

M.D.

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

Anno XXI, numero 2 - 20 marzo 2014

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

INTERVISTA

6

**Presagi di crescita
per i contenziosi
medico-legali**

RASSEGNA

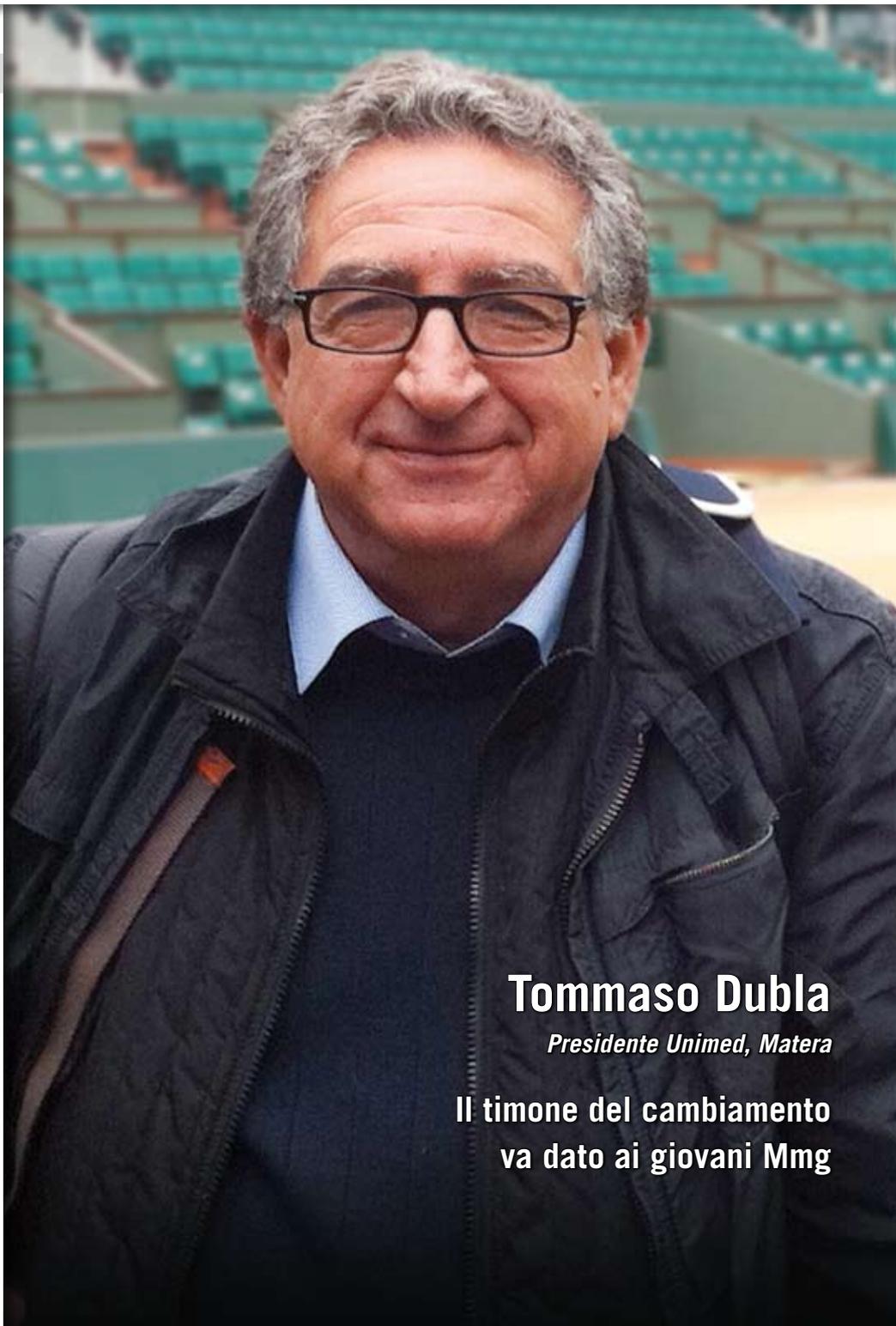
32

**Energy drink:
stimolanti innocui
o cocktail pericolosi?**

CLINICA

41

**Diagnosi e terapia
dell'artrite reumatoide
in Medicina Generale**



Tommaso Dubla

Presidente Unimed, Matera

**Il timone del cambiamento
va dato ai giovani Mmg**



M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.)
Fax 02.202294333
E-mail: info@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72
il pagamento dell'IVA è compreso
nel prezzo di vendita

Stampa: Tiber SpA - Brescia

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Il timone del cambiamento va dato ai giovani Mmg 5
- **Intervista**
Cure primarie e presagi di crescita per i contenziosi medico legali 6
- **Riflettori**
L'Atto di Indirizzo non convince e la Fimmg non molla 8
- **Esperienze**
La gratificazione professionale che da senso al nostro essere Mmg 9
- **Proposte**
Il format delle cure primarie: il Territorio della Salute 10
- **Indagini**
Il Pronto Soccorso analizzato con gli occhi del paziente 16

AGGIORNAMENTI

- **Alimentazione**
Riduzione dei valori pressori con la dieta vegetariana 22
- **Diabetologia**
Evitare l'ipoglicemia: per un'efficace gestione del diabete 23
- **Endocrinologia**
Novità nella terapia dell'insufficienza surrenalica 24
- **Gastroenterologia**
Ottimizzazione della terapia nella colite ulcerosa 25
- **Ginecologia**
Sessualità nelle "giovannissime", così precoci...e così disinformate 26
- **Neurologia**
I deficit della memoria nel paziente epilettico 27
- **Terapia antalgica**
Contro le riacutizzazioni del dolore neuropatico 28

CLINICA E TERAPIA

- **Rassegna**
Energy drink: stimolanti innocui o cocktail pericolosi? 32
- **Pratica medica**
Paziente anziana ipertesa e ad alto rischio cardiovascolare 34
- **Management**
Dolore muscolare: un percorso innovativo in Medicina Generale 39
- **Clinica**
Artrite reumatoide: diagnosi e terapia nella medicina generale 41
- **Documenti**
Celiachia, patologia in costante aumento 45
- **Monitor** 46

Il timone del cambiamento va dato ai giovani Mmg

Non c'è cambiamento se il Mmg non recupera il suo ruolo e per farlo deve lasciare spazio ai giovani. Ne è convinto Tommaso Dubla, "storico" segretario della Fimmg di Matera che, coerentemente con il suo pensiero, ha deciso di "fare largo ai giovani" non presentandosi alle elezioni per il rinnovo del direttivo provinciale della Fimmg. Particolare interesse ha suscitato la sua recente dichiarazione alla *Gazzetta del Mezzogiorno* in cui, facendo un resoconto della sua attività, ha affermato che il risultato più importante che ha raggiunto è quello di "aver gettato le basi per la medicina di gruppo", ma il suo rammarico più profondo è quello "di dover lasciare una medicina territoriale più debole di quella ospedaliera in confronto alla situazione di 20 anni fa. I politici non ci considerano più una forza. Occorre recuperare il nostro ruolo non solo in Basilicata, ma su scala nazionale".

Si tratta di affermazioni piuttosto "forti" e per questo motivo lo abbiamo intervistato chiedendogli delucidazioni sulla scelta di lasciare il sindacalismo "attivo" e su quelle amare considerazioni.

"Sono convinto che il passaggio epocale che la medicina generale deve affrontare deve essere gestito dai giovani, cioè da coloro che rappresentano il futuro della professione e non più dalla generazione che io rappresento che, con le dovute eccezioni, resta cristallizzata nella difesa delle sue rendite di posizione". Secondo Dubla, sono ancora molti i Mmg che non hanno compreso che il cambiamento può essere messo in atto solo se si rinuncia a questa strenua difesa e ci si apre ad una nuova vision professionale.

"Molti non hanno capito - sottolinea Dubla - che questo cambiamento comincia proprio dall'abbandono della visione di un Mmg che lavora da solo per abbracciare una visione più allargata che è quella delle medicine di gruppo con le aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e le Uccp. Io vedo nei giovani colleghi molto entusiasmo nel lavoro di gruppo, non lo riscontro invece in quelli che hanno decenni di professione e che si avviano alla conclusione della loro attività lavorativa. Ed è proprio per questo motivo che ho rinunciato alla presentazione della mia candidatura alle elezioni per il rinnovo del direttivo provinciale. Credo fortemente in un rinnovamento della nostra categoria, cosa che in effetti sta già avvenendo nella Fimmg. C'è un vento nuovo che è rappresentato dai giovani che si affacciano alla professione e vogliono partecipare ad un'attività sindacale concreta".



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

Cure primarie e presagi di crescita per i contenziosi medico legali



Roberto Carlo Rossi, Presidente OMCEO Milano, profetizza un aumento dei contenziosi per i medici di famiglia e i medici di continuità assistenziale e chiede una maggior tutela da parte delle Istituzioni, Aziende sanitarie comprese

► **Livia Tonti**

Norme troppo stringenti ed eccesso di carico burocratico non regolamentano l'atto medico, ma lo sviscerano, danneggiando l'esercizio della professione. Ne è convinto **Roberto Carlo Rossi**, Presidente OMCEO Milano che profetizza nell'imminente futuro un aumento dei contenziosi per i medici di famiglia e i medici di continuità assistenziale. Rossi chiede alle Istituzioni una maggior tutela e un intervento incisivo per invertire l'attuale tendenza che vede i medici sempre più

protagonisti di gogne mediatiche. "Non una voce istituzionale, in tempi non sospetti - precisa il presidente Rossi - si è levata per fare da contraltare ad una campagna pubblicitaria trasmessa dalla TV nazionale estremamente lesiva per tutti i medici e i professionisti del Ssn" ricordando, tra l'altro, che l'assistenza sanitaria in Italia - e in Lombardia in particolare - è in genere di ottimo livello. Il riferimento è alla nota campagna pubblicitaria chiamata "Obiettivo Risarcimento", che invita chi ha avuto

problemi col Ssn a far valere i propri diritti "senza costi e senza rischi", pubblicizzando la possibilità di ottenere risarcimenti a seguito di presunti errori commessi nella pratica medica, fino a 10 anni dall'evento. Quello che sta emergendo negli ultimi tempi è che anche una categoria che fino a non molto tempo fa era considerata abbastanza "immune" da contenziosi medico-legali, come quella dei medici di medicina generale, è sempre più frequentemente coinvolta nella richiesta di risarcimen-

E si alimenta la medicina difensiva

Nel 2102, secondo l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), le denunce di sinistri per malasanità nelle sole strutture pubbliche sono state oltre 12 mila, al netto di tre Regioni che non hanno fornito i dati. Tutto questo a fronte di oltre 9 milioni di ricoveri e circa 1 miliardo di prestazioni specialistiche. Ma ogni denuncia (63% per lesioni personali e 11% per decessi) può riguardare più medici, con un coinvolgimento di decine di migliaia di professionisti. Nel frattempo cresce il disagio e aumenta la paura dei medici per le possibili denunce dei pazienti. È quanto ha evidenziato a fine 2013 il sondaggio sulla "Medicina difensiva" condotto da Sanità In-Formazione che ha coinvolto un campione di 20.828 medici. Il 99.1% degli intervistati lo

conferma mentre il 77% è consapevole del peso di azioni di medicina difensiva sull'aumento dei costi assicurativi: l'88.6% del campione di riferimento pensa che stipulare una polizza sia un problema critico. Il 96% ritiene che l'Ordine dei Medici debba aumentare la tutela legale dei singoli professionisti mentre solo il 26% confessa di compiere atti di medicina difensiva negativa. Il 99% si sente esposto a rischio denunce. Altre ricerche hanno mostrato che oltre il 95% del contenzioso si risolve con l'assoluzione del professionista sanitario, a fronte di un costo della "medicina difensiva" stimato dal Cergas-Bocconi in circa il 10% della spesa sanitaria complessiva (circa 13 miliardi l'anno).

ti. Se infatti, da una parte, i Mmg, come anche i medici di guardia medica, sono sotto i riflettori delle Asl e delle grandi Agenzie nazionali, che indicano, attraverso linee guida e note Aifa, quali farmaci ed esami prescrivere, quando e per chi, dall'altra ci sono dei pazienti sempre più "esigenti" e propositivi che, di fronte a un ritardo diagnostico o al rifiuto della prescrizione di esami o farmaci richiesti da loro stessi, è pronto a fare causa se, a distanza di tempo, insorge qualche complicazione.

"Nella stragrande maggioranza dei casi sono pretese ingiustificate - continua Rossi - ma chi non ha competenze in materia non ha la capacità di capirlo. Tocca ai consulenti essere responsabili e spiegare alle parti che si ritengono danneggiate che ci sono delle procedure da seguire che hanno una validazione internazionale."

► Meglio prendere immediate contromisure

Questa situazione suggerisce la necessità di prendere rapidamente adeguate contromisure, prima che inizi ad avere conseguenze che rischiano di minare profondamente la fiducia nei confronti dei medici e, contestualmente, di mettere i medici stessi in condizioni di non lavorare più con la serenità e la concentrazione che sono condizioni indispensabili per l'ottimale svolgimento della loro funzione. "Innanzitutto - propone Rossi - dobbiamo togliere la possibilità di denunciare penalmente i medici. L'atto medico deve essere in ogni caso depenalizzato, com'è per altro in moltissimi Paesi del mondo". Infatti l'azione del medico, sempre che sia realizzata con "scienza, coscienza e conoscenza", è sempre volta a fare del bene al proprio assistito e mai allo scopo di

Anno	RC Strutture Sanitarie	RC Professionale Medici	Totale RC Medica
1994	6.345	3.222	9.567
1995	11.411	5.892	17.303
1996	13.028	4.028	17.057
1997	18.672	4.829	23.501
1998	21.678	6.036	27.714
1999	23.261	9.073	32.334
2000	23.249	10.078	33.327
2001	21.911	11.238	33.149
2002	19.028	11.443	30.471
2003	16.566	10.874	27.440
2004	16.356	11.988	28.344
2005	16.343	12.290	28.633
2006	16.424	11.959	28.383
2007	16.128	13.415	29.543
2008	17.746	11.851	29.597
2009	21.476	12.559	34.035
2010	21.353	12.329	33.682
2011	19.627	11.782	31.409

**Fonte: Ania*

procurare un danno. Anche per le cause civili c'è molto da fare. In particolare "sarebbe opportuno invertire l'onere della prova" - prosegue Rossi: cioè dovrebbe essere dimostrato che il medico abbia agito 'male', piuttosto che, com'è ora, sia il medico a dover provare di avere agito nel modo opportuno. Anche perché a distanza di anni può essere estremamente arduo ricostruire il proprio percorso assistenziale. Anche le Istituzioni, inoltre, dovrebbero fare la loro parte, elaborando norme meno coercitive che, ad ora, hanno dimostrato una duplice valenza negativa. Da una parte, infatti, tendo-

no a limitare il medico nelle sue scelte, provocando talvolta un inasprimento del rapporto col paziente che talora può avere l'impressione di non essere curato nel modo migliore. Dall'altra comportano una burocratizzazione ipertrofica togliendo tempo, energie, e concentrazione al rapporto con i propri pazienti.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

L'Atto di Indirizzo non convince e la Fimmg non molla

Il nuovo Atto di Indirizzo per la medicina convenzionata, malgrado mostri delle aperture rispetto a quello presentato in precedenza dalle Regioni, secondo il sindacato, continua a presentare delle criticità per l'aspecificità di alcuni passaggi e soprattutto per la valutazione delle risorse economiche eccessivamente semplificata

Anna Sgritto

La tensione tra i medici di medicina generale 'si taglia col coltello' e quest'Atto di Indirizzo non getta affatto 'acqua sul fuoco'. "Continuare lo stato d'agitazione, malgrado le Regioni abbiano stilato il nuovo Atto di Indirizzo per la MG - spiega **Silvestro Scotti** Vice segretario nazionale Fimmg - trova la sua motivazione in alcuni passaggi del documento. Passaggi aspecifici e in qualche modo arroganti, in quanto sembrerebbero indirizzare unilateralmente una negoziazione senza tenere minimamente conto di quanto dichiarato in questi anni rispetto al rinnovamento della Medicina Generale. Inoltre, nel documento, la valutazione delle risorse economiche è fin troppo banalizzata. Non si tiene affatto conto dei contenuti espressi dalle leggi finanziarie di questi ultimi anni, che prevedono chiaramente qual è il fondo a cui fare riferimento per il rinnovo contrattuale, un fondo che ricade sui medici nella loro totalità e non sui singoli. Si tratta di un argomento molto sentito e la non chiarezza su questo punto non fa che alimentare la tensione nella categoria. Ed è proprio per questo motivo che vorrei insistere sul concetto inerente alle isorisorse. Tale concetto è percepito dai singoli medici come se fosse riferito alle risorse che ricadono su ogni medico, ma non è così. Le risorse di un'area si calcono sommando tutte le componenti di quell'area. Quindi per comprendere se ci sono abbastanza risorse per rinnovare il sistema e farlo evolvere, bisognerà affrontare pro-

prio nel momento negoziale la quantificazione di queste risorse e poi riderne la distribuzione rispetto a quella che è stata la variazione degli operatori negli anni in cui si è definito il blocco contrattuale, ovvero dal 2010 fino ad oggi. I medici dovrebbero cominciare a considerare se si sta parlando della somma delle loro buste paga riferite al 2013 oppure di quelle riferite al 2010. Sicuramente il totale dell'anno 2010 è superiore a quello relativo alle buste paga attuali". I dati Enpam parlano chiaro: "i flussi dei Mmg in entrata e in uscita negli ultimi anni - precisa Scotti - evidenziano una significativa flessione in entrata. Per essere ancora più chiari, non si può prescindere dal fatto che c'è una parte di risorse che non risulta legato agli assistiti, ma al numero dei medici in campo e alle prestazioni che erogano. In altre parole riducendosi il numero dei medici, le prestazioni si riducono automaticamente perché sono determinate dalla capacità massima di un medico di definire prestazioni. L'Atto di Indirizzo su questo punto è assolutamente generico e così fa confluire le indennità di quota b: associazionismo, informatica, in un calderone per finanziare i fattori produttivi delle Aft e Uccp".



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

La gratificazione professionale che da senso al nostro essere Mmg

Se è vero che la routine del medico di medicina generale è costituita principalmente dai disordini del sistema cardiovascolare e malattie infettive della stagione invernale, è altrettanto vero che nell'esercizio della professione ci si imbatte in problemi clinici più rari ed interessanti la cui risoluzione ambulatoriale è fonte di estrema gratificazione professionale, più di decine di rinnovi contrattuali

Marco Ricchi - *Medicina Generale, Viterbo*

Dopo cinque anni di strenua crisi economica, paradossalmente questo sembra essere il periodo professionalmente più gratificante per il medico generalista. L'inasprimento dei costi per le visite specialistiche e gli esami clinici presso il Ssn unitamente a tempi di attesa considerevoli ha radicalmente mutato la mentalità dell'utente presso lo studio del proprio medico di famiglia. I nostri assistiti chiedono con maggiore forza che i problemi di salute si possano risolvere *qui et nunc* presso i nostri studi con una maggiore fiducia. Per questo motivo sottopongo ai colleghi due casi emblematici in cui mi sono imbattuto.

