

M.D.

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

Anno XXIII, numero 2 - marzo 2016

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

FOCUS ON

6

**L'entrata a regime
della ricetta digitale
tra trionfalismi e critiche**

TRIBUNA

12

**Continuità assistenziale,
professione ad alto rischio:
serve più sicurezza**

RASSEGNA

36

**Fenomeno dell'hikikomori:
un quadro psicopatologico
emergente**



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



Silvana Quadrino

Responsabile Comunicazione - Slow Medicine

Responsabile Formazione - Istituto CHANGE

**Appropriatezza: ovvero scegliere
con cura insieme, medici e pazienti**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

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

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

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

Redazione

Patrizia Lattuada
Anna Sgritto
Livia Tonti
Elisabetta Torretta

Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

Pubblicità

Teresa Premoli
Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

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

Amministratore unico

Dario Passoni

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

Stampa: Tiber SpA - Brescia

In questo numero

ATTUALITÀ

- **Prima pagina**
Appropriatezza: ovvero scegliere con cura insieme, medici e pazienti 5
- **Focus on**
L'entrata a regime della ricetta digitale tra trionfalismi e critiche 6
- **Contrappunto**
Il cavallo di Troia dell'appropriatezza prescrittiva 10
- **Tribuna**
Continuità assistenziale, professione ad alto rischio: serve più sicurezza 12
- **Riflettori**
Prove di contrattazione per la nuova convenzione 14
- **Ricerche**
Medicina di famiglia: la visione degli studenti 16

AGGIORNAMENTI

- **Allergologia**
Allergia ad alpha-gal, nuovo modello di reazione allergica 22
- **Cardiologia**
Valutazione prognostica dello scompenso cardiaco 23
- **Endocrinologia**
Ipotiroidismo e qualità della vita: levotiroxina liquida 24
- **Ginecologia**
Terapia ormonale sostitutiva senza progestinico in menopausa 25
- **Neurologia**
Disponibile in Italia nuova molecola per la malattia di Parkinson 26
- **Nutrizione**
Indice glicemico nei diabetici ridotto con grassi monoinsaturi 27
- **Uro-oncologia**
Sorveglianza attiva per il carcinoma prostatico 28

CLINICA E TERAPIA

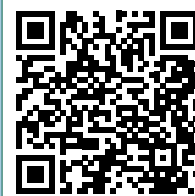
- **Management**
Controllo del dolore post-operatorio in day surgery e a domicilio 34
- **Rassegna**
Fenomeno dell'hikikomori: un quadro psicopatologico emergente 36
- **Clinica**
Pneumopatia da Legionella in paziente complessa 39
- **Pratica medica**
Un caso di policondrite ricorrente 46

Appropriatezza: ovvero scegliere con cura insieme, medici e pazienti

L'appropriatezza clinica si può migliorare solo se pazienti e cittadini prendono coscienza che esami e trattamenti inappropriati non sono solo uno spreco, ma possono rappresentare una minaccia per la loro salute. Ed è proprio con questa finalità che è partito in Piemonte nel 2014 il progetto *Scegliamo con Cura*. Un progetto patrocinato dall'OMCeO di Torino, nato in collaborazione fra *Slow Medicine*, Società Italiana della Medicina Generale e delle Cure Primarie (Simg), Istituto CHANGE e con il contributo della Fondazione CRT e della Compagnia di San Paolo. "Il progetto che è già nella seconda fase - dichiara a *M.D.* la dottoressa **Silvana Quadrino** di *Slow Medicine*, Responsabile della progettazione e della formazione dell'Istituto CHANGE - è nato come evoluzione concreta del progetto di *Slow Medicine Fare di più non significa fare meglio*, per favorire l'applicazione concreta delle indicazioni di appropriatezza fornite dalla Simg. L'obiettivo è trasformare l'individuazione delle pratiche in azioni che il medico fa nella comunicazione con il paziente ed anche in informazioni corrette alla popolazione attraverso interventi di formazione dei Mmg e di informazione dei pazienti".

"Tutti i Mmg - spiega - dovrebbero essere messi a conoscenza di quali sono le pratiche individuate a rischio di inappropriatezza e dovrebbero sapere come parlarne ai cittadini facendo crescere in loro la consapevolezza che appropriatezza vuol dire cura, vuol dire scegliere con cura insieme, il medico e il paziente. Per poter realizzare ciò le azioni devono incrociarsi quindi c'è la necessità di formare sia i medici sia i cittadini". "Il rischio che vogliamo evitare - sottolinea - è che i cittadini individuino l'appropriatezza come una limitazione di interventi utili per loro, ma che il Ssn non si può più permettere e riduce per risparmiare. Purtroppo è proprio quello che è accaduto con il cosiddetto decreto sull'appropriatezza prescrittiva. Un provvedimento calato dall'alto che confonde razionamento con appropriatezza e danneggia la relazione medico-paziente, trasmettendo al cittadino il messaggio che attraverso un minino pagamento extra potrà comunque garantirsi le prestazioni, facendo ricorso ai privati. In altre parole il decreto non cambia nulla nella convinzione dei cittadini che fare di più significhi fare meglio, semplicemente li sposta sul privato. E questa è assolutamente una scelta errata, pericolosa, non penso voluta, sicuramente non è quello che vuole *Slow Medicine*".

"*Scegliamo con Cura* sta funzionando - conclude - in questa seconda fase stiamo dando più spazio a incontri con piccoli gruppi di popolazione. Inoltre abbiamo allargato l'orizzonte con un altro tema molto delicato che è la condivisione delle indicazioni appropriate tra Mmg e specialisti".



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

L'entrata a regime della ricetta digitale tra trionfalismi e critiche

La ricetta elettronica è entrata a regime il primo marzo, ma le criticità del passaggio non sono affatto superate. Alcune Regioni continuano ad avere problemi di trasmissione con continui blocchi di linea. I sindacati medici chiedono risorse adeguate per modernizzare il sistema. Inoltre, la digitalizzazione al momento sembra non aver sortito alcun effetto sulle incombenze burocratiche dei medici

La vecchia ricetta va in pensione e cede il passo a *tablet* e computer, ma le criticità del passaggio non sono affatto superate. Alcune Regioni continuano ad avere problemi di trasmissione con continui blocchi di linea. I sindacati medici chiedono risorse adeguate per modernizzare il sistema. Inoltre, la digitalizzazione al momento sembra non aver sortito alcun effetto sulle incombenze burocratiche dei medici. L'applicazione a regime della normativa sulla circolarità nazionale della ricetta dematerializzata è entrata in vigore il 1 marzo 2016, data in cui si è previsto che le farmacie siano nelle condizione di calcolare *ticket* e regime di esenzione vigente nella Regione di provenienza del cittadino.

La legge che manda in soffitta i blocchetti rossi è in realtà del dicembre 2015 e recepisce un decreto di più di tre anni fa. Dopo un po' di blocchi informatici per prescrivere un farmaco, un accertamento o una visita, il medico si collegherà a un sistema informatico, lo stesso visibile al farmacista che consegnerà al cittadino il farmaco prescritto.

Ma ricetta elettronica non è ancora sinonimo di abolizione della carta. Per ora, infatti, il Mmg lascerà ai pazienti un piccolo promemoria da consegnare alla farmacia, che permetterà di recuperare la prescrizione anche in caso di malfunzionamenti del sistema o assenza di linea internet. Ma quando il sistema andrà a regime anche questo foglietto sparirà, rendendo la procedura interamente *paperless*.

"Dietro i vantaggi della dematerializzazione si cela però un rovescio della medaglia", spiega il Segretario nazionale della Federazione dei medici di famiglia (Fimmg), **Giacomo Milillo**. "Qualcuno ha confuso gli studi medici con quelli dei Caf, vista la mole di dati anagrafici, codici di esenzione dai *ticket*, adesso anche quelli di erogabilità e appropriatezza e quant'altro dovremo verificare." "E in più - spiega - il medico non potrà più contare sul supporto dell'assistente di studio nella velocizzazione delle procedure di ricettazione, e ci saranno complicazioni anche nelle procedure di coinvolgimento del sostituto medico che per il momento salvo eccezioni (Cam-

pania) dovrà continuare ad utilizzare la ricetta rossa. In conseguenza di ciò il rischio è che tutti gli oneri ricadranno sul titolare, con un aggravio di lavoro che significa tempo tolto alle visite e attese più lunghe per gli assistiti", rimarca Milillo, che chiede "una semplificazione delle procedure, ancora possibile".

Va però sottolineato che comunque ci sono anche dei vantaggi con la ricetta elettronica: il risparmio sulla stampa, sulla distribuzione delle vecchie ricette rosa e il controllo sulla falsificazione delle ricette stesse o sugli abusi conseguenti il furto dei ricettari.

► Una campagna mediatica fuorviante

Non sono piaciuti a Snami i toni trionfalistici della stampa sull'entrata a regime della ricetta dematerializzata. **Salvatore Cauchi** vicesegretario organizzativo nazionale dello Snami è stato estremamente critico: "la situazione reale non è assolutamente quella descritta da una campagna di stampa 'farlocca' con distorsione della verità. Alcuni farmaci ed accertamenti come gli

esami ematochimici e le visite specialistiche sono ancora prescritti sulla vecchia ricetta rossa. Quello che è cambiato dal primo marzo è che la ricetta avrà valore su tutto il territorio nazionale, mentre per quanto riguarda tutto il percorso burocratico, che qualcuno ha voluto vendere, anche con questa campagna di stampa, come superato all'insegna della modernizzazione, in realtà conferma i medici, soprattutto quelli di medicina generale, confinati e mortificati al ruolo di ragionieri”.

“La moda del momento - interviene **Angelo Testa**, presidente Snam - è la diffusione pubblica di percorsi in sanità che non corrispondono assolutamente alla oggettiva situazione reale. Analogo contesto lo abbiamo vissuto quando il ministro della salute **Beatrice Lorenzin** confermava in tutte le televisioni che il medico di famiglia poteva prescrivere qualsiasi accertamento, se motivato e che gli allarmismi sul decreto appropriatezza erano assolutamente strumentali. Lo stesso si sta verificando per la dematerializzata: qualcuno al primo marzo ne ha annunciato il battesimo mentre noi Mmg, tutti i giorni al lavoro in prima linea e quindi con cognizione di causa, asseriamo che di dematerializzato c'è poco e che al massimo si tratta di una ricetta decolorata”.

► Per Smi servono più risorse

Per **Enzo Scafuro**, responsabile nazionale Smi per l'area dei medici convenzionati, la ricetta digitale rappresenta “un passo avanti per i pazienti, ma rischia di rimanere per i medici l'ennesima incompiuta”. “L'operazione di digitalizzazione



parte circa tre anni fa - spiega - eppure nonostante tutto questo tempo molte Regioni non sono ancora pronte al cambiamento e l'Italia presenta ancora una realtà a 'macchia di leopardo'. Con diverse criticità: tra dubbi fondati sulla tutela adeguata della *privacy*, vista la mole di dati sensibili che si trattano negli ambulatori e alcune, evidenti e preoccupanti certezze: prima tra tutte l'inadeguatezza della rete in molte località italiane, con i conseguenti e ricorrenti blocchi della linea. Non mancano poi i disagi per l'assenza di investimenti su questo grande e necessario cambiamento che però è stato scaricato quasi integralmente sulle spalle dei medici di famiglia, sia in termini di spesa (carta, toner, aggiornamenti *software*), sia per il tempo dedicato per far sì che la dematerializzazione si realizzi”.

“Certo - conclude Scafuro - c'è comunque una grande, e positiva, novità se tutto funziona i cittadini potranno presentare la ricetta (al momento il promemoria stampato dal medico) in tutte le farmacie del territorio italiano, pagando il *ticket* che pagherebbe nella Regione di provenienza. Valuteremo e monitoreremo, an-

che con l'ausilio dei pazienti, l'esito di questa fase di rodaggio. Vedremo se sarà davvero rivoluzione telematica e non l'ennesimo spot!”.

► Il caso della Provincia autonoma di Bolzano...

In Alto Adige però bisognerà aspettare ancora qualche mese affinché la ricetta digitale vada a regime. “Scontiamo uno storico ritardo su tutto il sistema - ha dichiarato **Domenico Bossio** rappresentante della Fimmg -. Ricordiamo che la legge che manda in soffitta i blocchetti rossi del medico è del dicembre 2015 e recepisce un decreto di più di tre anni fa. Purtroppo però, nonostante le rassicurazioni che arrivano dall'alto, mi sembra che la provincia di Bolzano sia ancora lontana anni luce dalla digitalizzazione o dematerializzazione che dir si voglia”. Ma l'assessore alla sanità **Martha Stocker** assicura che entro l'anno anche la provincia di Bolzano avrà la sua ricetta digitale. “Trecento medici su 340 hanno già dato il proprio assenso al progetto, 180 risultano collegati al sistema, mentre sono 119 le farmacie che

stanno effettuando la fase di test. Una volta completati questi passaggi, il tutto potrà passare alla fase operativa". La Stocker in una conferenza stampa datata gennaio 2015 aveva già fatto questa promessa dichiarando che entro fine anno la ricetta cartacea sarebbe sparita "perché introdurremo quella elettronica per ridurre al minimo gli errori, le possibili truffe e la burocrazia". Purtroppo però i mesi sono passati e la ricetta elettronica latita.

Alfred König - direttore dell'Ufficio distretti sanitari della Provincia di Bolzano e l'ingegner **Johannes Ortler** - responsabile programmazione dell'Ufficio ospedali - confermano quanto dichiarato a gennaio 2015 dalla Stocker e assicurano che entro la fine dell'anno medici e farmacie saranno in rete: "Scontiamo un ritardo storico su tutto il progetto di informatizzazione perché la ricetta elettronica è entrata nel nuovo contratto come obbligo solo da pochi mesi. Stiamo recuperando il tempo perduto ma non è facile. Stiamo testando in alcune farmacie il *software* per l'erogazione, possiamo dire che siamo messi abbastanza bene".

► E quello della Calabria

A lanciare un grido d'allarme nel giorno dell'entrata a regime della ricetta digitalizzata sono stati anche i Mmg della Calabria secondo cui nella Regione restano ancora irrisolte alcune questioni fondamentali per l'avvio della nuova procedura.

