

# M.D.

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

Anno XXIV, numero 2 - marzo 2017

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

### INDAGINI

6

**Il fattore tempo che mina l'aderenza terapeutica**

### TRIBUNA

8

**Certificati di malattia: nulla cambia, confermate sanzioni per i medici**

### RASSEGNA

47

**Dal sospetto di neoplasia cutanea alla chirurgia plastica ricostruttiva**



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



## Cristina Patrizi

*Mmg e consigliere OMCeO Roma*

**Informatizzazione del Ssn: bisogna ascoltare i medici**



## M.D. Medicinae Doctor

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

### Direttore Responsabile

Dario Passoni

### Comitato di Consulenza di M.D.

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

### Redazione

Patrizia Lattuada  
Anna Sgritto  
Livia Tonti  
Elisabetta Torretta

### Grafica e impaginazione

Rossana Magnelli

### Pubblicità

Teresa Premoli  
Sara Simone

### Passoni Editore s.r.l.

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

### Amministratore unico

Dario Passoni

Costo di una copia: 0,25 €

A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72  
n° 633 e del DPR 28/12/72  
il pagamento dell'IVA è compreso  
nel prezzo di vendita

Stampa: Tiber SpA - Brescia

## ATTUALITÀ

- **Prima pagina**  
Informatizzazione del Ssn: bisogna ascoltare i medici ..... 5
- **Indagini**  
Il fattore tempo che mina l'aderenza terapeutica ..... 6
- **Tribuna**  
Certificati di malattia: nulla cambia, confermate sanzioni per i medici ..... 8
- **Focus on**  
Curare tra scienza, coscienza e vincoli economici ..... 10
- **Il caso**  
È scontro tra l'Asl di Lecce e i Mmg sul rimborso per i pazienti deceduti ..... 12
- **Proposte**  
Riconvertiamo le Case della Salute ..... 14
- **Note stonate**  
Un super-burocrate con poca attività clinica è dietro l'angolo ..... 16
- **Contrappunto**  
Gastroscopie, inibitori di pompa e ingiunzioni paradossali ..... 17
- **Professione**  
L'Europa lancia l'allarme sulla formazione dei Mmg ..... 18
- **Riflettori**  
Linee guida italiane, c'è bisogno di un cambio di rotta ..... 22
- **Normative**  
Se il medico finisce su Facebook? Si può rivalere legalmente ..... 23
- **Italia sanità**  
Una firma per non dover rinunciare al medico di famiglia ..... 24

## AGGIORNAMENTI

- **Disturbi del sonno**  
Sonnolenza diurna e rischio di incidenti stradali ..... 28
- **Epatologia**  
Epatite C, verso l'eradicazione con la collaborazione dei Mmg ..... 29
- **Ginecologia**  
Evoluzione nella terapia medica dei fibromi uterini ..... 30
- **Lipidologia**  
Una nuova potente arma contro l'ipercolesterolemia severa ..... 31
- **Medicina interna**  
Sincope: nel panorama diagnostico va sospettata l'embolia polmonare ..... 32
- **Neurologia**  
Cause rare, ma non troppo, di ictus cerebrale ..... 33
- **Oncologia**  
Maggiori conferme dell'associazione tra obesità e rischio neoplastico ..... 34
- **Ortopedia**  
Gestione clinico-terapeutica dell'edema midollare osseo ..... 35
- **Vaccini**  
In Italia il primo vaccino anti-HPV 9-valente ..... 36

## CLINICA E TERAPIA

- **Clinica**  
Sindrome metabolica: criteri diagnostici, patogenesi e aspetti clinico-terapeutici ..... 42
- **Rassegna**  
Dal sospetto di neoplasia cutanea alla chirurgia plastica ricostruttiva ..... 47
- **Counselling**  
Misurare e apprendere l'empatia ..... 54
- **Management**  
Terapia educativa efficace nel diabete ..... 62

# Informatizzazione del Ssn: bisogna ascoltare i medici

I medici hanno bisogno di strumenti informatici e soluzioni di supporto decisionale nei processi diagnostici, terapeutici e assistenziali; ne hanno bisogno dove l'integrazione ospedale-territorio è già cominciata e dove deve ancora partire; hanno bisogno di piattaforme di collaborazione e di comunicazione, di software e servizi per migliorare gli aspetti clinico-terapeutici. E l'offerta di informatizzazione dove va? Verso gli aspetti di gestione burocratica. È quanto emerge da un sondaggio dell'Osservatorio Netics svolto su un panel di circa 500 fra medici e infermieri che ha messo in luce la distonia fra domanda e offerta nel mondo dell'informatizzazione per la Sanità.

**Cristina Patrizi**, Mmg e consigliere OM CeO Roma, commenta così la situazione: "i medici chiedono soprattutto software per condividere i dati clinici, per poter uscire dallo studio e dal perimetro aziendale, potendo agire in tutta sicurezza e nel rispetto delle norme in materia di tutela della riservatezza dei dati sensibili, ma anche strumenti veloci da utilizzare e semplici, per offrire un'assistenza migliore".

"Bisogna mettere in campo - prosegue Patrizi - un attento processo di informatizzazione che risponda alle reali esigenze dei medici, oltre che progettare e realizzare percorsi di formazione specifici per i colleghi".

I dati evidenziati dal sondaggio Netics rispecchiano da un altro punto di vista la situazione mostrata durante una due giorni di studio sul tema dell'informatizzazione organizzata proprio dalla dott.ssa Patrizi a Roma: "oltre il 20% del tempo dei medici si perde battendo sui tasti di un computer e interfacciandosi con collegamenti di rete. E questo nella migliore delle ipotesi e prendendo in considerazione il lavoro del singolo medico; sì perché alziamo lo sguardo e analizziamo le *performance* delle forme associative come le unità di cure primarie, che dovrebbero essere collegate in rete, non è detto che funzionino come dovrebbero. C'è da dire comunque che quelle gestite in maniera autonoma dai Mmg funzionano meglio".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Cristina Patrizi

# Il fattore tempo che mina l'aderenza terapeutica

Quasi un medico su tre ritiene di non aver tempo sufficiente da dedicare ai pazienti per assicurare l'aderenza alle terapie. A rilevarlo è "L'indagine civica sull'esperienza dei medici in tema di aderenza alle terapie, con focus su farmaci biologici e biosimilari", presentata di recente a Roma e realizzata da Cittadinanzattiva-TdM

**F**ra i prescrittori di farmaci biologici e biosimilari, chi decide di cambiare la terapia al paziente lo fa, in un terzo dei casi, in libertà e autonomia e per rispondere meglio alle esigenze di cura e di successo delle terapie per il paziente; ma quasi uno su cinque (19%) dichiara di aver cambiato la terapia per rispondere ad esigenze di carattere amministrativo, principalmente per contribuire alla sostenibilità economica del Ssn (39%), per rispettare limiti o obiettivi di budget fissati dalla Azienda ospedaliera o Asl (35%), ma solo l'8% dei professionisti è al corrente dell'esistenza di delibere della Regione o Asl che prevedono come saranno riutilizzati i risparmi derivati dalla prescrizione di farmaci a minor costo.

Sono questi alcuni dei principali dati che emergono dalla "Indagine civica sull'esperienza dei medici in tema di aderenza alle terapie, con focus su farmaci biologici e biosimilari", presentata a Roma e realizzata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato con il sostegno non condizionato di Assobiotec.

L'indagine, condotta su un campione rappresentativo di 816 medici di cui 404 abilitati alla prescrizione di

farmaci biologici e/o biosimilari, ha il doppio obiettivo di rilevare l'esperienza dei professionisti rispetto al tempo e alla relazione di cura con il paziente e approfondire gli ambiti relativi alla prescrizione e all'uso dei farmaci. Ciò al fine tanto di comprendere l'impatto delle disposizioni vigenti ai livelli nazionale e regionale sull'esercizio della pratica clinica, soprattutto in relazione al codice deontologico, quanto per analizzare gli strumenti a disposizione e le eventuali criticità incontrate, così da favorire l'aderenza alle terapie e una migliore relazione medico-paziente.

Nel campione dei medici intervistati sono stati inseriti anche i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta perché, anche se non direttamente interessati per area di specializzazione alle nuove terapie con biologici e biosimilari, potrebbero averne una diffusa conoscenza ed esperienza avendo in cura ed occupandosi di pazienti che potrebbero assumerle.

## ► I risultati

- **Tempo di cura.** Il fattore "tempo" dedicato al paziente influisce molto sull'aderenza alle terapie. Da

un lato il 71% dei professionisti lo ritiene sufficiente/adeguato, pochi si attengono a rigide disposizioni (7%), mentre più della metà lo modula in base alle esigenze e bisogni della persona (62%) e dedicando più tempo alle prime visite/cambi terapie (17%).

Dall'altro, esiste un buon numero di medici (29%), quasi uno su tre, che invece lo ritiene insufficiente/inadeguato e riscontra difficoltà per carenze di personale e organizzative (29% e 17%).

- **La comunicazione e l'informazione.** Poco più di 1 medico su 2 si accerta con domande che il paziente abbia compreso tutto (55%), lascia suggerimenti scritti oltre alla prescrizione (54%), consente che un familiare partecipi alla visita (57%). Poco utilizzati inoltre espedienti semplici, come l'uso di supporti informativi cartacei ("mai" 16% e "quasi mai" nel 20%), ancor meno quelli informatici (app, tutorial, video).

Circa un medico su due lascia il numero mobile personale (48%) o di servizio (37%), privilegiando ancora i "formali" canali di comunicazione, quali numero dell'ambulatorio (85%) o dello studio (59%). Lo

strumento delle email è molto utilizzato (78%), *whatsapp* nel 35%. Il paziente è informato su aspetti importanti della terapia che viene prescritta, ovvero su modalità e tempi di somministrazione (86%), nome e tipologia del farmaco (77%), eventuali effetti collaterali/reazioni avverse (68%), profilo di sicurezza, efficacia e qualità del farmaco (67%), interazioni con altri farmaci/integratori (62%). Meno prioritarie le informazioni su corretto stile di vita e regime alimentare (54%), su alternative terapeutiche o esistenza di farmaci equivalenti o biosimilari (rispettivamente 36% e 29% dei casi).

L'80% dei medici intervistati ritiene "molto importante" sapere se il paziente sta già assumendo farmaci (in che numero e che tipologia), se presenta eventuali deficit cognitivi o demenze (66%), se il paziente ha difficoltà a seguire le terapie perché troppo complesse (60%). Tuttavia meno rilevanti risultano le informazioni su preferenze del paziente su modalità di somministrazione (50%), inoltre solo di 1 medico su 2 presta attenzione alle difficoltà economiche del cittadino (49%). Abitudini e stili di vita (44%), attività lavorativa (39%), frequenza di spostamenti o viaggi (23%) sono aspetti ancora troppo poco considerati, che invece se tenuti in buon conto aiuterebbero a orientare la scelta prescrittiva verso la terapia che consentirebbe di mantenere al paziente, laddove possibile, una soddisfacente qualità di vita, coerente con il proprio progetto di vita.

• **Come si sceglie o si cambia una terapia.** Il coinvolgimento del paziente nella scelta terapeutica è considerata una buona prassi

per "favorire l'aderenza alle terapie e migliorare gli esiti" (72%) e per "consolidare la relazione di fiducia" (66%). Tuttavia il medico lo considera un buon esercizio, ma è lui che decide la terapia (il 70% è "molto" e "abbastanza d'accordo").

La gran parte sostituisce la terapia per fattori clinici: l'81% dei medici "sempre" e "di frequente" per rispondere meglio al bisogno della persona per modalità e tempi di somministrazione, il 72% per poca tollerabilità alla terapia (ad es. reazioni avverse o effetti collaterali) e il 62% per inefficacia della stessa. Il 43% dei medici dichiara anche una preferenza a prescrivere il farmaco a minor costo a parità di efficacia, qualità e sicurezza.

• **I fattori di carattere amministrativo ed organizzativo.** Incidono le disposizioni di normative nazionali "sempre" e "di frequente" nel 21% dei casi, le delibere e linee di indirizzo a livello regionale nel 19% e le indicazioni provenienti dalla Direzione Generale nel 12%. Ma anche l'indisponibilità del farmaco, in ospedale non aggiudicatario di gara d'acquisto e sul territorio, costituisce un fattore determinante sulla scelta di sostituire una terapia, "sempre" e di "frequente" rispettivamente nell'11% e nel 14% dei casi, "talvolta" rispettivamente nel 33% e 54% dei casi.

• **Proposte per migliorare l'aderenza alle terapie.** Tra le priorità, è stato indicato il *counseling* e il coinvolgimento dei familiari, il supporto dell'équipe di cura (49%), poi la formazione e l'aggiornamento professionale sanitario a partire dall'Università (circa 42%), un

maggiore utilizzo di supporti informativi per pazienti e familiari attraverso opuscoli o tutorial (35%).

• **Il carico burocratico.** Il 34% dei medici vorrebbe una riduzione del carico burocratico, a cui va sommato anche l'ulteriore 17%, relativo a carico burocratico correlato alla numerosità dei pazienti. Si avverte anche l'esigenza di semplificare i dosaggi e modalità di somministrazione della terapia guardando le esigenze e preferenze dei pazienti (32%), agevolare l'accesso al trattamento a domicilio (24%), rafforzare il sistema di monitoraggio/ supporto al paziente telefonico o computerizzato (19%). Anche l'accesso da parte dei medici ai dati di farmacovigilanza è avvertito come un aspetto da migliorare (11%) così come la maggiore collaborazione tra professionisti e associazioni di cittadini (10%).

• **Effetti indesiderati e inefficacia del farmaco.** Il 35% dei medici ha segnalato effetti indesiderati o inefficacia di un farmaco, negli ultimi due anni. Chi non lo ha fatto è stato per irrilevanza clinica (37%); più di un medico su tre (32%) perché ha incontrato difficoltà ad attribuire l'effetto indesiderato ad un farmaco in presenza di politerapie e il 15% per eccessiva complessità della segnalazione. Per questo i medici suggeriscono, in egual misura (54%), di migliorare formazione e aggiornamento professionale e semplificare del processo di segnalazione. Il 48% ritiene sia da migliorare la ricezione di report e *feedback* aggiornati su reazioni avverse e inefficacia da farmaci rilevati dal Sistema di Farmacovigilanza.

# Certificati di malattia: nulla cambia, confermate sanzioni per i medici

Il Testo Unico del pubblico impiego approvato di recente dal Consiglio dei Ministri conferma le sanzioni previste dalla legge Brunetta. In caso di certificazioni di malattie false o attestanti il falso, il medico rischia la radiazione dall'Albo o la decadenza della convenzione, una multa da 400 a 1.600 euro e il rischio di detenzione per 5 anni

Simone Matrisciano

// Sono otto anni che la FNOMCeO chiede la revisione della Legge Brunetta - dichiara **Augusto Pagani**, Presidente OMCeO Piacenza - sia per gli aspetti di incostituzionalità che sul tema dell'autocertificazione di malattia dei lavoratori per i primi tre giorni. Le mozioni dell'On. Romani e dell'On. Bergonzi, sostenitori delle richieste FNOMCeO, giacciono in qualche cassetto in attesa di essere discusse. Come se non bastasse, su mia richiesta il 16 dicembre scorso la FNOMCeO ha approvato all'unanimità la necessità di ribadire queste richieste alla classe politica. Infine, la Federazione sta raccogliendo nuovi dati (numero di assenze, tipologie di assenze, regolamentazione sul tema in vari Paesi, ndr), in Italia e in Europa, che verranno pubblicati per ravvivare l'interesse politico". Pagani, da sempre attivo sul fronte certificazioni di malattia, rincara la dose: "e che cosa otteniamo in risposta a tutto ciò? Che il Testo Unico del pubblico impiego riceve un ok dal governo confermando non solo le sanzioni previste dalla legge Brunetta per i dipendenti della PA che usano un certificato falso o attestante il falso; ma anche il medico rischia le stesse sanzioni, ossia radiazione dall'Albo o decadenza della convenzione, per non parlare della multa da 400 a 1.600 euro o il rischio di finire in galera per 5 anni!". Commissione di reato dunque; di que-

sto può essere accusato il medico. Certo la discussione è ancora aperta: il provvedimento, che ha ricevuto l'ok dal Consiglio dei Ministri, dovrà passare al vaglio del Consiglio di Stato e delle Commissioni parlamentari, oltre che trovare l'intesa con le regioni e le autonomie locali prima di diventare legge. Ma tanto è bastato a far saltare nuovamente sulla sedia i rappresentanti dei Mmg.

## ► Una posizione complessa quella dei Mmg

"Soprattutto noi Mmg siamo in una posizione complessa, oserei dire di conflitto di interesse - continua Pagani -. Da un lato non si può chiedere al Mmg di essere un carabiniere, come vorrebbero i datori di lavoro per controllare i loro dipendenti fannulloni: noi siamo le persone di fiducia dei lavoratori, il nostro lavoro si fonda sul rapporto di fiducia e dobbiamo credere alle affermazioni dei nostri assistiti, salvo evidente distonia con i dati clinici. Dall'altro lato non possiamo ignorare le continue segnalazioni che gli Ordini ricevono dai datori di lavoro: noi medici siamo chiamati a prestare maggiore attenzione, anche perché gli Ordini non possono e non vogliono subire la gogna mediatica che deriva dalla negligenza di certi lavoratori. Come facciamo a far comprendere la nostra situazione al governo? Come possiamo evi-

tare che l'unica risposta delle Istituzioni sia sanzionare anche il medico, sbandierando anche la possibilità del carcere?". È utile ricordare che le mozioni di modifica della legge Brunetta sono incentrate sul tema dell'autocertificazione della malattia per i primi tre giorni di assenza dal lavoro. Inoltre una seconda richiesta è quella di modificare l'articolo 55 quinquies del decreto legislativo 165/2001 (che prevede le sanzioni per i medici che nell'iter certificativo non avessero "direttamente constatato ed oggettivamente documentato" lo stato di malattia del paziente). Una nuova disposizione di legge dovrebbe eliminare l'automatismo tra la sentenza definitiva di condanna da una parte e la radiazione dall'albo, il licenziamento o la decadenza dalla convenzione dall'altra, "privilegiando - si legge nella mozione - un procedimento disciplinare che consenta all'Ordine o alla struttura sanitaria pubblica di competenza di graduare l'applicazione della sanzione disciplinare tenendo nella giusta considerazione il riferimento al caso concreto".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Augusto Pagani

# Curare tra scienza, coscienza e vincoli economici

I diritti incompressibili, come il diritto di tutela della salute, non possono essere “sempre e comunque assoggettati a un vaglio di sostenibilità nel quadro complessivo delle risorse disponibili”. È questo un concetto che ritroviamo tra le tante sentenze della Corte di Cassazione e della Corte Costituzionale. Un’affermazione che stride con le politiche sanitarie degli ultimi anni, vincolate e guidate da una matrice economicistica e dalla sola ottica di risparmio e recupero della spesa pubblica

**L**e politiche sanitarie degli ultimi anni, vincolate e guidate da una matrice economicistica e dalla sola ottica di risparmio e recupero della spesa pubblica hanno avuto e continuano ad avere degli effetti negativi sulla pratica clinica e rappresentano una criticità nel rapporto tra medico e paziente, in particolar modo per i Mmg.

