrebbero aumentare la suscettibilità ad agenti patogeni o allergeni.

► Altre patologie cutanee

Tra le manifestazioni extra intestinali della celiachia, quelle cutanee comprendono sintomi quali afte orali, glossite e stomatite dovute a carenze vitaminiche, e alopecia areata dovuta a un meccanismo immunologico. Tra le malattie autoimmuni la dermatite erpetiforme può presentarsi in circa il 10% dei pazienti celiaci. Altre malattie autoimmuni che migliorano in seguito a dieta priva di glutine sono alopecia areata e vasculite cutanea.

Tra le malattie allergiche il miglioramento da dieta priva di glutine è stato segnalato anche in casi di orticaria.

Tra le malattie infiammatorie che mostrano miglioramento da una dieta priva di glutine vengono indicate la psoriasi e la stomatite ulcerativa cronica della mucosa orale.

BIBLIOGRAFIA

- Shalom G et al. Atopic Dermatitis and celiac disease: a cross-sectional study of 116,816 patients. *Am J Clin Dermatol.* 2020; 21: 133-138.
- www.centrostudigised.it
- www.drshaer.com

■ **DIABETOLOGIA**

Neuropatia diabetica e controllo del dolore

Il 20% dei pazienti diabetici sviluppa una neuropatia e il dolore, nella gran parte dei casi, è assolutamente intrattabile. Il trattamento del dolore cronico è dunque ancora in molti casi insoddisfacente: nonostante la disponibilità di diversi farmaci, la maggior parte dei pazienti con dolore cronico non riceve un trattamento che possa realmente definirsi soddisfacente dolore e, in altri casi, il trattamento è accompagnato da effetti collaterali non sempre tollerati.

In anni recenti, gli condotti su modelli animali e umani hanno portato alla luce evidenze sempre più convincenti che l'interazione tra sistema immunitario e meccanismi del dolore possa essere un fattore chiave o un elemento in grado di contribuire alla patogenesi di diversi tipi di dolore cronico nocicettivo e neuropatico.

Da qui l'ipotesi che le IgG possano rappresentare un trattamento valido del dolore associato a neuropatie periferiche, come nel caso del diabete mellito e sindrome di Sjögren, ma estendibile anche ad altre condizioni (fibromialgia, sindrome complessa del dolore regionale, sindrome post-polio e dolore associato a specifici autoanticorpi che possono interferire con specifici target dei recettori).

► Studio con immunoglobuline per il controllo del dolore

Uno studio recente ha valutato l'efficacia e la sicurezza di un'immunoglobulina endovenosa ad alta dose (IVIG) nella polineuropatia dolorosa diabetica resistente al trattamento (DPN).

Stefano Jann, neurologo di Milano, nonché primo autore dello studio ha illustrato ad *M.D.* l'innovativa ricerca.

Si tratta di uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato con placebo, multicentrico, condotto su un piccolo gruppo di pazienti diabetici con DPN che, all'arruolamento, avevano una gravità del dolore al basale >60 unità (mm) su una scala VAS ed erano resistenti agli antidepressivi e ai farmaci antiepilettici. I pazienti sono stati randomizzati a ricevere IVIG (0.4 g/kg/die) o placebo per cinque giorni consecutivi.

Le valutazioni dell'intensità del dolore (scala analogica visiva, Neuropathic Pain Symptom Inventory) e della qualità della vita (questionari 36-Item Short-Form Health Survey, Clinical/Patient Global Impression of Change) sono state eseguite durante al basale, all'inizio della terapia, al termine della terapia e al termine del follow-up (quattro e otto settimane dopo).

► Risultati

L'endpoint primario prespecificato dello studio (riduzione del dolore del 50% a quattro settimane dopo immunoglobulina endovenosa ad alta dose) è stato raggiunto nel 63.6% dei pazienti trattati con IVIG e in nessuno dei pazienti del gruppo placebo ($p=0.0013$).

Durante lo studio sono stati segnalati solo due eventi avversi: un paziente nel braccio di trattamento ha riportato una lieve "dermatite psoriasiforme", mentre un paziente del gruppo placebo ha riportato una lieve "influenza".

In conclusione dunque il trattamento con IVIG si è dimostrato efficace e sicuro nel trattamento dei pazienti con polineuropatia dolorosa diabetica resistente alle terapie standard.

BIBLIOGRAFIA

- Jann S et al. High-Dose intravenous immunoglobulin is effective in painful diabetic polyneuropathy resistant to conventional treatments. Results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pain Medicine* 2020; pnz331, <https://doi.org/10.1093/pm/pnz331>.
- Tamburin S et al. Immunoglobulin G for the treatment of chronic pain: report of an expert workshop. *Pain Medicine* 2014; 15: 1072-82.



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

■ IPERTENSIONE ARTERIOSA

Ipertensione infantile: una sfida per la salute pubblica mondiale

La prevalenza e il tasso di diagnosi di ipertensione arteriosa (IA) nei bambini e negli adolescenti sono in aumento e numerosi studi di popolazione documentano che uno stato ipertensivo in età pediatrica aumenta la probabilità di essere iperteso da adulti. Vista l'asintomaticità di molti casi è dunque necessario tenere in debita considerazione questo problema clinico soprattutto nei bambini e adolescenti con alcuni fattori di rischio quali eccesso ponderale, basso peso alla nascita, anamnesi familiare positiva per IA.

► Nuova metanalisi

Ricercatori dell'Università di Edimburgo hanno condotto una review sistematica e una metanalisi per esaminare la prevalenza dell'ipertensione nella popolazione pediatrica generale, includendo 47 studi con almeno tre misurazioni separate della PA.

Dalla ricerca è risultato che nei bambini di età ≤ 19 anni la prevalenza aggregata stimata era del 4% per ipertensione, 9.67% per la preipertensione, 4% per ipertensione di stadio 1, 0.95% per l'ipertensione di stadio 2. La prevalenza era maggiore quando la PA era misurata dallo sfigmomanometro aneroido rispetto allo sfigmomanometro al mercurio e all'oscillo-

metrico (rispettivamente 7.23% vs 4.59% e 2.94%). La prevalenza è risultata più alta nei bambini sovrappeso e obesi rispetto ai normopeso (15.27% e 5% vs 1.90%). Negli ultimi due decenni si è osservata una tendenza alla crescente prevalenza e nel 2015 si è registrato il 4.32% nei bambini di 6 anni, il 3.28% nei ragazzi di 19 anni nel 2015; il picco è stato osservato tra quelli di 14 anni (7.89%). Percettuali allarmanti dunque che hanno indotto gli AA a scrivere: "Questo studio suggerisce che l'ipertensione infantile rappresenta una notevole sfida per la salute pubblica in tutto il mondo. L'IA non riguarda solo la popolazione adulta: non ci vogliono più 30 o 40 anni perché essa si manifesti, ma si presenta anche durante l'infanzia, a causa di stili di vita errati (mancanza di attività fisica e alimentazione scorretta). L'industria alimentare sta diminuendo l'aspettativa di vita dei nostri figli 'annegandoci' nel cibo e nelle bevande piene di sale, grassi e zucchero, pubblicizzandoli irresponsabilmente. Questo dovrebbe essere un importante promemoria per le istituzioni per stabilire nuovi e ambiziosi obiettivi per la riduzione dell'uso del sale, delle calorie e per fissare restrizioni sulla pubblicità e la promozione non salutari degli alimenti".

► Raccomandazioni SIP-SIIA

Con lo scopo di fornire indicazioni pratiche al pediatra e al medico di famiglia per orientarsi in questa problematica la Società Italiana Pediatria (SIP) e la Società Italiana Ipertensione (SIIA) hanno stilato raccomandazioni congiunte. Il documento presta un'attenzione particolare alle forme di ipertensione primitiva (essenziale) e di seguito ne riportiamo un'estrema sintesi.

In età pediatrica la diagnosi di ipertensione arteriosa si effettua sulla base di ripetute misurazioni ambulatoriali che risultino superiori ai valori di riferimento.

La PA deve essere misurata almeno una volta/anno in occasione delle visite di controllo con modalità e strumenti adeguati.

Per porre diagnosi di ipertensione primitiva è sempre necessario escludere la presenza di forme secondarie. La probabilità di essere davanti a una forma secondaria è inversamente proporzionale all'età del bambino e direttamente proporzionale ai valori pressori.

Dati anamnestici, clinici e alcuni esami ematochimici e strumentali possono, nella maggioranza dei casi, orientare la diagnosi differenziale tra forme primitive e secondarie.

La prevenzione, già a partire dall'età pediatrica, si basa su stili di vita corretti.

BIBLIOGRAFIA

- JAMA Pediatr 2019; 7:1-10
- <https://siia.it/notizie-siia/i-forum-siia-raccomandazioni-per-i-pediatr/>

■ MEDICINA COMPLEMENTARE

Medicina fisiologica di regolazione e low dose medicine

Riportare alle condizioni fisiologiche di partenza un organismo ammalato attraverso l'utilizzo delle stesse molecole biologiche presenti normalmente nell'organismo e che, in condizioni di salute, ne controllano e guidano le funzioni. È l'assunto della Physiological Regulating Medicine (PRM) che nasce dall'incontro tra la Biologia Molecolare e la Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) e che si è sviluppata grazie ai risultati della ricerca nel campo della farmacologia dei bassi dosaggi.

► Molecole messaggere

La PRM prende le mosse da un'idea originale in campo medico: "È stato osservato che il nostro sistema biologico è un 'network di network', ovvero complesse reti che comunicano tra loro attraverso molecole messaggere (ormoni, neuromodulatori, neuropeptidi, citochine), in grado di portare alla diverse cellule dell'organismo le 'istruzioni corrette' per il loro ottimale funzionamento. A queste sostanze è riconosciuto un ruolo decisivo nel determinismo dello stato di salute o di malattia (malattie infiammatorie, allergiche, autoimmuni) ed è oggi acclarato che ogni patologia sia l'espressione di mutate concentrazioni, in eccesso o in difetto, di queste sostanze" - ha spiegato a M.D. **Marco Del Prete**, specialista

in Nefrologia ed esperto di Medicina complementare, nonché Presidente dell'International Academy of PRN (Physiological Regulating Medicine), nel corso di un incontro organizzato da Guna, che ha affrontato il tema dei diversi percorsi di supporto che vanno ad integrare i trattamenti standard contro le neoplasie, in particolare per le pazienti oncologiche.