Per esempio i medici di famiglia della provincia di Vibo Valentia si dicono pronti ad adottare il sistema che innova la metodologia delle prescrizioni mediche. Siste-

ma dal punto di vista tecnico su cui i medici hanno dimostrato già in passato grande apertura. "Ma per poter procedere all'avvio della procedura - spiega il segretario provinciale Fimmg, **Nazzareno Brissa** - è necessario che la Regione predisponga un sistema informatico regionale, attraverso cui tecnicamente sia possibile accogliere le ricette dematerializzate. Inoltre, prima di procedere all'impiego di questa nuova procedura, la Regione dovrebbe prevenire un ciclo di corsi di formazione per farmacisti e Mmg, allo stato attuale neppure programmato. Noi medici di famiglia abbiamo garantito, specie dal punto di vista tecnico, la nostra disponibilità già nel 2014, ma la Regione non sembra ancora pronta ad adeguarsi al nuovo sistema".

► Tutto bene in Lombardia

La Lombardia è stata tra le prime Regioni ad ottemperare al decreto ministeriale iniziando la sperimentazione ha iniziato la sperimentazione della ricetta digitale nell'ottobre 2014, tramite Lombardia Informatica attraverso il progressivo coinvolgimento di tutti i medici e i Pediatri lombardi. E i risultati si vedono: nel 2015 sono state digitalizzate oltre 23 milioni di ricette, pari al 70% del totale. Nella provincia di Bergamo, stando ai dati di dicembre 2015, la prescrizione digitale risulta aver già raggiunto il 77% delle prescrizioni da parte dei Mmg e dei pediatri di famiglia. "Tutti i software utilizzati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta - sottolineano da Lombardia Informatica - risultano qualificati per consentire agli operatori sani-

tari di prescrivere in modalità dematerializzata".

Il lavoro sta proseguendo anche sul fronte della prescrizione digitale di visite ed esami in merito alle quali la Regione punta ad arrivare a regime entro l'anno corrente. La prescrizione intraospedaliera è stata avviata nel 2014, a fine 2015 i dati parlano di oltre 687.000 ricette prescritte.

► Un po' di dati

La prescrizione territoriale di esami di laboratorio, effettuata dai medici di famiglia è stata avviata nel mese di settembre 2015 sui territori di Brescia e Cremona coinvolgendo anche tutti gli Enti Erogatori Pubblici e Privati Accreditati dei medesimi territori: prescritte 130.000 ricette. Nel mese di febbraio 2016 si è estesa ai territori di Lodi e Sondrio e saranno successivamente coinvolti tutti gli altri territori. A fine 2015 sono stati coinvolti complessivamente 746 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e 1.434 medici specialisti e tutti gli Erogatori Pubblici e Privati Accreditati lombardi sono stati messi nelle condizioni di erogare prescrizioni elettroniche.

Attualmente è in fase di completamento la diffusione della ricetta dematerializzata specialistica per le prestazioni di laboratorio su tutte le strutture e per tutti i medici di famiglia su tutti i territori della regione. Entro luglio di quest'anno vi sarà, poi, l'ampliamento della ricetta digitale a tutte le altre prestazioni specialistiche. Entro fine anno è prevista la prescrizione di rilevanti volumi di ricette Dem per arrivare a regime in tutti gli ambiti nel 2017.

Il cavallo di Troia dell'appropriatezza prescrittiva

È divenuta ormai una prassi da parte dei vari governi ricorrere al concetto di appropriatezza per poter frenare la spesa sanitaria pubblica condizionando e censurando le prescrizioni mediche

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale, Flero (BS)*

Il concetto di appropriatezza si rivela il cavallo di Troia utilizzato a 360 gradi per condizionare e censurare le prescrizioni mediche in base a logiche finanziarie. Mentre la ministra della Salute si affanna a dimostrare che il Decreto sull'Appropriatezza prescrittiva non mira ad un risparmio economico, le cronache sanitarie locali informano di interventi contro Mmg accusati di presunta iperprescrizione inappropriata di farmaci, per via dello scostamento individuale rispetto alle medie di spesa dell'Asl o regionali. L'argomento è tornato prepotentemente d'attualità a seguito della recente pubblicazione dell'elenco delle prestazioni diagnostiche previste dal cosiddetto Decreto Lorenzin, oggetto di contestazione da parte di tutto lo schieramento sindacale medico.

La valutazione dell'appropriatezza di un intervento sanitario scaturisce dalla combinazione di tre considerazioni:

- la prescrizione dell'accertamento diagnostico o del farmaco al paziente giusto nel momento giusto secondo le indicazioni accreditate della letteratura;
- tenendo conto del rapporto tra benefici attesi e rischi potenziali;
- evitando sia il sovrautilizzo che il sottoutilizzo di indagini diagnostiche o di farmaci.

Le iniziative delle Asl invece introducono in modo surrettizio una sorta di budget individuale - con le relative accuse di "sfioramento" rispetto alle medie - peraltro privo di valore scientifico, statistico-epidemiologico ed economico-sanitario. Le medie di spesa irrelate rispetto alle scelte e agli esiti clinici (indicatori di processo ed esito dei PDTA) e all'epidemiologia del singolo medico (composizione anagrafica e prevalenza delle patologie croniche) non hanno significato. Si tenta cioè di inserire l'appropriatezza nella cornice concettuale del Controllo di Gestione manageriale, fatta di indicatori statistici e di scostamenti quantitativi rispetto alle medie finanziarie, mentre il concetto di appropriatezza ha una valenza prettamente qualitativa e individuale. Inoltre esiste anche il problema speculare alla presunta inappropriata per eccesso, non meno rilevante ma trascurato o addirittura misconosciuto, ovvero quello degli ipo-prescrittori. A differenza di quanto si potrebbe immaginare non si tratta affatto di medici "virtuosi" a priori, ma di professionisti che all'opposto potrebbero essere accusati di scadente qualità assistenziale, potenzialmente più rischiosa per gli assistiti della speculare inappropriata per eccesso.

► La valutazione

Per definizione la valutazione corretta dell'appropriatezza prescrittiva deve essere condotta nei singoli casi e, in quanto orientata alla dimensione individuale, nulla ha a che fare con il rispetto razionalistico di parametri statistici medi nella popolazione. Questo concetto risulta più chiaro se si considera l'appropriatezza prescrittiva delle prescrizioni diagnostiche: l'eventuale accusa di inappropriata, con le relative sanzioni previste dal Decreto Lorenzin, potrebbe scattare solo nel caso in cui l'esame prescritto non rientrasse tra i criteri previsti dalla Nota per il singolo paziente e non tra tutti gli assistiti in carico al singolo medico. L'appropriatezza ha una connotazione qualitativa individuale (il farmaco o l'accertamento giusto nel paziente giusto al momento giusto) e non quantitativa sulla popolazione (le medie finanziarie). Se un esame è stato prescritto in modo appropriato o meno, nel sospetto di una patologia specifica, lo si può stabilire solo in relazione al singolo caso clinico e non certo in riferimento ad una coorte.

Il problema in questo delicato set-



tore sta negli accordi aziendali su cui si basano le contestazioni delle commissioni Asl per l'appropriatezza: se i sindacalisti accettano la logica della cornice finanziaria centrata sulle medie di spesa, come parametro di riferimento per la valutazione dell'appropriatezza, allora si aprono ampi spazi per le iniziative inquisitorie dei funzionari Asl. Bisogna invece spostare il baricentro della valutazione dal versante finanziario a quello scientifico e culturale, ovvero sulle scelte prescrittive e sugli esiti di salute a fronte della tipologia dei pazienti in carico, in relazione alle buone pratiche cliniche suggerite dalle linee guida e dai PDTA, comprovate dai dati estratti dai data-base professionali. Se mancano queste condizioni si finisce per subire passivamente i diktat finanziari di funzionari, che non hanno un'adeguata preparazione e non dispongono degli indicatori clinici per poter valutare l'operato del Mmg sotto il profilo degli esiti di salute. In queste circostanze la linea difensiva per rispondere alle accuse si articola in 3 tipologie di dati estratti in modo analitico dal Software professionale, in una sequenza gerarchica che va dal generale al particolare:

1 La composizione anagrafica degli assistiti: se un Mmg dimostra di avere in carico un numero di over65, grandi anziani, invalidi civili e con accompagnamento superiori alla media dell'ASL è già sulla buona strada, poichè i consumi sono correlati con queste variabili di per sé, cioè indipendentemente da altri parametri per via della progressione delle malattie croniche correlata all'aumento dell'età media della popolazione assistita.

2 La prevalenza delle patologie croniche: se un Mmg ha ad esempio una prevalenza del 10% di diabetici - vale a dire un 30% circa in più rispetto alla prevalenza media dell'Asl - già questo semplice dato, peraltro correlato al precedente, giustifica uno sfondamento proporzionale delle prescrizioni di farmaci rispetto alla media Asl. Idem per quanto riguarda le più frequenti complicanze cardiovascolari come by-pass, PTCA, insufficienza renale ed alcune patologie a bassa prevalenza (dializzati, emofilici, assistiti con malattie rare, immunodeficit, ecc.). Va da sé che le medie individuali di spesa si distribuiscono statisticamente in modo gaussiano in relazione al case mix epidemiologico individuale e ai comportamenti prescrittivi.

3 La prescrizione di farmaci suggeriti, con nota AIFA o piano terapeutico. Questo è il terzo fronte difensivo, quello più specifico: se un Mmg utilizza in modo puntuale la funzione origine spesa (mi riferisco ad esempio al programma Millewin) può dimostrare che la prescrizione di alcuni farmaci costosi è stata indotta dallo specialista, in particolare per quelli soggetti a Piano terapeutico specialistico. Un esempio paradigmatico è quello dei colliri anti-glaucoma: è evidente che non si può imputare un eccesso di spesa al Mmg dal momento che non ha alcun ruolo nella diagnosi e nel monitoraggio terapeutico dell'ipertensione oculare, fattore di rischio gestito in toto e in completa autonomia dall'oculista. La spesa indotta o gestita dalle strutture specialistiche andrebbe detratta dai "conti" del Mmg, specie per alcune categorie di farmaci ATC,

come le molecole soggette a Piano terapeutico (interferoni, anticoagulanti di ultima generazione, anti-neoplastici, ecc.).

► Esempi pratici

Andando sul pratico, un medico potrebbe risultare ipo-prescrittore perché ha una bassa prevalenza di diabetici o ipertesi nella propria popolazione, un altro perché ha una prevalenza in linea con le medie statistiche, ma utilizza in misura superiore alla media farmaci generici. Entrambi potrebbero essere giudicati ipo-prescrittori, ma per motivi antitetici: uno perché trascura di fare diagnosi di diabete o ipertensione, l'altro al contrario essendo in linea con le prevalenze attese nella popolazione generale, perché privilegia correttamente alcune categorie ATC rispetto ad altre.

All'opposto un iper-prescrittore, per ingiustificato eccesso di spesa per farmaci anti-diabetici, potrebbe addurre delle ottime ragioni a sua "discolpa": prima di tutto la prevalenza di diabetici potrebbe essere superiore alla media, per via dell'anzianità della sua popolazione, e secondariamente la supposta iper-prescrizione potrebbe essere dovuta ad una gestione di alcuni diabetici in ambiente specialistico, spesso associata ad un più frequente utilizzo di ipoglicemizzanti di ultima generazione, costosi e soggetti a piano terapeutico. In sostanza il medico avrebbe una media di spesa "iper" per motivazioni più che valide, sia personali che collegate al contesto professionale.

Articolo integrale pubblicato su <http://curprim.blogspot.it>

Continuità assistenziale, professione ad alto rischio: serve più sicurezza

Cresce sempre più lo stato di profondo malessere e di insicurezza tra gli operatori del settore a causa dei numerosi episodi sostenuti da minacce ed aggressioni subiti durante le ore di servizio: il medico di guardia svolge la sua professione da solo, quasi sempre a contatto con persone sconosciute sia in ambulatorio che, soprattutto, in ambito domiciliare. Proprio per questi motivi è necessario in primis che le Aziende sanitarie individuino e mettano in atto tutte quelle misure di sicurezza in grado di garantire un servizio che, in molte zone, risulta essere non certamente l'unico, ma di sicuro il primo importante presidio di riferimento di carattere sanitario

Alessandro Chiari

Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi

Siamo tutti drammaticamente a conoscenza dei molteplici episodi di violenza quotidiana nei confronti dei medici, di cui si è purtroppo parlato nelle cronache nazionali negli ultimi anni; tra questi proprio i medici di Continuità Assistenziale (MCA) sono i più esposti, soli ed indifesi nelle rispettive postazioni, a volte prive di qualsiasi requisito minimo di sicurezza. In effetti cresce sempre più lo stato di profondo malessere e di insicurezza tra gli operatori del settore a causa di episodi di intimidazione, minaccia o aggressione durante le ore di servizio.

Teniamo presente che quello MCA è un ruolo estremamente critico dal punto di vista dei disagi professionali e lavorativi con cui spesso è costretto a confrontarsi: non ci riferiamo solamente alle difficoltà contingenti con cui

si è obbligati ad esercitare il servizio, ma anche alla precarietà di certe sedi con scarse condizioni di sicurezza, magari dislocate in zone isolate o ad alto rischio di microcriminalità e degrado.

► Un ruolo difficile

Il medico di guardia è chiamato ad operare in situazioni di urgenza senza conoscere né il paziente né tanto meno la sua storia clinica ed anamnestica, pagando al medico di medicina generale la mancanza di quel rapporto fiduciario medico-paziente che di fatto sancisce un patto tra le due figure. Il MCA quotidianamente affronta i disagi legati al normale svolgimento della propria professione, come recarsi in visita domiciliare durante la notte, a volte con mezzi propri, in luoghi non familiari ed in casa di sconosciuti, o riceve-

re gli assistiti in sedi di guardia medica isolate spesso senza certe garanzie né di *safety* e/o *security*. La sicurezza personale è sempre ad alto rischio, anche per una preoccupante recrudescenza di una serie di episodi critici di cui non vi era notizia.

► Camici rosa in prima linea

In questo allarmante contesto non possiamo non tenere conto che la professione medica è sempre più svolta da figure femminili, più a rischio ed indifese rispetto agli uomini. Ed in proposito va sottolineato come siano numerose le colleghe che per poter lavorare con un senso di sicurezza sono costrette a farsi accompagnare nel corso delle visite domiciliari dai volontari o dai propri familiari ed in molti casi a prendere servizio in guardia insieme.