► Caso 1

La signora M. C. G. si presenta con difficoltà al movimento anche per brevi spostamenti, mialgie ed astenia generalizzata, andatura rallentata ed incerta. Dopo averla visitata ho avuto l'impressione che si trattasse di una fibromialgia con marcata componente depressiva. Sapevo che assumeva Levotiroxina 75 mg per una ventennale tiroidite di Hashimoto, per cui decisi di "saggiare" per prima cosa gli ormoni tiroidei e iniziare un trattamento con otto gocce di amitriptilina che

fornisce sempre una buona risposta nei casi di fibromialgia. Durante la seconda visita notai che sia il TSH che FT4 erano bassi; diventava quindi chiaro che dovevo andare a cercare un problema "ai piani alti," cioè nella sella turcica per cui oltre ad una RMN dell'ipofisi decisi di saggiare anche il comportamento degli altri ormoni ipofisari e di alcuni ormoni quali effetti diretti sulle ghiandole bersaglio, prolattina, LH, FSH, IIGF1, ACTH, cortisolo, DHEA. Mentre la RMN ipofisaria rivelò la presenza di un macroadenoma comprimente il chiasma ottico, gli esami ormonali evidenziarono una lieve insufficienza surrenalica, con valori normali o bassi per i restanti ormoni. In attesa della consulenza neurochirurgica, decisi di somministrare una compressa al giorno di corticosteroide 5 mg. Proprio questa terapia comportò in dieci giorni una repentina risoluzione del drammatico quadro clinico iniziale. Oggi la signora sta bene ed è in attesa di intervento neurochirurgico per un macroadenoma ipofisario non secernente.

► Caso 2

Il secondo caso riguarda uno studente di farmacia G. V. che da circa due anni era affetto da una forma

ingravescente di orticaria cronica. Il ricorso a specialisti dermatologi ed allergologi, ad esami ematologici assolutamente normali - compresi quelli che riguardano i disordini autoimmuni - a biopsie cutanee negative, a cicli di cortisonici prolungati nel tempo e antistaminici, a diete molto restrittive non avevano sortito alcun effetto. In questa situazione valeva la pena sperimentare una terapia non convenzionale per cui pensai di provare con basse dosi di ciclosporina poiché ne avevo un'esperienza diretta su altri pazienti che la assumevano ad alte dosi. Con le opportune precauzioni tentai una dose di ciclosporina da 100 mg al giorno per trenta giorni *off label*. Il sig. G. V. al momento ha ottenuto risoluzione completa della orticaria cronica libera da recidive dopo sei mesi dall'ultima somministrazione di ciclosporina. Se è vero che la routine del medico di medicina generale è costituita principalmente dai disordini del sistema cardiovascolare e malattie infettive della stagione invernale è altrettanto vero che si annidano talvolta dei problemi clinici più rari ed interessanti la cui risoluzione ambulatoriale è fonte di estrema gratificazione professionale più di decine di rinnovi contrattuali.

Il format delle cure primarie: il Territorio della Salute

L'integrazione assistenziale territoriale in team multiprofessionali e multidisciplinari potrebbe essere il paradigma di riferimento in grado di orientare qualsiasi attività assistenziale e qualsiasi forma organizzativa verso una sostenibilità e una efficacia operativa ed economica nel rispetto dei profili professionali e delle competenze clinico-sanitarie.

La riorganizzazione delle cure primarie non può non puntare sui team territoriali: le Case della Salute potrebbero essere lo strumento per favorirne la realizzazione

Bruno Agnetti
Presidente Regionale SMI
Emilia Romagna

Alessandro Chiari
Segretario Regionale SMI
Emilia Romagna

I macrofenomeni bio-psico-sociali riflettendosi sulle modificazioni dei comportamenti collettivi influenzano profondamente i servizi sanitari (evoluzione demografica; tasso di patologie croniche; modificazioni strutturali degli ordinamenti sociali tradizionali come la famiglia; l'inarrestabile sviluppo tecnologico e l'emergere di nuove problematiche bioetiche; i processi di integrazione multi-etnici e/o multiculturali; le conseguenze economiche sulla stabilità delle reti dei servizi e sulla espressione dei bisogni assistenziali e professionali). Nel 1989 D. Harvey ha enunciato il concetto di compressione spazio-temporale come strumento di comprensione delle velocissime modificazioni societarie che coinvolgono anche il contesto socio-sanitario.

► Analisi del contesto professionale

Le influenze dei macrofenomeni sulle attività socio-sanitarie producono tempi professionali maggiori, complessi ed intensi; alcune esperienze di associazionismo medico (per esempio Medicine di Gruppo self-made) che non hanno potuto, storicamente, usufruire di strutture o personale pubblico dimostrano attualmente una profonda sofferenza. In questo contesto i modelli piramidali proposti up-down come risolutivi delle problematiche professionali e assisten-

ziali hanno evidenziato un profondo distacco dalla realtà penalizzando il Ssn.

► Associazionismo medico territoriale

L'associazionismo medico territoriale ovvero la realizzazione di una aggregazione di medici di medicina generale (Mmg) con la finalità di favorire l'accessibilità al processo di cure degli assistiti è diventato un "soggetto di riferimento" per gli Mmg. L'associazionismo ha rappresentato la modalità organizzativa ed operativa appropriata per poter far fronte alle nuove sfide assistenziali procurata dall'*epidemia della cronicità*. Il rapporto fiduciario e la libera scelta, caratteristiche tuttora distintive della medicina generale, sono stati i pilastri del processo di trasformazione assistenziale attraverso processi decisionali complessi. La condivisione e la motivazione di ogni Mmg rimangono prerequisiti irrinunciabili per realizzare tali associazioni. Un'eventuale ulteriore incremento dell'attività burocratica potrebbe invece rappresentare una pesante criticità se la tecnologia attualmente disponibile non venisse orientata verso criteri di semplicità ed affidabilità. La realizzazione di strutture associative a complessità più avanzata (così dette megastrutture), se non fondata sulla condivisione nella progettazione e nella programmazio-

ne logistica, potrebbe procurare scarsa motivazione partecipativa dei Mmg che potrebbero essere persuasi più da vantaggi incentivanti che da possibili cambiamenti verso nuove ed efficienti modalità operative integrative; l'associazionismo medico (Medicine di Gruppo) inserito all'interno delle megastrutture, se non integrato da altre figure sanitarie, rischia quindi di rispondere più a bisogni di visibilità che a reali necessità assistenziali.

► Soluzione Software

L'esperienza associativa ha evidenziato come le forme associative, definite come Medicine di Gruppo (MdG), rappresentino tuttora una base appropriata per dare risposte coerenti alle necessità emergenti. L'esperienza associativa si è evoluta verso modalità assistenziali in grado di far fronte ai nuovi bisogni assistenziali come quella dell'integrazione multidisciplinare e multi professionale e multisettoriale. L'integrazione assistenziale in *teams* territoriali multiprofessionali e multidisciplinari/settoriali (M&M) rappresenta in questo momento il paradigma di riferimento di qualsiasi attività assistenziale. L'integrazione territoriale strutturata riesce a fornire assistenza personalizzata e può rappresentare una rinnovata sostenibilità *low cost* del Ssn realizzabile da subito come il nucleo intorno a cui costruire le megastrutture territoriali. Per integrazione si intende il coinvolgimento e l'aggregazione di tutti gli attori che si trovano ad operare sulla scena delle Cure Primarie (CP) al fine di poter far fronte alle necessità assistenziali-territoriali in quanto questi

problemi non possono più essere affrontati solamente da un associazionismo monoprofessionale, dai servizi territoriali o dagli ospedali. Con l'integrazione si raggiunge il massimo possibile di appropriatezza in quanto la *team* unisce culture professionali, esperienze, età, ruoli diversi e questo permette di gestire in autonomia l'intero processo del governo clinico con un maggior numero di alternative o di processi di *problem solving* di quelli generati da singoli individui o da aggregazioni monoprofessionali. Nei Team M&M gli apprendimenti (*trial by errors*) comportano prestazioni di qualità e sostegno alla motivazione; l'integrazione permette la condivisione di regole e criteri operativi così come il riconoscimento delle diverse competenze in un gruppo di pari. La condivisione delle responsabilità produce inoltre efficienza all'interno del *team* facilitando il lavoro di gruppo senza che siano necessarie particolari negoziazioni. Una simile modalità organizzativa (*Team M&M*) soprattutto assistenziale può essere realizzata senz'altro all'interno delle megastrutture, diventando addirittura la condizione necessaria. Il modello potrebbe convivere anche con una revisione del compenso: una parte convenzionale, una parte riservata alla produzione dell'assistenza (completamente detraibile) ed una parte affidata alle offerte imprenditoriale/competitiva di libera professione o di start-up organizzate dalle associazioni.

► Soluzione Hardware

In questo caso si ipotizza la necessità di creare reti di megastrutture (per esempio, Case

della Salute CdS) entro le quali vengono inserite le Medicine di Gruppo. Le Case della Salute, in particolare quelle definite "Grandi", si propongono di offrire al territorio di competenza molti dei servizi erogati da una Asl comprese le degenze a bassa complessità ed intensità. In alcuni casi potrebbero essere considerate anche le lungo degenze in relazione a peculiari risorse. La filosofia assistenziale che sostiene la costruzione o l'individuazione delle CdS è quella di facilitare il processo integrativo attraverso una favorevole situazione logistica. Le MdG inserite nelle CdS dovrebbero comunque mantenere, per essere veramente efficaci, le caratteristiche peculiari delle organizzazioni di gruppo. Una mancata considerazione e lo scarso coinvolgimento diretto e prioritario delle pregresse esperienze dell'associazionismo medico, soprattutto quello più sofferto *self-made*, potrebbe portare ad una bassa incidenza assistenziale dell'intero progetto delle megastrutture. Alcuni autori sostengono che la soluzione rappresentata dalle megastrutture possa dimostrare come il numero dei Mmg necessari per offrire una assistenza territoriale adeguata sia inferiore all'ipotizzato anche in considerazione dell'apporto aggiuntivo di altre professionalità o discipline sanitarie (come previsto dal sistema brevettato del *Chronic Care Model*). Tutto ciò però comporterebbe una modifica strutturale delle caratteristiche contrattuali della Medicina Generale (MG) e l'inizio di un processo, verosimilmente, orientato al passaggio a dipendenza dell'intera

I punti di riferimento

Elementi culturali

Definizione di Salute contenuta nella Costituzione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità 1948); Dichiarazione di Alma Ata 1978; Carta di Ottawa 1986; Definizione della Medicina Generale/Medicina di Famiglia Wonca Europa 2002; Raccomandazioni dell'European Forum for Primary Care.

Cascata normativa

Art. 32 della Costituzione Italiana; L.833/1978 stabilisce la nascita del SSN Italiano; L.502/1992 e L.229/1999 realizzazione dell'aziendalizzazione delle USL (Unità Sanitaria Locale) che diventano autonome AUSL (Aziende Unità Sanitarie Locali); ACN (Accordi Collettivi Nazionali/Convenzioni 1981, 1988, 2000; modifica del titolo V° della Costituzione 2001-2003: questa modifica trasforma profondamente il sistema delle relazioni tra stato e regioni, province, comune e autonomie locali in quanto la maggior parte delle competenze del diritto sono affidate agli enti locali; ACN 2009 con relativi AIR (Accordi Integrativi Regionali) e AIL (Accordi Integrativi Locali); ACN 2010 con le conseguenze collegate agli AIR e agli AIL; DL 2012 Decreto Balduzzi e AIR e AIL derivati dal DL stesso; l'atto di indirizzo ministeriale recentemente pubblicato.

Caratteristiche distintive della Medicina Generale Territoriale

Luogo fisico di primo contatto con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN); accessibilità illimitata e facilitata; relazione fiduciaria; libera scelta esercitata dagli assistiti; qualità professionale diffusa e omogenea; estrema flessibilità ed adattabilità "pronto uso"; diffusione capillare sul territorio; alto gradimento espresso dagli assistiti; responsabilità nell'uso delle risorse; capacità di integrazione; autorevolezza nel trasferire empowerment ad assistiti e alle loro famiglie; orientamento culturale olistico centrato sulla persona e non sulla malattia; testimonianza diretta di comportamenti di equità e di giustizia; professionista di riferimento per il territorio; il mmg affronta processi decisionali basandosi sulla prevalenza e sull'incidenza delle malattie della comunità; nella MG non esistono storicamente di ruoli gerarchici o piramidali; la MG è una attività professionale assistenziale che utilizza una bassa tecnologia ed una altissima abilità relazionale.

Beneficità, non maleficità, giustizia, autonomia

Questi imperativi morali di base (*National Commission for the protection of human subjects on biomedical and behavioural research 1974-1978*) forniscono un solido metodo che permette al mmg di affrontare i processi decisionali tipici della medicina generale. Non vuole rappresentare un pacchetto di regole in copyright o coperte da brevetto, non è un diagramma di flusso o un algoritmo precostituito ma una preziosa guida nell'ipotesi si venga a realizzare una differenza tra le convinzioni del medico e dell'assistito oppure quando dovessero sorgere conflitti tra due o più principi etici. In ogni caso i principi etici superano sempre, nella scala morale, i criteri e le normative organizzative

area della MG. Il processo nel suo complesso potrebbe forse garantire un significativo risparmio.

► Il Territorio della Salute (TdS)

Se andiamo a ipotizzare una progettazione territoriale, supportata da una rete ospedaliera assistenziale per acuti (organizzata secondo i criteri di Hub and Spoke e di Alta Intensità di cure), organizzata mediante una rete delle Case della Salute (che possa incorporare anche letti a bassa intensità di cure e che comprenda anche la Continuità Assistenziale e il fondamentale contributo della Specialistica Ambulatoriale, nonché la necessaria dotazione strumentale) affiancata da una serie di strutture intermedie per l'assistenza domiciliare e residenziale, appare evidente, agli autori, che la soluzione auspicabile possa essere quella della combinazione delle due soluzioni proposte (HW- SW) all'interno di un *format* (sistema operativo) che possa essere rappresentato da un contenitore (*hardware*) che necessita nello stesso tempo di una programma assistenziale (*software*) costruito su criteri prettamente assistenziali frutto della reale attività erogata. Tali indicatori potrebbero risultare molto più precisi di qualsiasi altra misurazione di *performance* o di budget perché basati sul concreto ritorno al cittadino in termini di resa assistenziale personalizzata tale da poter raffigurare un ipotetica assistenza *aftermarket* basata non più solamente su una generica alleanza terapeutica, ma piuttosto su un vero patto di garanzia terapeutica.

Il Pronto Soccorso analizzato con gli occhi del paziente

Un questionario proposto ai pazienti di un ambulatorio di medicina generale per poter riflettere sulle motivazioni che li spingono a rivolgersi ai servizi di emergenza-urgenza

Luigi Casadei
Medicina generale
Riccione

Questa indagine è stata condotta da ottobre a novembre 2013, tramite un questionario proposto ai pazienti che attendevano in sala d'aspetto, nel mio ambulatorio di Mmg. L'intento era quello di osservare il Pronto Soccorso con gli occhi e la prospettiva di un utente, (non già ovviamente di giudicare o assegnare voti) e poter riflettere sulle motivazioni e le aspettative di chi si rivolge ai servizi per la gestione dell'emergenza medico-chirurgica. Le domande del questionario sono state formulate attraverso parole d'uso comune, senza fornire suggerimenti o risposte precostituite, ma privilegiando affermazioni rapide e univoche di assenso o di netto dissenso (Sì-No).

Ha risposto al questionario un campione assai eterogeneo di persone diverse per età, grado di istruzione, etnia e censo. Tale campione si è formato casualmente, senza alcun vincolo. Le indicazioni e i risultati di tale indagine sono probabilmente significativi anche in un contesto più ampio rispetto all'ambito locale. I limiti oggettivi sono invece costituiti dall'appartenenza a un gruppo con alcune caratteristiche ricorrenti (pressoché tutti miei pazienti e tutti propensi a frequentare presidi di sanità pubblica, come il mio ambulatorio). Il Pronto Soccorso di riferimento per questa indagine è perciò quasi esclusivamente quello dell'Ospedale di Riccione.

► Risultati

Sono stati raccolti 181 questionari (che rappresentano circa il 19.25% dei miei pazienti). Di questi solo due sono stati considerati "nulli" perché pasticciati al punto di non fornire adeguate garanzie di veridicità. In sintesi, 179 sono stati i questionari analizzati. A compilarli sono stati: 90 femmine e 88 maschi, (in 1 caso non viene indicato il sesso). I 179 assistiti che hanno risposto risultano così distribuiti per età e sesso:

• fino a 25 anni	9 F	8 M
• da 26 a 40 anni	14 F	16 M
• da 41 a 55 anni	24 F	20 M
• da 56 a 70 anni	27 F	20 M
• oltre i 70 anni	14 F	14 M
• non riferisce l'età	2 F	10 M

Per quanto concerne il livello di istruzione, il 13.6% risulta in possesso di licenza elementare; il 22.6% di licenza media; il 45.9% di diploma superiore; il 17.9% di diploma di laurea.

La più giovane a compilare il questionario è stata un ragazza di 15 anni, la più anziana (aiutata dalla figlia) di anni ne ha 94. Alle domande dalla 9 alla 12 sono stati invitati a rispondere anche coloro che non si sono mai avvalsi delle cure del Pronto Soccorso. Pertanto i risultati di queste sezioni si riferiscono all'esame di 179 schede. Per le domande dalla 1 alla 8, invece, sono state valutate solo le risposte di chi aveva esperienza di Pronto soccorso, cioè 157 schede.

Le 12 domande

› Domanda 1

Vi siete mai recati al Pronto Soccorso? Quante volte?

Su 179 persone, 157 (87.3% circa) hanno ricevuto cure presso il Pronto Soccorso, almeno 1 volta nella vita. 22 (12.7% circa) non vi si sono mai recati.

Sebbene l'indicazione fosse quella di riferire esclusivamente gli accessi per decisione autonoma, molti hanno risposto tenendo conto della loro personale esperienza, probabilmente basata anche su eventi di pressante necessità (come in caso di incidente e trasporto con Ambulanza).