“Da troppi anni ormai la sanità è governata da chi ha poco a che fare con la sanità stessa”. È duro **Ernesto La Vecchia** - Segretario Organizzativo e Tesoriere Nazionale Smi, Sindacato dei Medici Italiani - nel commentare l’evoluzione del rapporto tra cittadino, salute e medicine generale. La domanda che gli abbiamo posto riguarda le tante sentenze della Corte Costituzionale e della Suprema Corte di Cassazione (l’ultima delle quali è la n. 275/2016 della Corte Costituzionale e pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 51 del 21 dicembre 2016 - Serie speciale), nelle quali si stabilisce che i diritti incompressibili, come il diritto di tutela della salute, non possono essere “sempre e comunque assoggettati a un vaglio di sostenibilità nel quadro complessivo delle risorse disponibili”: in altre parole, la

salute non può essere assoggettata ai vincoli economici di uno Stato, di una regione, di un’azienda sanitaria. “Purtroppo il Ministero dell’Economia e della Finanza (Mef) ormai è il riferimento per ogni decisione politica. La stessa Corte Costituzionale e la Magistratura, hanno mostrato negli anni la tendenza a entrare a gamba tesa sui temi sanitari: non è più tollerabile che la politica o venga portata avanti col solo metro del soldo o venga spodestata dal suo ruolo di organizzatore e gestore della vita pubblica da giudici e magistrati che decidono su questioni sanitarie senza avere le competenze e le conoscenze scientifiche in materia”.

## ► Uno spiraglio

“Credo si possa uscire da questa situazione - precisa - solo lavorando in *team*; i soggetti che operano nella sanità non possono vivere in compartimenti stagni, e faccio un esempio concreto: i rappresentanti dei cittadini non possono far ricadere sempre le colpe sui medici e sul sistema che non tutela la cittadinanza. Avranno anche ragione su alcuni aspetti, ma se non ci uniamo non

riusciremo a sconfiggere certe logiche dominanti, a mettere insieme i bisogni dei cittadini e dei medici: il punto è proprio qui, riuscire a fare una sintesi di queste necessità”.

Le sentenze citate riconoscono, da un lato al cittadino il diritto di esigere dal medico la migliore terapia disponibile, dall’altro al medico la piena autonomia di decidere la terapia non solo con scienza ma con coscienza: “Quella coscienza - conclude La Vecchia - intesa come spazio e tempo dove ciascun professionista si assume la responsabilità di cercare e trovare, in base alla propria esperienza, la cura più appropriata per rimettere in salute il malato che ha preso in carico. Operando in questo modo, stabiliscono le sentenze, il medico non sbaglia mai perché garantisce un diritto costituzionale: la tutela della salute dei cittadini”.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Ernesto La Vecchia

## La professione schiacciata: obblighi, restrizioni e sentenze

Giuseppe Mittiga, *Medicina Generale, Roma*

Malgrado la Corte di Cassazione sancisca che il motivo economico non può essere anteposto ai bisogni di cura (Cass. Pen. Sez. IV Sentenza 02/03/2011 n. 8254), medici e amministratori sono consci che la sostenibilità del Ssn non può far a meno del dato economico. Si tratta di fatti e numeri. Premesso ciò, va detto che la nostra professione oltre al vincolo economico vive altre innumerevoli incombenze: per il MEF siamo responsabili dell'inserimento esenzione per reddito; per l'Inps dell'invio dei certificati di malattia on line.

Il nostro libero pensare da medico ed il nostro buon senso di uomo confligge ogni giorno con multiformi decreti commissariali, regionali limitanti l'uso dei farmaci; anche se alcune sentenze, stanno mettendo un freno chiarendo che la Regione non può limitare la nostra attività prescrittiva (TAR Lazio n.14044/2015) sul singolo caso clinico. E tra le ultime novità spicca il decreto appropriatezza criticato da tutto il mondo medico ed in via di revisione dal decisore politico stesso. Tutto ciò confligge con l'attività clinica. Non possiamo non rispettare le leggi dello Stato, ma siamo liberi di criticare e dire che la professione è schiacciata.

### ► Il rapporto fiduciario

La nostra peculiarità sta nel rapporto fiduciario con il paziente e abbiamo l'obbligo di difenderlo. Ma le organizzazioni sindacali sembrano aver rinunciato negli ultimi quindici anni alla lotta per l'aumento della quota capitaria a favore di incentivi per l'associazionismo. Ma è questo che cerca il cittadino, oppure maggior

tempo per la diagnosi, l'ascolto, la personalizzazione della terapia? L'associazionismo spinto agli eccessi è ben visto dalla parte pubblica perché a curare non è più il proprio medico, il medico personale, ma uno dell'équipe. Per un medico estraneo alla vita del paziente sarà più facile districarsi nelle limitazioni poste al servizio sanitario pubblico e negare una prestazione senza chiedersi se è la cosa giusta o sbagliata.

Nel 1978 la legge 833 disegnò un medico di famiglia libero professionista per diversi ordini di ragioni:

**1.** Spostare la tassazione sul medico-lavoratore che nel tempo ha visto crescere rischi "di impresa", professionali, oneri tributari, spese. ecc. Lo Stato sa bene che un massimalista assorbe una mole di lavoro che l'Asl con personale dipendente riuscirebbe ad espletare con non meno di due medici, due amministrativi e un infermiere.

**2.** Libertà di scelta da parte del cittadino per cui pazienti diversi scelgono medici diversi secondo moltissime variabili ottenendo livelli di convivenza accettabili, se non di vero e proprio gradimento.

**3.** Il controllo dell'operato dei Mmg è svolto dal cittadino: il medico di famiglia non ha bisogno di timbrare il cartellino di entrata e uscita.

**4.** Se il Mmg non lavora bene perde pazienti. Il cittadino viene affidato ad un medico esterno all'Azienda: un medico che in via teorica è indipendente, che sceglie il meglio per il proprio paziente.

Il medico dipendente Asl nei fatti è più tutelato. Non è mia assoluta intenzione creare contrapposizioni o critiche, ma evidenziare delle diffe-

renze che rendono diverso il nostro operare, lo dicono i fatti, la macchinosità della gestione aziendale, le pur giuste tutele, le gerarchie. Il dipendente tende quasi per definizione a deresponsabilizzarsi, e nelle Asl la responsabilità spesso è poco chiara. Anche dal punto di vista giuridico le differenze tra medico dipendente e medico convenzionato sono moltissime.

### ► Servono più risorse per la MG

La parte pubblica potrebbe risparmiare, se questo è il suo obiettivo, potenziando la Medicina Generale (MG), quindi finanziandola, per essere espliciti. Conviene davvero sguinzagliare burocrati o maxi burocrati per la riorganizzazione delle Asl o per la caccia al "medico spendaccione"?

Affianco alla Corte di Cassazione anche la Corte Costituzionale si è espressa sui temi di economia sanitaria affermando che: "è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione", facendo così sorgere dubbi sulle delibere regionali restrittive e su tutti quei provvedimenti che ne derivano. Sedersi ai tavoli per i rinnovi contrattuali senza tener conto di quanto parte dello Stato dice ad altra parte dello Stato è non solo inutile, ma controproducente. Se è vero che il sindacato che ricorre ai tribunali è un sindacato messo alle strette, è vero anche che questo a volte è l'unico canale di interlocuzione, se così può esser definito. L'alternativa è una Medicina Generale povera, che non attrae i medici migliori, che rischia di assoldare solo esecutori e non decisori.

# È scontro tra l'Asl di Lecce e i Mmg sul rimborso per i pazienti deceduti

Pare non abbia sortito il risultato sperato la sentenza della Corte dei Conti che, in sintesi, accolla la responsabilità della non cancellazione dei pazienti deceduti o trasferiti dagli elenchi dei Mmg al Direttore Generale dell'Azienda. A testimoniare è quanto di recente è accaduto a Lecce dove la Asl batte cassa per riavere dai Mmg le somme "illecitamente" percepite e, per "andare incontro ai medici", propone la rateizzazione dei rimborsi

**S**ta succedendo a Lecce, dove la Asl batte cassa per riavere dai Mmg le somme percepite per pazienti deceduti o trasferiti e mai depennati dalle liste. La bufera non tarda ad arrivare, con i camici bianchi pronti a brandire la recente sentenza della Corte dei Conti (n. 317 del 16 novembre 2016) che, in sintesi, accolla la responsabilità della non cancellazione dei pazienti dagli elenchi al Direttore Generale dell'Azienda. Due schieramenti, un campo di battaglia e armi impugnate: lo scontro è servito. Già, ma se l'arma in mano ai medici è chiara, quella a disposizione delle Asl lo è meno. A Lecce l'Azienda infatti sta dando la possibilità ai Mmg di rateizzare le somme da trattenere, così come rilevate in automatico dal Sistema Informativo Regionale "Edotto". Da tempo, per i pazienti deceduti o trasferiti, la Regione Puglia attraverso questo sistema allinea i dati anagrafici e li aggiorna. Per la Regione, si tratta di un controllo pienamente legittimo che avviene a monte e per il quale la Asl in caso di incongruenza rispetto agli elenchi dei Mmg "è tenuta a chiedere il rimborso", che si traduce in una trattenuta alla fonte, cioè direttamente nel cedolino paga. In particolare l'Azienda al riguardo ha fatto presente che trattandosi di cifre

indebitamente percepite sta procedendo nel recupero per evitare di incorrere in responsabilità erariale (per omesso controllo) davanti alla Corte dei Conti.

## ► La protesta dello Snami

Su quanto sta accadendo si leva la voce di protesta dello Snami, con una dichiarazione del segretario regionale **Antonio Chiodo**: "La giurisprudenza ormai è chiara ed è favorevole ai medici di famiglia, che hanno anche pagato tasse su quelle somme e non hanno avuto la possibilità di 'rimpiazzare' i pazienti deceduti con nuovi assistiti. È un adempimento, quello dell'aggiornamento degli elenchi, che spetta alla Asl! Lo Snami chiederà pubblicamente le dimissioni del direttore generale e la destituzione del responsabile dell'ufficio convenzioni se questo stillicidio poco onorevole per tutti non cesserà e la Asl non si assumerà le proprie specifiche responsabilità erariali. Ho chiesto un incontro urgente al direttore generale, per definire la questione e scongiurare l'intervento della giustizia amministrativa". Sconcertato si dice anche **Roberto Carlo Rossi**, presidente di Snami Lombardia, che aveva espresso meraviglia positiva verso una sentenza che mostrava un "Diritto ancora vivo

nel nostro Paese!". "Ho salutato la sentenza della Corte dei Conti - evidenza - come innovativa anche se, a pensarci bene, di innovativo c'era ben poco: già negli anni passati la giurisprudenza si era espressa a favore dei medici. Questa vicenda di Lecce, che speriamo non venga presa come esempio da altre Aziende altrimenti è davvero guerra dichiarata, dimostra che ancora oggi viviamo in uno Stato che predica bene e razzola malissimo: invece di investigare i motivi che hanno portato chi doveva controllare a non farlo, si accusano i medici e si leggono notizie che lasciano senza parole, come avvisi di garanzia con accuse di responsabilità di carattere penale". "La sentenza della Corte dei Conti, che sembrava restituire il mal tolto, pareva accogliere le lamentele annose dei medici: "di tutti può essere la colpa, tranne che del medico! - conclude Rossi - Ma evidentemente *Vox clamantis in deserto*".



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

# Riconvertiamo le Case della Salute

Malgrado un errore di fondo, sono convinto che sarebbe ancora possibile riprogettare le CdS, organizzandole sì in una rete di strutture territoriali, ma senza le medicine di gruppo al loro interno. In questo modo potrebbero diventare il sistema *hub and spoke* delle cure primarie, delle strutture di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a cui tutti i Mmg potranno accedere per seguire i propri pazienti in particolari esigenze assistenziali a bassa urgenza

**Alessandro Chiari**

*Segretario Smi Emilia Romagna e Coordinatore Nazionale dei Segretari regionali Smi*

**L**e Case della Salute (CdS) sono un progetto di ritorno, riesumato dal modello spagnolo, di cui si fece un gran parlare all'alba del nuovo millennio. In quegli anni ogni Congresso che si rispettasse e che avesse come argomento le cure territoriali, ospitava sempre, nel suo programma, una testimonianza della sanità iberica, portando come esempio le Case della Salute (CdS). Aldilà dell'organizzazione di tali carrozzoni congressuali, già obsoleti allora, gli spot sulle CdS risultarono comunque efficaci al punto che il progetto divenne l'emblema del dicastero della Salute dell'allora ministro Livia Turco: uno slogan politico per un futuro più efficiente ed efficace dell'assistenza di primo livello.

A tale proposito ricordo in particolare un evento, organizzato nella mia Regione, nel quale l'intervento sulle CdS del ministro Turco, ormai spenta attrice di un Governo a fine carriera, ebbe il sapore di un testamento politico. Poco dopo il Governo cadde e il ministro e la sua Casa della Salute si persero nell'oblio.

## ► La mia esperienza

Ma il progetto sbandierato delle CdS si era insediato nei meandri della nostra categoria al punto che, lo confesso, nel 2004 io stesso sono stato un convinto assertore del dotare il territorio di una maggiore capacità diagnostica, terapeutica e riabilitativa, spostando sul territorio tutta quella tecnologia che potesse aumentare il presidio clinico rappresentato dalle cure primarie, in particolare quello relativo ai medici di famiglia (Mmg) e ai medici di continuità assistenziale (MCA). Per questo motivo firmai l'Accordo Regionale del 2006 per la MG dell'Emilia Romagna a cui avevo lavorato in prima persona nella progettazione. Così noi medici delle cure primarie investimmo in tecnologia informatizzata con il disegno ambizioso di creare una dorsale informatizzata comune, meglio nota come "Progetto Sole", che si è rivelata di importanza fondamentale nell'assistenza sanitaria regionale.

Anche il fenomeno della medicina di gruppo apparve allora interessante perché permetteva all'uten-

te un accesso aperto in ambulatorio e ai medici del gruppo dava più ampie e migliori possibilità organizzative assistenziali, con annesso risparmio sui costi produttivi.

## ► 2010 anno cruciale

Nel 2010, venne pubblicata, in Emilia Romagna una delibera sulle caratteristiche strutturali-architettoniche della CdS, riesumando in un qualche modo il progetto Turco. Le Case della Salute, concepite per essere strutture di riferimento per i cittadini, sarebbero dovute diventare il punto di erogazione dei nuovi presidi socio-sanitari, dove i servizi di assistenza primaria territoriale si integravano con quelli specialistici, ospedalieri, e con l'assistenza socio-sanitaria. Quindi, nella visione originale, le CdS sarebbero state il punto di accesso unico, dove si sarebbe realizzato un maggiore coordinamento tra gli operatori sanitari e una più efficace integrazione dei servizi, per assicurare una risposta più vicina ai bisogni della popolazione, durante tutto l'arco della giornata.

Le CdS avrebbero quindi dovuto essere organizzate intorno alla figura del medico di medicina generale, associato nella medicina di gruppo (e questo fu l'errore). Nella struttura sarebbero dovuti essere presenti: gli infermieri dei servizi domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il Cup, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione cardiovascolare, quelli dell'area della salute mentale e dipendenze e i medici di guardia.

L'obiettivo del progetto era quello di migliorare la continuità dell'assistenza e l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari, in funzione della riorganizzazione dei servizi territoriali. Le linee guida regionali (delibera di Giunta 291/2010), individuarono, sulla base dei servizi presenti in un territorio e del bacino di popolazione di riferimento, tre tipologie: 1. la Casa della Salute "piccola" che avrebbe garantito assistenza di medicina generale per le ore diurne, assistenza infermieristica, attività di Consultorio di primo livello con la presenza dell'ostetrica, in cui inoltre sarebbe stato presente l'ufficio di coordinamento cure domiciliari, l'assistenza sociale, il Cup per la prenotazione di visite ed esami; 2. la CdS "media" con anche la presenza di specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, l'ambulatorio pediatrico, gli ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione; ed eventuale presenza di palestra per riabilitazione; 3. la CdS "grande" che avrebbe erogato tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale, assicurando risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero.

### ► Un progetto spuntato

Secondo quelle linee guida tutte le medicine di gruppo sarebbero state assorbite nelle CdS, ma le risorse non erano abbastanza per attuare ciò.

Il risultato è sotto gli occhi di tutti: le CdS sono state realizzate finora, a macchia di leopardo e con notevoli disparità assistenziali, che hanno reso differenti i livelli di assistenza territoriale erogati alla popolazione residente. La presenza o meno delle medicine di gruppo nella CdS ha creato una disomogeneità nell'erogazione dell'assistenza. Stando così le cose, la discriminazione che ne risulta colpisce sia i medici sia i cittadini.