► La CA soffre, ma resiste

Nonostante questi pericoli, comunque, il servizio di CA sostanzialmente non è mai venuto meno ai propri compiti e responsabilità. Dalle informazioni che raccogliamo tra i Colleghi si manifesta un quadro generale sul disagio con cui quotidianamente devono misurarsi, non dimenticando che il MCA viene erroneamente percepito dai cittadini come un professionista il cui servizio è "dovuto" e che appare separato dal contesto assistenziale di loro riferimento; per il cittadino il medico di guardia continua a rimanere una figura anonima, "un medico" e non "il proprio medico". Secondo la normativa attuale il MCA vive una propria precarietà professionale senza futuro e priva di obiettivi di carriera. Questa figura professionale che, comunque ed in ogni caso, deve garantire la continuità dell'assistenza, dovrebbe essere sempre di più rivalutata (ruolo unico) come l'effettivo prosecutore dell'attività del medico di medicina generale nelle ore in cui questi non è disponibile; dobbiamo trasformarlo in un medico territoriale integrato in una struttura complessa delle cure primarie: solo in questo scenario il medico di CA si identifica in una figura ancora utile al sistema permettendo al cittadino di avere un'assistenza h24.

Questo significherebbe garantire un bacino di utenza che permettesse ad ogni MCA di conoscere gli assistiti e di costruire con loro un rapporto di fiducia, proprio come accade per i Mmg potendo far uso di dati informatici e comunque in stretta collaborazione con lo stesso medico di famiglia e con le altre figure operanti sul territorio.

► In cerca di sicurezza

La carenza di sicurezza in cui versano le postazioni di CA parrebbe, generalmente, un male cronico nazionale nonostante le numerose norme esistenti in materia. Eppure basterebbe, in certe sedi, a volte, così poco: un allarme perimetrale dei locali, una telecamera a circuito chiuso che registri anche solamente a scopo dissuasivo o il collegamento telefonico preferenziale con Forze di Sicurezza o, in casi ancora più modesti, un videocitofono od un citofono o uno spioncino alla porta, le sbarre alla finestra o una porta d'ingresso più robusta, una zona adiacente alla sede ed al parcheggio degli automezzi ben illuminata, un sistema di recupero di eventuali MCA in panne con il mezzo di lavoro. Dobbiamo anche riflettere attentamente sul fatto che, oggi, certe misure di sicurezza, tecnologicamente sostenute e garantite, non hanno più quei costi proibitivi che avevano solamente alcuni anni orsono. I trasmettitori satellitari, le cosiddette *black box* per le auto, e gli stessi *smartphone* sono in grado di essere molto precisi nell'individuare la posizione geografica del mezzo o del medico, senza parlare della precisione di alcuni segnalatori individuali dedicati alla sicurezza tipo quelli usati dagli escursionisti.

► Meno risorse e più rischi

Certo con il ridimensionamento in atto del Ssn nessuno avrebbe il coraggio di proporre la presenza di un "vigilante" in ogni sede di guardia. Ciò non toglie che si rendano ormai indispensabili misure per evitare il ripetersi di fatti sempre traumatici e talvolta drammatici

ci come quelli che si verificano ai danni di una categoria che opera spesso "oltre la prima linea" a tutela della salute dei cittadini. Non possiamo non prendere atto con angoscia del fatto che quella medica risulti sempre più una professione a rischio, nella quale non pochi colleghi sono costretti ad operare in un clima di estrema insicurezza. Sarebbe paradossale ed in antitesi alla propria mission assistenziale pensare di dotare il guardiano di una licenza di porto d'armi da difesa, renderlo esperto di arti marziali, palestrarlo, oppure dotarlo di un sistema di visione notturna o radar perimetrale con drone d'appoggio, se non un giubbotto antiproiettile corredato da strumenti antisommossa, ed evitare di compilare delle black list di pazienti psicotici aggressivi o pericolosi, magari agli arresti domiciliari: è necessario invece assicurare un'indispensabile sicurezza a chi opera, spesso in condizioni di disagio, nella prima linea della Sanità Italiana.

► Rispettare il contratto nazionale

Per questo non sembrerebbe assolutamente invece paradossale richiedere con forza alle Aziende di individuare e mettere in atto tutte quelle misure di sicurezza, come garantite da contratto nazionale (art. 64 ex Acn) in grado di assicurare un servizio che, in molte zone, risulta essere non certamente l'unico, ma di certo il primo importante presidio di riferimento di carattere sanitario. Questo, del resto, permetterà anche e soprattutto di prestare un'assistenza migliore al cittadino che ha il sacrosanto diritto di essere assistito da un professionista sereno e non da un medico preoccupato e sulle difensive.

Prove di contrattazione per la nuova convenzione

Fimmg ha elaborato un nuovo documento in cui porre i capisaldi da cui far partire la contrattazione del rinnovo convenzionale in vista della riapertura delle trattative con la Sisac. Al blocco di partenza ci sono: il ruolo unico, legato alla copertura h16 del territorio, le Aft di soli Mmg e le Uccp multi professionali

Simone Matrisciano

Una Convenzione che vada oltre le sole richieste di appropriatezza economica del governo e abbia come stella polare la salute dei pazienti. È questa la finalità che pone Fimmg per il rinnovo dell'Acn della Medicina Generale. "L'obiettivo di chi intende riformare il Servizio sanitario nazionale deve riguardare la configurazione del sistema in rapporto ai Lea nei prossimi anni. Un punto deve essere chiaro, anche e soprattutto alla luce della strada tracciata dal decreto appropriatezza: noi medici di famiglia siamo i primi fiduciari dei pazienti e ogni intervento legislativo che va ad intaccare il livello delle prestazioni deve essere contrattato con noi".

Queste le parole rilasciate a *M.D.* da **Pier Luigi Bartoletti**, Vicesegretario nazionale Fimmg, a commento del quadro di riferimento elaborato da Fimmg in vista della riapertura delle trattative.

Un testo "segreto" quello messo nero su bianco dal principale sindacato dei medici di famiglia che però non deve essere interpretato come un atteggiamento di chiusura: "abbiamo prodotto questo do-

cumento per ribadire ancora una volta che se qualcosa non va nei rapporti coi medici bisogna ricorrere al contratto, ed è quindi una priorità la futura trattativa per il rinnovo - continua Bartoletti. Un contratto è l'unico strumento che possa mettere in campo regole condivise e che possa ovviare alla deriva regionalistica del sistema sanitario nazionale, stabilendo uno standard nazionale minimale condiviso".

► Che ruolo si vuole dare alla Medicina Generale?

Sì perché a sentir parte il rappresentante Fimmg, negli ultimi anni abbiamo assistito, in assenza di un contratto, ad una deriva unilaterale nelle relazioni tra medici e legislatori, con questi ultimi che hanno tirato la coperta (decisamente corta) dalla loro parte.

Un documento, quello scritto dall'esecutivo Fimmg, che ha un chiaro obiettivo: ampliare la platea del confronto sui temi del nuovo Accordo Collettivo Nazionale (Acn). Contenuti che verranno discussi con la Sisac, l'agenzia interregionale deputata a stipulare la con-

venzione con i medici di famiglia: "il punto di partenza non potrà che essere una domanda: che ruolo si vuole dare alla Medicina Generale nei prossimi anni? Domanda fondamentale perché l'obiettivo del sistema dovrebbe essere stabilire che tipo di servizio si vuole dare al cittadino; e su questo punto mi pare ci sia ancora molta confusione".

Resta chiaro che nella sua proposta di convenzione la Fimmg pone dei paletti imprescindibili: l'assoluto rapporto di parità tra camice bianco e Asl, il rapporto convenzionale individuale, la natura libero professionale dell'attività e il ruolo unico della Medicina Generale.

Il ruolo unico, legato alla copertura H16 del territorio, le Aft di soli medici di medicina generale e le Uccp multi professionali sono infatti i fondamenti del documento elaborato dalla Fimmg.



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

Medicina di Famiglia: la visione degli studenti

Gli studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Udine frequentano un corso di Medicina di Famiglia. Prima di iniziare le lezioni è stato somministrato un questionario per indagare cosa loro sapessero della realtà della MdF. La loro visione è assolutamente ospedale-centrica e i Mmg sono percepiti come coloro che si occupano dei problemi più semplici: elementi che andrebbero discussi, perché è evidente uno stupefacente gap di informazione

Giuseppe Maso

Professore di Medicina di Famiglia, Università degli Studi di Udine - Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie

Presso l'Università di Udine gli studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia frequentano un corso di Medicina di Famiglia. Il corso prevede venti ore di lezione in aula e due settimane di frequenza presso un ambulatorio di un Mmg. Prima di iniziare le lezioni abbiamo voluto sondare cosa gli studenti sapessero della Medicina di Famiglia e quale fosse l'idea che avevano di questa disciplina, per questo il primo giorno di lezione abbiamo somministrato un questionario composto da diciassette domande a risposta chiusa. Abbiamo raccolto quarantacinque questionari completati.

1. Hai avuto nel corso dei tuoi studi universitari informazioni sulla Medicina di Famiglia?

- Sì: 15
- No: 30

Due terzi degli studenti giunti ormai alla fine del corso di laurea non ha mai avuto alcuna informazione sulla Medicina di Famiglia (MF). Un terzo riferisce di aver avuto delle informazioni; probabilmente le informazioni ricevute sono state casuali e sporadiche considerato che gli studenti

frequentano assieme gli stessi corsi e le stesse lezioni.

2. Pensi che il corso che stai iniziando possa essere sufficiente per conoscere la materia?

- Sì: 12
- No: 14
- Non so: 19

Non avendo finora avuto informazioni sulla materia, la maggior parte degli studenti (42.2%) ha risposto "non so" mentre il 31.1% ha risposto "no" e il 26.6% ha risposto "sì". Probabilmente quelli che hanno risposto "sì" pensano che la MF non abbia la dignità delle discipline che prevedono un corso di durata maggiore mentre quelli che hanno risposto "no" pensano che in ogni caso il tempo previsto di insegnamento non permetta di avere nozione sufficiente della materia.

3. Secondo te la Medicina di Famiglia è una specialità?

- Sì: 27
- No: 14
- Non so: 4

Il 60% degli studenti ritiene che la MF sia una specialità con delle specifiche disciplinari originali, il 31.1%

non pensa che questa professione preveda conoscenze e abilità peculiari degne di una specialità, l'8.8% non ha un'idea chiara.

4. Secondo te se un paziente presenta dei sintomi che attribuisce ad un organo o ad un apparato è bene che si rivolga al medico di famiglia o ad uno specialista?

- Al medico di famiglia: 42
- Allo specialista: 2
- Non so: 1

Il 93.3% degli studenti ritiene che sia sempre preferibile rivolgersi in prima istanza al medico di famiglia anche se si ritiene che la patologia sia riferibile ad un organo o ad un apparato cui sono dedicate branche mediche specifiche. Gli studenti del sesto anno sanno bene che il paziente può non essere in grado di individuare correttamente uno specialista e sanno bene che la stragrande maggioranza dei problemi trovano risoluzione nelle cure primarie. Solo il 4.4% ritiene che sia meglio che il paziente si rivolga allo specialista qualora ritenga che il suo problema riguardi un organo definito e solo il 2.2% non sa dare una risposta.

5. Pensi che i medici di famiglia siano mediamente dei medici di qualità?

- Sì:.....21
- No:.....13
- Non so:.....11

Meno della metà degli studenti (46.6%) pensa che i medici di famiglia forniscano un servizio di qualità, il 28.8% pensa che questa categoria non sia all'altezza della professione mentre il 24.4% non si esprime. Questa divisione nelle risposte probabilmente deriva dalla loro esperienza personale o da quanto hanno visto frequentando reparti ed ambulatori specialistici. Nell'immaginario dello studente spesso il Mmg viene percepito come un medico "di base" di scarsa qualità.

6. Il medico di famiglia in Italia è un libero professionista?

- Sì:.....14
- No:.....27
- Non so:.....4

Il 60% degli studenti pensa che il medico di famiglia sia un dipendente pubblico, un terzo (31%) pensa che sia un libero professionista mentre l'8.8% non ha alcuna idea. Questa percezione probabilmente deriva dall'esperienza personale e corrisponde alla realtà del quadro professionale, la maggior parte dei Mmg si limita alle prestazioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e non fornisce prestazioni in libera professione.

7. Un medico di famiglia può refertare un ECG?

- Sì:.....25
- No:.....10
- Non so:.....10

La quota di studenti che ritengono che un Mmg non possa (22.2%) o non sa se possa (22.2%) eseguire un ECG è significativa. Si suppone che buona parte degli studenti ritenga quindi che a refertare un

elettrocardiogramma debba essere un cardiologo e che un laureato in Medicina e Chirurgia senza questa specialità in Italia non possa farlo o non abbia le competenze per farlo.

8. Un medico di famiglia può eseguire un'ecografia?

- Sì:.....37
- No:.....4
- Non so:.....4

La maggioranza degli studenti (82.2%) ritiene che il medico di famiglia possa eseguire un'ecografia. Questa metodica diagnostica, ormai utilizzata da molte specialità è caratterizzata da una trasversalità interdisciplinare per cui, a differenza di quanto ritenuto per l'elettrocardiogramma, si pensa che non vi sia bisogno di particolari "licenze" per poterla eseguire.

9. Un medico di famiglia può praticare la piccola chirurgia?

- Sì:.....30
- No:.....8
- Non so:.....7

Anche questa domanda mette in evidenza la mancata conoscenza della professione. Sebbene il 66.6% degli studenti abbia dato una risposta positiva una parte di loro (17.7%) pensa che non sia consentito al medico di medicina generale praticare piccoli interventi in ambulatorio mentre un'altra parte preferisce non esprimersi (15.5%).

10. Secondo te è conveniente che un medico di famiglia, se lo ritiene, gestisca un iperteso da solo o è bene che condivida sempre la gestione con uno specialista?

- Da solo:.....28
- Che condivida la gestione:.....14
- Non so:.....3

Sebbene la maggior parte degli studenti (62.2%) ritenga che il Mmg possa farsi carico della gestione di un paziente iperteso quasi un terzo di

loro (31.1%) ritiene che questa patologia sia di pertinenza specialistica o che in ogni caso il medico di famiglia debba appoggiarsi a uno specialista per farsene carico. Una piccola parte (6.6%) non si esprime a proposito.

11. Secondo te è conveniente che un medico di famiglia, se lo ritiene, gestisca un paziente diabetico da solo o è bene che condivida sempre la gestione con uno specialista?