"Essendo l'organismo umano una complessa rete di oltre 40 miliardi di cellule, il cancro ne rappresenta solo una parte. Quello che la medicina delle basse dosi si prefigge di fare è di comunicare con le cellule sane e sostenerle nel processo di guarigione. Al centro di questa strategia terapeutica vi sono per l'appunto le molecole messaggere, che sono in grado di rimodulare il network neuro-immuno-endocrino. Altre strategie sono il recupero di uno stile di vita corretto, il recupero di un microbiota disbiotico, unitamente a sostanze con azione disintossicante e drenante, di sostegno degli emuntori, di attivazione dei corretti processi enzimatici può rendere il sistema biologico di un paziente oncologico più reattivo e responsivo alle importanti cure convenzionali.

Le cellule tumorali sono poche cellule. Noi vogliamo colloquiare con i milioni di cellule sane che rappresentano l'essere umano che non

può essere declinato ad una patologia, ma deve essere sostenuto nel suo percorso" - ha concluso Marco Del Prete.

► Core della PRM

L'uso di molecole biologiche che controllano e guidano le funzioni cellulari, allo scopo di ripristinare le originarie condizioni fisiologiche, è il core della PRM.

Le *signaling molecules* utilizzate in PRM vengono somministrate per via orale e la loro attività è sistemica (agiscono su complessi pathways intercellulari). La letteratura riporta che le citochine somministrate per via orale sono efficaci nel modulare la risposta immunitaria; un possibile meccanismo d'azione coinvolge le cellule M a livello dell'epitelio intestinale: le molecole messaggere, dal lume intestinale, sono sequestrate dalle cellule M e presentate alle cellule T del sistema immunitario, all'interno delle placche del Peyer, per indurre un'adeguata risposta immunitaria.

La bassa biodisponibilità (tipicamente al di sotto del 1-2%) della somministrazione orale delle *signaling molecules* (e di peptidi in generale) è un punto critico: in PRM l'utilizzo di bassi dosaggi fisiologici (nanogrammi-picogrammi) somministrati per os è reso possibile dall'applicazione della tecnologia farmaceutica chiamata Sequential Kinetic Activation (SKA).



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Marco Del Prete

■ PREVENZIONE

Invecchiare in salute con uno stile di vita sano

A dottare uno stile di vita sano e attivo attorno ai 50 anni può aumentare gli anni vissuti liberi da malattie croniche. È quanto emerge da uno studio condotto da Harvard TH Chan School of Public Health che conferma che nella mezza età mantenere cinque abitudini sane (alimentazione corretta, peso corporeo adeguato, non bere troppo alcol, non fumare, esercizio fisico regolare) aumenta l'aspettativa di vita. Precedenti studi hanno scoperto che seguire uno stile di vita sano migliora l'aspettativa di vita complessiva e riduce il rischio di malattie croniche, ma questa ricerca fornisce una prova evidente che seguire uno stile di vita sano può prolungare notevolmente gli anni (7.6 negli uomini -10 nelle donne) in cui una persona vive senza patologie croniche. Indipendentemente dal numero di fattori di stile di vita a basso rischio, la stragrande maggio-

ranza dell'aspettativa di vita dopo 50 anni era priva di patologie croniche. È prioritario diffondere questi dati anche perché in letteratura è dimostrato che fumo, inattività, cattiva alimentazione e consumo elevato di alcol contribuiscono fino al 60% dei decessi prematuri e alla perdita di 7.4-17.9 anni nell'aspettativa di vita.

► Metodi

I ricercatori hanno esaminato per 34 anni i dati di 73.196 donne e per 28 anni di 38.366 uomini che hanno partecipato, rispettivamente, al Nurses' Health Study e al Health Professionals Follow-Up Study. All'inizio dell'indagine le persone avevano circa 50 anni. Per la valutazione dello stile di vita sono stati presi in considerazione i seguenti parametri:

- dieta sana: definita come un punteggio elevato all'indice Alternative Healthy Eating;

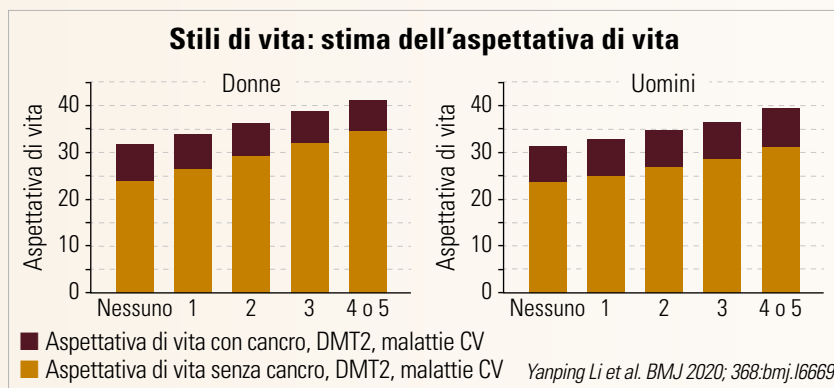
- esercizio fisico da moderato a vigoroso almeno 30 minuti/die;
- peso: IMC 18.5-24.9 kg/m²;
- moderata assunzione di alcol (donne 5-15 g/die; uomini 5-30 g/die).
- assenza di abitudine tabagica.

► Risultati

I ricercatori hanno scoperto che le donne che praticavano quattro o cinque delle sane abitudini all'età di 50 anni vivevano in media 34.4 anni in più liberi da diabete, malattie cardiovascolari e cancro, rispetto ai 23.7 anni sani tra le donne che non praticavano nessuna di queste pratiche. Gli uomini che praticano quattro o cinque abitudini sane all'età di 50 anni hanno vissuto 31.1 anni liberi da malattie croniche, rispetto ai 23.5 anni tra gli uomini che non le hanno seguite. Indipendentemente dal numero di fattori di stile di vita a basso rischio, la stragrande maggioranza dell'aspettativa di vita dopo 50 anni era priva di malattie croniche.

Gli uomini che erano attuali forti fumatori (≥15 sigarette/die) e gli uomini e le donne con obesità (IMC ≥30 kg/m²) avevano la più bassa aspettativa di vita libera da malattia.

“Dati gli alti costi del trattamento delle malattie croniche, le politiche pubbliche volte a promuovere uno stile di vita sano migliorando l'alimentazione e l'ambiente fisico contribuirebbero a ridurre i costi dell'assistenza sanitaria e a migliorare la qualità della vita” - hanno concluso gli autori.



BIBLIOGRAFIA

- Li Y et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study *BMJ* 2020; 368 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6669>

■ PSICHIATRIA

Patologie del neurosviluppo nella popolazione adulta

È solo a seguito di una diagnosi di un altro problema psichico che la maggior parte degli adulti scopre di essere affetto anche da Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD). Una sorta di circolo vizioso: il 16% dei pazienti con età >18 anni con un'altra patologia mentale ha anche un ADHD non diagnosticato e il disturbo stesso favorisce la comparsa di disturbi d'ansia, depressione e abuso di sostanze. Il tema, unitamente ad altre patologie del neurosviluppo, è stato ampiamente discusso nel corso del congresso della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia di Milano (29-31 gennaio 2020).

"Non sono rari i casi in cui i sintomi restano senza diagnosi ben oltre i 18 anni: nell'adulto infatti l'ADHD, ma anche l'Asperger, possono essere 'mascherati' da altre condizioni psicopatologiche che spesso compaiono proprio perché le strategie di adattamento ai contesti risultano spesso insufficienti a un buon funzionamento nel lavoro, nello studio, nelle relazioni, di fatto esponendo il paziente a continui stress e micro-traumi. Così per esempio nel nostro Paese è stato stimato che picchi di ADHD siano presenti nel 25-30% dei pazienti con dipendenze e disturbi alimentari - spiega **Claudio Menacucci**, co-presidente della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia

e direttore del Dipartimento Neuroscienze e Salute Mentale ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano.

Il primo passo per arrivare alla diagnosi è riconoscere i 'campanelli d'allarme' dei disturbi del neurosviluppo nell'adulto. Ma in questi casi è anche fondamentale la sinergia con il neuropsichiatra infantile, sancendo la continuità tra le due età della vita: infanzia-adolescenza e passaggio età adulta".

► Segni tipici di patologia

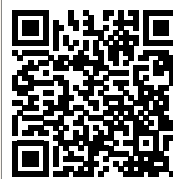
"I segni tipici dell'ADHD oltre all'iperattività e all'inattenzione sono essenzialmente la difficoltà ad organizzarsi e l'incapacità di darsi delle priorità, pianificare o focalizzarsi su un compito, la scarsa capacità di gestione del proprio tempo o di portare a termine gli obiettivi. Inoltre la difficoltà a gestire le proprie pulsioni, l'impulsività, la scarsa tolleranza alle frustrazioni, gli sbalzi d'umore frequenti e la difficoltà nel gestire gli stress" - spiega **Alessandro Zuddas**, ordinario di Neuropsichiatria Infantile - Università di Cagliari. Le persone con sindrome di Asperger invece hanno tipicamente scarse capacità di interazione sociale, sono spesso chiuse in un loro mondo e hanno difficoltà di comunicazione con gli altri, hanno una bassa autostima, interessi limitati e a tratti ossessivi, con un grande bisogno di routi-

ne fisse. In entrambi i disturbi i pazienti che arrivano all'età adulta senza avere avuto una diagnosi possono non sospettare il loro problema.

► Trattamento

Diversamente da quanto accade nei bambini, negli adulti i farmaci sono la prima scelta, affiancati da interventi cognitivi, psicologici ed eventualmente interventi di coaching. Ma nonostante le possibilità terapeutiche farmacologiche e non, si stima che solo il 10% degli adulti con ADHD venga curato.

Negli adulti con Asperger le comorbidità psichiatriche sono molto frequenti: depressione, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbo bipolare sono comuni, per cui la terapia deve spesso intervenire sia sulle altre patologie, sia sui sintomi tipici dell'Asperger. L'irritabilità e i disturbi del comportamento possono essere gestiti con antipsicotici come risperidone e aripiprazolo, ma non esistono farmaci specifici per migliorare gli aspetti emotivi dell'Asperger: sono in sperimentazione farmaci che agiscono sulla vasopressina che sembrano poter migliorare le capacità di empatia. Per il disturbo sono allo studio terapie digitali mirate a facilitare il riconoscimento degli stati emotivi altrui e a migliorare l'efficacia degli interventi psicologici, che restano importanti per consentire ai pazienti un miglior funzionamento sociale.