La mancanza di risorse economiche ha impedito di assicurare a tutti i medici le stesse opportunità organizzative e ha reso l'assistenza territoriale disomogenea per quei gruppi di pazienti che non hanno la fortuna di afferire ad una medicina di gruppo inserita in una CdS. Infine si è creato malcontento tra i colleghi perché non si è tuttora capito il criterio per cui si siano scelti gruppi di medici piuttosto che altri. Alla prova dei fatti ha prevalso comunque il significato politico delle CdS piuttosto che quello assistenziale.

### ► Correggere il tiro: riconvertire

Non potendo garantire la presenza delle medicine di gruppo in tutte le CdS sarebbe opportuno organizzarle fuori dalle Case della Salute in una rete di presidi territoriali in grado di assicurare i livelli assistenziali essenziali, uniformi, ubiquitarie, equivalenti, accessibili e fruibili in tempi rapidi. La qualità dell'assistenza deve

essere la stessa con le medesime offerte e possibilità d'accesso su tutto il territorio e quindi tutti i cittadini devono poter avere, in qualunque luogo vivano, le stesse opportunità assistenziali. I medici di medicina generale dislocati sul territorio sia quelli organizzati *stand alone* che in medicine di gruppo dovrebbero fare afferire i loro assistiti verso una CdS, intesa come struttura territoriale di prestazioni di carattere più complesso diagnostico, terapeutico e riabilitativo.

La CdS potrebbe essere sfruttata dai Mmg anche come una struttura di Osservazione Breve Intensiva (OBI) a cui i medici di medicina generale possono accedere per seguire i propri pazienti con particolari esigenze assistenziali a bassa urgenza.

### ► La cartella informatizzata unica regionale: la chance

L'Emilia Romagna ha realizzato una cartella informatica unica regionale: il prodotto è stato testato negli anni e si è dimostrato valido. Attualmente possiamo contare su di una dorsale informatizzata che permette al sistema dei dati sanitari di incrociarsi, interagire, di essere quindi realmente funzionale. Questo interscambio in tempo reale di dati e informazioni rappresenta una chance importantissima per riconvertire le CdS.

Le Case della Salute possono tornare ad essere un punto di riferimento importante per l'assistenza sul territorio, potrebbero diventare il sistema *hub and spoke* delle cure primarie, a patto che le medicine di gruppo non ne facciano più parte e siano organizzate in una rete di presidi territoriali.

# Un super-burocrate con poca attività clinica è dietro l'angolo

“Attore centrale della gestione delle cronicità è il medico di medicina generale”. Un concetto che sentiamo ribadire di continuo sia dalla professione sia dalle istituzioni sanitarie, ma tra il dire e il fare, ci sono le Regioni, la loro autonomia di scelta e di strutturazione dei servizi sanitari regionali che sembrano aver imboccata tutt'altra strada

Il Consiglio Nazionale Fimmg l'ha ribadito chiaramente: “la gestione della cronicità vede come attore centrale il Mmg, portatore del rapporto fiduciario e della conoscenza profonda delle necessità del cittadino, estensore del progetto assistenziale e coordinatore delle figure sanitarie e non che partecipano alla sua attuazione in coerenza con quanto declinato dal piano nazionale cronicità”. Pare tuttavia che l'operato delle istituzioni (in particolare quelle regionali) non tenga in considerazione questo assunto che, per la MG, è fondativo dell'assistenza territoriale. Così accade che la teoria si discosti spesso dalla prassi e che i Mmg si ritrovino a dover cercare soluzioni adattive, rincorrendo decisioni che il più delle volte mettono in discussione, nell'assistenza ai pazienti cronici, il loro ruolo centrale a favore di una “gestione delle cronicità” in cui le incombenze burocratiche prevalgono nettamente sulle competenze cliniche.

## ► Lombardia docet

Prendiamo il caso della Lombardia e la delibera regionale n. 6164, in particolare sulla riforma della

gestione delle cure primarie. Nella delibera i pazienti tutti vengono classificati secondo 5 livelli. I pazienti cronici li troviamo catalogati nei livelli 1, 2 e 3. Il punto è questo: il modello di gestione della cronicità proposto offrirà al paziente la possibilità di scegliere, attraverso la “lista di Gestori” redatta *ad hoc*, per una presa in carico diversa rispetto a quella tradizionale. In sintesi il medico di medicina generale mantiene il ruolo di riferimento del paziente, assicurando le funzioni previste dalla convenzione nazionale; può essere il gestore diretto della presa in carico; ai medici di famiglia in associazione è riservata la corsia preferenziale per i pazienti del terzo livello, ma possono candidarsi anche per gli altri livelli, ferma restando la libertà di scelta del cittadino che può optare per un altro gestore.

Su questa nuova figura del “Gestore” gravano responsabilità come:

- la sottoscrizione del patto di cura con il paziente;
- la definizione del piano di assistenza individuale comprensivo di tutte le prescrizioni necessarie al percorso;
- il coordinamento e l'attivazione

integrata dei nodi della rete erogativa dei servizi sanitari, socio-sanitari in relazione ai bisogni individuali rilevati, prevedendo anche il raccordo con i servizi sociali;

- il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato;
- la garanzia della relazione proattiva con il paziente (anche attraverso la prenotazione delle prestazioni che tanto sta facendo discutere i medici lungo tutta la penisola);
- il coordinamento dei diversi partner di rete al fine di rispettare la programmazione delle prestazioni previste nel Piano di Assistenza. Insomma, un super-burocrate col camice bianco.

Da tutto ciò emergono alcune domande: se il paziente, nella sua libera facoltà di scegliere, dovesse optare per un Gestore, quale sarebbe il ruolo del suo medico di famiglia? E come verrebbe retribuito questo medico di medicina generale, ancora a quota capitaria? nel caso di risposta positiva, questa quota verrebbe abbassata per il fatto che la gestione del paziente spetterà ad un altro professionista?

# Gastroscopie, inibitori di pompa e ingiunzioni paradossali

“Sii appropriato”! Un imperativo con cui quotidianamente fa i conti il medico di famiglia. Peccato che il concetto di appropriatezza riguardi le caratteristiche del singolo caso clinico, da valutare in rapporto alle linee guida o alle buone pratiche cliniche, e non possa essere esteso meccanicamente alle prescrizioni aggregate e ai comportamenti di un'intera popolazione di professionisti

Giuseppe Belleri - *Medicina Generale Flero (BS)*

Tutti ricordano la teoria del “doppio legame”, formulata negli anni settanta come tentativo di interpretazione della schizofrenia dallo psichiatra ed antropologo Gregory Bateson, studioso della comunicazione umana. Il punto di partenza erano le ingiunzioni paradossali - del tipo “sii spontaneo” o “sii autonomo” - che secondo Bateson ponevano il soggetto in una posizione di indecidibilità e di paralisi decisionale, per il loro contenuto auto-contraddittorio. In Medicina Generale capita di osservare simili dinamiche comunicative, ad esempio quando il depresso viene incitato dai parenti a reagire alla malattia o facendo appello ad uno sforzo di volontà per guarire in modo autonomo. Ebbene oggi si aggiunge una nuova formula al catalogo delle ingiunzioni paradossali, come vedremo più avanti.

Per l'anno 2017 la Regione Lombardia ha indicato come obiettivi formativi per i Mmg l'appropriatezza prescrittiva di Inibitori di Pompa Protonica (IPP) e statine. L'ATS (ex Asl provinciale) ha avviato al riguardo una raccolta dati sull'utilizzo degli IPP, attingendoli da fonti essenzialmente amministrative e quindi a rischio di *bias*. Ad esempio per valutare l'appropriatezza degli IPP nella malattia da reflusso sono state considerate le diagnosi alla dimissione ospedaliera e/o dei referti endoscopici, senza tenere conto che la diagnosi di malattia da

reflusso può essere anche solo clinica (in questo caso manca il riscontro amministrativo in quanto vi sarà solo una diagnosi nella cartella informatizzata del medico). Inoltre pur in presenza di un referto gastroscopico nei limiti della norma, ovvero senza segni di esofagite, è possibile porre diagnosi di MRGE, più precisamente di NERD.

## ► E nel frattempo Sige lancia allarme

Per una strana combinazione capita che, in contemporanea all'iniziativa della Regione Lombardia, venga lanciato l'ennesimo allarme appropriatezza diagnostica, dopo quello dei radiologi di qualche mese fa, da parte degli endoscopisti digestivi della Sige: si prescrivono troppe gastro - o colonsco pie in appropriate, ammoniscono gli endoscopisti, sia su prenotazione telefonica per iniziativa autonoma dei pazienti (evenienza peraltro impossibile in Lombardia senza la richiesta del medico curante) sia richieste in modo improprio dal Mmg stesso. La soluzione escogitata dall'endoscopista è presto detta: una visita gastroenterologica per tutti, propedeutica all'esecuzione dell'esame, in quanto (sottinteso) il Mmg è inidoneo a prescrivere correttamente l'endoscopia, poco importa se così si allungheranno a dismisura i tempi di attesa per la relativa consulenza specialistica.

## ► Fuoco incrociato sui Mmg

Dunque, su questo argomento si profila un inedito fuoco incrociato all'indirizzo del generalista, impreparato e inappropriato, tipico bersaglio facile a mo' del proverbiale convoglio della Croce Rossa. Questa convergenza di critiche configura una classica ingiunzione paradossale:

1. se il Mmg prescrive un ciclo di farmaci, ad esempio un IPP test in caso di RGE, rischia l'accusa di inappropriata prescrittiva di farmaci;
2. se viceversa prescrive l'esame endoscopico, nel sospetto di un RGE/esofagite, ricade nel reato di inappropriata diagnostica.

Insomma non si scappa, in un caso o nell'altro, si ricasca in un'ingiunzione paradossale: “sii appropriato”! Peccato che il concetto di appropriatezza riguardi le caratteristiche del singolo caso clinico, da valutare in rapporto alle linee guida o alle buone pratiche cliniche, e non possa essere esteso meccanicamente alle prescrizioni aggregate e ai comportamenti di un'intera popolazione di professionisti. Il tema merita peraltro ulteriori considerazioni, di carattere metodologico ed epistemologico, da sviluppare.

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

# L'Europa lancia l'allarme sulla formazione dei Mmg

L'Euract Council è preoccupato per la mancata attenzione riservata dall'Unione Europea ai Paesi che ancora nel 2017 non pongono attenzione alla formazione del medico di famiglia

**Francesco Carelli**

*Euract Council Executive e Direttore della Comunicazione*

In un periodo di tagli importanti ai costi riservati spesa pubblica e di incertezza economica, l'Euract riafferma con forza il valore della Medicina Generale (MG) come elemento chiave del sistema, come nodo della rete in grado di fornire servizi che valorizzino l'efficienza e l'efficacia economica richiesta dai governi.

"Un sistema sanitario che presenta Mmg ben formati e supportati - si legge in una nota Euract - fornisce servizi migliori sotto molti punti di vista: da quello economico a quello clinico-terapeutico, per i cittadini, le famiglie e le comunità". I sistemi sanitari che puntano prevalentemente sulla medicina specialistica o su modelli che prevedono un'assistenza frammentata non sono né efficaci né efficienti come quelli che hanno nella medicina di famiglia il fulcro del sistema assistenziale, il contatto primario (e principale) per il paziente.

"Apprezziamo che molti Paesi dell'Unione Europea si stiano sforzando di lavorare bene pur condizionati da limiti finanziari soffocanti - continua la nota Euract - tuttavia sollecitiamo sia i cittadini che le classi politiche a fare di più per la

MG, a porre più valore su questa disciplina imprescindibile in un sistema sanitario evoluto".

Le evidenze, le ricerche e l'opinione diffusa della comunità scientifica dimostrano con chiarezza che investire nelle cure primarie comporta benefici sia per la popolazione sia per i singoli cittadini: i maggiori benefici si ottengono muovendo risorse economiche sulla MG piuttosto che su qualunque altro nodo di un sistema sanitario.

## ► Il caso Italia

Nonostante ciò, i budget dedicati all'assistenza sanitaria vivono un trend negativo da diversi anni

"Molti di noi - conclude la nota Euract - impegnati come Mmg o nell'insegnamento della disciplina ai futuri colleghi, potrebbero essere scoraggiati dall'atteggiamento delle classi politiche o dall'incertezza che ruota attorno all'assistenza primaria. Tuttavia crediamo che proprio in questo momento difficile, guidata più dalla scienza che da soldi e ricerca di profitti, la medicina di famiglia potrà brillare davvero".

Ma se il dito può essere puntato verso una politica inefficace e si può affermare con chiarezza che medici e pazienti pagano il conto salato di un'incapacità di visione e programmazione politica, i medici, dal canto loro, troppo spesso divisi. In Italia, in particolare, assistiamo ad una medicina di famiglia che rimane una non specialità, sottopagata e che vive una fuga dalla professione senza precedenti.

Il discorso potrebbe riprendere dalla formazione dei Mmg: solo dal futuro può nascere la speranza; e dai documenti redatti, negli ultimi anni, da gruppi di medici di famiglia europei, per ripartire ponendoli sui tavoli della politica, delle amministrazioni locali, delle organizzazioni sindacali, con l'obiettivo di creare, *in primis*, i Corsi di laurea di primo livello in ogni Università (come già discusso in un documento dell'Oms e di Wonca nel lontano 1998), per poi procedere verso i Dipartimenti gestiti dai Mmg, questi due passaggi porteranno pari dignità alla MG e un nuovo spazio di manovra nelle contrattazioni e nel riassetto della sanità territoriale.

# Linee guida italiane, c'è bisogno di un cambio di rotta

Con l'approvazione della legge sulla responsabilità professionale, le linee guida si apprestano a diventare uno strumento di riferimento fondamentale per la valutazione "dell'errore". La Fondazione Gimbe ha presentato alle istituzioni uno studio che ha valutato quelle prodotte dalle società scientifiche italiane.

I risultati non sono affatto confortanti

**S**e la legge sulla responsabilità professionale affida un ruolo cruciale alle linee guida, oggi quelle prodotte dalle società scientifiche, potenzialmente utilizzabili, sono un numero esiguo e riguardano poche aree clinico-assistenziali. "È indifferibile un cambio di rotta sul processo di produzione.

In particolare, serve una *governance* nazionale dell'Iss per definire le priorità, evitare duplicazioni, favorire la produzione di linee guida multiprofessionali-multidisciplinari, standardizzare i criteri di qualità metodologica e definire le modalità di gestione dei conflitti di interesse. In ogni caso, è indispensabile preservare il ruolo principale delle linee guida, ovvero raccomandazioni a supporto delle decisioni cliniche, evitando un loro utilizzo rigido e strumentale esclusivamente a fini medico-legali".

A sottolineare ciò nella XII Conferenza Nazionale Gimbe, svoltasi di recente a Bologna, è il presidente della Fondazione Gimbe **Nino Cartabellotta**, commentando i risultati preliminari della ricerca: *'Linee guida per la pratica clinica*

*in Italia: qualità metodologica e gestione dei conflitti di interesse'*. Ricerca finanziata con la borsa di studio 'Giacchino Cartabellotta' promossa dalla Fondazione Gimbe e condotta da un giovane ricercatore dell'Università di Messina, Antonio Simone Laganà, sotto l'egida dell'Istituto superiore di sanità (Iss) e *del Guideline International Network* (Gin), rete internazionale di 107 organizzazioni che mettono a punto linee guida in 46 Paesi.

## ► I risultati preliminari

Lo studio, in questa prima fase, ha valutato, esclusivamente attraverso il web, le linee guida prodotte dalle società scientifiche. Delle 403 società identificate, quasi l'80% (n. 322) non erano eleggibili per varie ragioni: mancanza di sito web (n. 6), assenza di pagina web dedicata alle linee guida (n. 289), pagina delle linee guida ad accesso riservato (n. 14), link ad altri produttori internazionali (n. 13). Dei 712 documenti censiti, 359 (50,4%) sono stati identificati come vere e proprie linee guida: gli altri erano file

non accessibili (n. 9), altri documenti (n. 71) e linee guida di altri produttori (n. 273). Delle 359 linee guida identificate, solo 75 (21%) sono state incluse nella valutazione finale, in quanto pubblicate negli ultimi due anni, tempo limite di sopravvivenza delle linee guida. La loro qualità metodologica valutata con i criteri Gin è risultata complessivamente accettabile.

Da rilevare infine che 42/75 linee guida incluse nella valutazione finale sono state prodotte da due sole società scientifiche che dispongono di un manuale metodologico, a riprova del fatto che le poche società che seguono metodi adeguati producono risultati eccellenti.

"I prossimi step dello studio - ha spiegato Cartabellotta - prevedono la valutazione di linee guida prodotte da istituzioni nazionali e regionali e altre organizzazioni private, l'analisi per sottogruppi e l'invio di una comunicazione a tutti i presidenti delle società scientifiche per validare i risultati relativi alle LG identificate e suggerire di rendere libero l'accesso alla pagina delle linee guida".

# Se il medico finisce su Facebook? Si può rivalere legalmente

Sono in crescita le segnalazioni, i commenti, le foto e video postati sui social network all'insaputa di pazienti, medici e personale sanitario. Ma chi ne è vittima può adire alle vie legali perché chi pubblica quanto registrato online anche se in gruppi chiusi, il più delle volte commette un illecito, se non addirittura un reato

**L**a vicenda dell'ospedale di Nola arrivata su tutti i giornali, in cui una persona ha fotografato pazienti curati per terra per mancanza di posti letto ha scoperchiato un vaso di Pandora: denunce, interviste e la scoperta dell'esistenza di decine di gruppi sui principali social. Sono gruppi segreti o chiusi che hanno lo scopo di raccogliere le segnalazioni sui disservizi delle varie strutture sanitarie italiane. Sono già decine, vi si accede su invito e sono difficili da individuare ma si stima che ne nascano circa 10 al giorno. Più che una moda, un desiderio di denuncia, una valvola di sfogo, un luogo dove canalizzare commenti rabbiosi. Tanto praticamente tutti hanno in tasca un *tablet* o uno *smartphone* con cui riprendere la visita medica del parente o registrare l'audio della propria, spiare cosa accade in corsia e raccogliere documentazione per eventuali denunce di disservizi. Il passo successivo è postare il video su un *social network* e raccogliere la solidarietà degli altri membri, oppure collezionare testimonianze analoghe. Peccato che si rischi di commettere un illecito, se non addirittura un reato, come spiega l'avvocato **Salvatore Frattallone**, del Foro di Padova e Chairman del Network di avvocati *View Net Legal*.