- Da solo:.....22
- Che condivida la gestione:.....21
- Non so:.....2

Praticamente metà degli studenti (46.6%) ritiene il diabete una malattia di pertinenza specialistica e l'altra metà (46.6%) pensa che il medico di famiglia possa farsi carico interamente della cura del paziente diabetico.

12. Un medico di famiglia può farsi pagare alcune prestazioni dai suoi iscritti?

- Sì:.....22
- No:.....20
- Non so:.....3

Anche in questo caso la popolazione degli studenti è divisa praticamente a metà; il 48.8% pensa che ci siano delle prestazioni che il medico possa farsi pagare anche dai propri assistiti mentre per il 44.4% questo non è permesso.

13. Nello studio del medico di famiglia la figura dell'infermiere è:

- Indispensabile:.....0
- Utile:.....29
- Inutile:.....7
- Non so:.....9

Nessun studente ha ritenuto indispensabile che nell'ambulatorio di medicina generale ci sia la presenza di un infermiere. Il 64% pensa che l'infermiere possa essere utile, il 15% ritiene inutile questa presenza mentre il 20% degli studenti non si esprime.

14. Lo studio e le attrezzature del medico di famiglia sono fornite dalla Asl?

- Sì:..... 6
- No:..... 22
- Non so:..... 17

Circa la metà degli studenti (48.8%) sa che le attrezzature e i locali dello studio non sono forniti dalla Asl, il 13.3% pensa che questi vengano invece forniti dall'Azienda Sanitaria e il 37.7% non si esprime.

15. Secondo te la medicina di famiglia fa diminuire o aumentare la spesa sanitaria?

- La fa diminuire:..... 43
- La fa aumentare:..... 1
- Non so:..... 1

La quasi totalità (95.5%) degli studenti ritiene che la medicina di famiglia faccia diminuire la spesa sanitaria.

16. L'idea che hai della medicina di famiglia deriva:

- dalla tua esperienza personale:..... 41
- da quanto ti è stato riferito da amici e conoscenti:..... 2
- da quanto ti è stato detto all'Università:..... 2
- altro:..... 0

Il 91.1% degli studenti ha un'idea della medicina generale che deriva dall'esperienza personale.

17. Faresti il medico di famiglia?

- Sì:..... 21
- No:..... 13
- Non so:..... 11

Quasi la metà degli studenti (46.6%) ha preso in considerazione anche la possibilità di diventare un medico di medicina generale, il 28.8% esclude questa possibilità e il 24.4% non sa cosa rispondere.

disciplina nel corso dei sei anni di studi. Non hanno mai incontrato, fino al sesto anno, un docente che fosse medico di famiglia. La visione che hanno della medicina è assolutamente ospedale-centrica e i medici che lavorano al di fuori della struttura ospedaliera sono percepiti come coloro che si occupano dei problemi più semplici. I medici di medicina generale sono intesi come dei medici di scarsa qualità che hanno bisogno, anche per curare le malattie croniche più frequenti, della supervisione dello specialista. Non solo gli aspetti "disciplinari" sono misconosciuti, ma risultano altrettanto ignoti gli aspetti "professionali". Gli studenti non conoscono i rapporti che i medici di famiglia hanno con il Sistema Sanitario Nazionale, non sanno che questi sono dei liberi professionisti e mettono in dubbio la capacità di questa categoria di espletare reali abilità. Mentre in ospedale gli infermieri sono indispensabili questi non sembrano necessari negli ambulatori di Mmg dove non sono appunto indispensabili abilità particolari e dove non si forniscono prestazioni che possano necessitare di questa figura professionale. Non solo le abilità vengono messe in dubbio, ma è messa in dubbio la possibilità "legale" di espletarle; gli studenti non sono sicuri che un medico di famiglia possa eseguire un elettrocardiogramma, un'ecografia o possa avere abilità che prevedano l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche. In definitiva sembra non esistere differenza tra l'opinione degli studenti e quella dell'opinione pubblica; è evidente un *gap* di informazione che nel caso degli studenti di Medicina risulta assolutamente stupefacente. In nessun altro Paese europeo studenti praticamente alla laurea avrebbero risposto in questo modo.

La Medicina Generale, in tutti i Paesi ove esiste, viene insegnata nel corso di laurea, è specialità accademica, e prevede un percorso di carriera universitaria. In tutto il mondo la dignità di questa disciplina è riconosciuta, ne è individuato l'importante ruolo all'interno del sistema di erogazione delle cure e questo valore è convenuto anche economicamente. In Italia il "corso di formazione in Medicina Generale" è collocato fuori dall'Università e questo è il motivo fondamentale per cui questa disciplina non è conosciuta dagli studenti e, quello che è ancora più grave, non è conosciuta dalle altre specialità. Che ci sia la percezione che il medico di famiglia abbia un peso specifico inferiore a qualsiasi altro specialista è evidente, essa è suffragata proprio dalla assenza di questa figura nel mondo accademico e, non ultimo, dal fatto che lo "specializzando" in questa disciplina viene pagato la metà di uno specializzando in qualsiasi altra. E nell'immaginario di tutti se viene pagato la metà probabilmente vale la metà. In ogni caso le opinioni e le percezioni non insorgono mai per caso e probabilmente l'intera categoria dei medici di medicina generale dovrebbe porsi qualche domanda.

Ecco che il corso *under graduate* in Medicina di Famiglia è essenziale. È essenziale perché questi giovani conoscano una realtà senza la quale non potrebbe esistere alcun Sistema Sanitario Nazionale ed è necessario perché possano fare una scelta vocazionale. Anche se non faranno mai questa professione sapranno che esiste una disciplina che in Italia vede impegnati tutti i giorni, fuori dall'ospedale, oltre quarantamila colleghi.

** Il presente articolo è stato elaborato anche per Italian Journal of Primary Care, organo della SIICP*

► Conclusioni

Le risposte fornite dagli studenti mettono in evidenza la mancanza di informazioni ricevute su questa di-

AGGIORNAMENTI



■ ALLERGOLOGIA

Allergia ad alpha-gal, nuovo modello di reazione allergica

■ CARDIOLOGIA

Valutazione prognostica dello scompenso cardiaco

■ ENDOCRINOLOGIA

Ipotiroidismo e qualità della vita: levotiroxina liquida

■ GINECOLOGIA

Terapia ormonale sostitutiva senza progestinico in menopausa

■ NEUROLOGIA

Disponibile in Italia nuova molecola per la malattia di Parkinson

■ NUTRIZIONE

Indice glicemico nei diabetici ridotto con grassi monoinsaturi

■ URO-ONCOLOGIA

Sorveglianza attiva per il carcinoma prostatico

■ ALLERGOLOGIA

Allergia ad alpha-gal, nuovo modello di reazione allergica

Descritta per la prima volta negli USA nel 2007, l'allergia ad alpha-gal (zucchero formato dall'unione di due molecole di galattosio), è stata nel tempo correlata al morso di una zecca. Soggetti morsi da una zecca possono produrre anticorpi IgE specifici nei confronti del carboidrato galattosio- α -1,3-galattosio (alpha-gal) e se poi si alimentano con carni di mammiferi che contengono il medesimo carboidrato, possono sviluppare anafilassi ritardata, da tre a sei ore dopo l'ingestione della carne. Il gruppo di allergologi di Pordenone, dopo ad aver descritto il primo caso in Italia, ha studiato la popolazione di "Tramonti" in FVG, dove le zecche sono endemiche, confermando un'alta percentuale di positività IgE anti-alpha-gal.

Danilo Villalta, Responsabile SSD Allergologia e Immunologia Clinica dell'ASS n. 5 "Friuli Occidentale", intervistato da M.D., ha illustrato il percorso per identificare questo nuovo modello di reazione allergica.

► Prime osservazioni

"L'allergia ad alpha-gal fu inizialmente correlata all'uso di cetuximab, farmaco biologico antitumorale. La stranezza era che i pazienti presentavano sintomi alla prima iniezione, a differenza di altre

allergie che compaiono alla 2/3ª somministrazione, poiché ci deve essere la sensibilizzazione. Ciò ha fatto ipotizzare che la risposta fosse dovuta ad IgE già preformate presenti nel siero. A distanza di un anno si è poi osservato che un'allergia analoga si trovava in alcuni soggetti dopo ingestione di carne rossa, con la peculiarità di presentarsi a distanza di 5/6 ore. Quello che univa queste due forme di allergia era la presenza di anticorpo IgE rivolto non verso le proteine, ma verso l'alpha-gal. Un'ulteriore particolarità era che l'allergia era evidenziata solo in alcune zone degli Stati Uniti (area delle montagne rocciose). A quel punto mancava il "veicolo" che faceva produrre anticorpi IgE specifici nei confronti di alpha-gal. Basandosi sull'evidenza che la segnalazione dell'allergia era stata evidenziata in quelle particolari aree territoriali è stato ipotizzato che l'agente scatenante fosse il morso di una zecca.

E così è stato dimostrato: pazienti che avevano una reazione allergica erano stati morsi da zecca; in pratica la zecca inietta la saliva sottocute determinando la produzione di anticorpi IgE verso alpha-gal, che è presente anche nei mammiferi, spiegando così la reazione con la carne rossa, ma che è anche presente nell'anticorpo monoclonale. La zecca in questione è la Lone Star

(*Amblyomma americanum*) tipica di quell'area americana, tuttavia sono stati descritti casi anche al di fuori di territorio americano, anche nell'UE. In questi casi la zecca imputata è l'*Ixodes ricinus* (zecche dure) presente anche in Italia, tant'è che è stato descritto il primo caso italiano di allergia alla carne rossa da presenza di anticorpi IgE specifici nei confronti di alpha-gal (*Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2015; 161-2).

Il nostro gruppo di lavoro ha studiato la popolazione di "Tramonti" in Friuli Venezia Giulia, dove le zecche sono endemiche e dove si osservano molti casi di malattia di Lyme. La ricerca ha confermato un'alta percentuale di positività IgE anti-alpha-Gal (circa 30%) in questa zona (*Clin Exp Allergy* 2016; 46: 377-80).

Questo significa che in alcune aree, soprattutto quelle montuose o rurali dell'Italia dove le zecche sono endemiche, ci sono buone possibilità di trovarci di fronte a questa nuova forma di allergia. Data la particolare orografia dell'Italia - conclude Villalta - è molto probabile che in futuro l'allergia ad alpha-gal sarà diagnosticata spesso". Generalmente, l'allergia all'alpha-gal viene superata con il tempo (8 mesi - 3 anni), se non si viene ripunti da una zecca. Per coloro che rimangono allergici, invece, non rimane che una dieta di esclusione.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Danilo Villalta

■ CARDIOLOGIA

Valutazione prognostica dello scompenso cardiaco

Una migliore valutazione del rischio per morte cardiovascolare nello scompenso cardiaco è un argomento di grande interesse clinico, soprattutto perché l'identificazione più accurata dei soggetti con rischio CV maggiore mette in condizione il medico di impostare interventi preventivi, con maggior beneficio per i pazienti. Diversi sono gli score prognostici che il clinico ha a disposizione, ma spesso la loro applicazione quotidiana è resa difficoltosa dalla complessità.

Il MECKI score (Metabolic Exercise Test Data Combined with Cardiac and Kidney Indexes) è un nuovo semplice strumento per la valutazione prognostica a lungo termine (due anni) dello scompenso a funzione sistolica depressa.

L'algoritmo è stato realizzato dal Centro Cardiologico Monzino di Milano, dal gruppo di lavoro del Prof. **Piergiuseppe Agostoni**, Coordinatore Area Cardiologia Critica, Responsabile Scompenso, Cardiologia Clinica e Riabilitativa. Il modello è basato su predittori indipendenti e significativi di sopravvivenza: emoglobina, sodio, funzionalità renale, frazione di eiezione ventricolare sinistra, picco di con-

sumo dell'ossigeno ed efficienza ventilatoria sotto sforzo. Il dato che si ottiene è il rischio percentuale di morte o trapianto cardiaco urgente in due anni.

Il MECKI score è stato dettagliatamente illustrato nel corso di "Chronic heart failure in 2016: prognosis", simposio promosso dalla Fondazione Internazionale Menarini (febbraio 2016) dal Prof. Agostoni, intervistato da *M.D.* in questo contesto.

► Realizzazione del MECKI score

Il MECKI score è stato costruito basandosi sui dati raccolti in uno studio multicentrico che ha coinvolto una popolazione di 2.716 pazienti con scompenso cardiaco cronico da disfunzione sistolica provenienti da 13 centri italiani, il follow-up medio maggiore è stato di 3 anni (*Int J Cardiol* 2013; 167: 2710-18).

Sono stati presi in considerazione diversi parametri demografici, clinici, ecocardiografici, di laboratorio e del test da sforzo cardiopolmonare, identificando quelli che mantenevano un valore predittivo indipendente all'analisi multivariata.

Sono stati così individuati 6 parametri dotati di forte valore predittivo indipendente e che sono stati inseriti nel calcolo dello score tenendo conto del loro peso specifico nel determinare la prognosi: VO2 di picco espresso come percentuale del predetto, pendenza della relazione VE/VCO2, concentrazione dell'emoglobina plasmatica, sodiemia, frazione di eiezione ventricolare sinistra e filtrato glomerulare (calcolato mediante formula MDRD).

Il MECKI score costituisce dunque un modello di valutazione prognostica fortemente fondato su parametri del test da sforzo cardiopolmonare, considerando sia il VO2 di picco che l'efficienza ventilatoria.

Il MECKI score è disponibile gratuitamente per Mmg e specialisti in www.cardiologicomonzino.it. Il Centro Cardiologico Monzino si rende disponibile a collaborare con il medico curante nell'analisi dei risultati del Mecki Score, contattando l'Unità Operativa Scompenso allo 02.58002299/2417/2772 o scrivendo a fpcr@cardiologicomonzino.it.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Piergiuseppe Agostoni

■ ENDOCRINOLOGIA

Ipotiroidismo e qualità della vita: levotiroxina liquida

Un importante miglioramento della qualità della vita dei pazienti ipotiroidei è rappresentato dalla formulazione liquida di levotiroxina, che può essere assunta contemporaneamente con la colazione e non più a digiuno. Questo è anche un fattore cruciale per migliorare l'aderenza del paziente alla terapia, dalla quale in molti casi dipende la risposta clinica.