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

La settimana di un medico di famiglia

Giuseppe Maso

Medico di famiglia - Venezia

Responsabile corso di Medicina di Famiglia, Università di Udine

Lunedì

Giovane spavaldo, tatuato, acconciato con la coda di cavallo, padre di due figli. La moglie è venuta in lacrime in studio, sconvolta. Quando si è venuto a sapere che lui aveva una relazione con una collega è scappato di casa, si è ubriacato e ha tentato (o messo in scena) il suicidio tentando di tagliarsi le vene ai polsi. L'aspetto sprezzante è la maschera della fragilità dei giovani maschi della nostra epoca.

■ L'ultima bozza della manovra finanziaria destina una cifra importante all'acquisto di apparecchiature diagnostiche destinate ai medici di medicina generale. Spirometri, elettrocardiografi, holter pressori, dermatoscopi saranno forniti ai medici con l'obiettivo di "migliorare il processo di presa in cura dei pazienti nonché di ridurre il fenomeno delle liste d'attesa". Molto soddisfatti i sindacati medici perché "per la prima volta in una legge di bilancio si fa un investimento ad hoc per la Medicina Generale, riconoscendone il ruolo centrale sul territorio". Saranno strumenti mini, di basso costo, "collegabili allo smartphone e renderanno effettivi i consulti in telemedicina con gli specialisti."

Fa pensare che una categoria professionale, di liberi professionisti convenzionati con il Sistema Sanitario, sia sodisfatta perché il governo fornisce gratuitamente degli strumenti che tutti i colleghi europei hanno da sempre, strumenti di base e di basso costo che ormai sono disponibili in buona parte delle farmacie. Fa pensare anche che questi strumenti serviranno a diagnosticare cardiopatie, diabete e broncopatie croniche per cui i Mmg italiani, unici al mondo, non potranno prescrive-

re la terapia perché soggetta al rilascio di piano terapeutico così come non potranno prescrivere accertamenti di follow-up considerati di secondo livello. I medici di famiglia eseguiranno gli esami (eseguibili da personale infermieristico) e delegheranno la cura agli specialisti. Molto probabilmente succederà che aumenterà la richiesta di visite specialistiche e si assisterà al paradosso che neolaureati assunti nei reparti ospedalieri (vedi quanto deciso dal governatore della Regione Veneto) gestiranno i piani terapeutici e la prescrizione degli accertamenti di secondo livello attività precluse a tutti i Mmg. Solo il riconoscimento di questa disciplina come specialità accademica potrà ridare dignità a questa professione e restituirle compiti, funzioni e abilità che, al di là delle apparenze, le sono stati espropriati nel corso degli anni.

Martedì

Cantante con abbassamento di voce, la invio in visita foniatria, il collega diagnostica un piccolo ispessimento nodulare delle corde vocali e consiglia riabilitazione e riposo. La paziente torna da me, le consegno un'impegnativa per "riabilitazione logopedica individuale (10 sedute)" come da prontuario regionale. Dopo quindici giorni viene vista dalla logopedista che, pur avendo preso visione del referto della visita foniatria, la invia nuovamente dal sottoscritto perché non si può fare riabilitazione se non viene vista prima da un otorino. Oggi ho rilasciato impegnativa per prima visita ORL come da prontuario regionale. Tornerà per una nuova impegnativa per riabilitazione logopedica. La fabbrica della visita specialistica ha aperto un altro reparto.

Mercoledì

Invio un paziente in cardiologia per effettuare una prova da sforzo. Ha settantadue anni, è affetto da cardiopatia ischemica cronica, ha già avuto un infarto del miocardio, è diabetico e soffre di ipercolesterolemia. Per questo assume diversi farmaci e ha bisogno di frequenti controlli.

La risposta della cardiologa dell'ospedale pubblico che ha effettuato il test: *Prova condotta dopo sospensione di bisoprololo da 5 giorni, extrasistolia ventricolare frequente, anche a coppie e triplette che persistono durante lo sforzo e pertanto si procede a sospensione ad un carico di lavoro di 90 w. Si consiglia pertanto di riprendere immediatamente il bisoprololo e di consultare il cardiologo di fiducia per eventuale altro test provocativo.*

Il cardiologo di una struttura del Sistema sanitario nazionale, non programma un nuovo test, riferisce il paziente non al medico curante ma lo invita a rivolgersi al *cardiologo di fiducia*. Questo avviene sempre più spesso, la struttura pubblica che invita a rivolgersi privatamente ad uno specialista (di solito uno che lavora nella medesima struttura), è nato così il ginecologo di riferimento, l'ortopedico curante, l'endocrinologo di fiducia. E la sistematica distruzione di uno dei migliori Sistemi sanitari del mondo continua inesorabile.

Giovedì

Sto visitando a domicilio una signora di novantaquattro anni, mi hanno chiamato a casa perché da qualche giorno è agitata, mi ha accolto con un sorriso, ci conosciamo da decenni. Mi chiede se mi sono sposato, le rispondo di sì e lei: "Ti ho sempre voluto bene, ma tu non mi hai sposata perché non ero ricca, vero?".

Venerdì

Da un paio d'anni la sala d'attesa del mio studio si è trasformata in uno spazio espositivo a disposizione di artisti locali di fama nazionale. Sono interessanti le reazioni all'esposizione dei pazienti in attesa, reazioni a una mostra

dove non si è entrati per scelta: molti nemmeno si accorgono delle opere appese ai muri, rimangono seduti con lo sguardo fisso allo smartphone, altri notano che qualcosa è cambiato ma, dopo un rapidissimo sguardo alle pareti, leggono una rivista, altri invece osservano attentamente quanto è esposto, alcuni commentano e qualcuno esprime giudizi o meraviglia. In ogni caso con il trascorrere dei mesi per i frequentatori dello studio è diventato quasi naturale trovarsi di fronte a opere d'arte e questa abitudine, piano piano, si è trasformata in un momento di sensibilizzazione all'osservazione, in uno stimolo a pensare. Hanno contribuito a questo le splendide fotografie di Fabio Marcato, fotografo di fama internazionale, gli acrilici astratti di Silvio Marchetto, gli olii di Loretta De Lorenzi, le oniriche vedute di Venezia di Fabio Cattarin e i coinvolgenti astratti di Rodolfo La Porta, eclettico artista, curatore e critico d'arte. Sono in mostra ora le opere di Valerio Vivian, volti antichi riprodotti su freddo e tagliente metallo, chiazze di colore alternate a lembi di foglia d'oro e d'argento che creano un fondamento emotivo al velo di memoria sulla storia di un uomo al fronte nella prima guerra mondiale. L'opera che mescola pittura e fotografia recupera e imbriglia tecnicamente frammenti di sofferta umanità impigliati in quelle immagini. Si chiude un cerchio spazio-temporale che unisce vecchi e giovani che per un breve tempo, in attesa del loro turno, alzano lo sguardo dallo smartphone.

Sabato

È un fatto assolutamente naturale, un aspetto del modo di vivere in questa società, non ha senso nascondere, anzi si è al passo con i tempi. Sempre più spesso mi si dice che si fa uso di cocaina. Impotente osservo atteggiamenti disinibiti e maleducati di giovani con espressione provocatoria. In una società malata dove un largo numero di persone assume psicofarmaci, lo Stato spaccia tabacco e gioco d'azzardo e consumare droghe sembra normale, noi medici, disarmati, ci preoccupiamo se il colesterolo nel sangue supera di poco i valori medi.

Dottore mi fa male il ginocchio...

L'incidenza delle lesioni che riguardano il ginocchio è pari al 7% del totale dei traumi articolari. Il Medico di Famiglia si trova spesso nella necessità di assumere decisioni rapide e orientative, destreggiandosi tra alterazioni degenerative dei menischi o della cartilagine, traumi e processi artrosici. In tutti i casi, anche e soprattutto di fronte a pazienti anziani, risulta fondamentale l'esame clinico preceduto da un'attenta anamnesi

Umberto De Conto, Francesco Cavasin - *Medicina Generale, Treviso*

IL CASO

Lavoratrice instancabile

È arrivata oggi in studio Loredana, cinquantenne ben tenuta, tre figli maschi, gran lavoratrice. Accusa un dolore al ginocchio sinistro che riferisce essersi gonfiato circa un mese fa, ma che la tormenta da due o tre giorni con un fastidio abbastanza circoscritto alla zona subito sotto la rotula. Nega traumi o sforzi, anche se da alcune settimane è impegnata per quattro o cinque ore al giorno nella potatura delle sue vigne, ed afferma essere la stazione eretta la postura più disturbante. Vorrebbe risolvere rapidamente la situazione perché deve terminare i propri lavori.

Cinque anni fa: infiltrazioni di acido ialuronico al ginocchio destro. In passato ernia discale cervicale con radicolite al braccio sinistro trattata chirurgicamente. Soffre di ipotiroidismo subclinico e di colon irritabile a tendenza stiptica. Da circa due anni è in menopausa, segue un'alimentazione variata e sana, non fuma ed ha un indice di massa corporea 23,3 kg/m².

► Fasi di approccio al paziente con dolore al ginocchio

► Raccolta dell'anamnesi

La raccolta dell'anamnesi aiuta anche a stabilire un rapporto di fiducia tra il medico e il paziente.

La cronologia dei disturbi avvertiti non sempre viene ricordata fedelmente così come la terapia effettuata. Nel caso di pazienti molto giovani o molto anziani le informazioni vanno integrate con quelle fornite dai familiari.

Indagare se siano stati utilizzati ghiaccio, fasciature, farmaci o siano state effettuate terapie fisiche.

Nel caso di un riferito trauma al ginocchio, chiedere/chiedersi:

- Come è successo? In quale momento? Precedenti traumi?
- Meccanismo del trauma e dello sport praticato. Comportamento tenuto dopo il trauma
- Ipotesi diagnostica
- Caratteristiche del dolore e quadro attuale dei sintomi
- Stima delle aspettative del paziente
- Stima dell'ambiente psico-sociale, necessità personali, senso di responsabilità, remissività

La osservo mentre si alza dalla sedia e noto un lieve fastidio quando inizia l'estensione della gamba sinistra, ma l'andatura verso il lettino è fluida e senza zoppia, gli arti inferiori sembrano simmetrici e c'è un lieve valgismo

del ginocchio destro che appare appena più ingrossato del controlaterale.