- 97 persone sono state in PS da 1 a 5 volte (61.8%)
- 32 persone una sola volta (20.4%)
- 15 persone fino a 10 volte (9.5%)
- 9 persone oltre 10 volte (5.7%)
- 4 persone non hanno specificato quante volte (2.5%)

› Domanda 2

Quanto avete atteso, prima di entrare?

Per quanto concerne i tempi di attesa, motivo di frequenti discussioni e lamentele, una certa percentuale di intervistati *non risponde* proprio a questa semplice, importante domanda.

Alcuni hanno invece ritenuto di indicare "tempi" approssimativi espressi in avverbi di non univoca interpretazione: *niente, molto, troppo* (1 intervistato)...

Anche questo è tuttavia un modo interessante per descrivere fedelmente la propria esperienza.

Il 20.7% ha risposto di aver atteso 2 ore; il 15.5% ½ ora; il 10.3% 1 ora; 8.1% 3 ore; il 4.4% 4 ore; 1.4% 5 ore. Il 13.3% (18) ha risposto di aver aspettato *molto*; l'11.3% (16)

poco; lo 0.7% (1) *troppo* e il 5.2% (7) *niente*.

Sommando i risultati dei tempi di attesa più brevi (1/2 ora, 1 ora, poco e niente) si evince che 58 pazienti (36.9%) sono stati assistiti entro la prima ora.

Di contro, i pazienti che riferiscono di avere aspettato almeno 2 ore, oppure molto o troppo sono 66 (42%).

Naturalmente questo dato è puramente soggettivo e non definisce il reale grado di urgenza del caso cui il paziente si riferisce.

› Domanda 3

Per quale motivo vi siete recati al PS?

Si tratta del quesito più complesso. Per vincere una diffusa riluttanza, ma anche al fine di rendere omogenei i risultati dell'inchiesta, ho proposto un menu di possibili risposte.

In tal modo volevo comprendere quali fossero le problematiche ritenute più urgenti per cui si riteneva indifferibile l'accesso al Pronto Soccorso. Questo elenco è poi diventato un utile riferimento quando ho chiesto di indicare i problemi per cui recarsi senza meno in PS (*domanda 10*) e viceversa quelli per cui utilizzare vie alternative (*domanda 11*) come guardia medica e/o medico di medicina generale.

Il 34.8% ha risposto di essersi recato in PS per dolore acuto (29 casi per dolore acuto al petto); il 29.7% per traumi; 10.5% per disturbi neurologici; il 7.7% per disturbi del ritmo cardiaco; il 4.2% per allergie.

Il dolore acuto al petto si conferma la prima causa medica di accesso spontaneo. Seguono i disturbi del ritmo cardiaco con 26 segnalazioni. Vertigini e/o disturbi dell'equilibrio si attestano al terzo posto con

14 segnalazioni. Curiosamente i disturbi infettivi, con 9 casi, superano i disturbi acuti del respiro (che con 8 segnalazioni risultano alla pari degli episodi febbrili acuti).

Le 157 persone che si sono recate in Pronto Soccorso, riferiscono (con possibilità di risposta multipla):

Dolore acuto	totale casi 123
• non specificato	12
• al petto	29
• all'addome (pancia)	24
• alla schiena (lombalgia)	14
• alla testa (cefalea)	11
• altro	33

Traumi	totale casi 105
<i>(tagli, ferite, incidenti di ogni tipo)</i>	

Disturbi Neurologici	totale casi 37
• non specificati	7
• perdita di coscienza	6
• vertigini e/o disturbi dell'equilibrio	14
• deficit improvvisi nell'uso degli arti o della parola	6
• deficit improvvisi della visione o dell'udito	4

Disturbi del ritmo cardiaco	27
------------------------------------	----

Allergie	totale casi 15
• non specificate	8
• disturbi alla pelle, prurito	2
• edema (gonfiore) del volto, delle labbra, della gola, fino a rendere difficile il respiro	2
• disturbi agli occhi e delle mucose	3

› Domanda 4

In seguito siete stati ricoverati o dimessi direttamente?

Su 157 persone che si sono rivolte al PS, in 53 casi viene riferito almeno un ricovero, mentre 116 volte c'è stata dimissione diretta, dopo valutazione e cura presso il Pronto Soccorso. Alcuni, in accessi differenti, sono stati dimessi o avviati alla de-

genza. Non è qui possibile esprimere percentuali per la mancanza di dati precisi sugli accessi in PS né si sa se si tratta di veri ricoveri o periodi di osservazione breve. Questa domanda intendeva esplorare a grandi linee la reale portata dell'urgenza. (La somma non corrisponde al totale per 2 motivi: mancata risposta alla domanda, plurimi accessi al PS da parte della stessa persona).

› Domanda 5

Avete dovuto insistere per essere ricevuti e assistiti?

No	90.5%
Sì	9.5%

› Domanda 6

Avete avuto la sensazione che il Vostro problema meritasse maggiore attenzione/solerzia, comunque una risposta più rapida da parte degli operatori?

No	70.1%
Sì	29.9%

› Domanda 7

Arrivati in Pronto Soccorso, vi è mai capitato di "pentirvi" giudicando il problema che vi aveva portato lì meno urgente di quanto avevate pensato in un primo momento?

No	93.5%
Sì	6.5%

Questo gruppo di domande conduce i partecipanti a rivelazioni quasi liberatorie, affrontando in maniera diretta alcuni "tabù" del Pronto Soccorso. Ma nei territori dell'urgenza - vera o presunta - si deve mettere in conto che qualcuno possa chiedere maggiore attenzione o più solerzia nel ricevere aiuto. Fino ad ammettere - sebbene raramente - che, forse, si poteva risolvere l'emergenza anche senza correre in ospedale (vedi domanda 7).

› Domanda 8

a) Valutate la vostra esperienza in Pronto Soccorso in modo positivo?

Sì	59.7%
No	9.7%
Forse	30.5%

b) Se non del tutto soddisfatti, perché?

1. Tempi lunghi di accoglienza, esami, dimissione, ecc.	45%
2. Ticket troppo alti e onerosi	20.5%
3. Scarsa privacy e/o sosta in luoghi non adeguati o disagiati	18%
4. Difficoltà a capire i vari passaggi: i motivi per eseguire o non eseguire un esame o una consulenza specialistica, la spiegazione di una terapia	10.7%
5. Attriti o conflitti con medici, infermieri e altri operatori	5.7%

La **domanda 8** consente di valutare la reale percezione dell'esperienza trascorsa dal paziente nel Dipartimento Emergenza. Occorre ovviamente tenere conto del disagio e del turbamento di chi deve recarsi in Pronto Soccorso: lo stato d'animo e quindi la valutazione personale, non possono eludere tutte le problematiche oggettive di chi viene sorpreso dalla patologia acuta.

› Domanda 9

Ritenete che l'Ausl o Giornali e TV vi abbiano fornito tutte le informazioni sufficienti e utili perché possiate correttamente rivolgervi al Servizio di Emergenza?

Sì	76 (48.4%)
No	79 (50.3%)
Non so	2 (1.3%)

Le risposte **alla domanda 9** sono molto polarizzate: la divisione fra chi ritiene di essere abbastanza informato e chi richiede invece maggiore impegno da parte di Istituzio-

ni, Ausl e mass media, è netta.

Non si può certo negare tuttavia che una seppur risicata maggioranza di persone chiede più informazioni a riguardo, collocando quindi questo aspetto della questione alla voce: "si può migliorare"...

› Domanda 10

Quali sono i motivi di maggior preoccupazione, cioè i problemi per i quali andreste sicuramente di vostra iniziativa al Pronto Soccorso?

Questa sezione intende esplorare un aspetto essenziale del problema: vengono infatti indagati direttamente alla fonte le principali origini di ansia e timore per la propria salute. Si chiede pertanto di esplicitare, secondo una traccia predefinita, oppure seguendo le proprie personali gerarchie, quali sono gli eventi di maggiore allarme.

Che cosa non può in alcun modo essere trascurato? Che cosa ci porterà, magari con riluttanza, a intraprendere la via non sempre agevole dell'Ospedale?

Le risposte riflettono una consapevolezza diffusa, che era in larga misura prevista e prevedibile. Se prendiamo per buone queste vere e proprie dichiarazioni d'intenti, la stragrande maggioranza delle persone appare ben orientata e conscia su come vada "giocata" la carta del Pronto Soccorso.

Mi preme sottolineare in questa sede che, in sostanza, chi ha risposto a questa domanda ha eseguito un dettagliato esame di coscienza: si è dovuto interrogare, si è dovuto rispondere. Una riflessione che sicuramente riveste particolare utilità nell'ambito di quel capitolo denominato educazione sanitaria, tanto spesso evocato, ma troppo sovente del tutto dimenticato.

I motivi che fanno andare al PS senza consultare il Mmg sono:

1. Dolore acuto totale 149 (29.3%)	
• sede non specificata	60
• al petto	39
• all'addome (pancia)	11
• alla schiena (lombalgia)	1
• alla testa (cefalea)	8
• altro	30
2. Traumi 85 (16.7%) (tagli, ferite, incidenti di ogni tipo)	
3. Disturbi	
Neurologici totale 72 (14.2%)	
• non specificati	66
• perdita di coscienza	2
• deficit improvvisi nell'uso degli arti o della parola	1
• deficit improvvisi della visione o dell'udito	3
4. Disturbi del ritmo cardiaco 61	
• altri "problemi cardiaci"	9
• totale disturbi cardiaci	70 (13.8%)
5. Disturbi acuti del respiro 45 (8.8%)	
6. Ustioni 41 (8%)	
7. Allergie	
• non specifica	19
• totale	22 (4.3%)
con:	
• edema (gonfiore) del volto, delle labbra, della gola, fino a rendere difficile il respiro	2
• disturbi agli occhi e delle mucose	1
8. "Motivi gravi" 9	
9. Episodi febbrili acuti 8	
10. Disturbi infettivi 3	
11. Tutti i problemi in lista 2	
12. Disturbi recidivi 1	
13. Per avere il certificato di assenza dal lavoro per malattia 1	

› Domanda 11

Al contrario, quali sono problemi per i quali non andreste mai di vostra iniziativa al Pronto Soccorso, preferendo il vostro medico o la guardia medica?

Questa domanda occupa il polo diametralmente opposto alla precedente. Serve quindi da verifica: se prima si chiede cosa ti spaventa di più, ora la domanda è: cosa ti preoccupa di meno.

E siamo quasi al plebiscito: c'è una larga maggioranza di persone che "promettono" di non recarsi in Pronto Soccorso per problemi di natura infettiva (la più citata in questo caso è la sindrome influenzale, le cui complicanze possono peraltro tramutarsi anche in emergenza medica).

Sono parecchi, tuttavia, quelli che giustamente distinguono fra gli stessi problemi a seconda che si presentino disturbi lievi o acuti/gravi. Tutti, con rare eccezioni, hanno compreso che per patologie "minori" devono chiedere al proprio Mmg: il problema è semmai legato all'interpretazione soggettiva di "disturbo di lieve entità".

Infine assume particolare rilievo la questione collegata alla successiva e ultima domanda (domanda 12).

Infatti anche le migliori intenzioni possono vacillare se al Pronto Soccorso viene attribuita, a torto o ragione, la magica proprietà di poter risolvere con breve attesa e spesa minore quello che per vie normali la MG non riesce a fornire al cittadino. Il Pronto Soccorso potrebbe essere dunque inteso come "risarcimento" o scorciatoia per servizi che altrimenti sarebbe impossibile ottenere in certi tempi e a costi abbordabili...

Delle 179 persone coinvolte nella ricerca dichiarano che non andreb-

bero in Pronto Soccorso per i seguenti motivi*:

1. "Motivi banali"	65 (22.1%)
2. Disturbi infettivi	61 (20.7%)
3. Dolore acuto totale 52 (17.7%)	
• sede non specificata	7
• alla schiena (lombalgia)	7
• alla testa (cefalea)	8
• altro	30
4. Episodi febbrili acuti 42 (14.3%)	
5. Allergie 35 (3.7%)	
6. Disturbi recidivi 11	
7. Disturbi del ritmo cardiaco 8	
8. Ustioni 7	
9. Disturbi acuti del respiro 5	
10. Disturbi neurologici 4	
11. Traumi (tagli, ferite, incidenti di ogni tipo) 3	
12. Problemi cronici 1	

*Per le segnalazioni meno numerose non sono state calcolate le percentuali

› Domanda 12

Andreste in Pronto soccorso anche sperando in una assistenza più rapida, più completa e con spese minori?

Sì	65.7%
No	33.7%
Non so	0.6%

L'ultima domanda è fra tutte la più capziosa: essa scava infatti nell'umanissima tentazione di risparmiare sul tempo e sul denaro. Propone dunque un'alternativa allettante ed è molto utile per comprendere meglio le aspettative del cittadino. Qui, si badi bene, non si parla di qualità né di appropriatezza. Si chiede invece alla fine di parlare ancora più liberamente!

E molti, propensi a rimediare alle lunghe attese cui normalmente il Servizio Sanitario abitua i suoi utenti e ai ticket (che in alcuni casi coprono quasi l'intero prezzo di "mercato" della prestazione), con

pragmatico candore confessano che sì, andrebbero in Pronto Soccorso sperando in una assistenza più rapida, completa e con minori costi. Su questo occorre una pacata riflessione.

► Conclusioni

Questa indagine si proponeva di fornire una sostanza statistica alle sensazioni e al sentito dire che spesso affollano le discussioni inerenti i temi della Sanità e della gestione dell'urgenza in medicina. Credo si possano trarre interessanti considerazioni di carattere generale anche da uno studio così condotto, accettandone gli eventuali limiti e le carenze strutturali.

Noi Mmg non siamo certo avvezzi alla ricerca e alla produzione scientifica. Ma un sussulto ci coglie sempre, tutte le volte che sentiamo

parlare a sproposito di malasanità. Lo stesso disappunto di quando sentiamo sentenze inappellabilmente emesse da chi, per motivi istituzionali, dovrebbe essere chiamato a maggiore prudenza.

Se per esempio i Pronto Soccorso sono troppo (e troppo a sproposito) frequentati, la maggiore colpa è... Già, di chi è? Innanzi tutto bisognerebbe dimostrare che il Pronto Soccorso è troppo frequentato. Chi lo stabilisce quando è troppo? In base a quali parametri? Quali sono le alternative? Come e da chi queste alternative vengono spiegate e diffuse ai cittadini? Ma infine anche il sistema meglio organizzato deve fronteggiare persino sfide impossibili.

La risolutezza con cui perseguiamo l'obiettivo di combattere le malattie nelle loro forme più estreme entra in competizione con la

nostra fragilità di esseri umani, quando la patologia si presenta in modo acuto e/o iper-acuto, quando l'evento principale è un trauma distruttivo.

Da questo confronto impari alla lunga se ne esce perdenti, ma pur sempre con la determinazione incrollabile che dobbiamo continuare a combattere e capire meglio come organizzarci con maggiore efficacia, per arginare l'urto delle vere urgenze. E come collocare gli eventi minori in modo che non interferiscano negativamente con i casi che richiedono tutta l'attenzione e le risorse disponibili.

Ringrazio da ultimo i miei pazienti che, con grande sensibilità, si sono dimostrati pronti e disponibili ad aiutarmi in questa impresa (*la quale ha peraltro richiesto, durante l'elaborazione dei dati, l'aiuto prezioso di mia moglie Daniela*).

Lettera di presentazione del questionario

Si sente dire frequentemente che i cittadini ricorrono con troppa facilità al Pronto Soccorso. Può capitare di provare uno stato di urgenza derivante da molte cause: probabilmente siamo tutti un po' ansiosi o vorremmo risposte immediate a situazioni che forse dovrebbero essere discusse con più agio e meno problemi con il nostro medico di Medicina Generale.

A volte una telefonata potrebbe aiutare a chiarire e "disinnescare" alcuni sintomi.

Nonostante ciò, esistono anche parecchi casi in cui invece può rendersi utile un rapido approfondimento, laddove sia possibile impiegare procedure diagnostiche strumentali e indagini di secondo livello.

Insomma, non è facile dire a priori quando si deve accedere di propria iniziativa ai Servizi di Emergenza. Mi sembra quindi utile e necessario chiedervi quali sono le patologie o gli stati di malessere che più di altri vengono avvertiti o interpretati come "problemi da Pronto Soccorso".

Talora, infatti, il punto di vista degli operatori sanitari

potrebbe non corrispondere completamente alla percezione dei cittadini, che hanno diritto a essere sensibili ai loro problemi di salute, specie nei casi che si presentano in modo acuto.

Allora, se gli accessi al Pronto Soccorso sono davvero troppi (e molti, fra questi, del tutto ingiustificati), vorrei capire come la pensate Voi utenti. Non mi risulta che la vostra opinione venga sollecitata abbastanza spesso: perciò vi pongo alcune domande in modo spero semplice, chiaro, conciso.

Per favore rispondete a questo breve questionario: intendo ottenere un primo, sebbene parziale, quadro del Vostro parere, della Vostra percezione riguardo a questioni tanto delicate.

(La firma è necessaria per validare la raccolta dei dati, ma i risultati di questa indagine saranno elaborati in maniera del tutto anonima per proteggere la privacy dei partecipanti).