## ► Tutela dei dati personali

“I numerosi casi di *malpractice* non sempre danno luogo ad una denuncia, spesso le persone si limitano a lamentarsene su un social, grazie alla possibilità di documentare facilmente una situazione. Ma non è detto - sottolinea l'avv. Frattallone - che usare video o foto su Facebook sia lecito. Il paziente che riprenda un'operazione sanitaria o che scatti delle fotografie di luoghi o persone impiegate all'interno di una struttura sanitaria rischia di violare il Decreto Legislativo n° 196/03 e d'incorrere nella commissione di un reato”.

L'art. 5 del Codice per la tutela dei dati personali *privacy* prevede infatti che l'acquisizione di immagini di persone in un luogo soggiace alle ferre e regole dettate per la tutela della riservatezza se i dati siano destinati 'a una comunicazione sistematica o alla diffusione'. Quindi immagini, video o voce possono essere raccolti liberamente, di regola senza problemi se sono destinati a restare nella sfera personale di chi li acquisisce, senza che ne venga fatto un altro uso diverso. Il Garante per la *privacy* ha chiarito che se le informazioni sono caricate online e risultano visibili in rete in modo libe-

ro, da parte di chiunque si connetta al web, allora operano le più stringenti regole della *privacy*.

## ► Il rischio di incorrere nel penale

Il fatto di caricare foto altrui su di un profilo *Facebook* (o un gruppo), purché 'chiuso', non comporta, di per sé, l'applicazione del Codice della *Privacy*, ma può aprire la strada del penale: basta un commento offensivo o un *like* ad un commento offensivo della dignità del soggetto ripreso. Per incorrere nel reato di diffamazione. Nel processo penale, si può innestare una causa civile se la vittima intende ottenere un risarcimento per la reputazione che gli è stata lesa. In questi casi, infatti, opera l'art. 595 c.p. perché è fuori discussione che il binomio 'immagine+didascalia' è sicuramente idoneo a ledere la professionalità o l'immagine dell'ospedale, al pari di quella delle persone riprese in video e dileggiate. Per la Cassazione, il post su *Facebook*, se offensivo, comporta l'aggravante ex art. 595, comma 3, c.p. perché il reato è stato consumato attraverso un mezzo di pubblicità, che farebbe scattare la pena da 6 mesi a 3 anni (Cass. Pen. Sent. n. 4873/17).

# Una firma per non dover rinunciare al medico di famiglia

*Senior Italia Federanziani, preoccupata dai dati sulla futura carenza dei medici di famiglia, lancia la raccolta di firme presso gli studi dei Mmg per evitare che si acuisca una crisi della MG con conseguenti seri disagi per i cittadini*

**L**e proiezioni parlano chiaro, la futura carenza di Mmg è una realtà e in un Paese che invecchia moltissimi anziani si ritroveranno senza un medico di riferimento o con medici dislocati troppo lontano dai luoghi di residenza. Per questo Senior Italia Federanziani 'entra' negli studi medici chiedendo ai Mmg di raccogliere le adesioni dei cittadini nei loro ambulatori. L'obiettivo è arrivare a un milione di firme per evitare che si acuisca una crisi della Medicina Generale con conseguenti seri disagi per i cittadini.

"Si tratta di un'attenzione verso la Medicina Generale che può solo fare piacere - commenta **Pier Luigi Bartoletti**, vicesegretario nazionale vicario Fimmg -. È un'iniziativa che, in un periodo nel quale la professione viene dequalificata in molti momenti di dibattito della vita pubblica, riporta un po' di verità su quel rapporto fiduciario tra medico e paziente che Fimmg rimarca da sempre come elemento essenziale della medicina sul territorio per un corretto funzionamento della sanità".

Ricordiamo che si prevedono entro il 2020 16mila camici bianchi in fase di pensionamento e un ricambio generazionale non all'altezza, con un "buco" di 10mila medici.

Come detto a lanciare l'iniziativa è l'associazione Senior Italia: "Siamo preoccupati - ha detto **Roberto Messina**, presidente di Senior Italia - perché il trend evidenziato dalle ricerche comporta un rischio per milioni di persone, tra cui molti an-

ziani: questi, se non agiamo subito, si ritroveranno senza medico di riferimento o con medici dislocati lontano dai luoghi di residenza".

## ► L'alleanza tra Mmg e cittadini

La richiesta è quindi chiara e l'auspicio è che si trovi la quadratura del cerchio in tempi brevi: 16mila nuovi posti nelle scuole di formazione per la MG. Le curve dell'Enpam sono note al Governo, alla Sissac, alle Regioni; eppure gli investimenti per i nuovi posti nei corsi di formazione scarseggiano. Si potrà quindi fare qualcosa anche in sede di rinnovo contrattuale?

"Questa iniziativa di Senior Italia Federanziani - tiene a sottolineare Bartoletti - mostra come, anche in un'ottica di rinnovo contrattuale, i medici non debbano perdere il contatto con la realtà: la professione va valorizzata avendo sempre presente il cittadino-paziente che entra in studio ogni giorno. Iniziative di questo tipo ci dicono sola una cosa: il nostro contratto dovrà parlare dei cittadini: noi medici siamo uno strumento per raggiungere un servizio sempre migliore per i nostri pazienti".



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Pier Luigi Bartoletti

# AGGIORNAMENTI



## ■ **DISTURBI DEL SONNO**

*Sonnolenza diurna e rischio di incidenti stradali*

## ■ **EPATOLOGIA**

*Epatite C, verso l'eradicazione con la collaborazione dei Mmg*

## ■ **GINECOLOGIA**

*Evoluzione nella terapia medica dei fibromi uterini*

## ■ **LIPIDOLOGIA**

*Una nuova potente arma contro l'ipercolesterolemia severa*

## ■ **MEDICINA INTERNA**

*Sincope: nel panorama diagnostico va sospettata l'embolia polmonare*

## ■ **NEUROLOGIA**

*Cause rare, ma non troppo, di ictus cerebrale*

## ■ **ONCOLOGIA**

*Maggiori conferme dell'associazione tra obesità e rischio neoplastico*

## ■ **ORTOPEDIA**

*Gestione clinico-terapeutica dell'edema midollare osseo*

## ■ **VACCINI**

*In Italia il primo vaccino anti-HPV 9-valente*

## ■ DISTURBI DEL SONNO

### Sonnolenza diurna e rischio di incidenti stradali

**L**a sonnolenza diurna, spesso associata alla sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS), può moltiplicare significativamente il rischio di incidenti stradali: è quanto emerso da uno studio italiano nato dalla convenzione tra il Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Genova e la CNH-Industrial IVECO. Il dato è molto rilevante, soprattutto se si considera che in Italia nel 2015 su 174.000 incidenti stradali ben 12.180, con circa 240 morti e 17.224 feriti accertati, sono stati causati da autisti affetti da apnee notturne.

Diverse ricerche condotte negli ultimi anni avevano già evidenziato una correlazione tra carenza di sonno e rischio di incidenti stradali, ma questo è il primo studio che ha coinvolto un grande numero di autotrasportatori (circa 950 soggetti), tenendo anche conto di tutte le problematiche legate al sonno che influiscono sulla capacità di guida (apnee notturne, carenza cronica di sonno e sonnolenza diurna).

L'indagine nasce all'interno di un programma internazionale (Iveco CNH-Industrial Check Stop Project), una sorta di laboratorio viaggiante, che è stato posizionato negli interporti di sosta dei mezzi pesanti e

che ha consentito di valutare, attraverso questionari e test specifici, il rapporto degli autisti con il sonno. "Abbiamo raccolto informazioni anonime, quindi veritiere - ha spiegato il neurologo **Sergio Garbarino**, ideatore e coordinatore della ricerca. Poi abbiamo effettuato specifici test per capire il loro rapporto con il sonno e abbiamo 'personalizzato' i risultati ottenuti sulla base dell'abitudine a riposare più o meno a lungo la notte". I dati ricavati sulle ore di sonno desiderate e quelle effettivamente dormite hanno permesso di valutare il debito di sonno degli autotrasportatori. In questo modo è stato possibile calcolare con esattezza il rischio di incidenti per un camionista che dorme meno del dovuto: si è così scoperto che chi dorme meno di sei ore a notte ha una probabilità doppia di venire coinvolto in incidenti stradali. Il rischio triplica con 5 ore di sonno a notte e diventa addirittura quattro volte maggiore per chi ha dormito 4 o meno ore.

#### ► **Impatto delle OSAS sulla sicurezza stradale**

La ricerca ha confermato anche quanto emerso da precedenti studi del gruppo di Garbarino: il rischio di incidente da carenza di sonno po-

trebbe essere ridotto con un "riposo pomeridiano" ma solo se ha una durata di 20 minuti. È stato anche calcolato che dopo 2 anni di uso della CPAP il rischio di sinistri torna nella norma, confermando la "bontà" del DL del 2016 che impone precisi controlli per il rinnovo e il rilascio della patente a chi soffre di apnee notturne medio-gravi. "Riuscire a calibrare il diverso impatto di eccessiva sonnolenza diurna e OSAS sul rischio di incidenti e infortuni sulle strade, ma anche sul luogo di lavoro, permette di impostare mirate strategie preventive sia sull'incidentalità che sulla salute del lavoratore in generale. Tuttavia, è arrivato il momento che anche le istituzioni competenti facciano la loro parte" - ha dichiarato Garbarino,

A una simile conclusione è giunto anche dal rapporto della Fondazione per la Sicurezza Stradale dell'*American Automobile Association*, che ha analizzato oltre 4.500 incidenti stradali che hanno coinvolto oltre 7.000 persone. È emerso che chi ha dormito 5/6 ore ha una probabilità doppia di fare un incidente nelle 24 ore successive rispetto a chi ha riposato un paio di ore in più: per gli autori della ricerca sotto le cinque ore di sonno si ha lo stesso rischio di guidare in stato di ubriachezza.

#### **Bibliografia**

- Garbarino S et al. Sleep apnea, sleep debt and daytime sleepiness are independently associated with road accidents. A cross-sectional study on truck drivers. *PLoS ONE* 11(11): e0166262
- AAA. Acute sleep deprivation and risk of motor vehicle crash involvement. Dicembre 2016.

## ■ EPATOLOGIA

### Epatite C, verso l'eradicazione con la collaborazione dei Mmg

**S**ono stati ridefiniti da AIFA i criteri di trattamento per la terapia dell'epatite C cronica. Elaborati nell'ambito del Piano di eradicazione dell'infezione da HCV, gli 11 criteri sono scaturiti dal dialogo con le società scientifiche. I criteri saranno implementati nei Registri di monitoraggio dell'Aifa, che tracceranno la gestione della terapia dei singoli pazienti da parte dei Centri prescrittori individuati dalle Regioni. All'interno dei Registri sarà possibile inserire anche i pazienti da ritrattare con un'associazione di almeno 2 farmaci antivirali ad azione diretta di seconda generazione in seguito al fallimento di regimi di trattamento senza interferone.

#### ► I criteri

**Criterio 1.** Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.

**Criterio 2.** Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.

**Criterio 3.** Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-

correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).

**Criterio 4.** Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishak).

**Criterio 5.** In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.

**Criterio 6.** Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.

**Criterio 7.** Epatite cronica con fibrosi

METAVIR F2 (o corrispondente Ishak) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico (coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), emoglobinopatie e coagulopatie congenite).

**Criterio 8.** Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishak) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico (coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), emoglobinopatie e coagulopatie congenite).

**Criterio 9.** Operatori sanitari infetti.

**Criterio 10.** Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.

**Criterio 11.** Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.

#### Integrazione Mmg-specialisti per far emergere il sommerso

"NO-Hep" è un progetto di gestione integrata tra l'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara e Asl NO del paziente con epatite C, che coinvolge Mmg ed epatologi. Compito del Mmg sarà quello individuare le persone infette dal virus dell'epatite C, considerando le categorie a rischio alla luce storia naturale della malattia e delle modalità di trasmissione (tossicodipendenti, emostrasfusi o trapiantati prima del 1992, pazienti con persistente alterazione delle transaminasi). Il Mmg dovrà proporre ai propri assistiti ritenuti a rischio le indagini ematologiche del caso. Una volta individuato il paziente con infezione cronica, il Mmg dovrà riferirlo al centro prescrittore, che si farà carico del caso e si occuperà di stadiare la malattia, caratterizzarla e trattare l'infezione nel caso il paziente rientrasse nei criteri di prescrivibilità dei farmaci. Se il paziente con infezione cronica non fosse ancora candidabile a terapia, sarà il Mmg a monitorare la situazione clinica con un'elastometria epatica annuale (Fibroscan) per poi inviarlo al Centro qualora soddisfacesse i criteri.

## ■ GINECOLOGIA

### Evoluzione nella terapia medica dei fibromi uterini

**R**ecuperare rapidamente l'anemia, ridurre le dimensioni del fibroma uterino evitando l'intervento di miomectomia e soprattutto l'isterectomia. Sono le caratteristiche di ulipristal acetato 5 mg (rimborsato dal Ssn), terapia specifica per il trattamento a lungo termine delle forme sintomatiche di fibromi uterini, di grado moderato e grave, nelle donne adulte in età riproduttiva. Sulle caratteristiche e sulla terapia di questi tumori benigni, che sono tra i più frequenti nella donna, **Alessandra Graziottin**, Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati di Milano, ha fornito diversi chiarimenti.

#### ► Sintomatologia

I fibromi sono causa di un notevole peggioramento della qualità di vita, in quanto i sintomi includono:

- sanguinamento anomalo e spotting intermestruale;
- sanguinamento abbondante ed emorragie mestruali;
- dolore pelvico e senso di compressione;
- disturbi urinari (aumentata frequenza delle minzioni e incontinenza);
- disturbi sessuali (dispareunia profonda);

- difficoltà al concepimento e infertilità;
- aborti spontanei ricorrenti e difficoltà nel parto e nel post-parto.

Le dimensioni, la forma e le localizzazioni dei fibromi possono variare ampiamente. In particolare modo, la localizzazione influenza la sintomatologia clinica e l'approccio terapeutico.

■ **Intramurali**: sono il tipo più comune (circa il 50% dei casi); si sviluppano nella parete muscolare uterina e aumentando di volume fanno percepire l'utero più grande del normale, motivo per cui vengono spesso confusi con un aumento di peso o con una gravidanza. I sintomi associati sono sanguinamento abbondante, dispareunia profonda, infertilità, complicanze ostetriche.

■ **Sottosierosi** (circa il 35% dei casi): si sviluppano nella parete esterna dell'utero e continuano a crescere all'esterno, sporgendo nelle pelvi. Solitamente non incidono sul flusso mestruale né causano eccessivo sanguinamento, ma possono provocare dolore, dovuto alla grandezza del fibroma stesso e alla pressione esercitata su altri organi (a carico del retto e della vescica, dolore alla penetrazione profonda).

■ **Sottomucosi**: sono i meno comuni (5% dei casi). Si sviluppano all'interno della cavità uterina, e possono causa-

re sanguinamento anche emorragico, anemia da carenza di ferro, infertilità. I fibromi sottosierosi e sottomucosi possono essere anche peduncolati e la loro torsione o la rapida crescita e la rottura possono provocare dolore pelvico acuto, nausea e vomito.

#### ► Trattamenti medici

I trattamenti medici possono aiutare ad attenuare i sintomi prima di un intervento chirurgico o essere utilizzati come terapia di lungo periodo e ci si avvale degli analoghi del GnRH e dei modulatori selettivi del recettore del progesterone (SPRMs). Ulipristal acetato 5 mg è un SPRM specificamente indicato per la terapia medica a lungo termine. Diversi studi ne hanno segnalato efficacia e la sicurezza del suo utilizzo prolungato.

In particolare i risultati dello studio PEARL IV (*Fertil Steril* 2016; 105: 165-76) hanno confermato il rapido controllo del sanguinamento con tempo mediano di comparsa di amenorrea di 5 giorni, la significativa riduzione del volume del fibroma (in media il 67% della riduzione del volume iniziale al termine del quarto ciclo di trattamento), il miglioramento della qualità di vita correlato ai sintomi e la sua sicurezza e tollerabilità nel lungo periodo.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Alessandra Graziottin

## ■ LIPIDOLOGIA

### Una nuova potente arma contro l'ipercolesterolemia severa

**L**a ricerca di soluzioni per limitare l'impatto tuttora assai elevato della cardiopatia ischemica in termini di mortalità e morbilità nella popolazione generale non si è mai fermata. Infatti, nonostante i progressi consentiti in particolare dall'efficace azione ipocolesterolemizzante delle statine, esistono ancora ampi margini di miglioramento nella prevenzione di queste patologie, visto che solo in Italia si registrano ancora oltre 100mila sindromi coronariche acute all'anno.

In questo contesto, è con una certa aspettativa che è stata accolta in Italia la disponibilità in Italia di evolocumab, che ha dimostrato di riuscire ad ottenere non solo una riduzione molto marcata e costante dei livelli di colesterolo LDL, ma, grazie a questa, anche una regressione della placca aterosclerotica.

#### ► Meccanismo d'azione innovativo

Evolocumab, frutto della ricerca Amgen, è un anticorpo monoclonale interamente umano della classe degli inibitori del PCSK9. Quest'ultima è una proteina che interagisce con il recettore LDL favorendone la

degradazione e impedendone il riciclo. Alcune mutazioni possono aumentarne l'attività con conseguente grave ipercolesterolemia.

"Fino ad oggi per ridurre le LDL, per prevenire gli infarti, la terapia fondamentale è - e resta - l'intervento con le statine - spiega **Enzo Manzato**, Professore ordinario di Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Padova e Presidente della Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi (SISA). Le statine riducono la sintesi di colesterolo nel fegato determinando un aumento della produzione dei recettori per le LDL. Qualche volta, per aumentare l'effetto delle statine, si utilizza ezetimibe, che riduce l'assorbimento intestinale del colesterolo". Evolocumab presenta un meccanismo d'azione complementare, impedendo a PCSK9 di degradare il recettore per le LDL, che rimane quindi a disposizione per la rimozione del C-LDL dal circolo.