► Osservazione e ispezione

- Osserva il paziente mentre entra in studio (andatura, capacità di esercizio, ricerca di appoggi, stare su un piede)
- Valuta se presenti deformità in varo, in valgo o recurvato
- Esegui l'ispezione sempre bilateralmente per un confronto
- Evidenzia contusioni, ematomi o ferite
- Osserva posture compensatorie del bacino, delle anche e del rachide
- Considera la posizione della rotula, i suoi movimenti durante la flessione estensione del ginocchio
- Valuta il trofismo del quadricipite femorale ed esamina contestualmente anca e caviglia per escludere alterazioni dei moduli di carico
- Misura il grado di compromissione funzionale e della qualità della vita ([scarica Indice algo-funzionale di Lequesne dal QR-code](#)).

Richiamo alla mente lo schema dell'anatomia del ginocchio con il riferimento alle probabili diagnosi a seconda della topografia di localizzazione del dolore. La cute è di temperatura normale (...la patologia infiammatoria è poco probabile, penso ad un processo degenerativo o tendinosico), ma rilevo un po' di ballottamento della rotula e un gonfiore alla borsa sottopatellare.

Eseguo le manovre che conosco per l'esame obiettivo del ginocchio; a destra ci starebbe con il valgismo, a sinistra vivace il dolore alla borsa sottopatellare e un po' meno al margine superiore della rotula, che presenta anche un discreto scroscio della cartilagine propria (accompagnato da un gridolino della signora).

► Esame obiettivo

► Ispezione e palpazione

- Palpa per primo l'arto non leso tenendo gli occhi sul paziente mentre si compiono le manovre
- Valuta la temperatura cutanea
- **Articolazione femoro-rotulea:** palpa il recesso sovrarotuleo, considera il ballottamento rotuleo ed il crepitio rotuleo. Se dolorabilità al polo distale della rotula=ginocchio del saltatore.
- **Faccia posteriore del ginocchio:** dolorabilità fossa poplitea=lesione del corno posteriore del menisco; presenza di cisti di Baker.
- **Faccia laterale del ginocchio:** dolorabilità dello spazio articolare=lesione meniscale (piuttosto rara). *Articolazione tibio-peroneale:* dolore all'inserzione della bandelletta ileo-tibiale=ginocchio del podista
- **Faccia mediale del ginocchio:** dolorabilità dello spazio articolare=lesione meniscale; dolorabilità a livello del condilo femorale mediale=sospetta lesione del ligamento collaterale mediale. Ricerca una borsite della zampa d'oca.

► Valutazione dell'arco di movimento (attivo e passivo in rotazione interna ed esterna)

Il movimento attivo fornisce dati sulla funzionalità muscolare del quadricipite femorale; con il movimento passivo si deve prestare attenzione alla presenza dei crepitii retrorotulei, indicatori di verosimile lesione della cartilagine o di disfunzione della doccia

trocleare. In presenza di una artrosi avanzata, ponendo il palmo della mano sul ginocchio si può constatare il "fenomeno della ruota dentata".

- Con la valutazione dell'arco del movimento si effettuano pure i test di tensione muscolare (contrattura del quadricipite, contrattura del retto e contrattura degli ischio crurali) *(scarica i test specifici dal QR-code).*

Nel frattempo rifletto sulle possibili diagnosi differenziali.

- **Lussazione della rotula:** la paziente non ricorda traumi o posture o un'estensione violenta della gamba, non va a cavallo, non pratica sport e non è obesa. La rotula è in asse e non ha difficoltà a flettere o estendere il ginocchio. Per gli stessi motivi non è una lussazione del ginocchio. Ed in più il ginocchio non è deformato. Potrei pensare ad una sindrome della bandelletta ileo tibiale, ma il dolore sarebbe localizzato alla parte laterale esterna dell'articolazione.
- **Sindrome di Osgood-Schlatter:** vedo solo la prominenza del tubercolo tibiale, segno che ne ha sofferto forse in passato, ma ora assolutamente indolente (e poi non avrebbe proprio l'età).
- **Forme infiammatorie:** mancano la maggior parte dei sintomi soprattutto il gonfiore diffuso e il calore, l'arrossamento poi sarebbe evidentissimo su quella pelle chiara. Mi viene in mente anche un'artrite settica (alcuni anni fa ne ho visto una malarica!) e per scrupolo chiedo a Loredana se ha avuto sintomi febbrili e, come presumibile, nega sintomatologia generale.

► Indagini bioumorali

Nel corso delle malattie reumatiche infiammatorie il ginocchio è colpito di frequente (60%). Le usuali indagini di laboratorio nelle condizioni acute e croniche comprendono l'emocromo con formula, VES e PCR.

► Indagini strumentali

- **Radiografia:** sono utilizzate per confermare la diagnosi clinica. Accanto a quelle acquisite nei due piani classici (AP e LL), si possono utilizzare proiezioni tangenziali per rotula. Nelle alterazioni degenerative e displasiche è utile lo studio radiologico comparativo di entrambe le ginocchia. Nel caso di alterazioni artrosiche sono indicate le radiografie del ginocchio eseguite con il paziente in piedi e sotto carico.

- **Ecografia:** è adatta per visualizzare versamenti, borsiti, cisti meniscali e cisti di Baker, la loro posizione e le loro dimensioni. È utile per evidenziare alterazioni nel contesto del quadricipite e del tendine rotuleo e per differenziare le cisti dalle masse solide, ma si tratta di esame "operatore dipendente".

- **Tomografia Assiale Computerizzata:** differenzia facilmente le alterazioni delle strutture ossee e delle parti molli. La TC è altamente accurata per diagnosticare le fratture e le rotture tendinee con avulsione ossea.

- **Risonanza Magnetica Nucleare:** le indicazioni principali sono le lesioni traumatiche e degenerative dei legamenti e dei menischi, l'osteonecrosi, l'osteochondrite dissecante e l'artrosi.

Concludo quindi per una tendinosi inserzionale distale del ligamento patellare con minima borsite in un quadro di gonartrosi iniziale.

Adesso bisogna spiegarlo a Loredana e soprattutto convincerla che il riposo funzionale sarebbe la cura migliore. Lei mi dice che la stagione avanza e non può stare ferma a lungo ("Già le due ore passate in ambulatorio le sembrano troppe...") quindi le devo suggerire almeno qualche cautela: una ginocchiera che limiti la flessione del ginocchio e una borsa di ghiaccio per quindici minuti al termine dell'attività lavorativa. Per parte

Diagnostica del ginocchio

► In base all'anamnesi

Evento traumatico acuto

- trama diretto
- trauma indiretto
- intra-extra rotazione
- varo-valgo
- complessa
- contusione
- distorsione

Patologia cronica

- abitudini di vita
- attività professionale e sportiva
- tempo di insorgenza dei sintomi
- caratteristiche del disturbo
- valutare la presenza di malattie sistemiche
- valutare la presenza di disturbi associati (febbre)

► In base ai sintomi

Dolore acuto

- contusioni
- fratture
- lesioni meniscali
- lesioni ligamentose
- distrazioni muscolo tendinee
- lesioni dell'apparato estensore
- monoartrite

Dolore cronico

- artrosi
- sindromi da sovraccarico
- borsiti
- tendiniti
- malallineamento rotuleo
- artrite
- tumori
- sepsi

► In base alla sede del dolore

Dolore anteriore

- tendinopatia quadricipitale
- tendinopatia del rotuleo
- borsite anteriore
- rotula bipartita
- malallineamento rotuleo

► In base alla sede del dolore

Dolore mediale

- tendinopatia della zampa d'oca
- meniscopatia
- lesione del legamento collaterale
- condropatia femoro tibiale

Dolore laterale

- patologia della bandelletta ileo tibiale
- meniscopatia esterna
- lesione del legamento collaterale
- condropatia femoro tibiale

Dolore posteriore

- meniscopatia mediale
- cisti di Baker
- aneurisma popliteo

► In base alla funzione

Instabilità femoro-tibiale

- lesione dei legamenti crociati
- lesione dei legamenti collaterali

Instabilità femoro-rotulea

- dislocazione laterale della rotula
- sublussazione della rotula

Rigidità

- versamento articolare
- artrosi
- plica sinoviale ipertrofica
- blocco articolare da rottura meniscale
- stati infiammatori

Gonfiore

- versamento articolare - artrite
- borsite prerotulea
- cisti di Baker
- cisti paratendinee

Ipostenia

- rottura del tendine quadricipitale
- rottura del tendine rotuleo
- frattura della rotula
- deficit dell'estensione da meniscopatia cronica o artrosi

ma, in questo caso, non le prescriverei l'antidolorifico, così conserviamo l'indicatore doloroso del sovraccarico funzionale. E speriamo che la potatura finisca presto.

► Il trattamento

Il piano terapeutico è articolato e comprende:

- il riposo articolare
- l'uso di analgesici, Fans e corticosteroidi (quest'ultimi nelle forme prevalentemente infiammatorie)
- esercizi di fisiochinesiterapia riabilitativa
- approcci psicologici e comportamentali
- infiltrazioni intra-articolari (acido ialuronico e corticosteroidi)
- approccio chirurgico ortopedico

► Letture consigliate

- Castro WHM, Jerosch J. Patologia muscolo scheletrica: semeiotica e diagnostica. CIC Edizioni Internazionali 2002.
- Kuntz D, Bardin T. Thérapeutique rhumatologique. Médecine-Sciences Flammarion, 2007.
- Ventura A. Esame obiettivo in ortopedia: il ginocchio. Istituto Ortopedico G. Pini Milano.

• Il testo di questo articolo è tratto dal volume "Medicina Generale. Storie e Clinica della pratica quotidiana", a cura dei Mmg Sandro Giroto, Gio Batta Gottardi, Umberto De Conto, Gianluigi Passerini, Francesco Cavasin. Edizioni Medico-Scientifiche 2019.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dei test e degli indici specifici

Prevenzione delle malattie cerebrovascolari

Il documento “Prevenzione delle malattie cerebrovascolari lungo il corso della vita”, prodotto dall’Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, composta anche da società scientifiche della Medicina Generale, è stato sottoscritto dal Ministero della salute e dalle associazioni dei pazienti

Le malattie cerebrovascolari sono la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale, oltre a essere responsabili di circa un decimo degli anni persi per morte prematura o disabilità (*disability-adjusted life years, DALY*). Sono anche responsabili di un considerevole carico sociale (*burden*) per il paziente e per i familiari che lo assistono. Ed è proprio alle malattie cerebrovascolari che è dedicato il documento “Prevenzione delle malattie cerebrovascolari lungo il corso della vita” prodotto dai lavori dell’Alleanza Italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, patto volontario finalizzato al contrasto delle patologie cardio e cerebrovascolari sottoscritto tra Ministero della salute, Società scientifiche (tra cui Simg, Snamid, Fimmg) e Associazioni dei pazienti e altri enti operanti nel settore.