Grazie
Dott. Luigi Casadei

AGGIORNAMENTI



■ ALIMENTAZIONE

Riduzione dei valori pressori con la dieta vegetariana

■ DIABETOLOGIA

*Evitare l'ipoglicemia:
per un'efficace gestione del diabete*

■ ENDOCRINOLOGIA

Novità nella terapia dell'insufficienza surrenalica

■ GASTROENTEROLOGIA

Ottimizzazione della terapia nella colite ulcerosa

■ GINECOLOGIA

*Sessualità nelle "giovannissime",
così precoci...e così disinformate*

■ NEUROLOGIA

I deficit della memoria nel paziente epilettico

■ TERAPIA ANTALGICA

Contro le riacutizzazioni del dolore neuropatico



■ ALIMENTAZIONE

Riduzione dei valori pressori con la dieta vegetariana

■ **Patrizia Lattuada**

L'influenza dell'alimentazione vegetariana sui valori di pressione arteriosa (PA) è da tempo oggetto di dibattito e sono stati condotti diversi studi, con risultati però non sempre univoci. Per approfondire ulteriormente la questione, i ricercatori del Centro nazionale cerebrale e cardiovascolare di Osaka hanno condotto una metanalisi dei trial presenti in letteratura: i risultati suggeriscono un'importante relazione tra dieta vegetariana e riduzione dei valori pressori. Gli studiosi hanno selezionato 7 studi clinici controllati e 32 studi osservazionali per un totale di circa 22.000 soggetti con età >20 anni e misurato la differenza dei valori di PA tra il gruppo di vegetariani e il gruppo che seguiva una dieta onnivora. Nei trial clinici l'adesione alla dieta vegetariana è risultata associata a una riduzione media di PAS (-4.8 mmHg) rispetto agli onnivori e inferiore di 6.9 mmHg negli trial osservazionali; an-

che la PAD dei vegetariani è risultata complessivamente più bassa (-2.2 mmHg negli studi clinici e -4.7 mmHg negli studi osservazionali) (tabella 1). Per gli autori i fattori responsabili della riduzione dei valori pressori di una alimentazione prettamente vegetariana sono molteplici e tra gli altri potrebbero riferirsi anche al maggiore contenuto di potassio e di fibre e al minor apporto di grassi saturi contenuto nei vegetali. Già i risultati dello studio DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), nel quale i soggetti seguivano una dieta a basso contenuto di grassi, ricca di frutta, verdura e latticini, suggerivano come notevoli quantità di potassio, magnesio e calcio nella dieta rivestano un ruolo importante nella riduzione dei livelli di pressione arteriosa. Comunque sono sempre più numerose le società scientifiche che promuovono l'alimentazione vegetariana, riconoscendone l'utilità nella pre-

venzione e nel trattamento di alcune patologie. La Dott.ssa **Michela De Petris**, Specialista in Scienza dell'Alimentazione di Milano, illustrando i benefici di alimentazione vegetariana e vegana ricorda la posizione dell'American Dietetic Association (ADA), secondo cui le diete vegetariane correttamente pianificate, comprese le diete vegetariane totali o vegane, sono salutari, adeguate dal punto di vista nutrizionale e possono conferire benefici per la salute nella prevenzione e nel trattamento di alcune patologie cronic-degenerative. "I vegetariani evidenziano livelli inferiori di colesterolo LDL e di PA, nonché ridotti tassi di ipertensione arteriosa e di diabete mellito di tipo 2 rispetto ai non vegetariani e tendono ad avere un ridotto indice di massa corporea". Inoltre l'American Dietetic Association si è spinta addirittura ad affermare che le diete vegetariane e vegane ben bilanciate e strutturate sono adatte a tutte le fasi della vita, inclusi gravidanza e allattamento.

Bibliografia

- Yokoyama Y et al. Vegetarian diets and blood pressure: a meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014 Feb 24. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.14547
- Fung et al. Adherence to a DASH-style diet and risk of coronary heart disease and stroke in women. *Arch Intern Med* 2008; 168: 713-20.
- Sacks FM et al. A dietary approach to prevent hypertension: a review of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) study, *Clin Cardiol* 1999; 22: III6-III10.

Tabella 1

Riduzione dei valori di PAS e PAD nei soggetti vegetariani

	Studi PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	p
Studi clinici (n. 7)	-4.8	-2.2	<0.001
Studi osservazionali (n. 32)	-6.9	-4.7	<0.001



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone l'intervista a Michela De Petris

■ DIABETOLOGIA

Evitare l'ipoglicemia: per un'efficace gestione del diabete

Studi epidemiologici mostrano che l'ipoglicemia è un evento relativamente frequente nel paziente diabetico: nell'UK Hypoglycemia Study Group il 39% dei pazienti trattati con sulfoniluree, il 51% di quelli trattati con insulina da meno di 2 anni e il 64% di quelli trattati con insulina da più di 5 anni aveva avuto un evento di ipoglicemia nel periodo di studio di 8-10 mesi (*Diabetologia* 2007; 50: 1140-7). Un altro studio epidemiologico ha riportato che il 16% dei pazienti trattati con sulfonilurea aveva sofferto di ipoglicemia nel corso di un periodo di 7 mesi (*Arch Intern Med* 2001; 161: 1653-9).

Eppure evitare le ipoglicemie è uno degli aspetti principali della terapia e della gestione in generale del diabete mellito. A lungo termine le ipoglicemie sono correlate a un aumento di peso (a causa del fatto che, per evitarle, il paziente tende a mangiare di più) e l'ipoglicemia severa è associata significativamente a un aumentato rischio di eventi macrovascolari, eventi microvascolari, mortalità per cause cardiovascolari e per ogni causa. Alcuni studi hanno anche associato l'ipoglicemia a sviluppo di disfunzioni cognitive e demenza.

Per questo è importante da una parte scegliere la terapia in grado di ridurre al minimo questo rischio e dall'altra

insegnare al paziente sia a riconoscere i possibili sintomi sia a gestirli.

È utile perciò illustrare ai propri pazienti quali possono essere i segnali di allarme, i sintomi dell'ipoglicemia (*tabella 1a*) che devono far ricorrere subito ad adeguate contromisure: mangiare o bere qualcosa che contenga zucchero è, nel breve termine, un modo efficace per aumentare la glicemia.

Per evitare crisi ipoglicemiche, i pazienti affetti da diabete dovrebbero evitare le principali cause, soprattutto se in presenza di fattori di rischio (*tabella 1b, 1c*), seguendo un'alimentazione regolare, sottoponendosi a costante esercizio fisico e assumendo correttamente i farmaci prescritti. Le strategie più a lungo termine per gestire meglio la glicemia devono essere discusse tra paziente e medico curante, anche con la scelta di farmaci ipoglicemizanti che hanno mostrato minore associazione con il rischio di ipoglicemie.

In questo contesto è partito il progetto educativo di MSD Primary Care Diabete dal titolo "L'educazione innanzitutto", rivolto ai pazienti e ai loro medici, con lo scopo di informare sulla consapevolezza del problema ipoglicemia, sulle complicanze ad essa associate e sul ruolo della sua corretta gestione.

Tabella 1

THD: percentuali di complicanze precoci e tardive

a) Sintomi	
Tachicardia	Bocca asciutta
Affaticamento	Fame
Tremito	Midriasi
Ansia	
Neuroglicopenia	
Deconcentrazione	Visione alterata
Debolezza	Difficoltà di eloquio
Irritabilità	Perdita di coscienza
Cefalea	Apoplessia
Vertigini	Coma
Confusione	Morte
b) Cause	
Farmaci che aumentano l'insulinemia	
Pasto ritardato o saltato	
Assunzione di un pasto scarso	
Esercizio fisico	
Alcol o droghe	
Malessero generale	
c) Fattori di rischio	
Età avanzata	
Diabete di lunga durata	
Farmaci concomitanti	
Disfunzione renale	
Ipoglicemia inconsapevoli	
Disfunzione cognitiva	
Neuropatia periferica	
Strategia ipoglicemiz.intensa	



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ ENDOCRINOLOGIA

Novità nella terapia dell'insufficienza surrenalica

A partire da marzo 2014 è disponibile in Italia un nuovo trattamento per l'insufficienza surrenalica. Si tratta di idrocortisone a rilascio modificato, appositamente sviluppato per riprodurre le naturali variazioni circadiane di cortisolo (Johannsson G, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 473-81).

Come noto, l'insufficienza surrenalica è una malattia cronica e potenzialmente letale, causata dall'incapacità delle ghiandole surrenali di produrre una quantità sufficiente di cortisolo (Arlt W, Allolio B. *Lancet* 2003; 361: 1881-93; Lennernäs, et al. *Exp Opin Drug Metab Toxicol* 2008; 4: 749-58; Simon N, et al. *Clinical Pharmacokinet* 2010; 49: 455-63).

La conoscenza dei principali sintomi di questa patologia ne può permettere un riconoscimento più precoce, evitando ai pazienti almeno parte degli estenuanti giri tra ospedali e specialisti per scoprire la causa dei loro disturbi, tipici delle patologie a bassa incidenza.

Di insufficienza surrenalica ne esistono due tipi principali:

1. L'insufficienza surrenalica primaria (morbo di Addison), dovuta a una graduale distruzione della corteccia surrenale, solitamente ad opera del sistema immunitario.

2. L'insufficienza surrenalica secondaria, che si verifica quando l'ipofisi non è in grado di produrre una quantità sufficiente di adrenocorticotropina (ACTH). Spesso la causa è un danno ipofisario conseguente a tumore o intervento chirurgico o radioterapico all'ipofisi. L'insufficienza surrenalica secondaria è più comune di quella primaria.

Si stima che la prevalenza dell'insufficienza surrenalica primaria e secondaria sia rispettivamente di 93-140 e 150-280 casi per milione. Sulla base di questi dati, si stima che in Italia vi siano 15.000-25.000 persone affette da queste patologie.

I segni e sintomi dell'insufficienza surrenalica sono molteplici e aspecifici e comprendono affaticamento, anoressia, calo ponderale, febbre, mialgia, dolore gastrico e capogiri. La diagnosi viene confermata da esami di laboratorio, che mirano a determinare i livelli ematici di cortisolo basale e in risposta a test di stimolazione e ulteriori esami possono essere effettuati per stabilire le cause della malattia.

► **Patologie con conseguenze anche gravi**

I pazienti con insufficienza surrenalica hanno un elevato rischio di mortalità.

L'insufficienza surrenalica è inoltre associata a un aumento della morbilità, poiché gli elevati livelli di cortisolo -soprattutto nel tardo pomeriggio e alla sera -che possono essere associati al trattamento di questa patologia, possono causare intolleranza al glucosio, obesità addominale, patologie coronariche e alterazioni del sonno (Plat L, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84: 3082-92; Gangwisch JE, et al. *Obes Rev* 2009; 10 Suppl 2: 37-45; Matthews K, et al. *Psychos Med* 2006; 68: 657-61; Garcia-Borreguero D, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 4201-6; Vgontzas AN, et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 3787-94).

La terapia sostitutiva con glucocorticoidi è disponibile da più di 50 anni, ma uno dei limiti principali è la difficoltà di simulare la naturale variazione dei livelli di cortisolo nell'organismo.

La nuova terapia proprio per riprodurre le naturali variazioni dei livelli di cortisolo nell'organismo durante la giornata, semplificando anche la gestione del trattamento.

Idrocortisone a rilascio modificato è indicato come terapia sostitutiva orale negli adulti con insufficienza surrenalica e rappresenta la prima innovazione terapeutica per le persone affette da questa malattia rara dopo decenni di scarsa innovazione nell'ambito delle formulazioni orali.



Attraverso il presente QR-Code

è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ GASTROENTEROLOGIA

Ottimizzazione della terapia nella colite ulcerosa

Gli aminosalicilati rappresentano il trattamento di prima scelta nella colite ulcerosa (CU) lieve-moderata e risultano efficaci nell'induzione e nel mantenimento della remissione. Oltre alla loro attività antinfiammatoria, alcune evidenze suggeriscono anche un loro possibile ruolo nella chemioprevenzione del cancro del colon-retto su colite ulcerosa. Si può affermare che almeno il 50-60% dei pazienti con colite ulcerosa vengano trattati solo con salicilati nel corso della loro malattia. I pazienti non responsivi al trattamento con salicilati sono candidati a trattamenti con altre categorie di farmaci (steroidi, immunomodulatori, biologici).

“Tuttavia di fronte a un paziente ‘non responsivo’ al trattamento con salicilati il clinico dovrebbe accertarsi che il trattamento sia stato ottimizzato - spiega **Claudio Papi**, UOC Gastroenterologia ed Epato-logia, San Filippo Neri di Roma. In particolare andrebbero valutati con attenzione tre aspetti: aderenza al trattamento, adeguatezza della dose orale e il corretto utilizzo della terapia combinata per os e per via rettale”.

La mancata aderenza al trattamen-

to farmacologico è un fenomeno frequente nella pratica clinica e rappresenta una delle principali cause di mancata efficacia della terapia con risvolti negativi sul decorso della malattia.

“Vi sono ampie evidenze che dimostrano che i pazienti con CU non aderenti alla terapia di mantenimento hanno un maggior rischio di riaccensione clinica rispetto ai pazienti che assumono regolarmente i salicilati. Tra i fattori responsabili di una ridotta aderenza al trattamento a lungo termine, la necessità di dover assumere i farmaci frazionati in diverse dosi giornaliere gioca un ruolo molto importante. Una soluzione a questo problema è l'assunzione dei farmaci in monosomministrazione. Oggi è ampiamente dimostrato che la somministrazione di salicilati in dose unica giornaliera è altrettanto efficace della somministrazione in dosi frazionate, ma può migliorare l'aderenza al trattamento. L'ottimizzazione della dose orale è il secondo aspetto da valutare: è ormai ampiamente dimostrato che la dose standard di salicilati per os è ≥ 2 g: dosi più elevate (fino a 4.0 o 4.8 g) possono fornire un ulteriore beneficio, specialmente

nelle forme moderate e in alcuni sottogruppi di pazienti con malattia più difficile da trattare. Il terzo aspetto da considerare è la terapia combinata. Oggi tutte le linee guida raccomandano che nella terapia di attacco della colite ulcerosa lieve-moderata, indipendentemente dall'estensione di malattia, venga utilizzato il trattamento combinato orale e rettale, in quanto vi sono ampie evidenze che questa strategia è più efficace rispetto alla sola terapia orale o per via rettale”.

In conclusione, la non ottimizzazione della terapia con salicilati nella CU rappresenta una perdita di opportunità sia per il paziente sia per il medico, e si rischia di ricorrere ad altre strategie quando probabilmente non è necessario. Pertanto la terapia con salicilati non dovrebbe mai essere considerata inefficace prima di aver considerato attentamente tutte le strategie di ottimizzazione di cui abbiamo parlato.

Bibliografia

- Taylor K. Na. Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8: 646-656.
- Ford AC. Am J Gastroenterol 2012; 107: 167-76.
- Sandborn W. Gastroenterology 2009; 137: 1934-43.e1-3.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ GINECOLOGIA

Sessualità nelle “giovanissime”, così precoci...e così disinformate

■ Livia Tonti

Come citato dal 6° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, realizzato da Eurispes e Telefono Azzurro, un'indagine condotta su un campione rappresentativo di 2.470 adolescenti tra i 12 e i 19 anni ha rilevato che aveva già avuto rapporti sessuali il 30.3% degli intervistati; oltre la metà di essi l'aveva avuto per la prima volta prima dei 16 anni. In particolare, il 38.4% aveva avuto il primo rapporto sessuale tra i 14 e i 15 anni, mentre l'11.7% ancora prima, tra gli 11 e i 13 anni. Poco meno del 30% lo aveva avuto tra i 16 e i 17 anni, mentre appena il 4.9% aveva “aspettato” di diventare maggiorenne.

Questa precocità non si accompagna purtroppo a un'adeguata consapevolezza. In un'indagine della SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) il 51% delle donne ritiene che la doppia protezione pillola più preservativo sia inutile e il 71% delle ragazze si ritiene al riparo dalle malattie a trasmissione sessuale quando ha rapporti perché... si fida del partner. A questo si aggiunga che il 45% delle ragazze fra i 18 e i 26

anni non usa alcun metodo contraccettivo e il 54%, di cui la metà sono ragazze sotto i 20 anni, si affida alla contraccezione d'emergenza: nel 2013 la “pillola del giorno dopo” è risultata tra i primi 5 farmaci più venduti in Italia.

► Come informare?

In questa situazione un'informazione capillare per attribuire consapevolezza all'atto sessuale, conoscendo opportunamente anche i rischi e i modi per proteggersi, potrebbe essere una strategia per evitare, per quanto possibile, spiacevoli conseguenze, in particolare gravidanze indesiderate e malattie sessualmente trasmissibili.

Ovviamente la conoscenza dei mezzi contraccettivi oggi a disposizione, sempre più adattabili e personalizzabili alle più svariate esigenze cliniche e individuali, è uno dei passi cruciali per ridurre i rischi associati a rapporti sessuali non protetti. Ma perché questo funzioni occorre che le adolescenti ne parlino col proprio Mmg o col ginecologo, sentendosi libere di farlo, perché solo l'intervento di

un adulto competente potrebbe fornire loro gli strumenti per proteggersi e tutelarsi.

L'utilizzo anche di strumenti di comunicazione molto usati dagli adolescenti (da internet, a What's App o analoghi, per esempio) e di un linguaggio adatto, potrebbero essere utili per raggiungere più capillarmente le “giovanissime” alle prese con la propria realtà sessuale. In questo contesto è partita la campagna d'informazione *Love It*, promossa da SIGO in collaborazione con *lapillolasenza-pillola*, progetto educativo di MSD.

La campagna è rivolta alle giovani ragazze che stanno affrontando le loro prime esperienze sessuali e nasce con l'obiettivo di sensibilizzarle sull'importanza di fare in modo consapevole le proprie scelte in materia di sesso, dando loro tutte le informazioni utili sulla contraccezione. *Love it!* si differenzia da altre campagne d'informazione perché per parlare di contraccezione usa linguaggi innovativi come la moda, la musica e il web e perché per la prima volta le ragazze non sono semplici destinatarie, ma protagoniste e testimonial della campagna (www.lapillolasenza-pillola.it).



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ NEUROLOGIA

I deficit della memoria nel paziente epilettico

■ Elisabetta Torretta

La Settimana Mondiale del Cervello, campagna di informazione promossa dalla Società italiana di Neurologia (SIN) che si celebra dal 10 al 16 marzo, avrà come tema portante quello dei disturbi della memoria, sintomo sempre più comune che colpisce il 7% della popolazione generale con più di 65 anni fino a raggiungere il 30% dei soggetti con età superiore a 80 anni. I disturbi della memoria non sono caratteristici solo della malattia di Alzheimer e della demenza senile ma possono essere presenti in molte altre malattie neurologiche. Le persone affette da epilessia riferiscono frequentemente difficoltà della memoria. I dati della letteratura stimano che circa il 50% di questi pazienti riferisce un disturbo della memoria da moderato a severo. Che siano generalizzate, cioè conseguenti a interessamento di entrambi gli emisferi, o siano crisi focali, segno che l'alterazione è limitata ad un'area, più o meno vasta, di un solo emisfero, i disturbi dell'attività elettrica dei centri nervosi superiori possono dunque interferire, a seconda dell'area cerebrale responsabile delle crisi, con le

funzioni conditivi dimoranti in quell'area e con le connessioni che questa zona del cervello ha con altre aree cerebrali.

Molti fattori concomitanti possono interferire con i processi mnemonici nei pazienti con epilessia, tra cui la neuropatologia sottostante l'epilessia, la frequenza e l'intensità delle crisi, l'attività parossistica EEG tra una crisi e l'altra, le terapie antiepilettiche, l'età e la durata di malattia, i fattori psicosociali, l'intervento chirurgico per epilessia.

► Epilessie del lobo temporale

Un disturbo della memoria è particolarmente frequente nelle epilessie del lobo temporale, la forma più frequente di epilessia focale dell'adulto. Questo è dovuto al fatto che, in queste forme, le strutture deputate alla memoria, in particolare l'ippocampo, sono coinvolte direttamente dall'attività epilettica. L'attività elettrica patologica che caratterizza l'epilessia è presente sia durante le scariche parossistiche che danno luogo alle crisi cliniche (scariche critiche o ictali) ma anche durante i periodi tra una crisi

e l'altra (crisi intercritiche o interictali). Le scariche intercritiche, particolarmente se prolungate e ripetute nel tempo, interferiscono con i network preposti al mantenimento e al richiamo della memoria nell'ippocampo.