“L'elemento di gran lunga più difficile per i pazienti ipotiroidei è rappresentato dalla necessità di assumere la forma di ormone tiroideo in compresse almeno 30' prima della colazione. Lo snodo fondamentale è rappresentato dalla possibilità di avere un assorbimento più semplice, rapido e riproducibile e ciò può essere assicurato da una soluzione, che vedendo già disciolto il principio attivo, consente un assorbimento che bypassa la fase della disgregazione e della dissoluzione del farmaco - spiega a **M.D. Enrico Papini**, Responsabile Scientifico dell'Associazione Medici Endocrinologi e Direttore UOC Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale Regina Apostolorum, Albano Laziale.

“Come tutte le ipotesi anche questa richiedeva delle verifiche. Studi di farmacologia hanno dimostrato che

la soluzione possiede una farmacocinetica per quanto riguarda l'assorbimento e la velocità di raggiungimento della concentrazione massima nel sangue dell'ormone tiroideo che sono nettamente più favorevoli rispetto alla formulazione solida (in compresse). Altri studi farmacologici hanno dimostrato la stabilità del farmaco quando collocato in liquidi anche molto caldi o freddi. Nel corso degli ultimi due anni sono stati condotti anche una serie di studi clinici che hanno confermato ciò”.

► Studi clinici

- I risultati dello studio italiano TICO dimostrano che levotiroxina nella forma liquida può essere assunta contemporaneamente alla colazione. TICO è un trial randomizzato, cross-over, condotto in doppio cieco, che ha arruolato 77 pazienti (64 donne e 13 uomini) ipotiroidei mai trattati farmacologicamente che hanno assunto per 6 settimane la soluzione liquida di levotiroxina o placebo 30 minuti prima della colazione o al momento della colazione. Dopo il trattamento, i pazienti dei due gruppi hanno raggiunto uno stato eutiroideo e non è stata osservata alcuna differenza significati-

va per le concentrazioni di TSH, FT4 e FT3 (*Thyroid* 2016, 2: 197-202).

- Un altro studio conferma che la formulazione liquida di levotiroxina è in grado di superare le restrizioni di assunzione proprie della formulazione in compresse. È stata dimostrata la pari efficacia terapeutica, attraverso la misurazione della concentrazione di TSH, tra la somministrazione della levotiroxina liquida durante la colazione o 10 minuti prima di colazione (*Pharmaceutics* 2013; 5: 621-33).

- “Un altro studio che si è appena concluso, condotto in tre centri di riferimento italiani per la tiroide, è stato eseguito su 101 pazienti ipotiroidei consecutivi con valori stabili di TSH in corso di terapia sostitutiva - illustra Papini. Il passaggio dalla terapia in compresse alla formulazione liquida al momento della colazione si è associato a un miglioramento della qualità di vita nella maggioranza dei casi, secondo quanto dichiarato dagli interessati, mentre i valori medi di TSH e i principali parametri metabolici non hanno mostrato modificazioni significative. Resta ovviamente confermata, nella pratica clinica, la necessità di un ricontrollo dopo un mese del profilo tiroideo in seguito al passaggio dall'una all'altra forma di terapia”.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Enrico Papini

GINECOLOGIA

Terapia ormonale sostitutiva senza progestinico in menopausa

Nelle donne che non hanno precise controindicazioni i benefici della terapia ormonale sostitutiva (TOS) rispetto ai rischi sono maggiori. I dati di letteratura dimostrano che il rischio di morte per qualsiasi causa nelle donne che assumono TOS è significativamente più basso rispetto a quello delle donne che non la assumono.

In particolare diminuisce la mortalità per eventi cardiovascolari e rispetto al rischio tumori, le evidenze ci dicono che la mortalità per tutti i tipi di tumore tra le donne che assumono la TOS è sovrapponibile a quella delle donne che non la assumono. Sarebbe utile da parte dei clinici una riflessione sul tema, perché si attui un corretto counselling, cercando di rassicurare le donne in menopausa. Nel corso degli anni c'è stata un'evoluzione e abbiamo a disposizione un ricco ventaglio di opzioni terapeutiche. Importante dunque è personalizzare al massimo la terapia ed escludere con sicurezza specifiche controindicazioni di ogni singola paziente". È la convinzione di

Chiara Benedetto, Professore ordinario di Ginecologia e Ostetricia, Università degli Studi di Torino,

incontrata nel corso del 17° World Congress della Società Internazionale di Ginecologia Endocrinologica (Firenze, 2-5 marzo 2016).

► Innovazione terapeutica

Il congresso è stato l'occasione per segnalare la disponibilità di una nuova associazione: un modulatore selettivo del recettore degli estrogeni (SERM), il bazedoxifene, ed estrogeni naturali, la prima di una classe di farmaci, la TSEC, Tissue Selective Estrogen Complex (Complesso Estrogenico Tessuto-Selettivo). L'associazione si è dimostrata efficace nel contrastare i sintomi correlati alla carenza di estrogeni, ed è indicata per le donne non isterectomizzate per le quali il trattamento con terapia contenente progestinici non è appropriato.

"Il farmaco consente di mantenere i vantaggi della terapia estrogenica senza correre rischi per l'endometrio, perché bazedoxifene svolge 'un ruolo di protezione' - chiarisce la prof. Benedetto. Gli estrogeni coniugati 'rimpiazzano' la mancata produzione estrogenica nelle donne in menopausa ed alleviano i sintomi menopausali. Poiché gli estrogeni promuovono la crescita dell'endo-

metrio, i loro effetti, se non contrastati, aumentano il rischio di iperplasia e cancro dell'endometrio. Da qui la necessità dell'aggiunta di bazedoxifene, che agisce come antagonista del recettore degli estrogeni nell'utero, riducendo notevolmente il rischio indotto dagli estrogeni di iperplasia endometriale in donne non isterectomizzate". Infatti, il bazedoxifene è un modulatore selettivo del recettore degli estrogeni che, a seconda dei tessuti nei quali tali recettori sono espressi, può o agire da antagonista dei recettori (effetti inibenti), come nel tessuto mammario ed endometriale, o agire da agonista su altri tessuti, con un effetto stimolante sui recettori.

Negli studi clinici la combinazione bazedoxifene/estrogeni coniugati ha dimostrato efficacia nel ridurre i sintomi postmenopausali, con un promettente profilo di sicurezza e tollerabilità. Sono stati osservati, inoltre, miglioramenti per quanto riguarda il sonno e, più in generale, gli aspetti connessi alla qualità della vita.

Bibliografia

- *Climacteric* 2013, 16: 338-46.
- *Fertil Steril* 2009, 92: 1025-38.
- *Drugs of Today* 2015, 51: 107-16.
- *Menopause* 2010, 17: 281-9.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Chiara Benedetto

■ NEUROLOGIA

Disponibile in Italia nuova molecola per la malattia di Parkinson

Una molecola in grado di capacità di controllare, in modo bilanciato, i sintomi e le complicità motorie della malattia di Parkinson, migliorando così la qualità di vita di questi pazienti. Si tratta di safinamide, farmaco che è da poco disponibile anche in Italia, come terapia aggiuntiva alla levodopa (L-dopa) da sola o in combinazione con altre terapie, in pazienti fluttuanti in stadio medio-avanzato di malattia.

► Profilo del farmaco

Safinamide, frutto della ricerca italiana d'eccellenza, possiede un esclusivo duplice meccanismo d'azione: inibizione delle MAO-B altamente selettiva e reversibile e modulazione del rilascio eccessivo del glutammato tramite il blocco stato-dipendente dei canali del sodio-voltaggio dipendenti. In questo modo safinamide agisce sulle fluttuazioni motorie e sui sintomi motori senza peggiorare le discinesie con un effetto benefico e prolungato nel tempo.

Gli studi clinici registrativi hanno dimostrato la sua efficacia nel controllare i sintomi motori e le complicità motorie della malat-

tia di parkinson nel breve periodo (6 mesi) mantenendo i benefici anche nel lungo termine (fino a 2 anni). Il parametro di efficacia primario era il cambiamento dal basale all'endpoint del "tempo ON" senza discinesia problematica.

I parametri secondari includevano tempo OFF, le attività della vita quotidiana e l'analisi motoria studiate con UPDRS II e III (le scale per la valutazione della malattia di Parkinson), impressione clinica globale del cambiamento.

Entrambi gli studi hanno indicato una superiorità significativa di safinamide rispetto al placebo alle

dosi bersaglio di 50 e 100 mg/die per la variabile di efficacia primaria e variabili di efficacia secondarie selezionate. L'effetto sul "tempo ON" era mantenuto al termine del periodo di trattamento in doppio cieco di 24 mesi per entrambe le dosi di safinamide rispetto al placebo (*Mov Disord* 2014; 29: 1273-80; *European Neurological Review* 2014; 9: 108-12).

Questo dato positivo può essere correlato al duplice meccanismo d'azione che agisce sulla trasmissione dopaminergica e glutamatergica. Negli studi la molecola ha dimostrato una buona tollerabilità, con un profilo di sicurezza favorevole.

Va segnalata la sua maneggevolezza: in monosomministrazione, non necessita di modificare la dose di levodopa, non ha interazioni farmacologiche importanti, non richiede diete particolari grazie alla sua selettività MAO-B vs MAO-A.

Nella fase iniziale della malattia di Parkinson i pazienti vengono generalmente trattati con levodopa che rimane ancora oggi il trattamento più efficace. Tuttavia, il trattamento a lungo termine provoca fluttuazioni motorie debilitanti, cioè fasi in cui la funzionalità motoria è mantenuta (tempo ON) alternate a fasi in cui è ridotta (tempo OFF). Inoltre, la levodopa ad alte dosi può provocare movimenti involontari (DIL=discinesie indotte da levodopa).

Man mano che la malattia progredisce, il paziente riceve altre terapie farmacologiche in aggiunta a quelle standard, con lo scopo di trattare i sintomi controllando le fluttuazioni motore e le DIL. La maggior parte delle terapie presenti agiscono sul sistema dopaminergico, aumentando la trasmissione dopaminergica, che è implicata nella patogenesi della MP, migliorando quindi i sintomi motori. C'è un interesse crescente verso nuove terapie che abbiano come bersaglio anche il sistema non dopaminergico e che possano quindi migliorare i sintomi della MP come le discinesie che non trovano beneficio dalle terapie attuali.

■ NUTRIZIONE

Indice glicemico nei diabetici ridotto con grassi monoinsaturi



L'assunzione di olio d'oliva durante i pasti ha un valore benefico e, in particolare, nei soggetti con diabete di tipo 1 riduce l'indice glicemico dei pasti (le impennate post-prandiali della glicemia nei soggetti con diabete di tipo 1 avvengono a seguito del consumo di cibi a "indice glicemico" elevato). È l'assunto di uno studio condotto da un gruppo di ricercatori della Società Italiana di Diabetologia pubblicato su *Diabetes Care*.

Le attuali linee guida per il trattamento del diabete di tipo 1 raccomandano di calcolare le unità di insulina da somministrare ai pasti principali, basandosi sul contenuto di carboidrati degli alimenti che verranno consumati (la cosiddetta 'conta dei carboidrati'). Tuttavia questo sistema, nonostante l'impegno dei pazienti, non sempre si rivela efficace nel controllare in maniera ottimale la glicemia. E i motivi possono essere molti. L'elemento più determinante è tuttavia l'indice glicemico dei cibi consumati e il contenuto di fibre di un determinato alimento.

Lo stesso gruppo di ricercatori, in un precedente studio, aveva dimostrato che inserire nella conta dei carboidrati anche una correzione che tenga conto dell'indice glicemi-

co dei cibi aiuta a migliorare il compenso glicemico. Ma ad influenzare l'assorbimento dei carboidrati contribuiscono anche gli altri macronutrienti che entrano a far parte di un pasto, in particolare proteine e grassi. È sempre più evidente il ruolo che i grassi della dieta svolgono nell'influencare i livelli di glicemia dopo un pasto. In generale i grassi tendono a ritardare i tempi di svuotamento gastrico e questo dovrebbe, almeno in teoria, tradursi in un'attenuazione del picco di glicemia post-prandiale. È stato dimostrato anche che l'indice glicemico di alcuni alimenti può essere ridotto addizionandoli con dei grassi. Ma i grassi non sono tutti uguali e le loro interferenze con la glicemia post-prandiale possono variare molto, a seconda della loro qualità, oltre che della quantità.

► La ricerca

I ricercatori hanno arruolato 13 pazienti con DMT1 (8 donne e 5 uomini) in trattamento con una pompa da insulina e sottoposti a monitoraggio continuo della glicemia con un sensore portatile. I partecipanti sono stati assegnati a consumare una serie di pasti con

la stessa quantità di carboidrati ma costituiti:

- da pasta e lenticchie, pane integrale e mela (a basso indice glicemico);
- riso, pane bianco e banana (ad alto indice glicemico).

Entrambi i tipi di pasto sono stati somministrati in tre diverse 'declinazioni' relativamente al contenuto di grassi: poveri di grassi; pasto ricco di grassi saturi (burro); pasto ricco di grassi monoinsaturi (olio extravergine d'oliva).

Come atteso, i pasti ad alto indice glicemico hanno determinato un aumento della glicemia maggiore e più precoce rispetto a quelli a basso indice glicemico. Tuttavia, la novità rilevante di questo studio è stata che, nell'ambito dei pasti ad alto indice glicemico, l'aggiunta di olio d'oliva extravergine attenuava il picco di glicemia post-prandiale osservato sia con il pasto con burro che con quello a basso contenuto di grassi.

Bibliografia

Bozzetto L et al. Extra-virgin olive oil reduces glycemic response to a high-glycemic index meal in patients with type 1 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2016; pii: dc152189 (epub ahead of print).

■ URO-ONCOLOGIA

Sorveglianza attiva per il carcinoma prostatico

A partire dagli anni 90 la grande diffusione del PSA e l'aumento del numero delle biopsie diagnostiche hanno generato una crescita delle diagnosi di carcinoma prostatico prima dell'insorgenza dei sintomi clinici. Questo ha portato ad individuare anche molti casi clinicamente non significativi, tumori indolenti e di piccole dimensioni, oggetto di trattamenti inappropriati. Per rispondere al bisogno di appropriatezza clinica di non curare inutilmente i tumori indolenti, all'inizio degli anni 2000 è stata introdotta la "sorveglianza attiva".

"Da anni la sorveglianza attiva è riconosciuta nelle più importanti linee guida internazionali e sta sempre più diventando una valida alternativa terapeutica anche in Italia - ha sottolineato a **M.D. Giarlo Conti**, Direttore dell'UO di Urologia dell'Ospedale Sant'Anna di Como e Segretario SIUrO (Società Italiana di Urologia Oncologica).