► Il documento

Si tratta di un testo di carattere scientifico ed evidenced based che affronta la tematica della prevenzione delle malattie cerebrovascolari, con particolare riferimento all’ictus. Il documento focalizza l’attenzione sugli elementi cardine della prevenzione primaria quali il contrasto ai principali fattori di rischio e la promozione di stili di vita salutari, andando a considerare gli aspetti peculiari delle diverse età e del periodo della gravidanza. Vengono inoltre illustrati i principali aspetti della prevenzione delle recidive di

malattia vascolare cerebrale.

Il testo è funzionale anche alla successiva predisposizione, da parte del Gruppo di lavoro, di materiali di natura informativa e divulgativa per il cittadino, con la finalità di favorire la prevenzione delle malattie cerebrovascolari attraverso la sensibilizzazione sul controllo dei fattori di rischio, la promozione dell’adozione di comportamenti e stili di vita salutari e la crescita dell’empowerment individuale e dell’engagement dei pazienti e delle loro famiglie.

► Il razionale

Con l’invecchiamento della popolazione è possibile prevedere nel tempo un incremento sia dell’incidenza totale dell’ictus, che rappresenta la manifestazione clinica di gran lunga più frequente, sia del carico sociale conseguente alla disabilità post ictus. I cambiamenti demografici e la disponibilità di nuove strategie terapeutiche stanno anche modificando la distribuzione delle diverse eziologie dell’ictus ischemico ed emorragico. Dati recenti indicano che nelle ultime due decadi si è verificato nella popolazione caucasica e nei Paesi ad alto reddito un incremento della quota di ictus ischemici a patogenesi cardioembolica e una riduzione della quota dovuta ad aterosclerosi dei grossi vasi e a malattia dei piccoli vasi o lacunare. È stata anche segnalata una diminuzione delle emorragie in sede tipica e un aumento di quelle in sede atipica (soprattutto di quelle lega-

te ad angiopatia amiloide).

La riduzione del numero di casi di ictus ischemico causato da aterosclerosi dei grossi vasi sembra sia da attribuire alla maggior diffusione dei trattamenti preventivi con farmaci antipertensivi e con statine oltre che alla riduzione del fumo di sigaretta. Il progressivo invecchiamento della popolazione, insieme con l’ancora limitato impiego degli anticoagulanti orali negli anziani, ha invece contribuito all’aumento degli ictus ischemici a patogenesi cardioembolica in gran parte dovuti alla fibrillazione atriale che è il più importante fattore di rischio cardioembolico età correlato. È facile prevedere che in parallelo con l’incremento dell’aspettativa di vita vi sarà, negli anni a venire, un incremento della numerosità dei soggetti con fibrillazione atriale. Per contrastare le conseguenze cardioemboliche di questa aritmia dovranno essere implementate le strategie terapeutiche correnti basate sull’impiego di farmaci anticoagulanti antagonisti della vitamina K e di farmaci anticoagulanti diretti o di nuova generazione, mentre per il controllo della funzione cardiaca saranno fondamentali i farmaci antiaritmici e gli interventi sullo stile di vita e sui fattori di rischio correlati.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf “Prevenzione delle malattie cerebrovascolari lungo il corso della vita”

Cammina che ti passa

Due cose soprattutto: smettere di fumare e camminare e ancora camminare. Sono i consigli prioritari suggeriti ad Ornella, 60enne fumatrice accanita, con crampi al polpaccio destro che le causano anche interruzione al cammino, alla quale al doppler arterioso e all'ABI viene posta diagnosi di arteriopatia obliterante agli arti inferiori

Domenica Basile

A.S.P. La Quiete (Azienda Pubblica di Servizi alla Persona) - Udine

Cammina, cammina, arrivano vicino a una casetta fatta tutta di dolci... No, questa è un'altra storia. Hansel e Gretel mi pare. Che brutta scena, quando il dito esce dalla gabbietta e la strega lo palpa per vedere se è bello grassoccio... *vabbé*, non perdiamoci come al solito nei meandri della mente.

Ma parliamo di Ornella, 60enne in gamba (e come vedrete dal caso clinico, definizione veramente azzeccata), amante dello shopping. Fuma come un turco. O meglio, una turca. Anche se con tutti i flussi migratori attuali, questa espressione comune forse non è tanto politicamente corretta.

Ma torniamo a Ornella. Dicevamo che è amante dello shopping. Cioè cammina e si ferma ad ogni vetrina per vedere i vestiti in mostra.

Il centro di Udine è piccolino, i negozi sono attaccati, e - se vogliamo essere più precisi - si ferma una vetrina ogni quattro.

Non perché le interessino veramente i negozi, ma perché dopo circa 100 metri, le compaiono importanti crampi al polpaccio destro che le impediscono di proseguire la marcia.

E visto che si vergogna a dirlo e a farlo capire, fa finta di guardare le vetrine. Si ferma qualche minuto, il dolore passa, e lei riparte. Magari ogni tanto in queste pausette, si fuma pure la sua sigaretta.

Il marito è stufo di queste sue pause e ad un certo punto le urla di tutto.

È solo allora che Ornella gli urla contro e gli dice: "Sei proprio un mona, non vedi che mi fermo perché non riesco a camminare?". Dico mona, per non scrivere epitepi peggiori che gli lancia.

A quel punto il marito si attiva e parla con il suo amico medico, che parla con un altro collega, che gli consiglia un doppler arterioso agli arti inferiori. Ed è così che conosco la cara signora Ornella.

► La visita

Entra in ambulatorio. Puzza di fumo. Appare molto scocciata da dover fare quell'esame.

Si toglie le calze contro voglia e si stende sul lettino.

E vai di sonda e vai di eco.

Presenta un'ateromasia diffusa delle arterie femorali superficiali bi-

lateralmente, maggiormente all'arto di destra dove presenta una stenosi significativa poco dopo l'origine con flusso ridotto distalmente.

Ora facciamo un ABI. Vi ricordate cos'è? Con il dopplerino e uno sfigmomanometro, valuto la pressione a livello delle arterie del piede e rapporto la pressione rilevata con la pressione sistolica presente all'arto superiore.

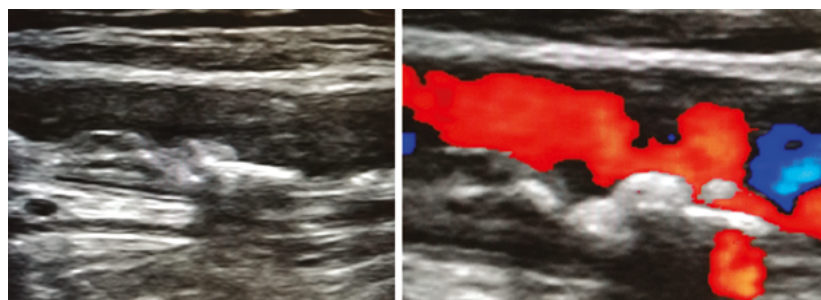
Ornella presenta un ABI di 0.6 a destra e 0.8 a sinistra.

E ora cosa consigliamo a questa donna amante forzata dello shopping?

Due cose soprattutto: smettere di fumare e camminare e camminare. Voi direte...ma come camminare? Se non riesce!!

Le date dei consigli precisi: cioè deve camminare fino a poco prima che insorga il dolore (ormai conosce bene la distanza di marcia che le sue gambe le consentono prima di provare

FIGURA 1



Doppler arterioso: ateromasia diffusa delle arterie femorali superficiali

dolore), fermarsi un attimo, e riprendere a camminare. Deve fare questo esercizio almeno 3 volte settimana per almeno 30-45 minuti la volta. E poi la rivedo a breve (3-6 mesi) per vedere se c'è stato un certo miglioramento (clinico e di ABI). A cosa sarà legato un eventuale miglioramento? Alla creazione di circoli collaterali.

► Gestione dell'arteriopatia obliterante degli arti inferiori

Ma ora parliamo un po'di come va gestito il paziente con arteriopatia obliterante degli arti inferiori (spero abbiate capito che stavamo parlando di questa patologia, e non della lombosciatalgia... altrimenti vi rimane sempre l'ippica).

Classificazione

Dividiamo i pazienti con PAD in 4 stadi secondo Leriche-Fontaine:

- 1° stadio: asintomatici
- 2° stadio: con claudicatio (2A lieve >200 metri - 2B moderata e severa < 200 metri)
- 3° stadio: con dolore ischemico a riposo
- 4° stadio: presenza di ulcere ischemiche o gangrena.

Nel 1° stadio rientrano i pazienti asintomatici, con riscontro occasionale di calcificazioni a livello dell'asse arterioso degli arti inferiori.

Terapia

La terapia fondamentale consigliata è l'esercizio fisico (camminare almeno 30-45 minuti per almeno 3 volte alla settimana), e -se fumatore - viene consigliata l'astensione dal fumo.

■ **I pazienti con PAD asintomatica** traggono beneficio dalle terapie mediche (ASA, statine, antipertensivi dove indicato) in quanto riducono il rischio di IMA, stroke, decesso.

■ **Nei pazienti in 2° stadio (con claudicatio)** bisogna consigliare:

- cessazione dal fumo;
- mantenere la pressione arteriosa <140/90 mmHg;
- mantenere il colesterolo LDL <100 mg/dL in prevenzione primaria o <70 mg/dL in prevenzione secondaria e nei diabetici;
- mantenere HbA1c <7%.

Va inoltre consigliato, specie nei pazienti con stadio 2B (claudicatio <200 metri):

- trattamento farmacologico (cilostazolo o maftidrofurile: gli unici due farmaci con qualche evidenza scientifica di beneficio sulla claudicatio);
- esercizio fisico (secondo le indicazioni consigliate alla signora Ornella);
- trattamento chirurgico (da considerare in caso di fallimento del trattamento conservativo).