► L'importanza di una gestione integrata

Per la complessità che caratterizza molte forme di epilessia, le figure e le strutture di riferimento per la gestione del paziente sono il neurologo e il centro epilessia. È però opportuno che ad essi si affianchi il medico di medicina generale che, poiché conosce bene il suo paziente, ha un ruolo di fondamentale importanza. Può, infatti, collaborare con lo specialista, fornendo una serie di informazioni in grado di completare il quadro e integrare i dati che un contatto relativamente breve e intervallato da mesi come è il controllo dal neurologo di riferimento non è in grado di cogliere.

Al contrario, il medico di medicina generale è testimone dei cambiamenti che verificano nel paziente e della situazione familiare e tali informazioni, portate allo specialista, consentono a quest'ultimo una gestione migliore della malattia.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento

■ TERAPIA ANTALGICA

Contro le riacutizzazioni del dolore neuropatico

L'efficacia dei farmaci utilizzati per il controllo del dolore neuropatico, validata da numerosi studi clinici, trova il suo riscontro nelle raccomandazioni contenute nelle linee guida per la gestione di queste problematiche. Per il trattamento di prima linea del dolore neuropatico sono raccomandati dal Neuropathic Pain Special Interest Group dell'IASP (NeuPSIG) e dalla Federazione Europea delle Società Neurologiche (EFNS) gli antidepressivi triciclici, gabapentin, pregabalin e gli antidepressivi SNRI (duloxetina e venlafaxina) sebbene le linee guida EFNS limitino l'indicazione di questi ultimi come trattamento di prima linea alle polineuropatie dolorose (Mayo Clin Proc 2010; 85 (3 Suppl): S3-14; Eur J Neurol 2010; 17: 1113-e88). Lidocaina topica, per la sua tollerabilità, è raccomandata come trattamento di prima linea della nevralgia postterpetica.

► Quando la terapia di fondo non basta

Va tuttavia sottolineato come gli episodi di riacutizzazione riescono spesso a eludere l'efficacia

della terapia di fondo, lasciando il paziente "scoperto" nei confronti di episodi che sono espressione di un picco di sintomatologia dolorosa. In questi episodi di riacutizzazione è raccomandato tramadolo come trattamento di prima linea nei pazienti, soprattutto nell'associazione con paracetamolo (Mayo Clin Proc 2010; 85 (3 Suppl): S3-14). La somministrazione di tramadolo in associazione a paracetamolo viene iniziata a bassi dosaggi, ma non necessita di titolazione.

Poter intervenire, quando il paziente ha delle riacutizzazioni, con dei farmaci che sono in grado di agire con meccanismi

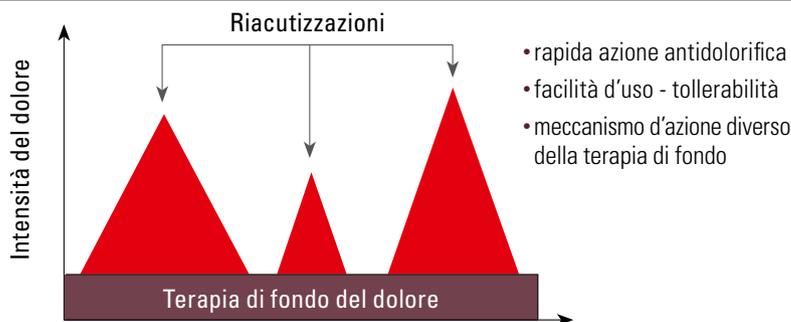
d'azione diversi da quelli dei presidi farmacologici di fondo significa poter aumentare le possibilità di controllare con efficacia questi episodi.

L'azione analgesica centrale di tramadolo è mediata da un duplice meccanismo d'azione che si traduce nell'inibizione della percezione del dolore e della trasmissione degli impulsi. Esso esercita sia un effetto agonistico sui recettori m-oppioidi sia sui sistemi serotoninergici e noradrenergici, con inibizione del re-uptake dei rispettivi mediatori, noradrenalina e serotonina.

Sebbene sperimentale, un recente lavoro fornisce un'interessante conferma circa le azioni di tramadolo che si esprimono come analgesia mediata dal legame con i recettori m-oppioidi, sia come effetti di prevenzione e sollievo mediati dai recettori α_2 -adrenocettori con inibizione dell'attivazione degli astrociti (J Pharmacol Sci 2014; 124: 244-257).

Figura 1

Caratteristiche del trattamento delle riacutizzazioni



Energy drink: stimolanti innocui o cocktail pericolosi?

L'aumentato consumo di bevande energetiche pone molti dubbi. Ecco cosa può rispondere il medico a un paziente o ad un genitore che chieda informazioni sugli energy drink

Antonio Ferrero, Maria Teresa Spinnler, Tecla Marchese*

Cardiologia ASL T05

**Specialista Geriatria e Malattie metaboliche*

Sotto la generica denominazione di bevande energetiche o energy drink sono compresi una serie di prodotti, consistenti in bibite analcoliche, che hanno come ingredienti sostanze stimolanti, destinate a fornire energia al consumatore. Non vanno confuse con le cosiddette "sport drink", che non contengono sostanze stimolanti, ma solo sali minerali e zuccheri e hanno come obiettivo la reidratazione "isotonica" del soggetto che ha perso liquidi a causa dell'attività fisica intensa praticata.

La diffusione delle bevande energetiche si è ampliata molto negli ultimi dieci anni e attualmente consiste, specie per alcuni marchi, in un'industria multi-miliardaria in continua crescita, in grado di sostenere costosissime sponsorizzazioni o acquisizioni di svariati team sportivi a livello internazionale. Ma quali sono gli ingredienti e i possibili effetti di queste bevande? La questione centrale sta nell'assenza di una regolamentazione sulla loro composizione, definizione e produzione.

Non esistono ingredienti o una formula base, ma solo una serie di sostanze spesso ad elevate concentrazioni, principalmente carboidrati e metilxantine, alle quali vengono di volta in volta associati deri-

vati vegetali come guaranà, ginseng e ginkgo biloba.

Cosa può rispondere dunque il medico a un paziente o a un genitore che chieda informazioni su queste bevande? Va segnalato che la prima fascia di consumo è composta da soggetti di età compresa tra i 18 e i 25 anni, seguita da individui di età compresa fra 26 e 39 anni.

Innanzitutto è necessario fare il punto sui principali ingredienti, più o meno reperibili nei principali marchi.

► **Caffeina**

La caffeina appartiene alla famiglia delle metilxantine, strutturalmente correlata alla teofillina e alla teobromina, alcaloidi presenti in vegetali ampiamente diffusi in natura, dotati di effetti eccitanti. La molecola della caffeina è simile all'adenosina che inibisce il rilascio dei principali neurotrasmettitori eccitatori (catecolamine) ed è dotata di azione eccitante indiretta, secondaria a inibizione competitiva con l'adenosina, inoltre la caffeina è anche un inibitore della fosfodiesterasi che degrada il cAMP, secondo messaggero per l'azione dell'adrenalina, il che determina un'azione eccitante diretta.

Il contenuto di caffeina di alcune bevande è riassunto in *tabella 1*.

La caffeina può dare effetti avversi quali: insonnia, agitazione, cardiopalmo e tachicardia, mentre è invece controverso l'effetto sulla pressione sanguigna.

► **Taurina**

La taurina è un aminoacido solfonico derivato dalla cisteina. È presente nel corpo umano, particolarmente concentrata nel tessuto muscolare cardiaco e scheletrico, tuttavia la sintesi spontanea di taurina è piuttosto scarsa e viene compensata con l'alimentazione essendo presente in vari alimenti, tra cui principalmente uova, frutti di mare e carne. Le funzioni della taurina comprendono: formazione degli acidi biliari, azione antiossidante e di regolazione osmotica, stabilizzante di membrana, azione inotropica positiva. Inoltre, la taurina sembra migliorare la tolleranza allo sforzo. Il contenuto di taurina presente nelle energy drink più diffuse (1 g) sarebbe tuttavia inferiore a quello in grado di provocare questi effetti.

► **Glucuronolattone**.....

Il glucuronolattone è metabolita del glucosio; l'assunzione pare correlarsi con un incremento della facoltà mnestiche e cognitive, nonché con

Tabella 1

Contenuto di caffeina di alcune bevande

1 tazza di espresso	80 mg
1 tazza di caffè solubile	57 mg
1 lattina di Coca-Cola (330 ml)	35 mg
1 lattina Diet Coke	47 mg
1 tazza di tè	30-60 mg (a seconda del tè)
Cioccolato fondente	30-60 mg/100g
Cioccolata in tazza	10-20 mg
1 lattina di Red Bull (250 ml)	80 mg
Hard core energy drink	140-160 mg

aumento del tono dell'umore. Inoltre è un precursore della taurina. La concentrazione presente nelle bevande energetiche (circa 600 mg/dl) è molto lontana dalle dosi ritenute tossiche e per questo motivo non è ritenuto un ingrediente pericoloso.

► **Inositolo**

È un polialcol con effetti sull'azione della serotonina nel sistema nervoso centrale, simili ai farmaci inibitori del reuptake serotoninico; in questo senso ha azione sul tono dell'umore simile a quello di questi farmaci antidepressivi. Inoltre ha azione stimolante sul consumo di acidi grassi e colesterolo.

► **Vitamine del gruppo B**

Svolgono varie funzioni intervenendo nel metabolismo del sistema nervoso, del tessuto muscolare e nel metabolismo epatico favorendo il consumo lipidico, inoltre partecipano alla conversione dei carboidrati in glucosio. Nelle energy drink più diffuse si trovano: niacina, vitamina B5 o D-pantotemolo, vitamina B6 e vitamina B12.

► **Zuccheri**

Gli energy drink contengono elevate quantità di zuccheri: 100 ml di Red Bull contengono 11 g di carboidrati, una lattina da 250 ml ne contiene quindi circa 26 g.

Si tenga conto che un cucchiaino di zucchero contiene circa 4 g di zuccheri. Perciò una lattina da 250 ml contiene l'equivalente di quasi 7 cucchiaini e quella da 500 ml, naturalmente, il doppio. Una sola lattina di bevanda energizzante contiene quindi dosi di zuccheri ampiamente superiori alla dose giornaliera raccomandabile con possibili effetti sullo sviluppo di insulino-resistenza, obesità e diabete.

► **Altri ingredienti**

In alcune bevande energizzanti, ma non in tutte, sono infine contenuti: guaranà ricco di caffeina e teofillina; ginseng, contenente sostanze stimolanti sul sistema nervoso centrale e sul tono muscolare.

Controversie sui possibili effetti avversi

A parte l'elevato contenuto di zuccheri e il discreto contenuto di caffeina, le sostanze contenute nelle energy drink non hanno generalmente una concentrazione tale da provocare effetti tossici di per sé; gli effetti avversi sono invece legati all'interazione tra le sostanze. La European Food Safety Authority ha però pubblicato un documento ove, in sintesi, si sostiene che gli eventi avversi, anche letali, segnalati tra i consumatori di energy drink siano riferibili al consumo eccessivo, con elevato introito di caffeina più che alla miscela con taurina e glucuronolattone.

In ogni caso esistono almeno quattro casi di morte improvvisa di atleti dopo assunzione di elevate quantità di queste bevande. In uno di questi erano state consumate, prima della prestazione addirittura 7 lattine. Altre segnalazioni, dopo consumo di elevate quantità di bevande energizzanti, riguardano episodi di convulsioni,

sintomatologie psichiatriche e naturalmente segni e sintomi riferiti all'apparato cardiovascolare, in particolare tachicardia, extrasistolia e incremento dei valori pressori.

Un ultimo aspetto che è doveroso segnalare e la recente associazione delle energy drink con alcol nella composizione di cocktail, con riduzione della percezione dello stato di ebbrezza e conseguente abuso del consumo di alcolici. Per questi motivi alcuni Paesi europei (Francia, Danimarca) avevano vietato o posto delle limitazioni al consumo di bevande energizzanti, ma tali provvedimenti sono in seguito caduti per disposizione dell'Unione Europea, per il principio della libera commercializzazione dei prodotti fra gli Stati membri.

Per concludere meritano un cenno alcuni prodotti in pillole dette termogeniche, proposte come adiuvanti per prestazioni sportive (o di altro genere) o dimagranti; gli ingredienti di questi prodotti sono in parte diversi e più concentrati.

Riportiamo a titolo esemplificativo la composizione di una singola pillola di due di questi marchi, omettendo il nome commerciale:

- caffeina 150 mg, sinefrina 150 mg, teobromina 100 mg, mate 75 mg, acetiltirosina 150 mg
- tirosina 1000 mg; caffeina 200 mg; glucuronolattone 250 mg; teobroma cocoa 75 mg; panax ginseng 25 mg.

Siti web e bibliografia

- www.caffeineinformer.com/energy-drink-side-effects
- www.medicalnewstoday.com/articles/269569.php
- www.eatingwell.com/nutrition_health/nutrition_news_information/energy_crisis
- www.mensfitness.com/nutrition/what-to-drink/energy-drinks-heart-health
- www.scai.org
- www.webmd.com/hypertension-high-blood-pressure/news/20131202/energy-drinks-affect-heart-mri-scans-show
- mashable.com/2013/12/03/energy-drinks-affect-heart
- www.livescience.com/36740-energy-drinks-four-health-effects.html
- www.sifweb.org
- Drug and alcohol dependence, 2009, Elsevier.
- Mayo Clin Proc 2010;85 (11):1033-41.
- J Am Pharm Assoc 2008;48 (3):e55-e63.
- Med J Aust 2009; 190 (1): 41-43.

Paziente anziana ipertesa e ad alto rischio cardiovascolare

L'ipertensione arteriosa è condizione molto frequente negli anziani, dove si accompagna a fattori di rischio addizionali; le evidenze delle letterature confermano che il suo trattamento rappresenta un importante strumento di prevenzione in età geriatrica, che può essere efficacemente affidato alle associazioni precostituite

Giovambattista Desideri

*Cattedra di Geriatria
Università degli Studi dell'Aquila*

La signora Teresa di 73 anni, pensionata (ex impiegata di una compagnia assicuratrice), giunge alla nostra attenzione riferendo una sintomatologia caratterizzata da dispnea per sforzi di moderata intensità (2 rampe di scale) che la signora mette in relazione soprattutto al recente aumento del peso corporeo (circa 5 chilogrammi nel corso degli ultimi mesi). La signora Teresa è affetta da ipertensione da circa 15 anni, inizialmente trattata con un'associazione precostituita di amiloride (5 mg) ed idroclorotiazide (50 mg) e più recentemente, da circa 5 anni, con un ACE-inibitore (enalapril 10 mg al mattino) - assunto invero in modo discontinuo - con un controllo della pressione arteriosa non soddisfacente (porta in visione i valori di pressione arteriosa rilevati in quattro diverse occasioni nel corso degli ultimi mesi con una media dei valori pari a circa 166/92 mmHg). La signora Teresa, coniugata e madre di due figlie di 46 e 49 anni, riferisce una storia familiare positiva per cardiopatia ischemica (padre deceduto a 55 anni per infarto miocardico), ipertensione arteriosa e diabete mellito (sorella).

► Valutazione clinica e strumentale

L'esame obiettivo evidenzia una moderata eccedenza ponderale (body mass index: 29 kg/m², cir-

conferenza vita 100 cm) e la presenza di epatomegalia (margine epatico arrotondato, debordante di due dita trasverse dall'arcata costale). La pressione arteriosa misurata da seduta è pari a 162/94 mmHg (media di tre misurazioni). A livello cardiaco si apprezza un rinforzo del secondo tono e la presenza di soffio olosistolico di intensità 2/6 sul focolaio aortico. I polsi periferici sono presenti bilateralmente, isosfigmici. A livello della carotide destra si apprezza un soffio sistolico. La valutazione di base delle funzioni cognitive mediante Mini Mental State Examination (MMSE) non evidenzia segni di disfunzione cognitiva (score corretto per età e scolarità pari a 30). Gli esami di laboratorio non evidenziano alterazioni degne di nota, ove si eccettui il riscontro di ridotti livelli di colesterolo HDL (36 mg/dL; valori normali nella donna ≥ 46 mg/dL), un lieve aumento della creatininemia (1.3 mg/dL, valori normali nella donna < 1.2 mg/dL) con un filtrato glomerulare stimato pari a 45 mL/min/m², una glicemia pari a 106 mg/dL (valori normali < 100 mg/dL), e la presenza di microalbuminuria (escrezione urinaria di albumina nelle 24 ore pari a 160 mg, valori da 30-300 mg indicano microalbuminuria). Un elettrocardiogramma effettuato due mesi prima evidenzia un ritmo sinusale, con una frequenza di 72 bpm, e una deviazione a sinistra dell'asse elettrico.

► Inquadramento clinico in itinere

Le informazioni cliniche e strumentali acquisite fino a questo momento consentono di definire per la paziente un profilo di rischio elevato. La presenza di ipertensione arteriosa di grado 2 si inserisce, infatti, nell'ambito di un quadro di sindrome metabolica testimoniata dalla concomitante presenza di ridotti valori di colesterolo HDL e di un aumento della circonferenza vita (nella donna considerata normale se <88 cm). La signora presenta, inoltre, un lieve aumento della creatinemia e microalbuminuria, elementi che configurano la presenza di danno d'organo renale subclinico.

Nel corso della valutazione clinica si ritiene opportuno effettuare una valutazione di base delle funzioni cognitive, in quanto l'ipertensione arteriosa e, più in generale, i fattori di rischio cardiovascolare espongono ad un aumentato rischio di sviluppare deterioramento cognitivo e demenza, sia di tipo vascolare che di tipo Alzheimer. Le linee guida dell'ipertensione consigliano di esplorare routinariamente le funzioni cognitive nell'iperteso anziano - il MMSE è un test utile allo scopo per la semplicità esecutiva e la buona sensibilità e specificità - al fine di cogliere precocemente un eventuale deficit cognitivo iniziale. L'ottimizzazione del controllo dell'ipertensione e degli altri fattori di rischio cardiovascolare eventualmente associati, infatti, ha in sé tutte le potenzialità per prevenire la comparsa e rallentare la progressione del declino cognitivo nell'anziano. Considerando la limitata efficacia dei farmaci attualmente disponibili nel frenare l'iter evolutivo del danno cognitivo nell'età senile, appare evidente come l'ottimale controllo dei fattori

di rischio cardiovascolare si configurano come l'unico strumento terapeutico in cui poter ragionevolmente riporre le nostre speranze di arginare la diffusione epidemica della demenza prevista per gli anni a venire a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

Al fine di una più completa definizione del quadro clinico si decide di prescrivere ulteriori approfondimenti strumentali motivati dal riscontro di un soffio carotideo a destra e dall'evidenza elettrocardiografica di deviazione assiale sinistra, possibile espressione di ipertrofia ventricolare. Vengono richiesti un esame ecocardiografico e un ecodoppler dei vasi epiaortici. Considerato il profilo di rischio cardiovascolare elevato si decide di ottimizzare da subito il controllo della pressione arteriosa consigliando di aumentare la dose di enalapril a 20 mg/die. La presenza di un quadro dismetabolico, infatti, suggerisce l'opportunità di prevedere un trattamento con un farmaco attivo sul sistema renina-angiotensina. Vengono, inoltre, fornite tutte le raccomandazioni su uno stile di vita adeguato che preveda la riduzione dell'introito salino e calorico ed una attività fisica regolare, prima discusse con la paziente e quindi consegnate alla stessa in un breve testo scritto. La paziente viene invitata a tornare a visita di controllo dopo 3 mesi.