Evolocumab, che ha già dimostrato risultati senza precedenti in un vasto programma di studi clinici e la capacità di ridurre fino al 75% i livelli di C-LDL, punta a dimostrare con lo studio FOURIER (Further Cardiovascular Outcomes Rese-

arch with PCSK9 Inhibition in Subjects with Elevated Risk) che, in aggiunta a statine, è in grado di diminuire anche il rischio di eventi quali morte cardiovascolare, ictus, infarto, ospedalizzazione per angina instabile o rivascolarizzazione coronarica.

#### ► Somministrazione periodica

Approvato dall'Agenzia Italiana del Farmaco in regime di rimborsabilità, il farmaco, in associazione a statine e/o ezetimibe, è indicato per i pazienti adulti con forme severe e resistenti di ipercolesterolemia primaria (incluse le forme familiari eterozigote ed omozigote) e in quelli con dislipidemia mista che non riescono a tenere sotto controllo i livelli di colesterolo LDL nonostante la terapia ipocolesterolemizzante massimizzata. Evolocumab è inoltre indicato per coloro che sono intolleranti alle statine.

Si assume mediante iniezioni sc, autosomministrate dal paziente attraverso una penna pre-riempita, ogni due settimane o una sola volta al mese, a seconda delle indicazioni.



Attraverso il presente QR-Code

è possibile visualizzare con tablet/smartphone i commenti di

Enzo Manzato, Michele Massimo Gulizia,

Francesco Romeo e Francesco Di Marco

## ■ MEDICINA INTERNA

### Sincope: nel panorama diagnostico va sospettata l'embolia polmonare

**N**el panorama diagnostico della sincope potrebbe aprirsi un nuovo scenario, tanto da valutare una revisione delle linee guida, perché prevedano la ricerca dell'embolia polmonare (EP) in tutti in pazienti che vengono ricoverati con un episodio di sincope. L'auspicio arriva dal prof. Paolo Prandoni dell'AO-Università di Padova, direttore del Centro Coagulopatie, primo autore di un ampio studio pubblicato sul *NEJM* sul tema. Benché sia noto che la sincope possa essere provocata da un'embolia polmonare, da sola o associata con trombosi venosa profonda degli arti, non erano disponibili dati che confermarono la reale frequenza di EP in pazienti con sincope e inoltre in pratica clinica spesso questa situazione non viene sospettata. Ma la precoce diagnosi e cura quasi sempre diventa decisiva per favorire la sopravvivenza del paziente, dato che l'EP è una condizione grave e potenzialmente fatale.

Per fare chiarezza sul tema e con lo scopo di stabilire la prevalenza di EP in pazienti ricoverati per sincope, è stato avviato lo studio multicentrico, prospettico, di cui Padova è capofila degli 11 Centri italiani che hanno contribuito al progetto.

#### ► Inquadramento

In Europa circa 370.000 sono i decessi legati all'embolia polmonare ogni anno.

La precocità della diagnosi e della terapia ne riduce la mortalità del 75%. La sincope è responsabile del 3% di tutti gli accessi al PS e dell'1% di tutti i ricoveri ospedalieri. Abituale avviene per cause banali e facilmente riconoscibili, frequentemente indotta dal recente uso di farmaci ipotensivi, disidratazione, vomito e/o diarrea profusi, salasso, uso di alcolici, emorragie, uso di colletti stretti, malattie neurologiche di varia natura. In soggetti predisposti tende a ripetersi anche più volte all'anno. I casi di sincope vengono per lo più gestiti su base ambulatoriale, e se anche - come spesso accade - i pazienti si recano ad un Pronto Soccorso vengono rapidamente congedati. Solo nel 25-30% dei casi i pazienti vengono ricoverati perché la caduta ha provocato seri traumi, per la presenza di altre patologie che ne richiedono il ricovero, per l'elevata probabilità di affezioni cardiache predisponenti (bradi o tachiaritmie o stenosi aortiche) e perché non si identifica una causa plausibile della perdita di coscienza.

#### ► Lo studio

Lo studio ha previsto l'impiego di un algoritmo diagnostico ben consolidato che accertasse o escludesse la presenza di EP nei 560 pazienti oggetto della ricerca, prescindendo dal fatto che fosse ipotizzabile o meno una causa alternativa di sincope.

In 205 pazienti non c'era una spiegazione chiara della sincope, ma nello studio in 52 di loro è stata riscontrata l'embolia polmonare. Negli altri 355, i clinici erano convinti di aver trovato altra spiegazione alla sincope e non embolia polmonare, invece in 45 di loro è stata dimostrata l'embolia polmonare in atto. Entro le 48 ore dal ricovero in ben 97 pazienti è stata riscontrata l'EP - il 17.3% delle 560 persone oggetto della ricerca. L'embolia polmonare era grave in 61 pazienti e in 36 di più limitata entità.

La precocità della diagnosi nei pazienti giunti al Pronto Soccorso ha consentito una tempestiva terapia salvavita.

Gli autori concludono che quando non esista altra spiegazione all'episodio sincopale, è ora dimostrata la frequenza di embolia polmonare, che sommata a quella già riconoscibile, diventa in 2/3 dei pazienti che afferiscono ai Pronti Soccorso, causa di sincope.

#### Bibliografia

- Prandoni P et al. Prevalence of pulmonary embolism among patients hospitalized for syncope. *N Engl J Med* 2016; 375:1524-1531

## ■ NEUROLOGIA

### Cause rare, ma non troppo, di ictus cerebrale

Cinque casi su cento di ictus cerebrale sono dovuti a cause rare, ma se consideriamo la popolazione in età giovanile (intesa sotto i 45 anni di età) questa percentuale sale fino a coprire quasi la metà dei casi.

Abbiamo parlato di cause rare di ictus cerebrale con il dott. **Paolo Cerrato**, Specialista in Neurologia e Direttore del Centro Ictus dell'Ospedale Molinette di Torino, nel corso del congresso "Stroke 2017" (Napoli, 1/3 marzo 2017). "Queste cause riguardano certo i giovani - ha commentato Cerrato - ma non sono da sottovalutare anche nell'adulto e nell'anziano: una su tutte è nota come l'artrite di Horton, o arterite gigantocellulare, una vasculite che coinvolge le grosse arterie, tipicamente quelle temporali, causandone il restringimento fino all'ostruzione".

Tornando alle cause rare che si presentano con più frequenza in età giovanile, quella più importante è la dissecazione della carotide dell'arteria vertebrale, problematica che interessa il settore extra-cranico: "Può essere di origine traumatica o, come più spesso capita, conseguente a microtraumi ripetuti e può causare ictus di entità variabile, dal

TIA all'ictus massivo, conseguente ad un meccanismo di embolia: il vaso si disseca e l'embolo occlude, analogamente alla placca arteriosclerotica, un vaso intracranico".

#### ► Altre cause da sospettare nel giovane

Il messaggio è chiaro: quando abbiamo di fronte un evento cerebrovascolari di tipo ischemico in età giovanile è sempre da sospettare una dissecazione.

"Tra le cause rare abbiamo anche le malattie del sangue - prosegue Cerrato: queste giocano un ruolo più sulle trombosi venose che non sull'ictus arterioso. Parliamo per esempio delle coagulopatie genetiche come il deficit di proteina C e proteina S, ma soprattutto la mutazione del 'Fattore V di Leiden' e della protrombina: messe insieme queste mutazioni sono presenti nel 6-7% della popolazione italiana".

Anche il cuore, in termini cardiopatie e fibrillazione atriale, può essere responsabile di ictus cerebrale; come il mixoma cardiaco, un tumore benigno del cuore (che può embolizzare) o il fibroelastoma endocardico, anch'esso un tumore benigno ma della valvole. "È molto interes-

sante il discorso sulla fibrillazione atriale nel giovane. Poco frequente, ci si pensa poco, eppure rappresenta una causa di ictus, sempre di tipo embolico".

Ci sono poi una serie di malattie rarissime che, tuttavia, è sempre bene tenere presente, anche perché per alcune di esse esiste una terapia mirata. Come per la malattia di Fabry, molto rara e per la quale esiste una terapia enzimatica sostitutiva specifica, o come la vasculite del sistema nervoso centrale, patologia difficile da diagnosticare ma che può contare su soluzioni specifiche basate su terapie steroidee e immunosoppressori.

Nel giovane non si possono escludere cause legate all'abuso di sostanze. È quindi importante non indagare in Pronto soccorso sui metaboliti della cocaina, dell'anfetamina, dell'eroina: "soprattutto la cocaina è implicata in ictus di tipo ischemico ed emorragico".

Vi è infine una discussione accesa sulla predisposizione che le persone affette da emicrania possono avere verso un ictus. I dati non sono univoci ma sembra che gli emicranici con aura frequente presentino un rischio aumentato.

S.M.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Paolo Cerrato

## ■ ONCOLOGIA

### Maggiori conferme dell'associazione tra obesità e rischio neoplastico

**È** un'altra autorevole conferma quella che è emersa da una nuova analisi, pubblicata sul NEJM, una "ombrella review" che ha considerato revisioni sistematiche sul tema: l'obesità è un fattore di rischio per l'insorgenza di diversi tumori. L'altra cattiva notizia è che l'associazione tra obesità e ben undici tipi di cancro, tra tumori dell'apparato gastrointestinale e quelli ormono-dipendenti nella popolazione femminile, nello studio ha un grado di evidenza molto forte.

Le conclusioni della ricerca concordano con quanto diffuso recentemente dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), tuttavia in questo caso i dati sono

ancora più chiari ed esaustivi.

"La conclusione inevitabile è che la prevenzione di sovrappeso e obesità può ridurre il rischio di cancro. La classe medica - e dato il loro ruolo particolare i medici delle cure primarie - possono avere un ruolo importante per diminuire il peso dei tumori legati all'obesità. Il grasso corporeo in eccesso è potenzialmente il secondo più importante fattore di rischio di cancro modificabile dopo il fumo" - si legge in un editoriale di accompagnamento della ricerca.

#### ► La ricerca

Il nuovo studio ha esaminato 95 trial che hanno segnalato una associazione

tra eccesso di grasso corporeo e il rischio di sviluppo o di morte per cancro. L'obesità è stata definita come un indice di massa corporea (BMI) > 30 kg/m<sup>2</sup>. Il team di ricercatori ha ritenuto che solo il 13% (12 su 95) degli studi identificati si basassero su una forte evidenza statistica.

Dall'analisi è stato determinato che ci fosse un'associazione tra grasso corporeo e 11 sedi tumorali: adenocarcinoma esofageo; mieloma multiplo; tumori del cardias, del colon e del retto (negli uomini), del tratto biliare, del pancreas, della mammella in donne in post-menopausa, endometrio in pre-menopausa, dell'ovaio e del rene.

Il grado di rischio sarebbe variabile: per esempio, l'aumento del rischio di sviluppare il cancro per ogni incremento di 5 kg/m<sup>2</sup> in BMI varia dal 9% per il tumore del retto tra gli uomini a 56% per il tumore del sistema delle vie biliari.

Nelle conclusioni gli autori auspicano la realizzazione di studi prospettici per trarre conclusioni "più solide" su quali tumori siano causati dall'eccesso di grasso corporeo e su quali siano i soggetti ad alto rischio. In futuro gli individui potrebbero essere così selezionati per strategie personalizzate di prevenzione primaria e secondaria.

#### La popolazione è inconsapevole dei rischi

Il BMJ ha recentemente pubblicato i risultati di un sondaggio condotto dalla charity britannica *Cancer Research UK* che dimostra che tre adulti su quattro non sono consapevoli del legame tra l'essere in sovrappeso o obesi e la possibilità di sviluppare il cancro. Se è ben noto fra la popolazione che il sovrappeso può essere un fattore di rischio per il DMT2 o per patologie CV, molto più scarsa è la consapevolezza del rischio di manifestare il cancro. Dal sondaggio emerge una discreta percezione sul legame fra obesità e possibilità di manifestare tumori dell'intestino, del fegato e del pancreas, ma non altrettanto è ritenuto, ad esempio, per il cancro della mammella, dell'utero o per il cancro ovarico. Esorta l'associazione: agire sulla prevenzione promuovendo stili di vita corretti è un imperativo per tutti gli operatori sanitari.

#### Bibliografia

- Kyrgiou M et al. Adiposity and cancer at major anatomical sites: umbrella review of the literature. *BMJ* 2017; 356 (online)
- Gulland A. Three in four are unaware of obesity link to cancer, says charity. *BMJ* 2016; 354: i4898

## ■ ORTOPEDIA

### Gestione clinico-terapeutica dell'edema midollare osseo

La continua evoluzione della diagnostica per le patologie dell'apparato locomotore è tra i motivi che hanno portato all'emersione dell'edema midollare osseo, una patologia fino a poco tempo fa sottovalutata o non prontamente diagnosticata o confusa con altre problematiche di tipo articolare.

"In particolare è alla risonanza magnetica e attraverso una lettura sempre più attenta e approfondita delle immagini che questa strumentazione è in grado di produrre che si deve il riscontro dell'edema osseo, che dal punto di vista della gestione clinica si è dimostrato un dato presente non solo nell'ambito di patologie ortopediche, ma anche in quelle reumatologiche" - ha chiarito a **M.D. Massimo Varenna**, Responsabile SS Diagnosi e Cura Osteoporosi e Malattie Metaboliche del Day Hospital di Reumatologia del Pini-CTO, tra i esperti intervenuti al "Bone edema & small implants", meeting che si è recentemente svolto a Milano (3/4 marzo).

Per gli esperti per anni è stata attribuita la responsabilità di dolori articolari, provenienti in particolare dal ginocchio e a manifestazione improvvisa quanto ingiustificata, a menischi, cartilagini o ad altre strutture articolari, senza capire quale fosse la loro vera causa. Grazie

alla RM vengono evidenziate quelle aree di osso limitrofe all'articolazione (ginocchio, anca, caviglia) che assumono un aspetto diverso, più sfumato, di colore grigio chiaro rispetto alla circostante area di osso che appare di colore più definito, un grigio scuro tendente al nero. Nella maggior parte dei casi quell'area grigio chiara corrisponde alla sede del dolore.

#### ► Caratteristiche

A livello di ginocchio gli edemi possono manifestarsi in seguito a traumi contusivi o distorsivi (vengono comunemente chiamati dagli anglosassoni "bone bruise" contusioni ossee) oppure sono dovuti a improvvisi cedimenti strutturali.

La maggior parte degli eventi si verifica in soggetti con età >50 anni, soprattutto donne, in sovrappeso, o anche negli sportivi, in particolare nei runner. In queste persone un iniziale stato artrosico può determinare un cedimento dei menischi, un danno a livello della cartilagine, una microfrattura ossea. Tutti questi eventi si traducono in un sovraccarico dell'osso spugnoso che si trova al di sotto della cartilagine, con una sua temporanea sofferenza e il conseguente sviluppo di un edema più o meno diffuso.

Generalmente il paziente riferisce la

comparsa di un dolore articolare improvviso, non relazionato a traumi, molto intenso, senza apparenti cause scatenanti e particolarmente acuto nelle ore notturne. La diagnosi viene sempre effettuata tramite RM, esame che se viene eseguito troppo precocemente potrebbe non evidenziare immediatamente l'edema, che possono infatti manifestarsi anche sei settimane dopo la comparsa del dolore. Più raramente si effettua la scintigrafia.

#### ► Trattamento

Studiare le cause, avere un quadro più chiaro sulla possibile evoluzione reversibile o non reversibile, è l'obiettivo della ricerca per impostare le terapie più adeguate. Spesso è necessario intervenire chirurgicamente: per l'intervento all'anca e al ginocchio c'è la "core decompression" che consiste nella perforazione dell'osso sofferente in modo da rivitalizzarlo, riducendone la pressione locale e stimolando la rivascolarizzazione e la "subchondroplasty", cioè il riempimento e il rinforzo. Per quanto riguarda l'approccio medico proprio Varenna ha messo a punto un trattamento con neridronati, che somministrati ev ad alti dosaggi si sono rivelati efficaci nel trattamento di questa situazione clinica.



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Massimo Varenna

## ■ VACCINI

### In Italia il primo vaccino anti-HPV 9-valente

È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (21 febbraio) il decreto di riclassificazione in classe H di Gardasil 9, il primo e unico vaccino diretto contro nove tipi di Papillomavirus umano, indicato per prevenire con efficacia ancora maggiore le lesioni precancerose, i tumori che colpiscono il collo dell'utero, la vulva, la vagina, l'ano e i condilomi genitali causati dai 9 tipi di HPV in adolescenti maschi e femmine a partire dai 9 anni di età.

La vaccinazione anti-HPV è stata infatti estesa ai maschi adolescenti dal nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, incluso nei LEA. Il dodicesimo anno di vita - riporta il nuovo Piano - è l'età preferibile per l'offerta attiva della vaccinazione anti-HPV a tutta la popolazione (femmine e maschi). Sulla base delle nuove e importanti evidenze scientifiche, infatti, la sanità pubblica oggi si pone come obiettivo l'immunizzazione di adolescenti di entrambi i sessi, per la massima protezione da tutte le patologie HPV correlate direttamente prevenibili con la vaccinazione.

Il nuovo vaccino 9-valente protegge verso il maggior numero di tipi di Papillomavirus umano rispetto a qualsiasi altro vaccino anti-HPV attualmente disponibile: sette dei nove tipi di HPV

inclusi nel vaccino (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58) sono ad alto rischio oncogeno e causano nel mondo circa il 90% dei tumori del collo dell'utero, il 90% dei casi di cancro anale HPV correlati e circa l'80% delle lesioni cervicali di alto grado (lesioni cervicali precancerose definite CIN 2, CIN 3 e AIS). I due tipi di HPV a basso rischio oncogeno 6 e 11, oltre a essere causa del 90% dei condilomi genitali, sono al terzo posto di frequenza tra i tipi di HPV che causano cancro della vagina o del pene, quarti nel cancro della vulva e quinti nel cancro dell'ano.