Il presupposto su cui si basa è che l'evoluzione dei tumori a basso rischio sia così lenta e solo locale da potere evitare o rinviare il trattamento e al tempo stesso mantenere la finestra di curabilità, garantendo quindi elevate probabilità di guarigione, nonostante il dilazionamento del trattamento

all'eventuale modifica delle caratteristiche iniziali della malattia.

"Fino a circa il 40% delle attuali diagnosi di carcinoma prostatico (circa 10.000 pazienti in Italia) corrisponde a tumori potenzialmente insignificanti - continua Conti. In questi casi le tradizionali cure (chirurgia, radioterapia e brachiterapia) non sono solo inappropriate ma possono causare gravi effetti collaterali. Con la sorveglianza attiva si propone, alla persona colpita da tumore di piccole dimensioni e minima aggressività, una "sorveglianza periodica" costituita da controlli clinici, biochimici e bioptici sistematici e predeterminati con controlli clinici e strumentali (PSA, biopsia prostatica ed esami di imaging, tra cui ecografia prostatica transrettale e risonanza magnetica multiparametrica). Si interviene con una terapia quando non sono più rispettati i criteri di indolenza della patologia e non è quindi più garantita la sicurezza del paziente con il solo atteggiamento osservazionale.

Per molti pazienti è difficile accettare l'idea che non si intervenga subito per rimuovere il tumore e di diventare invece un 'sorvegliato speciale'. Tuttavia solo meno del 2% degli uomini abbandona il protocollo per motivi di ansia. È inoltre di-

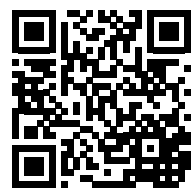
mostrato da diverse survey internazionali che la sorveglianza attiva non riduce le possibilità di guarigione né la qualità di vita.

I prossimi punti sui quali possiamo intervenire per perfezionare i protocolli della sorveglianza attiva sono la selezione più accurata dei pazienti, la creazione di un database internazionale per il confronto dei risultati e l'individuazione di metodi di follow-up alternativi e meno invasivi della biopsia".

Lo studio PRIAS

Per valutare se la sorveglianza attiva sia una valida alternativa ai trattamenti radicali nei tumori della prostata indolenti nel 2007 è stato avviato lo studio multicentrico osservazionale PRIAS (Prostate cancer Research International: Active Surveillance), che attualmente conta oltre 5.000 pazienti arruolati (850 pazienti italiani inclusi nel protocollo internazionale in 10 diversi centri su tutto il territorio nazionale). Tra i criteri di inclusione di PRIAS:

- diagnosi di adenocarcinoma della prostata localizzato
- PSA <10 ng/ml
- Gleason Score (GS) massimo 3+3
- non più di due campioni positivi alla biopsia prostatica.



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a **Giarlo Conti**

Controllo del dolore post-operatorio in day surgery e a domicilio

Il dolore post-operatorio in day surgery e a domicilio rappresenta un problema sanitario da non sottovalutare e un non adeguato trattamento può avere numerosi effetti negativi.

È importante che tutti i professionisti implicati nel controllo di tale parametro ne prendano piena coscienza

Antonio Corcione

Capo Dipartimento Area Critica AO dei Colli - Direttore UOC Anestesia e TIPO AO dei Colli - V. Monaldi - Napoli

I vantaggi del controllo del dolore post-operatorio a domicilio consistono nella possibilità di ridurre l'incidenza di ospedalizzazione protratta o superflua e prevenire il verificarsi di complicanze post-chirurgiche. È ormai acclarato che i possibili effetti negativi di un inadeguato trattamento del dolore post-operatorio severo sono numerosi, tra cui lo sviluppo di complicanze di qualsiasi genere, da quella cardiovascolare a quella respiratoria. Nelle popolazioni speciali di pazienti, per esempio anziani o affetti da comorbidità, può essere causa di protratto allettamento, mancata riabilitazione o accesso imprevisto in ospedale. Viceversa, i rischi di un sovratrattamento sono connessi alla comparsa di eventi avversi da farmaco.

► **Trattamento inadeguato**

La gestione inadeguata del dolore post-operatorio può causare dannose conseguenze psicologiche e fisiologiche, prodotte dalle risposte infiammatorie endocrine e metaboliche, che portano a una significativa morbidità, e possono ritardare il recupero e il ritorno alla vita quotidiana.

Questa risposta allo stress attiva il sistema nervoso autonomo, che può avere effetti negativi sui diversi apparati. La stimolazione della via somatica causata da una lesione chirurgica aumenta la secrezione di ormoni da parte dell'ipotalamo, che a sua volta stimola la secrezione della ghiandola pituitaria anteriore e posteriore. Di conseguenza l'iperattività del sistema nervoso autonomo si traduce in un aumento della frequenza cardiaca, delle resistenze vascolari periferiche, della PA e della contrattilità del miocardio, che culminano in un aumento del consumo di ossigeno del miocardio e in un maggiore lavoro cardiaco. Inoltre, l'intensa stimolazione simpatica può anche produrre vasocostrizione coronarica così come rottura della placca aterosclerotica e, successivamente, diminuire la fornitura di ossigeno al miocardio. La combinazione di una maggiore richiesta di ossigeno del miocardio e di minor disponibilità di ossigeno può essere dannosa nei pazienti con malattia coronarica e può portare a ischemia del miocardico, dolore anginoso, infarto del miocardio.

Un inadeguato controllo del dolore,

in particolare in chirurgia toracica e addominale superiore, può causare disfunzione diaframmatica con complicazioni polmonari post-operatorie. L'aumentata attività simpatica indotta dal dolore acuto aumenta le secrezioni gastrointestinali, interferisce con la muscolatura liscia intestinale e l'attività sfinterica riducendo la motilità peristaltica dell'intestino. Possono conseguire sovradistensione gastrica e intestinale e ileo paralitico. Un deficit del sistema nervoso autonomo indotto dal dolore può anche contribuire alla ritenzione urinaria post-operatoria. La risposta metabolica allo stress chirurgico comporta anche uno stato di ipercoagulabilità, stasi venosa e aumento del rischio di TVP e di tromboembolia, che può essere ulteriormente accentuata dall'attività fisica ridotta. Anche la funzione immunitaria può essere ridotta, determinando un aumento dell'incidenza di infezioni. La limitazione del movimento può causare una marcata compromissione del metabolismo muscolare, atrofia muscolare, debolezza muscolare, e la ritardata ripresa per la funzione muscolare normale. Il dolore grave è uno dei fattori che

contribuisce anche ad una risposta ormonale catabolica esagerata: ritenzione di sodio e di acqua da parte dell'aumentata secrezione di aldosterone e ormone antidiuretico, iperglicemia dovuta ad aumentata secrezione di cortisolo e adrenalina. Il bilancio azotato negativo nel periodo post-operatorio può essere prolungato ed esagerato quando il dolore non è trattato efficacemente tanto da causare immobilità, perdita di appetito e ridotto apporto calorico. Un forte dolore può essere causa anche di cambiamenti comportamentali individuali. Ancora più importante, il dolore post-operatorio non adeguatamente trattato può portare allo sviluppo di dolore cronico.

► Misurare il dolore

La letteratura ci segnala l'esigenza di adottare metodi di valutazione dell'intensità e della qualità del dolore più sofisticati del VAS (Visual Analogue Scale) e della Scala Semantica Semplice, come la nuova versione (SFQ-2) del questionario di Melzack, che contiene elementi che possono fornirci informazioni sull'eventuale rischio di cronicizzazione del dolore acuto. Tale annotazione necessita un monitoraggio costante in tutto il percorso che accompagna il paziente dall'esecuzione dell'analgesia intraoperatoria al regime analgesico post-operatorio, sino alla dimissione e all'assistenza al domicilio. Tuttavia, nonostante una significativa sensibilizzazione, un elevato numero di pazienti ancora sperimenta dolore post-operatorio. A tal proposito, i percorsi di risk management hanno l'obiettivo di ridurre gli eventi avversi prevenibili, derivanti dalla procedure mediche, mediante la precoce identificazione di eventi

sentinella (red flags) premonitori degli eventi avversi, che a loro volta possono essere conseguenza o meno di errori medici. I tipi di errori più comuni in medicina del dolore possono essere classificati come errori di valutazione e di documentazione; errori nel trattamento e nel controllo; errori di educazione del paziente. In ciascuna di queste categorie gli errori possono essere basati sull'abilità, sulle regole, sulla conoscenza.

■ **Errori basati sull'abilità:** sono dovuti a scarsa attenzione per problemi di compliance del paziente, di dialogo con il paziente o perché non viene registrato il livello del dolore dopo la somministrazione del medicamento.

■ **Errori basati sulle regole:** sono frutto di applicazione di regole sbagliate, per esempio la somministrazione di farmaci antidolorifici ad orari rigidi o il trattamento inadeguato con oppioidi a dosi troppo basse in pazienti potenzialmente addice; cattiva applicazione di regole buone, ad esempio una tecnica sbagliata: ove possibile è preferibile un'analgesia perineurale e/o periferica alla via di somministrazione sistemica.

■ **Inadeguata conoscenza:** la soddisfazione del paziente è una buona misura dell'adeguato controllo del dolore ed è una buona misura dell'efficacia del trattamento indipendente dal VAS. I pazienti preferiscono la PCA (analgesia controllata dal paziente) rispetto agli altri regimi terapeutici.

► La ricerca

La ricerca oggi volge nella direzione dell'individuazione dei meccanismi patogenetici del dolore cronico post-operatorio; le ipotesi più accreditate sono: trasformazione del dolore acuto da transitorio a persistente e pato-

logico per fenomeni di sensibilizzazione centrale e plasticità neuronale innescati da esagerata e amplificata attivazione dei segnali dolorosi.

■ **Genesi neuropatica:** l'atto chirurgico può determinare un danno diretto alle strutture nervose, anche non evidente, come nel caso della formazione di un neuroma. Predisposizione genetica allo sviluppo di dolore cronico post-operatorio, alterazioni genetiche, differenze interindividuali nella percezione del dolore, alterazioni geniche della regolazione enzimatica legata al gene della GTP ciclo-idrolasi (GCH1). Il trattamento farmacologico di questa ampia problematica è, dunque, ancora poco efficace, tanto da far affermare che il migliore strumento per controllare l'insorgenza della cronicizzazione del dolore post-operatorio sia rappresentato dalla prevenzione. Questa strategia può essere sintetizzata con l'individuazione dei pazienti a rischio (depressi, fibromialgici, ipervigilanti, ansiosi); la ricerca di eventuali fattori predisponenti (presenza di dolore pre-operatorio da almeno un mese, entità del danno chirurgico, procedura chirurgica, intensità dolore acuto post-operatorio); messa in opera di processi di prevenzione primaria (controllo dolore preoperatorio, tecniche chirurgiche mininvasive, evitare traumatismi nervosi, gestione anestesiológica adeguata); prevenzione secondaria con l'identificazione precoce dei fattori che contribuiscono allo sviluppo di dolore post-operatorio e dei fenomeni di sensibilizzazione centrale, contrastandone e minimizzandone gli effetti (controllo del dolore acuto post-operatorio, *pre-emptive analgesia*, cioè la somministrazione "preventiva" di farmaci che blocchino il processo di sensibilizzazione, analgesia multimodale in contesto sensibile.

Fenomeno dell'hikikomori: un quadro psicopatologico emergente

Identificato in Giappone, l'hikikomori, ovvero l'isolamento sociale, colpisce prevalentemente adolescenti e giovani adulti sesso maschile, che vivono reclusi nella loro stanza. L'interesse scientifico per questo fenomeno molto complesso ha oltrepassato l'Oriente per arrivare anche nel nostro Paese, dove si sono identificati i primi casi

Eugenio Aguglia

Direttore Clinica Psichiatrica, Università degli Studi di Catania - Presidente Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

Il termine hikikomori è stato coniato dallo psichiatra Tamaki Saito e tradotto dallo stesso in "social withdrawal" (ritiro sociale), anche se le prime manifestazioni in Giappone di questa forma di ritiro sociale vennero descritte nel 1978 da Y. Kasaharante e chiamate *tajkyaku shinkeishou* cioè *reatreat neurosis*, riferendosi a soggetti che abbandonavano la scuola o il lavoro per lunghi periodi e che non erano altrimenti diagnosticati come depressi o schizofrenici.

Possiamo definire hikikomori una sindrome culturale (*cultural bound*), diffusa inizialmente in Giappone, ovvero un Paese in cui la tradizione culturale coesiste con tecnologia e comunicazione di massa, e in questo connubio tra antico e moderno vive una profonda crisi socioculturale che colpisce in particolar modo gli adolescenti.

Secondo gli studiosi giapponesi vi è un aspetto che avvicina la cultura giapponese a quella italiana, consistente nella tendenza dei genitori a "trattenere" in casa i figli oltre una certa età, fenomeno che favorirebbe l'espressione del disa-

gio giovanile attraverso l'autoreclusione caratteristica dell'hikikomori, piuttosto che attraverso modalità maggiormente aggressive come il bullismo o i "comportamenti di branco".

Il recente interesse in Italia per questa patologia si è manifestato in seguito all'identificazione di alcuni casi di possibili hikikomori nel nostro Paese, in particolare al Sud, dove la struttura familiare di tipo matriarcale ripropone quella familiare giapponese.

Il fenomeno dell'hikikomori può essere considerato una ribellione alla cultura tradizionale e all'intero apparato sociale da parte di adolescenti giapponesi, maschi primogeniti nella maggioranza dei casi. Solo il 10% dei soggetti interessati è di sesso femminile e di solito il periodo di reclusione è limitato.

Nei casi più gravi l'hikikomori vive recluso nella sua casa, nella sua stanza, con le finestre serrate, senza alcun contatto con l'esterno, né con i familiari, né con gli amici. Non esce dalla sua stanza né per lavarsi, né per alimentarsi, chiedendo che il cibo sia lasciato dinan-

zi alla porta. La stanza può assumere significati contrapposti, o luogo di rifugio - una sorta di "isola protetta" - o luogo di "prigionia". Lo stile di vita degli hikikomori è caratterizzato da un ritmo circadiano sonno-veglia completamente invertito, con le ore notturne spesso dedicate a componenti tipiche della cultura popolare giapponese, come la passione per il mondo manga e, soprattutto, la sostituzione dei rapporti sociali diretti con quelli mediati via internet. Quest'ultimo aspetto si configura spesso come una contraddizione in termini: la persona rifiuta i rapporti personali fisici, mentre con la mediazione della rete può addirittura passare la maggior parte del suo tempo intrattenendo relazioni sociali di vario tipo (dalle chat fino ai videogiochi online). L'iniziativa per altre attività o il desiderio di esse è totalmente assente.