► Prima visita di follow-up

La signora ha seguito scrupolosamente le indicazioni come testimoniato dal fatto che è riuscita finalmente a perdere 3.5 chilogrammi di peso. La pressione arteriosa è diminuita, ma ancora non adeguatamente controllata (156/90 mmHg). L'esame ecocardiografico che ha

effettuato evidenzia un "pattern di riempimento da alterato rilasciamento, ipertrofia concentrica del ventricolo sinistro di grado medio (la massa ventricolare sinistra indicizzata risulta pari a 127 g/m²), sclerosi dell'apparato valvolare aortico e della radice aortica, dimensioni cavitari nei limiti della norma, frazione di eiezione conservata (58%)". L'esame ecodoppler dei vasi epiaortici dimostra la presenza di "ispessimento medio-intimale dell'arteria carotide comune, bilateralmente, e di una placca ateromasica in sede bulbare destra, estesa alla carotide interna, realizzante una stenosi del 35%". La precisa caratterizzazione del danno d'organo rappresenta un aspetto di notevole rilevanza clinica nella gestione del paziente iperteso in quanto rappresenta uno degli snodi decisionali più importanti ai fini dell'impostazione della terapia più adeguata. La presenza di un controllo pressorio ancora non ottimale suggerisce l'opportunità di implementare la terapia farmacologica aggiungendo un calcioantagonista diidropiridinico (lercanidipina 10 mg) al trattamento già in corso con enalapril, orientando la scelta su un'associazione preconstituita al fine di aumentare l'aderenza al trattamento. La presenza di un profilo di rischio cardiovascolare elevato e di una placca ateromasica carotidea ha indotto, inoltre, a prescrivere alla paziente aspirina a basse dosi (100 mg dopo pranzo) in linea con quanto suggerito dalle raccomandazioni internazionali per l'ipertensione.

► Considerazioni in itinere: la terapia di combinazione

La terapia di combinazione rappresenta uno strumento prezioso per il clinico per controllare al meglio i

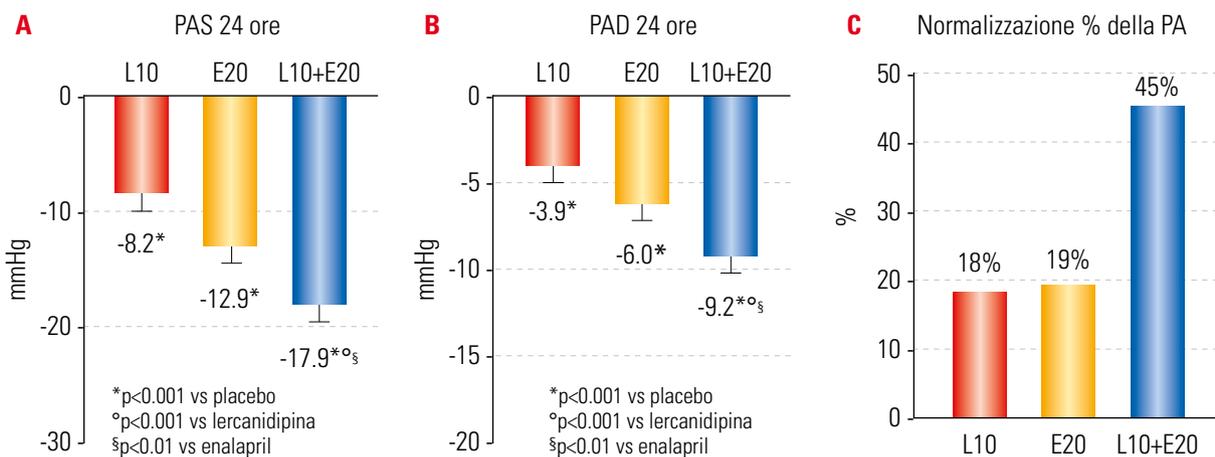
livelli di pressione arteriosa. Nella maggior parte dei casi è necessario utilizzare due o più farmaci per raggiungere un controllo pressorio soddisfacente, soprattutto in alcune categorie di pazienti quali i diabetici o gli anziani. Per questo motivo le linee guida sull'ipertensione arteriosa opportunamente incoraggiano l'uso della terapia di combinazione nel paziente iperteso, anche come primo approccio terapeutico, soprattutto nei casi in cui il paziente presenti un profilo di rischio cardiovascolare elevato o molto elevato o sia necessario ottenere riduzioni pressorie particolarmente ambiziose. La combinazione di due farmaci consente, infatti, di ottenere un decremento pressorio più rapido e più consistente rispetto a quello che si può ottenere aumentando la dose di un singolo farmaco. L'uso di dosaggi ridotti dei singoli farmaci in associazione consente, inoltre, di ridurre il rischio di reazioni indesiderate che nella maggior parte dei casi

sono dose-dipendenti. La decisione di utilizzare l'associazione enalapril/lercanidipina in questa paziente deriva dalla documentata efficacia di questa combinazione nel ridurre la pressione arteriosa nell'anziano (figura 1). Le evidenze della letteratura scientifica, inoltre, suggeriscono che la combinazione ACE-inibitore+calcioantagonista sia in grado di fornire una protezione cardiovascolare che va oltre la riduzione della pressione arteriosa. Nello studio Avoiding Cardiovascular events through COMbination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension (ACCOMPLISH), per esempio, la terapia di combinazione ACE-inibitore+calcioantagonista è risultata più efficace della combinazione ACE-inibitore+diuretico tiazidico nel ridurre la morbilità e la mortalità cardiovascolare, a parità di riduzione dei valori pressori. In linea con queste evidenze un'analisi post-hoc dello studio EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in patients with stable

coronary Artery disease (EUROPA), condotto in pazienti con malattia coronarica, ha dimostrato una riduzione del 50% dell'outcome primario combinato di mortalità cardiovascolare, infarto miocardico o arresto cardiaco con resuscitazione e di altri importanti endpoint, come la mortalità totale e quella cardiovascolare, nei pazienti inizialmente randomizzati ad assumere un ACE-inibitore e che nel corso dello studio avevano assunto stabilmente un calcioantagonista rispetto a quelli randomizzati a placebo e che nel corso dello studio non avevano mai assunto un calcioantagonista. Anche i dati dello studio Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA), prematuramente interrotto dopo un follow-up medio di 5.5 anni a causa di un eccesso di beneficio nei pazienti trattati con la combinazione ACE-inibitore+calcioantagonista rispetto alla combinazione betablocante+diuretico soprattutto per ciò che attiene la mortalità totale e di-

Figura 1

Efficacia antipertensiva di enalapril/lercanidipina nell'anziano



Riduzione della pressione arteriosa sistolica (A) e diastolica (B) delle 24 ore e percentuale di normalizzazione dei valori pressori (C) in corso di trattamento con lercanidipina 10 mg (L), enalapril 20 mg (E) e con la combinazione LE in pazienti ipertesi anziani

da Puig JC et al, 2007

versi outcome secondari, forniscono l'interessante prospettiva di una protezione cardiovascolare legata all'associazione ACE-inibitore+ calcioantagonista almeno in parte indipendente dalla riduzione pressoria fornendo, quindi, al clinico un prezioso strumento di prevenzione cardiovascolare nel paziente iperteso.

La combinazione lercanidipina+enalapril, inoltre, ha tutte le potenzialità per influenzare favorevolmente le performance cognitive della nostra paziente. Una recente revisione degli studi che hanno affrontato questa interessante tematica suggerisce, infatti, che la protezione da parte della terapia antiipertensiva nei riguardi della demenza vascolare e del deterioramento cognitivo dipenda anche dal tipo di trattamento utilizzato. A questo riguardo il Systolic Hypertension in Europe Trial (Syst-Eur) ha dimostrato come il trattamento con nitrendipina, eventualmente associato ad enalapril e/o ad un diuretico, fosse associato ad una significativa riduzione del rischio di sviluppare demenza ed ad un significativo miglioramento delle funzioni cognitive nei pazienti che raggiungevano un miglior controllo della pressione diastolica. In linea con queste evidenze uno studio di Tisaire-Sanchez et al., condotto in pazienti ipertesi di età >40 anni trattati con lercanidipina (10 mg/die) per 6 mesi (nel 20% dei casi in associazione con un ACE-inibitore), ha dimostrato un significativo miglioramento delle performance cognitive soprattutto in quei pazienti che avevano raggiunto un adeguato controllo dei valori pressori (82.7% nei soggetti di età <60 anni e 54.9% nei soggetti più anziani). Questo effetto protettivo po-

trebbe essere almeno in parte indipendente dalla riduzione pressoria grazie alla capacità di lercanidipina di interferire con i meccanismi fisiopatologici sottesi allo sviluppo e alla progressione del danno vascolare aterogeno. Lercanidipina, infatti, si è dimostrata efficace nel ridurre la morte neuronale dovuta all'insulto ischemico in un modello sperimentale di ipertensione, evidenze queste che suggeriscono l'esistenza di un potenziale effetto neuroprotettivo.

► Seconda visita di follow-up

Sono passati altri 3 mesi e la signora si è mostrata una paziente attenta e scrupolosa. Ha seguito tutte le indicazioni ed è riuscita a perdere altri 3 chilogrammi. Ora si sente molto meglio soprattutto perchè il "fiatone" durante gli sforzi moderati è scomparso ed ha notato con soddisfazione che la pressione arteriosa si è ulteriormente ridotta (nel corso della visita viene rilevata una pressione pari a 146/88 mmHg). Il profilo metabolico è significativamente migliorato (la glicemia a digiuno è scesa a 96 mg/dL ed il colesterolo HDL è aumentato di circa 8 mg/dL) e l'escrezione urinaria di albumina è scesa a 110 mg/24 ore. Si considera soddisfacente il livello pressorio raggiunto dalla paziente che viene quindi invitata a continuare il percorso virtuoso intrapreso e a tornare a controllo dopo 3 mesi.

► Considerazioni in itinere: il target pressorio nell'iperteso anziano

Abbiamo ritenuto accettabile il controllo pressorio raggiunto dalla signora Teresa perché le Linee Guida internazionali suggeriscono negli

ipertesi anziani con meno di 80 anni con una pressione sistolica >160 mmHg di raggiungere un target pressorio compreso tra 140 e 150 mmHg lasciando al clinico la scelta se portare o meno la pressione arteriosa al di sotto dei 140 mmHg, come nei soggetti più giovani, nei casi in cui le condizioni generali lo permettano. Anche se la nostra paziente è in buone condizioni generali, appare prudente per ora non forzare troppo la riduzione pressoria non precludendo, ovviamente, la prospettiva di raggiungere un target pressorio più ambizioso. È importante considerare che l'iperteso anziano rispetto al soggetto più giovane è maggiormente esposto ai potenziali effetti indesiderati della terapia antiipertensiva ed è particolarmente sensibile alle riduzioni della pressione arteriosa se troppo importanti e/o troppo rapide. A questo riguardo vale la pena ricordare che i meccanismi di autoregolazione del flusso ematico cerebrale nell'anziano tendono a farsi meno efficienti, soprattutto in caso di esposizione cronica ai fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione arteriosa o il diabete mellito o la sindrome metabolica (questo potrebbe essere il caso anche della nostra paziente). Per questo motivo riduzioni pressorie che possono essere ben tollerate nel soggetto adulto, nell'anziano possono determinare una temibile riduzione della perfusione cerebrale. Le evidenze della letteratura scientifica dimostrano, infatti, una associazione tra eccessiva caduta notturna della pressione cerebrale e presenza di lesioni ischemiche cerebrali come pure un aumentato rischio di deterioramento cognitivo nei pazienti con ipotensione ortostatica. Questo non significa, ov-

viamente, che il clinico debba assumere una condotta immotivatamente rinunciataria e privare il paziente anziano della documentata protezione che deriva dal trattamento antipertensivo ma implica la necessità di un approccio decisionale sempre molto ponderato con una attenta valutazione del trattamento di volta in volta più adeguato. L'alta lipofilia di lercanidipina, unitamente alla gradualità dell'insorgenza e della durata d'azione prolungata, ad esempio, conferiscono a questo calcioantagonista diidropiridinico di terza generazione una peculiarità d'azione particolarmente vantaggiosa anche nel paziente iperteso anziano. È evidente, inoltre, che nel soggetto anziano è opportuno garantire la massima protezione d'organo possibile per ogni determinata riduzione pressoria. A questo riguardo ACE-inibitori e calcioantagonisti sono tra i farmaci con maggiori potenzialità protettive a carico degli organi bersaglio, cervello e cuore in primis.

► Commento

L'ipertensione arteriosa è una condizione estremamente frequente negli anziani nei quali la frequente coesistenza di fattori di rischio addizionali, di danno d'organo e di comorbidità condiziona spesso un profilo di rischio cardiovascolare elevato o molto elevato. Le evidenze della letteratura scientifica dimostrano in modo inequivocabile che anche nei soggetti anziani ipertesi la riduzione dei livelli pressori è associata ad una significativa riduzione degli eventi cardio e cerebrovascolari. Il controllo della pressione arteriosa rappresenta, quindi, un importante strumento di prevenzione cardiovascolare in età geriatrica. L'*early vascular aging (invecchiamento vascolare precoce)* dovuto alla cronica esposizione ai fattori di rischio cardiovascolare, impone una scelta individualizzata del target pressorio da raggiungere e della strategia terapeutica più opportuna cercando di individuare quell'approccio farmacologico che possa garantire il

massimo della protezione d'organo per ogni livello di riduzione della pressione arteriosa. La terapia di combinazione, soprattutto nel caso di associazioni precostituite che consentono di ridurre il numero di compresse da assumere giornalmente, rappresenta un prezioso presidio terapeutico per il trattamento dell'iperteso anziano. Tra le diverse associazioni disponibili quella tra un ACE-inibitore e un calcioantagonista diidropiridinico riveste certamente un ruolo di assoluto rilievo in quanto unisce all'efficacia antipertensiva una indiscutibile protezione cardiovascolare.

Bibliografia

- J Hypertens. 2013; 31: 1281-357.
- BMJ 2012; 344: e181.
- JACC 2011; 57: 2037-114.
- Stroke. 2011; 42: 2672-2713.
- N Engl J Med 2008; 359: 2417-28.
- Lancet 2005; 366: 895-906.
- Am Heart J. 2010; 159: 795-802.
- J Hum Hypertens 2007; 21: 917-924.
- Curr Med Res Opin 2013; 1-10.
- Arch Intern Med 2002;162:2046-52.
- Vasc Health Risk Manag 2006;2:491-8.
- Cell Mol Neurobiol 2011;31:561-7.

Dolore muscolare: un percorso innovativo in Medicina Generale

Il Mmg è il primo punto di riferimento per il paziente affetto da dolore cronico di natura non oncologica e questo comporta una precisa responsabilità per affrontare in modo appropriato questo rilevante problema clinico

Nel corso del suo ultimo congresso la Società Italiana di Medicina Generale ha dedicato una intera sessione al "Dolore muscolare. Un percorso innovativo in Medicina Generale". Da sempre la Simg, impegnata a supportare la formazione dei colleghi in questo ambito, ha identificato alcune criticità nella gestione del dolore cronico in MG, tanto che è stata messa in campo una *task force* per approfondire la problematica. Tra gli obiettivi anche l'ideazione di facili e fruibili strumenti che facilitino

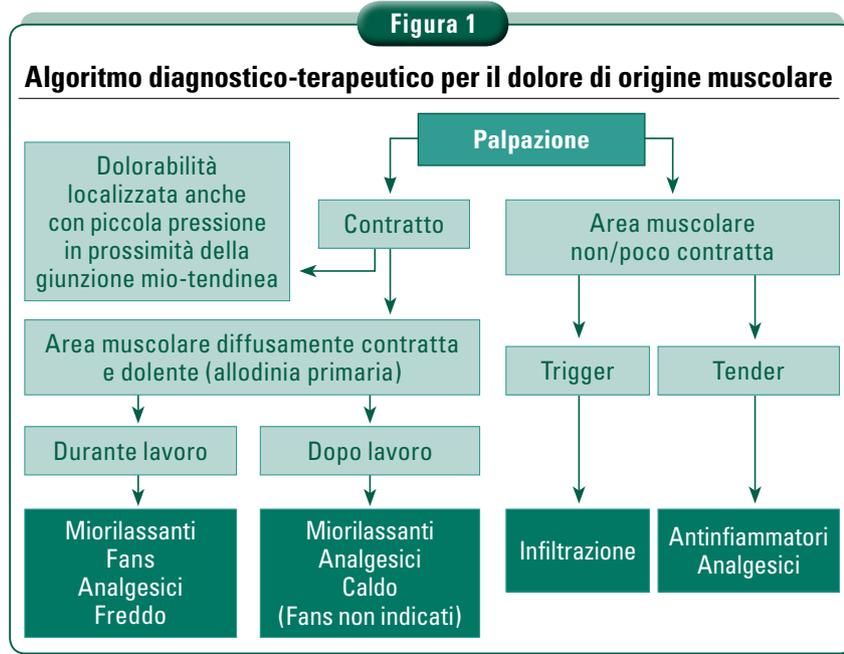
l'aspetto diagnostico e terapeutico. "Uno degli ultimi tasselli apportati è relativo alla gestione del dolore cronico di origine muscolare" afferma il Dottor **Pierangelo Lora Aprile**, Segretario scientifico nazionale Simg, Responsabile nazionale Area Dolore e medicina palliativa. Il dolore 'del muscolo' o 'al muscolo' (dolore riferito) ha la necessità di essere inquadrato proprio per gli indirizzi terapeutici che possono essere scelti conseguentemente alla diagnosi. Come per il dolore cronico abbiamo applicato la metodologia del 'Progetto

Compass', un metodo diagnostico per la valutazione clinica e per la scelta ragionata dei farmaci antalgici. È stato messo a punto un algoritmo che permette di dirimere i dubbi e arrivare con sufficiente certezza alla diagnosi del 'pain generator' e qual è il meccanismo neurofisiologico per arrivare a scegliere la miglior terapia nell'armamentario farmacologico a disposizione del Mmg".