#### ► Efficacia e tollerabilità

Il vaccino 9-valente si è dimostrato essere immunogeno, avere un buon profilo di efficacia e tollerabilità, con un potenziale di prevenzione del 90% per il ca del collo dell'utero, del 75-85% per le lesioni precancerose CIN 2/3, dell'85-90% per il cancro della vulva, dell'80-85% per il cancro della vagina, del 90-95% per il cancro dell'ano e del 90% dei condilomi genitali.

Il vaccino 9-valente ha dimostrato di essere efficace nel prevenire il 97.4% delle lesioni di alto grado della cervice uterina, della vagina, della vulva e dell'ano e dei cancri cervicale, vaginale e vulvare causati dai 5 ulteriori

tipi oncogeni di HPV (31, 33, 45, 52, 58). Inoltre, il vaccino ha dimostrato di indurre risposte anticorpali contro i tipi di HPV 6, 11, 16 e 18 risultate non inferiori al vaccino quadrivalente.

#### ► Promuovere la consapevolezza

Come promuovere la consapevolezza che il vaccino 9-valente è la forma di protezione più ampia per la prevenzione primaria contro il Papillomavirus? "Occorre impegnarsi per far crescere la cultura sanitaria e vaccinale - sottolinea il Prof. **Giancarlo Icardi**, Referente Gruppo Vaccini della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - perché viviamo una situazione complessa, nella quale tra la popolazione è diffusa la non conoscenza sull'utilizzo dei vaccini in generale e sulla loro efficacia e sicurezza. È fondamentale far capire ai cittadini che la somministrazione di questo vaccino, come di tutti gli altri, si basa su precise evidenze scientifiche. Solo lavorando insieme per questo obiettivo potremo ottenere la completa accettabilità sociale del vaccino. Come farlo? Utilizzando soprattutto gli strumenti e i canali prevalenti nella nostra società, digitalizzata e alfabetizzata sul web e sui social, per arrivare ai giovanissimi e ai loro genitori".



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone il commento di Giancarlo Icardi

# Sindrome metabolica: criteri diagnostici, patogenesi e aspetti clinico-terapeutici

Nell'identificazione dei soggetti ad alto rischio per sindrome metabolica diverse sono le questioni ancora aperte: l'introduzione di marker clinici di insulinoresistenza, l'integrazione dei risultati dei test da carico glucidico e dei livelli di lipidemia, nonché una migliore definizione del ruolo esercitato da fattori infiammatori, protrombotici e genetici

a cura di **Pasquale De Luca**<sup>1</sup>

con la collaborazione di: **Antonio De Luca**<sup>2</sup>, **Angelo Benvenuto**<sup>3</sup>, **Marco Sperandeo**<sup>4</sup>, **Gianluigi Vendemiale**<sup>5</sup>, **Gaetano Serviddio**<sup>6</sup>, **Massimo Errico**<sup>7</sup>

## ► Introduzione

La prevenzione cardiovascolare rappresenta oggi una emergenza socio-sanitaria a livello internazionale sia per i paesi sviluppati sia per i paesi in via di sviluppo, sia per i sistemi sanitari pubblici che quelli privati o su base assicurativa. Negli ultimi anni, le linee guida internazionali per la prevenzione della malattia cardiovascolare in generale si sono orientate alla valutazione non solo dell'entità del singolo fattore di rischio (valore assoluto di pressione arteriosa, colesterolemia, ecc.) ma soprattutto alla valutazione del rischio cardiovascolare globale legato alla contemporanea presenza di più fattori di rischio che meglio definisce la probabilità che un singolo individuo ha di sviluppare un evento cardiovascolare maggiore nell'arco, in genere, di 5-10 anni. Mentre da anni esiste una

sostanziale condivisione di quali siano i fattori di rischio che andrebbero valutati nell'intera popolazione per avere interventi di prevenzione che siano allo stesso tempo efficaci e costo-efficaci, solo più recentemente è stata definita l'importanza della sindrome metabolica.

La sindrome metabolica è una condizione presente nel 20-25% della popolazione generale ed è caratterizzata da obesità viscerale, dislipidemia, alterazioni del metabolismo glucidico ed ipertensione arteriosa. Alla base di questa sindrome si ritrova una resistenza all'azione insulinica, accompagnata da uno stato proinfiammatorio e protrombotico.

## ► Definizione e classificazione

La sindrome metabolica è un insieme di alterazioni con una principale conseguenza: un marcato aumento delle malattie cardiovascolari. A partire dalla sua descrizione iniziale come "sindrome dell'obesità androide" da parte di Vague nel 1956, la sindrome ha assunto diversi nomi, comprendenti "sindrome dell'ipertensione dislipidemica" (Williams nel 1988), "sindrome X" (Reaven nel 1988), "sindrome da insulinoresistenza" (De Fronzo nel 1991), "sindrome dismetabolica" (OMS nel 1998) e "sindrome

plurimetabolica" (Muggeo, 2001). Risale sempre al 2001 la definizione formulata dall'Adult Treatment Panel III (ATP III) del National Cholesterol Education Program (NCEP), secondo la quale la diagnosi viene posta quando sono presenti 3 o più di 3 dei seguenti fattori di rischio: circonferenza dei fianchi negli uomini >102 cm e nelle donne >88 cm, trigliceridemia >150 mg/dl, HDL-C negli uomini <40 mg/dl e nelle donne <50 mg/dl, pressione arteriosa >130/85 mmHg, glicemia a digiuno > 110 mg/dl. La principale conseguenza della sindrome metabolica sono le patologie cardiovascolari aterosclerotiche, e diverse componenti della sindrome rappresentano noti fattori di rischio per lo sviluppo di aterosclerosi. Una maggiore conoscenza della diagnosi di sindrome metabolica porterà presumibilmente in futuro all'identificazione di fattori di rischio addizionali e, a sua volta, ad una migliore identificazione dei pazienti ad alto rischio. I fattori di rischio associati alla sindrome metabolica, non compresi nei criteri del NCEP Adult Treatment Panel III, sono markers dell'infiammazione [proteina C-reattiva, fibrinogeno, citochine (IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$ ), molecole di adesione (ICAM-1, VCAM)], della protrombosi [PAI-1, D-dimero, fibrino-

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

<sup>1</sup>Dirigente Medico S.C. Pronto Soccorso

<sup>2</sup>Dirigente Medico S.C. Cardiologia-UTIC

<sup>3</sup>Direttore S.C. Medicina Interna

IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza"

San Giovanni Rotondo (FG)

<sup>4</sup>Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

Policlinico di Foggia AOU "Ospedali Riuniti"

<sup>5</sup>Direttore Dipartimento Internistico

<sup>6</sup>Dirigente Medico S.C. Medicina Interna

Ospedale Ente Ecclesiastico "F. Miulli"

Acquaviva delle Fonti (BA)

<sup>7</sup>Direttore S.C. Medicina Interna

peptide A] e dello stress ossidativo [LDL-C ossidate, perossidi lipidici].

I più recenti criteri per la diagnosi di sindrome metabolica sono stati proposti dall'International Diabetes Federation (IDF) nel 2009 e richiedono la presenza di obesità addominale che viene definita con diversi cut-off di circonferenza addominale a seconda dell'etnia di appartenenza (per gli europei:  $\geq 94$  cm nei maschi e  $\geq 80$  cm nelle femmine) e la presenza di almeno due tra i seguenti criteri: trigliceridi  $\geq 150$  mg/dl, colesterolemia HDL  $< 40$  mg/dl nei maschi e  $< 50$  mg/dl nelle femmine o terapia ipolipemizzante, pressione arteriosa  $\geq 130/85$  mmHg o terapia antiipertensiva, glicemia a digiuno  $> 100$  mg/dl o pregressa diagnosi di diabete mellito tipo 2.

La circonferenza addominale, criterio chiave in entrambe le definizioni, è predittiva di rischio cardiovascolare: ogni 5 cm di incremento si associa, infatti, a un aumento dell'11.9% del rischio di decesso per malattia cardiovascolare.

In conclusione, l'identificazione dei soggetti con sindrome metabolica trova la sua utilità clinica nella necessità, in un paziente con un fattore di rischio cardiovascolare, di ricercarne altri. Si tratta quindi di uno strumento utile e facilmente applicabile nella pratica clinica per identificare precocemente i pazienti a rischio al fine di impostare un appropriato monitoraggio e adeguate strategie terapeutiche.

## ► Fisiopatologia clinica

La patogenesi della sindrome metabolica è multifattoriale, comprendendo cause sia genetiche sia ambientali. La difficoltà nel definire i meccanismi patogenetici è giustificata dalla eterogeneità dei fenotipi, determinati dalla diversa combinazione dei fattori indicati come diagnostici nelle differenti definizioni riportate in letteratura. Tuttavia, l'insulinoreistenza viene vista come il possibile meccanismo patogenetico comune alla base

della sindrome metabolica. Il termine di insulinoreistenza descrive uno stato di disregolazione dell'omeostasi glucosio-insulina caratterizzata da una ridotta capacità dell'insulina nello stimolare le sue azioni a livello epatico, muscolare e del tessuto adiposo. Quest'ultimo aspetto è interessante alla luce dell'associazione fra obesità e insulinoreistenza, anche se non è ben chiarita quale sia la relazione causa-effetto tra tali condizioni.

Il ruolo, evidenziato negli ultimi anni, del tessuto adiposo come organo con funzioni immuno-metaboliche-endocrine potrebbe spiegare un'azione diretta dell'obesità nel determinare la sindrome metabolica. È stato evidenziato che il tessuto adiposo viscerale è in grado di interferire con l'attività del sistema renina-angiotensina-aldosterone, di produrre adipochine (tra cui leptina, resistina, visfatina), di produrre molecole protrombotiche come il PAI-1 e di secernere citochine proinfiammatorie come il TNF-alfa, IL-1 e IL-6.

Altri studi evidenziano invece il ruolo della disfunzione endoteliale, ma anche in questo caso non è ben chiaro se essa sia il meccanismo che dà inizio alla sindrome o se sia essa stessa conseguenza di uno dei diversi fattori della sindrome metabolica, in particolare della ipertensione arteriosa. L'insulinoreistenza si esplica infatti anche a livello della cellula endoteliale: in condizioni fisiologiche l'insulina induce la produzione dell'enzima ossido nitrico sintetasi da parte della cellula endoteliale; in caso di insulinoreistenza si ha una riduzione della produzione di questo enzima con conseguente riduzione della produzione di ossido nitrico, importante molecola con azione protettiva (poiché regola le resistenze vascolari determinando vasodilatazione arteriosa e venosa), antiaterogena e antitrombotica nei confronti dell'endotelio vascolare (inoltre si verifica un aumento di produzione di endotelina, ad opera delle cellule endoteliali danneggiate, che ha un alto potere vasocostrittore).

Secondo altre ipotesi patogenetiche, la sindrome metabolica sarebbe conseguenza di una alterata funzione neuro-endocrina caratterizzata da una iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con conseguente ipercortisolemia: tale alterazione porterebbe all'aumento del tessuto adiposo viscerale ed alla mobilitazione di acidi grassi liberi mediante l'attivazione della lipoprotein-lipasi. Altri studi avanzano l'ipotesi di una alterazione del metabolismo periferico del cortisolo con alterazione dei sistemi enzimatici dell'11-b-idrossisteroidodeidrogenasi di tipo 1 e della 5-alfa-reduttasi con conseguente aumento della quantità biologicamente attiva del cortisolo a livello del tessuto adiposo.

Prendiamo in considerazione in maniera individuale ciascuna componente della sindrome metabolica, pur riconoscendo il fatto che tra i criteri esiste una sovrapposizione.

### Obesità

L'obesità è un importante fattore di rischio per il diabete di tipo 2 e le patologie cardiovascolari. Il tessuto adiposo viscerale è stato proposto come la principale sede di deposizione lipidica associata alle conseguenze metaboliche dell'obesità. Si ritiene che l'adiposità viscerale, o centrale, rappresenti l'evento iniziale che conduce allo sviluppo di insulinoreistenza, attraverso un aumento del flusso di acidi grassi liberi nel circolo portale e nel circolo sistemico. Il tessuto adiposo viscerale può anche contribuire allo sviluppo di altre cause di aumento del rischio aterosclerotico, comprendenti fattori infiammatori, protrombotici e fibrinolitici.

### Alterazioni del metabolismo lipidico

Le caratteristiche alterazioni del metabolismo lipidico descritte nella sindrome metabolica sono l'ipertrigliceridemia, la presenza di bassi livelli di HDL-C (responsabili della rimozione di colesterolo dalla parete vasale) e di livelli

elevati (o spesso normali) di LDL-C (che favoriscono l'accumulo di colesterolo nella parete vasale), anche se in questi pazienti le particelle di LDL-C sono tipicamente di dimensioni più piccole e più dense del solito. La dislipidemia della sindrome metabolica può essere causalmente correlata allo stato di insulinoresistenza e ad un aumento del flusso di acidi grassi liberi, che facilita la produzione a livello epatico di colesterolo legato alle VLDL.

### **Ipertensione arteriosa**

L'ipertensione è un'importante caratteristica della sindrome metabolica. Un aumento del peso in età giovanile o durante la mezza età risulta positivamente correlato ai livelli di pressione arteriosa; inoltre, nei pazienti ipertesi ed in sovrappeso il calo ponderale può efficacemente ridurre la pressione arteriosa. Questo scenario dimostra ancora una volta l'esistenza di una sovrapposizione tra le componenti individuali della sindrome metabolica. Inoltre, la concentrazione plasmatica di insulina risulta fortemente correlata alla pressione arteriosa; i figli normotesi di genitori ipertesi sono più insulinoresistenti rispetto ai figli di genitori normotesi. Il meccanismo alla base dell'associazione tra insulinoresistenza e ipertensione non è chiaro. Quando viene somministrata mediante infusione di breve durata, l'insulina agisce come un vasodilatatore diretto, ma determina anche un aumento del tono simpatico e del riassorbimento renale di sodio. Questi ultimi due meccanismi potrebbero contrastare l'effetto di vasodilatazione, e determinare, in una condizione di insulinoresistenza, un'elevazione della pressione arteriosa. È stata dimostrata infine l'importanza critica del controllo pressorio nella riduzione del rischio cardiovascolare in pazienti diabetici.

### **Livelli elevati di glicemia a digiuno**

La presenza di livelli elevati di glicemia a digiuno rappresenta un'importante ca-

atteristica della sindrome metabolica. L'insulinoresistenza è associata ad un aumento del rischio di diabete di tipo 2, ed un franco diabete si sviluppa in molti soggetti affetti da sindrome metabolica. Non esistono dubbi sul fatto che alterazioni della glicemia a digiuno ed alterazioni della tolleranza glucidica rappresentino degli stadi intermedi nella progressione da sindrome metabolica a diabete di tipo 2. Un'alterata tolleranza glucidica è stata associata allo sviluppo di coronaropatie aterosclerotiche e di ictus anche prima della sua progressione in un franco diabete.

### **► Approccio terapeutico**

La diagnosi precoce e l'impostazione di una terapia appropriata sono da considerare di estrema importanza per prevenire gli eventi cardiovascolari dipendenti dalla sindrome metabolica. Purtroppo nella lunga storia naturale della malattia cardiovascolare esiste un aspetto di intervento preventivo che riguarda settori non determinati dalla attività medica come, ad esempio, l'industria alimentare e che precede i processi di identificazione precoce e di appropriata terapia. Di fatto, il punto di partenza fondamentale è la modificazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari. Tutte le componenti della sindrome metabolica traggono beneficio dal calo ponderale, anche se modesto ma mantenuto nel tempo, ottenuto tramite restrizione calorica ed attività fisica e/o terapia farmacologica. È quindi importante educare il paziente a modificare lo stile di vita alimentare in termini sia quantitativi sia qualitativi e a svolgere una regolare attività fisica di tipo aerobico e della durata di almeno trenta minuti giornalieri. In alcuni pazienti, sempre al fine di ottenere una riduzione del peso corporeo, si può utilizzare una terapia farmacologica con inibitori della lipasi intestinale (orlistat). Se il cambiamento dello stile di vita è il primo approccio

terapeutico, una terapia farmacologica per il trattamento dei singoli componenti della sindrome metabolica può essere necessaria in molti pazienti per cercare di ridurre il rischio cardiovascolare. Le classi di farmaci da considerare sono ovviamente gli antiipertensivi (ACE-inibitori, sartani), gli ipolipemizzanti (statine, fibrati, acido nicotinico) e gli ipoglicemizzanti (metformina, incretino-mimetici, glinidi, glitazoni).

### **► Conclusioni**

In conclusione, la sindrome metabolica rappresenta un insieme di fattori di rischio cardiovascolare, legati tra loro attraverso l'associazione con l'insulinoresistenza. Dal momento che l'insulinoresistenza rappresenta un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di patologie cardiovascolari, la sua presenza può condurre a complicanze macrovascolari anche molto tempo prima che altre caratteristiche della sindrome metabolica diventino evidenti. Le sfide che rimangono, nell'identificazione dei soggetti ad alto rischio, comprendono l'introduzione di marker clinici di insulinoresistenza, l'integrazione dei risultati dei test da carico glucidico e dei livelli di lipidemia, nonché una migliore definizione del ruolo esercitato da fattori infiammatori, protrombotici e genetici.

### **Bibliografia**

- De Luca P "Medicina Clinica. Manuale pratico di Diagnostica e Terapia". Enea Edizioni 2016.
- Grundy SM et Al. "Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement". Circulation 2005.
- International Diabetes Federation "The IDF Consensus Worldwide definition of Metabolic Syndrome" 2009.
- Kasper et Al. "Harrison - Principi di Medicina Interna". Casa Editrice Ambrosiana 2017.
- Opie LH "Metabolic syndrome". Circulation 2007.
- Papadakis MA et Al. "Current Medical Diagnosis and Treatment". Piccin 2015.
- Rugarli C et Al "Medicina Interna Sistemica". Edra Masson 2015.