■ **I pazienti in 3° e 4° stadio** presentano dolore ischemico a riposo mentre i pazienti al 4° stadio hanno già evidenza di lesioni trofiche. Per entrambi gli stadi l'ABI rilevato è <0,5.

In questi casi è indicato il ricovero in ambiente medico sia per effettuare mappatura e severità delle lesioni (ecodoppler arterioso degli arti inferiori e approfondimento tramite esame di secondo livello quale l'angiogramma) sia per avviare terapia medica e valutazione del chirurgo vascolare per indicazione a rivascolarizzazione chirurgica/endovascolare. Per quanto concerne la terapia medica, non vi sono studi che abbiano riscontrato un beneficio del trattamento con anticoagulanti: è indicato pertanto solo dosaggio con LMWH a dosaggio profilattico nei pazienti allettati/scarsamente mobilizzati.

Se già non in atto, viene avviata terapia antiaggregante con cardioaspirina 100 mg/die.

Là dove non è indicata la rivascolarizzazione, può essere utile un ciclo di prostanoidi: la somministrazione parenterale di iloprost sembra mi-

gliorare le lesioni ulcerose e la sopravvivenza nei soggetti con CLI nei quali non sia possibile attuare un intervento di rivascolarizzazione.

Uno dei rilievi più classici di questi due stadi è il dolore ischemico a riposo associato frequentemente a ulcerazioni dolorose. Il dolore di norma scompare dopo la rivascolarizzazione, ma è fondamentale pianificare un adeguato controllo del dolore in attesa dell'intervento oppure nei casi in cui la rivascolarizzazione non sia indicata o non sia stata risolutiva. Si possono utilizzare paracetamolo o FANS, ma spesso è necessario l'utilizzo di narcotici, e - specie nei casi di dolore resistente alle comuni terapie - è indicata la loro presa in carico presso l'ambulatorio di terapia antalgica. È più efficace l'assunzione costante degli analgesici, piuttosto che la terapia "al bisogno". Nei soggetti con ischemia critica spesso il dolore migliora o scompare con le gambe in posizione declive.

► Conclusioni

Bene ragazzi, anche questo caso è terminato. Spero di avervi dato qualche consiglio utile... almeno per distinguere un'arteriopatia da una flebopatia o da una lombosciatalgia.

Quando mi arriva un paziente con algie non meglio specificate alle gambe e con richiesta di "ecodoppler venoso e arterioso degli arti inferiori"... e magari il giorno prima ha fatto RX dei piedi bilaterali, ed è in attesa di RM rachide L-S ... direi che non ci siamo.

La clinica deve guidare gli esami da fare. Sempre. La clinica viene al primo posto sempre. Quindi toccate sempre i piedi ai vostri pazienti... tranquilli, nessuno vi darà dei feticisti.

• *Articolo pubblicato anche in <https://medicinainterna.blog>*

Identificazione degli anziani fragili nelle cure primarie

Questo studio si è proposto di validare l'applicazione della Checklist Sunfrail, sviluppata da un gruppo multidisciplinare internazionale per l'identificazione degli anziani fragili nell'ambito delle cure primarie. I risultati suggeriscono la sua applicabilità, in particolare l'alto valore predittivo negativo consente il riconoscimento dei pazienti da non inviare alla valutazione multidisciplinare

Yari Longobucco,¹ Chiara Benedetti,¹ Luna Zerbinati,¹ Marco Mantovani,² Elena Montali,³ Francesco Necchi,³ Elisa Iezzi,⁴ Sara Tagliaferri,¹ Luca Barbieri,⁵ Immacolata Cacciapuoti,⁶ Maria Luisa Moro,⁶ Mirca Barbolini,⁶ Marcello Giuseppe Maggio^{1,7}

► Scopo del lavoro

In corso di invecchiamento si assiste ad un aumento della prevalenza di fragilità, stato reversibile¹ di vulnerabilità a cambiamenti nello stato di salute indotti da stressor, con aumentato rischio di eventi avversi.² Tra i diversi modelli di fragilità esistenti, quello bio-psico-sociale risulta il più adeguato per individuare i soggetti che potrebbero trarre beneficio da un'assistenza integrata.³ In letteratura vi è accordo sulla necessità di attuare interventi precoci, che prevedono l'identificazione dei pazienti a rischio.² A tal fine è utile un approccio basato sullo screening ad opera del Medico di medicina generale (Mmg), primo contatto tra cittadini e servizio sanitario.¹ Occorre pertanto che

il Mmg disponga di uno strumento che gli consenta di formulare un giudizio clinico e di individuare i pazienti con sospetto/a rischio di fragilità da inviare a valutazione geriatrica multidimensionale (VGM).³

Su queste premesse si è ravvisata la necessità di definire una breve e semplice Checklist per lo screening della fragilità, che non produca un punteggio e che tenga conto del giudizio clinico.

La Checklist Sunfrail è stata sviluppata da un gruppo multidisciplinare internazionale seguendo la metodologia per la creazione di questionari,⁴ nell'ambito del progetto Sunfrail finanziato dal terzo Programma Salute 2014-2020 della Commissione Europea.

Il modello di riferimento è quello bio-psico-sociale ed i 9 item sono attinenti ai 3 domini della fragilità (fisico, cognitivo e socio-economico): 5 nel dominio fisico, 2 in quello neuropsicologico, 2 nel dominio socio-economico.

Lo studio si è proposto di validare la Checklist Sunfrail nell'ambito delle cure primarie, al fine di verificare la sua capacità discriminante in termini di individuazione dei pazienti che necessitano di una più

approfondita valutazione.

Questa ricerca è stata oggetto di una relazione nel corso del 64° Congresso 2019 della SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) e l'abs è stato pubblicato negli atti congressuali.⁶

► Materiali e metodi

In assenza di uno strumento in letteratura da considerarsi come gold-standard,⁵ l'obiettivo primario è stato quello di:

- misurare il grado di concordanza tra i due giudizi sulla condizione di fragilità del paziente (*criterion-validity*),
- quello formulato dal Mmg, avvalendosi della Checklist Sunfrail,
- quello successivamente espresso da un Team VGM, composto da un geriatra, un infermiere e un assistente sociale.

Gli obiettivi secondari erano:

■ **Determinare la *construct-validity*** attraverso la corrispondenza tra alcuni item della Checklist relativi ai 3 domini e gli esiti dei 3 strumenti (uno per dominio) utilizzati dal Team VGM:

- **Mini-Mental-State- Examination (MMSE)** per lo stato cognitivo,
- **il test del cammino su 4 m** come indicatore funzionale di salute fisica,

¹ Dipartimento di Medicina e Chirurgia
Università di Parma

² UOC Geriatria
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

³ Comune di Parma

⁴ UOC Ricerca e Innovazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

⁵ Azienda USL di Bologna

⁶ Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Emilia Romagna

⁷ UOC Clinica Geriatrica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

• **la Loneliness Scale** per il senso di solitudine;

■ **misurare la capacità predittiva** della Checklist in termini di valore predittivo positivo (VPP) e valore predittivo negativo (VPN).

Per fare ciò è stato realizzato uno studio osservazionale descrittivo, effettuato presso due Case della Salute della provincia di Parma.

Sono stati arruolati in modo consecutivo tutti i pazienti con età maggiore o uguale a 75 anni, categoria a maggior rischio di fragilità, che accedevano all'ambulatorio del Mmg.

► Risultati

Dei 122 soggetti arruolati, 95 completavano la visita VGM, con un drop-out del 22.1%; questo campione era costituito per il 54% da donne e presentava un'età media di 81 ± 4 anni.

I soggetti inclusi nell'analisi presentavano caratteristiche del tutto sovrapponibili a quelle del campione totale. L'utilizzo della Checklist ha consentito di identificare una quota signifi-

cativa di pazienti per i quali il Mmg sospettava una condizione di fragilità, pari al 31.1%, mentre la valutazione VGM ha identificato il 27% dei soggetti come fragili.

Il grado di accordo tra i giudizi era del 66.3%, con una k di Cohen pari a 0.353 ($p < 0.001$), indice di una *criterion-validity* modesta. Anche la *construct-validity* era bassa, con un coefficiente di contingenza massimo di 0.19. L'analisi della performance dello strumento ha evidenziato un VPP pari al 58.1% e un VPN pari all'84.6%.

► Conclusioni

I dati hanno mostrato una bassa *criterion-validity* tra i due giudizi di fragilità espressi dal Mmg e dal team VGM. Tuttavia, l'alto VPN suggerisce l'applicabilità della Checklist Sunfrail per lo screening dei soggetti anziani nelle cure primarie, consentendo l'individuazione dei soggetti non fragili da non sottoporre/inviare alla VGM, ed in cui non è richiesta la presa in carico.

BIBLIOGRAFIA

1. Cesari M et al. Frailty: An emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc* 2016; 17(3): 188-92.
2. Sacha J et al. Is it time to begin a public campaign concerning frailty and pre-frailty? A Review Article. *Front Physiol* 2017; 8: 484. 3.
3. Van Kempen JA et al. Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. *Br J Gen Pract* 2013; 63(608): e225-31.
4. Burns KE et al; ACCADEMY Group. A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians. *CMAJ* 2008; 179(3): 245-52. 5.
5. Sutorius FL et al. Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. *BMC Fam Pract* 2016; 17: 10.
6. Atti Congressuali. 64° Congresso SIGG, Roma 27/30.11.2019. Monografie SIGG. Pacini Editore Medicina.