► Job description e formazione

Per un tema così importante come quello del dolore muscolare diventa estremamente importante la formazione e il modello didattico che viene adottato. "Secondo la nostra migliore tradizione" spiega il Dottor **Giuseppe Ventriglia**, Responsabile nazionale Area Progettuale Simg Formazione, "il punto di riferimento è stata la *job description* e quindi l'identificazione delle competenze (contenuti) da acquisire. L'obiettivo è stato - oltre all'acquisizione delle conoscenze - quello di identificare un modello da applicare nell'attività quotidiana. Il metodo "guida" che proponiamo ai colleghi che si trovano di fronte a un paziente con dolore che coinvolge un'area muscolare richiede in media 4-5 minuti" (figura 1) e dunque è ben applicabile nella pratica clinica".

Figura 1



► **Dalla valutazione clinica alla terapia**

Una terapia mirata al dolore collegato alla contrattura muscolare non può prescindere da una conoscenza approfondita dei meccanismi neurofisiopatologici e da una corretta valutazione clinica. Nella sua lezione magistrale il Prof. **Cesare Bonezzi**, Responsabile UO di Medicina del Dolore, Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS Pavia, spiega che "il dolore collegato alla contrattura muscolare è molto diffuso nella popolazione e rappresenta una delle esperienze dolorose di più comune riscontro. Esso può essere secondario, ossia espressione di un dolore 'riferito' che ha origine in altra sede, oppure può originare da un danno diretto del muscolo interessato, o an-

cora può essere espressione di contratture parcellari all'interno del muscolo (trigger point). Il dolore può manifestarsi durante l'attività muscolare oppure a distanza di 24-36 ore, un dato cardine del processo diagnostico e terapeutico". In caso di allodinia primaria che si manifesta in corso di attività muscolare freddo, analgesici o Fans associati a un miorilassante sono i cardini fondamentali della terapia. Nel dolore ritardato i Fans non trovano un loro razionale d'uso, perché ritarderebbero la guarigione, e sarebbero da preferire analgesici e miorilassanti. Quando invece la contrattura riguarda i trigger point (ovvero una parte del muscolo in prossimità del ventre muscolare) la terapia d'elezione è l'infiltrazione di un anestetico. Sui criteri di scelta dei miorilas-

santi il Prof. Bonezzi ricorda che "in pratica clinica è consuetudine utilizzare miorilassanti ad azione centrale, ma va ricordata la difficoltà del controllo della loro durata d'azione. Tra gli altri miorilassanti può risultare utile l'utilizzo di eperisone, che presenta un nuovo meccanismo per il trattamento della contrattura muscolare. Il suo effetto si esplica attraverso azioni tra loro sinergiche sul sistema alfa-gamma, sulla vasodilatazione, sui sistemi di conduzione sinaptica".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento



M.D. web tv ONCOLOGY

www.md-oncology.tv

..... All'interno del canale è possibile trovare:



Area clinica, videointerviste con Opinion Leader di approfondimento sulle novità dal mondo della clinica e della ricerca, raccolte in 15 aree tematiche secondo la classificazione ESMO



Notiziario di aggiornamento sulle principali novità scientifiche



Speciale Congressi, videointerviste dai principali eventi nazionali e internazionali



Professione Oncologo, tutto quanto coinvolge il medico oltre la clinica: normative, legislazione, organizzazione, etica, deontologia...



Artrite reumatoide: diagnosi e terapia nella medicina generale

Se non adeguatamente controllata dalla terapia, la malattia causa un'importante disabilità lavorativa ed è gravata da un'aumentata mortalità. Il 30-50% dei soggetti colpiti interrompe la propria attività lavorativa per il dolore e le deformità articolari che si sviluppano nel corso della malattia. Questi pazienti hanno un'aspettativa di vita ridotta, con un'aumentata mortalità per cause cardio-vascolari (scompenso cardiaco, infarto del miocardio ed accidenti cerebro-vascolari), secondarie alla maggiore gravità e precocità di sviluppo dell'aterosclerosi che la flogosi cronica sembra causare

Giovanni Di Giacinto

*Medicina Generale - Reumatologia
ASUR Marche, Area Vasta n.1 - Urbino
Responsabile Nazionale Area Reumatologica
Società Italiana Interdisciplinare
per le Cure Primarie (SIICP)*

L'artrite reumatoide (AR), malattia autoimmune sistemica ad eziologia sconosciuta, è caratterizzata da infiammazione cronica articolare con distruzione della cartilagine e dell'osso, da riduzione della capacità funzionale e da aumento della mortalità. La sua prevalenza nella popolazione generale oscilla tra lo 0.5-1% (in Italia 0.3-0.5%), con netta predilezione per il sesso femminile (rapporto F:M 3-4:1). L'AR si può manifestare in ogni età della vita, con un esordio più frequente tra i 40-50 anni.

Le attuali conoscenze sulla patogenesi e sull'evoluzione clinica spiegano come una diagnosi precoce di malattia rappresenti la base essenziale per poter instaurare un trattamento farmacologico tempestivo in grado di contrastare la progressione delle lesioni articolari. In particolare, va sfruttata la cosiddetta "window of opportunity", la finestra temporale in cui la terapia farmacologica può potenzialmente arrestare il processo infiammatorio alla base della malattia, prima che il danno che esso determina diventi irreversibile. Se l'attività infiammatoria viene efficacemente controllata durante questo periodo la malattia sarà più facile da trattare nel lungo termine, minimizzando il danno articolare strutturale e limitandone l'alterato impatto sull'abilità funzionale e sulla qualità di vita. Tuttavia, i criteri diagnostici/classificativi proposti

dall'American Rheumatism Association, utilizzati come strumento base per la conferma diagnostica dell'AR, consentono di porre diagnosi di malattia troppo tardivamente per permettere di impostare una terapia realmente efficace. Negli ultimi anni si è affermato il concetto di "early arthritis", che definisce artriti di recente insorgenza, delle quali va valutata la potenziale evoluzione verso un'AR, in particolare verso una forma aggressiva di malattia. I criteri clinici per definire una "early arthritis" sono rappresentati da un'artrite che interessa tre o più articolazioni per un periodo superiore a sei settimane, da un interessamento dei polsi e delle piccole articolazioni di mani e piedi (metacarpo-falangee, metatarso-falangee, interfalangee prossimali), da una rigidità mattutina superiore a trenta minuti. La presenza di questi segni e sintomi è indicativa di un alto rischio di sviluppo di un'AR conclamata e deve indurre il medico di medicina generale a far eseguire ai pazienti alcuni esami di laboratorio (VES, PCR, fibrinogeno, emocromo, glicemia, transaminasi, creatininemia, esame urine, elettroforesi sieroproteica, fattore reumatoide, anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico) prima di indirizzarli dallo specialista reumatologo o dall'internista "dedicato" per la conferma diagnostica e per l'inizio del trattamento farmacologico più adeguato.

L'eventuale negatività degli indici aspecifici di flogosi (VES, PCR), così come del fattore reumatoide (FR), non esclude la diagnosi di AR, in quanto all'esordio della malattia tali esami di laboratorio possono risultare nei limiti della norma. Il FR è certamente importante, ma non indispensabile, per la diagnosi di AR, che può essere formulata anche in sua assenza (AR "sieronegativa"). Peraltro, può comparire nel decorso della malattia e negativizzarsi con la terapia farmacologica. Va inoltre rimarcato come il FR possa essere osservato non raramente in condizioni fisiologiche (età avanzata) ed in patologie diverse dall'AR (*tabella 1*).

Negli ultimi anni si è accresciuta l'importanza diagnostica e prognostica attribuita alla positività degli anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico (anti-CCP) nell'AR. Lo studio di una numerosa casistica di pazienti con AR evoluta (durata media di malattia pari a sei anni) ha evidenziato un'elevata sensibilità e specificità degli anti-CCP (87.6% e 88.9%) superiore a quella osservata per il FR (69.9% e 81.7%). Differentemente, nelle "early arthritis" la sensibilità degli anti-CCP è risultata sovrapponibile o significativamente inferiore a quella del FR, mentre i valori della specificità rispetto al FR sono risultati generalmente superiori.

Secondo il modello proposto da Visser (22) la positività degli anti-CCP ha un valore predittivo positivo elevato per le forme di "early arthritis" persistenti e con andamento erosivo. Infatti, i pazienti positivi per gli anti-CCP, valutati a distanza di tempo dall'esordio dell'artrite, presentano uno score radiologico sensibilmente più ele-

Tabella 1	
Patologie associate alla positività del fattore reumatoide	
Malattie reumatiche <ul style="list-style-type: none"> • Artrite reumatoide • Sindrome di Sjogren primitiva • Lupus eritematoso sistemico • Sclerosi sistemica • Polimiosite, dermatomiosite • Crioglobulinemia mista essenziale • Neoplasie (linfomi, leucemie) 	Altre patologie <ul style="list-style-type: none"> • Infezione da HCV/HBV • Endocardite batterica subacuta • Infezione da micobatteri • Mononucleosi infettiva • Epatite autoimmune • Tiroidite autoimmune

vato rispetto ai pazienti con negatività di tali anticorpi, indicando che la loro presenza è associata ad una variante di malattia più aggressiva.

Posta diagnosi di AR il paziente sarà seguito inizialmente dallo specialista reumatologo e dal Mmg, ma nel tempo soprattutto da quest'ultimo, il quale dovrà controllare il decorso clinico della malattia, in particolare le fasi di riacutizzazione, oltre a rilevare l'efficacia e l'eventuale comparsa di possibili effetti collaterali dei differenti farmaci impiegati nel trattamento di questa affezione.

I farmaci utilizzati nella terapia dell'AR si dividono in sintomatici e in farmaci di fondo (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs - DMARDs) (*tabella 2*). Tra i sintomatici i glucocorticoidi (GC) sono un riferimento importante nella strategia del trattamento dell'AR, sia nelle fasi precoci che nel corso della malattia. Sono farmaci di basso costo e favoriscono un rapido miglioramento della sintomatologia. Vi sono numerose evidenze cliniche che i GC, al dosaggio di 5-10 mg/die di prednisone (o equivalente), abbiano effetti positivi sia a breve termine (miglioramento dei segni e sintomi della malattia e della capacità

funzionale) che a lungo termine (riduzione della percentuale di sviluppo delle erosioni articolari), in particolare quando utilizzati per un periodo di 1-2 anni in pazienti con AR di recente insorgenza, ipotizzando anche un effetto *disease-modifying* di questi farmaci. Il principale problema correlato all'utilizzo dei GC è rappresentato dagli effetti collaterali, in genere proporzionali alla dose ed alla durata del trattamento. Tuttavia, l'impiego anche protratto di basse dosi nell'AR (7.5 mg o meno di equivalente prednisone) sarebbe associato ad una limitata tossicità comparata con il placebo. Tra gli effetti collaterali della terapia con GC l'osteoporosi e le

Tabella 2	
Farmaci nella terapia dell'artrite reumatoide	
Sintomatici	
Fans e coxib; glucocorticoidi; antalgici	
Di fondo (DMARDs)	
Metotrexato, antimalarici (idrossiclorochina), salazopirina, sali d'oro, ciclosporina, leflunomide, farmaci biologici (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, rituximab, abatacept, ecc), glucocorticoidi (?)	

Tabella 3

Potenziali effetti collaterali dei glucocorticoidi

Psicologici e comportamentali	disturbi minori dell'umore, psicosi
Cardio-vascolari	ipertensione arteriosa, dislipidemia, edemi, squilibrio idro-elettrolitico, disfunzione cardiaca
Dermatologici	ecchimosi, atrofia, acne, irsutismo, alopecia
Gastro-intestinali	ulcera peptica, pancreatite
Muscolo-scheletrici	osteoporosi, osteonecrosi, miopatia
Infettivi	infezioni virali, batteriche
Endocrino-metabolici	Intolleranza al glucosio, diabete mellito, redistribuzione del grasso, interferenza ormonale
Oftalmologici	glaucoma, cataratta
Neurologici	cefalea, vertigini, capogiri, tinnito

fratture ossee rappresentano quelli più rilevanti per frequenza ed impatto clinico (tabella 3).

Nel corso della terapia, in rapporto alla dose ed alla durata del trattamento, i pazienti dovrebbero essere monitorati per aumento del peso corporeo, dei valori della pressione arteriosa, della pressione oculare, dei valori della glicemia e dei lipidi, oltre alla comparsa di segni e sintomi di insufficienza cardiaca.

I pazienti in terapia con prednisone (od equivalente), alla dose uguale o superiore a 7.5 mg/die per un periodo superiore a tre mesi, dovrebbero essere trattati con un supplemento di calcio e vitamina D, mentre i bisfosfonati andrebbero riservati per i pazienti a rischio elevato di fratture ossee, come quelli con rilievo anamnestico di una o più fratture patologiche, che sono in menopausa o che hanno un'età superiore a 65 anni. Coloro che insieme ai GC utilizzano Fans (inclusa l'aspirina a basse dosi con effetto antiaggregante piastrinico) dovrebbero eseguire una terapia con inibitori di pompa protonica per

“gastroprotezione”.

Tra i farmaci di fondo della terapia dell'AR un ruolo principale è svolto dal metotrexato (MTX), impiegato da oltre un decennio nel trattamento della malattia, in particolare negli ultimi anni in monoterapia od in terapia di associazione con altri DMARDs o con farmaci biologici in pazienti con AR di recente insorgenza. Il MTX è un farmaco poco costoso, con un rapido inizio di azione comparato ad altri DMARDs, dotato di un ottimo profilo di sicurezza a lungo termine, e a una buona efficacia sui sintomi della malattia e sulla progressione del danno radiologico.

La risposta clinica al MTX è dose-dipendente, con un range di dosaggio piuttosto ampio (da 7.5 a 25 mg a settimana). Il farmaco è disponibile per via orale od intramuscolare; recentemente è stata introdotta la via sottocutanea, particolarmente utile in quei pazienti nei quali la via orale è risultata inefficace o non tollerata. Pur essendo un farmaco ben tollerato il MTX può presentare effetti collaterali, alcuni dei quali potenzialmente pericolosi (tabella 4).

Vi sono alcune raccomandazioni utili che il Mmg deve tenere presente nella gestione dei pazienti con AR in trattamento con MTX. Il prelievo ematico per la valutazione dei valori dell'emocromo, transaminasi e creatinemia andrebbe eseguito ogni due settimane per il primo mese e, successivamente, ogni 4-12 settimane per escludere una potenzialità tossicità epatica, ematologica e renale del farmaco. Va verificato che il paziente assuma anche acido folico 10 mg/settimana (o acido folinico 5 mg/settimana) 24 ore dopo l'assunzione del farmaco, al fine di minimizzare gli effetti collaterali del farmaco senza interferire con la sua efficacia.

Poiché lo sviluppo di una polmonite da ipersensibilità non può esse-

Tabella 4

Potenziali effetti collaterali di metotrexato

Minori

- Apparato gastro-enterico (nausea, dispepsia, inappetenza, stomatite)
- Cute e mucose (rash eritematoso, prurito, orticaria, fotosensibilità, alopecia)
- Sistema nervoso centrale (cefalea, vertigini, alterazioni del gusto)

Maggiori

- Tossicità epatica (aumento transaminasi)
- Infezioni (vie urinarie, apparato respiratorio)
- Tossicità ematologica (anemia, pancitopenia, leucopenia, neutropenia e/o trombocitopenia)
- Tossicità polmonare (polmonite da ipersensibilità)

re predetto né dalla radiografia del torace né dai test di funzionalità respiratoria, è opportuno che il Mmg sospenda la terapia in caso di comparsa di febbre, tosse secca e dispnea ingravescente.

Da poco più di un decennio l'armamentario terapeutico per l'AR si è arricchito di nuove molecole particolarmente efficaci, i farmaci biologici (FB) che hanno dimostrato, in monoterapia e in associazione con il MTX, nei pazienti non responsivi con lo stesso farmaco, di migliorare i segni e sintomi infiammatori e la qualità di vita dei soggetti trattati, oltre alla capacità di arrestare il danno strutturale responsabile della disabilità. Inoltre, i FB sono in grado di favorire una rapida risposta terapeutica quando utilizzati in pazienti con AR in fase precoce e con segni di spiccata attività di malattia. Il Mmg è direttamente coinvolto nella gestione dei pazienti in terapia con FB sia nella valutazione iniziale dell'assenza di controindicazioni all'impiego, sia nell'osservazione dell'efficacia clinica, sia nella verifica dell'eventuale comparsa di effetti collaterali nel corso del trattamento, sia nella gestione di specifiche problematiche connesse all'impiego di questi farmaci (tabella 5).

Tabella 5

Gestione del Mmg dei pazienti in terapia con farmaci biologici

- Verifica controindicazioni
- Verifica compliance
- Verifica efficacia clinica
- Riconoscimento precoce e gestione eventi avversi
- Gestione vaccinazioni ed interventi chirurgici

Tabella 6

Condizioni patologiche pregresse o in atto che controindicano l'utilizzo dei farmaci biologici

- Tubercolosi
- Epatiti virali
- Infezioni in atto o recidivanti
- Neoplasie
- Scompenso cardiaco
- Malattie demielinizzanti

Anche per i FB è opportuno che il Mmg tenga in considerazione alcune raccomandazioni nella gestione dei pazienti con AR. Il Mmg deve svolgere una funzione di controllo nella verifica delle controindicazioni (tabella 6) al loro impiego in quanto, a differenza degli specialisti che danno l'indicazione alla terapia, conosce in maniera più completa e dettagliata la storia clinica del paziente candidato al trattamento. Spetta al Mmg verificare periodicamente che i pazienti eseguano costantemente la terapia con FB per via sottocutanea (il trattamento con FB viene eseguito in ambito ospedaliero), controllando la periodicità delle prescrizioni nella cartella clinica computerizzata. Le infezioni, favorite dalla depressione della risposta del sistema immunitario, rappresentano l'effetto collaterale più frequente in corso di terapia con FB. I pazienti vanno resi edotti del potenziale rischio conseguente alla terapia e dell'opportunità di rivolgersi, senza indugio, al proprio Mmg in caso di febbre, il quale valuterà l'opportunità di iniziare una terapia antibiotica e di seguire autonomamente il paziente o contattare direttamente lo specialista di riferimen-

to. Altra raccomandazione, riguardo al rischio infettivo, per il Mmg è quella di considerare nel corso del trattamento la possibilità di un'infezione tubercolare in un paziente che presenti tosse persistente, febricola, sudorazione notturna, dimagrimento.