# Dal sospetto di neoplasia cutanea alla chirurgia plastica ricostruttiva

L'analisi del caso di un paziente che presenta una lesione cutanea suggestiva di neoplasia ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica e sulle tecniche ricostruttive impiegate, anche perché non esistono linee guida che indirizzino all'adozione di una tecnica piuttosto che l'altra

**Alessandro Broglio\* - Giovanni Antonio Filocamo\*\* - Marco Elli\*\*\***

**N**ell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è facoltà di noi studenti frequentare un ambulatorio di Medicina Generale come parte delle attività professionalizzanti da svolgere.

È proprio durante questo periodo che giunge alla nostra osservazione un uomo che presenta una lesione cutanea suggestiva di neoplasia: l'analisi del suo caso ci ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica e sulle tecniche ricostruttive impiegate, argomento che viene ben poco esplorato nell'arco del corso di studi.

## ► Il caso

Giunge alla nostra osservazione in ambulatorio un uomo di 85 anni per una neoplasia cutanea localizzata al cuoio capelluto sul lato destro del volto. La lesione si presentava di colore grigio-rossastro, nodulare, vegetante, ulcerata, con asse maggiore di 3.1 cm, motivo per cui si inviava a visita specialistica per forte sospetto di neoplasia ed eventuale indicazione alla rimozione chirurgica.

L'evoluzione del caso segue l'ordine cronologico riportato in *tabella 1*.

L'intervento è avvenuto in regime di ricovero il 6.5.2016.

Durante la procedura chirurgica è stata dapprima eseguita l'asportazione della neoplasia con invio del materiale per l'esame istologico e successivamente è stata eseguita una plastica ricostruttiva della zona danneggiata mediante innesto.

La tecnica prevede il prelievo di tessuto cutaneo da un sito donatore, che nel caso del nostro paziente è risultato essere la sua regione inguinale destra, e il successivo innesto del campione prelevato nella zona dove è stata rimossa la neoplasia, in modo da ricostituire l'integrità dell'epitelio cutaneo. Il decorso post-intervento è stato ottimale, motivo per cui il paziente è stato di-

messo il giorno seguente.

All'esame istologico la lesione è risultata essere un carcinoma squamocellulare ben differenziato (G1), vegetante, di tipo verrucoso, infiltrato focalmente sino al tessuto sottocutaneo (V° livello sec. Clark). Non si hanno segni di infiltrazione vascolare e perineurale.

Durante la visita di controllo (12/5/2016), la ferita della zona inguinale mostrava segni di sovrainfezione, motivo per cui sono state programmate visite di controllo regolari per il monitoraggio e trattamento della situazione.

All'ultima visita di controllo (6/6/2016), viene rinnovata la medicazione e si riferisce un processo di guarigione avanzato con indicazione a tocchature di merbromina ogni giorno per 30 giorni.

**Tabella 1**

### Sequenza cronologica del caso

Data	Prestazione
Aprile 2016	Visita presso il nostro ambulatorio di MG
Aprile 2016	Visita specialistica che conferma il sospetto neoplastico e conferma la necessità di rimozione chirurgica
6 maggio 2016	Intervento di rimozione della neoplasia e ricostruzione cutanea
9 maggio 2016	Esito dell'esame istopatologico
12 maggio 2016	Visita di controllo a 7 giorni dall'intervento
16-19-23-26-30 maggio 2016	Visite di controllo regolari per la sostituzione della medicazione e monitoraggio del sito infetto
6 giugno 2016	Ultima visita di controllo

\*Medico in Formazione, Milano

\*\*Tutor Corso Pre Laurea Medicina Generale, Milano

\*\*\*Responsabile Attività Didattiche,

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Polo Vialba, Università degli Studi di Milano

► **Evoluzione clinica**

Attualmente il paziente è in buone condizioni di salute. Alla prima valutazione ambulatoriale dopo l'ultima visita di controllo, la ferita in regione inguinale dove è avvenuto il prelievo cutaneo presenta persistenza del quadro infettivo (*figura 1*). Si possono notare segni di infiammazione locale e formazioni condiloidee in corrispondenza delle zone dove erano presenti i punti di sutura. Si decide di applicare crema antibiotica e di proseguire con questo trattamento fino a completa regressione della situazione. La zona al cuoio capelluto presenta invece una vistosa escara di consistenza dura e colore eterogeneo. La sua presenza rende inoltre impossibile l'identificazione del sito di innesto (*figura 2*). A distanza di 3 settimane la situazione al cuoio capelluto risulta come in *figura 3*: è avvenuto il completo distacco dell'escara e la cute sottostante presenta segni di guarigione avanzata, mostrando però una lieve differenza di pigmentazione rispetto al resto della zona.

**Figura 1**



**Figura 2**



**Figura 3**



È individuabile la sede di innesto e complessivamente possiamo apprezzare un discreto risultato estetico finale.

**APPROFONDIMENTI**

Approfondiremo alcuni aspetti sul carcinoma squamocellulare e sulle tecniche ricostruttive della chirurgia plastica in modo da avere gli strumenti per valutare con obiettività quanto eseguito sul nostro paziente.

► **Carcinoma squamocellulare**

Il carcinoma squamocellulare è un tumore maligno della cute che colpisce le cellule squamose dell'epidermide. Dal punto di vista epidemiologico è il secondo tumore cutaneo più frequente dopo il carcinoma basocellulare, rappresentando il 20% circa di tutti i tumori della pelle. In Italia si stima un'incidenza di circa 120 casi/anno ogni 100.000 uomini e 90 casi/anno ogni 100.000 donne. Insorge principalmente in età avanzata (dopo i 60 anni) e nelle zone maggiormente fotoesposte come viso, cuoio capelluto, orecchie, labbra, collo ed arti, ma più in generale tende a manifestarsi su cute o mucose che presentano già un'alterazione morfologica (radiodermi, cheiliti attiniche, ecc.). Le lesioni si presentano rilevate, di colore rosso-roseo, a superficie crostosa, di dimensioni variabili da pochi millimetri a diversi centimetri, o come chiazze ros-

sastre desquamanti; tuttavia va sottolineato che questo tipo di carcinoma mostra una certa eterogeneità nelle sue manifestazioni che possono variare da soggetto a soggetto.

Ha una crescita rapida e, se non diagnosticato precocemente o trascurato, può infiltrare gli strati profondi della cute. In rari casi i carcinomi squamocellulari possono dare metastasi ai linfonodi e agli organi interni, diventando potenzialmente fatali.

Se ne distinguono 3 forme cliniche:

- nodulare o nodulo-ulcerativo;
- verrucoso;
- papillomatoso o vegetante.

La diagnosi viene effettuata mediante esame obiettivo, con la possibilità di avvalersi di un esame bioptico qualora persista il dubbio diagnostico.

La terapia di prima scelta per questo tipo di carcinoma è l'escissione chirurgica.

Esistono anche tutta una serie di altri approcci terapeutici (laserterapia, crioterapia, terapia fotodinamica, radioterapia) che sono indicate però per lesioni superficiali e sono inoltre associate ad un maggior rischio di recidiva.

► **Tecniche di chirurgia plastica ricostruttiva: lembi e innesti**

La chirurgia plastica è una branca della chirurgia che nasce con lo scopo di correggere, riparare o ricostruire alterazioni del corpo umano come difetti morfo-funzionali o perdite di sostanza a carico di diversi tipi di tessuti (cute, sottocute, fasce, muscoli, ossa, ecc). Tali malformazioni possono occorrere a seguito di traumi, neoplasie, malattie degenerative, così come essere presenti sin dalla nascita. Le tecniche fondamentali più utilizzate per correggere questo tipo di difetti sono sostanzialmente due: i lembi e gli innesti.

► **Lembi**

Il lembo è definito un'unità tissutale che viene trasferita da una sede, defi-

nita "sito donatore", ad un'altra, definita "sito ricevente", mantenendo intatta la propria circolazione. È proprio su quest'ultimo aspetto che si pone la distinzione con gli innesti: questi infatti vengono trasferiti senza il loro supporto vascolare, affidando completamente la loro sopravvivenza alla rete di vasi del sito ricevente. I lembi, invece, vengono trasferiti mantenendo una connessione con la sede di prelievo; tale connessione prende il nome di "peduncolo" e ha il compito di garantire la nutrizione dei tessuti del lembo stesso. La classificazione dei lembi prevede la loro suddivisione in categorie in funzione di: tipo di supporto vascolare, tipo di tessuto che viene trasferito, sede del sito donatore, movimento cui sono soggetti durante il trasferimento.

### 1. Classificazione secondo il tipo di supporto vascolare

La vascolarizzazione di un lembo può essere casuale (random) o a peduncolo noto (assiale, fascio-cutanea, muscolo-cutanea, basata sulle perforanti).

- Nel **lembo random** l'apporto ematico non proviene da un'arteria ben precisa, ma da una serie numerosa di piccole arteriole minori. In questa categoria ricadono molti tipi di lembi cutanei.

- I **lembi a peduncolo noto** sono ricavati da regioni anatomiche con una vascolarizzazione costante, in cui è possibile identificare i vasi afferenti. La vascolarizzazione del lembo è determinata da uno specifico asse vascolare in grado di supportare l'intera area allestita.

Tali lembi vengono suddivisi in base al tipo di vascolarizzazione che può essere di tipo assiale, fascio-cutanea, muscolo-cutanea o basata sulle perforanti.

### 2. Classificazione secondo il tipo di tessuto che viene trasferito

Un lembo può essere costituito da un solo tipo di tessuto o da una notevole varietà di diversi tessuti. Nel primo caso possiamo identificare lembi costituiti da cute, fascia, muscolo, osso, ghiandole e visceri (come omento,

colon, piccolo intestino, ecc).

Per quanto riguarda i lembi costituiti da più tipi di tessuti riconosciamo i fascio-cutanei, i mio-cutanei, gli osseo-cutanei, i tendino-cutanei e quelli sensitivi/innervati.

### 3. Classificazione secondo la sede del sito donatore

Un tessuto può essere trasferito da un'area adiacente al sito ricevente: è questo il caso dei cosiddetti "lembi di vicinanza". Qualora il tessuto venga invece trasferito da un sito anatomico non contiguo (per esempio un'altra parte del corpo), si parlerà di "lembi di distanza". Preferenzialmente si fa ricorso ai lembi di vicinanza in quanto permettono di eseguire l'intervento avvalendosi dello stesso campo operatorio, consentendo spesso l'apporto di un tessuto con le stesse caratteristiche di quello leso. I lembi a distanza vengono invece utilizzati quando si ha impossibilità a reperire tessuto sufficiente ed idoneo in prossimità della zona da riparare.

### 4. Classificazione secondo il tipo di movimento cui sono soggetti durante il trasferimento

A seconda del movimento che il lembo esegue nel passaggio dal sito donatore a quello ricevente, possiamo distinguere:

- **lembi di avanzamento**, spostati con un movimento rettilineo rispetto al loro peduncolo sfruttando l'elasticità della cute;

- **lembi di rotazione**, spostati con un movimento circolare;

- **lembi di trasposizione**, spostati scavalcando una zona di tessuto interposta tra l'area donatrice ed il sito ricevente.

### ► Innesti

Per innesto si intende il trapianto di uno o più tessuti, provenienti da un'area donatrice, ad un'area ricevente, interrompendo completamente le connessioni vascolari con la sede di prelievo. Gli innesti non possiedono quindi una vasco-

larizzazione propria: per i primi 3-5 giorni la loro sopravvivenza è garantita da un meccanismo di diffusione dei nutrienti; inoltre durante questo periodo nuovi vasi crescono dal letto della ferita verso l'innesto, formando una rete vascolare che da lì in poi sarà responsabile del mantenimento del nuovo tessuto.

Punto di forza degli innesti è la relativa facilità della manovra chirurgica, ma il risultato estetico che se ne ottiene non è di certo di alto livello se paragonato a quello ottenibile con un lembo. La maggior parte degli innesti che vengono effettuati in chirurgia plastica sono innesti cutanei. Essi vengono distinti:

► a spessore parziale

- sottili: comprendenti epidermide e apice delle papille dermiche;
- medi: comprendenti il terzo superficiale dello spessore cutaneo;
- spessi: comprendenti i due terzi superficiali dello spessore cutaneo;

► a tutto spessore: comprendono la cute a tutto spessore (epidermide e derma), ma non il grasso sottocutaneo. Va sottolineato che il risultato estetico è tanto migliore quanto più l'innesto è spesso, mentre l'attecchimento è tanto più facile quanto l'innesto è sottile.

## DISCUSSIONE E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'analisi del caso clinico ci ha permesso di approfondire le conoscenze sulla chirurgia plastica ricostruttiva, fornendoci gli strumenti per poter esprimere una valutazione obiettiva su quanto eseguito sul nostro paziente. Risulta intuitivo che la tecnica ricostruttiva con innesto sia di più facile esecuzione, sebbene a scapito di un peggior risultato estetico. Espone inoltre ad un maggior rischio di infezione delle ferite, essendo due i siti di intervento sulla quale si opera, così come è avvenuto nel caso che abbiamo riportato.

I lembi invece, nonostante si accompa-

gnino a una maggior difficoltà di esecuzione e richiedano maggior dimestichezza del chirurgo, offrono una serie di vantaggi che dovrebbe far propendere per il loro utilizzo ogni qual volta sia possibile: consentono un risultato estetico molto superiore rispetto a quello ottenibile con un innesto, non presentano il problema della vascolarizzazione essendo dotati di un proprio peduncolo vascolare, ma soprattutto permettono di ricostruire la zona lesa con un tessuto che è identico a quello di origine.

Ed è proprio da queste constatazioni che potremmo affermare che l'utilizzo dei lembi dovrebbe essere considerato come la tecnica di elezione nell'approccio alla ricostruzione post-chirurgica dei carcinomi cutanei, visto e considerando anche che le zone del corpo su cui insorgono maggiormente questo genere di lesioni (viso, cuoio capelluto, orecchie, labbra e tronco) ben si prestano a tale tecnica ricostruttiva. Facendo riferimento anche alla classificazione riportata in precedenza, le caratteristiche dei lembi li rendono particolarmente versatili, a tal punto che ne esistono numerose varietà adattabili ad ogni tipo di situazione.

Prendendo come esempio il caso del nostro paziente, per lesioni localizzate al cuoio capelluto il lembo che più si presta per la ricostruzione è il doppio lembo di avanzamento o plastica ad H. Tale tecnica consiste nell'effettuare inizialmente un'incisione quadrangolare intorno alla neoplasia in modo da asportarla completamente. Successivamente si procede prolungando i margini di incisione su due lati tra loro opposti. La scelta di quali margini allungare viene fatta in funzione dell'orientamento delle linee di tensione superficiale di Langer, in modo da ridurre al minimo lo stress a carico della cute (*figura 4*).

Una volta prolungati i margini abbiamo così individuato i 2 lembi che si trovano tra loro affrontati. Dopo aver scollato la cute dal sottocute e aver rimosso dei

triangoli di tessuto alle estremità di ogni linea di incisione (detti "triangoli di scarico", rimossi per ridurre ulteriormente la tensione cutanea durante l'avanzamento), i 2 lembi vengono fatti avanzare l'uno verso l'altro sfruttando l'elasticità della cute, ed infine suturati tra loro (*figura 5*).

Si ottiene in questo modo un risultato come quello mostrato in *figura 6*: si avrà una cicatrice ad H che con il progredire del tempo diventerà sempre

Figura 4



Figura 5



Figura 6



meno visibile e ben integrata nel contesto facciale, fornendo un risultato estetico decisamente soddisfacente. Confrontando il risultato ottenuto nel nostro paziente con quello che si sarebbe ottenuto mediante la plastica ad H, abbiamo un riscontro effettivo di quanto discusso finora, ovvero che la tecnica con lembi si associa ad un risultato estetico migliore.

Tuttavia, non è comunque possibile affermare che quanto eseguito sul nostro paziente sia da considerarsi errato. Non esistono linee guida che indirizzino all'adozione di una tecnica piuttosto che l'altra, la scelta viene fatta a discrezione del chirurgo.

Sicuramente si tratta di una scelta che, oltre a tenere in considerazione il risultato estetico ottenibile, viene fatta anche sulla base della praticità e della confidenza che si ha con la tecnica cui si decide di far ricorso. Ed è proprio su quest'ultimo punto che dovremmo riflettere: è vero che compito del medico è garantire il miglior risultato possibile al paziente, ma è anche da ricordare che il medico è una persona prima di tutto e come tale non è esente dalla possibilità di errore. Scegliere di ricorrere ad una procedura più semplice ma dal risultato qualitativamente minore non è da considerarsi sbagliato, soprattutto in questo ambito della chirurgia plastica ricostruttiva post-neoplastica dove il risultato estetico è sì importante, ma ancora di più lo è la corretta rimozione della neoplasia.

Possiamo quindi concludere dicendo che, anche in considerazione dell'età avanzata e tralasciando la complicità infettiva che non era comunque prevedibile, il risultato finale sul nostro paziente è più che soddisfacente, pur se ottenuto con una tecnica non esattamente consona alla zona ma di più facile esecuzione.

Bibliografia disponibile a richiesta

# Misurare e apprendere l'empatia

Definita l'empatia, gli autori ne specificano il rapporto con la compassione e la comunicazione, che ne fonda l'importanza in ambito medico. Analizzatene le componenti, il substrato biologico e il rapporto con la psicopatologia, viene revisionata la letteratura scientifica sulla misurazione e l'insegnamento/apprendimento dell'empatia per concludere con tre proposte innovative per la pedagogia medica

**Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi**

*Medicina Generale - Genova*

Una recente review della letteratura scientifica pubblicata su *M.D.* (2016; 7: 44-6) ha dimostrato il valore terapeutico della compassione e la sua capacità di ridurre il costo della sanità. Sotto questo profilo è risultata cruciale l'importanza dell'assistenza primaria, di cui la medicina generale/di famiglia è *magna pars*. È infatti dimostrata una riduzione del 30% del costo globale di cura quando l'assistenza primaria è fondata sulla "centralità del paziente" ovvero sulla sua effettiva presa in carico. Ciò significa che "umanizzazione" del servizio e ricerca di efficienza, misurata soprattutto con parametri di tipo economico, possono divenire due facce di un'unica medaglia.