► Sintomatologia

I sintomi della sindrome dell'hikikomori descritti da Saito sono: ritiro sociale, fobia scolare e ritiro

scolastico, antropofobia, automi-sofobia, agorafobia, manie di persecuzione, sintomi ossessivi e compulsivi, comportamento regressivo, evitamento sociale, apatia, letargia, umore depresso, pensieri di morte e tentato suicidio, inversione del ritmo circadiano di sonno veglia e comportamento violento contro la famiglia, in particolare verso la madre.

Il ritiro sociale è il sintomo principale che può manifestarsi con uno spettro di possibilità: da comportamento isolato a soggetti che non abbandonano la loro stanza per mesi o anni. Il rifiuto scolastico è una delle più frequenti problematiche ed è spesso il primo manifestarsi del ritiro sociale.

► Psicopatologia

I ricercatori giapponesi hanno formulato varie ipotesi sulla patogenesi dell'hikikomori, riconducibili al

sistema familiare e al sistema scolastico (dal bullismo, all'eccessiva competitività nelle scuole e nel lavoro) e alla struttura della società giapponese *tout court*.

La famiglia di un soggetto hikikomori è una famiglia "normale", cioè normocostituita, solitamente senza separazioni, divorzi o altre problematiche familiari anche se "disfunzionale" nel preparare i propri figli per il moderno contesto sociale ed economico. Tuttavia le famiglie giapponesi sono caratterizzate da una madre psicologicamente e fisicamente vicina ai figli e da un padre piuttosto marginale che non riesce ad inserirsi come terzo elemento e ad allentare il legame esistente tra madre e bambino.

La simbiosi tra madre e figlio è comune nello stile di vita degli hikikomori: con un atteggiamento esageratamente iperprotettivo la madre tende a gestire in maniera

eccessiva la vita del figlio, spesso idealizzato e depositario di molte aspettative.

► Diagnosi differenziale

Non essendo attualmente disponibili criteri diagnostici universalmente accettati è possibile identificare pazienti hikikomori solo mediante l'esclusione di altre patologie psichiatriche (schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbi di personalità).

Spesso erroneamente l'hikikomori è stato confuso con la schizofrenia a motivo del ritiro sociale e della bizzarria della sintomatologia, ma le allucinazioni e i deliri, caratteristici di un disturbo del pensiero sul versante psicotico, non sono presenti.

► Strategia terapeutica

Non esiste una strategia terapeutica univoca per il trattamento dei soggetti hikikomori, né sono reperibili studi clinici sulla terapia di tali pazienti. Simile a molte altre condizioni psichiatriche, l'approccio al trattamento comporta una combinazione di psicoterapia e di psicofarmacologia. Tra le forme di psicoterapia più utilizzate per il trattamento dei soggetti hikikomori sono indicate la psicoterapia sistemico-familiare e la psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Adolescenti dipendenti dal web e genitori inconsapevoli dei rischi

Adolescenti perennemente connessi e genitori non consapevoli dei rischi della rete. È lo scenario descritto dall'indagine "Tempo del web. Adolescenti e genitori online", realizzata da "SOS Telefono Azzurro Onlus", in occasione del Safer Internet Day 2016, ricorrenza internazionale promossa dall'UE e dedicata alla sicurezza dei minori in rete. La ricerca parte dall'analisi delle risposte di 600 ragazzi di età compresa tra 12 e i 18 anni e quelle di 600 genitori tra i 25 ai 64 anni. I risultati mettono in luce dati importanti che evidenziano la dipendenza dei più giovani nei confronti di smartphone e social network. Ciò si lega alla giovane età in cui gli adolescenti italiani accedono alla rete e alla scarsa consapevolezza da parte dei genitori sui rischi conseguenti. Il 17% dei ragazzi dichiara di non riuscire a staccarsi da smartphone e social, il 25% è sempre online, il 45% si connette più volte al giorno, il 21% è afflitto da *vamping*: si sveglia durante la notte per controllare i messaggi arrivati sul proprio cellulare. Quasi 4 su 5 (78%) chattano continuamente su WhatsApp. Un altro allarme lanciato dalla ricerca è quello dell'età in cui gli adolescenti italiani accedono alla rete. Il 48% dichiara di essersi iscritto a Facebook prima dei 13 anni, età minima consentita per poterlo fare, mentre il 71% riceve in dote uno smartphone mediamente a 11 anni. Prima delle chiavi di casa che arrivano a 12 anni.

Fonte: www.azzurro.it

Bibliografia disponibile a richiesta



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone l'intervista a Eugenio Aguglia

Pneumopatia da Legionella in paziente complessa

Lo sviluppo della medicina è correlato alla condivisione delle esperienze: il caso di una donna affetta da una malattia respiratoria ricorrente e invalidante è un'occasione di ricerca e di approfondimento clinico nel contesto dell'assistenza primaria

Chiara Rivolta - Medico in Formazione

Giovanni Antonio Filocamo - Tutor Corso Pre-Laurea Medicina Generale, Università degli Studi di Milano

Marco Elli - Responsabile Attività Didattiche, Facoltà Medicina e Chirurgia, Polo L. Sacco - Università degli Studi di Milano

Durante lo svolgimento delle attività di tutoraggio per il corso pre-laurea di Medicina Generale, è giunta alla nostra osservazione una giovane donna affetta da una malattia respiratoria ricorrente. L'esame del caso ci ha permesso di fare alcune osservazioni clinico-assistenziali che abbiamo deciso di elaborare e presentare come contributo didattico allo svolgimento delle attività di formazione da svolgere all'interno dello stesso corso.

Descrizione del caso

Il caso è riferito a una donna di 39 anni, che subisce nel 1997, all'età 22 anni, una bilobectomia destra (asportazione del lobo medio e inferiore) per un carcinoma polmonare.

La paziente, dopo l'intervento chirurgico, ha una rapida ripresa delle normali attività, pur presen-

tando una facile stancabilità complessiva. La signora è stata seguita con un follow-up periodico, che segue regolarmente. Dall'anamnesi non emergono comorbidità o complicanze sino al 2012, anno in cui, per un episodio febbrile, il controllo radiografico standard mette in evidenza una lesione flogistica al polmone destro. Alla paziente viene consigliata una terapia antimicrobica ad ampio spettro che porta alla regressione del quadro.

Il caso si evolve come riassunto nella sequenza cronologica di seguito esplicitata in *tabella 1*.

► Primo episodio di polmonite

• **Ottobre 2012:** per un episodio febbrile viene effettuata una Rx del torace che evidenzia una macchia polmonare a destra di verosimile significato flogistico. Viene impostata terapia antibiotica ad ampio spettro che porta alla regressione della lesione.

• **Novembre 2012:** la paziente viene sottoposta a TAC polmona-

re che mette in evidenza una dislocazione del lobo polmonare residuo che arriva ad occupare tutto l'emitorace destro con formazione di bronchiectasie da trazione.

► Secondo episodio di polmonite

• **Gennaio 2014 (controllo ad 1 anno):** una Rx toracica di controllo mette in evidenza residui della macchia polmonare in precedenza evidenziata. Il curante suggerisce un controllo a 4 mesi in quanto la paziente è complessivamente asintomatica.

• **Maggio 2014:** all'Rx macchia di dimensioni nettamente aumentate (circa 4 cm). Vengono richieste anche una TAC e una broncoscopia (negativa). La paziente viene trattata inizialmente con doppia terapia antibiotica per 15 giorni (ceftriaxone, moxifloxacina, prednisone), poi con claritromicina, acetilcisteina, cefditoren pivoxil, data la scarsa risposta in termini di regressione dell'addensamento.

Tabella 1

Sequenza cronologica

Data	Anamnesi lavorativa	Anamnesi clinica
1997		Bilobectomy media/inferiore (polm dx)
10.2012		1° Polmonite (polm dx)
22.11.2012		Tac Polm: Bronchiectasie da trazione
01.2014		Rx torace: Residuo cicatriziale?
05.2014	Inizio assenza dal lavoro	2° polmonite (polm dx) Rx+TAC polm. POS. Due cicli antibioticoterapia
06.2014	Fine assenza dal lavoro	Tac Dubbia
07.2014		Rx NEG.
10.2014	Inizio assenza dal lavoro	3° Polmonite (polm dx)
11.2014		Legionella P. POS
12.2014		PET POS. FNA NEG x npl
01.2015		Valut. Infettivologica NEG
02.2015	Riprende il lavoro	
03.2015		4° Polmonite (polm dx)
05.2015		5° Polmonite (polm dx)

• **Giugno 2014:** la TAC mostra una decisa riduzione dell'addensamento.

• **Luglio 2014:** l'addensamento non viene rilevato, la paziente è asintomatica. Confermata la terapia mucolitica di base.

► Terzo episodio di polmonite

• **Ottobre 2014:** nuova riacutizzazione trattata con cefditoren pivoxil e claritromicina inizialmente e successivamente con moxifloxacina e prednisone.

• **Novembre 2014:** situazione invariata, nuova broncoscopia (negativa). Su consiglio del medico di famiglia, nel dubbio di una possi-

bile polmonite atipica, si procede a ricerca dell'antigene urinario per Legionella che si rileva essere positivo.

• **Dicembre 2014:** viene effettuata una PET (positiva) e si effettua un agoaspirato a fine mese (negativo per neoplasia, ma suggestivo per focolaio flogistico). La paziente riferisce discrete condizioni di salute generale, persistendo comunque una facile stancabilità e astenia con occasionale tosse periodica.

• **Gennaio 2015:** viene consigliata una visita infettivologica e lo specialista richiede esami ematochimici standard, PCR, VES, ACE e Quantiferon (negativi).

• **Febbraio 2015:** la paziente asintomatica riprende a lavorare.

► Quarto episodio di polmonite

• **Marzo 2015:** nuova riacutizzazione flogistica respiratoria trattata con prednisone, ceftriaxone e claritromicina. Alla paziente, profondamente debilitata dall'ennesima terapia antibiotica, lo specialista pneumologo richiede la ricerca dell'antigene per Aspergillus (negativo).

• **Aprile 2015:** visita presso immunologa che riferisce MV aspro diffuso e richiede prick test.

► Quinto episodio di polmonite

• **Maggio 2015:** la paziente riferisce nuovamente febbre (37.7°C), tosse, astenia, dolore ai polmoni e malessere generale. Si sospetta una nuova recidiva di polmonite. All'indagine radiografica il quadro appare peggiore rispetto al primo episodio dell'ottobre 2012. Viene impostata terapia farmacologica della durata di 10 giorni (levofloxacina 2/die, cefditoren pivoxil 2/die).

Evoluzione clinica

Attualmente la paziente gode di buone condizioni di salute, sta seguendo una terapia specifica a base di immunostimolanti. Come da suggerimento della specialista immunologa sta effettuando un ciclo di FKT riabilitativa respiratoria per prevenire le eventuali complicanze del periodo invernale. Sarà comunque monitorata in modo stretto nel follow-up per saggiare l'efficacia, su di lei, di questo tipo di approccio terapeutico.

Approfondimento

• Focus sull'anamnesi lavorativa

L'anamnesi lavorativa ha la finalità di mettere in luce un eventuale nesso temporale tra la sintomatologia clinica riportata e l'attività lavorativa.

- La paziente lavora dal 2001 presso una filiale bancaria sita all'interno di un centro commerciale in qualità di impiegata. Si tratta di una sede molto frequentata, con un'affluenza media di circa 400 persone al giorno. La sua postazione lavorativa è costituita per diversi anni da un salone suddiviso di box, provvisto di impianto di condizionamento a soffitto. La paziente riferisce che quest'ultimo è stato spesso oggetto di manutenzione per continui guasti; inoltre sottolinea il pessimo microclima vigente (aria viziata, ambiente caldo), verosimilmente dovuto anche allo scarso funzionamento del sistema di condizionamento d'aria e di ricircolo della

stessa (assenza di finestre).

- Il ciclo lavorativo è di circa 7 ore e mezza. Dopo la diagnosi di pneumopatia da Legionella, è inviata al medico del lavoro aziendale che suggerisce una sospensione dall'attività lavorativa, inizialmente di circa un mese (da maggio a giugno 2014) e successivamente di 5 mesi (da ottobre 2014 febbraio 2015), allo scopo di ricercare una nuova collocazione lavorativa.

- La paziente riferisce una sensazione di "fame d'aria", che si riduce una volta concluso il turno lavorativo. Tuttavia, i colleghi d'ufficio non riportano gli stessi sintomi pur lavorando a stretto contatto con lei e soprattutto nello stesso ambiente.

- Nel 2012 manifesta anche sfoghi cutanei compatibili con diagnosi dermatologica di rosacea e nel 2013 ricorda episodi di attacchi di panico risolti durante periodi di ferie o assenza dal lavoro.

- La paziente nota poi un deciso miglioramento della funzione respi-

ratoria quando viene spostata per qualche tempo in un ufficio singolo, chiuso al pubblico. Data la diagnosi di polmonite da Legionella ad oggi la paziente è stata trasferita in un ufficio privato all'interno di una filiale recentemente ristrutturata, dotata di finestre.

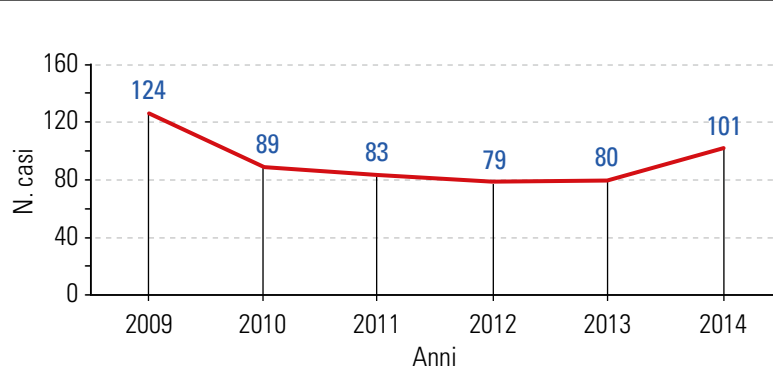
- In conclusione si può quindi dedurre che le scadenti condizioni microclimatiche dell'ambiente di lavoro associate allo stato di vulnerabilità e predisposizione della paziente a nuove recidive siano stati due elementi fondamentali nella genesi del quadro clinico riportato, senza che si parli di legionellosi professionale.