M.D.webtv

► **1 canale generalista**

► **12 canali specialistici**

La prima webTV per l'informazione e la formazione del medico italiano

- Medicina generale ▪ Cardiologia ▪ Angiologia ▪ Flebologia ▪ Malattie Trombotiche ▪ Gastroenterologia ▪ Epatologia
- Urologia ▪ Andrologia ▪ Nefrologia ▪ Psichiatria ▪ Neurologia ▪ Neuropsichiatria Infantile ▪ Ortopedia ▪ Reumatologia
- Medicina Fisica e Riabilitazione ▪ Oncologia ▪ Ematologia ▪ Cure Palliative ▪ Allergologia ▪ Pneumologia ▪ Otorinolaringoiatria
- Endocrinologia ▪ Diabetologia ▪ Dermatologia ▪ Medicina Estetica ▪ Malattie sessualmente trasmesse ▪ Pediatria
- Neonatologia ▪ Vaccini ▪ Ginecologia e Ostetricia ▪ Patologia della Riproduzione ▪ Genetica ▪ Malattie Rare

Embolia polmonare: valutazione, trattamento e prevenzione

L'embolia polmonare rappresenta la più importante manifestazione delle tromboembolie venose e negli Stati Uniti risulta essere la terza più comune patologia cardiovascolare di gravità tale da poter mettere in pericolo la sopravvivenza del paziente. Il pilastro del trattamento è la terapia anticoagulante la cui durata, secondo le attuali linee guida, deve essere di almeno tre mesi e comunque stabilita caso per caso, in seguito ad un'attenta analisi del rapporto tra costi e benefici

a cura di: **Pasquale De Luca**¹

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**², **Massimo Errico**³, **Marco Sperandeo**⁴

Giuseppe Di Pompo⁵, **Gianluigi Vendemiale**⁶, **Angelo Benvenuto**⁷

► Premessa

L'embolia polmonare (EP) è l'occlusione di un'arteria polmonare da parte di un embolo trasportato per via ematica (più raramente particelle di grasso, aria, liquido amniotico, cellule neoplastiche). Nel 90% dei casi i trombi originano dal territorio della vena cava inferiore (30% vene del bacino, 60% vene degli arti inferiori), il resto deriva dal territorio della vena cava superiore e dal cuore destro (pace-maker, catetere venoso centrale, fibrillazione atriale). I fattori di rischio includono qualsiasi causa di immobilismo o ipercoagulabilità: recente intervento chirur-

gico, allettamento prolungato, recente ictus o infarto del miocardio, malattia neoplastica disseminata, trombofilia (deficit di proteina C, deficit di proteina S, deficit di antitrombina III, polimorfismo del fattore V di Leiden, deficit di fattore XII, disfibrinogenemia congenita, trombomodulina, iperomocisteinemia, mutazione 20210 della protrombina, displasminogenemia) e sindrome da anticorpi antifosfolipidi, gravidanza/post-partum/contraccettivi orali.

L'embolia polmonare ha due premesse: la presenza di una trombo- si venosa profonda (TVP) e l'embo- lizzazione del trombo al polmone. Dal punto di vista fisiopatologico, si verifica un'ostruzione polmona- re con aumento del post-carico e conseguente sovraccarico pressorio del ventricolo destro (cuore polmonare acuto), la portata dimi- nuita determina shock circolatorio e la perfusione da shunt che viene a crearsi si manifesta con ipossie- mia arteriosa.

Embolie di grossa entità con inte- ressamento delle arterie polmona-

ri centrali non portano ad un infar- to polmonare (necrosi del paren- chima polmonare) quando è possi- bile garantire la circolazione tra le arterie bronchiali e polmonari, le piccole embolie per contro porta- no spesso ad infarti polmonari emorragici cuneiformi e localizzati sotto la pleura.

► Diagnosi clinica

L'esordio è acuto ed è caratterizzato da dispnea/tachipnea, dolore toraci- co, tachicardia, tosse/emottisi, op- pressione precordiale, ipotensione, sincope, cianosi, shock circolatorio. Considerando che la probabilità cli- nica di embolia polmonare condi- ziona significativamente l'aggressi- vità dell'iter diagnostico e terapeu- tico, riportiamo un approccio per la sua valutazione: la scala di Wells che consente di stimare la probabi- lità come "alta", "moderata", "bas- sa" (tabella 1).

► Diagnosi di laboratorio

Gli esami di laboratorio evidenziano incremento dei prodotti di degrada- zione del fibrinogeno/fibrina, come

Ospedale "T. Masselli-Mascia" S. Severo ASL FG

¹ Dirigente Medico SC Medicina Interna

² Dirigente Medico SC Cardiologia-UTIC

³ Direttore SC Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

³ Direttore SC Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

⁴ Dirigente Medico SC Medicina Interna

⁵ Direttore SC Pronto Soccorso

Università degli Studi di Foggia

AOU Policlinico "Ospedali Riuniti"

⁶ Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia

e Direttore Dipartimento Internistico

TABELLA 1

Valutazione della probabilità clinica per la diagnosi di embolia polmonare (scala di Wells)

Caratteristica clinica	Punteggio
• Segni e/o sintomi di TVP	3
• EP più o ugualmente probabile rispetto ad altre diagnosi	3
• Immobilizzazione > 3 gg o intervento chirurgico nelle precedenti 4 sett.	1,5
• Precedente TVP o EP	1,5
• Frequenza cardiaca > 100/min.	1,5
• Emofetie	1
• Neoplasia attiva (in corso di trattamento o trattata negli ultimi 6 mesi o in trattamento palliativo)	1
Valutazione conclusiva	Punti
• Probabilità alta	> 6
• Probabilità moderata	2 - 6
• Probabilità bassa	< 2

ad esempio il D-dimero; il dosaggio del D-dimero presenta una sensibilità del 96% ma una bassa specificità (47%), potendo risultare aumentato anche in altre patologie, quali l'infarto miocardico, lo scompenso cardiaco, neoplasie, polmoniti, sepsi, interventi chirurgici e prolungato allettamento.

All'EGA (emogasanalisi) risulteranno PO_2 e PCO_2 diminuite con pH spesso aumentato.

► Diagnosi strumentale

All'ECG possono comparire: tachicardia sinusale, raramente aspetto $S_1Q_3T_3$ (sindrome di McGinn-White: onda S profonda in I, onda Q patologica in III ed onda T invertita in III) oppure $S_1S_2S_3$ da dilatazione del ventricolo destro con rotazione del cuore in senso orario, onda P polmonare (P atriale destra), sovraccarico ventricolare destro (onda T invertita da V1 a V4), blocco di branca destra.

L'ecocardiocolordoppler serve per l'eventuale documentazione diretta

del trombo nel cuore destro o nell'arteria polmonare, oltre a poter evidenziare la dilatazione dell'arteria polmonare e delle camere cardiache destre e a permettere di ottenere la valutazione delle pressioni (colordoppler).

L'*Rx del torace* può mostrare: stasi a livello dell'arteria polmonare, sopraelevazione monolaterale del diaframma, "amputazioni vascolari" dei grandi rami arteriosi polmonari, segno di Westermark (transitoria radiotrasparenza localizzata), un piccolo versamento pleurico unilaterale, atelectasie; in caso di infarto polmonare si può osservare un'opacità cuneiforme periferica (goba di Hampton).

La dimostrazione dell'embolia si avvale delle seguenti indagini: *TAC torace con mdc (angio-TAC)* oppure *TC spirale multistrato*, *scintigrafia ventilatoria-perfusoriale del polmone*, *angiografia polmonare* (considerata il gold standard perché permette una diagnosi di certezza).

Infine per la dimostrazione della flebotrombosi causale sono indicati l'ecocolordoppler e la flebografia (solo nei casi dubbi).

► Trattamento

La terapia d'emergenza prevede:

- decubito semiortopnoico;
- sedazione (es. diazepam ev lentamente; attenzione alla depressione respiratoria) e trattamento del dolore;
- O_2 -terapia (5-8 l/min.) con cannula nasale o maschera di Venturi; raramente è necessario ricorrere alla ventilazione meccanica, che va usata con cautela e preferibilmente a basse pressioni per evitare di peggiorare ulteriormente la disfunzione cardiaca destra;
- bolo di eparina [80 U/Kg oppure 5000 ui ev (cioè 1 cc)], seguito da un'infusione continua (18 U/Kg/ora) per 5-10 giorni, individualizzando la dose (tabella 2) e controllando ogni 6 ore l'aPTT fino ad ottenere un range pari a 1,5-2,5 volte il valore di base; le eparine a basso peso molecolare e il fondaparinux possiedono un'azione antitrombotica uguale (o maggiore), con minore possibilità di indurre trombocitopenia rispetto all'eparina non frazionata; il warfarin (o l'acenocumarina) può essere somministrato per os fin dall'inizio della terapia con eparina, con una dose d'attacco pari a 5 mg/die (cioè 1 cp/die) per 2 giorni e successivi aggiustamenti in modo da mantenere l'INR tra 2,0 e 3,0; la terapia con warfarin viene continuata per circa 3 mesi, ma in presenza di persistenti fattori di rischio o di embolia polmonare ricorrente, va proseguita per altri 3-6 mesi o indefinitamente a seconda dei casi specifici; oggi sono inoltre disponibili, con protocolli di trattamento anche solo per via orale, i cosiddetti anticoa-

TABELLA 2

Schema di aggiustamento della dose di eparina nell'embolia polmonare, in base al peso corporeo del paziente, per ottenere un effetto anticoagulante ottimale

- dose iniziale → 80 U/Kg in bolo, poi 18 U/Kg/h
- aPTT < 35,5 (< 1,2 controllo) → 80 U/Kg in bolo, poi 4 U/Kg/h
- aPTT 35,5-45,5 (1,2-1,5 controllo) → 80 U/Kg in bolo, poi 2 U/Kg/h
- aPTT 46-70,5 (1,5-2,3 controllo) → nessuna variazione
- aPTT 71-90,5 (2,3-3 controllo) → ridurre la velocità di infusione di 2 U/Kg/h
- aPTT > 90,5 (> 3 controllo) → mantenere l'infusione per 1 ora, poi ridurre la velocità di infusione di 3 U/Kg/h

gulantanti diretti (rivaroxaban, apixaban, edoxaban, dabigatran);

- eventuale trattamento dello shock, utilizzando dopamina/dobutamina;

- se il paziente è in arresto cardio-respiratorio, praticare le manovre di RCP;

- fibrinolisi (trombolisi) sistemica con attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante (l'rTPA viene somministrato con un bolo di 10 mg ev, seguito da 90 mg in infusione continua in due ore): accelera il dissolvimento del trombo, riduce la morbidità da sindrome postflebitica e va presa in considerazione nei pazienti a basso rischio emorragico con trombosi venosa iliaco-femorale estesa o con embolia acuta massiva e instabilità emodinamica (per es. ipotensione grave persistente e/o shock cardiogeno) o insufficienza ventricolare destra;

- l'embolectomia polmonare (mediante catetere utilizzato per l'angiografia polmonare o chirurgica) va riservata solo ai rari pazienti con embolia polmonare visualizzata all'angiografia polmonare, che rimangono in shock nonostante la terapia trombolitica e di supporto oppure che richiederebbero la te-

rapia trombolitica, ma non possono riceverla per controindicazioni.