Ne consegue che in ambito medico la compassione non può essere considerata un optional, un lusso, una componente non necessaria; al contrario per chi cura è imprescindibile. La compassione è il desiderio di agire per alleviare la sofferenza e come tale è alla base dell'etica medica. Essa presuppone l'empatia, che è la capacità di comprendere ciò che un altro sta provando, cioè le sue emozioni, mettendosi nei suoi

panni, sforzandosi di guardare la realtà dal suo punto di vista. Non è difficile capire che si tratta di un ingrediente fondamentale per una buona comunicazione, come è stato ben evidenziato da Carl R. Rogers, che negli anni '50 del secolo scorso fu tra i primi ad usare il termine empatia.

## ► Risvolti clinici

Questa connessione dell'empatia con la comunicazione e con la compassione spiega perché è vitale per la pratica medica e quanto la sua mancanza sia dannosa per i pazienti. Alcuni medici cercano di mantenere un distacco emotivo dai malati, temono che la loro sofferenza li contagi, non si lasciano coinvolgere per difendere la propria serenità. Molto spesso, però, ottengono il risultato contrario, perché l'attività professionale diventa meno significativa e, in ultima analisi, meno piacevole, come sostiene Raul de Velasco, docente di Bioetica all'Università di Miami. Inoltre i pazienti tendono a non fidarsi di medici che sentono troppo freddi e distaccati e l'efficacia delle cure ne risente. Nel suo libro *"From Detached Concern to Em-*

*pathy: Humanizing Medical Practice"* la psichiatra Jodi Halpern, che insegna Bioetica a Berkeley, afferma: "Studi recenti hanno dimostrato quanto il distacco sia dannoso quanto benefica sia l'empatia per la guarigione". È una conclusione che non ci stupisce: come può un malato conservare la speranza se non si sente compreso? Finirà col pensare che a nessuno la sua salute importi per davvero.

Comprendere le emozioni altrui impegna la nostra mente e il nostro cuore, ragione e sentimento: l'empatia è frutto di uno sforzo cognitivo-emozionale.

## ► Tecniche di misurazione

Le tecniche di misurazione dell'empatia sono numerose e possono essere suddivise in tre gruppi a seconda che mirino a valutare la componente cognitiva, quella affettivo-emozionale o entrambe (*tabella 1*). Dei molti metodi di misurazione esistenti, ad oggi, il più usato sembra essere l'IRI (Interpersonal Reactivity Index, Davis 1983). Va sottolineato che esistono specifiche scale per valutare la capacità empatica degli operatori sanitari, alcune stimano

la percezione soggettiva dell'empatizzante (professionista), altre quella dell'empatizzato (paziente), altre ancora sono frutto della valutazione di una terza persona (osservatore esperto).

### ► Rapporto con la psicopatologia

Grazie alle tecniche di misurazione è stato possibile stabilire in quali condizioni psicopatologiche la capacità empatica è compromessa globalmente o in una solo delle sue componenti.

Più recentemente l'utilizzo di tecnologie di neuroimmagine ha consentito di stabilire dall'attività di quali aree cerebrali dipendono le due componenti dell'empatia.

Oggi possiamo affermare che l'empatia affettiva, riguardante il "senso ciò che tu senti" coinvolge l'amigdala, l'ipotalamo e la corteccia orbito-frontale, mentre l'empatia cognitiva, che riguarda il "capisco ciò che tu senti", dipende da una rete neurale, che connette la corteccia prefrontale mediale con il solco temporale superiore posteriore.

Sappiamo che nel disturbo di personalità antisociale e in quello narcisistico è compromessa l'empatia affettiva, mentre nel disturbo borderline di personalità e nel disturbo bipolare ad essere compromessa è l'empatia cognitiva. Nel disturbo dello spettro dell'autismo e nei disturbi dello spettro della schizofrenia possono essere compromesse in varia misura entrambe le componenti dell'empatia.

Un ulteriore possibile utilizzo delle scale di misurazione dell'empatia è in campo pedagogico. Grazie ad esse è infatti possibile valutare l'efficacia dei training volti a sviluppare la capacità empatica ossia

a conoscere, riconoscere e comunicare le emozioni.

Le strategie didattiche possono essere diverse: laboratori di *communication skills*; seminari sui concetti sottostanti alle abilità relazionali; approccio ai pazienti guidato, sotto supervisione, nell'ambito di un tutoraggio clinico; ascolto e analisi di storie di malattia (medicina narrativa); visione di film a contenuto emotivo con al termine conversazioni guidate; laboratori per imparare a riconoscere le espressioni facciali ed i segnali non verbali.

Robert Paul Butters, dell'Università dello Utah, ha svolto nel 2010 una meta-analisi di 24 pubblicazioni su programmi di addestramento all'empatia in più ambiti. Tutti questi studi hanno dimostrato l'efficacia dei training, indipendentemente dalle strategie didattiche adottate. Va notato che l'aumento dell'empatia è risultato maggiore quando è stato valutato da un osservatore esperto, rispetto a quando ci si è basati sulla percezione soggettiva dell'empatizzante.

Alcuni interessanti studi in proposito sono stati effettuati nel settore infermieristico. Già nel 1994 Wheeler ha compiuto una revisione delle prime pubblicazioni sulla valutazione dell'efficacia dei diversi metodi di insegnamento dell'empatia. Nel 1999 Cutcliffe ha descritto un corso breve, rivolto agli studenti, mirato a svilupparne le capacità empatiche mediante il counselling. Un'altra esperienza di insegnamento, effettuata sul lavoro, è stata descritta da Ancel nel 2006. Anche da questi studi si ricava un'efficacia che va al di là della metodica didattica adottata. È una notizia confortante, che crea però non poche difficoltà a

chi si propone di progettare un'attività didattica *ad hoc*.

Questo perché non abbiamo indicazioni precise sulla durata ottimale di un tale corso e neppure possiamo dire con certezza se sia preferibile l'insegnamento sul campo o quello in aula-laboratorio. Poco sappiamo sull'efficacia a lungo termine delle diverse metodiche di insegnamento. Mancano studi che specificino l'incidenza del training sulle diverse componenti dell'empatia. Sarebbe importante un'attività di ricerca pedagogica volta a chiarire questi aspetti. Infatti studi compiuti dagli psicologi clinici dell'università di Brescia sugli studenti delle loro facoltà medica, hanno dimostrato una diffusa percentuale di alessitimia, condizione che rappresenta una barriera all'empatia e di conseguenza a una buona comunicazione. Oltretutto uno studio compiuto all'Università di Ferrara nel 2007 ha dimostrato che l'empatia degli studenti di medicina va incontro ad una significativa diminuzione nel corso dei primi due anni di studio.

Il compianto Robert Buckman, l'oncologo canadese che ha messo a punto la tecnica più usata al mondo per comunicare le cattive notizie, citava due studi, condotti nel 2007 e nel 2008, dai quali risulta che i medici rispondevano ai pazienti empaticamente nel 22% e nel 10% dei casi. Corsi di comunicazione sono stati organizzati in numerose università italiane (statale di Milano, policlinico di Palermo, Campus Biomedico di Roma, Siena, Torino). All'Ospedale San Paolo di Milano l'empatia degli studenti del IV anno di medicina viene valutata da osservatori esperti, che avvalendosi di uno specchio

Tabella 1

Empatia: questionari

	Population	E Items	Scale	Dimension
<b>Empathy ability, Dymond, 1949</b>	53 Social Psychology students	24 (4 x 6)	0-4 5 p. scale	4: I-Myself, I-Him, He-Him, Him-Myself
<b>CPI Q-sort, Block, 1961</b>	240	100	0-1 (True or False)	6: Dominance, Capacity for Status, Sociability, Social Presence, Self-Acceptance, Sense of Well-Being
<b>The Empathy Scale, Hogan, 1969</b>	70 Medical School applicants 51 Female college seniors 121 Junior high school students 100 Military officers 92 Prisoners	64	0-4 5 p. scale	4: Social self-confidence, even-temperedness, sensitivity, nonconformity
<b>EETS - Emotional Empathy Tendency Scale, Mehrabian &amp; Epstein, 1972</b>	91 Psychology Undergraduates students (University of California)	33	-4 to 4 9 p. scale	7: Susceptibility to Emotional Contagion, Appreciation of the Feelings of Unfamiliar and Distant Others, Extreme, Emotional Responsiveness, Tendency to be Moved By Others' Positive Emotional Experiences, Tendency to be Moved By Others' Negative Emotional Experiences, Sympathetic Tendency, Willingness to be in Contact with Others Who Have Problems
<b>IRI - Interpersonal Reactivity Index, Davis, 1980</b>	579 Psychology undergraduate (University of Texas)	28	0-4 5 p. scale	4: Perspective taking, Fantasy, Empathic concern, Personal distress
<b>Index of empathy for children and adolescents, Bryant, 1982</b>	258 Studetns 56 1 <sup>st</sup> Graders 115 4 <sup>th</sup> Gragers 87 7 <sup>th</sup> Graders	22	-4 to 4 9 p. Scale In the second experiment Yes - No 2 p. scale	4: Social desirability, Child empathy Adult empathy Aggression
<b>BEES - Balanced Emotional Empathy Scale, Merabian, 1997</b>	101 Undergraduate	30	-4 to +4 9 p. scale	2: Vicarious experience of others' feelings; interpersonal positiveness
<b>The Jefferson Scale of Physician Empathy, Hojat et al. 2001</b>	Group 1: 55 physicians Group 2: 41 internal medicine residents Group 3: 193 third-year medical students	20	7-point from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree)	10: Empathy, Compassion, Trust, Sympathy, Tolerance, Personal Growth, Communication, Self-Protection, Humor, Clinical Neutrality
<b>EQ, Baron-Cohen,</b>	90 adults (65 males, 25 females) with Asperger	60 40 real 20 filters	4 1 strongly agree - 4 Strongly disagree	
<b>Wheelwright, 2004</b>	Syndrome and or high-functioning autism 90 (65 males, 25 females) age-matched controls general population		4 p. scale	
<b>The Toronto empathy questionnaire, Spreng, McKinnon, Mar &amp; Levine, 2009</b>	200 psychology students undergraduates University of Toronto	16	5 never, rarely, sometimes, often, always	4 Emotional contagion, emotion comprehension, sympathetic physiological arousal, con-specific altruism

monodirezionale, giudicano con metodica RIAS (*Roter interaction analysis system*) le visite che gli studenti effettuano a pazienti si-

mulati. È dello scorso anno la proposta della SIMI (Società Italiana di Medicina Interna) di inserire nel corso di laurea in medicina e chi-

rurgia un modulo di scienze umane da seguire durante i 6 anni di studio attraverso seminari di didattica teorico-pratica dedicata.

Theorist	Field	Journal	Cited
Watson (1938), Murphy (1937) Hoskins (1946)	Social Psychology	Journal of Consulting Psychology	385
Lewin (1943), Gough (1960)	Psychology	personality assessment and psychiatric research	1208
Cottrell & Dymond (1949) Mead (1934), Gough (1948) Sarbin (1968)	Moral Development (Cog)	Journal of Consulting and Clinical Psychology	751
Dymond (1949) Stotland (1969)	Psychology	Journal of Personality	1169
Mead (1934), Piaget (1932) Dymond (1949), Hoffman (1976)	Social psychology	JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology	1208
Aderman & berkowitz (1970) Stotland (1969), Broke (1971) Dymond (1949), Rogers & Truax (1967) Chandler (1974)	Developmental	Child Development	465
Dymond (1949), Stotland (1969)	Social Psychology	Aggressive Behavior	103
Blumgart (1964), Carl Rogers (1959) Nightingale, Yarnold, & Greenberg (1991)	Medicine	Educational & Psychological Measurement	140
Smith (1759), Kohler (1929), Mead (1934)	Psychiatry	Journal of Autism and Developmental Disorders	552
Piaget (1932), Chapin (1942) Dymond (1950), Kerr & Speroff (1954)			
Titchener (1909), Mead (1934) Wisp'e (1986) Preston & de Waal (2002), Eisenberg & Miller (1987) Lipps (1903), Haxby, Hoffman, & Gobbini (2000) Levenson & Ruef (1992), Rice (1964)	Psychiatry Neurology	Journal of Personality Assessment	19

### ► Proposte

Questo breve excursus sul tema dell'empatia medica ci porta a for-

mulare tre proposte.

► La prima è volta a contrastare il calo dell'empatia constatato negli studenti di medicina durante i pri-

mi due anni di corso. Sugeriamo di valutare l'efficacia dell'esporsi ad una esperienza clinica precoce, consistente nella frequentazione per due settimane di uno studio di medicina generale, per osservare le tecniche comunicativo-relazionali di Mmg specificamente formati in precedenza.

► La seconda mira a determinare quali siano le strategie didattiche ottimali. Le scuole di formazione specifica in MG delle diverse Regioni potrebbero autonomamente decidere di insegnare l'empatia ciascuna nel modo ritenuto più opportuno dal proprio collegio didattico. Dal confronto tra i diversi aspetti ed i risultati di queste esperienze potrebbe scaturire un miglioramento ed una standardizzazione della didattica.

► La terza proposta è il rilancio di un'idea di uno dei Maestri della deontologia medica italiana, il professor Eolo Parodi, presidente della FNOMCeO prima e dell'Enpam poi: una riforma delle modalità di selezione per l'iscrizione al corso di laurea in medicina e chirurgia, che comprenda l'introduzione di test psico-attitudinali.

### Bibliografia

- Alice S, Fiorese M, Ivaldi M. Il valore terapeutico della compassione. *M.D.* 2016; 7: 44-6.
- Ansel G, *Archives of Psychiatric Nursing* 2006; 6: 249-57.
- Butters RP. <http://content.lib.utah.edu>
- Buckman R. <http://www.medscape.com/viewarticle/736468>
- Cutcliffe JR et al. *Nurse Educ Today* 1999; 19: 250-7.
- Halpern J. *Detached concern to empathy: humanizing medical practice.* Oxford University Press, 2001.
- Rogers CR. *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory.* Houghton Mifflin, 1951.
- Wheeler K et al. *Nurs Outlook* 1994; 42: 230-6.

# Terapia educativa efficace nel diabete

Terapia educativa e personalizzazione del piano terapeutico sono le prestazioni e gli standard organizzativi più utili nel soddisfare il bisogno di salute del diabetico. È quanto emerge da una survey dell'Associazione Medici Diabetologi che ha coinvolto anche i Mmg

I bisogni dei pazienti diabetici riguardano non solo il danno organico, ma anche le difficoltà dovute alla "quotidianità" di convivere con la malattia.

Per affrontare questa complessità secondo l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) è necessario dotarsi anche di competenze educative, comunicative, relazionali, gestionali e organizzative.

In questo scenario AMD ha ideato "Diabetes & Intelligence" (DIA&INT), un progetto che ha l'obiettivo di misurare e valorizzare il ruolo dell'assistenza diabetologica con strumenti di "business intelligence", per riallineare le competenze del clinico alle esigenze della cronicità; migliorare l'appropriatezza terapeutica; analizzare i risultati dell'implementazione del modello di Chronic Care in diabetologia.

**Nicoletta Musacchio**, Presidente AMD, che ha fortemente voluto il progetto, spiega a *M.D.*: "È un periodo di grande confusione. Vi è una tendenza alla banalizzazione e alla semplificazione dell'approccio alle cronicità, in particolare al diabete, che invece prevede una complessità che consideri non solo gli aspetti clinici e farmacologici, ma anche tutte le attività utili ad attivare il paziente per renderlo competente - e se possibile autonomo - in modo che possa gestire la sua malattia cronica. Tuttavia queste competenze non vengono riconosciute e obbligano il medico a una sorta di 'clandestinità' di azione". Dunque AMD ha deciso di

trasformare questo problema in un'opportunità, partendo dall'obiettivo di ottenere dati validati, per supportare le Istituzioni nella definizione di nuovi modelli assistenziali per la cronicità.

## ► La survey

Misurare l'impatto delle prestazioni sulla salute dei pazienti in termini di *outcome* clinici ben definiti, a partire dagli Standard di cura condivisi (AMD-SID): è stato l'obiettivo di una prima survey che ha coinvolto 200 diabetologi di AMD. L'approccio scientifico è stato molto rigoroso, ricorrendo al metodo SROI-Social Return of Investment, un modello di analisi accreditato, che serve a misurare in modo oggettivo il valore generato da attività che hanno obiettivi sociali e non economici.

La necessità di un approccio complessivo alle cronicità è dimostrata dai risultati della survey, in cui hanno trovato spazio gli aspetti relazionali/educazionali, che riconducono alla relazione medico-paziente.

Le prestazioni e gli standard organizzativi più utili sono risultati in ordine di efficacia:

- terapia educativa,
- personalizzazione del piano terapeutico,
- diagnosi e valutazione biomedica,
- concreta valutazione della fragilità,
- garanzia dell'autocontrollo glicemico.

Gli effetti positivi degli interventi sono l'ottimizzazione del controllo metabolico, il controllo dei fattori di ri-

schio CV, la riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi al PS, la riduzione delle giornate di degenza, l'aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo di tutte le tecnologie disponibili.

"Siamo molto soddisfatti dei risultati, che in parte ci hanno anche stupiti - commenta Nicoletta Musacchio. Ai primi posti delle attività più importanti per il raggiungimento degli outcomes - che abbiamo riferito al Piano Nazione Diabete e al Manifesto dei Pazienti - sono risultate, oltre alle abilità biomediche, quelle di natura educativa, cioè tutte quelle attività che permettono di far crescere il paziente, di renderlo competente, con delle tecniche che si apprendono sulla base dell'EBM.

Abbiamo creato anche una piattaforma dedicata ai Mmg per verificare con loro quali siano gli ambiti e le attività specifiche ritenute più efficaci. Abbiamo coinvolto anche gli infermieri che si occupano dell'assistenza al diabetico. I risultati delle 3 survey serviranno ad evitare sovrapposizioni e a declinare come il team diabetologico possa lavorare nei nuovi modelli organizzati di medicina integrata" - conclude Musacchio.



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Nicoletta Musacchio