Discussione

La paziente ha presentato complessivamente 5 episodi di flogosi respiratoria in 18 mesi (un episodio ogni 3 mesi circa). La TAC polmonare nel 2012 mette in evidenza che il lobo polmonare residuo (superiore de-

Figura 2

Casi di legionellosi notificati alla Asl Milano (anni 2009-2014)



	2014	2013
Bresso	8	1
Cinisello Balsamo	4	3
Cologno Monzese	2	1
Cormano	1	2
Cusano Milanino	1	0
Milano	83	72
Sesto San Giovanni	2	1
Totale	101	80

Il caso "Bresso"

Alla Asl Milano nel periodo 2009-2014 sono stati notificati complessivamente 556 casi di legionellosi con un trend relativamente costante. Un lieve aumento si osserva nel 2014, anno in cui nel comune di Bresso si è verificato un cluster epidemico di 8 casi con un decesso, dato nettamente superiore rispetto al 2013 quando è stato registrato un singolo caso.

A oggi non è stata ancora individuata la possibile fonte di contagio e sono tuttora in corso le indagini ambientali.

stro) si è espanso fino ad occupare praticamente tutto l'emittoce destro; tale fenomeno ha causato la formazione di bronchiectasie da trazione. I dati di letteratura suggeriscono come il paziente con queste alterazioni possa avere manifestazioni flogistiche respiratorie recidivanti di non trascurabile entità e che questa situazione possa almeno in parte spiegare l'alta frequenza delle riacutizzazioni respiratorie.

L'infezione da Legionella ha complicato il quadro clinico della paziente: considerata come evento sporadico e occasionale (le cosiddette polmoniti atipiche) è caratterizzata da episodi flogistici recidivanti.

La Legionella è un coccobacillo Gram-negativo ubiquitario e pleomorfo. Delle circa 42 specie isolate, quella più frequentemente coinvolta in casi umani è la *L. pneumophila*, che riconosce il proprio serbatoio naturale nelle acque superficiali e termali, nelle apparecchiature dell'aria condizionata e anche nell'acqua potabile.

La moltiplicazione batterica è favorita dal ristagno delle acque, da formazione di sedimento e/o presenza di sostanze biodegradabili e da temperature comprese tra i 35°-45°C. La legionellosi si trasmette per via aerea, mediante inalazione di acqua aerosolizzata contenente batteri: ciò spiega come le più frequenti modalità di contagio siano costituite dall'esposizione ad aria condizionata in ambienti confinati o a vapori durante bagno o doccia.

Il rischio di acquisizione di malattia è comunque correlato anche alla suscettibilità individuale del soggetto esposto. I fattori di rischio maggiore sono: fumo, diabete mellito, età avanzata, professioni a stretto contatto con ambienti a rischio e altre comorbidità di carattere cronico.¹

► Epidemiologia

La pneumopatia da Legionella ha registrato in Europa 5.851 casi nel 2013, ovvero 11.4 casi per milione di abitanti. Nel 2014 sono pervenute all'ISS 1.497 schede di sorveglianza relative ad altrettanti casi di legionellosi, di cui 1.456 confermati e 41 probabili. Il 76% dei casi è stato notificato da 6 regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Piemonte). L'incidenza nel 2014 è stata pari a 25.1 casi per milione di abitanti, in lieve incremento rispetto al 2013, con valori significativamente più elevati nelle Regioni del Nord. Solo il 17% dei casi ha riportato un'esposizione a rischio nei 10 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.

La coltura dell'espettorato è utile nella definizione della più corretta antibiotico-terapia, anche se in circa il 40% dei pazienti l'esame è negativo.³ Le polmoniti acquisite in comunità sono attribuibili ad una riduzione dei meccanismi di difesa. La *L. pneumophila* insieme allo *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *S. aureus*, *N. meningitidis*, *M. catarrhalis*, *K. pneumoniae* sono agenti eziologici comunemente identificati in queste alterazioni respiratorie.

Le polmoniti acquisite in comunità sono descritte come frequentemente non responsive alle terapie antibiotiche convenzionali. Lo studio del contesto lavorativo della paziente in questione ha aiutato il medico curante a definire la possibile eziologia della manifestazione respiratoria, infatti, la *L. pneumophila* è il terzo agente eziologico delle polmoniti acquisite in comunità.³

L'evoluzione clinica della paziente fa ipotizzare che un soggetto sottoposto a chirurgia toracica debba esse-

re studiato con un esame spirometrico periodico per la valutazione dei volumi polmonari, in modo da identificare precocemente una insufficienza respiratoria secondaria.

Analogamente a quanto segnalato

Tabella 2

Casi di malattia Asl Milano 2014

Fascia d'età 51-65 anni		
	2014	2013
Infezione da HIV	57	68
Legionella	36	22
Diarrea infettiva	25	25
Tubercolosi	25	32
Scabbia	24	23
Sifilide	19	13
Varicella	19	8
Salmonella	12	6
AIDS	11	14
Malattie invasive pneumologiche	11	10
Epatite A	7	9

Fascia d'età >65 anni		
	2014	2013
Diarrea infettiva	433	366
Legionella	58	45
Malattie invasive pneumologiche	48	25
Tubercolosi	41	48
Salmonella	21	32
Micobatteriosi	18	32
Scabbia	16	15
Infezione da HIV	10	68
AIDS	3	5

Fonte: Bollettino Malattie Infettive MIAMI, 1/2015

in letteratura i quadri di BPCO, asma e bronchiectasie polmonari potrebbero essere trattate con una terapia inalatoria di fondo con la finalità di ridurre il numero e la durata delle riacutizzazioni, quindi lo studio spirometrico è strumento indispensabile per meglio progettare una terapia di broncodilatazione.

Riflessioni

La conduzione e l'esame di questo caso clinico ha permesso l'elaborazione di alcune riflessioni che abbiamo riportato nel corso pre-laurea di medicina generale e che possono essere utili nella pratica quotidiana della medicina generale.

1. La ricostruzione della sequenza cronologica, che è una metodologia normalmente in uso nello studio del rischio clinico, permette di evidenziare con maggiore facilità lo svolgimento del caso e ne facilita la valutazione retrospettiva.⁴

2. Il paziente sottoposto a chirurgia toracica dovrebbe essere studiato periodicamente con esame spirometrico con studio dei volumi polmonari.

3. Nei soggetti a rischio, le normali procedure anamnestiche di raccolta dati dovrebbero comprendere la valutazione del contesto lavorativo.

4. Lo studio dell'antigene urinario per *Legionella pneumophila* dovrebbe essere proposto nei pazienti con infezione respiratoria recidivante, dopo almeno due episodi flogistici respiratori correlati.

5. La terapia di prima linea delle infezioni respiratorie deve essere rivalutata a breve dal curante, particolarmente in pazienti a rischio lavorativo e/o clinico e nelle infezioni recidivanti. Le infezioni recidivanti devono essere studiate mediante cultura dell'espettorato con antibiogramma

in modo da mirare la terapia antibiotica, non somministrare terapie antibatteriche di scarsa utilità e creare meno resistenze batteriche.¹

6. La terapia indicata nella *L. pneumophila* è rappresentata dai macrolidi (azitromicina) e chinoloni che agiscono sui patogeni delle vie respiratorie (levofloxacina, gemifloxacina, moxifloxacina), efficaci in monoterapia. Farmaci alternativi sono la tetraciclina e gli analoghi doxiciclina e minociclina. Nei pazienti estremamente compromessi si può utilizzare come terapia d'attacco l'associazione di rifampicina con un nuovo macrolide o un chinolone. La terapia va iniziata per via ev e successivamente proseguita per os; nell'immunocompetente non deve durare più di 15 giorni, mentre nel soggetto complicato è meglio prolungarla fino a 20 giorni.⁵ L'utilizzo di levofloxacina è da valutare con attenzione nella terapia di pazienti con legionellosi, soprattutto se già complicata in ARDS, in quanto essa può facilitare l'insorgenza di complicanze respiratorie. Di vitale importanza è quindi la scelta di una terapia mirata e soprattutto specifica.⁶

7. Dato il costante aumento dei casi di legionellosi risulta evidente la necessità di migliorare l'attività degli operatori sanitari sulle strategie di prevenzione, così da incidere efficacemente sul controllo di una patologia impegnativa ma, suscettibile di essere prevenuta con interventi mirati. Le strategie per prevenire la presenza del patogeno in ambienti confinati riguarda due aspetti: la colonizzazione degli impianti e la moltiplicazione del batterio stesso.

Per esempio bisogna provvedere a una manutenzione periodica degli impianti di condizionamento, ad evitare la formazione di ristagni d'acqua e a controllare la temperatura

della stessa in modo da evitare l'intervallo critico per la proliferazione dei batteri (25°-55°C). Oltre al trattamento termico possono essere utili interventi di iperclorazione dell'acqua e ionizzazione rame/argento.

8. Il paziente affetto da bronchiectasie dovrebbe effettuare regolarmente una fisiokinesiterapia respiratoria riabilitativa per migliorare la clearance muco-ciliare respiratoria.

9. La raccolta dei dati clinici in medicina generale non è sempre agevole, particolarmente per lo scarso tempo a disposizione. È doveroso ricordare come un counselling adeguatamente condotto è uno strumento prezioso e indispensabile per lo studio del paziente nel contesto dell'assistenza primaria.

10. È importante che l'iter dei casi studiati possa essere presentato e discusso all'interno dei corsi universitari, per sfruttare al meglio il potenziale andragogico della discussione dei casi clinici, infatti lo sviluppo della medicina è correlato alla condivisione delle esperienze.

Bibliografia

1. Manzone G. Il rischio da legionella negli ambienti confinati. M&M Associati, 2005.
2. www.analisiacqua.org/download/linee%20guida%20lombardia.pdf
3. Chesnutt MS, Prendergast TJ, Tavan ET. Pulmonary Disorders, 260-65. Community-Acquired Pneumonia. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2014.
4. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: metodi di analisi del rischio clinico. Analisi della causa profonda. www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1103_allegato.pdf.
5. Schwartz BS. Bacterial & chlamydial Infections. Legionnaires Disease. 1396. *Current Medical Diagnosis & Treatment* 2014.
6. Facciolongo N, Menzella F, Castagnetti C et al. Eosinophilic infiltrate in a patient with severe Legionella pneumonia as a levofloxacin-related complication: a case report. www.medscape.com/viewarticle/733893

Un caso di policondrite ricorrente

Di difficile diagnosi e potenzialmente pericolosa per la vita, la policondrite ricorrente è un disordine da causa ignota caratterizzato da episodi ricorrenti di infiammazione dei tessuti cartilaginei

Carmine Luongo - Medicina Generale, Specialista in Reumatologia - Formia (LT)

Paziente di sesso femminile di 45 anni si presenta alla mia osservazione per l'insorgenza di artrite localizzata alle mani e alle caviglie. All'anamnesi non risultano patologie degne di nota.

■ **Esame obiettivo:** si evidenziano segni di artrite caratterizzati da tumefazione delle articolazioni interfalangee prossimali (IFP) del secondo e terzo dito bilateralmente e delle caviglie, con arrossamento e dolore alla palpazione. Il riposo accentua il dolore con presenza di rigidità mattutina della durata maggiore alla mezz'ora. Decido di approfondire e in prima battuta prescrivo alcune indagini di laboratorio.

■ **Esami ematochimici:** evidenziano aumento dei valori di VES, PCR, mucoproteina, C4 con ANA positivo, ENA negativo, Waaler-Rose positivo, reuma test negativo. Nel frattempo all'artrite si aggiunge infiammazione della cartilagine auricolare già mani-

festatasi in due occasioni e non collegata, in precedenza, alla sintomatologia articolare (*figura 1*, l'immagine non è riferita al caso in oggetto).

► Diagnosi

L'associazione di artrite e condrite suggeriscono la diagnosi di policondrite ricorrente. Per tale motivo si consiglia una consulenza otorinolaringoiatrica che non evidenzia interessamento delle cartilagini nasali.

A questo punto viene intrapresa terapia con corticosteroidi, FANS e terapia di fondo con methotrexate.

A distanza di qualche mese si assiste alla normalizzazione di VES, PCR e mucoproteina, attenuazione della sintomatologia articolare e scomparsa degli episodi di policondrite.

► Commento

La policondrite ricorrente è una rara malattia sistemica autoimmune di origine sconosciuta, caratterizzata da artrite associata ad infiammazione della cartilagine delle orecchie, del naso, del tratto tracheobronchiale e a volte anche di strutture ricche di proteoglicani come l'occhio, il cuore e i vasi sanguigni. I pazienti presentano un ampio spettro di segni e sintomi clinici che spesso sollevano importanti dilemmi diagnostici. In circa un terzo dei soggetti, la policondrite ricorrente si associa a vasculite e alle

malattie reumatiche autoimmuni. I tipi di vasculite più frequentemente osservati variano dalla vasculite leucocitoclastica cutanea isolata alla poliangiite sistemica. Possono essere colpiti i vasi di tutti i diametri e la vasculite dei grandi vasi è una complicazione osservata spesso e potenzialmente fatale. La malattia reumatica autoimmune (soprattutto l'artrite reumatoide e il lupus eritematoso sistemico) è la seconda malattia più frequentemente associata. Altre patologie associate sono le malattie ematologiche maligne, i disturbi gastrointestinali e le malattie endocrine. La policondrite ricorrente è generalmente progressiva.

La maggior parte dei pazienti presenta manifestazioni infiammatorie intermittenti o fluttuanti. L'età di massima incidenza della malattia è la quinta decade, anche se sono stati riportati casi sia molto più precoci che molto più tardivi (www.orpha.net).

Per quanto riguarda la terapia questa si divide in sintomatica, con FANS nelle forme lievi e corticosteroidi nelle forme più gravi e terapia di fondo a base di farmaci immunosoppressivi come azatioprina, ciclofosfamide, clorambucile, ciclosporina e methotrexate.

Nei casi di insuccesso con la terapia immunosoppressiva sono stati introdotti nella terapia alcuni farmaci anti-TNF come infliximab ed etanercept.

Figura 1