Per il rischio infettivo il Mmg deve consigliare ai pazienti la vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica, possibilmente prima di iniziare la terapia con FB e con cadenza annuale per la vaccinazione antiinfluenzale.

► Conclusioni

La diagnosi precoce di AR è di fondamentale importanza per poter sfruttare la cosiddetta "window of opportunity", la finestra temporale in cui la terapia farmacologica può potenzialmente arrestare il processo infiammatorio prima che il danno che esso determina diventi irreversibile.

L'obiettivo della terapia farmacologica è quello di raggiungere la remissione completa della malattia, mantenendo la capacità lavorativa e la vita sociale piena e soddisfacente nella grande maggioranza dei pazienti affetti da AR.

Compito del Mmg è quello di inviare in tempi brevi, nel sospetto diagnostico della malattia, il paziente allo specialista reumatologo per la conferma diagnostica e per l'impostazione di un'adeguata terapia farmacologica.

Posta la diagnosi di malattia il compito del Mmg è quello di sorveglianza del paziente per evidenziare l'eventuale inefficacia della terapia consigliata e la possibile insorgenza di effetti collaterali riconducibili al trattamento stesso.

Bibliografia

- Pincus T, Callahan LF. The "side effects" of rheumatoid arthritis: joint destruction, disability and early mortality. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 28-37.
- Heath CW Jr, Fortim PR. Epidemiologic studies in rheumatoid arthritis: future directions. *J Rheumatol* 1992; 32 (suppl): 74-7.
- Wolfe F, Kaleb M. Work disability in a national of RA patients. *Arthritis Rheum* 2002; 46 (suppl): S90.
- Kaplan MJ. Cardiovascular diseases in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2006; 18: 289-97.
- Dhawan SS, Quyyumi AA. Rheumatoid arthritis and cardiovascular disease. *Curr Atheroscler Rep* 2008; 10: 128-33.
- Gonzalez-Gay MA, Gonzalez-Juanatey C, Martin J. Rheumatoid arthritis: a disease associated with accelerated atherogenesis. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35: 8-17.
- Hannawi S, Haluska B, Marwik TH et al. Atherosclerotic disease is increased in recent-onset rheumatoid arthritis: a critical role for inflammation. *Arthritis Res Ther* 2007; 9: R116.
- O'Dell JR. Treating rheumatoid arthritis early: a window of opportunity? *Arthritis Rheum* 2002; 46: 283-5.
- Boers M. Understanding the window of opportunity concept in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 1771-4.
- Quinn MA, Emery P. Window of opportunity in early rheumatoid arthritis: possibility of altering the disease process with early intervention. *Clin Exp Rheumatol* 2003; 21 (suppl 5): 154-7.
- Jacobs JWG. Optimal use of non-biologic therapy in the treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2012; 51 (suppl 4): 3-8.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315-24.
- Emery P, Breedveld FC, Dougados M et al. Early referral recommendation for newly diagnosed early arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 290-7.
- Sokka T, Pincus T. Erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, or rheumatoid factor are normal at presentation in 35%-45% of patients with rheumatoid arthritis seen between 1980 and 2004: analyses from Finland and the United States. *J Rheumatol* 2009; 36: 1387-90.
- Di Giacinto G. Utilità e limiti degli esami di laboratorio nella diagnosi delle malattie reumatiche. *Medicinae Doctor* 2005; 2: 18-23.
- Erre GL, Tocco A, Faedda R et al. Il significato diagnostico e prognostico degli anticorpi anti-peptide citrullinato ciclico (anti-CCP) nell'artrite reumatoide. *Reumatismo* 2004; 56: 118-23.
- Ates A, Karaaslan Y, Aksaray S. Predictive value of antibodies to cyclic citrullinated peptide in patients with early arthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 499-504.
- Suzuki K, Sawada T, Murakami A et al. High diagnostic performance of Elisa detection of antibodies to citrullinated antigens in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2003; 32: 197-204.
- Saraux A, Berthelot JM, Devauchelle V et al. Value of antibodies to citrulline-containing peptides for diagnosing early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2003; 30: 2535-9.
- Jansen LMA, van Schaardenburg D, van der Horst-Bruinsma IE et al. The predictive value of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies in early arthritis. *J Rheumatol* 2003; 30: 1961-5.
- Nell VPK, Machold KP, Eberl G et al. The diagnostic and prognostic significance of autoantibodies in patients with very early arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 48 (suppl 9): 107S.
- Visser H, Le Cessie S, Vos K et al. How to diagnose rheumatoid arthritis early: a prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 357-65.
- Kroot EJ, De Jong BA, Van Leeuwen MA et al. The prognostic value of anti-cyclic citrullinate peptide antibody in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 1831-5.
- Jansen LMA, van der Horst-Bruinsma IE, van Schaardenburg D et al. Rheumatoid factor and antibodies to cyclic citrullinated peptide differentiate rheumatoid arthritis from undifferentiated polyarthritis in patients with early arthritis. *J Rheumatol* 2000; 29: 205-6.
- Gorter SL, Bijlsma JWW, Cutolo M et al. Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with glucocorticoids: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1010-4.
- Bijlsma JWW, Hoes JN, van Everdingen AA et al. Are glucocorticoids DMARDs? *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1069: 268-74.
- Kirwan J, Bijlsma JWW, Hoes JN et al. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4: CD006356.
- Graudal N, Jurgens C. Similar effects of disease-modifying antirheumatic drugs, glucocorticoids, and biologic agents on radiographic progression in rheumatoid arthritis: meta-analysis of 70 randomized placebo-controlled or drug controlled studies, including 112 comparisons. *Arthritis Rheum* 2010; 62: 2852-63.
- Bakker MF, Jacobs JWG, Welsing PM et al. Low-dose prednisone inclusion in a methotrexate-based, tight control strategy for early rheumatoid arthritis. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2012; 156: 329-39.

- Bijlsma JWW, Boers M, Saag KG et al. Glucocorticoids in the treatment of early and late rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003; 62: 1033-7.
- Da Silva JAP, Jacobs JWG, Kirvan JR et al. Safety of low dose glucocorticoid treatment in rheumatoid arthritis: published evidence and prospective trial data. *Ann Rheum Dis* 2006; 65: 285-93.
- Ravindran V, Rachapalli S, Choy EH. Safety of medium to long-term glucocorticoid therapy in rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Rheumatology* 2009; 48: 807-11.
- Di Munno O, Delle Sedie A. Osteoporosi da glucocorticoidi e malattie reumatiche. *Patogenesi, prevenzione e trattamento. Reumatismo* 2006; 58: 11-21.
- Van Staa TP, Leufkens HG, Abenham I et al. Use of oral corticosteroids and risk of fractures. *J Bone Miner Res* 2000; 15: 993-1000.
- Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Fracture risk associated with systemic and topical corticosteroids. *J Intern Med* 2005; 257: 374-84.
- Van Staa TP, Leufkens HG, Cooper G. The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis: a meta-analysis. *Osteoporos Int* 2002; 13: 777-87.
- Van Staa TP, Laan RF, Barton IP et al. Bone density threshold and other predictors of vertebral fracture in patients receiving oral glucocorticoid therapy. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 3224-9.
- Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: 2001 update. *American College of Rheumatology. Arthritis Rheum* 2001; 44: 1496-503.
- Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 964-75.
- Caporali R. Focus su methotrexate. *Reumatologia Pratica* 2010; 4: 112-21.
- De Leonardi F, Alivernini S, Bonacci E et al. Italian consensus of the recommendations about the use of methotrexate for the treatment of rheumatic diseases with a focus on rheumatoid arthritis: results from the "3E initiative". *Reumatismo* 2010; 62: 34-45.
- Jacobs JWG. Optimal use of non-biologic therapy in the treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2012; 51 (suppl 4): 3-8.
- Ortiz Z, Shea B, Suarez-Almazor ME et al. The efficacy of folic and folinic acid in reducing methotrexate gastrointestinal toxicity in rheumatoid arthritis. A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol* 1998; 25: 36-43.
- Visser K, Katchamart W, Loza E et al. Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E initiative. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1086-93.
- Cannon GW. Methotrexate pulmonary toxicity. *Rheum Dis Clin North Am* 1997; 23: 917-37.
- Caporali R, Caprioli M, Bobbio-Pallavicini F et al. DMARDs and infections in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev* 2008; 8: 139-43.
- Bombardieri S, Ferraccioli G, Ferri C et al. La rivoluzione copernicana nella terapia dell'artrite reumatoide: il contributo degli anti-TNF alfa. *Reumatismo* 2009; 61 (suppl 1): 1-23.
- St Clair EW, van der Heijde CM, Smolen JS et al. Active controlled study of patients receiving infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis of early onset study group. Combination of infliximab and methotrexate therapy for early rheumatoid arthritis: a randomized, controlled trial. *Arthritis Rheum* 2004; 50: 3432-43.
- Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF et al. The PREMIER study: a multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 26-37.
- Emery P, Breedveld FC, Hall S et al. Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET): a randomized, double-blind, parallel treatment trial. *Lancet* 2008; 372: 375-82.
- Mease PJ. Certolizumab pegol in the treatment of rheumatoid arthritis: a comprehensive review of its clinical efficacy and safety. *Rheumatology* 2011; 50: 261-70.
- Bathon J, Robles M, Niyiager S et al. Sustained disease remission and inhibition of radiographic progression in methotrexate-naïve patients with rheumatoid arthritis and poor prognostic factors treated with abatacept: 2-year outcomes. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1949-56.
- Tak PP, Rigby W, Rubbert-Roth et al. Sustained inhibition of progressive joint damage with rituximab plus methotrexate in early active rheumatoid arthritis: 2-years results from the randomized controlled trial image. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: 351-7.
- Di Giacinto G. Ruolo del Medico di Medicina Generale nella gestione dei pazienti con patologie reumatiche in terapia con farmaci biologici. *Ital J Primary Care* 2012; 1: 34-40.
- Saag KG, Teng GG, Patkar NM et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 762-8.

Celiachia, patologia in costante aumento

Aumentano in Italia le diagnosi di malattia celiaca, patologia che si potrebbe definire al femminile in quanto le donne affette sono il doppio rispetto agli uomini.

A scattare la fotografia più aggiornata sulla celiachia in Italia è il Ministero della Salute

Aumentano in Italia le diagnosi di malattia celiaca (MC): nel 2012 sono risultati positivi 12.862 soggetti in più rispetto all'anno precedente (148.662), anche se il numero teorico di celiaci è stimato essere intorno ai 600.0000. Le Regioni in cui si è rilevato un maggior numero di celiaci sono Lombardia, Lazio e Campania. All'interno della popolazione la proporzione media maschi:femmine è 1:2; i maschi celiaci risultano essere 44.253, le femmine 104.334, cioè più del doppio.

Sono i nuovi dati diffusi dal Ministero della Salute nella sua Relazione annuale al Parlamento. Il documento contiene le informazioni scientifiche, i dati epidemiologici, la mappa della rete di presidi accreditati e dei centri interregionali di riferimento che effettuano prevenzione, sorveglianza e diagnosi di celiachia.

Sono diversi i motivi che si ipotizzano per spiegare l'aumentato numero dei casi di MC. Per gli esperti la maggiore consapevolezza e conoscenza della celiachia da parte dei medici, l'aumento della sensibilità della collettività e l'introduzione, nella pratica clinica routinaria del dosaggio degli EMA e degli anticorpi anti-TG2, hanno aumentato il numero di diagnosi anche in soggetti celiaci pauci/asintomatici. Tra gli altri motivi si trovano il maggiore consumo di prodotti alimentari a

base di cereali, il più elevato contenuto di glutine nei cereali utilizzati attualmente per produrre pane e pasta, l'industrializzazione dei processi di panificazione e pastificazione, l'introduzione del glutine durante il divezzamento in "finestre" temporali in cui il sistema immune mucosale è particolarmente reattivo al glutine e per finire la maggior diffusione di infezioni intestinali, in particolar modo le enteriti da rotavirus, che predispongono l'insorgenza della celiachia.

► Prospettive terapeutiche

Le prospettive terapeutiche alternative alla dieta sono ancora in fase di valutazione e per nessuna di queste è prevista, in tempi medio-brevi, un'applicazione clinica sulla popolazione generale. Tuttavia, sono in corso diversi studi per testare in vivo l'efficacia di strategie che rendano il glutine tollerato dai soggetti celiaci:

* è terminata la fase 2 della sperimentazione di larazotide acetato, molecola in grado di bloccare l'attività della zonulina;

* sono stati completati due trial clinici finalizzati a testare l'efficacia di preparati contenenti rispettivamente una propil-endopeptidasi isolata dal micete *Aspergillus niger* e la combinazione di due endopeptidasi ricombinanti nel rendere tollerati prodotti

alimentari contenenti frumento;

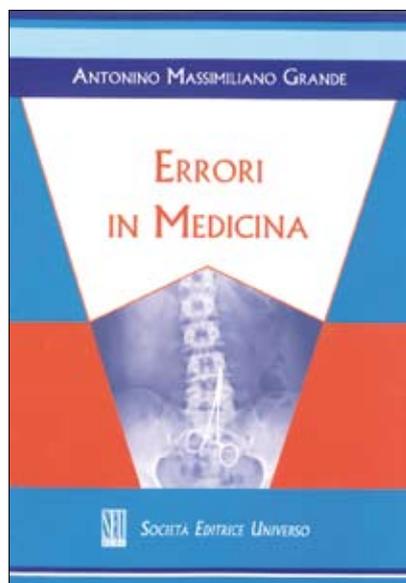
* tra gli altri trial clinici conclusi c'è quello del cosiddetto "vaccino" per la prevenzione della reazione immunitaria indotta dai peptidi tossici del glutine. Questa terapia è definita vaccino in quanto consiste nella somministrazione di una miscela di tre peptidi immunogenici del glutine responsabili del 60% della risposta totale delle cellule T glutine-specifiche. La somministrazione di tale miscela è risultata efficace nel ristabilire la tolleranza orale nei soggetti celiaci e bloccare di conseguenza l'attivazione linfocitaria.

► Celiachia in età pediatrica

Il Ministero della Salute ha in programma di riesaminare il "Documento di inquadramento per la diagnosi e il monitoraggio della celiachia e relative patologie associate", armonizzandolo con le nuove linee guida della European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) per la diagnosi della celiachia in età pediatrica e con le altre recenti acquisizioni della letteratura scientifica. La prevalenza di celiachia in età pediatrica risulta leggermente maggiore rispetto all'età adulta e la fascia d'età più colpita è quella >10 anni, essendo anche quella che maggiormente si sottopone alle indagini diagnostiche.

Atto medico: dalla clinica all'aula giudiziaria?

► Cos'è un errore medico e come può distinguersi da un evento avverso? Quanti errori si verificano e con quale incidenza? Quale percentuale di errori crea effettivamente un danno? Quali sono le prospettive dei pazienti dopo un errore? Quali ostacoli all'ammissione e alla comunicazione di un errore medico? Qual è il ruolo della comunicazione in caso di errore? Questo sono solo alcune delle domande cui il volume "Errori in medicina" vuole dare un'adeguata risposta. Nella monografia vengono sviluppati i principali e più diffusi errori in medicina cercando di illustrarne i meccanismi e di evidenziare le corrette azioni o procedure che sarebbero state necessarie. Un capitolo è dedicato a quello che può essere considerato uno dei più importanti effetti collaterali dell'errore medico, la medicina difensiva, quell'insieme di azioni messe in atto non tanto per favorire il bene del paziente ma



come garanzia aver ben svolto il proprio operato. Altro tema è quello della controversia giudiziaria, con una breve digressione su quanto può avvenire, in campo penale e civile, quando il sanitario viene denunciato in conseguenza di quanto un paziente ritiene di avere ingiustamente subito. L'autore, Antonino M. Grande, è specialista in chirurgia vascolare e in cardiocirurgia presso l'IRCCS Fondazione Policlinico S.Matteo di Pavia.

■ Errori in medicina, Antonino Massimiliano Grande, Società Editrice Universo, 2014; pagine 400; formato 18x26; isbn: 978-88-65150-97-9; prezzo di copertina: € 26.00

Rischio di cataratta: assolve le statine

► Si è a lungo discusso del possibile pericolo che una terapia con statine si rivelasse un pericoloso boomerang per il cristallino. A far chiarezza sull'argomento sono stati pubblicati i dati di una metanalisi che ha analizzato oltre 300 studi, selezionandone 14 che avessero tra gli endpoint il rilievo clinico di cataratta (sottoposta a intervento o riportata dal paziente) e opacità della lente rivelata da esame con lampada a fessura (J Cardiovasc Pharmacol Ther 2014; 19: 191-200). I risultati hanno non solo smentito l'assunto della potenziale cataratogenicità delle statine ma ne hanno definito un effetto protettivo. La riduzione assoluta del rischio è risultata pari a 1.4% ($p < 0.0001$) che corrisponde a un NNT di 71. L'effetto risulta molto più evidente quando più la terapia ipolipemizzante si mantiene nel tempo, con un OR di 0.54 per durata del

trattamento pari a 14 anni e un OR di 0.95 per trattamenti limitati a 6 mesi. Un altro rilievo di interesse è quello che correla l'età all'effetto protettivo che è più pronunciato nei pazienti più giovani ma che tende a perdere di evidenza e intensità man mano che aumenta l'età dei soggetti in trattamento. Si registrano infatti OR di 1.03 nei pazienti di 70 anni di età rispetto a OR di 0.49 nei soggetti di 40 anni. L'analisi dei risultati non ha invece fatto segnalare alcuna differenza di genere nell'effetto protettivo che mantiene la sua significatività statistica indipendentemente dal sesso del soggetto in trattamento.

Melanoma: la prevenzione parte dal Mmg

► Le linee guida sottolineano il ruolo fondamentale del medico di medicina generale nella prevenzione, sia quella primaria istruendo i propri pazienti circa le corrette modalità di esposizione al sole, sia quella secondaria eseguendo regolari controlli della cute e incoraggiando i pazienti all'auto-esame. Nei pazienti ai quali il medico parlava del problema, rispetto ai medici che si limitavano ad esporre poster e leaflet nell'ambulatorio, l'identificazione corretta di un rischio elevato era maggiore (71.1% vs 42.1% dei controlli, $p = 0.001$) e si sono registrati livelli più efficaci relativi alle misure preventive: minore esposizione solare (24.7% vs 40.8%, $p = 0.048$) e maggiore ricorso all'autoesame (52.6% vs 36.8%, $p = 0.029$) (Ann Fam Med 2014; 12: 21-28; doi: 10.1370/afm.1600).