► **Prevenzione**

Per la prevenzione dopo EP, occorre la prescrizione di calze elastiche incoraggiando una precoce mobilitazione e una terapia anticoagulante orale oppure con eparine a

basso peso molecolare; in caso di EP recidivante nonostante gli anti-coagulanti, occorre applicare una interruzione chirurgica alla vena cava inferiore (filtri cavali).

In conclusione, possiamo affermare che nonostante la prevalenza nei paesi ospedalizzati, la maggior parte dei casi di embolia polmonare non è riconosciuta ante mortem, e meno del 10% dei pazienti con emboli mortali riceve un trattamento adeguato alla condizione. La gestione richiede un approccio sistematicamente vigile nella diagnostica e un riconoscimento dei fattori di rischio, in modo da provvedere a un'appropriata terapia preventiva. Infatti, l'esito nei pazienti con tromboembolia polmonare diagnosticata e adeguatamente trattata è in genere buono e la prognosi complessiva dipende piuttosto dalla malattia di base che non dall'embolia polmonare in se stessa.

BIBLIOGRAFIA

- Agno W. et al. Oral anticoagulant therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141 (2 suppl): e44S-88S.
- Chiaranda M. Urgenze ed emergenze, Istituzioni. Piccin, Padova, 2016, pp. 259-269.
- Goldman L. et al. Goldman-Cecil Medicina Interna". Edizioni Edra, Milano, 2017, pp. 620-627.
- Foster C. et al. Washington, manuale di terapia medica. CIC Edizioni, Roma, 2013, pp. 695-712.
- Hansson PO. et al. Recurrent venous thromboembolism after deep vein thrombosis: incidence and risk factors. *Arch Intern Med* 2000; 160 (6): 769-774.
- Kasper DL. et al. Harrison Principi di Medicina Interna. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2017, pp. 2182-2189.
- Mismetti P. et al. Effect of a retrievable inferior vena cava filter plus anticoagulation vs anticoagulation alone on risk of recurrent pulmonary embolism: a randomized clinical trial. *JAMA* 2015; 313 (16): 1627-1635.
- Papadakis M.A. et al. Current Medical Diagnosis and Treatment. Piccin, Padova, 2015, pp. 336-344.
- Rugarli C. Medicina Interna Sistemica. Edra Masson, Milano, 2015, pp. 541-550.
- SIMEU. Medicina di Emergenza-Urgenza". Elsevier, Milano, 2011, pp. 398-408.
- Sing RF. et al. Inferior vena cava filters: indications and management. *Curr Opin Cardiol* 2013; 28 (6): 625-631.
- Tintinalli JE. Medicina di Emergenza-Urgenza. Piccin, Padova, 2018, pp. 407-419.



NUTRIENTI e SUPPLEMENTI

INFORMAZIONE QUALIFICATA DA FONTI QUALIFICATE



Il portale rivolto ai professionisti della salute.
Notizie aggiornate e qualificate su nutrizione e integrazione alimentare



IPERTENSIONE E NUTRACEUTICI: INDICAZIONI EUROPEE



EFFETTI BENEFICI DELLE NOCI SUL MICROBIOTA



DIGIUNO INTERMITTENTE: NUOVE EVIDENZE



PROPRIETÀ SALUTISTICHE DEL LIEVITO



TERAPIE NATURALI IN NEUROPSICHIATRIA



PROFILO DI SICUREZZA DELLA CURCUMA

Ipertensione e nutraceutici: indicazioni europee

Definiti utili e sicuri, soprattutto nella pre-ipertensione, possono essere proposti sulla base di semplici criteri

■ Utili e sicuri, in particolare nelle condizioni di cosiddetta pre-ipertensione, ma non tutti con le medesime evidenze scientifiche e mai da utilizzare al posto dei farmaci, se non in aggiunta: lo ha ribadito la Società europea dell'ipertensione (Esh), in un position paper (*J Hypertens* 2020; online).

“Negli ultimi anni i dati ci suggeriscono che esiste una fascia di persone con valori compresi tra 130 e 139 mmHg per la massima e 85 e 89 mmHg per la minima, a rischio di sviluppare ipertensione negli anni, per i quali il trattamento farmacologico non è indicato e che potrebbero trarre benefici da altre strategie di intervento, quali appunto quelle cosiddette naturali - sottolineano

gli autori. Tre le categorie esaminate:

- ▶ alimenti (caffè, succo di melograno, tè verde e nero, karkadè, succo di barbabietola, sesamo),
- ▶ nutrienti (Omega-3, proteine e aminoacidi, calcio, magnesio, potassio, vitamine, fibre solubili);



**European
Society of
Hypertension**

► nutraceutici non-nutrienti (resveratrolo, flavonoli del cacao, isoflavoni di soia, estratto di aglio stagionato, lycopene, pycogenolo, acido alfa-lipoico, coenzima Q10, melatonina, taurina, biancospino e probiotici).

► Tra i primi, il succo di barbabietola è quello che presenta le evidenze di un effetto antipertensivo maggiormente convincenti. Buoni risultati anche per succo di melograno, karkadè e sesamo, benché gli studi a disposizione riguardino in particolare popolazioni medio-orientali. Da non escludere, comunque, l'impiego di bevande ricche in catechine quali tè verde e nero.

► Sul fronte nutrienti, magnesio, potassio e vitamina C si sono dimostrati efficaci nell'abbassare i valori pressori. Attenzione, però, all'impiego del potassio in soggetti con insufficienza renale avanzata o in terapia con diuretici risparmiatori di potassio.

► Per quanto riguarda il terzo gruppo, gli isoflavoni della soia sono particolarmente indicati nelle donne in post-menopausa, il resveratrolo nei soggetti con insulino-resistenza e la melatonina in chi presenta ipertensione notturna.



Così concludono gli autori: "L'approccio nutraceutico può essere proposto sulla base di questi semplici criteri: lieve aumento della pressione arteriosa, assenza di indicazione al trattamento farmacologico e inclusione del nutraceutico nell'elenco dei composti con efficacia dimostrata. Sulla base delle evidenze scientifiche, altre strade non sono praticabili, a meno di future ulteriori prove di validità".

Effetti benefici delle noci sul microbiota

Nutrire in maniera virtuosa il microbiota con il consumo regolare di noci

■ Una ricerca nata per chiarire se gli effetti benefici delle noci sul microbiota siano legate al contenuto di acidi grassi a partire dall'alfalinolenico (Ala), piuttosto che di fibre o altri composti ha dimostrato che un consumo regolare di noci contribuisce a migliorare il profilo del microbiota intestinale con benefici per la salute CV (*Journal of Nutrition*. nxz289, online).

I risultati di uno studio su 42 partecipanti sovrappeso/obesi hanno evidenziato che una dieta che comprendeva noci intere (57-99 g/die; 2.7% Ala) ha favorito la presenza di batteri intestinali generalmente associati a benefici per la salute, come la *Roseburia*, associata a funzioni di protezione della barriera intestinale, piuttosto che *Eubacteria eligens* e *Butyricoccus*.

In aggiunta, il consumo di noci ha messo in evidenza una correlazione positiva tra cambiamenti del microbiota e miglioramenti di alcuni fattori di rischio cardiovascolari. L'aumento della presenza di specie come *Eubacteria eligens* si è, infatti, rivelato in stretta correlazione con miglioramenti della PA così come la massiccia presenza di *Lachno-*

spiraceae con benefici su profilo lipidico e pressorio.

Questi risultati sono un esempio di come sia possibile nutrire in maniera virtuosa il nostro microbioma. Alimenti come le noci forniscono ai batteri intestinali una serie di nutrienti preziosi, come acidi grassi, fibre e composti bioattivi, un processo che può, inoltre, aiutare ulteriormente a generare metaboliti benefici per l'organismo.



Terapie naturali in neuropsichiatria

Presentata a Milano l'Accademia di terapia naturale in psichiatria e neurologia

■ Lo straordinario avanzamento della tecnologia avvenuto in questi ultimi 20 anni ha permesso di identificare i meccanismi d'azione di molte sostanze naturali utilizzate da tempo. Ciò ha determinato un'esplosione epocale dell'uso di queste molecole, ma non esistono regole precise di utilizzo dei prodotti. "Vi è la necessità di dare indicazioni precise a medici di famiglia e specialisti su come utilizzarli anche in associazione ai farmaci già nell'armamentario terapeutico" - spiega **Giovanni Biggio**, Neuropsicofarmacologo, Università di Cagliari.

Nasce su questi presupposti a Milano l'"Accademia di terapia naturale in psichiatria e neurologia (Atnpn)", con l'obiet-

tivo di promuovere lo sviluppo responsabile delle terapie naturali in ambito neuropsichiatrico - illustra **Emilio Sacchetti**, Emerito di Psichiatria, Università degli studi di Brescia. Nei programmi, corsi di formazione, aggiornamento e informazione rivolti sia ai professionisti della salute, sia ai cittadini; promozione di ricerche di base e cliniche ed elaborazione di criteri guida per un disciplinare di qualità delle Tnpn e per la certificazione dei prodotti in commercio secondo tali criteri.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovanni Biggio

Profilo di sicurezza della curcuma

Dopo i casi di epatite non infettiva è opportuna una puntualizzazione sulla sua sicurezza

■ La quantità di ricerche pre-cliniche e cliniche fa di questo ingrediente botanico uno dei più studiati al mondo e sulla base delle evidenze scientifiche si può



affermare che il profilo di sicurezza della curcuma è molto alto - spiega **Giovanni Musso**, Ospedale Humanitas Gradenigo, Torino.

Per quanto riguarda in particolare la sicurezza epatica, la curcumina è studiata in tutto il mondo da anni in decine di modelli sperimentali come trattamento per la protezione del fegato verso danno chimico, dato per esempio dall'abuso di alcol. Come indicazione generale va ribadito che gli integratori di origine botanica devono essere preferibilmente consigliati dal medico o dal farmacista, che sono in grado di verificare le condizioni generali del soggetto, analizzare le eventuali terapie o integrazioni già in corso per valutare le possibili interazioni e identificare la più efficace posologia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Giovanni Musso

Nutrientisupplementi.it è un progetto editoriale di iFarma Editore Srl, nato con l'obiettivo di favorire, presso gli operatori sanitari, una corretta e documentata informazione scientifica su ciò che riguarda l'ambito della nutrizione e dell'integrazione.

Direttore editoriale: Dario Passoni • **Direttore responsabile:** Nicola Miglino

Per ricevere gratuitamente la newsletter settimanale: www.nutrientisupplementi.it • info@nutrientisupplementi.it